



Interpelaciones y respuestas a las Enfermedades No Transmisibles en Uruguay

Documento de actualización sobre la situación de las ENT en Uruguay

Diciembre 2018





Interpelaciones y respuestas a las Enfermedades No Transmisibles en Uruguay

Documento de actualización sobre la situación de las ENT en Uruguay

Diciembre 2018



Catalogación en la fuente

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Interpelaciones y respuestas a las enfermedades no transmisibles en Uruguay: documento de actualización sobre la situación de las ENT en Uruguay. Montevideo: MSP, feb. 2019. 64 p.

1. Enfermedades no transmisibles. 2. Enfermedades cardiovasculares. 3. Neoplasias. 4. Enfermedades Respiratorias. 5. Tabaquismo. 6. Factores de riesgo. 7. Políticas públicas 8. Uruguay-epidemiol. I. Anzalone, P. II. Benia, W. III. Título.

ISBN: 978-9974-8602-1-6

Impreso en: Impresos DIB. Febrero de 2019, Montevideo-Uruguay

Depósito Legal: 374760

Edición amparada en el decreto 218/996 [Comisión del Papel]

AUTORIDADES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Jorge Basso

Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Quian

Subsecretario de Salud Pública

Dra. Raquel Rosa

Directora General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Subdirector de la Dirección General de la Salud

Sr. Humberto Ruocco

Director General de Secretaría

Ec. Arturo Echeverría

Presidente de la Junta Nacional de Salud

Dra. Adriana Brescia

Directora de la Dirección General de Coordinación

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Dr. Giovanni Escalante

Representante OPS/OMS en Uruguay

Contribuciones al documento:

Alfonso, Adriana
Asqueta, Miguel
Basso, Jorge
Beron, Analice
Bittar, Griselda
Bove, Ma. Isabel
Brescia, Adriana
Cavalleri, Fiorella
Del Campo, Cecilia
Delgado, Lucía
Escalante, Giovanni
Esteves, Elba
Fenochi, Eduardo
Galicía, Luis
León, Ima
Luongo, Álvaro
Martin, Lilia
Martínez, Joseline
Melgar, Silvia
Mijailidis, Beatriz
Moratorio, Ximena
Noble, Ana
Oreggioni, Ida
Poloni, Ileana
Quian, Jorge
Rios, Gilberto
Rodríguez, Guillermo
Rodríguez, María José
Rosa, Raquel
Soto, Enrique
Villa, Inés
Zelarayan, Mario

Elaboración del documento: Pablo Anzalone, Wilson Benia

Diseño y diagramación: Área Comunicación OPS/OMS Uruguay

CONTENIDO

Siglas y Acrónimos	6
Prólogo	8
Resumen ejecutivo	10
1. INTRODUCCIÓN	12
Estructura del documento	13
Metodología aplicada	13
2. CONTEXTO NACIONAL	14
2.1. Análisis Demográfico	14
2.2. Situación socioeconómica	16
3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENT	19
3.1. Enfermedades cardiovasculares	23
3.2. Cáncer	24
3.3. Enfermedades respiratorias	27
3.4. Factores de riesgo	27
4. AVANCES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS HACIA LAS ENT	29
4.1. Acciones relevantes de Promoción de Salud en el campo de las ENT	30
4.2. Políticas de reducción de los principales factores de riesgo	33
4.2.1 Políticas de reducción de tabaquismo y otras drogas	33
4.2.2 Políticas de alimentación saludable	34
4.2.3. Promoción de la Actividad Física	39
4.2.4. Regulación del alcohol	39
4.2.5. Políticas hacia el medio ambiente	40

4.3. Estrategias de detección precoz y tratamiento oportuno de las ENT	40
4.3.1. Accesibilidad a pruebas de tamizaje en cáncer	40
4.3.2. Abordaje de la Hipercolesterolemia familiar	41
4.3.3. Guías y Protocolos de Práctica Clínica	41
4.3.4. Disponibilidad de Cardio desfibriladores	43
4.4. El Sistema Nacional Integrado de Salud y las ENT	44
4.4.1. Objetivos Sanitarios Nacionales y Metas Asistenciales	45
4.4.2. Mejoras en la Calidad asistencial	47
4.4.3. Incorporación de tecnologías apropiadas	47
4.4.4. Accesibilidad a medicamentos y tratamientos	48
4.4.5. Articulaciones entre niveles de atención	49
4.4.6. Complementación asistencial interinstitucional	49
4.4.7. Acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad	50
4.4.8. Mejoras en la cobertura de cuidados paliativos	51
4.4.9. Sistema Nacional de Cuidados	51
4.5 Proyección internacional	52
5. DESAFÍOS RELACIONADOS A LAS ENT	53
Referencias bibliográficas	61
Anexo 1	63

Siglas y Acrónimos

ACV	Accidente Cerebro Vascular
ANCAP	Administración Nacional de Combustibles Alcohol y Portland
ANII	Agencia Nacional de Investigación e Innovación
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AVD	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos
AVP	Años de Vida Perdidos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPA	Buenas Prácticas Alimentación
BPS	Banco de Previsión Social
CCR	Cáncer Colo-Rectal
CCU	Cáncer de Cuello Uterino
CDC	Centro para el Control de Enfermedades y Prevención
CEIP	Consejo de Educación Inicial y Primaria
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
CHSCV	Comisión Honoraria Salud Cardiovascular
CIADI	Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones
CMCT-OMS	Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS
CNHD	Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad
CP	Cuidados Paliativos
CUDIM	Centro Uruguayo de Imagenología Molecular
DEA	Desfibriladores Externos Automáticos
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ECP	Estrategia de Cooperación País de OPS/OMS
ENDIS	Encuesta Nacional Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil
ENFRENT	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles
ENT	Enfermedades No Trasmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FAO	Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FODA	Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GABA	Guías de Alimentación Basadas en Alimentos
GENYCO	Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de Hipercolesterolemia familiar (Genes y Colesterol)
HCEN	Historia Clínica Nacional
HCEO	Historia Clínica Electrónica Oncológica
HF	Hipercolesterolemia familiar
HPV	Virus del Papiloma Humano
HTA	Hipertensión Arterial
IAM	Institución de Asistencia Médica

IARC	International Agency for Research on Cancer
IDG	Índice de Desarrollo Humano relativo al Género
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INCA	Instituto Nacional del Cáncer
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
INMAYORES	Instituto Nacional de las Personas Mayores – Ministerio de Desarrollo Social
JUDESA	Junta Departamental de Salud
JULOSA	Junta Local de Salud
JND	Junta Nacional de Drogas
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MAC	Medicamentos de alto costo
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODH	Obesos, Diabéticos, Hipertensos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PAP	Prueba Papanicolaou
PARLASUR	Parlamento del Mercosur
PARLATINO	Parlamento Latinoamericano
PBI	Producto Bruto Interno
PET	Tomografía por Positrones
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud- Catalogo Prestaciones
PNA	Primer Nivel de Atención
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNPICCU	Plan Nacional de Prevención Integral del Cáncer de Cuello Uterino
PPENT	Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad
PUP	Productos Ultra Procesados
RE	Resultados Esperados
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SINADI	Sistema Nacional de Información
SND	Secretaría Nacional de Drogas
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
STEPS	Metodología de Vigilancia de Enfermedades Crónicas
UDELAR	Universidad de la República
UNASUR	Unión de Naciones de Sudamérica
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas



Prólogo

Nos complace presentar el presente documento técnico que sistematiza cómo el Estado uruguayo afronta un problema global complejo, como son las Enfermedades No Transmisibles.

Señalamos la perspectiva de Estado en su concepción integradora del gobierno, territorio, población y marco legal constitutivo.

El Estado uruguayo marcó un derrotero diferente a favor del desarrollo. Basado en un marco de derechos y protección social, la salud y otros sectores sociales, fueron priorizados consistentemente durante las sucesivas administraciones desde 2005 a la fecha.

En el caso de la salud y el bienestar, se ha impulsado a partir de 2005, una concepción renovadora de las políticas de salud en base a cinco ejes estratégicos: coordinación interestatal, descentralización, nueva operativa en la relación público-privado, participación ciudadana y sustentabilidad.

Nos complace observar los efectos de políticas públicas innovadoras luego de tres lustros de implementación sostenible. A manera de actualización, este documento

efectúa un balance, respaldado en datos probatorios, evidencias instrumentales y reflexión crítica. Da cuenta del abordaje integral para reducir la mortalidad prematura, morbilidad y discapacidad generadas por las enfermedades no transmisibles en el Uruguay.

Nuestra directora, Carissa F. Etienne enfatiza que, “la lucha contra las enfermedades no transmisibles depende del compromiso político, en particular de los Gobiernos nacionales para que trabajen de una manera multi-sectorial anteponiendo primero la salud antes que otros intereses, las ganancias económicas o la promoción personal”.

Queremos destacar tres aspectos fundamentales:

En primer lugar, la incidencia política y estratégica desde el más alto nivel con involucramiento de los tres poderes del Estado dado que, en la actualidad, las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales representan una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo nacional.

Luego, el desarrollo de una estrategia amplia intersectorial, intergubernamental y de participación de los diversos actores de la salud y el desarrollo con base a intervenciones de eficacia demostrada y una inversión consistente en el sector salud.

En tercer lugar, este abordaje integral involucró a los tres niveles gubernamentales durante la implementación mediante la innovación, mejores prácticas, el análisis crítico y reflexivo de las actuaciones y un diálogo abierto e inclusivo.

Finalmente, destacamos la contribución del Estado uruguayo en foros internacionales del más alto nivel para incidir y abogar para la implementación de urgentes medidas para lograr la desafiante meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, concerniente a la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles y a la promoción de la salud mental y el bienestar.

En particular, el actual presidente de la república, Dr. Tabaré Vázquez integró la Comisión Independiente nominada por el Director General de la OMS, Dr. Tedros Ghebreyesus, la cual ha formulado un conjunto de recomendaciones para consideración de la OMS, los Jefes de Estado y de Gobierno y otras partes interesadas.

Además, la oportuna aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco marcó un hito en la salud pública internacional frente a las pretensiones de la industria tabacalera internacional.

La participación y contribuciones internacionales del Uruguay en la lucha contra el cáncer han determinado que el país sea considerado un referente en la materia. Finalmente, la acción propositiva desde el Parlamento

mediante leyes marco que fortalecen la gobernanza en materia sanitaria han producido mejores escenarios saludables para el país.

Recomendamos su exhaustiva lectura y generar foros de diálogo e intercambio a nivel nacional e internacional como una contribución a la estrategia de la salud universal.

Giovanni Escalante Guzmán
Representante OPS/OMS
Uruguay

Resumen ejecutivo

El Estado uruguayo ha asumido el desafío de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) como problema demográfico epidemiológico relevante y ha implementado una política pública en base a un conjunto de acciones sanitarias e intersectoriales concretas, basadas en las recomendaciones de organismos internacionales como la OPS/OMS y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

I) Metas nacionales en materia de ENT para 2020 y 2025

1. Metas nacionales para un abordaje integral a las Enfermedades No Transmisibles y los problemas de salud mental definidas para 2020 y acciones hacia su proyección al 2025.
2. Un sistema de Estadísticas Vitales para obtener sistemáticamente datos confiables de mortalidad por causas específicas y consolidación de información a partir de las diversas fuentes de datos.
3. Estudios periódicos de factores de riesgo para ENT en base a metodología STEPS (OPS/OMS) integrados a información sistematizada sobre la realidad epidemiológica del país.

II) Políticas y planes nacionales multisectoriales para lograr los objetivos nacionales al 2020 y su proyección al 2025

4. Avances en la implementación de mecanismos de coordinación de acciones intersectoriales orientadas a las principales ENT y sus factores de riesgo comunes.

III) Reducción de los factores de riesgo de las ENT, sobre la base de la orientación que figura en el Plan de acción mundial de la OMS sobre las ENT

5. Aplicación de las cinco medidas de reducción de la demanda del tabaco señaladas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco:
 - a) Reducción de la asequibilidad de los productos de tabaco aumentando los impuestos especiales y los precios.
 - b) Eliminación de la exposición pasiva al humo de tabaco en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos y transportes públicos.
 - c) Aplicación del empaquetado neutro/normalizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco.
 - d) Promulgación y aplicación de la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.
 - e) Realización de campañas eficientes a través de diferentes medios de comunicación para educar al público acerca de los daños causados por el hábito de

fumar, el consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo de tabaco.

6. Aplicación de las siguientes tres medidas para reducir el uso nocivo del alcohol, de conformidad con la Estrategia mundial de la OMS:

a) Aplicación de restricciones a la disponibilidad de bebidas alcohólicas (reduciendo los horarios de venta), con énfasis en la restricción de la venta a menores.

b) Iniciativas legislativas sobre prohibiciones o restricciones a la publicidad de bebidas alcohólicas en proceso de tratamiento parlamentario.

c) Aumento de las exigencias de tolerancia cero respecto al consumo de alcohol para los conductores de automotores.

7. Puesta en marcha las siguientes cuatro medidas para estimular y facilitar la alimentación saludable:

a) Aplicación de políticas nacionales para reducir el consumo de sal/sodio entre la población.

b) Adopción de políticas nacionales que limitan los ácidos grasos saturados y prohibición de las grasas trans producidas industrialmente.

c) Promulgación e implementación de la legislación para las advertencias sanitarias de alimentos y bebidas con exceso de sal, azúcar y grasas.

d) Consolidación de la legislación/reglamentos para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

8. Aplicación del programa nacional de sensibilización y motivación pública sobre actividad física, en particular campañas en los medios de comunicación para promover un cambio de comportamiento en relación con el sedentarismo y la actividad física.

9. Elaboración de directrices, protocolos o guías clínicas nacionales, aprobadas por las autoridades competentes y referentes académicos, en base a la evidencia científica disponible, para la atención integral de las principales ENT en todos los prestadores del SNIS.

10. Provisión de tratamientos farmacológicos, opciones terapéuticas adecuadas y asesoramiento a las personas con alto riesgo, para disminuir la incidencia y las complicaciones de la diabetes, los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, con especial hincapié en la atención primaria de salud, a través de un plan integral de beneficios (PIAS) que deben asegurar todos los prestadores del SNIS.



1 - INTRODUCCIÓN

El perfil sociodemográfico y epidemiológico de Uruguay muestra una alta prevalencia y mortalidad por las denominadas Enfermedades No transmisibles (ENT), lo que ha determinado un fuerte compromiso de las autoridades nacionales para incidir sobre los determinantes sociales que están a la base de las mismas, así como para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

El Ministerio de Salud Pública del Uruguay (MSP) ha desarrollado un conjunto de iniciativas integrales de abordaje a las ENT, de carácter intrasectorial e intersectorial que requieren ser sistematizadas como insumos para un intercambio futuro de mejores prácticas y experiencias entre los países de las Américas.

A partir de 2015 el MSP comenzó un proceso para la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN). Ello implicó un largo y prolífero intercambio con actores académicos, del ámbito político y de los trabajadores y usuarios de la salud. Ya en 2016 se fijaron los OSN y posteriormente se trabajó en el desarrollo de las líneas estratégicas para el logro de metas y objetivos. En ese marco, en forma concomitante, se procesó la

discusión de la Estrategia Cooperación País (ECP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) con el MSP. La ECP tiene como sello de identidad, las prioridades del MSP en función de los OSN. El objetivo estratégico 2 de los OSN 2020 se propone *disminuir la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad*.

El propósito del presente trabajo ha sido recuperar información, aprendizajes y perspectivas sobre cómo se avanza a nivel de abordaje de las ENT en Uruguay, que contribuyan a su profundización y consolidación a nivel nacional.

Estructura del documento

En el presente trabajo se encontrarán los siguientes apartados:

Contexto nacional: Presenta un resumen del contexto demográfico y socioeconómico en el cual el sistema de salud opera, enfocándose en los determinantes sociales de la salud (DSS) que más impactan en la ENT.

Situación epidemiológica con foco en las ENT: Presenta un resumen descriptivo del estado de salud del país y de la situación epidemiológica particularmente en el campo de las enfermedades no transmisibles.

Avances de las Políticas Públicas hacia las ENT: Se describen las principales líneas de acción desde el MSP y a nivel intersectorial para un abordaje integral de las

ENT y sus determinantes.

Desafíos relacionados a las ENT: Se presenta una síntesis de lineamientos de organismos internacionales en la materia, así como propuestas de referentes nacionales vinculados al tema, generados en el ámbito de un Conversatorio organizado recientemente por OPS/OMS y MSP a tales efectos.

Metodología aplicada

La elaboración del presente documento exigió combinar diferentes herramientas metodológicas, generando una síntesis de los datos y la información procedente de la revisión documental con análisis completo de los documentos disponibles de situación de salud y perfil del sistema de salud del país, redes sociales y páginas web institucionales; entrevistas a informantes calificados en el campo de las ENT; sistematización de los aportes emanados de un Conversatorio sobre buenas prácticas y lecciones aprendidas en el campo de las intervenciones en ENT, realizado en noviembre de 2018. En el anexo 1 se detalla la inserción institucional de quienes aportaron en el documento.



2 - CONTEXTO NACIONAL

2.1 - Análisis Demográfico

Uruguay inició su primera transición Demográfica en los comienzos del siglo XX, más tempranamente que la mayoría de los países de América Latina, y durante ese siglo su crecimiento poblacional fue lento y su estructura etaria fue envejeciendo paulatinamente.

Luego de varias décadas de baja mortalidad y natalidad Uruguay está en una fase avanzada de transición demográfica, con aumento de la expectativa de vida, descenso de la mortalidad en todas las edades y reducción de la fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo. Esto significa un número menor de niños y un aumento de la cantidad de adultos mayores. Las migraciones han presentado un saldo negativo en los últimos 40 años, aunque en el período reciente se constata un incremento inmigratorio intra-regional.

La población del Uruguay en el año 2017 era de 3.493.205 habitantes [INE 2018].

La tasa de mortalidad infantil se redujo de 30.1 cada mil nacidos vivos en 1984 a 13.4 en 2004. Los avances sociales y las políticas de atención a la primera infancia de la última década produjeron una tendencia descen-

año
2050

Se plantea llegar a una
esperanza de vida de

82

años

con crecimiento significativo
de la población de:

+65 825.000
años adultos mayores

-15 570.000
años

dente significativa de la mortalidad infantil con leves oscilaciones interanuales alcanzando en 2017 su mínimo histórico de 6,5 cada 1.000 nacidos vivos (MSP 2018).

En un análisis prospectivo de Uruguay proyectado al año 2050 la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), plantea un escenario posible al 2050 con las tendencias actuales sin grandes cambios, llegando a una esperanza de vida de 82 años, con crecimiento significativo de la población de 65 años y más, que llega al 22,2% del total (casi 825.000 adultos mayores) en una población de 3,7 millones, mientras que los menores de 15 serán algo más de 570.000. En otro escenario, también plausible, habría mayor aumento de la esperanza de vida (88 años), una población de 3,93 millones y la proporción de personas de 65 años del 25,7%. Estas últimas cifras serían similares a las de los países más desarrollados en el 2050 pero implicarían una baja de la mortalidad relacionada al control de los determinantes de las ENT (OPP 2017).

La natalidad ha tenido un descenso sostenido del 20% entre 1996 y 2006, luego se estabilizó durante una década con una mayor reducción en los últimos tres años. Las proyecciones a fines de 2018 sitúan los nacimientos en alrededor de 40 mil, con una muy importante disminución del embarazo en adolescentes, cuya tasa de fecundidad se ha reducido a la mitad en los últimos 3 años (Cabella 2018). Este descenso es el resultado de un conjunto de factores sociales y sanitarios referidos a la población más vulnerable, donde históri-

camente se reproducía la pobreza a través de embarazos no intencionales en adolescentes.

Las tendencias demográficas del país son claros indicadores de progreso social y no ameritan visiones catastrofistas, aunque plantean desafíos societarios en distintos planos. La población uruguaya mantiene un crecimiento moderado con desigual distribución en el territorio, caracterizada por una gran concentración de habitantes en la capital (40% de la población) y en las ciudades del litoral y sur del país.

El envejecimiento saludable pasa a ser un objetivo estratégico para toda la sociedad. El cambio del modelo de atención y el abordaje de los determinantes socio-culturales de la salud, adquieren una importancia decisiva en esta mirada prospectiva. Como señala la OPS, “el envejecimiento de la población nos está obligando a replantearnos la salud y rediseñar nuestros sistemas de salud” (OPS 2017).

2.2 - Situación socioeconómica

En el año 2017 Uruguay alcanzó 15 años ininterrumpidos de crecimiento económico. A pesar de una desaceleración en los últimos tres años, la tasa de crecimiento de la economía aumentó en 2017 en un 2,7% del PBI y se estima que en 2018 el crecimiento se mantendrá en

torno al 2,5% [1]. Contribuyeron a este crecimiento el aumento del consumo y una recuperación de los niveles de inversión, principalmente en el sector público. La recuperación del nivel de actividad estuvo vinculada asimismo a una mejora en la demanda externa regional y extrarregional, al incremento del turismo, a una mayor confianza de los consumidores y a una reducción de las importaciones (CEPAL 2018). El déficit fiscal fue de 3,6% del PBI en 2017 y del 2,9 en 2018.

La mayoría de los indicadores sociales presentaron una mejora sustantiva durante 2017. La pobreza, la indigencia y la desigualdad se redujeron en este año, aunque aumentó la desocupación y distintos problemas laborales. En 2016 la cantidad de uruguayos en situación de pobreza había descendido a 9,4% de la población y en 2017 esta cifra se redujo a 7,9% (INE 2018). El salario real promedio aumentó 55% entre 2005 y 2015 ocupando el primer lugar en la región (MTSS 2017) que tuvo un promedio de incremento del 20%. También el aumento del Salario Mínimo Nacional y el descenso de la informalidad laboral son destacables en el contexto regional [2].

Desde un enfoque de Desarrollo Humano, Uruguay está dentro de la categoría de muy alto desarrollo humano, en el puesto 55 entre 189 países, con un IDH de 0,8045 (PNUD 2018), que ajustado por desigualdad desciende a

0,689 (14,3%). Los países con IDH muy alto bajan promediamente 10,7% cuando se ajusta por desigualdad, mientras en América Latina promediamente ese descenso es de 21,8%. En el Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG) Uruguay está en el grupo de países con mejor posición relativa para las mujeres. A pesar de que existen significativas desigualdades por razones de género, el Índice de Desigualdad de Género sitúa al país en el lugar 57 entre 160 países (PNUD 2018).

En América Latina la pobreza y la pobreza extrema aumentaron a partir de 2015, luego de una década larga de abatimiento en la mayoría de los países (CEPAL 2017).

De acuerdo con el Banco Mundial, Uruguay se caracteriza en la región por su alto ingreso per cápita, bajo nivel de pobreza, casi ausencia de indigencia y menores niveles de desigualdad.

Ha llegado a un alto nivel de igualdad de oportunidades (Índice de Oportunidad Humana del Banco Mundial) en términos de acceso a servicios básicos tales como educación, agua potable, electricidad y saneamiento.

La distribución del ingreso por quintiles entre 2006 y 2016 muestra que la apropiación por parte del quintil de mayores ingresos disminuye 8%, mientras la del quintil de menores ingresos aumenta 33% y la del

segundo quintil 26%.

Las distancias absolutas siguen siendo muy altas. En 2006 el quintil de mayores ingresos se apropiaba de 10,5 veces más ingresos que el de menor ingreso, y esa relación se redujo a 7,1 en 2016 (Reporte Social 2017). El índice de Gini descendió levemente de 0,383 a 0,380 en el 2017, segundo año de reducción consecutiva (3). La pobreza infantil (niños de 0 a 5 años) pasó de 53% en 2006 a 20% en 2016, lo cual representa una disminución relativa de 62% (en el total de la población fue del 71%). La pobreza baja en todas las franjas etarias, aunque se sigue concentrando en la niñez y adolescencia. Baja a 6,4% en adultos hasta los 64 años y es apenas 1,3% por encima de 65 años (Reporte Social 2017). El Banco Mundial (2015) destaca que las políticas sociales inclusivas han permitido ampliar la cobertura de los programas.

Cerca del 87% de la población de más de 65 años está cubierta por el sistema de pensiones, uno de los coeficientes más altos en América Latina y el Caribe.

En el mercado de trabajo se ha llegado a los niveles más bajos de desempleo desde que se llevan estadísticas (6,6% en 2014). La acentuada desaceleración en el crecimiento en los años posteriores llevó las cifras de desempleo a 8,6% en octubre de 2018. A pesar del entorno externo complejo Uruguay mantiene un marco

macroeconómico estable.

El informe *"El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo"* de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO 2017) muestra que la prevalencia de la subalimentación en la población total pasó de 4,3% a menos del 2,5% en el período 2004-2016.

La prevalencia de la desnutrición aguda en niños fue en 2016 de 1,3%, y la de desnutrición crónica entre los niños menores de cinco años, se redujo entre 2005 y 2016 de 13,9 a 10,7% mientras el sobrepeso descendió de 9,4% a 7,2% en ese período. La obesidad entre las personas de más de 18 años pasó de 22,9% a 28,6% en el período 2005-2014 (FAO 2017). Por otro lado, la anemia entre embarazadas con más de 20 semanas de gestación mostró una tendencia decreciente entre 2010 y 2015 de 19,7% a 15,9% (MSP, 2016c)

1 - Los informes de Cuentas Nacionales del Banco Central del Uruguay señalan un crecimiento de 2,5% en el segundo trimestre de 2018 respecto al mismo período del año anterior con un desempeño positivo de la mayoría de los sectores de actividad. La demanda interna creció en volumen físico debido al alza de la Formación Bruta de Capital y el Gasto de Consumo Final

2 - El salario mínimo nacional pasó de 80 dólares en 2005 a 426 dólares en 2017 (MTSS 2017). La tasa de informalidad en Uruguay cayó 17 puntos de 40,7% en 2004 a 23,5% en 2014 (CEPAL 2016)

3 - El Índice de Gini mide la desigualdad según ingresos entre 0 de mínima y 1 como desigualdad máxima





3-SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENT

Las enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de enfermedad y muerte prematura y evitable en las Américas. Generan tres de cada cuatro defunciones y 34% de esas muertes son prematuras (se dan en personas entre 30 y 69 años). En particular cuatro de esas enfermedades: las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, concentran la mayor morbi-mortalidad. Por su importancia sanitaria y social deben considerarse especialmente la obesidad y la hipertensión. Las ENT causan la mayor parte de los costos evitables de atención sanitaria y representan una gran carga social y económica para los países, afectando su bienestar y posibilidades futuras [OPS/OMS 2014]. La vigilancia, prevención y control de las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales, la malnutrición, la violencia y los traumatismos, y las discapacidades ha sido una prioridad para OPS/OMS y objeto de acciones concretas en el país.

Tal como se ha estudiado en múltiples trabajos internacionales las causas de las ENT refieren a factores de riesgo comunes a todas ellas como el tabaquismo, hábitos alimentarios no saludables, la inactividad física

y el consumo nocivo de alcohol. También la contaminación del medio ambiente es una causa relevante. La epidemia de las ENT está profundamente relacionada con las transformaciones actuales en los estilos y condiciones de vida, en los procesos socioculturales y la situación económica y demográfica.

La asociación entre estas enfermedades y los determinantes sociales de la salud es fuerte tanto en el sentido de que los mismos inciden sobre las ENT, como en que las ENT profundizan esos determinantes y su estructura de desigualdades. La situación socioeconómica, el género, la raza y el grupo étnico, la ubicación urbana o rural, la ocupación y otras características socioambientales son factores sociales relevantes en las ENT. Con un enfoque de Curso de vida deben considerarse como causas de estas patologías, los problemas de salud materna y desarrollo en la primera infancia, las enfermedades persistentes de la infancia y la exposición a la violencia. Los factores ambientales y las modalidades de vida urbana que han crecido rápidamente son elementos claves para el surgimiento de las ENT y su elevada prevalencia. Asumiendo la complejidad de los fenómenos que se procuran abordar, se incluyen también factores biológicos de riesgo para las ENT y su correlato de generación de comorbilidades, como la hipertensión, hiperglucemia, sobrepeso y obesidad, trastornos de salud mental, enfermedades bucales y

nefropatías. Abordar las ENT en todas sus dimensiones significa interpelar algunas características de la sociedad actual y analizarlas como marcadores de desigualdad e inequidad.

Con una mortalidad general de 9,3 cada mil habitantes, Uruguay presenta una fuerte concentración de su mortalidad originada en las ENT y específicamente en las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades neoplásicas y las enfermedades del sistema respiratorio, que superan el 60% de las muertes

Estas enfermedades junto con las causas externas son el 70% de las muertes en el país.

Diez de las primeras 15 enfermedades que causan Años de Vida Perdidos (AVP) y también Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) en Uruguay son Enfermedades No Transmisibles (PPENT-MSP 2015). Tres de las ENT como el EPOC, la enfermedad isquémica crónica del corazón y los accidentes cerebrovasculares están en los primeros lugares en la generación de Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD) (MSP 2016).

Cuadro 1. Indicadores seleccionados vinculados a mortalidad por Enfermedades No Transmisibles. Uruguay. 2014 – 2017.

INDICADOR	2014	2015	2016	2017
Tasa bruta de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio x 100000 habitantes	250,8	267,5	269,2	294,5
Tasa bruta de mortalidad por enfermedades del sist. circulatorio en menores de 70 años x 100000 menores de 70 años	59,0	60,4	60,4	59,0
Tasa bruta de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio x 100000 habitantes	90,4	98,5	109,6	94,5
Tasa bruta de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en menores de 70 años	19,1	20,4	25,6	20,5

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Estadísticas vitales

Cuadro 2. Indicadores seleccionados vinculados a mortalidad por Enfermedades No Transmisibles en mujeres y varones. Uruguay. 2014 – 2017.

INDICADOR	2014	2015	2016	2017
Tasa bruta de mortalidad masculina por enfermedades del sistema circulatorio x 100000 varones	242,0	253,7	261,4	240,8
Tasa bruta de mortalidad femenina por enfermedades del sistema circulatorio x 100000 mujeres	259,1	280,2	276,4	257,6
Tasa bruta de mortalidad masculina por enfermedades del sistema respiratorio x 100000 varones	95,2	104,4	114,1	95,9
Tasa bruta de mortalidad femenina por enfermedades del sistema respiratorio x 100000 mujeres	85,8	93,0	105,5	93,3

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Estadísticas Vitales

Los Cuadros 1 y 2 muestran las tendencias recientes de los indicadores de mortalidad de las principales ENT en la población general y en menores de 70 años, y su evolución según sexo.

En el ámbito mundial, el riesgo de muerte prematura por cualquiera de las cuatro principales Enfermedades No Transmisibles en personas entre 30 y 70 años se mide con un indicador específico denominado Probabilidad de mortalidad prematura por ENT; es el indicador establecido por la OMS en la meta de reducción para 2025 y por los ODS para el 2030. En 2015, este indicador oscilaba del 8% al 36%, para ambos sexos, en los cuatro grupos de países definidos en función de los ingresos establecidos por el Banco Mundial. (OMS, 2017). En nuestro país el indicador ha descendido en 2017 (Cuadro 3) luego de un período de persistencia en valores superiores a 15%.

Cuadro 3. Probabilidad de morir por cualquiera de las cuatro principales ENT entre los 30 y los 70 años. Uruguay. 2010 - 2017

AÑO	Probabilidad de mortalidad prematura por ENT %
2010	16,33
2012	15,55
2013	15,27
2014	15,28
2015	15,49
2016	15,75
2017	14,61

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Área Programática de ENT. En base a datos de Estadísticas vitales MSP y Estimaciones poblacionales INE

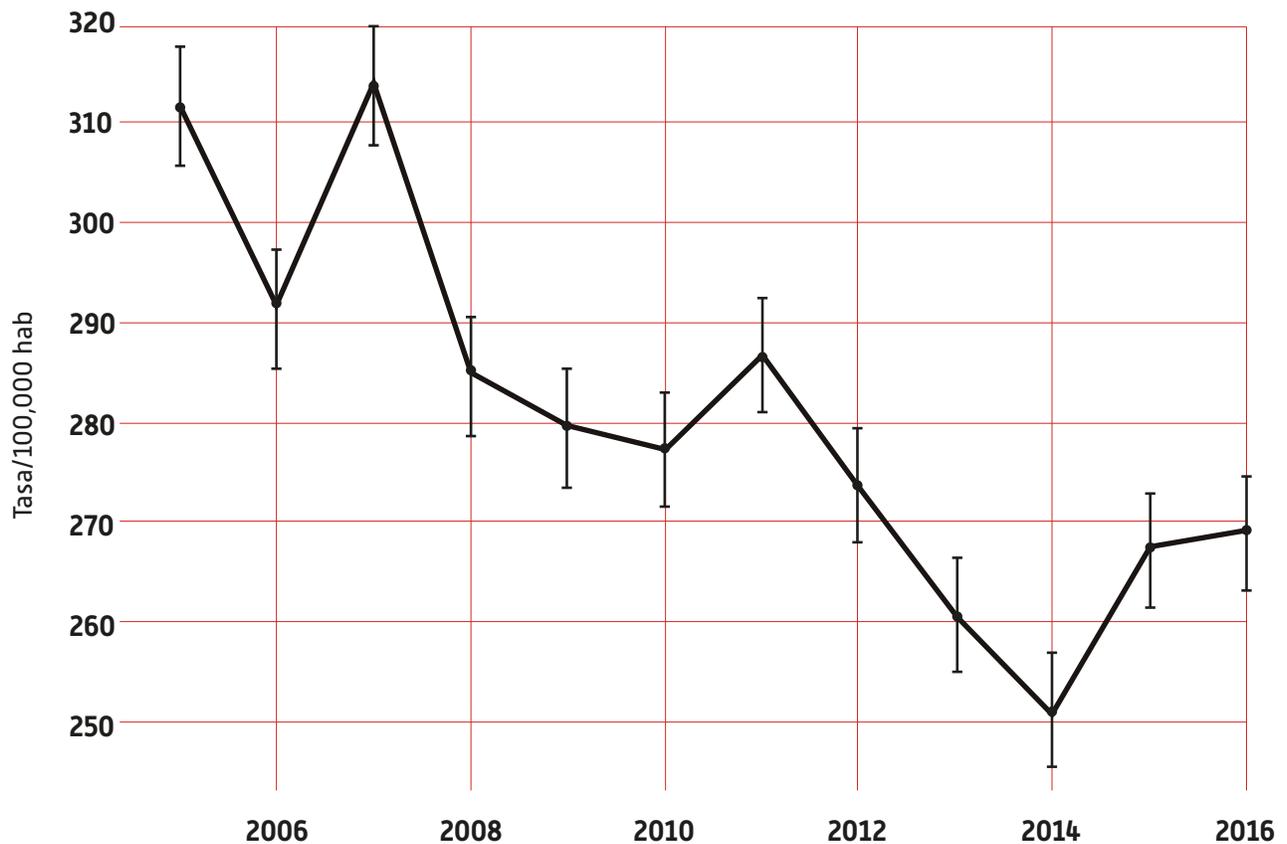


3.1 - Enfermedades cardiovasculares

Para todos los grupos etarios la mortalidad por causas cardiovasculares descendió 13,8% entre 2005 y 2016 como se puede apreciar en la Gráfica 1. En ese mismo período la evolución de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) para todas las edades marca un descenso de 29,8 %. La mortalidad por cardiopatía isquémica (I20-I25) bajó un 16,2% entre 2005 y 2016 [CHSCV 2018].

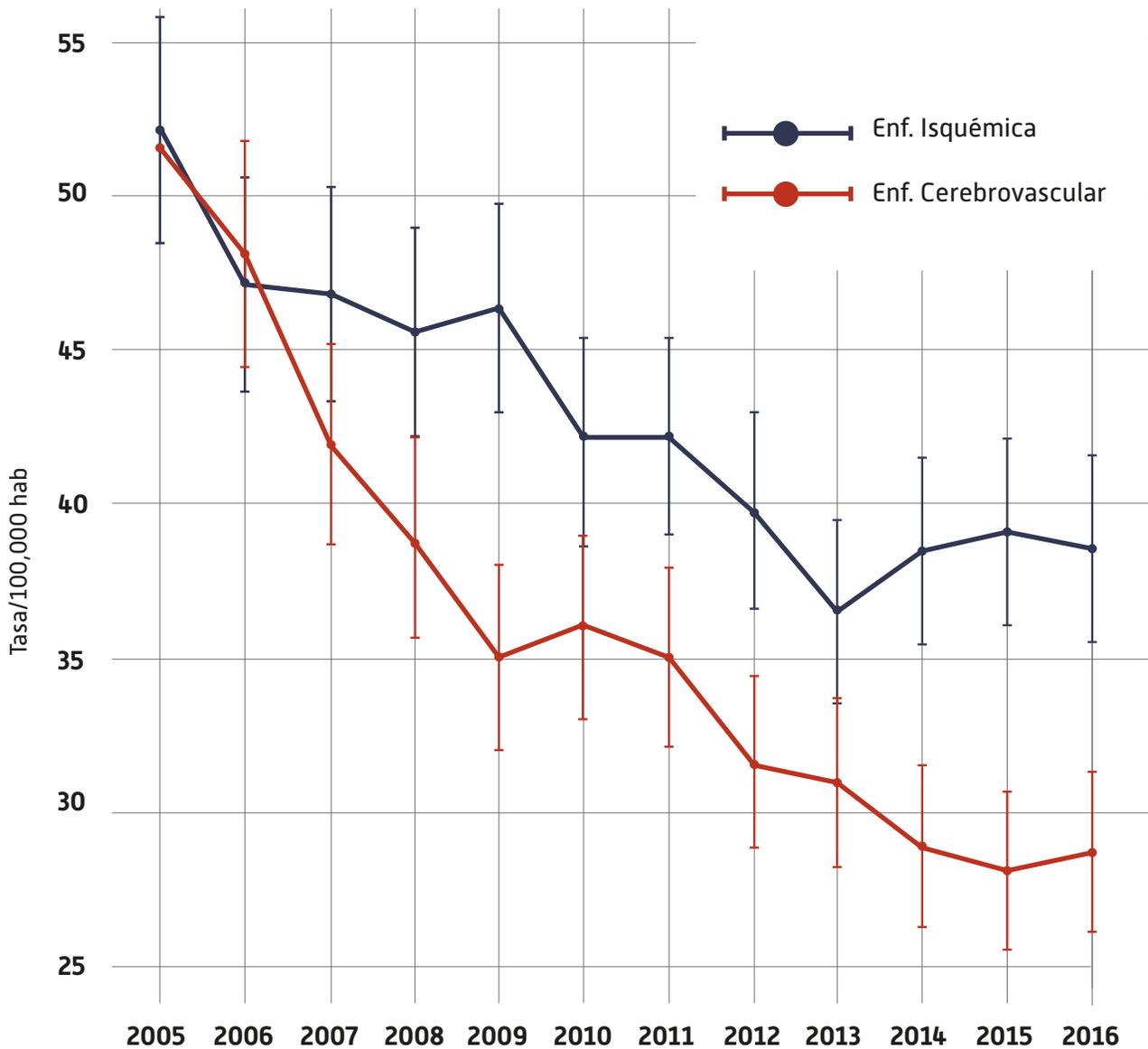
Entre los 30 y 69 años la mortalidad por todas las causas cardiovasculares descendió 27,5% entre 2005 y 2016. En el mismo período las cardiopatías isquémicas presentaron una caída de la mortalidad de 26% para esa franja etaria y la mortalidad por enfermedad cerebrovascular disminuyó un 46%. Gráfica 2.

Gráfica 1. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (CIE 10: I00 – I99). Uruguay. 2005 - 2016



Fuente: Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular. 2018

Gráfica 2. Mortalidad por enfermedades isquémicas (CIE 10: I20-I25) y enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) en población de 30 a 69 años. Uruguay, 2005 – 2016.



Fuente: Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular. 2018

3.2 - Cáncer

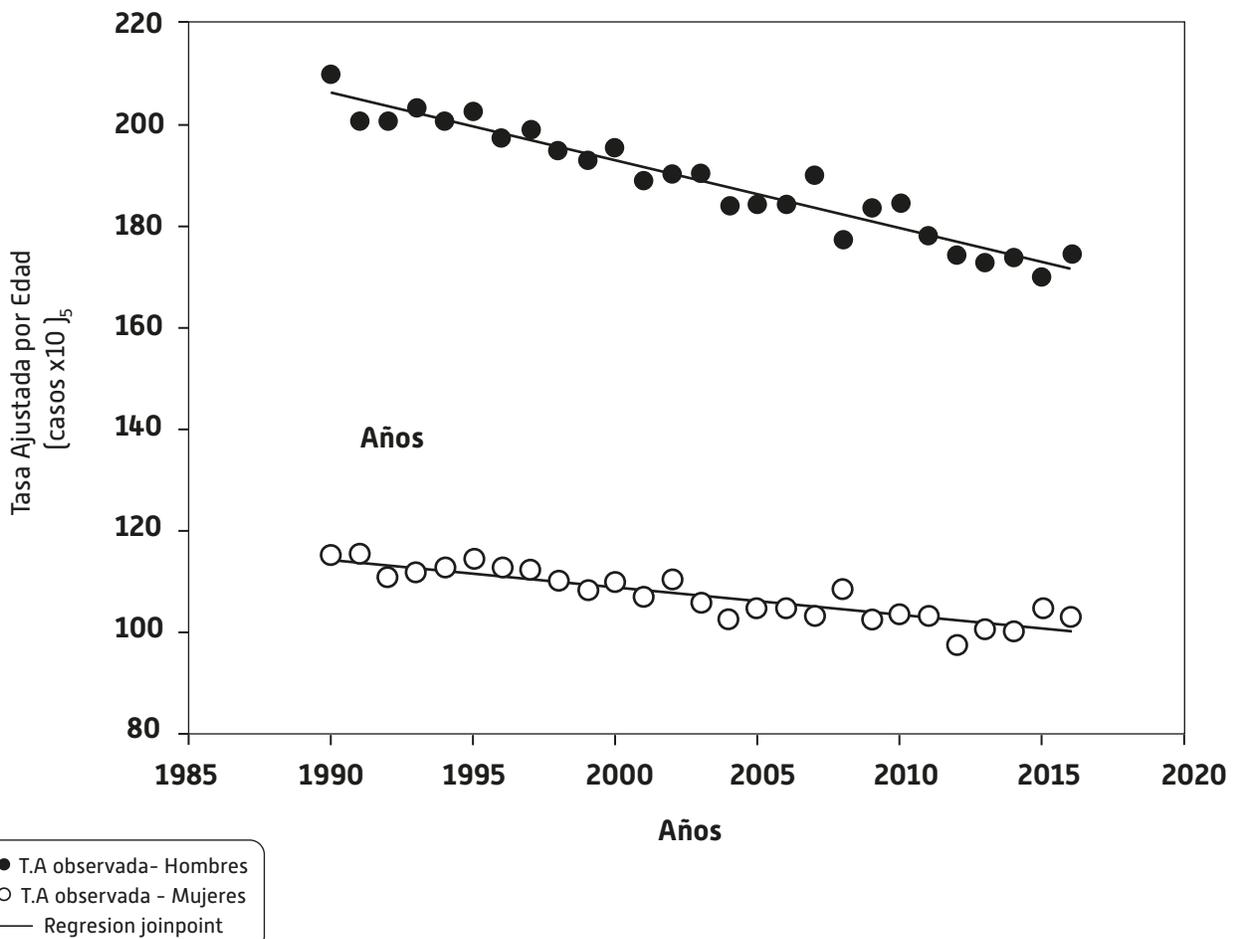
El cáncer es un problema relevante en la situación epidemiológica de Uruguay registrándose anualmente casi 16 mil casos nuevos con una mortalidad de 8000 personas por año. Las muertes por cáncer son aproxi-

madamente un cuarto (24,4%) del total de las muertes registradas anualmente en Uruguay. Los cuatro tipos de cáncer más frecuentes en Uruguay (con la excepción del cáncer de piel no melanoma) son el cáncer de mama, de próstata, de colo-recto y de pulmón, al igual que en los países desarrollados (CHLCC 2018).

Las tasas de mortalidad por cáncer han decrecido paulatinamente desde 1990 en ambos sexos como muestra la Gráfica 3. En base al modelo ajustado para el período 1990 - 2016 puede inferirse que la tasa estandarizada* por edad de mortalidad por cáncer (todos los sitios reunidos entre 2010 y 2016 decreció un 4,2% en hombres y 3% en mujeres [CHLCC 2018]. En el caso de los hombres se registra un descenso de la

mortalidad por cáncer de pulmón, aunque también de los cánceres de estómago, esófago y más recientemente de próstata. En las mujeres el descenso sostenido de la mortalidad por cáncer se debe a una reducción importante en el cáncer de útero (tanto de endometrio como de cuello uterino) y en forma más leve pero sostenida del cáncer de mama, cuya tasa estandarizada de mortalidad se redujo de 25,6 por 100.000 en 1998 a 21,7 en 2016 (Gráfica 4).

Gráfica 3. Mortalidad por cáncer en todos los sitios (CIE-O 3ª Ed C00-C80). Uruguay. 1990 – 2016.

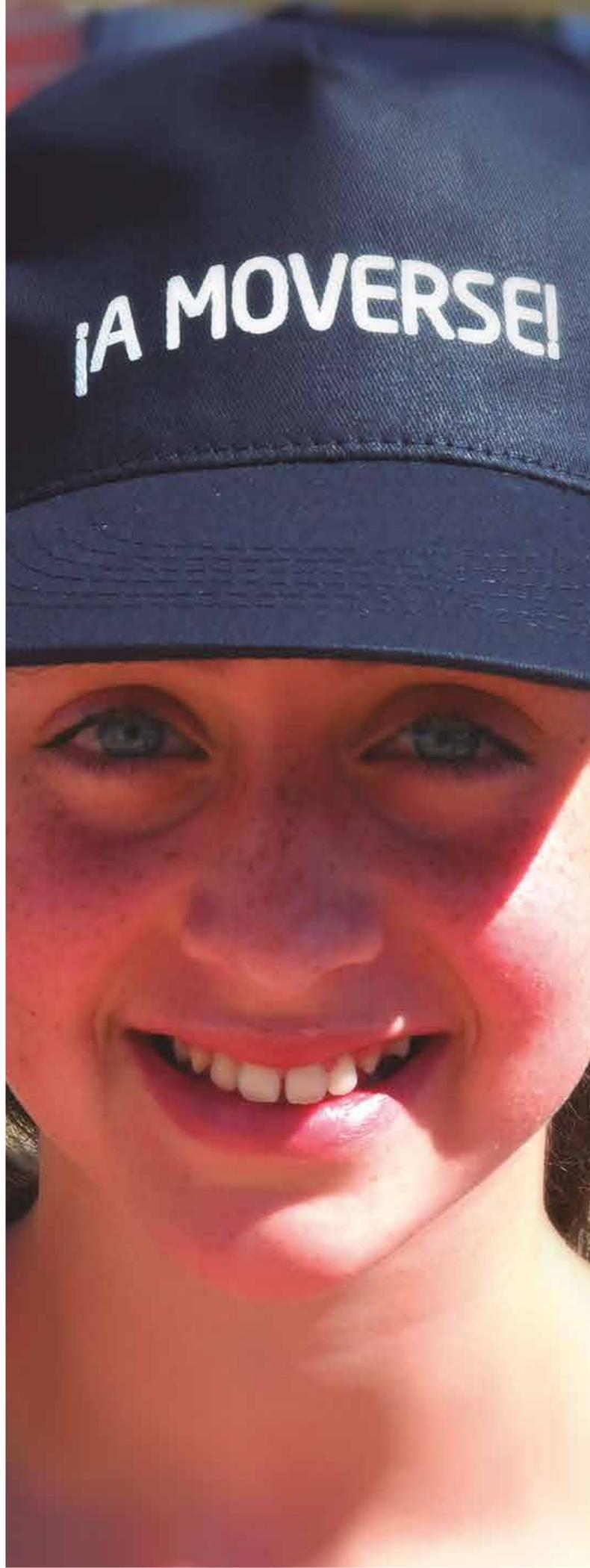


* Tasa ajustada por edad en la población mundial estandar expresada en casos x 100.000. Fuente: Registro Nacional de Cáncer - Programa de Vigilancia Epidemiológica - Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

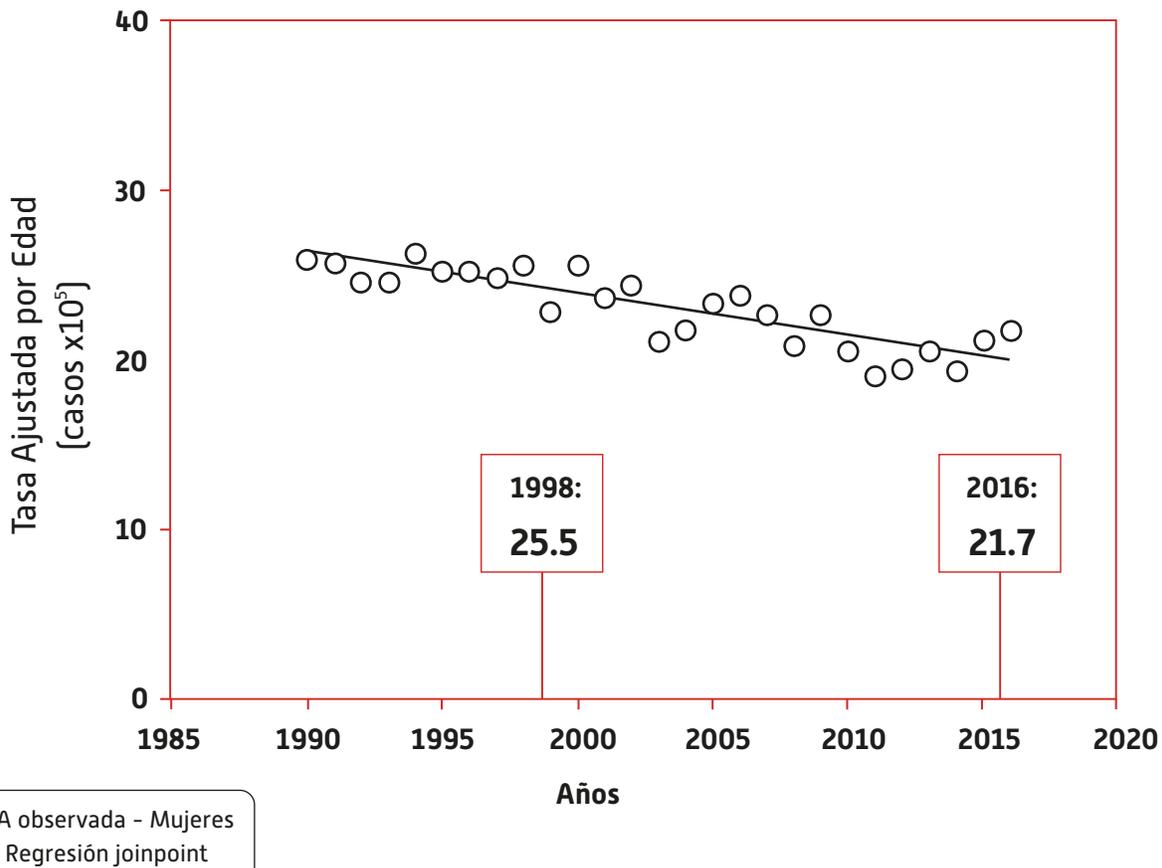
Por otro lado, se constata un ascenso significativo de cáncer de pulmón en mujeres, que aumenta en términos de un 3,6% anual y pasó a ser la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres. Este fenómeno es el problema más relevante de la dinámica epidemiológica de las tasas de mortalidad e incidencia de cáncer (CHLCC 2018).

La tasa de incidencia estandarizada por edad para todos los sitios reunidos (251,0 casos por 100000) se encuentra muy próxima a la exhibida por el conjunto de los países más desarrollados (267,2 casos por 100000). Si bien la situación es menos favorable cuando se consideran las tasas de mortalidad, en la relación mortalidad/ incidencia el valor exhibido por Uruguay (0,45) es más próximo al exhibido por el conjunto de los países más desarrollados (0,41) que al observado en el conjunto de los menos desarrollados (0,67) (Barrios & Garau, 2017).

Respecto a las comparaciones con otros países, cabe señalar la necesidad de tomar en cuenta la existencia o no de programas de tamizaje, cuya presencia puede aumentar la incidencia. Por otra parte, y no menos importante, es necesario considerar la calidad de los registros de cáncer. Al respecto, se destaca que el registro de cáncer de Uruguay ha sido clasificado por la IARC en el nivel más alto (nivel 1), el mejor de América del Sur. (IARC, 2015)



Gráfica 4. Mortalidad por cáncer de mama [CIE-O 3ª Ed C50].
Uruguay. 1990 – 2016.



Fuente: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. 2018

3.3 - Enfermedades respiratorias

Respecto a las enfermedades respiratorias las principales causas de mortalidad son la Influenza, la Neumonía y las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC). Las tasas de mortalidad se han mantenido estables con un ligero descenso en el 2017 respecto a 2016, en población general, en ambos sexos y en los menores de 70 años.

3.4 - Factores de riesgo

Se constata una alta prevalencia de 8 factores de riesgo prevenibles comunes a las ENT (MSP 2016). De acuerdo a la 2da Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFRENT) de 2013, la prevalencia en la población de 25 a 64 años era de 64,9% para sobrepeso y obesidad, 36,6 % para hipertensión arterial, 90,9 % para el consumo de frutas/verduras menor a 5 porciones diarias, 22,8% presentaba bajo nivel de actividad física, 28,8% eran fumadores diarios, 9,5% con con-

sumo episódico excesivo de alcohol, 7,6% de glucosa elevada en sangre y 21,5% de colesterol elevado en sangre.

Entre los factores de riesgo cabe destacar especialmente que entre 1999 y 2013, la venta de bebidas azucaradas se triplicó en Uruguay y la de otros alimentos con excesiva cantidad de azúcares, sal y grasas se duplicó [OPS/OMS, 2015]. Esto produjo una fuerte escalada del sobrepeso y la obesidad en todos los grupos etarios, que se vincula a mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles a edades cada vez más tempranas. Se ha constatado una tendencia al mayor sobrepeso y obesidad a medida que aumenta la edad. En 2013 el sobrepeso y la obesidad de ambos sexos entre 15 y 24 años era de 38,5%, aumentando a 56,9% entre los 25 a 34 años, hasta llegar a 78,1% en la población de 55 a 64 años.

El incremento de sobrepeso y la obesidad ha sido muy pronunciado y estadísticamente significativo en adultos de 25 a 64 años, pasando de 56,6% en 2006 a 64,9% en 2013 (ENFRENT 2013; PPENT-MSP, 2015). Afecta a 2 de cada 3 adultos

La velocidad de los cambios en los hábitos alimentarios ha sido sorprendente, así como sus efectos sanitarios. Estudios recientes también identifican el peso de los

factores de riesgo para la salud asociados a los comportamientos de las personas, entendiendo que los mismos no son siempre el resultado de decisiones libres e informadas, sino que están condicionados por un conjunto de factores sociales, culturales, económicos, incluyendo las estrategias deliberadas de mercadeo y publicidad de agentes económicos para maximizar sus ganancias.

Se puede observar que las mujeres realizan menos actividad física que los hombres, que el consumo de tabaco en hombres y mujeres muestra una tendencia al descenso y que se incrementa la obesidad y el sobrepeso en la población.

Estos comportamientos muestran diferencias por edades siendo las personas más jóvenes quienes realizan más ejercicio diariamente y fuman en menor medida que los adultos.



4 - AVANCES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS HACIA LAS ENT

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en el año 2012 la meta mundial de reducción de un 25% de la mortalidad prematura por ENT para el año 2025. Para ello resolvió seguir trabajando con metas relacionadas con los cuatro principales factores de riesgo: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la alimentación no saludable y la inactividad física (OPS/OMS 2014).

La Estrategia Regional para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y el Plan de Acción acordado tienen como objetivos abatir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la influencia de los factores protectores y disminuir la carga socioeconómica de las ENT. Para ello plantea enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad dentro de los países y entre ellos (OPS/OMS 2014).

El Plan de Acción de OPS/OMS se apoya en las cuatro líneas claves: a) Políticas y alianzas multisectoriales. b) Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, con énfasis en los niños, adolescentes y grupos

vulnerables. c) Mejorar la respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo, aumentando la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención, con una estrategia de atención primaria de salud. d) Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia e investigación de las ENT, sus factores de riesgo y determinantes, utilizando la investigación para la elaboración y ejecución de políticas públicas.

En la última década el Estado y la sociedad uruguaya han iniciado un proceso de transformaciones socio sanitarias en las que destacan las políticas referidas a las Enfermedades No Transmisibles, con énfasis en la lucha contra el tabaquismo. La intersectorialidad, la participación social, la rectoría del MSP y la descentralización en el desarrollo de estas políticas han sido elementos constitutivos de esta perspectiva integral de la salud.

Se detallan a continuación aquellas acciones que fueron priorizadas en el Conversatorio realizado por OPS/OMS y MSP con participantes provenientes de un amplio espectro disciplinario, institucional y social.

4.1 – Acciones relevantes de Promoción de Salud en el campo de las ENT

Se constata una alta prevalencia de 8 factores de riesgo prevenibles comunes a las ENT (MSP 2016), de acuerdo a la 2da Encuesta de Factores de Riesgo de Enferme-

dades Crónicas (ENFRENT) de 2013, cuyos valores fueron detallados anteriormente.

■ **La Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular** lleva adelante otras iniciativas para fomentar la alimentación y actividad física saludables, entre ellas estimular un mayor consumo de pescado. Ha impulsado la certificación de “Empresas saludables” y la implementación de programas de pausa activa en la jornada laboral en empresas públicas y privadas. En 2017 certificaron la primera Empresa Saludable. Una primera evaluación es que estas líneas tuvieron un retorno claro en disminución de licencias médicas en los trabajadores. Anualmente la Semana del Corazón es una actividad relevante de Promoción de la Salud Cardiovascular con múltiples participantes, acciones y alcance nacional.

La premiación de las mejores experiencias opera como reconocimiento, estímulo y una forma de visibilización. Escuelas, comunidades barriales, servicios de salud y organizaciones muy diversas participan activamente. Asimismo, la **Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer** desarrolla acciones importantes en el campo de la promoción de salud y la prevención, destacándose su contribución a la incorporación de la mamografía de tamizaje a nivel nacional, a la detección temprana del cáncer de cuello uterino, a las campañas de información y sensibilización de la población, y al desarrollo del Registro Nacional de Cáncer.

■ **La Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud** ha sido una iniciativa para promover el desarrollo saludable de la niñez impactando en las condiciones de salud de las comunidades escolares, impulsada por el MSP, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) a través del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP), la OPS/OMS y la Secretaría Nacional de Drogas de la Presidencia de la República (SND).

■ **El Programa de Alimentación escolar** de Educación Primaria brinda 280 mil desayunos, almuerzos y meriendas diarias cubriendo el 96% de los centros educativos. El Programa de Salud Bucal se desarrolla en centros educativos a partir de 2005 desde Presidencia de la República y se han ido agregando programas de pesquisa visual y pesquisa auditiva, que próximamente se institucionalizarán en el presupuesto de Educación Primaria.

En Uruguay se realiza un **estudio auditivo** a todos los recién nacidos desde 2008. A partir del 2019 el Estado realizará un nuevo examen auditivo de tamizaje a todos los escolares para detectar hipoacusias adquiridas, y a quienes lo necesiten se les entregará de manera gratuita audífonos o implantes. Junto a la Alimentación adecuada, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las deficiencias visuales y auditivas inciden

positivamente en el desarrollo educativo y social de la infancia.

■ La participación social en las políticas de promoción de salud incluye los **movimientos de usuarios** integrados a las Juntas Locales de Salud (JULOSAS), Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS), Consejos Consultivos por institución, Redes de salud, Junta Nacional de Salud (JUNASA) y el Directorio de ASSE. Los movimientos de usuarios y distintas alianzas de actores locales realizan habitualmente Asambleas, Cabildos y Ferias de Salud en municipios y localidades. Implementan recorridas y reuniones territoriales para recoger las percepciones de los vecinos, promover su involucramiento en acciones sobre los DSS y el control ciudadano sobre los servicios de salud.

■ Existen **Redes de Salud** por municipio, Redes de Primera Infancia, Redes de Adulto Mayor, Redes de Medio Ambiente, que son una experiencia potente de promoción de salud en las comunidades. Han impulsado formas de participación de la comunidad como Cursos de Agentes Comunitarios de Salud y Seminarios sobre Participación Social. Con alianzas locales los **dispositivos barriales** articulan salud, cultura, actividad física, educación, espacios públicos, donde cada área se potencia por la sinergia y el abordaje conjunto, generando experiencias innovadoras.

Otra línea de trabajo con buenos resultados son los grupos de corredores y caminadores y Grupos de Obesos Diabéticos e Hipertensos en diversas policlínicas o Centros de Salud.

■ La estrategia de **Municipios Saludables** ha sido una herramienta para el abordaje intersectorial de la labor en los territorios. En varios departamentos han sido exitosas las Ferias de Salud urbanas y rurales. El trabajo conjunto de centros educativos articulando con otras instituciones, disciplinas y sectores ha dado buen resultado incluyendo al Ministerio de Trabajo, Banco de Previsión Social, Intendencia Departamental. También existen proyectos como Valor de lo saludable, Diálogo social por el Tránsito, programas departamentales de natación, Observatorio Ambiental para vigilar el entorno.

■ Desde los **ámbitos departamentales** se ha trabajado hacia una estrategia de promoción del envejecimiento activo. En 2016 se creó la Comisión Interdepartamental de Personas Mayores que trabajó con INMAYORES del Ministerio de Desarrollo Social para diseñar la estrategia. Se promovió el proyecto Ciudades Amigables con las Personas Mayores, un Plan de Acción sobre las debilidades constatadas, una Red y un Consejo Asesor sobre Envejecimiento.

■ Se han desarrollado acciones de sensibilización de la población y capacitación de recursos humanos para la prevención (cánceres tabaco dependientes, de piel, cuello uterino) y detección temprana del cáncer (cánceres de cuello uterino, colo-recto, mama). Las mismas son coordinadas y desarrolladas por un Grupo de trabajo interinstitucional (MSP, INCA, CHLCC, Facultad de Medicina) conformado y liderado por el Programa Nacional de Control del Cáncer. En este marco se contribuyó a la concepción, elaboración programática y desarrollo de la materia optativa “Hacia una mejor prevención del cáncer” para estudiantes de grado de la Facultad de Medicina de la UDELAR, la cual se desarrolla desde 2017 e incluye una importante actividad de campo.



4.2 - Políticas de reducción de los principales factores de riesgo

Es destacable la realización de Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT). La primera fue realizada en el año 2006 y la segunda edición en el año 2013. Con estas herramientas el país cuenta con información exhaustiva y actualizada de la evolución de los factores de riesgo como tabaco, alcohol, sedentarismo, malnutrición, hipertensión, entre otros.

4.2.1 - Políticas de reducción de tabaquismo y otras drogas

La política antitabaco de los últimos 11 años ha sido una de las grandes prioridades sanitarias del país, que se introdujo fuertemente desde la agenda de gobierno y promovió un cambio cultural en la sociedad uruguaya. Dicha política ha tenido un fuerte respaldo en la población, incluyendo tanto a fumadores como a no fumadores. Son destacables en esta política nacional las siguientes medidas:

- Aplicación del **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco**. Dicho Tratado reconoce la magnitud del daño que causa el tabaquismo estableciendo fines y principios legalmente vinculantes para los países, regulando tanto la oferta como la demanda.
- Prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público, lugares de trabajo, centros de salud y educativos. A partir del 1° de marzo de 2006 los espacios cerrados de uso público serían 100% libres de humo de tabaco y hay un cumplimiento prácticamente de 99% de la Ley N° 18.256, que contiene estos aspectos sobre control de tabaquismo.
- Aumento del tamaño de la advertencia sanitaria en los paquetes de cigarrillos así como el empaquetado genérico o plano y una única presentación por marca.
- Está prohibida la importación, registro como marca, comercialización y publicidad de cualquier dispositivo electrónico para fumar, así como su uso en lugares cerrados y demás prohibiciones vigentes para los productos de tabaco en general (Decreto 299/017).
- Aplicación de impuestos a los productos de tabaco e incremento del precio de los cigarrillos.
- Ratificación del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de los productos del tabaco.
- Creación de Clínicas de cesación tabáquica existiendo más de 100 puntos de atención en la actualidad.

■ Entrega gratuita de medicamentos para apoyar la cesación tabáquica por parte del Fondo Nacional de Recursos (FNR). El uso de medicamentos para dejar de fumar entre las personas que los conocen aumentó del 5% en 2008-09 al 17% en 2012. El consejo médico para dejar de fumar brindado en la consulta profesional se ha impulsado en los servicios de salud. Los resultados de estas políticas han sido la disminución del inicio del consumo y un incremento de la cantidad de fumadores que dejan de fumar. El aumento de la percepción del riesgo del consumo ha sido un factor determinante. La percepción de los fumadores sobre los riesgos de accidente vascular cerebral y de impotencia aumentó a partir de la introducción de advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de cigarrillos.

Cabe destacar la transformación producida en los hábitos de los más jóvenes y en la actitud del conjunto de la sociedad en el tema, que impactará favorablemente en las ENT.

La prevalencia en el consumo de tabaco entre 2009 y 2017 pasó de 25% de la población a 21,6%, mientras que en jóvenes de 15 a 24 años pasó de 24,7 a 14,6% (MSP/INE/OPS/CDC 2018).

También es destacable el incremento en el porcentaje de mujeres que dejó de fumar al enterarse de que estaban embarazadas.

Uruguay ha sido históricamente de los países de América Latina con mayor prevalencia del tabaquismo y en la última década las políticas desarrolladas lograron un descenso muy significativo. Cabe mantener la preocupación por una cierta desaceleración del descenso y por las estrategias de propaganda y mercadeo de la industria hacia el consumo de otros productos del tabaco.

Al mismo tiempo cabe señalar que Uruguay fue pionero a nivel internacional en esta materia. El juicio ganado por el Estado uruguayo a la multinacional Philip Morris, ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI), dependiente del Banco Mundial (BM), ha tenido un impacto global reafirmando la prioridad de la salud pública frente a los intereses de la industria tabacalera y alentando a varios países a seguir una política fuerte contra el tabaquismo.

4.2.2 - Políticas de alimentación saludable

En los últimos años Uruguay inició la construcción de una política hacia la seguridad alimentaria y nutricional que integra un conjunto de acciones en distintos planos. Algunas refieren a la primera infancia y la infancia en general, otras promueven el cambio de hábitos a nivel de toda la población.

Entre esas medidas cabe destacar algunas por su impacto social y sanitario:



**La prevalencia en el consumo
de tabaco entre 2009 y 2017
en jóvenes de 15 a 24 años pasó
de 24,7% a 14,6%**

24,7%

14,6%

■ Han sido relevantes las **Acciones de promoción de la lactancia materna** en el marco de la priorización de políticas vinculadas a la Primera Infancia, que incluyen la obligación legal de creación de Salas de Lactancia en los lugares de trabajo.

Se ha insistido en la importancia de los controles y adecuada nutrición desde el embarazo y sobre todo en los primeros 24 meses de vida. Está en discusión en el Parlamento un proyecto de ley sobre Regulación de la Comercialización de sucedáneos de la leche materna.

En particular la **Estrategia de Acreditación en Buenas Prácticas de Alimentación del lactante y el niño pequeño** de maternidades y consultorios del SNIS, con énfasis en la protección de la lactancia materna como la forma más adecuada y saludable de alimentación del niño/niña en el inicio de la vida y los primeros años.

También es destacable la actualización y capacitación a los equipos de salud en la **Norma Nacional de Lactancia Materna** promoviendo la lactancia exclusiva en los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años y más, según la realidad particular de cada madre y lactante, el uso de preparados para lactantes y **Guía de Alimentación Complementaria para el niño de 6 a 24 meses** con enfoque de prevención del sobrepeso y la obesidad desde temprana edad y con mirada de curso de vida.

■ La **Ley No. 19.140 de Alimentación saludable en centros educativos** (reglamentada en 2014) fue una

señal política e institucional fuerte y generó una plataforma de trabajo interinstitucional para problematizar la mala alimentación en la infancia y promover alimentación saludable. Su objetivo fue proteger la salud de niños y adolescentes que concurren al sistema educativo a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables, previniendo el sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades asociadas a éstos. Para ello se establece un listado de alimentos definido por el MSP y se prohíbe la publicidad en los centros educativos de los productos que no estén incluidos y la utilización de saleros.

■ Actualmente el Parlamento discute un Proyecto de Ley Marco sobre Derecho Humano a la Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutricional que recoge un proceso amplio de discusión y acuerdos alcanzados en el Diálogo Social convocado en 2016 y está en consonancia con la ley aprobada en el PARLATINO.

■ **La Ley No. 19307 sobre medios de comunicación audiovisual (2014)** incorpora varios artículos que refieren a la salud, que están vigentes, aunque todavía no han sido reglamentados y que han sido convalidados por la Suprema Corte de Justicia. En particular el artículo 33 establece la regulación de la publicidad de alimentos según normas OMS. El artículo 95 define la posibilidad de "Campañas de bien público" gratuitas en todos los medios de comunicación audiovisuales. Esta última posibilidad ya ha comenzado a utilizarse en

relación con temas de prevención y promoción de salud.

■ Es destacable la realización de la **Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil en Salud**. La primera versión de esta encuesta fue realizada en 2013 y la segunda edición para el seguimiento de la primera cohorte en el año 2015. El país cuenta así con una poderosa herramienta de diagnóstico y seguimiento de los procesos referidos a la infancia.

■ En 2016 se publicó la actualización de la **Guía alimentaria para la población uruguaya**. El proceso de elaboración fue coordinado por el MSP y contó con la participación de un amplio grupo intersectorial conformado por instituciones del sector público, actores de la academia y OSC. Es un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre nutrición en una herramienta práctica que facilita a la población la selección de una alimentación adecuada y saludable. Constituye una referencia para todos los actores.

■ Cabe destacar asimismo diversas campañas educativas de promoción de hábitos saludables como comer despacio, privilegiar el momento y el lugar de comer, preferir los alimentos naturales en lugar de los ultra procesados, disminuir el consumo de sal, consumir agua por sobre las bebidas azucaradas, incorporar frutas y verduras y acumular 150 minutos semanales de

actividad física. La Guía Alimentaria ha contribuido mucho en estas acciones. Existen múltiples experiencias de Educación para la Salud a través de la formación de Promotores Escolares de Salud en Alimentación Saludable. Son los niños quienes luego del proceso de formación, llevan adelante las acciones educativas hacia el resto de la escuela, sus familias y comunidad.

■ Es relevante la aprobación del decreto 114/018 de disminución progresiva y obligatoria de las grasas trans de producción industrial como ingrediente en los alimentos para consumo, incorporando esta nueva norma en el Reglamento Bromatológico Nacional.

■ El decreto 272/18 de **Etiquetado frontal de productos con excesivo contenido de grasas, grasas saturadas, azúcar y sodio**, es una medida fundamental para la prevención de las ENT. Su aprobación fue precedida por un largo proceso de elaboración con participación de diversos ministerios, la Universidad de la República, la Intendencia de Montevideo y organismos internacionales como la OPS/OMS, UNICEF y FAO. Dicho decreto fue objeto asimismo de una amplia consulta pública en la que se recibieron una gran cantidad de opiniones, en su enorme mayoría favorables. Actualmente se está trabajando con el objetivo de que el etiquetado frontal por exceso de sodio, grasas y azúcares se convierta en ley, para lo cual el Poder Ejecutivo envió al Parlamento

un proyecto al respecto.

■ Desde el MSP se han promovido iniciativas de **reducción del consumo de sal** mediante convenios voluntarios con las empresas de panificación. La Intendencia de Montevideo dispuso el retiro obligatorio de saleros de las mesas de restaurantes. El Núcleo Interdisciplinario de Alimentación y Bienestar de la Universidad de la República aportó varias investigaciones sobre consumos para orientar las mejores medidas para generar un cambio en los hábitos alimentarios.

■ Una medida de transparencia está siendo implementada por el Servicio de Regulación Alimentaria de la Intendencia de Montevideo, que publica en la página web institucional los datos del registro de los distintos alimentos y tiene como línea de trabajo la incorporación de la información nutricional mediante ese mecanismo.

■ A partir del decreto 369/018 se constituyó en diciembre de 2018 el **Consejo Nacional Honorario Coordinador de Políticas destinadas a combatir el Sobrepeso y la Obesidad**. Este espacio interinstitucional buscará consolidar la articulación de esfuerzos de los distintos organismos del Estado en torno a un Plan de Acción Intersectorial *Unidos contra las ENT. Detengamos la obesidad*.



4.2.3 - Promoción de la Actividad Física

En la Encuesta de Factores de Riesgo de 2013 se manejan dos indicadores respecto a la actividad física: el nivel de actividad física y el comportamiento sedentario. El 22,8% de la población adulta registra un nivel bajo de actividad física (7,1% menos que en 2006) con mayor prevalencia en mujeres y adultos entre 55 y 64 años. Al mismo tiempo el indicador de sedentarismo presentó un incremento de 7,1 % en el mismo período.

■ A través de la Ley N° 18213 (2009) se estableció la educación física obligatoria en todas las escuelas de Enseñanza Primaria.

Desde el año 2011 se produjo un incremento rápido de la instalación de gimnasios al aire libre llegando a más de 500 en todo el país, con una apropiación importante por parte de la población.

Su instalación fue ejecutada por una multiplicidad de actores institucionales que incluyen el gobierno nacional, los gobiernos departamentales y los gobiernos municipales. También hay un aumento en el uso de bicicletas como medios de transporte, en un proceso donde las organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos locales están jugando un rol relevante promoviendo la creación de ciclovías, presentando

propuestas en Presupuesto Participativo y obteniendo el apoyo mayoritario de la población.

■ En 2016 se elaboró y difundió una **Guía de Actividad Física** por parte del MSP y Secretaría Nacional de Deportes como referencia para diversos programas e iniciativas.

■ Desde 2010 se creó la **Red de Actividad Física del Uruguay** alcanzando a los 19 departamentos del país.

En la promoción de la actividad física ha sido significativo el trabajo intersectorial en el sistema educativo, los gobiernos locales, el gobierno nacional, la sociedad civil y otros actores.

■ La Comisión Honoraria por la Salud Cardiovascular ha iniciado un registro nacional de las actividades físicas promovidas desde diversos actores.

4.2.4 - Regulación del alcohol

Uruguay presenta un consumo algo por encima del promedio mundial (10,8 litros de alcohol puro per cápita anuales en mayores de 15 años). El alcohol constituye la droga con menor percepción del riesgo en el país (uno de cada cuatro consumidores considera que tiene riesgo nulo o casi nulo). Según datos oficiales de 2017 existen 261.000 personas con dependencia y uso problemático de bebidas alcohólicas.

En la población joven, 7 de cada 10 que consumieron alcohol, tuvieron al menos un episodio de intoxicación en los últimos 15 días.

En los últimos años se han llevado adelante algunas iniciativas hacia una mayor regulación del alcohol. El proyecto de ley enviado al parlamento en 2017 por el poder ejecutivo enfatiza que su “uso problemático genera en la actualidad más morbi-mortalidad que todas las drogas ilegales juntas, afectando fundamentalmente al sistema nervioso, cardiovascular y gastrointestinal”.

La Junta Nacional de Drogas llevó adelante intervenciones de reducción de riesgos y daños en eventos culturales con el objetivo de promover el autocuidado y el consumo responsable.

A efectos de prevenir las intoxicaciones agudas en jóvenes se implementó el programa “free pass” (pase libre) para disminuir el consumo de alcohol previo a las salidas a fiestas o centros bailables, facilitando entradas gratuitas a quienes lleguen sin consumos de ese tipo. La campaña se complementó con acciones tendientes a llevar a cero el consumo de esta droga en mujeres embarazadas.

4.2.5 - Políticas hacia el medio ambiente

El medio ambiente es un factor de riesgo importante para las ENT. En materia ambiental cabe destacar la eliminación del azufre de las naftas a partir del año 2012. La planta desulfuradora de la empresa pública de combustibles ANCAP elimina 300 toneladas diarias de azufre de los combustibles, abatiendo en más de un 90 % las emisiones.

Esto significa una reducción de un 20% en las emisiones de dióxido de carbono a la atmósfera.

4.3 - Estrategias de detección precoz y tratamiento oportuno de las ENT

Uruguay está desarrollando estrategias de diagnóstico precoz de cáncer de mama, colo-rectal, cuello uterino, próstata y piel, así como de otras ENT. En esa estrategia son destacables las siguientes medidas:

4.3.1 - Accesibilidad a pruebas de tamizaje en cáncer

Se implementaron medidas para facilitar la realización de la mamografía y el Papanicolau. La Ley N° 17.242 del año 2000, promueve la prevención del cáncer de cuello de útero y cáncer de mama, asegurando un día de licencia paga por año para su realización, siendo obligación de las empresas públicas y privadas otorgarlo cuando lo solicitan las trabajadoras.

En el año 2006, el Decreto N° 571/006 incluyó como requisito para expedir el Carné de Salud Básico a las mujeres en todo el territorio nacional, la presentación del resultado de los exámenes de Colpocitología Oncológica (PAP-Papanicolaou) y de mamografía vigente. Recientemente se ha sumado el test inmunoquímico de sangre oculta en materias fecales (en mayores de 50 años) en el Control de Salud Básico (ex Carné de Salud) [Anexo 1 del Decreto N° 274/017].

La accesibilidad a los estudios y tratamientos ha sido una de las preocupaciones centrales. Los tres estudios de tamizaje de cáncer están dentro de los controles de salud gratuitos. [Ordenanza 402 del MSP, 2006].

4.3.2 - Abordaje de la Hipercolesterolemia familiar

El Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de Hipercolesterolemia familiar (HF) llamado Programa GENYCO (de Genes y Colesterol) surgió a partir de la Ley N° 18.996 (2012), que le otorgó a la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular CHSCV, competencia en la materia de detección y atención de la hipercolesterolemia familiar. La CHSCV promovió la creación de un Registro de Hipercolesterolemia Familiar, enfermedad genética dominante de alta frecuencia poblacional, responsable de una alta morbilidad y mortalidad en el adulto joven y causa frecuente de muerte súbita, para la cual existe diagnóstico,

prevención y tratamientos efectivos. El Programa GENYCO involucra la colaboración de instituciones prestadoras de salud, tanto públicas como privadas en la identificación, diagnóstico y tratamiento de dicha patología, detectando los individuos y familias alto riesgo.

4.3.3 - Guías y Protocolos de Práctica Clínica

En términos de calidad de atención es destacable la elaboración y puesta en marcha de diversas guías y protocolos de práctica clínica: a) Tratamiento de reperfusión en el Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST. b) Recomendaciones para abordaje de hipertensión arterial sistémica en el Primer Nivel de atención. c) Guía de Práctica Clínica de la diabetes mellitus tipo 2. d) Guía de Práctica Clínica de tamizaje de cáncer de cuello uterino. e) Guía de Práctica Clínica de Tamizaje del cáncer colo-rectal. f) Guía de Práctica Clínica para la detección temprana del cáncer de mama.

■ Elaboración y difusión de la Guía de Práctica Clínica de Tamizaje del cáncer colo-rectal 2018. En Uruguay y en el mundo el cáncer colo-rectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres y el tercero en hombres. Las tasas de incidencia y mortalidad son elevadas en Uruguay, ubica al CCR en el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer, diagnosticándolo-

se más de 1800 nuevos casos anuales mediante fecal-test y estudios complementarios. Ocasiona más de 900 muertes al año (MSP 2018). La detección temprana ha permitido abatir la mortalidad.

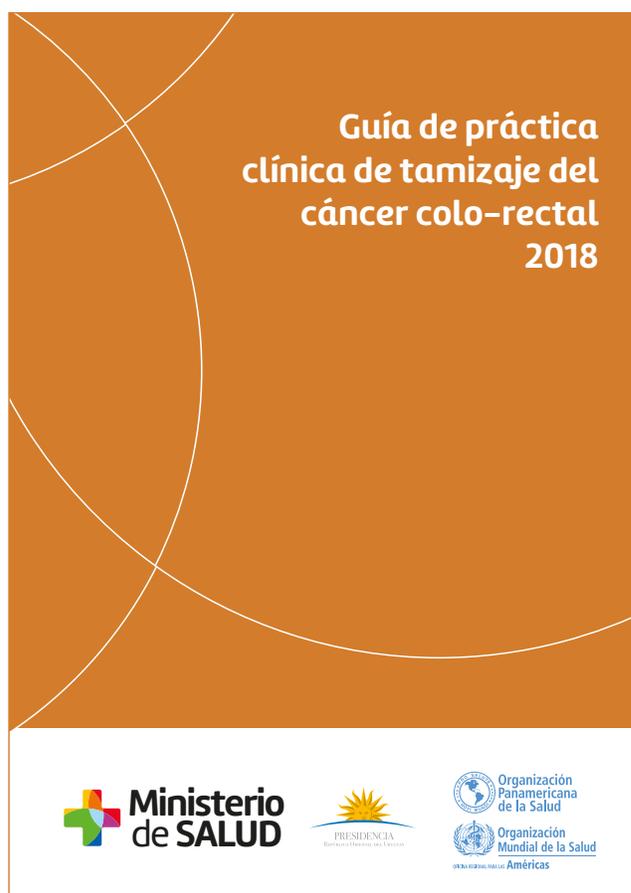
La Guía elaborada por el MSP está dirigida a los equipos de salud; orienta el uso del test inmunoquímico de sangre oculta en materias fecales que permite detectar los micro sangrados está disponible sin costo en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud; si se detectan anomalías se dispone la realización de estudios complementarios; promueve el control periódico (cada dos años entre los 50 y los 70 años).

En Uruguay y en el mundo el cáncer colo-rectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres y el tercero en hombres.

Se diagnostican por año 1800 nuevos casos mediante test de sangre oculta en materia fecales y estudios complementarios.

Ocasiona más de 900 muertes al año

La detección temprana permite abatir la mortalidad



■ En relación con el Cáncer de Cuello Uterino (CCU), el MSP asumió como una prioridad la implementación del Plan Nacional de Prevención Integral del Cáncer de Cuello Uterino (PNPICCU) en conjunto con la CHLCC. Para su elaboración llevó adelante un conjunto de acciones para:

- Conocer lo que pasa con la enfermedad y detectar problemas vinculados a su diagnóstico y tratamiento.
- Analizar la prevalencia de los diferentes tipos de Virus del Papiloma Humano (HPV) en el país.
- Analizar la situación de la vacuna contra el HPV, creando una comisión especial para el estudio de la pertinencia de la incorporación de la vacuna y su costo

en esta primera etapa es la vacuna cuadrivalente cuya cobertura abarca los serotipos de HPV 16, 18 (vinculados con el 75% de los CCU), 6 y 11 (vinculados con el desarrollo del 90% de las verrugas genitales). Se ofrece sin costo a partir del 2013, a las adolescentes que cumplan 12 años.

El MSP promueve que la información sobre la vacunación y el resto de las medidas para prevenir las infecciones y lesiones por HPV se lleven adelante en el control de salud anual de las adolescentes, con la entrega del carné del adolescente.

Como acción a nivel regional se destaca la participación del Programa Nacional de Control del Cáncer y de la CHLCC en la elaboración de la Plataforma de intercambio de experiencias y asistencia técnica para el control del cáncer de cuello uterino realizada por la Red de Instituciones Nacionales de Cáncer de UNASUR.

■ Guía de práctica clínica para la detección temprana de cáncer de mama (2015). La detección temprana es el pilar del control de la enfermedad; se realizan recomendaciones para el uso del autoexamen de mama, el examen clínico mamario y la mamografía. La aplicación sistemática de la mamografía en mujeres asintomáticas es el único estudio de tamizaje que ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama.

Aproximadamente el 75% de los casos de cáncer de mama ocurren a partir de los 50 años y es a partir de

esta edad que la mamografía de tamizaje ha mostrado el mayor beneficio. En Uruguay, los programas de detección temprana impulsados desde el MSP y la CHLCC, la capacidad instalada de equipos de mamografía y la legislación vigente, pueden haber contribuido a la reducción sostenida de la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer mamario. Estas guías toman en cuenta el balance entre beneficios y posibles riesgos, en particular el riesgo de falsos positivos y de sobre-diagnóstico (casos que dejados a su evolución natural nunca se hubieran diagnosticado) para cada grupo de edad.

La segunda edición incluye la actualización de la información epidemiológica nacional y de la evidencia disponible, la cual refuerza las recomendaciones incluidas en la misma. Se establecen además los factores de riesgo que definen a la población a tamizar (MSP 2015).

4.3.4 - Disponibilidad de Cardiodesfibriladores

La Ley No. 18.360 (2008) de disponibilidad de Desfibriladores Externos Automático (DEA), establece que los espacios públicos o privados donde exista afluencia de público deberán contar como mínimo con un desfibrilador externo automático, mantenido en condiciones aptas de funcionamiento y disponible para el uso inmediato.

Se pusieron en marcha programas amplios de capacitación a la comunidad en la reanimación cardiorrespiratoria y el manejo de los desfibriladores.

**En estos diez años
se han instalado**

3500
cardiodesfibriladores

**La capacitación en reanimación
cardiorrespiratoria
alcanza las 100 mil personas**



4.4 - El Sistema Nacional Integrado de Salud y las ENT

Las políticas públicas en relación con las ENT deben situarse en el contexto del SNIS que desde 2005 ha significado un salto cualitativo para la salud en Uruguay. El SNIS ha definido una estrategia de APS renovada y un modelo de atención integral con fuerte énfasis en la prevención y promoción.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha ejercido la rectoría en este campo, incorporando la Prevención de las Enfermedades y la Promoción de la Salud en todos los programas elaborados desde 2005 y en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). El PIAS es el plan de prestaciones obligatorias que deben asegurar los prestadores de salud a sus afiliados, con derechos adquiridos de cobertura por el Seguro Nacional de Salud. En los últimos años el MSP llevó adelante la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN 2020), identificando 15 problemas de salud críticos, estableciendo metas a 2020 y líneas de acción en cada uno de ellos. De esta manera el SNIS realiza un esfuerzo para trascender la atención a demanda frente a la enfermedad y desarrollar un enfoque proactivo, con acciones sobre los determinantes sociales y prioridades definidas.

El SNIS creó una estructura territorial de participación social y articulación interinstitucional que son las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS) y las Juntas Locales (JULOSAS). Participan en las JUDESAS y JULOSAS, representantes del MSP, de los efectores públicos y privados, del Gobierno Departamental, de los usuarios del sector público y sector privado, de los trabajadores del sector público y privado. Son los organismos de gobernanza del SNIS en los territorios, cuyo potencial en materia de planes de Promoción de la Salud es importante.

En 2017 el MSP Y la OPS, realizaron una campaña de comunicación denominada “Compromiso Saludable” basada en los OSN 2020. Se crearon un conjunto de herramientas audiovisuales y materiales impresos para sensibilizar en la temática de los determinantes, la promoción de salud, así como la atención oportuna y de calidad de las ENT, con especial énfasis en la prevención de cáncer, diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad.

Se apostó a las redes sociales como medio para llegar a la ciudadanía con los mensajes claves para promover estilos de vida más saludables. Fue dirigida al público en general y contó con el apoyo de los prestadores público y privados de salud del SNIS, que recibieron un set de materiales dirigidos a la población (videos, folletos, afiches) y tuvieron la posibilidad de descargarlos y personalizarlos con su logo. Los 43 prestadores de salud firmaron un “Compromiso Saludable” con los OSN y un proceso innovador de transformación del modelo de atención orientado por objetivos y metas de salud centrados en las personas a lo largo del curso de vida.

4.4.1 – Objetivos Sanitarios Nacionales y Metas Asistenciales

Cabe destacar especialmente la elaboración de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2016-2020 donde se priorizaron 15 problemas críticos de salud entre los cuales las ENT ocupan un lugar clave.

■ Incorporación de las ENT en el mecanismo de Metas

Asistenciales. El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene el pago por cumplimiento de Metas Asistenciales como uno de los instrumentos de financiación para los prestadores por parte del Fondo Nacional de Salud (FONASA). A partir de la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales el MSP promovió la implementación de una de las Metas Asistenciales orientándola hacia las ENT. Esta Meta Asistencial se estructuró en base a dos componentes, uno de ellos son cuatro resultados esperados (RE), dos comunes a todos los prestadores definidos por el MSP y dos específicos para cada prestador en acuerdo con el MSP.

El segundo componente es el reporte de indicadores que consistió en el envío de indicadores de monitoreo, considerados como trazadores del cumplimiento de las líneas de acción de OSN 2020. Los RE comunes definidos por el MSP fueron la disminución de complicaciones por hipertensión y la reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.

Se construyeron líneas de base para cada institución y se requirió la elaboración y entrega de un Plan de Reorganización Institucional de cada prestador para cumplir con los resultados esperados (MSP 2016).

El RE referido a la hipertensión tiene como indicadores:

- Porcentaje de usuarios de 25 a 64 años en tratamien-

to para hipertensión según protocolo de atención clínica. -Porcentaje de pacientes hipertensos captados, de 25 a 64 años, con rutina de laboratorio vigente. -Realización de auditoría de aplicación de guía de atención en HTA. Es de destacar que el porcentaje de pacientes hipertensos captados en el segundo semestre de aplicación de la Meta asistencial, aumentó un 34% respecto a la línea de base. Asimismo, el porcentaje de hipertensos con rutina de laboratorio vigente, aumentó un 83%.

El RE referido a la reducción de la mortalidad cardiovascular tiene como indicadores: -Porcentaje de médicos de los servicios involucrados capacitados en la detección precoz y oportuna de síndrome coronario agudo con ST elevado. -Realización de revisión de auditoría de casos con síndrome coronario agudo con ST. -Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado.

Entre las metas elegibles por cada prestador más de la mitad (24 instituciones) eligió la meta referida a la reducción de la mortalidad por cáncer. Así se generó una mejora de la cobertura de los estudios de tamizaje para cáncer de cuello uterino (CCU) y cáncer colorrectal (CCR) y del acceso al diagnóstico en los plazos establecidos a través de la vinculación del pago variable con la

mejora de la cobertura del PAP y del Test de sangre oculta en materias fecales, y de la realización de la colposcopia y colonoscopia en los plazos establecidos. En efecto, la evaluación al cabo de los dos primeros semestres mostró un aumento significativo de la cobertura del tamizaje (19% y 73% respecto a la línea de base para CCU y para CCR respectivamente) y del diagnóstico dentro del semestre para CCU (31% respecto a la línea de base) y para CCR (100% respecto a la línea de base).

También se definieron metas referidas a la reducción de la mortalidad por EPOC, reducción del porcentaje de fumadores y disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes, con sus respectivos indicadores. El porcentaje de diabéticos con una Hemoglobina glicosilada de control realizada, tuvo un incremento porcentual del 27% en el segundo semestre respecto a la línea de base.

Estos nuevos contenidos de la Meta Asistencial se fueron implementando durante el año 2016 y está prevista su evaluación en el año 2019.

Este dispositivo de Metas Asistenciales generó una interpelación a los prestadores: ¿cuántos y cuáles son sus pacientes hipertensos o diabéticos?

Les exigió identificar en su padrón de afiliados quienes eran esos pacientes, que pasaron a ser una población a cargo a la que cuidar proactivamente.

Es un paso para transformar la lógica de padrón de afiliados donde la institución de salud toma contacto con la persona cuando está enferma y solicita asistencia, hacia una concepción de población a cargo.

4.4.2 – Mejoras en la Calidad asistencial

En lo referente a calidad asistencial son fundamentales el registro de las actividades realizadas, la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) y la Historia Clínica Oncológica (HCEO) que ya está funcionando en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y está avanzando en los prestadores privados. Su implantación generalizada permitirá la identificación e inclusión de los indicadores de calidad asistencial para evaluación y seguimiento de ésta.

■ Las experiencias de Altas Hospitalarias Programadas a través de las **Unidades de Enlace** con el Primer Nivel de Atención son también avances significativos de calidad asistencial en ASSE.

■ **Maternidades en Movimiento:** Las Buenas Prácticas a nivel de Maternidades en la Administración de Servicios de Salud del Estado ASSE fueron destacadas por el MSP a través de la “Jornada Maternidades en

Movimiento” en 2018. Se promueve así la humanización, la no medicalización del parto y la complementación de servicios para optimizar recursos y asegurar experiencia profesional.

■ **Reconocimiento de Buenas Prácticas en el Primer Nivel de Atención.** El Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud convocaron a la presentación de experiencias de Buenas Prácticas en el Primer Nivel de Atención de todo el SNIS. Se presentaron 101 experiencias de las cuales se premiaron 15 y se realizaron 54 reconocimientos. El objetivo de esta iniciativa fue avanzar hacia una mayor capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención de los problemas de salud evitando traslados innecesarios o sobreutilización de la consulta con especialistas o en los servicios hospitalarios.

4.4.3 – Incorporación de tecnologías apropiadas

La creación del programa SALUD.UY a partir de 2012 ha permitido el desarrollo de una estrategia de mediano y largo plazo para la incorporación de tecnología y en particular hacia la Historia Clínica Electrónica Nacional y la Historia Clínica Electrónica Oncológica, campo donde Uruguay es pionero en la región.

El Decreto N° 242/2017 del año 2017 estableció la obligatoriedad del uso de la Historia Clínica Electrónica y de la plataforma HCEN para todos los prestadores de

salud públicos y privados. Este decreto inicia la construcción de un marco normativo para la informática médica en el contexto del Programa Salud.uy. La finalidad de este programa es promover y mejorar la continuidad del proceso asistencial de los usuarios del sistema de salud uruguayo, a través de un mecanismo que permite unificar y hacer disponible toda la información clínica del usuario de salud ante un evento asistencial.

De esta forma los equipos de salud en cada centro de salud podrán acceder a la información de cada usuario en tiempo real y en cualquier lugar del país.

La colaboración interinstitucional, la operabilidad articulada entre los distintos efectores, el marco jurídico, el liderazgo del MSP, la formación profesional y una concepción de la información centrada en el paciente son ejes fundamentales de este proceso.

■ Asimismo se ha avanzado en el desarrollo de experiencias de **telemedicina** con énfasis en el campo de la imagenología, optimizando los recursos humanos y la capacidad instalada.

Es destacable el aumento de la capacidad diagnóstica en relación con mamografías mediante informes centralizados en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA – ASSE), en el marco de una Red Integrada de Diagnóstico por Imagen, lo que permite el informe a distancia de las mamografías digitalizadas realizadas en otros centros.

■ Uruguay ha realizado avances significativos en las tecnologías digitales. El país destaca por la reducción de la brecha digital, el Plan Ceibal y los avances en digitalización de distintos servicios gubernamentales. Es así que en 2018 fue invitado a ingresar al grupo de los gobiernos digitales más avanzados del mundo, siendo el único país perteneciente a América Latina y el Caribe.

■ El país cuenta con equipos de **radioterapia** suficientes: 16 aceleradores lineales (4 por millón de habitantes) Cabe destacar la incorporación de la tecnología de Tomografía por Positrones (PET) y la creación del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM) para la realización de investigaciones, capacitaciones y diagnósticos en las áreas de oncología y neurología. Recientemente se ha expandido mediante acuerdos de complementación con el Hospital Maciel de ASSE.

4.4.4 - Accesibilidad a medicamentos y tratamientos.

El Decreto 562/005 establece la exoneración del pago de tasa moderadora de medicamentos reguladores de Glicemia. De acuerdo con el Decreto 164/009 se aprueba la nómina de medicamentos cuyas presentaciones mutuales y/u hospitalarias contemplarán las necesidades mínimas mensuales para tratamientos reguladores de la Glicemia y de la Hipertensión Arterial.

■ La incorporación a la cobertura universal en salud a través del Fondo Nacional de Recursos de los medicamentos de alto precio utilizando criterios técnicos sobre eficacia terapéutica y costo/eficiencia, es un elemento destacable del SNIS. En el área oncológica son más de 15 medicamentos de alto precio con demostración de beneficio clínicamente significativo en supervivencia/calidad de vida y valor clínico agregado.

Recientemente se incorporaron 11 nuevos fármacos al Formulario Terapéutico de Medicamentos financiados por el FNR, vinculados a siete enfermedades oncológicas, hematológicas, dermatológicas y respiratorias.

■ La instalación de la negociación conjunta regional de medicamentos de alto precio ha sido un paso importante para asegurar la cobertura, unificando la demanda de varios países. En 2016 los países miembros de MERCOSUR y estados asociados negociaron en conjunto con las empresas farmacéuticas para comprar medicamentos de alto costo para el tratamiento de cáncer, hepatitis C y HIV; la iniciativa se ha reactivado con éxito en 2018. Los resultados de las estrategias regionales para comprar medicamentos y compartir información han sido positivos (BID 2018). La judicialización de reclamos de medicamentos de alto precio no incluidos todavía en el vademécum nacional y sin análisis de

costo-efectividad es un problema creciente en el país.

■ Desde 2010 se estableció también la gratuidad de los tratamientos de cáncer; eliminación de los copagos para el tratamiento con quimioterapia y radioterapia convencional (Art. 10, Decreto 426/2013) y para todos los medicamentos oncológicos incluidos en el FTM a partir de 2014 (Decreto 255/2014).

4.4.5 - Articulaciones entre niveles de atención.

La experiencia de las Unidades de Enlace de ASSE destaca para asegurar la continuidad de la atención mediante la articulación eficiente y el diálogo entre distintos niveles. La Historia Clínica del Primer Nivel se conecta con la Historia Clínica Hospitalaria.

La mejora en la coordinación entre el Primer Nivel y el 2do/3er nivel de atención ha llevado a la implementación de centros de telemedicina para consultas entre el equipo del primer nivel de atención y el equipo de especialistas en oncología (INCA-ASSE).

4.4.6 - Complementación asistencial interinstitucional.

La Ley N° 19.535 de Atención de Urgencias y Emergencias aprobada en 2017 permite la atención de urgencia y emergencia de cualquier persona fuera de su departamento de residencia, en la institución de salud pública o privada más cercana.

Esto significa por ejemplo la atención de un paciente cardiovascular en el efector más próximo, con una lógica de sistema y la consiguiente mejora en los tiempos de asistencia. Para su implementación se requirió definir precios de referencia de los distintos servicios y un mecanismo común de pagos entre las instituciones a través de la JUNASA.



4.4.7 - Acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad.

La ley 18.651 establece la protección integral de las personas con discapacidad. De acuerdo a estimaciones del MSP entre 10 y 15% de la población uruguaya presenta algún tipo de discapacidad. Estas cifras se han ido incrementando a raíz de las mejoras asistenciales y de cuidados que prolongan la sobrevida. Entre los servicios de rehabilitación están los del Hospital de Clínicas, el Hospital Pereira Rossell, el centro de ASSE "Casa de Gardel", los centros de defectos congénitos del Banco de Previsión Social, los servicios de ayudas técnicas del MIDES y los brindados por la Fundación Teleton. El Ministerio de Salud Pública procura optimizar la coordinación entre ellos y mejorar el acceso a tratamientos.

Con apoyo Inter agencial del Sistema de Naciones Unidas (UNFPA, ONU Mujeres Y OPS/OMS) se inició en 2018 el Proyecto "Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad", que tiene entre otras contrapartes nacionales al MSP, ASSE, BPS y MIDES. Su componente 1 refiere a Acceso Universal a la Salud, e implica la participación activa de organizaciones de personas con discapacidad.

4.4.8 - Mejoras en la cobertura de cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos son una prestación obligatoria integrante del Plan Integral de Atención a la Salud PIAS desde el año 2008. Sin embargo, desde 2013 la Política Ministerial de Cuidados Paliativos comienza a adquirir mayor desarrollo estableciendo como pautas:

a) la cobertura universal a pacientes de todas las edades y patologías; b) la asistencia por equipo interdisciplinario con formación en Cuidados Paliativos; c) la asistencia continua al paciente internado, en domicilio o consultorio, con una Guardia Médica Telefónica las 24 horas, los 7 días de la semana y d) la asistencia de acuerdo al nivel de complejidad, trabajando en Red entre los distintos niveles de asistencia [MSP 2016b].

Con la integración de los Cuidados Paliativos en el Sistema de Salud, Uruguay está bien posicionado a nivel internacional (entre los países categoría 4-b). Es el país con mayor desarrollo de Cuidados Paliativos en América Latina. Se estima que alrededor de 16.250 personas requieren de cuidados paliativos en Uruguay. Mientras en 2012 la cobertura efectiva era de 18% de esa población, en 2018 el 50% de la misma accede a Cuidados Paliativos [MSP 2018]. Todos los departamentos del país tienen algún tipo de Asistencia Paliativa. Existen tres evaluaciones colectivas de los Cuidados Paliativos:

la Encuesta Nacional de Cuidados Paliativos 2016 realizada a todos los prestadores, el Análisis de los Talleres Nacionales de Referentes Institucionales de Cuidados Paliativos (2017) y el Análisis FODA a profesionales de todo el país acerca de la situación de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2018). El MSP se plantea avanzar hacia la universalización de la cobertura en 2020 en base a cuatro objetivos: humanizar el servicio, aumentar la cobertura, capacitar recursos humanos y monitorear la calidad de la asistencia.

4.4.9 - Sistema Nacional de Cuidados

En la actualidad está comenzando a implementarse la creación de un Sistema Nacional de Cuidados cuyas prioridades son la primera infancia, los adultos mayores y las personas con discapacidad. La problemática de los cuidados está profundamente imbricada con la atención integral y con la promoción de la salud. Construir un Sistema Nacional en este plano es un propósito ambicioso que requiere una alianza fuerte con el SNIS y más en general con las políticas de salud.

4.5 - Proyección internacional

Las acciones implementadas y sus resultados, en particular las dirigidas al control del tabaquismo impulsadas desde 2005, han permitido al país posicionarse como un actor clave en las respuestas hacia el tabaquismo y las ENT a nivel mundial. Uruguay ha participado en numerosas instancias internacionales promoviendo la lucha contra las ENT:

- copresidencia de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Enfermedades No Transmisibles,
- la Bloomberg Task Force on Fiscal Policy for Health -
- y la organización de la Conferencia Mundial de Montevideo sobre ENT, antesala de la 3era Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre ENT.

Asimismo, Uruguay ha participado de forma activa junto a la Unión Internacional Contra el Cáncer en el Programa C/CAN 2025: Ciudades contra el Cáncer. En 2018 lideró el Foro Regional de Alto Nivel "Financiando Soluciones Sostenibles para el Control del Cáncer en América Latina", que impulsó el involucramiento de gobiernos locales (provinciales, municipales, etc.) de países de América Latina en la lucha contra las ENT y la búsqueda de soluciones financieras sostenibles para ese objetivo. Diversas líneas de acción desarrolladas por Uruguay han tenido justamente este carácter intersectorial e intergubernamental, involucrando diversos

sectores del Estado y diferentes niveles de gobierno.

En este sentido el Informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles: "Es Hora de Actuar" insta a los Estados a brindar el mayor apoyo político posible para la lucha contra estas enfermedades. Profundiza aún más en esa línea al extender esa responsabilidad no solo a los ministerios de salud sino al más alto nivel posible: Jefes de Estado y de Gobierno.

Las distinciones al presidente uruguayo como Héroe de la Salud Pública de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud y el Champions Award de Campaign for Tobacco Free Kids por su contribución a la lucha contra el tabaco, son reconocimientos a una Política de Estado en la materia. La proyección de las acciones ha alcanzado los ámbitos de MERCOSUR y PARLASUR, generando espacios de intercambio de buenas prácticas a nivel de políticas públicas, financiamiento público de iniciativas y legislación específica.





5 - DESAFÍOS RELACIONADOS a las ENT

Diversos organismos internacionales y también referentes nacionales han aportado a la reflexión sobre los desafíos futuros para las políticas públicas hacia las ENT.

■ La Conferencia Mundial de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles, se realizó del 18 al 20 de octubre de 2017 en Montevideo, con la participación de jefes de Estados, ministros y representantes de organizaciones civiles de 94 países del mundo. Culminó con una Hoja de Ruta Montevideo 2018-2030 sobre las ENT que establece que países se comprometemos a impulsar las siguientes acciones: Revigorizar la acción política; dotar a los sistemas de salud de capacidad para responder más eficazmente a las ENT; aumentar significativamente la financiación de las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles y la cooperación internacional; aumentar los esfuerzos para involucrar a sectores más allá del sector salud; reforzar el papel de los actores no estatales; buscar medidas para abordar el impacto negativo de los productos y los actores ambientales nocivos para la salud y fortalecer la contribución y la rendición de cuentas del sector privado y de otros actores no estatales, entre otros.

■ El Banco Mundial ha señalado que estimular el envejecimiento poblacional saludable pasa por amortiguar las consecuencias de la transición epidemiológica sobre el gasto sanitario a través de programas de prevención de las ENT (BM 2015). La prevención y el control de las ENT es el principal desafío para la salud del país que se refuerza ante los procesos demográficos y socio- económicos en curso (BM 2015). La situación planteada es un reto para la estrategia, la calidad y la sostenibilidad de las políticas de salud.

■ Estudios de diversos organismos destacan que los servicios de salud están expuestos a un veloz cambio tecnológico, tanto en equipamiento y medicamentos como en procedimientos recomendados para las diferentes patologías. Todos estos estudios concluyen que, más que el cambio demográfico epidemiológico, el progreso tecnológico y la variación en la práctica médica fueron los principales factores determinantes en el crecimiento del gasto en salud. Ello genera el reto de seguir fortaleciendo las capacidades de rectoría de la autoridad sanitaria.

■ El BID ha destacado recientemente que “la principal fuente de ineficiencia asignativa está relacionada con las inversiones en servicios e intervenciones que no maximizan las mejoras de salud, como gastar más en cuidados curativos para enfermedades crónicas que en

medidas preventivas” (BID 2018).

■ Rescata el BID que en 2010 el “Informe sobre la salud en el mundo” de la OMS estimaba que entre el 20% y el 40% de todos los recursos gastados en salud se malgastan (OMS, 2010). Entre otros factores, por precios altos, uso irracional de medicamentos, sobreutilización de productos y servicios sanitarios y baja calidad o calidad asistencial subóptima. La baja utilización de medicamentos genéricos es otro motivo de ineficiencia, ya que con el mismo efecto (bioequivalencia) que los productos de marca, cuestan menos. El uso irracional incluye prescribir múltiples medicamentos por paciente (“polifarmacia”), sin seguir guías clínicas ni protocolos. En este contexto adquiere una importancia creciente desarrollar una política nacional de gestión de la tecnología y la medicación.

■ Tal como ha sostenido reiteradamente la OPS/OMS, este informe reciente del BID (BID 2018) reafirma que “la prestación de servicios de diagnóstico y de tratamiento oportunos y de alta calidad en la atención primaria previene el deterioro agudo, la progresión o las complicaciones en personas enfermas”. Reivindica la gestión proactiva de las enfermedades en la atención primaria para contener el gasto en salud y mejorar sus resultados. Pone como ejemplos que “algunos de los sistemas de salud más eficientes de la región, entre

ellos el de Costa Rica y Uruguay, ofrecieron cobertura de atención primaria integral a los ciudadanos desde el comienzo de la implementación de reformas” (BID 2018). De acuerdo con este informe eficiencia y calidad en salud significan reconfigurar los servicios de salud para que la atención primaria se jerarquice, integrándose adecuadamente con los demás niveles del sistema de atención.

■ Solo cinco países de la Región tienen un Gasto Público en Salud mayor a 6% del PIB recomendado por OPS/OMS: Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay (OPS 2018). El monto de la inversión en salud y sus prioridades, pero también el Seguro Nacional de Salud con la modalidad de financiación (tripartita con aportes proporcionales a los ingresos), la cobertura universal, la reducción de los gastos de bolsillo, la creación de un Fondo Público único obligatorio, generaron resultados positivos sobre las desigualdades vinculadas al acceso segmentado a los servicios de salud.

■ El financiamiento del seguro a través del sistema de cápitales, genera oportunidades en esta etapa para plantearse desafíos en torno a avanzar en objetivos de mayor eficiencia en el gasto sanitario. Reforzar los componentes sistémicos para disminuir la fragmentación incluye un uso más intensivo de instrumentos

como los contratos de gestión, las metas sanitarias, el cálculo de una cápita eficiente y otros.

■ El desarrollo de las Cuentas Nacionales de Salud entre el MSP y el Ministerio de Economía y Finanzas permite un monitoreo sistemático, integral y consistente del flujo de recursos en el sistema de salud del país, como herramienta para brindar información necesaria en el diseño e instrumentación de políticas, el monitoreo y la evaluación de las distintas intervenciones. En ese sentido Uruguay avanzó en la estimación del gasto en salud a los efectos del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 “Salud y Bienestar” (Presidencia de la República, 2018).

■ Haber colocado el tema de las ENT en la agenda pública desde el Estado fue clave para desencadenar distintas sinergias. Junto al compromiso del gobierno nacional se destaca la importancia y la potencialidad de los gobiernos departamentales y municipales, los movimientos sociales y las alianzas de diversos sectores e instituciones aunando esfuerzos.

■ El seguir fortaleciendo la rectoría del MSP es un elemento imprescindible para el desarrollo de las políticas hacia las ENT, con los componentes de presupuesto, personal, capacitación, tecnología y recursos materiales. Es fundamental la realización de una Tercer-

ra Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, para evaluar los ODS 2020 y los Resultados Esperados vinculados a las mismas.

■ La intersectorialidad es una necesidad y un desafío, que puede asumirse a través de la creación de mecanismos coordinadores nacionales y locales. Es necesario generar un espacio para centralizar todas las acciones y políticas a nivel nacional hacia las ENT y también establecer coordinaciones a nivel local. Se debe concebir en forma conjunta las acciones hacia las ENT ya que hay razones programáticas y logísticas (setiembre y octubre concentran muchas actividades) que abonan esa acción común. El recientemente instalado Consejo Nacional Honorario Coordinador de Políticas destinadas a combatir el Sobrepeso y la Obesidad es un avance en ese sentido.

■ Es necesario comenzar a trabajar hacia los ODS 2030. La Reforma de la Salud produjo cambios trascendentes, pero se necesitan nuevas transformaciones que fortalezcan las políticas de salud y el SNIS. El involucramiento de la sociedad y la jerarquización del trabajo en redes de participación social y trabajo interinstitucional son factores a seguir potenciando en el próximo período. Como se ha analizado hay políticas que han tenido un desarrollo importante como el control de tabaco y se trata hoy de seguir avanzando evitando estancami-

mientos o retrocesos. En otros casos las medidas son recientes y el objetivo es que se desplieguen en toda su amplitud, con el compromiso de sus protagonistas y una comunicación fluida con la población, como es lo concerniente al etiquetado frontal de alimentos. Pero también hay medidas que han tenido un período de preparación y comenzarán a implementarse en los próximos años, enfrentando las resistencias que todo cambio genera.

■ Importa documentar las experiencias exitosas, relevando las buenas prácticas en todos los niveles de atención para posibilitar aprendizajes de los diferentes actores y la sociedad en su conjunto y estimular a los equipos de salud y las instituciones responsables. Existen muchas actividades de promoción desde muchos ámbitos de la sociedad, por lo que resulta necesario incorporarlas en el plan de acción sobre las ENT. Se trata de articular y transversalizar recursos, potenciando los sistemas de información de alcance poblacional, midiendo los impactos y permitiendo seguir avanzando en este enorme desafío.

■ La incorporación de nuevas tecnologías es un capítulo relevante para las políticas hacia las ENT. Pero también debe estar claro que el cambio tecnológico puede venir con intereses de lucro y sistemas de presión que distorsionen las políticas en sus costos, su efectividad y su sustentabilidad en el tiempo.

■ La continuidad de la asistencia es un aspecto importante. Para evitar la fragmentación asistencial es preciso innovar, experimentando nuevos programas de gestión clínica. Avanzar en la definición de buenas prácticas en materia de procesos asistenciales que se incorporen a la lógica de indicadores de calidad que estimulen una sana competencia en la gestión en salud. Es imprescindible disponer de la información necesaria para tomar decisiones en todos los niveles. Consolidar la Historia Clínica Electrónica Nacional es un paso tras-

cedente que permite tener información relevante.

■ Pensar en la articulación con el sistema educativo para trabajar sobre prevención de ENT y promoción de salud implica elaborar una currícula adecuada pero también involucrar a toda la comunidad educativa, docentes, alumnos y familias. Por eso importa desarrollar planes de formación continua hacia y desde esos actores. La educación por sí sola no alcanza. Hay un entorno que determina a las personas, más allá de las responsabilidades individuales. Es preciso problemati-



zar pública y sostenidamente los hábitos no saludables, sin medicalizar la vida cotidiana, sin autoritarismos o paternalismos, para promover un cambio cultural profundo.

■ Importa capacitar a los equipos de salud en forma continua, incrementando la oferta existente desde la UDELAR y el SNIS, haciendo foco en las prioridades sanitarias. La experiencia de capacitación en ámbitos virtuales para los trabajadores de la salud es inédita a nivel nacional e internacional. Desde el año 2016 prácticamente todos los trabajadores médicos y no médicos de la salud privada y pública participan anualmente de una capacitación interactiva en una plataforma informática, cuya aprobación habilita un pago acordado en los Consejos de Salarios. En el año 2018, fueron 68 mil trabajadores inscriptos para dichos cursos y 52.500 ya los culminaron. Los contenidos de la capacitación han sido objeto de consultas desde la autoridad sanitaria con las organizaciones sociales y académicas, priorizándose los problemas definidos dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales y las ENT dentro de ellos.

■ Los aportes realizados en materia de ENT desde los organismos internacionales son instrumentos válidos para adecuarlos a la realidad nacional, utilizando los 25 indicadores propuestos por OMS, integrando las experiencias propias en la estrategia nacional.

De las 16 intervenciones recomendadas por OMS nueve de ellas son comunes a los tres factores principales de riesgo. Se relacionan con impuestos, regulación de publicidad y etiquetado, en tabaco, alcohol y alimentos no saludables. Ese es un camino central para las políticas hacia las ENT. Para implementar gravámenes, que es la medida más costo-efectiva necesitamos seguir trabajando para generar las condiciones políticas, económicas y sociales para su progresiva implementación.

■ Abordar problemáticas como el tabaquismo o la malnutrición implica contrastar los intereses de lucro asociados a determinadas industrias vinculadas a la elaboración de productos perjudiciales a la salud, con el interés general de promover políticas sanitarias que promueven hábitos saludables en la población.

El litigio judicial al cual fue sometido Uruguay por parte de Philip Morris, su desarrollo y desenlace son una prueba irrefutable del alcance de los intereses en juego.

Existen conflictos entre las políticas públicas y poderosos intereses económicos y el Estado debe defender el bien mayor, regulando todos los aspectos vinculados a los mismos, incluyendo medidas impositivas en el marco de normativas existentes o a crear.

■ La investigación es un punto crítico si se articula con la construcción de políticas públicas y se construyen alianzas entre la academia, el sistema de salud, la autoridad sanitaria y los movimientos sociales. Desde 2016 un acuerdo MSP-ANII impulsan un Fondo Sectorial de Investigación en Salud, centrado en la investigación clínica y alineada a los Objetivos Sanitarios Nacionales. Una línea de trabajo es investigar los impactos económicos de las ENT. La investigación cualitativa en Salud es relevante porque en esta temática operan fuertemente las percepciones de los diferentes actores, las subjetividades y emociones colectivas, los factores sociales y culturales.

■ La defensa del etiquetado frontal de alimentos con exceso de sodio, azúcares y grasas es una línea central para el próximo período. Por eso importa consolidar una base sólida de respaldo a la medida, asegurar el mayor impacto en el cambio de hábitos de la población, sortear las resistencias y poder monitorear/evaluar el proceso.

■ En el campo de la Salud Mental el SNIS deberá avanzar en la reformulación de las prestaciones y las estructuras sanitarias para fortalecer dispositivos integrales de atención orientados a las diversas formas de sufrimiento psíquico de las personas, centrados en una perspectiva de derechos.

Asimismo desde los ámbitos de rectoría, se deberá continuar generando intersectorialmente mecanismos de promoción de salud y prevención de las enfermedades mentales. El Plan Nacional de Salud Mental en elaboración, será una herramienta relevante en este proceso.

■ La OPS/OMS en particular y el Sistema de Naciones Unidas en general, pueden apoyar de diversas formas lo que el Estado uruguayo resuelva impulsar. Las ENT están en la agenda de todos los organismos de Naciones Unidas. La cooperación internacional puede contribuir a los procesos de puesta en común, sistematización, reflexión y generación de aprendizajes en promoción de salud. También facilitar la articulación intersectorial a través de encuentros periódicos y una agenda común, así como contribuir a la formación de personal e impulsar procesos de investigación-formación-acción en torno a los grandes problemas de salud priorizados.



Referencias bibliográficas

- **Banco Central del Uruguay. BCU (2018). Informe trimestral de Cuentas Públicas. Abril junio 2018.**
Disponible en: <https://www.bcu.gub.uy/Estadisticas-e-Indicadores/Cuentas%20Nacionales/eecn11d0618.pdf>
- **Banco Interamericano de Desarrollo. BID (2018) "Salud: un gasto eficiente para vidas más sanas".**
En Mejor gasto para vidas mejores. Pag 263-336. Disponible en:
<https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Mejor-gasto-para-mejores-vidas-C%C3%B3mo-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-puede-hacer-m%C3%A1s-con-menos.pdf>
- **Banco Mundial. BM (2015) Notas de Políticas: Uruguay: desafíos y oportunidades 2015-2020.** Disponible en:
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/992291467993179877/pdf/96832-SPANISH-WP-P147070-PUBLIC-Box391464B-SPANISH-Uruguay-Notas-de-Politica-final-Mayo-31-2015.pdf>
- **Barrios E & Garau M. Epidemiología del cáncer en Uruguay y el mundo. An Facultad Med. 2017;4(1):9-46).**
- **Cabella, W. (2018) La caída de los nacimientos es sorprendente . Diario "EL País" . 25 de noviembre 2018.** Disponible en:
<https://www.elpais.com.uy/informacion/politica/caida-nacimientos-sorprendente.html#>
- **Calvo, J. & Erosa, D. & Pardo, I. (editores) (2013) Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011; 35 – 40. Programa de Población – Brecha – UdelaR. Uruguay.**
- **Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL (2017) Panorama Social de América Latina 2017.**
Publicación de Naciones Unidas.
- **Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL (2018) Estudio Económico de América Latina y el Caribe - 2018 . Uruguay.**
- **Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. CHLCC (2018) Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo. Mayo 2018.**
- **Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. CHSCV (2018). Informe de Mortalidad 2016. Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular. Montevideo 2018.**
- **IARC. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Bray, Freddie y otros. Planificación y desarrollo de registros de cáncer de base poblacional en los países de ingresos bajos y medios. IARC. Publicaciones Técnicas; 43. 2015.** Disponible en:
https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/IARC_publicaciones_tecnicas_No43.pdf
- **Ministerio de Desarrollo Social- Oficina de Planeamiento y Presupuesto. MIDES-OPP (2018) Reporte Uruguay 2017.**
Disponible en : <http://200.40.96.180/images/ReporteUruguay2017.pdf>
- **Ministerio de Salud Pública MSP (2015) Guía Práctica Clínica de Detección Temprana del Cáncer de Mama. MSP. 2015.**
Montevideo.
- **Ministerio de Salud Pública. MSP (2016) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo.**
- **Ministerio de Salud Pública. MSP (2016b) Situación de los Cuidados Paliativos en Uruguay. Informe Observatorio Nacional 2016. Montevideo.**

- **Ministerio de Salud Pública. MSP (2016c). Diagnóstico de la Situación alimentaria y nutricional. Revisión para la elaboración de a Guía Alimentaria para la población uruguaya. Montevideo.**
- **Ministerio de Salud Pública. MSP (2018) Guía Práctica Clínica para el Tamizaje del Cáncer Colo-rectal. Montevideo. 2018**
- **Ministerio de Salud Pública. MSP/INE/OPS/OMS/CDC (2018) Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. GATS. Montevideo mayo 2018.**
- **Oficina de Planeamiento y Presupuesto. OPP (2017) Escenarios demográficos 2050.** Disponible en:
<https://www.opp.gub.uy/es/node/814>
- **Organización Mundial de la Salud. OMS (2010) Informe de la Salud en el Mundo.** Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=A27BE9A4121DA917519279F881E3A171?sequence=1
- **Organización Mundial de la Salud. OMS (2017) Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en 2018. Presentado en la 71ª Asamblea Mundial de la Salud.**
- **Organización Mundial de la Salud. OMS (2017). Hoja de Ruta de Montevideo 2018-2030 sobre las Enfermedades No Transmisibles.** Disponible en:
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=hoja-de-ruta-ent-web&Itemid=307
- **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF (2017) El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Roma.**
- **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2018. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago.**
- **Organización Panamericana de la Salud. OPS (2012) Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana 64a. Sesión del Comité Regional. Washington D.C.**
- **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS (2014) Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, DC: OPS, 2014.**
- **Organización Panamericana de la Salud. OPS (2017) Informe de Salud de las Américas.** Disponible en:
<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>.
- **Presidencia de la República (2018). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Informe Nacional Voluntario. Uruguay 2018.** Disponible en: http://www.ods.gub.uy/images/2018_Informe_Nacional_Voluntario_Uruguay_ODS.pdf
- **Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2018) Uruguay en la actualización estadística del IDH 2018.** Disponible en:
<http://www.uy.undp.org/content/uruguay/es/home/presscenter/articles/2018/09/Uruguay-actualizacion-IDH-2018.html>
- **Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles-Ministerio de Salud. PPENT-MSP (2015) Estudio de Carga Global de Enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o carga atribuible a factores de riesgo. Montevideo.**
- **Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles-Ministerio de Salud Pública. ENFRENT (2013) 2da Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles 2013. Montevideo.**
- **World Health Organization. WHO. 2018 Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2018.**

Autoridades y profesionales que realizaron contribuciones al documento:

Alfonso, Adriana / Consultora OPS/Uruguay

Asqueta, Miguel / Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo (CIET)

Basso, Jorge / Ministro de Salud Pública

Berón, Analice / Directora División Salud, Intendencia de Montevideo

Bittar, Griselda / Consultora OPS/Uruguay

Bove, Ma. Isabel / Oficial de Salud. UNICEF Uruguay

Brescia, Adriana / Directora General de Coordinación. MSP

Cavalleri, Fiorella / Unidad de Análisis. MSP

Del Campo, Cecilia / Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular

Delgado, Lucía / Progr. Nac. de Control del Cáncer MSP/ Cátedra de Oncología clínica UDELAR

Escalante, Giovanni / Representante OPS/OMS Uruguay

Esteves, Elba / Fondo Nacional de Recursos

Fenochi, Eduardo / Instituto Nacional del Cáncer. ASSE

Galicia, Luis / Consultor MSP

León, Ima / Dirección Sistemas de Información. MSP

Luongo, Álvaro / Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

Martin, Lilia / RAP Metropolitana. ASSE

Martínez, Joseline / Instituto Nacional de Alimentación

Melgar, Silvia / Coordinadora Salud.uy. AGESIC

Mijailidis, Beatriz / Red Salud Municipio B

Moratorio, Ximena / Área Programática Nutrición. MSP

Noble, Ana / RAP Metropolitana. ASSE

Oreggioni, Ida / División Economía de la Salud. MSP

Poloni, Ileana / Unidad Nacional de Seguridad Vial

Quian, Jorge / Subsecretario de Salud Pública

Rios, Gilberto / Subdirector de la Dirección General de la Salud

Rodríguez, Guillermo / Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino

Rodríguez, María José / Área programática de Enfermedades No Transmisibles. MSP

Rosa, Raquel / Directora General de la Salud. MSP

Soto, Enrique / Programa Nacional para el Control del Tabaco. MSP

Villa, Inés / Intendencia de Montevideo

Zelarayan, Mario / Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular



Ministerio de SALUD

 Ministerio de Salud - Uruguay

 @MSPUruguay

 www.msp.gub.uy

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPERA REGIONAL PARA LAS Américas

 opsomsuruguay

 @opsomsuruguay

 www.paho.org/uru





ISBN 978-9974-8602-1-6



9 789974 860216