

Una mirada a la salud de los uruguayos y las uruguayas en el largo plazo

Contribución a la Estrategia de Desarrollo Uruguay 2050

Acuerdo de cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia de la República (OPP) de Uruguay con respecto al apoyo técnico para el desarrollo de ejercicios prospectivos en salud

Uruguay. Febrero 2020



Una mirada a la salud de los uruguayos y las uruguayas en el largo plazo

Contribución a la Estrategia de Desarrollo Uruguay 2050

Acuerdo de cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia de la República (OPP) de Uruguay con respecto al apoyo técnico para el desarrollo de ejercicios prospectivos en salud

Autoridades

Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República

Álvaro García

Director

Dirección de Planificación

Fernando Isabella

Director

Organización Panamericana de la Salud

Giovanni Escalante

Representante en Uruguay

Fondo de Población de Naciones Unidas

Juan José Calvo

Representante nacional en Uruguay

Equipo de elaboración del documento: Pablo Anzalone, Wilson Benia, Andrés Coitiño, Alvaro Díaz Berenguer, Darío Fuletti, Daniel Macadar, Daniel Olesker.

Índice

6 - Resumen ejecutivo

13 - 1. Introducción

15 - 2. Objetivos y metodología

17 - 3. Escenario demográfico

21 - 4. Escenario sanitario hacia el 2050

23 - Enfermedades No Transmisibles

25 - Cáncer

41 - Enfermedades del aparato cardiocirculatorio (incluye cerebrovascular y vasculorenal)

48 - Enfermedades respiratorias crónicas

52 - Demencias y otras enfermedades neurodegenerativas

53 - Artrosis, osteoporosis y fracturas de MMII

55 - Enfermedades transmisibles

56 - La vigilancia epidemiológica

57 - El riesgo de pandemias

57 - Aparición de infecciones por cepas resistentes

62 - Factores culturales que inciden en las enfermedades transmisibles

63 - Impacto del cambio climático

64 - Salud bucal

65 - Problemas éticos hacia el 2050

68 - Medicamentos de alto precio

71 - Lesiones por causas externas

71 - Siniestralidad

74 - Politraumatizados por accidente laboral

76 - Discapacidad

78 - Disfunción visual: miopía

79 - Suicidios

82 - 5. Escenario de financiamiento de la salud hacia 2050

84 - 6. Factores determinantes y opciones de política ante los escenarios demográficos y epidemiológicos futuros

85 - Tendencias actuales en relación con los determinantes de las ENT en Uruguay

- 86 - Alimentación
- 87 - Sedentarismo
- 88 - Tabaquismo
- 89 - Consumo excesivo de alcohol
- 90 - Contaminación ambiental
- 91 - Desarrollo en primera infancia y adolescencia
- 93 - Modelo de atención
- 95 - Atención a demanda o estrategia proactiva
- 97 - Centralización de la atención o descentralización territorial
- 98 - Hiper-especialización o más capacidad de resolución en el primer nivel
- 99 - Usos de la tecnología en la atención de salud
- 101 - Utilización de los medicamentos en la atención de salud
- 102 - Estrategias de prevención y promoción de salud
- 103 - Alianzas intersectoriales a nivel nacional, departamental y local
- 104 - Participación de los usuarios y las comunidades
- 105 - Personal de Salud
- 107 - Desarrollo de una agenda de investigación-acción en materia de salud
- 107 - Rectoría del MSP y consolidación del SNIS

107 - Conclusiones

108 - 7. Recomendaciones de políticas a llevar adelante

- 109 - Recomendaciones sobre los determinantes estructurales
- 110 - Recomendaciones sobre el modelo de atención

115 - Referencias bibliográficas

Resumen ejecutivo

Este capítulo presenta un resumen del diagnóstico prospectivo sobre las consecuencias de la transición demográfica y la transición epidemiológica sobre la salud de la población y la sostenibilidad del sistema de salud en el largo plazo, tanto en términos de modelo asistencial como financiero. En segundo lugar, identifica y profundiza sobre los lineamientos estratégicos para el sector salud que han sido incluidos en la Estrategia de Desarrollo, Uruguay 2050, presentada en el mes de agosto de 2019. Como se podrá apreciar en el presente informe, la importancia de las enfermedades no transmisibles (ENT) y su asociación con el envejecimiento de la población llevan a que estas sean el foco de los escenarios hacia el 2050. Sin embargo, se considera además la incidencia de las lesiones de causas externas, que afectan también a personas jóvenes, así como la posibilidad de reaparición de enfermedades transmisibles (ET) como resultado del cambio climático, migraciones y otros determinantes socioculturales.

Escenario sanitario hacia 2050

Al iniciar el ejercicio, y desde la perspectiva demográfica se seleccionó el escenario de caída extrema de la fecundidad del trabajo prospectivo elaborado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En este escenario, el porcentaje de población de 65 años pasaría de 14,1% en 2016 a 22,9% para 2050 ⁽¹⁾. Para la estimación se mantienen constantes las incidencias por grupo de edad. En la proyección, las incidencias por grupo de edad¹ se mantuvieron constantes hasta 2050.

Al aumentar el peso relativo de las personas mayores en la población, también lo hace el número de casos totales de ENT (cáncer, enfermedades cardíacas, renales y encefálicas de causa vascular, enfermedades respiratorias crónicas). La enfermedad cerebrovascular aguda, por ejemplo, tiene una incidencia de 181/100.000hab/año (90% en mayores de 45 años) por lo que a partir de los 5.580 casos en 2012 se estiman 8.256 hacia el 2050. Cerca del 30 % permanecen con secuelas invalidantes.

Se ha estimado por parte de la Comisión Asesora en Salud Renal (CASR) que el 7 % de la población uruguaya mayor de veinte años tiene alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC) ⁽²⁾. Dado que la insuficiencia renal también aumenta su incidencia en relación con la edad es previsible que en el año 2050 se observe una mayor prevalencia de la enfermedad.

En cuanto a patologías neurodegenerativas, la más frecuente y cuya incidencia está vinculada con la edad es la enfermedad de Alzheimer. En Uruguay se estimó en 2010 que existían 54.000 pacientes con enfermedad de Alzheimer ⁽³⁾, cifra que se proyecta a 112.000 personas en el 2050. Esto implica un incremento del 107 % por el envejecimiento de la población.

1 - Los datos estadísticos desagregados por sexo y edad provienen de diversas fuentes y se corresponden al promedio de 2010-2014 o al período más cercano disponible.

Dado la previsión del envejecimiento de la población hacia el 2050, es esperable que se incremente considerablemente la prevalencia de las discapacidades y su importancia como problema de salud pública, sobre todo en las limitaciones funcionales de la marcha y de la visión. La artrosis (u osteoartritis) es la enfermedad degenerativa más frecuente del aparato locomotor que provoca un alto número de personas con discapacidad motriz.

La aparición de vectores, vinculada con cambios climáticos y ambientales, y los cambios culturales han traído aparejados la aparición de enfermedades emergentes y la reemergencia de otras en humanos y animales: leishmaniasis, dengue, y tuberculosis, y existe el riesgo de introducción de zika, chikungunya y la reemergencia del sarampión, entre otras.

Dentro de las causas más importantes de mortalidad están los accidentes de tránsito que predominan en jóvenes; los mayores de 65 años son particularmente vulnerables como peatones. Por otra parte, las tendencias de distribución del suicidio muestran que se incrementó fundamentalmente en hombres en los mayores de setenta años y entre los 20 y 29 años, y en el grupo de las mujeres mayores de cuarenta años. También debe considerarse la relevancia de los homicidios como causa de muerte y los politraumatizados laborales.

Escenario del financiamiento de la salud a 2050

En cuanto al aspecto financiero, para la estimación de costos del sistema de salud se partió de las cápitas actuales de FONASA y los aportes de rentas generales a ASSE (cuadro R.1) que según costos 2018 equivalen a 2.884 millones de dólares.

Cuadro R.1. Estimación de costo anual actual en millones de pesos.

Fuente: elaboración propia

Rubro	2018
Cápitas mutuales	52.516
Cápitas seguros	1.670
Sub total privado	54.187
Cápitas ASSE	16.492
ASSE rentas generales	17.894
Sub total ASSE	34.386
Gasto actual	88.573
En dólares	2.884

Un segundo paso fue calcular el costo de universalizar la cobertura del Seguro Nacional de Salud (SNS) a costos de 2018, sumando las personas que no cuentan aún con cobertura del SNS. A estos costos se añadió una estimación de los costos de atención de salud bucal y mental, tanto crónica como aguda, aún no implementadas o parcialmente en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), en un escenario de cobertura universal en términos de población y prestaciones. Ello incrementa el gasto total en salud en 2018 a más 97.000 millones de pesos, es decir 3.169 millones de dólares de ese año (cuadro R.2).

Cuadro R.2. Estimación inversión actual con incorporación de prestaciones y financiamiento total de ASSE por FONASA

	2018
Presupuesto actual	88.573
+ salud mental (atención patología aguda)	497
+ salud mental (atención patología crónica)	348
+ salud bucal	846
PIAS Ampliado	90.264
(en dólares 2018)	2.939
+ "Fonasamiento" de ASSE	7.055
Gasto Universal 2018	97.320
(en dólares 2018)	3.169

Un tercer paso fue calcular el aumento que deriva de la transición demográfica y las proyecciones de población analizadas con anterioridad (cuadro R.3). El gasto en salud se ubicaría en 3.639 millones de dólares en 2050, lo que representa un aumento de 26% con respecto al año base.

**Cuadro R.3. Estimación inversión futura derivada de transición demográfica y proyecciones de población
(en millones de pesos)**

Fuente: elaboración propia

	A precios 2018	
	Pesos	Dolares
Proyección 2030	103.997	3.386
Proyección 2050	111.759	3.639

Dicho aumento tiene un primer componente derivado de la universalización que hace crecer el gasto en 9,9 %. Un segundo componente es el cambio de composición de la población y representa un 14,8 %. Sumado los efectos universalización y demográfico tenemos un aumento del gasto de 24 %.

Además es necesario tener en cuenta las posibles variaciones en las prevalencias de patologías en la población mayor de 45 y en especial de 65 años y más. Es de hacer notar que hay otros aspectos que podrán incidir en el costo futuro del sistema. La eliminación de doble cobertura con fondos públicos significaría un ahorro del SNS. Por otro lado, otras prestaciones del sistema de seguridad social relacionadas con los cuidados aumentarían.

Factores determinantes y opciones de política

Para un envejecimiento saludable y mejora de la salud de la población se destacan tres factores: los determinantes socioculturales de la salud, el desarrollo de la primera infancia y la adolescencia; y la transformación del modelo de atención.

La literatura internacional sitúa cinco grandes determinantes sociales de las ENT: mala alimentación, sedentarismo, tabaquismo, consumo nocivo de alcohol y contaminación ambiental. En el contexto actual existe una alta prevalencia de los factores de riesgo prevenibles comunes a las ENT (MSP 2016), de acuerdo con la segunda Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFRENT) de 2013. Entre ellos cabe destacar que 64,9% de la población tiene sobrepeso u obesidad, 36,6% padece hipertensión arterial y 21,5% presenta colesterol elevado ⁽⁴⁾.

Con respecto a **la alimentación**, se constata la existencia de dos tendencias contradictorias. Por un lado la continuidad de la tendencia a mayor consumo de productos con exceso de sodio, azúcares y grasas que tuvo un drástico incremento en la última década. Por otro, una tendencia contrapuesta se basa en el desarrollo de políticas públicas para detener y/o revertir el proceso anteriormente descrito y fortalecer un patrón de consumo más saludable.

En cuanto al **sedentarismo**, también se visualizan tendencias contradictorias: Continúa y se profundiza un estilo de vida sedentario, con diferencias significativas relacionadas con la situación socioeconómica, con el género, entre Montevideo e Interior y entre barrios periféricos y zonas costeras, en perjuicio de los sectores con menos recursos, las mujeres, los habitantes del interior y de barrios periféricos (Secretaría Nacional de Deportes 2016). Por otro lado se reafirma un estilo de vida caracterizado por una mayor actividad física, con iniciativas hacia una política pública en esta dirección.

En relación con el **tabaquismo** Uruguay ha desarrollado una política pública con gran respaldo social, fuerte liderazgo del Poder Ejecutivo y resultados auspiciosos. Los escenarios futuros sugieren continuidad de las políticas públicas contra el tabaquismo.

En cuanto al **consumo excesivo de alcohol**, existen dos tendencias: Una altamente posible es que el consumo de alcohol continúe teniendo una alta prevalencia en la población y aumenten sus niveles de ingesta en jóvenes desde edades cada vez más tempranas incrementando la población en riesgo de dependencia en el futuro. Por otro lado se desarrolla una tendencia a la baja en el consumo problemático de alcohol. No existe todavía una política pública para reducir el consumo de alcohol consistente con el nivel de riesgo (salvo en relación con el tránsito).

Con respecto la **contaminación ambiental** es posible analizar dos tendencias contrapuestas: agravamiento de la contaminación ambiental por el tipo de urbanización y los modelos productivos predominantes. En una tendencia contrapuesta a la anterior se fortalecen las políticas públicas de creación y protección de ambientes saludables con medidas de promoción, prevención y mitigación (OMS 2016).

Desarrollo en primera infancia y adolescencia

La infancia y la adolescencia son etapas fundamentales en el ciclo de vida y conforman grupos poblacionales especialmente vulnerables en nuestras sociedades. Uruguay viene de una situación extremadamente grave de vulneración de derechos en niños y jóvenes a comienzos del presente siglo, cuando más del 50 % de los niños y niñas de entre 0 y 12 años se encontraba en situación de pobreza⁽⁵⁾. Bajo peso al nacer, prematuridad, desnutrición crónica por retraso de talla en relación con la edad, problemas de desarrollo, anemia, son algunas de las consecuencias en relación con la salud de los niñas y niños.

Desde la reforma de la salud, la implementación del Plan de Emergencia Social y el Plan de Equidad, la puesta en marcha de la ENIA² y de programas como Uruguay Crece Contigo se iniciaron políticas para revertir esta situación crítica y luego avanzar en políticas específicas hacia grupos especialmente vulnerados. En ese marco, en los últimos años se observaron grandes progresos en todos los indicadores sociales, particularmente un descenso drástico de la pobreza y la indigencia. Como resultado, el país tiene una tendencia descendente de la

2 - Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia

mortalidad infantil y post-infantil, siendo en la actualidad uno de los países con los mejores indicadores en ese punto de América Latina y el Caribe, con una Tasa de Mortalidad Infantil de 7.8 para el 2014 y 6,5 en 2018.

La mirada hacia la salud en el año 2050 depende de la consolidación y ampliación de la política hacia la infancia y adolescencia, que tiene respaldos y agentes importantes, pero está sujeta a las variaciones en el escenario nacional. El país tiene condiciones para plantearse objetivos ambiciosos en materia de protección social como la erradicación total de la pobreza y en particular de la pobreza infantil.

Transformación del modelo de atención

La articulación y coordinación de los servicios de salud junto con los sistemas de cuidados para contribuir a prevenir y reducir las condiciones de dependencia es un gran desafío para los sistemas de salud y de protección social. La intersectorialidad es un componente esencial de estas políticas y el financiamiento es una condición indispensable para garantizar el acceso de las personas que padecen de dependencias crónicas o transitorias y necesitan cuidados de largo plazo ⁽⁶⁾.

En Uruguay subsisten en el contexto actual componentes de un modelo de atención centrado en aspectos curativos, con poco énfasis en la prevención y en la rehabilitación posterior. Este enfoque asistencialista le quita integralidad a la atención de salud, perdiendo calidad y generando resultados sanitarios limitados y un incremento significativo de los costos. La calidad y la sustentabilidad del sistema pueden ser afectadas si no se producen transformaciones claras en este campo.

Recomendaciones

Adaptación del sistema, las políticas y los servicios de salud a las necesidades de una población crecientemente envejecida

La salud de la población y el sistema de salud son ámbitos fuertemente impactados por el proceso de envejecimiento. Por un lado, una población más envejecida tiene más necesidades de atención, lo que implica la necesidad de que el sistema de salud responda con servicios y adapte sus estructuras financieras para hacer frente a mayores niveles de actividad y tratamientos más caros. Por otro lado, como se analizó en secciones previas, esta población también tiene y tendrá necesidades de atención diferentes, en tanto el perfil epidemiológico del país va a ir modificándose y exigiendo respuestas del modelo de atención en el sistema de salud.

Desarrollo de un abordaje de los determinantes socioculturales de la salud desde el fortalecimiento de las políticas públicas

Abordar los factores de riesgos vinculados principalmente a las ENT resulta uno de los principales desafíos para la salud pública en el largo plazo, ya que los cambios en el perfil epide-

miológico harán cada vez más relevante este tipo de enfermedades. Las opciones de políticas pasan por promover la alimentación saludable desde la regulación de los altos niveles de sodio, grasas y azúcares; asegurar la continuidad de la estrategia con relación al tabaquismo; la regulación de oferta y desarrollo de política integral para el consumo problemático de alcohol y la dependencia; la reducción del sedentarismo desde la promoción de la actividad física saludable con espacios públicos integradores y equipamientos que faciliten la accesibilidad de toda la población, y la promoción del cuidado del ambiente.

Seguir transformando el modelo de atención en salud, jerarquizando progresivamente la atención primaria

En un contexto en el que se promueve la cobertura universal de ciudadanos con un perfil epidemiológico que irá cambiando, y que requerirá atención más cotidiana y personalizada, con una incidencia creciente de enfermedades crónicas, las políticas públicas de salud deben jerarquizar la construcción de un modelo integral que responda a una estrategia de atención primaria de salud (APS) basada en redes integradas de servicios de salud. Este modelo pone el énfasis en la prevención y promoción, y en la acción sobre los determinantes de la enfermedad y también de la salud. Supera la mera atención a demanda, y desarrolla programas y planes de salud. Regula e impulsa un uso racional de la tecnología y de los medicamentos. Considera a la familia y a la comunidad como sujetos y piensa la atención a partir de una definición de población y territorio.

1 | Introducción

Como parte del proceso de elaboración de la Estrategia Nacional de Desarrollo, Uruguay 2050, la Dirección de Planificación de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (DP/OPP) se encuentra elaborando diferentes insumos en torno al fenómeno de cambio demográfico y sus consecuencias económicas y sociales.

En tal sentido, en 2017 se presentó la publicación “Escenarios Demográficos Uruguay 2050⁽¹⁾” que identifica ocho escenarios moldeados por tres variables claves: fecundidad, mortalidad y migración. Como lo expresa el documento, estos escenarios “constituyen un punto de partida para desarrollar otros estudios que profundicen sus consecuencias y desafíos en ámbitos tan variados y relevantes como el mercado laboral, la protección social, la salud y la educación”.

Durante el segundo semestre de 2017 se organizaron una serie de consultas y talleres para profundizar en una agenda de debates concreta sobre las consecuencias y derivaciones de estos escenarios. Estos debates han sido recogidos en un informe⁽⁷⁾ que rescata los principales desafíos en materia de salud:

- Orientar el gasto hacia una mejor vida, y no únicamente hacia una vida más larga.
- Interpretar acciones de carácter cultural como parte de las políticas sanitarias tendentes a reducir o atenuar costos evitables.
- Los cambios en la estructura de las familias, el ingreso de la mujer al mercado de trabajo y la prolongación de la esperanza de vida generan un número creciente de población dependiente.
- Nacimientos y la calidad de vida de los niños llamando la atención sobre nuevas morbilidades en las edades menores.
- Impacto de la sociedad de consumo y la mercantilización de los alimentos.
- Gestión, pero también a la formación profesional y educación.

Efectuando un análisis transversal de los resultados del taller y del informe, hay dos aspectos centrales a los desafíos descritos. En primer lugar, lo que en dicha instancia de trabajo se ha identificado como el “esperanza de vida prolongada, pero con buena salud”, los aspectos de la morbilidad asociados a los distintos escenarios demográficos, y particularmente con aquellas enfermedades directamente relacionadas con el envejecimiento. En este sentido resulta relevante problematizar sobre el modelo de atención necesario para afrontar las consecuencias de la transición epidemiológica, la transición demográfica, el cambio climático y la revolución tecnológica en el Uruguay 2050.

Y en segundo lugar, el gasto en salud y la sostenibilidad financiera del sistema, el financiamiento no solo del sistema sino de las políticas públicas con efectos sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Una segunda instancia de trabajo, que contó con la participación de técnicos del MSP, OPS/OMS y UNFPA realizada a finales de 2018 ha arrojado una priorización de problemas críticos

que ha sido fundamental para afinar el marco de trabajo hacia un diagnóstico prospectivo y construcción de un mapa estratégico.

Es importante considerar que al pensar en posibles lineamientos estratégicos, su expresión de corto plazo ya se encuentra recogida en los Objetivos Sanitarios 2020; y la expresión de mediano plazo será guiada y orientada por el compromiso del Estado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Estos dos instrumentos estructuraran una expresión del mapa estratégico a largo plazo (2050) o al menos una serie de lineamientos que nos permitan poner la mirada en los desafíos sanitarios de largo plazo.

2 | Objetivos y metodología

El siguiente informe busca realizar un análisis prospectivo sobre las consecuencias de la transición demográfica y la transición epidemiológica sobre la salud de la población y la sostenibilidad del sistema de salud en el largo plazo, tanto en términos de modelo asistencial como financiero.

En segundo lugar, identifica lineamientos estratégicos para el sector salud a ser incluidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo, Uruguay 2050, y a considerar en las estrategias, planes y demás instrumentos de planificación de políticas públicas.

En la situación epidemiológica actual de Uruguay, las ENT son las más relevantes a la hora de explicar la morbilidad y mortalidad de la población. De esa manera, los costos más importantes del sistema de salud también están asociados a este tipo de enfermedades. Por lo tanto, la estimación de un escenario sanitario y financiero hacia 2050 combina, por un lado, las proyecciones de población por edad y sexo, con las prevalencias de las ENT y los costos asociados a su tratamiento. También considera la posibilidad de la aparición de enfermedades transmisibles ET como consecuencia del cambio climático.

En este informe se utilizaron las proyecciones de población presentadas en el primer informe de análisis prospectivo -“Escenarios de Población al 2050”- publicado por OPP en 2017. En dicho informe se realizaron proyecciones por edad y sexo bajo distintas hipótesis de fecundidad, esperanza de vida y migración. Debido a la evolución reciente de fecundidad, con un pronunciado descenso en los últimos años, para este trabajo se ha seleccionado el escenario de “caída extrema de la fecundidad”.

A partir del escenario demográfico futuro seleccionado y con el objetivo de conocer cómo será la salud del Uruguay hacia el 2050, se proyecta la cantidad de personas que estarán afectadas por las ENT más relevantes. Con este fin, se utilizan datos estadísticos de incidencia por sexo y edad correspondientes a 2010-2015 o el período más cercano disponible.

En la siguiente tabla se presentan las ENT seleccionadas y siniestralidad vial, con la fuente de datos y el período de referencia utilizado en cada caso:

ENT	Fuente	Período
Cáncer	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer	2010-2014
Enfermedades del aparato circulatorio	Ministerio de Salud	2012-2015
Renal	Fondo Nacional de Recursos	2010-2014
Siniestros de tránsito	Unidad Nacional de Seguridad y Educación Vial del Uruguay (UNASEV)	2010-2014

A partir de estos datos se obtuvieron las incidencias por grupos de edad para el período 2010-2014 (o un período aproximado en algún caso). Los datos fueron reagrupados de acuerdo a los grupos de edad de las cápitas de FONASA, o la mejor aproximación que se pudiera tener.

Las incidencias por grupo de edad se mantuvieron constantes hasta 2050, lo que implica asumir que los factores de riesgo tampoco se modifican en el período de proyección. Es claro que este supuesto no brindará las proyecciones más ajustadas, pues la prevalencia de los factores de riesgo se altera a lo largo del tiempo, tal como se comenta en el capítulo x. Sin embargo, es muy difícil establecer la evolución más probable de cada uno de los factores en un plazo tan largo y a su vez establecer la influencia de esos factores de riesgo en las ENT.

De esta manera, las cantidades de casos van variando con el correr del tiempo debido a la modificación de la composición de la población por edad.

En cuanto al aspecto financiero, para la estimación de costos del sistema de salud se partió de las cápitas actuales de FONASA. Estas cápitas reflejan el costo de las prestaciones de acuerdo a determinados grupos de edad. Al igual que en el caso de las patologías, el costo del sistema va aumentando debido al mayor peso de las categorías de personas de mayor edad. A estos costos se añadió además una estimación de los costos de atención de salud bucal y mental, aún no implementadas en PIAS.

3 | Escenario demográfico

En la publicación “Escenarios Demográficos Uruguay 2050” se presenta un conjunto de escenarios alternativos posibles sobre la conformación demográfica futura de Uruguay. El primer paso en la construcción de estos escenarios fue analizar las tendencias de largo plazo de los principales componentes del cambio demográfico en Uruguay: natalidad, mortalidad y migración.

La transición demográfica en el Uruguay se inició en las primeras décadas del siglo XX, más tempranamente que en la mayoría de los países de América. Esto llevó a un enlentecimiento precoz de su ritmo de crecimiento poblacional, que había sido alto durante el siglo XIX, y al progresivo envejecimiento de la estructura de edades de su población. Desde los años 90 el país ha venido experimentando el proceso denominado segunda transición demográfica, caracterizado por el descenso de la fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo, un fuerte incremento de la divorcialidad, la ocurrencia de la mayoría de los nacimientos por fuera de las uniones legales y la diversificación de los arreglos familiares, con descenso de la proporción de hogares biparentales y aumento de los monoparentales y de los unipersonales.

Teniendo como diagnóstico de partida el análisis de tendencias, se elaboraron hipótesis sobre cada uno de los componentes de la dinámica poblacional (fecundidad, mortalidad y migración) y se las combinó en escenarios que permitan anticipar las posibles evoluciones demográficas del país como aporte al abordaje de los mencionados desafíos. A continuación se presentan las hipótesis elaboradas para cada una de estas variables. En todos los casos se planteó una hipótesis tendencial y una o dos hipótesis alternativas.

Hipótesis referidas a mortalidad expresada a través de la prolongación de la esperanza de vida:

La hipótesis tendencial supone asumir los valores utilizados por el INE en la revisión de las proyecciones realizadas en 2013. Esto significa que la esperanza de vida global llegaría a 82.2 años en 2050 (para los hombres llegaría a los 80.1 años y para las mujeres a 85.2 años).

En la hipótesis de máximo crecimiento, menos probable para los expertos, pero aún así posible, Uruguay estaría convergiendo en el 2050 hacia los valores previstos para los países más desarrollados en dicho año, donde la esperanza de vida llegaría a 88 años promedio (85.5 los hombres y 90.7 las mujeres). Este aumento de la esperanza de vida sería posible debido a una baja de la mortalidad asociada a políticas que combatan los factores de riesgo en enfermedades no transmisibles; por ejemplo, seguir avanzando en temas relativos a tabaquismo, alimentación y hábitos de vida saludables en general.

Hipótesis referidas a la fecundidad:

La hipótesis tendencial supone que la tasa se reduciría a 1.7 hijos por mujer en 2050 conti-

nuando la tendencia histórica de descenso (la Tasa Global de Fecundidad se situaba en 1.88 hijos por mujer en 2016).

Por otro lado, fueron elaboradas dos hipótesis de evolución de la TGF alternativas a la tendencial: una hipótesis de crecimiento significativo, calificada como de muy baja probabilidad, que supone una recuperación paulatina de los niveles de fecundidad que al 2050 alcanzan la tasa de reemplazo (2.1 hijos por mujer); y otra hipótesis de fuerte disminución de la tasa de fecundidad que situaría su estimación en los niveles mínimos actuales de los países desarrollados, es decir, en el entorno de 1.3 hijos por mujer.

De acuerdo con lo planteado en el informe, la hipótesis de una caída más fuerte en la fecundidad, considerada más probable que la anterior, estaría asociada a logros importantes en la baja de la maternidad adolescente y a la reducción de la brecha entre la fecundidad real y la fecundidad deseada en los estratos socioeconómicos más bajos³.

Hipótesis referidas a la migración

La migración es el componente demográfico más difícil de predecir. Como hipótesis tendencial se asumió un saldo migratorio nulo durante todo el período, al igual que en la revisión de las proyecciones 2013 del INE.

Como hipótesis alternativas se plantearon dos situaciones sobre el saldo migratorio desde la actualidad hasta el 2050 que suponen los extremos del espacio de posibilidades; es decir, se trata de hipótesis límite. Por un lado, una hipótesis basada en saldos migratorios positivos anuales constantes de 5.000 personas por año; por otro lado, una hipótesis basada en saldos negativos anuales constantes de 10.000 personas al año. A su vez, los expertos consultados otorgaron mayor probabilidad en el mediano plazo a saldos migratorios negativos.

A partir de la articulación de las distintas hipótesis planteadas se construyeron ocho escenarios demográficos. Seis de estos escenarios se conforman en base a la alteración de una sola de las variables que afectan a la estructura poblacional, mientras el resto se mantienen incambiadas en su valor tendencial. A su vez, se elaboran dos escenarios basados en la combinación de hipótesis alternativas de máxima y de mínima (estos escenarios suponen los extremos en cuanto al nivel poblacional que puede alcanzar Uruguay al 2050). Estos escenarios extremos son de muy baja probabilidad y su función consiste en establecer un límite al espacio de lo posible en términos demográficos.

3 - Los estratos bajos tienen más hijos de los deseados (Encuesta Nacional de Comportamiento Reproductivo, ENCoR 2016)

Cuadro 3.1. Escenarios demográficos al 2050

Fuente: OPP

	Uruguay 2016	Uruguay 2050 Tendencial (1)	Uruguay 2050 con caída extrema de la fecundidad (2)	Uruguay 2050 con aumento extrema de Esperanza de vida (3)	Uruguay 2050 con Inmigración (4)
Tasa global de fecundidad	1,88	1,70	1,36	1,70	1,70
Esperanza de vida (en años)	77,4	82,0	82,0	88,0	82,0
Saldo migratorio	0	0	0	0	5.000
Población total (en millones)	3.48	3.70	3.57	3.93	3.95
% Población 65 años y más	14,1 %	22,2 %	22,9 %	25,7 %	20,9 %

	Uruguay 2050 con Emigración (5)	Uruguay 2050 con recuperación de Fecundidad (6)	Uruguay 2050 Población extrema mínima (7)	Uruguay 2050 Población extrema máxima (8)	
Tasa global de fecundidad	1,70	2,10	1,36	2,1	
Esperanza de vida (en años)	82,0	82,0	82,0	88,0	
Saldo migratorio	-10.000	0	-10.000	5.000	
Población total (en millones)	3.24	4.00	3.12	4.54	
% Población 65 años y más	25,3 %	20,4 %	26,1 %	22,4 %	

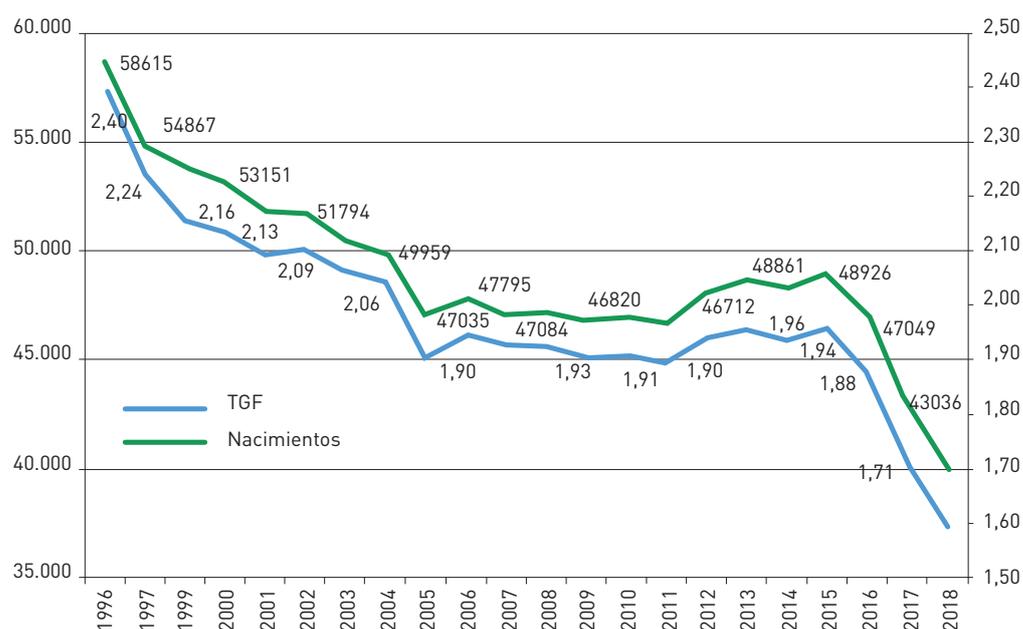
La evolución reciente y las tendencias proyectadas señalan que el país se dirige a un escenario de mayor envejecimiento, con un crecimiento vegetativo tendiendo a nulo o negativo. El descenso de la natalidad produce una reducción en la proporción de las personas en edades más jóvenes, mientras que el incremento de la esperanza de vida trae aparejado un aumento de la proporción de población de mayor edad.

Es esencial destacar que las principales tendencias demográficas que caracterizan al país, más allá de sus desafiantes consecuencias para el futuro, son consideradas poderosos indicadores de progreso social. Tanto la reducción de la fecundidad como el envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida se asocian a mejoras sustanciales en las condiciones de vida de la población y presentan tendencias similares a las experimentadas por países de alto desarrollo humano en el mundo.

Si bien estos escenarios fueron realizados hace sólo tres años, la caída de la natalidad fue mucho más rápida de lo que se suponía en el escenario tendencial. De hecho, en 2018 la tasa global de fecundidad se situó en 1,6, por debajo de la prevista para dicho año en el escenario tendencial para 2050. Por su parte, las hipótesis sobre la evolución de la esperanza de vida se mantienen vigentes. En tanto, la evolución de la migración, si bien se ha apreciado en los últimos años un ingreso de significativo de extranjeros, es un fenómeno que difícilmente pueda considerarse como algo permanente en el período considerado y probablemente sea balanceado por el saldo migratorio de uruguayos. Por lo tanto, para las proyecciones de este estudio se consideró más apropiado trabajar con el escenario 2 (de caída extrema de la fecundidad) que mantiene la evolución tendencial del incremento de esperanza de vida y el saldo migratorio nulo.

Gráfica 3.1. Número de nacimientos y Tasa Global de Fecundidad (Uruguay 1996-2018)

Fuente: MSP (2019)



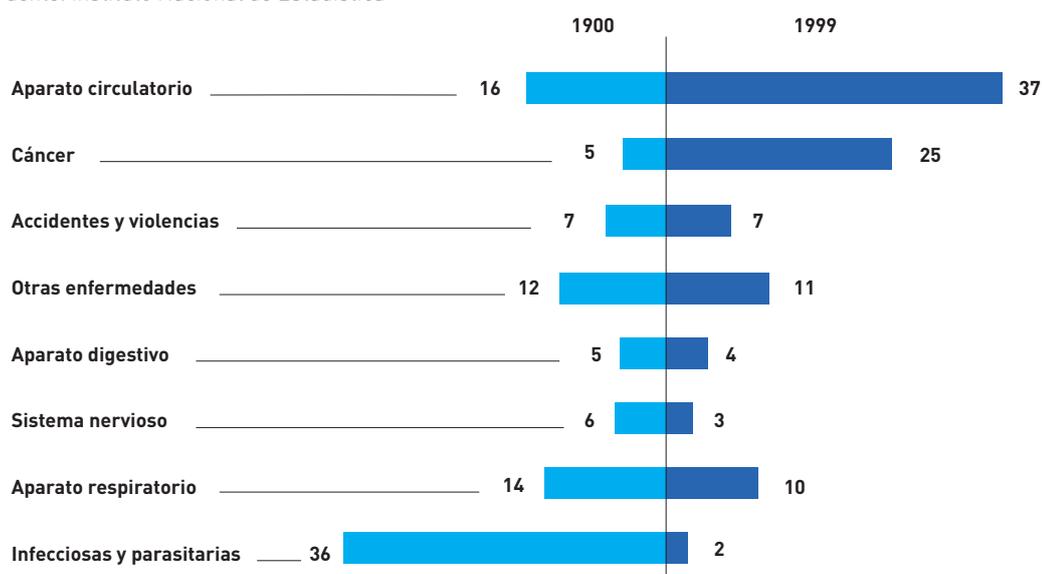
Este escenario supone una aceleración en la tendencia a la caída de la TGF alcanzando al 2050, los valores más bajos actualmente observados en el mundo de 1.36 hijos por mujer. Esto profundizaría la fuerte modificación de la estructura de edades de la población ya observada en los escenarios anteriores, con un incremento del peso relativo del grupo de 65 años y más, que varía del 14,07 % en 2016 al 22,92 % en 2050. El total de la población sería de 3,57 millones de personas, de los cuales 818.000 serían mayores de 65 años. En contrapartida, los menores de 15 años serían apenas 486.000.

4 | Escenario sanitario hacia el 2050

El cambio epidemiológico que caracterizó al siglo XX consistió en el control de las enfermedades transmisibles (ET) y el incremento de las enfermedades no transmisibles (ENT), tal como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 4.1. Estructura de las muertes según las principales causas en 1900 y 1999.

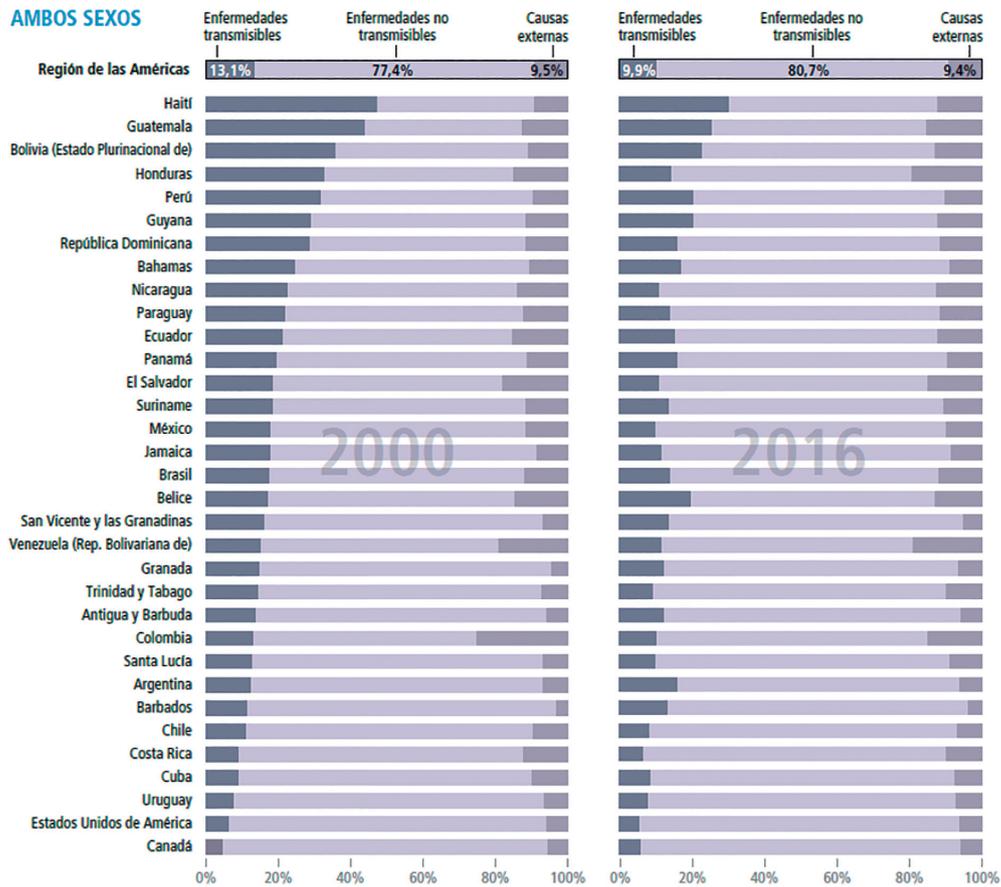
Fuente: Instituto Nacional de Estadística ⁽⁸⁾



En el siguiente gráfico se observa la posición de Uruguay en relación en el contexto de los países de la Región de la Américas donde se destaca la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y los cambios observados entre los años 2000 y 2016.

Gráfico 4.2. Transición epidemiológica por país, Región de las Américas, 2000-2016

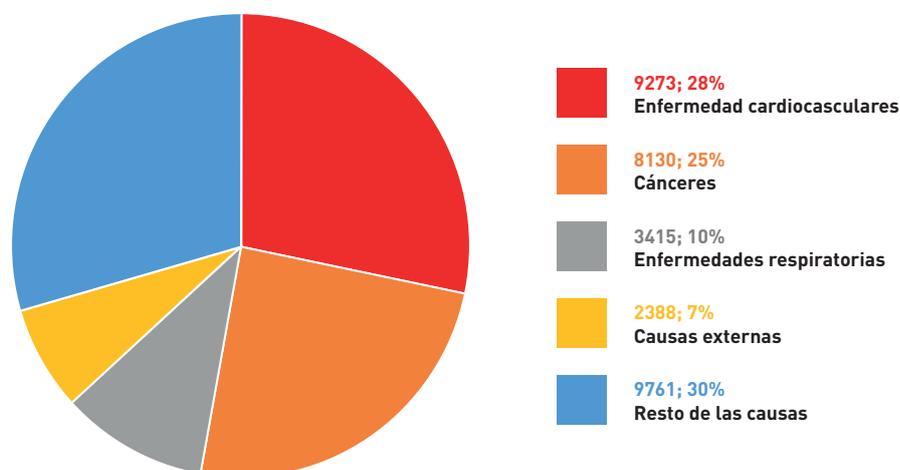
Fuente: Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas OPS ⁽⁹⁾



Las principales causas de muerte en el escenario 2012-2015 (se tomó el último año) se observan en la gráfica siguiente (FA frecuencia absoluta; % frecuencia en porcentaje del total de defunciones). 2/3 de las causas de muerte se deben a enfermedad cardiovascular, cánceres y enfermedades respiratorias.

Gráfica 4.3. Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2015

Fuente: elaboración propia según datos de Estadísticas Vitales. MSP.



Dado la jerarquía epidemiológica que han tomado las ENT y debido a que constituyen el mayor peso para el sistema asistencial y el origen de la mayor parte de las discapacidades y muertes, este estudio proyectivo se dedicará fundamentalmente a ellas. Sin embargo, también se incluirán algunas ET y causas externas en donde se prevé cambios sustanciales en las próximas décadas.

Enfermedades No Transmisibles

En este apartado se reseñan las principales ENT y se realiza una proyección hacia el 2050 de aquellas con las que se cuenta con datos suficientes. Para esta estimación se utiliza la proyección de población presentada previamente y datos estadísticos de incidencia por sexo y edad correspondientes a 2010-2015 o el período más cercano disponible.

Para el análisis se seleccionaron las principales ENT basándose en tres condiciones: 1) mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad, 2) asociación a factores de riesgo determinantes que pueden ser modificados y 3) alto costo para el sistema sanitario.

Las ENT son enfermedades multicausales y vinculadas con determinados factores de riesgo sociales y ambientales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con curso clínico a veces episódico, con progresión en el tiempo y de gran impacto en la población adulta. Un alto porcentaje de estas afecciones se puede prevenir o enlentecer su evolución a través de intervenciones de promoción de la salud, así como de prevención y/o tratamiento oportuno de las mismas.

Muchas de estas enfermedades son inducidas por las características propias de la sociedad moderna, dado que gran parte de estos factores de riesgo están vinculados o condicionados

por el “estilo de vida” y fenómenos culturales, en donde influyen decisivamente la inequidad, la sociedad de consumo y los medios de comunicación masiva. Uno de los factores fundamentales que determina su incidencia es la edad, por lo que el envejecimiento de la población determina un incremento de su prevalencia.

En el siguiente cuadro se muestran las principales enfermedades no transmisibles que se analizarán.

Tabla 4.1. Enfermedades No Transmisibles Seleccionadas

Fuente: elaboración propia

Cánceres	Sistema circulatorio	Riñón	Enfermedad neurológica	Enfermedad respiratoria	Osteoarticulares
Colo-rectal Mama Próstata Pulmón Riñón Melanoma Cuello uterino Linfoma no hodkin	Infarto agudo de miocardio ACV	Insuficiencia renal	Demencia	EPOC Asma	Artrosis Osteoporosis Fracturas

El desarrollo de estas ENT se vincula con la exposición a factores de riesgo, muchas veces comunes y superpuestos. El mundo occidental asiste a una verdadera epidemia de sobrepeso-obesidad, hipertensión y diabetes, que comienza en la niñez y tiene su correspondiente impacto en la enfermedad del adulto. No se trata de un fenómeno contagioso, sino impuesto por un nuevo estilo de vida, que conjuga menor actividad física, alimentación hipercalórica, rica en grasas saturadas y sal, con pocas frutas y vegetales.

Uruguay no es ajeno a esa tendencia, tal como se observa en el gráfico 2. Se destaca el incremento de los factores: hipertensión, obesidad e hiperglicemia. Esos factores influyen no solo en las enfermedades cardiovasculares, neurológicas y renales sino también en las enfermedades cancerosas y degenerativas articulares.

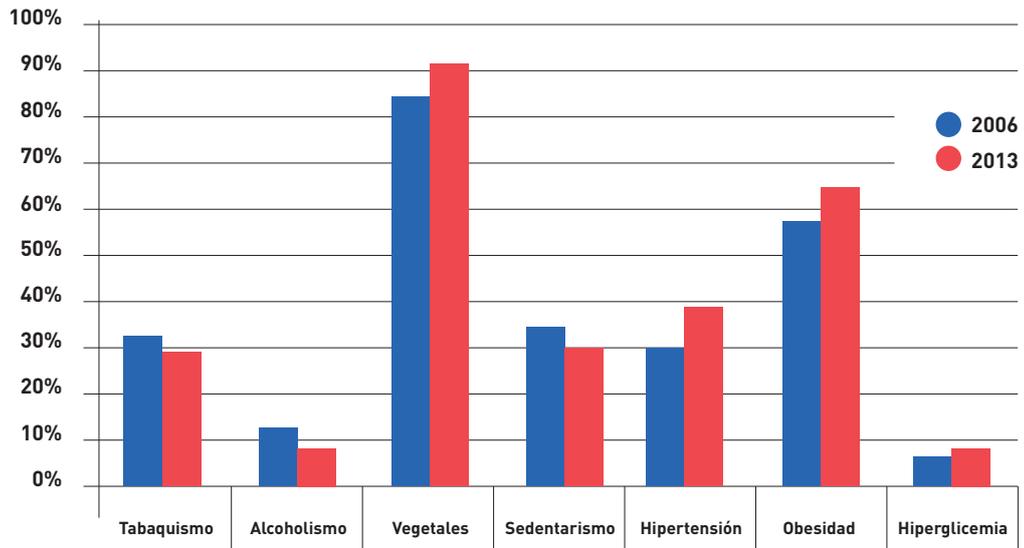
Según algunos autores si el peso corporal de la población europease mantuviera por debajo de un índice de masa corporal de 25 Kg/m² se reduciría el 40 % de los tumores de endometrio, 25 % de los tumores renales, y 10 % de los cánceres de colon y recto⁽¹⁰⁾.

Hay ocho factores de riesgo en Uruguay que son los de mayor prevalencia según las Encuestas de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFRENT) en la población entre los 25 y los 64 años: sobrepeso-obesidad (64,9 %), hipertensión arterial (36,6 %), bajo consumo de

frutas y verduras (90,9 %), sedentarismo (22,8 %), tabaquismo (28,8 %), consumo esporádico de alcohol (9,5 %), diabetes (7,6 %), hipercolesterolemia (21,5 %).

Gráfico 4.4. Cambios del porcentaje de prevalencia de factores de riesgo en la población adulta entre los 25 y 64 años en Uruguay entre los años 2006 y 2013.

Fuente: Encuestas 1 y 2 de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. MSP



En el gráfico 2 se observa que entre 2006 y 2013 un incremento en la prevalencia de obesidad, hipertensión e hiperglicemia, que se atribuye a un incremento en el consumo de determinados productos. Entre 1999 y 2013 en Uruguay se triplicó las ventas de bebidas azucaradas y se duplicó el consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sal^[11].

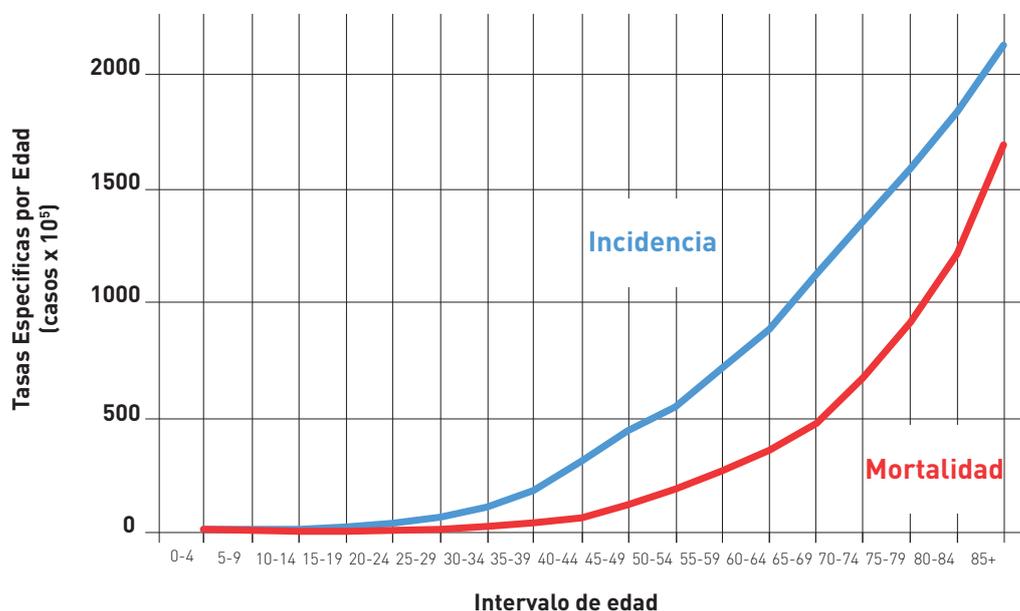
Cáncer

Bajo este título se comprende un conjunto de enfermedades con distintas incidencias y mortalidad. Los datos de incidencia y mortalidad fueron obtenidos de los registros de extensión nacional y alta calidad de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Durante el quinquenio 2010-2015 se observó en el Uruguay una media de 15.943 casos nuevos de cáncer cada año^[12].

Se agrupan en esta estimación las enfermedades cancerosas invasivas; se excluyen en este análisis aquellas enfermedades no invasivas y de escasa relevancia como condicionantes del gasto en salud o de escasa morbimortalidad. Por ello no se analizan los cánceres de piel no melanoma, a pesar de su alta frecuencia, ni tampoco los cánceres in situ. La incidencia y la mortalidad aumentan con la edad tal como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfico 4.5. Incidencia y mortalidad

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer ⁽¹²⁾



Si bien las tendencias de largo plazo marcan una disminución de la incidencia global del cáncer por grupos etarios en el Uruguay, se espera que por el envejecimiento poblacional progresivo se observará un incremento significativo de la incidencia de cáncer y de mortalidad hacia el 2050, más marcado en aquellos que están fuertemente asociados al envejecimiento, como el cáncer de próstata en el hombre.

Tal como puede observarse en los gráficos siguientes, en los hombres la mayor incidencia corresponde al cáncer de próstata, de pulmón y colo-rectal (también son los de mayor mortalidad). En el caso de las mujeres la mayor incidencia y mortalidad corresponde al cáncer de mama, seguido por el cáncer colo-rectal y el de cuello de útero.

Gráfico 4.6. Cáncer en Uruguay 2010-2014.

Fuente: Situación epidemiológica del Uruguay con relación al cáncer. Meta mayo 2018 Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

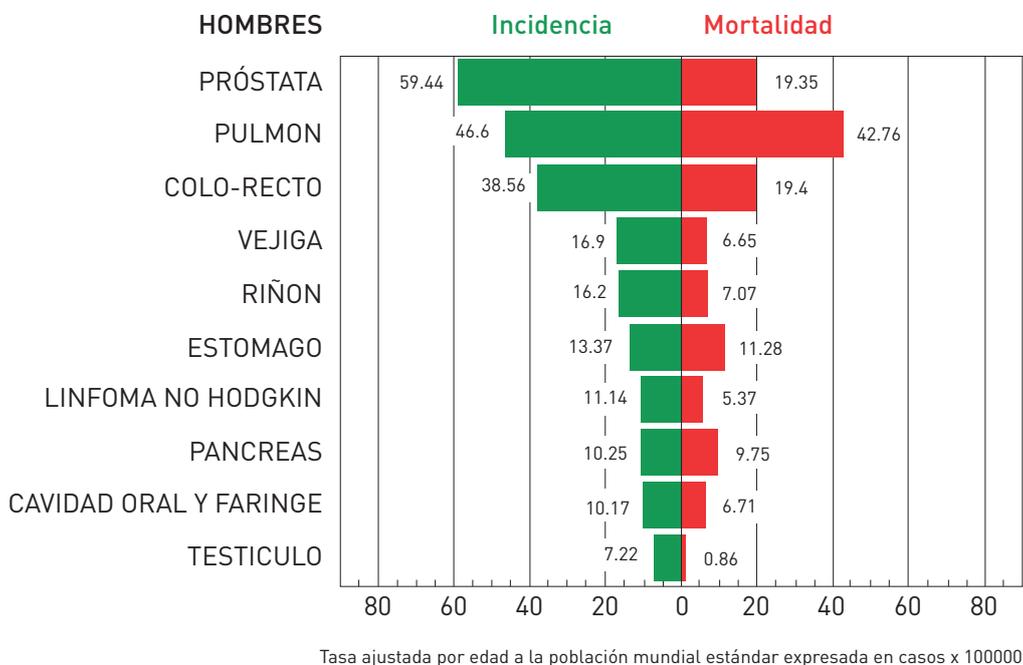
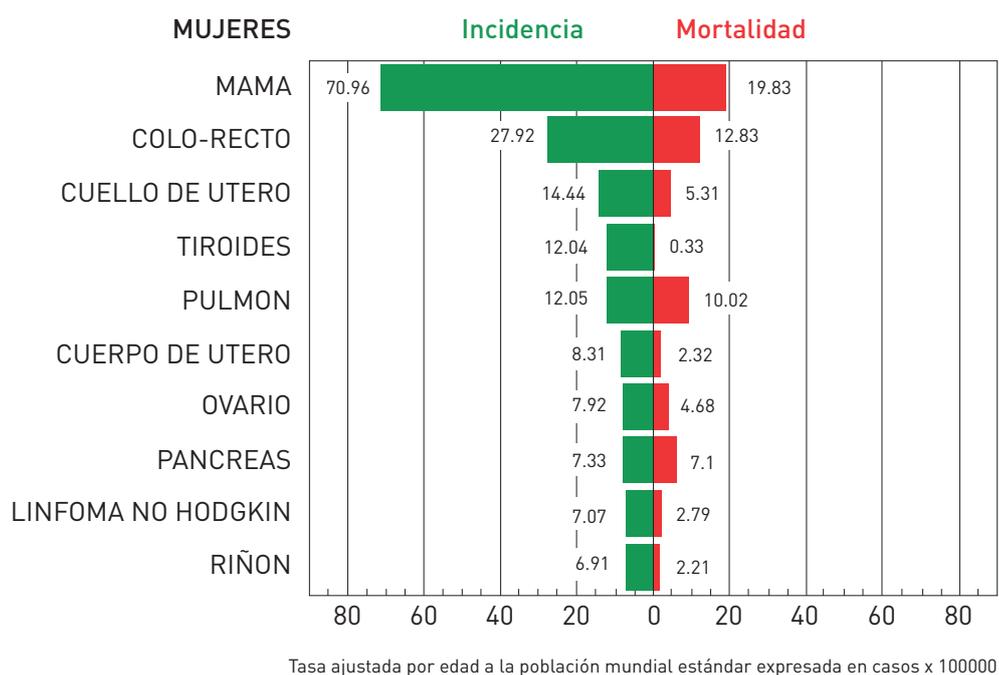


Gráfico 4.7. Cáncer en Uruguay 2010-2014. Principales sitios en mujeres.

Fuente: Situación epidemiológica del Uruguay con relación al cáncer. Meta mayo 2018 Comisión honoraria de lucha contra el cáncer



En los siguientes se observa las tendencias de mortalidad de los principales cánceres en el Uruguay a lo largo del tiempo en hombres y mujeres. En ellas se destaca en las últimas cuatro décadas, la disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón, de estómago y de esófago, mientras que se incrementa la mortalidad por cáncer de próstata, colo-recto y páncreas.

Gráfico 4.8. Tendencia de la mortalidad por cáncer en hombres. Uruguay. 1953 - 2016

Fuente: Registro Nacional de Cáncer (CHLCC). Modificado y actualizado de: "Cancer Mortality Trends in Uruguay 1953 - 1991" De Stefani E., Fierro L., Barrios E. and Ronco a. Int. J. Cancer 56:634-639 (1994).

(*) datos disponible solamente desde el periodo 1989-1993

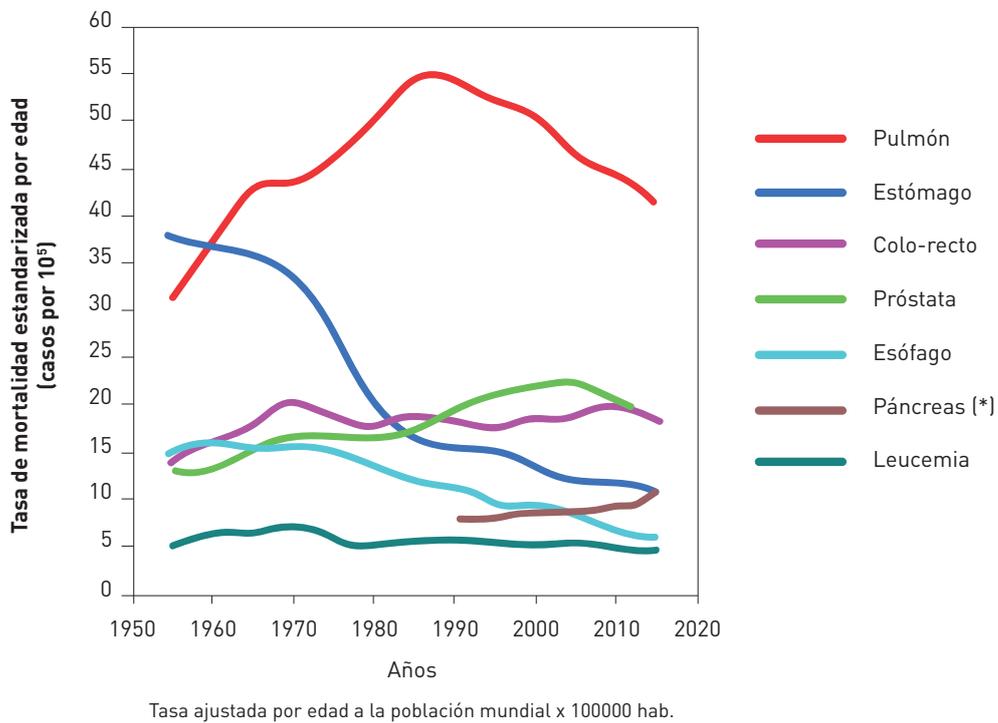
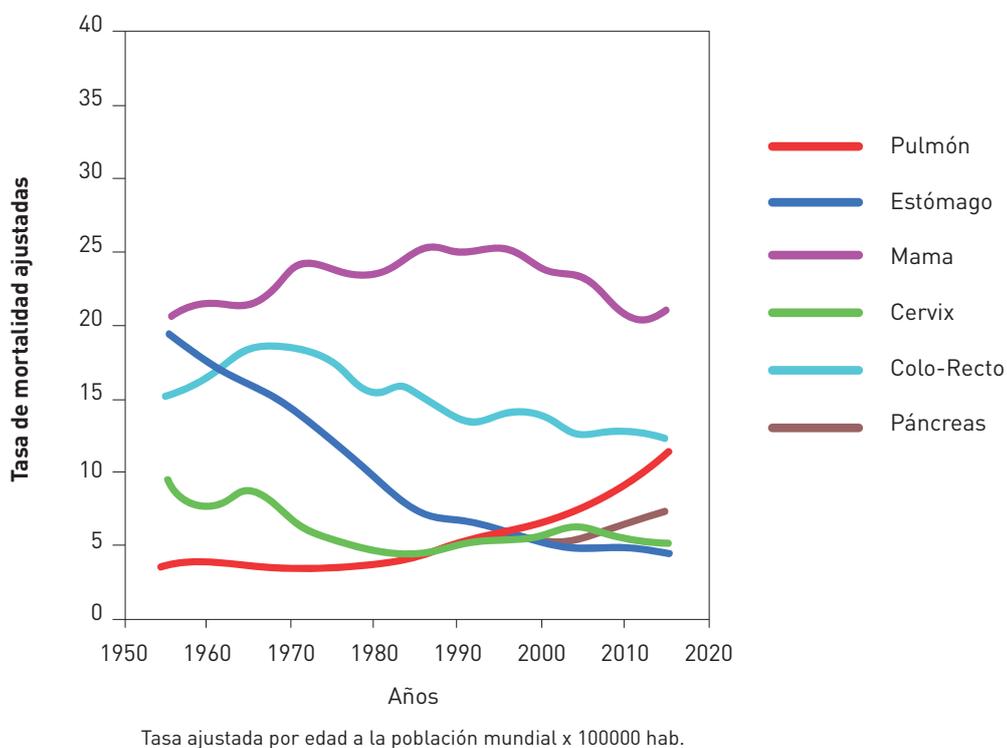


Gráfico 4.8a. Tendencia de la mortalidad por cáncer en mujeres. Uruguay. 1953 - 2016

Fuente: Registro Nacional de Cáncer (CHLCC). Modificado y actualizado de: "Cancer Mortality Trends in Uruguay 1953 - 1991" De Stefani E., Fierro L., Barrios E. and Ronco a. Int. J. Cancer 56:634-639 (1994).



Cáncer colo-rectal

Se agrupan bajo este título los tumores malignos originados en el recto, sigmoides y resto del colon, porque comparten características clínicas y paraclínicas, factores de riesgo y políticas de prevención similares.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran:

Genéticos	Modificables: obesidad, sedentarismo, carnes rojas y embutidos, tabaquismo, consumo de alcohol, diabetes tipo II.	Otras enfermedades (fundamentalmente inflamatorias intestinales y poliposis, cáncer de testículo o próstata tratados con radioterapia)
-----------	---	--

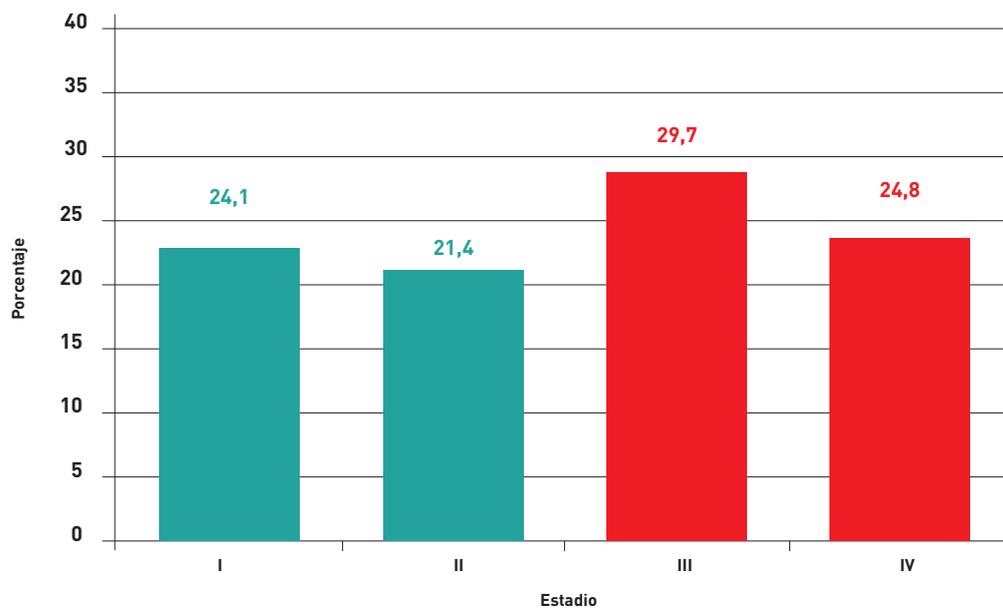
Los factores modificables están vinculados sobre todo con países desarrollados. Uruguay tiene una de las incidencias más altas en el mundo. La incidencia global en el quinquenio 2010-14 es de 1.860 casos nuevos al año. Es mayor en el grupo etario entre los 60 y 80 años. Mueren más de 1.000 habitantes al año.

La incidencia se asemeja a la de los países desarrollados, mientras que la mortalidad (superior a 50%) es más alta que la de aquellos. Esta diferencia probablemente está vinculada con diferencias en las medidas de tamizaje de la población, en la precocidad del diagnóstico de lesiones precancerosas o de estadios iniciales y en la oportunidad de las medidas terapéuticas.

En la gráfica que sigue se observa el porcentaje de los cánceres de colon según el estadio en el momento del diagnóstico en Uruguay. Se observa que predomina el diagnóstico tardío.

Gráfico 4.9. Estado al momento del diagnóstico de cáncer de colon.

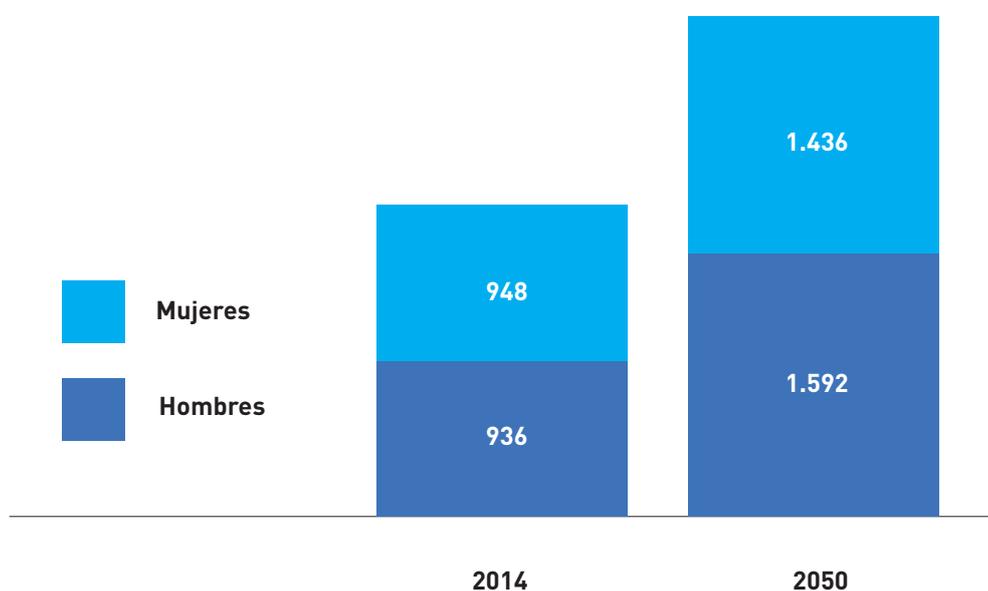
Fuente: : Barrios E & Garau M. (2017) ⁽¹³⁾



En la medida que se implementen políticas destinadas a la corrección de los factores de riesgo y detección precoz sobre la base del tamizaje por antecedentes familiares, antecedentes de enfermedades intestinales inflamatorias, rastreo de hemoglobina en materias fecales y endoscopías, la mortalidad podría disminuir en porcentajes significativos.

Gráfico 4.10. Cantidad de nuevos casos de cáncer colo-rectal. Proyección a 2050.

Fuente: CHLC y Proyecciones propias



Cáncer de mama

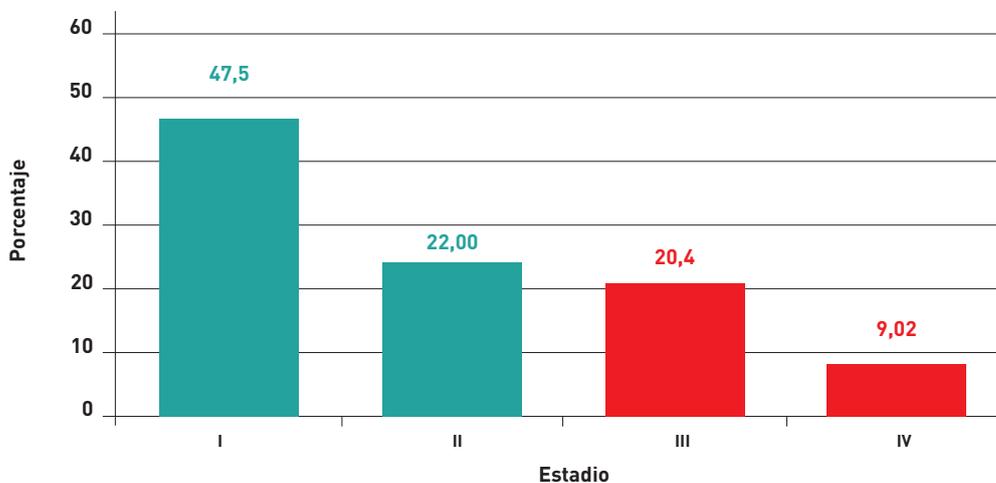
Es el cáncer de mayor incidencia (aproximadamente 1.800 nuevos casos por año) y mortalidad en la mujer (650 mueren por año por esta causa). Es excepcional en el varón. Es la causa más frecuente de muerte por cáncer en el Uruguay. Se estima que en el Uruguay 1 de cada 11 mujeres padecerá la enfermedad en su vida.

A diferencia del cáncer de pulmón, se pueden implementar campañas de tamizaje efectivas, que pueden influir descendiendo la mortalidad como se ha observado a partir de la década del 90 en Uruguay. En la última década se incrementó el diagnóstico en etapas más tempranas (in situ, estadíos I y II), lo que permite un tratamiento oportuno, con mayores tasas de curación.

En la gráfica siguiente se observa los porcentajes correspondientes al estadio del cáncer de mama en el momento del diagnóstico:

Gráfico 4.11. Estado al momento del diagnóstico de cáncer de mama.

Fuente: Barrios E & Garau M. (2017) ⁽¹³⁾



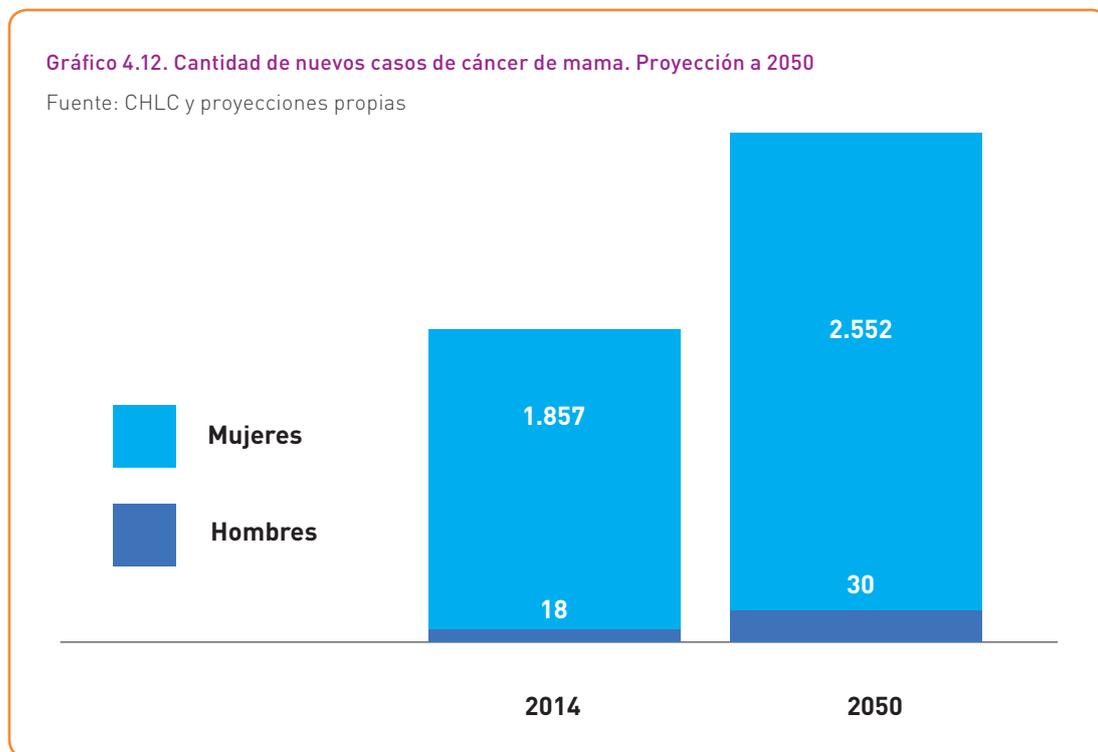
Se observa que cerca de dos tercios el diagnóstico del tumor es relativamente precoz lo que influye significativamente en el pronóstico. En el Uruguay la tasa de supervivencia a los 5 años es del 85%, cercana a la de los países desarrollados (90 %).

Existen una serie de factores de riesgo:

no modificables: genéticos, edad mayor de 50 años (factor de mayor relevancia), edad de la menarca (antes de los 12 años) y menopausia tardía (después de los 55 años),	modificables: sedentarismo, tratamientos hormonales, dietas hipercalóricas, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo, determinados anticonceptivos, nuliparidad o paridad tardía (después de los 30 años), exposición a radiaciones ionizantes, tabaquismo.	exposición a radiaciones: radioterapia de tumores del tórax.
---	---	--

Se desconoce el impacto que podría tener en la epidemiología del tumor la corrección de estos factores. Muchos de ellos se superponen con otros asociados al resto de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Por ejemplo, según algunas publicaciones, el ejercicio físico independientemente del peso corporal, podría reducir la incidencia del tumor de mama entre un 30 a 40% ⁽¹⁴⁾.



Cáncer de próstata

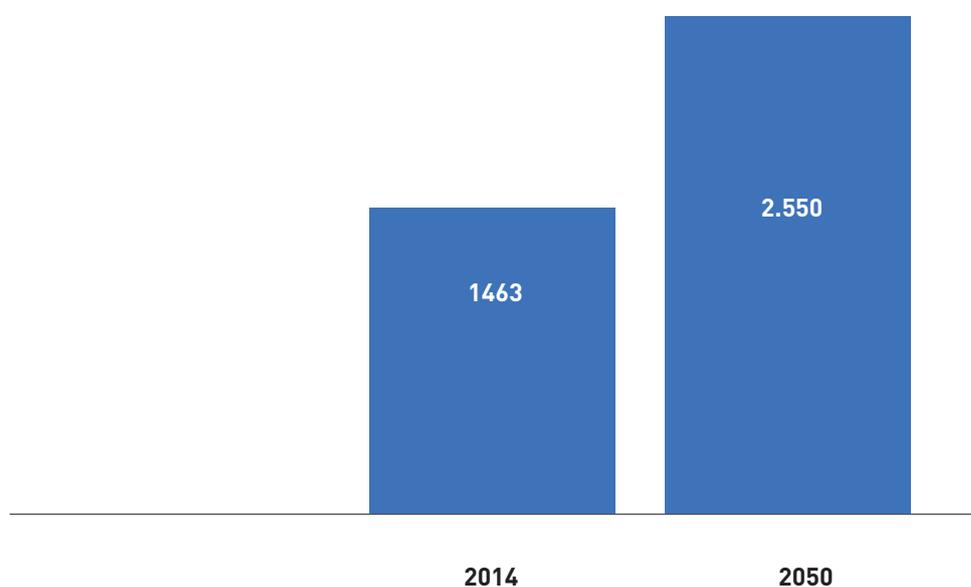
Si bien constituye el cáncer más frecuente en el hombre, su mortalidad está por debajo del cáncer de pulmón (1.444 nuevos casos por año, 650 muertes (74 % de los cuales eran mayores de 70 años); no obstante ello es una causa importante de muerte.

Los factores de riesgo son la historia familiar (susceptibilidad genética) y fundamentalmente la edad: es un cáncer del hombre mayor de 60 años. Las autopsias realizadas por otras causas de muerte descubren tumores asintomáticos entre 30 % y 70 % de los mayores de 60 años. No se ha encontrado evidencia de otros factores de riesgo. La mortalidad podría variar según la evolución de la metodología diagnóstica y terapéutica. Dado que existe una proporción importante de cánceres asintomáticos quiescentes, todavía no se define claramente el rol y la utilidad del PSA, como método de tamizaje, así como la oportunidad de su tratamiento. Son frecuentes los falsos positivos de este biomarcador lo que induce a procedimientos agresivos (biopsias) innecesarios.

Si bien la tasa de diagnóstico de la enfermedad en Uruguay se asemeja a la de los países desarrollados, la tasa de mortalidad es más elevada.

Gráfico 4.13. Cantidad de nuevos casos de cáncer de próstata. Proyección a 2050.

Fuente: CHLC y Proyecciones propias



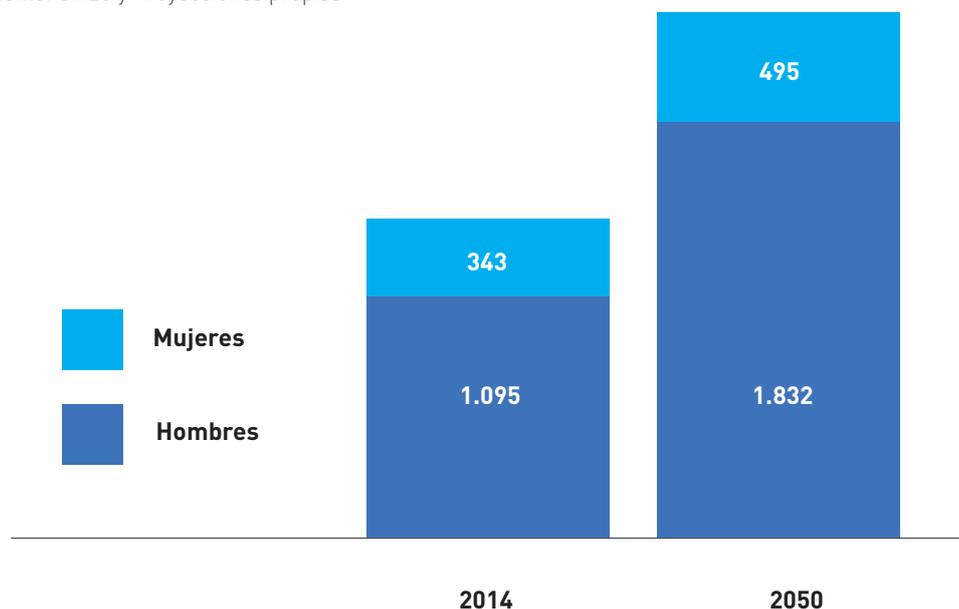
Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón tiene alta incidencia siguiendo al cáncer de próstata en el hombre y ocupando el cuarto lugar en la mujer con la mortalidad más alta. Las medidas de detección precoz tienen poca eficacia en relación a otros cánceres. Se estima que el humo del tabaco explica el 90 % de los casos, ya sea por el hábito propio (fumador activo) como por el hábitat contaminado (fumador pasivo). Eso supone que el control del mismo reduciría la incidencia en una proporción importante. Otros factores de riesgo son la exposición al radón de ciertos suelos, humos de motores diesel, asbesto, arsénico y cierta pinturas y metales, cuya importancia en el Uruguay se desconoce.

A partir de las medidas contra el tabaco que el Uruguay puso en práctica hace una década, descendió significativamente el número de fumadores activos y pasivos, pero aún es temprano para poder observar el impacto que tendrá en la epidemiología del cáncer de pulmón, que se estima demore entre 20 y 30 años según la experiencia en otros países. Se desconoce el impacto que tiene la emisión de los motores del transporte en el Uruguay y otros tipos de contaminación ambiental. El advenimiento de los motores eléctricos para el transporte eventualmente también podrá contribuir a descender la incidencia del cáncer de pulmón.

Gráfico 4.14. Cantidad de nuevos casos de cáncer de pulmón. Proyección a 2050.

Fuente: CHLC y Proyecciones propias



Cáncer de riñón

En el Uruguay el cáncer de riñón ocupa el noveno lugar en el hombre y el decimo primero en la mujer en la incidencia de neoplasias de la población. Predomina en el sexo masculino. En el quinquenio 2010-2014 se registraron por año 372 casos nuevos en el hombre y 202 en la mujer. Es responsable de 210 muertes del género masculino al año y de 81 del género femenino: total 291 fallecidos al año.

Los factores de riesgo son: antecedentes familiares de cáncer de riñón y alteraciones genéticas vinculadas con algunas enfermedades congénitas, el tabaquismo, la obesidad, y exposición ambiental a sustancias tóxicas como el cadmio, herbicidas, y solventes orgánicos (tricloroetileno). Se ha encontrado una mayor asociación con la hipertensión arterial, pero el vínculo no es seguro por la interferencia del uso de medicamentos anti-hipertensivos. La insuficiencia renal también constituye un factor de riesgo.

Algunas enfermedades congénitas como la rara enfermedad de von Hippel-Lindau, tienen un mayor riesgo de cáncer de riñón.

La detección precoz en personas con mayores riesgos se puede realizar a través del estudio periódico de orina (búsqueda de hematuria microscópica) y estudios imagenológicos (p.ej. ecografías abdominales). El tricloroetileno es un disolvente usado para limpiar la grasa de los metales que también está presente en algunos productos de limpieza quitamanchas. Puede contaminar napas del agua que se utiliza para beber.

Se ha vinculado al cadmio con cánceres, en particular con el cáncer de pulmón, por ser un componente del tabaco, pero también con el cáncer de riñón, ya sea que ingrese al organismo por vía inhalatoria o por ingestión. El ingreso a través de la piel es despreciable.

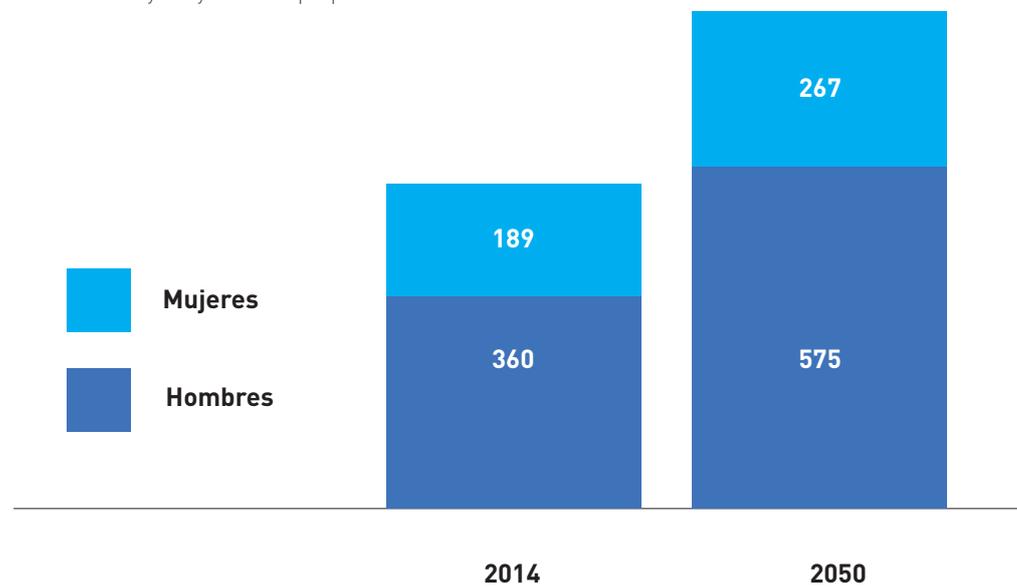
El contacto con el cadmio se produce en la manipulación de: baterías (83 %), pigmentos (8 %), recubrimientos electrolíticos (7 %), estabilizadores para plásticos (1.2 %), aleaciones, instrumentos fotovoltaicos y otros usos (0.8 %). Se libera al ambiente en la disposición e incineración de la basura.

Según la Agency for Toxic Substances and Disease Registry: “La cantidad de cadmio que se absorbe al fumar un paquete de cigarrillos al día es de aproximadamente 1–3 µg/día. Las mediciones directas de cadmio en los tejidos han confirmado que fumar aproximadamente duplica la cantidad de cadmio en el cuerpo comparado con personas que no fuman ⁽¹⁵⁾.”

Si bien no se conoce ningún modo de prevenir el cáncer de riñón, se puede disminuir parcialmente su incidencia a través de la corrección de los factores de riesgo y disminuir la mortalidad con la detección precoz, ya que si se extirpa en la etapa inicial se logra una supervivencia de más de cinco años en el 90 % de los casos.

Gráfico 4.15. Cantidad de nuevos casos de cáncer de riñón. Proyección a 2050.

Fuente: CHLC y Proyecciones propias



Melanoma

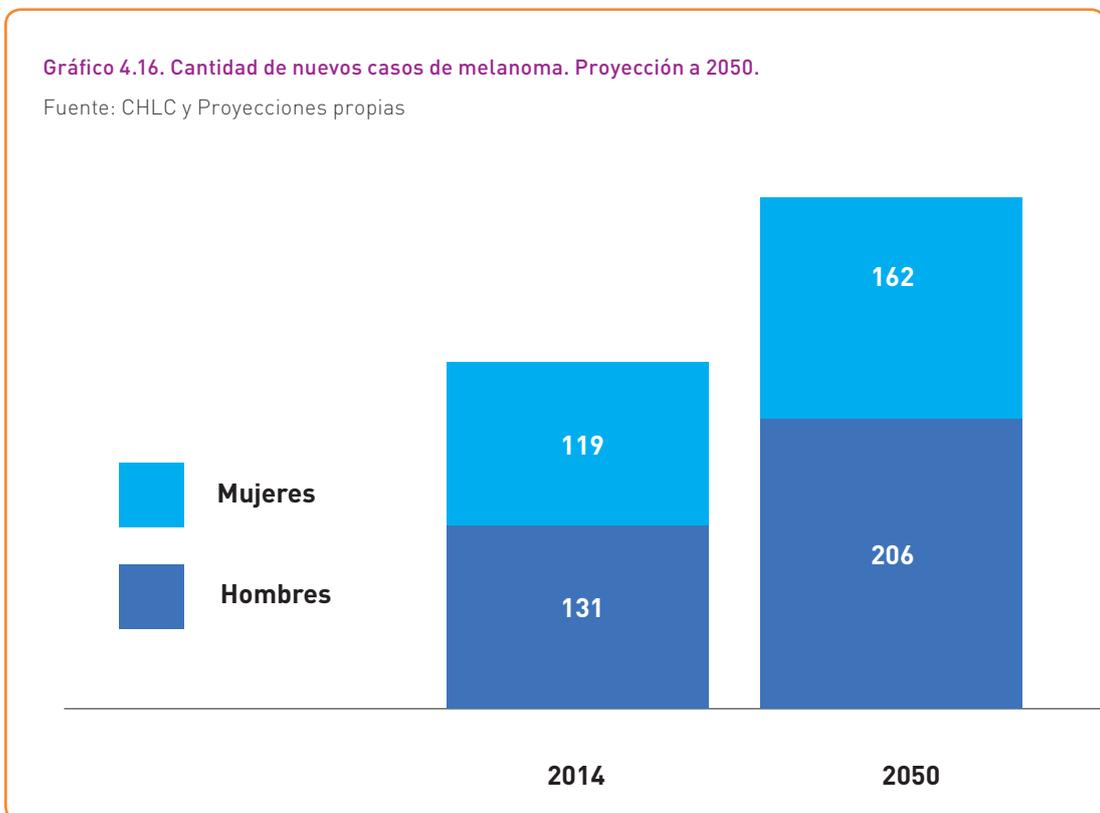
En el periodo 2010-2015 se registraron 238 casos al año (la incidencia en hombres de 5,8/100.000 y en mujeres 4,49/100.000). Es el tumor de piel con mayor mortalidad. El diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz disminuye su letalidad.

Factores de riesgo:

<p>Genéticos: Antecedentes familiares/Susceptibilidad a la radiación ultravioleta</p>	<p>Ambientales: Radiación ultravioleta: Sol (quemaduras solares intermitentes fundamentalmente en niñez y adolescencia) Camas solares</p>	<p>Inmunosupresión: farmacológica o vinculada con otras enfermedades</p>
---	---	--

Las medidas de protección frente a la radiación ultravioleta constituyen el pilar fundamental de la prevención sobre todo para aquellas personas más susceptibles (piel blanca ojos claros). La educación de la prevención para el auto examen de piel permite el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Según Cambio Climático Uruguay OPS 2009, "En Uruguay no se ha podido determinar una relación entre este tipo de cáncer y la alteración de la capa de ozono, pero sí se la relaciona con una mayor exposición solar por causas culturales o laborales. En 1935 el riesgo de contraer un melanoma era de 1/1500, para el año 2000 ese riesgo se incrementó a 1/75. En Uruguay la tasa de incidencia de melanoma ajustada por edad es de 3,1 y de 2,5 cada 100.000 habitantes para el sexo masculino y femenino respectivamente ^[16]."



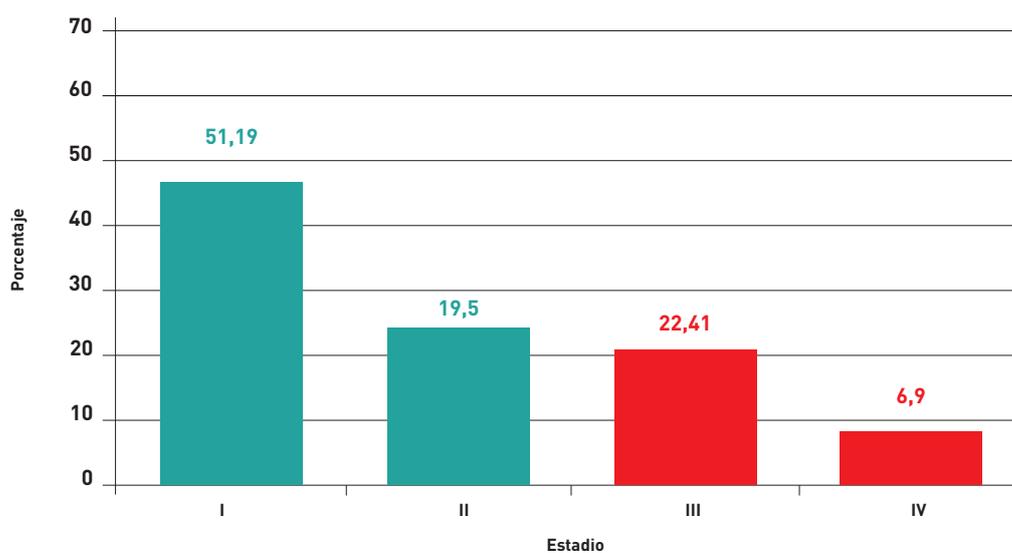
Cáncer de cuello uterino

En el Uruguay el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar en incidencia después del cáncer de mama y el cáncer colo-rectal. En el periodo 2009-2013 se observó una incidencia de 313 nuevos casos año. Mueren al año 130 mujeres por esta causa. Si bien la incidencia ha descendido en las últimas décadas se mantiene estable la mortalidad.

Como factores de riesgo se encuentra el bajo nivel socio-económico y fundamentalmente la infección por el virus del papiloma humano dado su poder oncogénico. A diferencia de otros tumores es posible técnicamente la detección en etapas muy precoces a través de la colpocitología oncológica y la colposcopia. En nuestro país predomina el diagnóstico en etapas precoces donde la enfermedad puede ser erradicada (70 % de los casos), no obstante ello existe un porcentaje cercano al 30 % en los cuales el diagnóstico es tardío, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 4.17. Estado al momento del diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

Fuente: Barrios E & Garau M. (2017) ^[13]



Según Enrique Barrios y col.: “Existen fundadas expectativas para ser optimistas en relación al futuro de esta enfermedad, particularmente en nuestro país. El desarrollo y optimización de los programas de detección precoz a través de la colpocitología (PAP test), así como de los programas de vacunación con cobertura aún modesta, y probablemente la mejora en las condiciones generales de vida (disminución de los niveles de pobreza) deberían mejorar las cifras en los próximos años ^[13]”.

Dado que en un porcentaje importante de la incidencia se vincula con una infección de transmisión sexual de alta prevalencia, virus del papiloma humano (HPV), la vacunación de ambos

sexos parece una herramienta con enorme potencial. No obstante ello, para lograr su eficacia preventiva la misma debe adecuarse a las cepas de los virus circulantes.

Un estudio reciente de las cepas circulante de alto riesgo (HPV 16 y 18) en nuestro país, encontró una prevalencia de la infección en mujeres del 20,8 %, que se incrementa al 93 % en mujeres con lesiones de alto grado (HSIL).

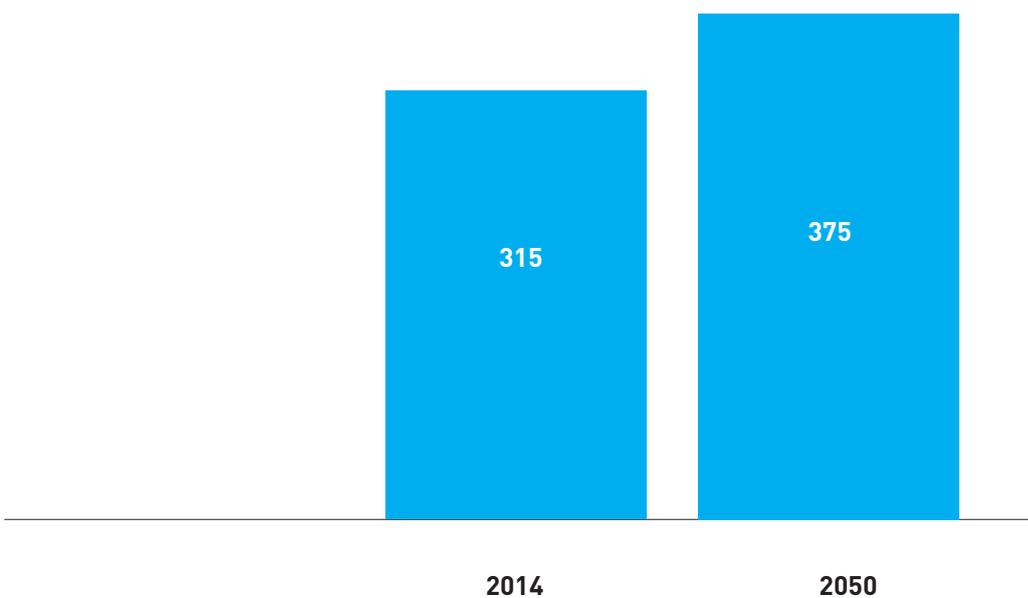
Dado que es un tumor estrechamente vinculado con el HPV y que se ha desarrollado una vacuna que permite disminuir el riesgo de infección por las cepas más agresivas, es esperable una disminución significativa de la incidencia de este cáncer en los próximos años.

La experiencia australiana con la implantación de un programa de vacunación anti HPV para niñas desde hace ya una década, ha sido exitosa en cuanto al descenso de lesiones pre-cancerosas y de verrugas genitales. Se espera que las nuevas vacunas que amplían su espectro sobre nueve cepas, reduzcan la incidencia del cáncer de cuello y ano en más del 90 % ⁽¹⁷⁾. El programa de vacunación se expandió a los niños para lograr la mayor eficacia al generar inmunidad antes de comenzar la vida sexual.

El análisis del impacto de la vacunación sobre la incidencia de lesiones precancerosas de útero según la edad de la mujer en que fue vacunada, evidencia el descenso cuando se aplica en las menores de veinte años. El virus HPV puede ser considerado como una enfermedad de transmisión sexual; por lo que las medidas destinadas a la prevención de estas, podría disminuir la incidencia y prevalencia del cáncer de cuello de útero.

Gráfico 4.18. Cantidad de nuevos casos de cáncer de cuello uterino. Proyección a 2050.

Fuente: CHLC y Proyecciones propias



Linfoma no Hodgkin

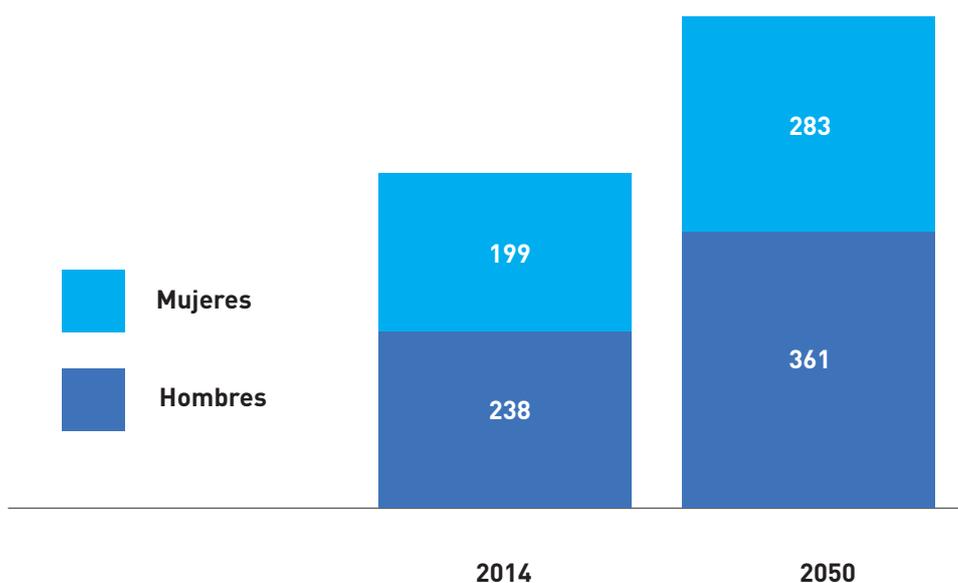
Los factores de riesgo descritos en relación al linfoma no Hodgkin son la edad avanzada, el sexo masculino, el color de piel blanca, las enfermedades congénitas inmunitarias como la hipogammaglobulinemia o el síndrome de Wiskott-Aldrich, enfermedades adquiridas que alteran la inmunidad (artritis reumatoide, psoriasis, síndrome de Sjögren) o infecciosas (VIH, virus Epstein-Barr, virus linfotrópico T humano tipo I) o el uso de medicaciones inmunosupresoras en relación a trasplantes o enfermedades autoinmunes, la exposición a tóxicos (plaguicidas), los antecedentes de infección por *Helicobacter pylori*, la alimentación basada en carnes y rica en grasas.

Ocupa el séptimo lugar en incidencia por cáncer en el Uruguay, cerca de 450 casos al año, con una mortalidad en descenso gracias a las distintas modalidades de tratamiento. La incidencia es de 7,07 en mujeres y 11,14 en hombres y la mortalidad es 2,79 y 5,37 respectivamente. El tratamiento mejora significativamente el pronóstico vital pero a un elevado costo por el precio de los medicamentos y las técnicas que se requieren.

En el año 2014 el FNR financió tratamientos para cerca de 50 % de los casos de linfoma no Hodgkin: medicamentos de alto precio: rituximab, bendamustina, y trasplante de médula (en cerca del 30% de los casos). En el año 2017 el FNR financió los tratamientos con rituximab de 286 pacientes con linfomas no Hodgkin y 40 pacientes con leucemia linfocítica crónica. El gasto en ese año en la compra del Rituximab fue de \$53.620.052, casi 2 millones de dólares (considerando la cotización del dólar a 27 pesos).

Gráfico 4.19. Cantidad de nuevos casos de linfoma no hodgkin. Proyección a 2050.

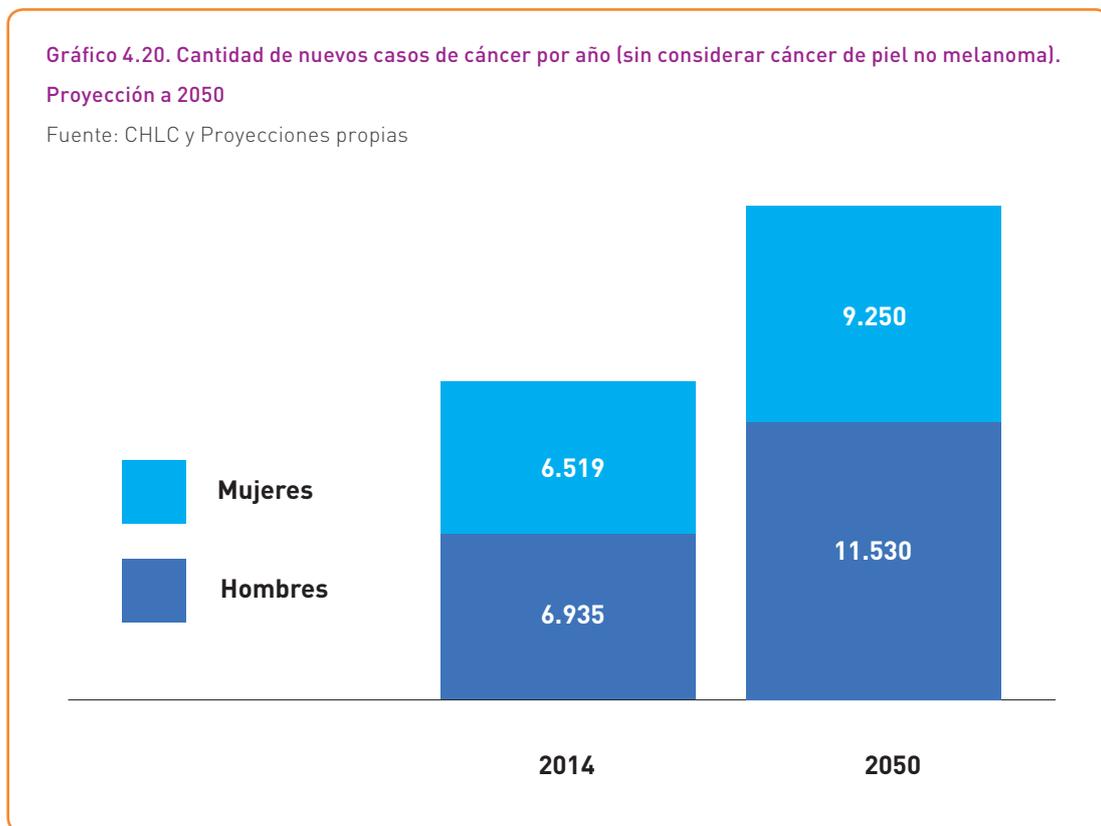
Fuente: CHLC y Proyecciones propias



Proyecciones de casos totales de cáncer (excepto piel no melanoma)

Para proyectar la incidencia de cáncer hacia el 2050, se toma como base la incidencia anual promedio en el período 2010-2014 del conjunto de todos los cánceres distribuidos por grupo etario como se observa en el gráfico 11. No se considera aquí las modificaciones de incidencia que pueden determinar las políticas de salud destinadas a la corrección de factores de riesgo e inmunizaciones.

Basándose exclusivamente en el cambio demográfico proyectado al 2050, la incidencia de cáncer en la mujer se incrementaría en 42 % y en hombres 66 %.



Enfermedades del aparato cardiocirculatorio (incluye cerebrovascular y vasculorenal)

Las enfermedades del aparato cardiocirculatorio producen morbi-mortalidad a través del impacto sobre el cerebro -enfermedades cerebro-vasculares-, corazón - cardiopatía isquémica aguda (infarto de miocardio) y cardiopatía isquémica crónica (insuficiencia cardíaca)-, riñón nefroangiosclerosis (insuficiencia renal). Todas ellas comparten factores de riesgo, lo que permite estimar que cambios en su incidencia pueden modificar la carga de enfermedad.

Los Factores de riesgo pueden ser clasificados según las posibilidades de actuar sobre ellos con políticas de salud:

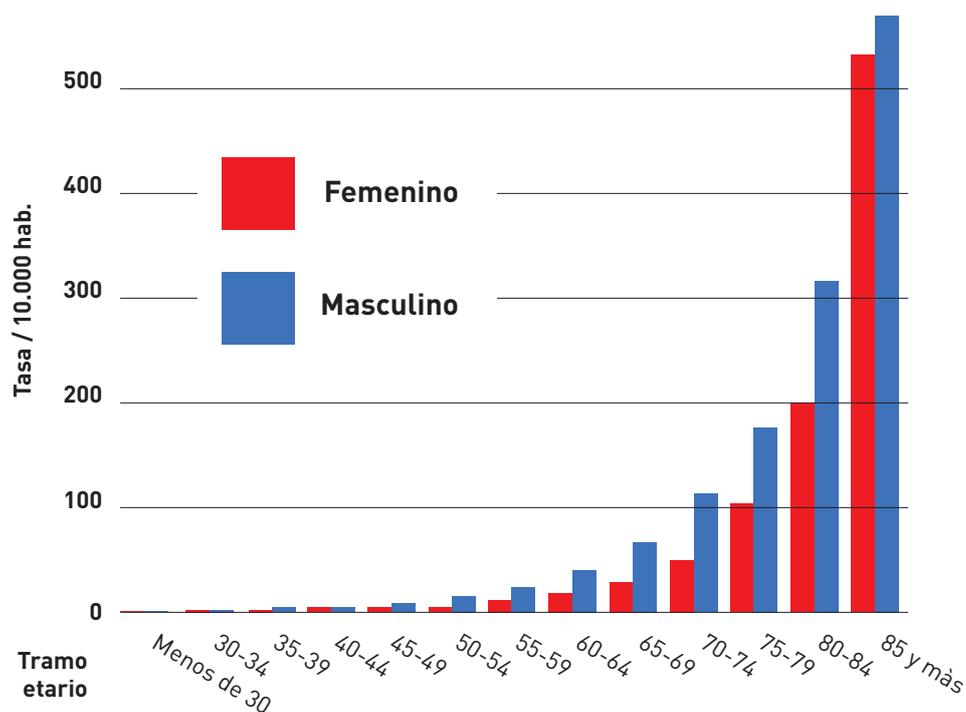
<p>No modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> Genéticos Edad Sexo 	<p>Modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sedentarismo Obesidad / sobrepeso / sind. Metabólico Hipertensión Tabaquismo Dislipemia Diabetes 	<p>Contribuyentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stress Anticonceptivos orales Corticoides y otras medicaciones Alcohol
---	---	--

Los datos obtenidos de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular presenta como dificultad para el análisis y proyecciones, que se basan en egresos hospitalarios y que por lo tanto no consideran los diagnósticos de estas enfermedades en etapas más precoces ni aquellas que causan muerte brusca extra-hospitalaria, por lo que es posible que las cifras pueden ser menores a la incidencia real. De todas maneras aportan una perspectiva que permite hacer proyecciones.

La relación de la mortalidad de estas enfermedades con el factor no modificable de la edad se manifiesta en la gráfica siguiente:

Gráfico 4.21. Mortalidad por enfermedad cardiovascular según tramo etario y sexo. Uruguay 2016

Fuente: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular



La relación de la mortalidad entre ambos sexos muestra un neto predominio de las enfermedades vasculares en el sexo masculino, que disminuye en la medida que avanza la edad. Como se observa en la tabla que sigue, se ha verificado un descenso en los últimos años, en el número de egresos hospitalarios vinculados con la cardiopatía isquémica, que se podría vincular con una disminución de los factores de riesgo.

Tabla 4.2. Egresos hospitalarios de causa cardíaca isquémica (FA: Frecuencia absoluta)

Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud. División Epidemiológica. MSP

Causa	2012		2013		2014		2015	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Angina de pecho	3019	40,0	2800	37,8	2282	34,5	1969	32,9
Infarto agudo de miocardio	2239	29,6	2141	28,9	1974	29,8	1711	28,6
Otras enfermedades isquémicas agudas	282	3,7	412	5,6	651	9,8	774	12,9
Enfermedad isquémica crónica del corazón	2013	26,7	2058	27,8	1714	25,9	1533	25,6
Total	7553	100	7411	100	6621	100	5987	100

Durante el mismo período no se verificó un descenso significativo de la mortalidad, lo que podría estar vinculado al impacto del descenso de la enfermedad que se reflejará más tarde, en las décadas siguientes.

Tabla 4.3. Mortalidad de causa cardíaca isquémica (FA: Frecuencia absoluta)

Fuente: Unidad de Estadísticas Vitales. División Epidemiológica. MSP

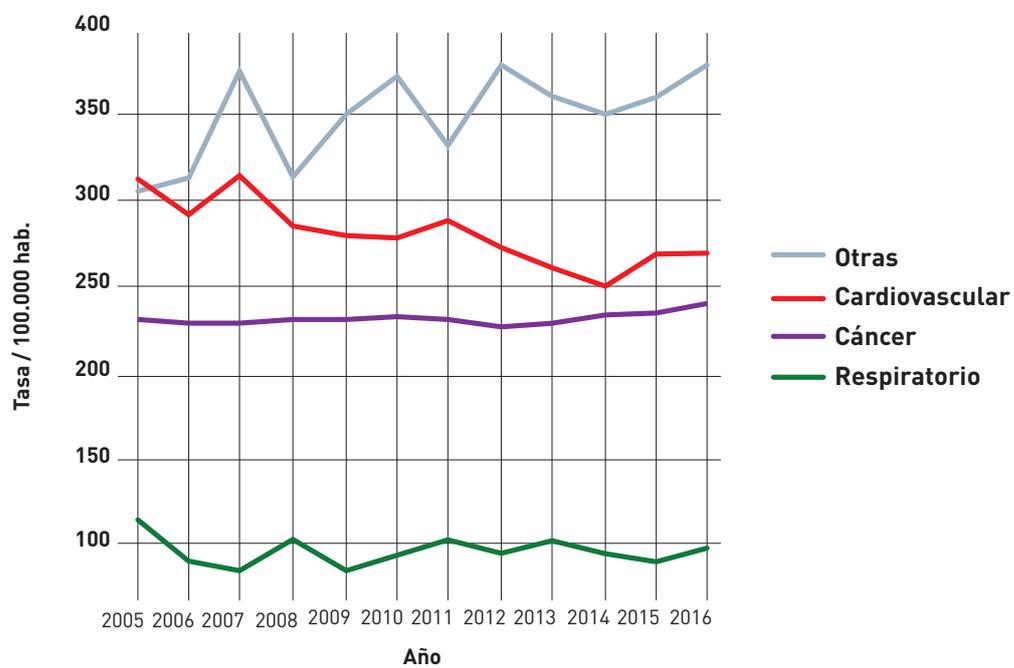
Causa	2012		2013		2014		2015	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Angina de pecho	7	0,3	4	0,2	1	0,04	7	0,29
Infarto agudo de miocardio	1211	49,1	1070	46,4	1121	49,3	1150	48,4
Otras enfermedades isquémicas agudas	56	2,3	41	1,8	52	2,3	51	2,1
Enfermedad isquémica crónica del corazón	1194	48,4	1192	51,7	1102	48,4	1166	49,1
Total	2468	100	2307	100	2276	100	2374	100

Esta tendencia al descenso de la enfermedad cardiovascular continuará seguramente en los próximos años, hasta llegar a un plano cuyo nivel no se puede determinar a priori con los datos que se disponen.

En la gráfica siguiente se observa la ubicación y la tendencia en descenso de la mortalidad por enfermedad cardiovascular (en rojo) en relación a la ubicación y tendencias de otras causas de muerte.

Gráfico 4.22. Evolución de la mortalidad según principales causas

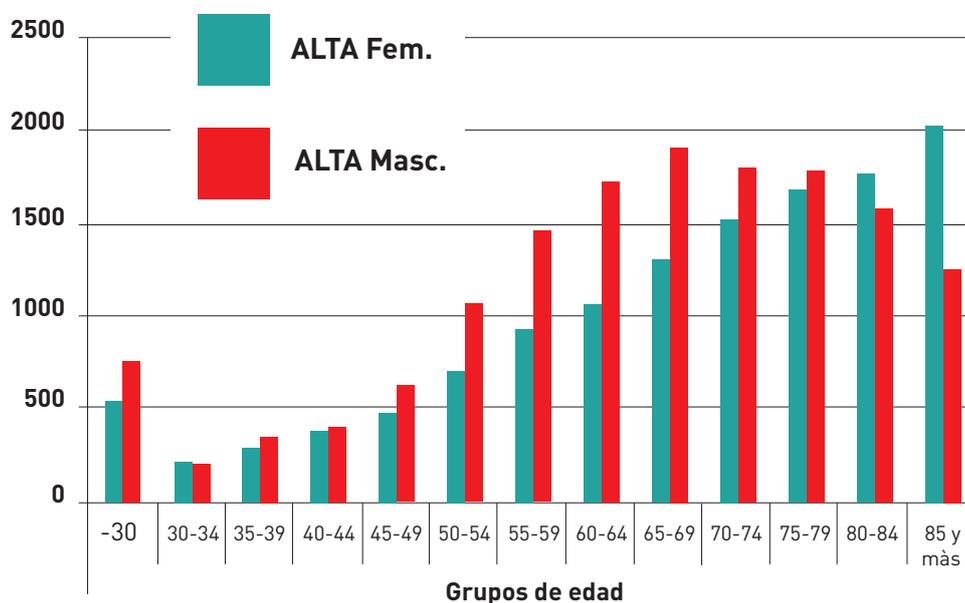
Fuente: MSP



En la gráfica que sigue se observa la vinculación entre los egresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio y la edad por sexo.

Gráfico 4.23. Egresos hospitalarios de enfermedades cardiovasculares por alta según sexo y edad

Fuente: MSP



Dentro del ítem “enfermedad cardiovascular” se agrupa un conjunto de entidades, algunas de las cuales no están vinculadas con los factores de riesgo expuestos.

Infarto agudo de miocardio

En el Uruguay se ha estimado una incidencia de infarto agudo de miocardio de cien casos año por 100.000 habitantes. El impacto mayor de esta entidad ocurre en fase pre-hospitalaria en donde las arritmias ventriculares son responsables entre el 66 % al 75 % de la mortalidad. La mortalidad intrahospitalaria se estima en aproximadamente 10 % de acuerdo con la literatura internacional, mientras 20 % a 30 % ocurre en fase pre-hospitalaria ⁽¹⁸⁾.

Ataque o accidente cerebrovascular

La incidencia en Uruguay hacia el año 2015 era de 181 casos/año por 100.000 hab. y la prevalencia de sus consecuencias es de 8,6 por 1000 habitantes. Esta incidencia representa cerca de 6000 casos al año. Es la segunda causa de muerte después del infarto cardíaco, y la primera en mujeres de más de 65 años. Su incidencia aumenta con la edad; el 90 % ocurre en mayores de 45 años. Es la causa de invalidez más frecuente en nuestro país ⁽¹⁹⁾.

Algunos trabajos que analizan accidentes cerebrovasculares en algunas regiones del país, indican diferencias significativas entre la incidencia en el subsector público en relación al subsector privado: en el Departamento de Cerrol Largo un estudio prospectivo “arroja una in-

cidencia de 100,2 casos por 100.000 habitantes a nivel privado y 231,1/100.000 a nivel público, $p < 0,001$ (20)". Este hallazgo se asocia probablemente a inequidades sociales y diferencias en el control de los factores de riesgo, fundamentalmente en el control de la hipertensión arterial que es el de mayor jerarquía en relación a esta patología.

Es una enfermedad que provoca importante repercusión económica por gastos directos e indirectos.

A partir de 2007 en el Uruguay comenzó a trabajar la Unidad de Ataque Cerebrovascular (UAC) en el Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas, lo que permitió aplicar por primera vez el tratamiento trombolítico destinado a la desobstrucción de las arterias responsables de un infarto cerebral. La limitante fundamental de este tratamiento es el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la aguja, así como las características generales del paciente. Los siguientes datos referentes surgen del estudio de la población que consultaron a esta Unidad.

En el quinquenio 2007-2012 consultaron a la UAC por ACV 784 pacientes que se distribuyen por sexo casi por igual, pero que predomina el sexo masculino por debajo de los 70 años, y el sexo masculino por encima de los 80 años. El promedio de edad fue de 68 años (17 a 91). Predominó entre los 60 y 79 años. Con respecto a la naturaleza del ACV, 75 % fueron infartos, 16 % hemorragias y 9 % AIT.

Los factores de riesgo más importantes descritos en este trabajo en orden de frecuencia fueron la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes y la dislipemia. Otros factores de riesgo importantes propios de esta afección es la arritmia cardíaca, sobre todo la fibrilación auricular, el antecedente de ACV o AIT previo.

Los porcentajes de los factores de riesgo presentes fueron:

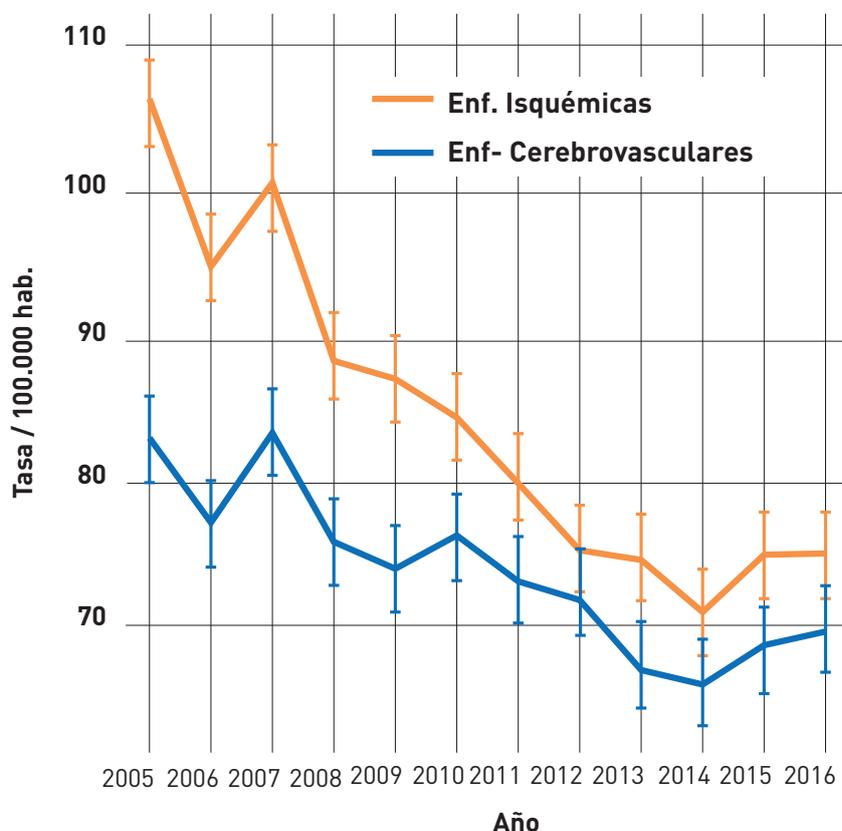
- » HTA (76 %),
- » Tabaquismo (39 %),
- » Diabetes (20 %),
- » Dislipemia (22 %)
- » Arritmia cardíaca (17 %)
- » ACV previo (16 %)
- » AIT previo (8 %)

El 8 % de los pacientes no presentó factores de riesgo. Fallecen el 11 % de los pacientes con infartos y 11 % con hemorragias.

La tendencia en descenso de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en los últimos años es mayor al descenso de la de la mortalidad por enfermedades cardíaca isquémica como se observa en la siguiente gráfica, con una cierta estabilización a partir del año 2012.

Gráfica 4.24. Evolución de incidencia de enfermedades isquémicas y enfermedades cardiovasculares

Fuente: MSP

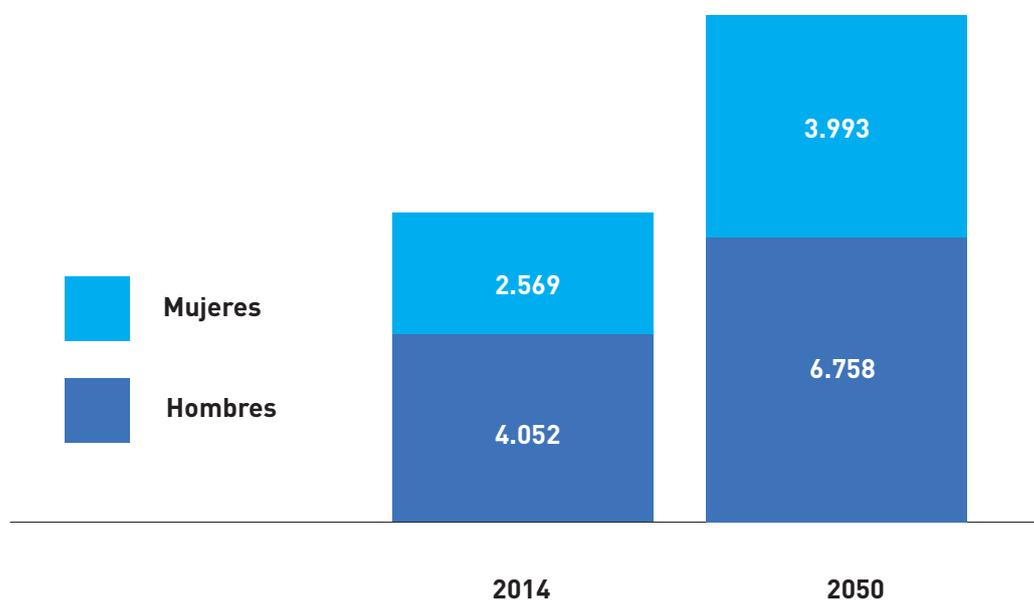


A partir de 1995 y hasta el año 2015 el único tratamiento posible aprobado por la FDA estadounidense para cambiar radicalmente el pronóstico devastador de un accidente cerebrovascular fue el tratamiento trombolítico por vía endovenosa empleado en las primeras horas de los síntomas. A partir del año 2017 se comenzó a aplicar en el Hospital de Clínicas. A partir del año 2015 trabajos de investigación demostraron la eficacia del tratamiento endovascular similar a la angioplastia coronaria, sobre territorio carotídeo con un éxito menor al 30 %, pero que puede alcanzar al 70 % o más cuando se combina con la trombolisis. Estos tratamientos son aplicables a un porcentaje pequeño de pacientes cercano al 10 %, dependiendo del tipo de accidente, etiología, condiciones generales, tiempo transcurrido; no obstante ello podría mejorar dependiendo de: educación de la población para que consultara precozmente ante síntomas orientadores, un sistema prehospitalario coordinado para traslados que acorten los tiempos, centros especializados que cuenten con el equipamiento y el personal adecuado distribuidos geográficamente de forma tal que disminuyan los plazos prehospitalarios.

Tomando en cuenta únicamente la variación proyectada de la población, la cantidad de egresos por enfermedad isquémica del corazón aumentaría 55 % en las mujeres y 67 % en los hombres hacia 2050.

Gráfico 4.25. Cantidad de egresos por enfermedad isquémica del corazón. Proyección a 2050.

Fuente: MSP y proyecciones propias



Enfermedades respiratorias crónicas

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

En Uruguay la prevalencia es de 14 % (este porcentaje varía según los parámetros diagnósticos considerados). La causa fundamental en el 90 % de los casos es el tabaquismo. La enfermedad aparece con síntomas entre los 10 y los 20 años después del comienzo del consumo de tabaco. Ocasiona 1.100 muertes al año constituyendo la cuarta causa de muerte en el Uruguay en orden de frecuencia ¹.

Es una enfermedad que se puede prevenir en gran medida al controlar los factores de riesgo. El tabaquismo activo o pasivo es el principal factor de riesgo asociado a otros contaminantes atmosféricos, como gases producidos por motores a combustión, polvos orgánicos o inorgánicos, humos industriales. También el asma es un factor predisponente. No hay suficiente información sobre la tendencia de la prevalencia de la enfermedad en el Uruguay en los últimos años, pero se prevé que la reducción del tabaquismo provocará un descenso de su incidencia.

Por lo general es una enfermedad sub-diagnosticada, que comienza su expresión clínica como disnea o tos, síntomas que no son jerarquizados por quien los padece. Se estima que

1 - En 10 años menos uruguayos padecerán de EPOC gracias a la política antitabaco actual. MSP 17 de noviembre, 2017.

entre el 70 % y el 80 % de los casos no están diagnosticados. La consulta es tardía cuando la enfermedad ya ha progresado provocando alteración de la calidad de vida e invalidez. Instalada la enfermedad es irreversible, incurable y su curso progresivo. La detención del consumo de tabaco y los diferentes tratamientos disminuyen la velocidad de la progresión pero no la detienen.

Por lo que antecede se espera que la reducción del consumo de tabaco se exprese disminuyendo la prevalencia aunque con retraso de diez a veinte años. Otros factores que pueden incidir disminuyendo el impacto de esta enfermedad son: la vacunación sistemática de los pacientes en riesgo, contra Neumococo, H. Influenzae y Gripe, así como un sistema asistencial que permita el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado en las etapas iniciales.

Asma

La prevalencia de asma en el Uruguay se sitúa próxima al 15 %. Las muertes por asma representaron hacia el 2010 el 0,24 % de todas las muertes y 2,7 % de las provocadas por enfermedades respiratorias. La tendencia de la mortalidad es en descenso en las últimas décadas, lo que según distintos investigadores se debe a la introducción de medicamentos más eficaces (sobre todo corticoides inhalados) y difusión de Guías internacionales de tratamiento.

Insuficiencia renal

El riñón es otro de los órganos blancos de la patología vascular y por tanto, son factores de riesgo para desarrollar insuficiencia renal los mismos que para el resto de la patología cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo, etc). Además se suman otros factores específicos como la patología prostática u otras formas de obstrucción de la vía urinaria (litiasis), predisposición genética, infecciones, enfermedades sistémicas diversas como el lupus eritematoso o las vasculitis, toxicidad medicamentosas, injuria renal aguda, etc. Una vez establecida la insuficiencia renal crónica progresa inexorablemente desde una etapa asintomática hasta hacerse sintomática y requerir finalmente sustitución de la función. Los siguientes son factores de riesgo en porcentaje presentes en los pacientes con insuficiencia renal en Uruguay ^[21].

Tabla 4.4. Porcentaje de factores de riesgo en pacientes con insuficiencia renal en Uruguay

Fuente: Unidad de Estadísticas Vitales. División Epidemiológica. MSP

Factores de riesgo para insuficiencia renal	%
Diabetes	36,4
Hipertensión arterial	90,5
Tabaquismo	7,3
Dislipemia	61,7

IMC > 25	76
IMC > 30	38,1
Enfermedad cardiovascular	40,5
- Cardiopatía isquémica	20,5
- Hipertrófia ventricular izquierda	17,3
- Insuficiencia cardíaca	7,6
- Accidente cerebrovascular	5,2
- Arteriopatía vascular periférica	5,2

Por sí misma la insuficiencia renal constituye un factor de riesgo de patología cardiovascular.

En el Uruguay existe un programa destinado a la detección precoz de pacientes con insuficiencia renal para todo el territorio nacional (Programa de Salud Renal -PSR-) con el objetivo de la detección precoz y la implementación de medidas preventivas secundarias para disminuir la progresión de la enfermedad.

Se ha estimado por parte de la Comisión Asesora en Salud Renal (CASR) que el 7% de la población uruguaya mayor de 20 años tiene alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC). Dado que la insuficiencia renal aumenta su incidencia en relación a la edad es previsible que en el año 2050 se observe una mayor prevalencia de la enfermedad.

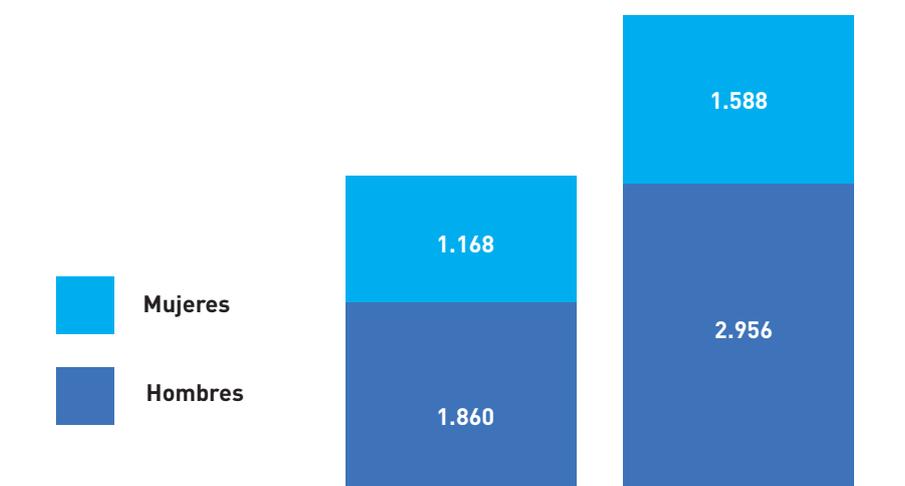
La insuficiencia renal en sus etapas avanzadas requiere de sustitución de la función del órgano para mantener la vida, lo que se realiza a través de los procedimientos dialíticos (diálisis peritoneal o hemodiálisis) o a través del trasplante renal, ya sea cadavérico o intervivo. Ambos tipos de sustitución se pueden alternar en el tiempo.

La distribución por sexo de la insuficiencia renal severa es la siguiente 42% de mujeres y 58% de hombres.

La evolución de los pacientes dializados (hemodiálisis y diálisis peritoneal) por año se observa en el siguiente cuadro, que muestra que después de un rápido ascenso hay una tendencia a entrada en meseta a partir de 2012. En la gráfica siguiente se observa la proyección de la prevalencia de insuficiencia renal en etapa de sustitución de función tomando únicamente como base el cambio demográfico esperado.

Gráfico 4.26. Prevalencia anual de enfermedad renal etapa V (en diálisis). Proyección a 2050.

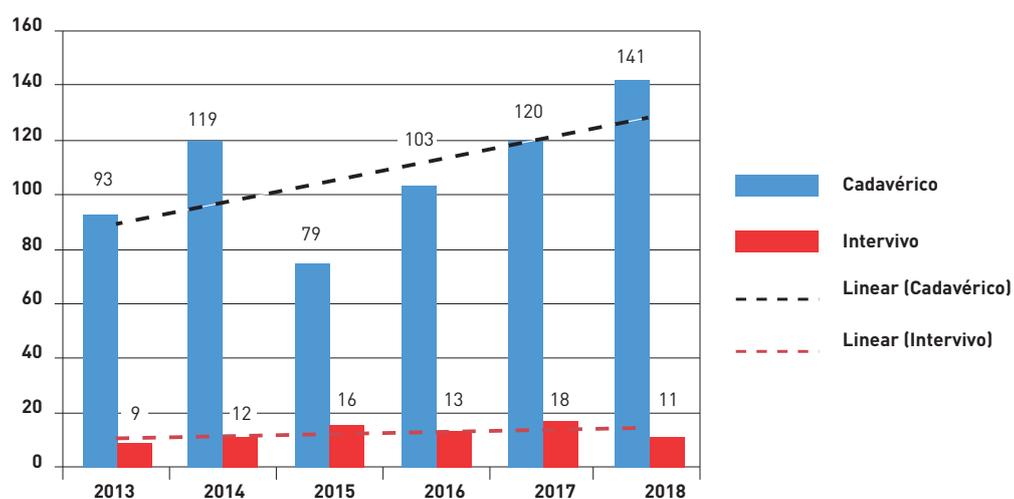
Fuente: FNR y Proyecciones propias



En la siguiente gráfica se observa la evolución del número de trasplantes renales desde 2013 a 2018. Si bien existe una tendencia creciente la misma tiende a una meseta por el número limitado de donantes cadavéricos, mientras que los trasplantes intervivos están limitados por aspectos culturales o biológicos. Por tanto en la medida que no surjan nuevas formas de obtención de órganos (como "donante a corazón parado") no se espera un aumento significativo en el número de los mismos en los próximos años a pesar del cambio demográfico.

Gráfico 4.27. Trasplantes renales en Uruguay

Fuente: Elaboración propia con datos del FNR



Demencias y otras enfermedades neurodegenerativas

La patología neurodegenerativa más frecuente y cuya incidencia está vinculada con la edad es la enfermedad de Alzheimer. Se estima que más de 35 millones de la población mundial padecen. Otras patologías neurodegenerativas frecuentes e invalidantes son la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple (estas últimas con una estimación de más de 23 millones y 2 millones respectivamente de la población mundial).

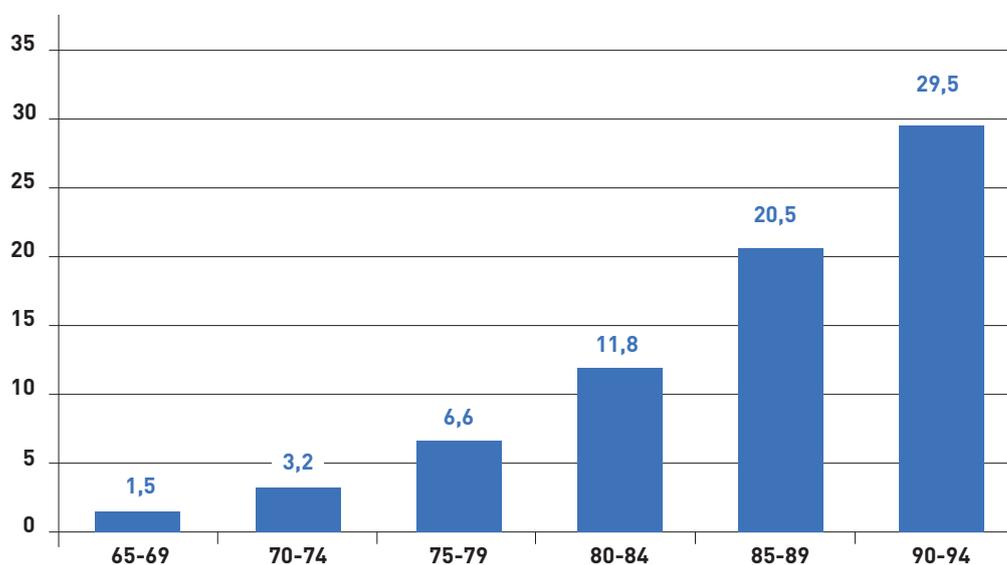
Según el Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social realizado por la Universidad Complutense de Madrid en 2016, se estima un costo per cápita variable según el PBI de los distintos países que oscila entre 858 dólares a 32.865 dólares con un costo global que oscila entre 1 punto del PBI a un cuarto de punto.

En Uruguay se estimó en 2010 que existían 54.000 paciente con enfermedad de Alzheimer ⁽³⁾, cifra que se proyecta ascienda a 77.000 personas en el año 2030 y a 112.000 personas en el 2050, lo que implicará un incremento del 107% por el envejecimiento de la población.

La relación entre la edad y la demencia se observa en la siguiente gráfica (datos internacionales) ⁽²²⁾.

Gráfico 4.28. Prevalencia en % de población portadora de Alzheimer

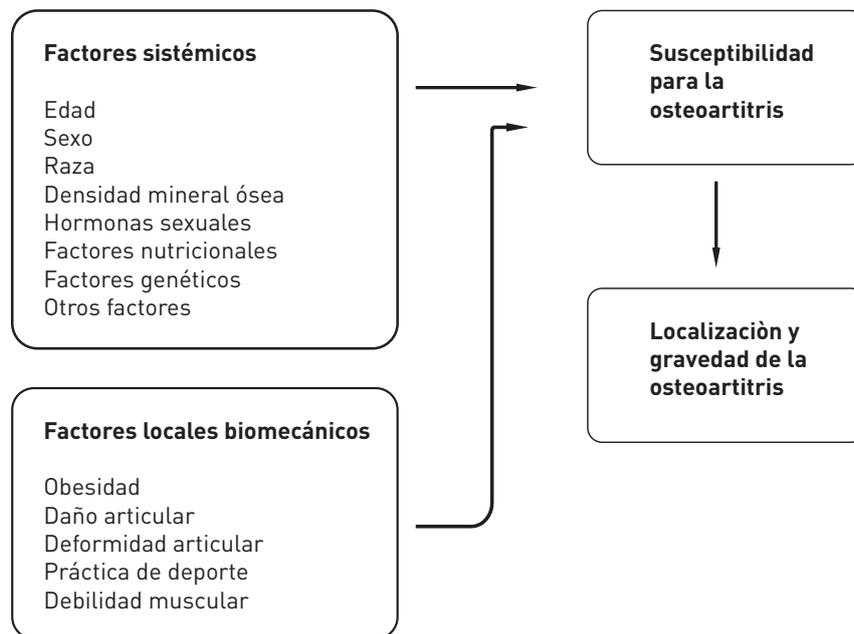
Fuente: Elaboración propia



Artrosis. osteoporosis y fracturas de MMII

La artrosis (u osteoartritis) es la enfermedad degenerativa más frecuente del aparato locomotor que provoca un alto número de discapacitados, sobre todo alterando la marcha. Si bien existen factores de riesgo no modificables genéticos y el sexo (es más frecuente en la mujer), la obesidad en particular es un factor de riesgo para la aparición del compromiso de las articulaciones de las rodillas, así como aquellas tareas que sobrecargan las articulaciones en general.

En el cuadro siguiente se exponen los factores de riesgo para el desarrollo de artrosis articular ^[23].



La prevalencia aumenta con la edad, y se estima que en la población mundial 9 % de los hombres y 18 % de las mujeres mayores de sesenta años padecen artrosis aunque en su mayoría asintomática. El aumento de la edad se asocia también a sarcopenia (disminución de las masas musculares) lo que incrementa la progresión de la enfermedad artrósica y facilita la discapacidad y caídas, lo que puede asociarse también a fracturas.

Dado la transición demográfica que se espera en las próximas décadas, se puede predecir un incremento importante en la prevalencia de la enfermedad artrósica de rodilla y cadera y su impacto económico ya que su resolución implica procedimientos quirúrgicos de reemplazo por prótesis mecánicas de costo elevado.

En la tabla que sigue (datos del FNR) se observan los procedimientos autorizados (cirugías protésicas traumatológicas) por artrosis de rodilla, de cadera y por fractura de cadera (esta última en directa relación con patología osteoporótica).

Tabla 4.5. Procedimientos autorizados por artrosis de rodilla, cadera y fractura de cadera.

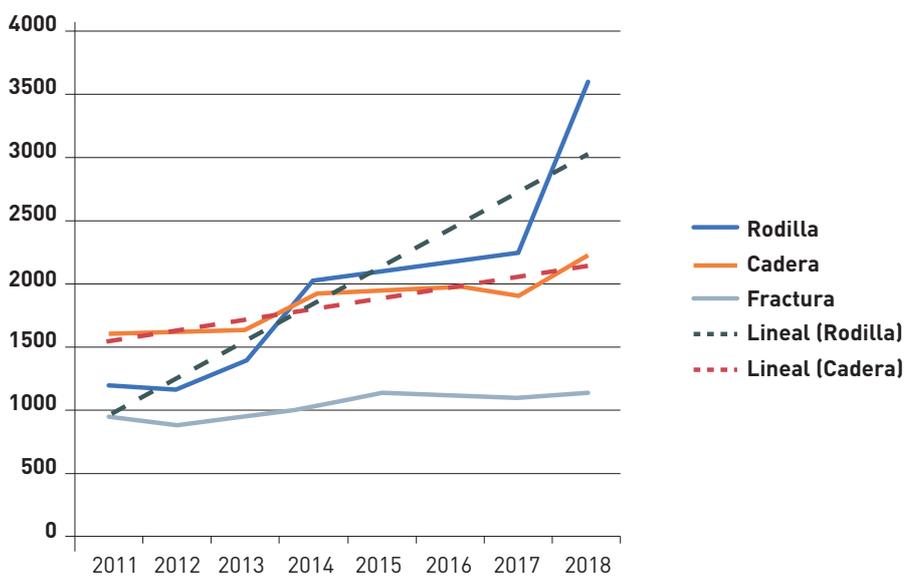
Fuente: FNR

Año	Rodilla	Cadera	Fractura
2011	1199	1613	947
2012	1161	1610	894
2013	1386	1622	945
2014	2022	1917	1020
2015	2105	1958	1133
2016	2178	1992	1119
2017	2251	1910	1096
2018	3588	2206	1134

La gráfica que sigue muestra las tendencias del número de los procedimientos quirúrgicos traumatológicos por prótesis de rodilla financiados por el FNR y como se incrementan por encima de la prótesis de cadera por artrosis y por fractura de cuello de fémur. No es posible atribuir este aumento solo a cambios demográficos en tan corto período de tiempo, pero permite obtener una estimación del peso económico que significará en el futuro.

Gráfica 4.29. Número de autorizaciones de procedimientos traumatológicos del FNR por año

Fuente: Elaboración en base a datos del FNR



La osteoporosis y sus consecuencias, las fracturas por fragilidad ósea, dada la transición demográfica será un problema mayor de salud pública por su morbimortalidad, sus altos costos y su impacto en la calidad de vida. Los procedimientos traumatológicos por fractura financiados por el FNR han sufrido un leve aumento como se observa en la Gráfica, muy inferior en relación a aquellos vinculados con artrosis.

Los determinantes principales de la masa ósea y su resistencia a las fracturas son: no modificables como aquellos genéticos, el sexo, la edad, y modificables como la nutrición, la actividad física y la injerencia de agentes externos como medicamentos o tóxicos, y otros vinculados con enfermedades (como por ejemplo síndromes malabsortivos, hipogonadismos).

Las personas ancianas están predispuestas a las fracturas porque junto a la fragilidad ósea, se suma la debilidad muscular, la artrosis de las grandes articulaciones y la menor capacidad de respuesta neurológica.

La fractura de cadera puede ser la causa desencadenante de procesos que conduzcan a la muerte de las personas ancianas, por las complicaciones asociadas (tromboembolismo pulmonar, infecciones hospitalarias, sobre todo urinarias, escaras de decúbito, etc.). Aumenta la mortalidad en el primer año según diversos trabajos entre un 7 % y un 20 %. Un 50 % persiste con cierta limitación y sólo un 30 % recobran la función sin limitación.

Aproximadamente 85 % a 90 % de las fracturas reciben tratamiento quirúrgico, de distintos tipos, uno de ellos con prótesis. El 50 % de las fracturas suelen ser intertrocantéricas respetando la irrigación de la cabeza del fémur por lo cual es tratamiento quirúrgico no requiere de prótesis. La incidencia global en el Uruguay de la fractura de cadera se desconoce pero se puede estimar que por lo menos se ubica en el doble de procedimientos financiados por el FNR (1134 casos en 2018; 32 por 100.000 hab. /año de fracturas que requieren prótesis). Es posible estimar la incidencia anual de 64 fracturas de cadera/100.000. Dado el envejecimiento poblacional se pronostica que las fracturas aumentarán 85 % a 90 % hacia el 2050.

Según la Fundación Internacional de la Osteoporosis y la International Society for Fracture Repair la incidencia de fracturas en el mundo se incrementará entre dos y cuatro veces durante las próximas décadas debido al envejecimiento de la población. En Europa se alcanzará una incidencia de 25 % de la población >65 en 2025. Según la misma fuente, el “coste económico anual del tratamiento de fracturas en Estados Unidos es parecido al del tratamiento de enfermedades cardiovasculares”.

Enfermedades transmisibles

La transición epidemiológica a la que se ha asistido en el último siglo consistió en la erradicación de algunas enfermedades infecto-contagiosas y en la disminución de la incidencia de otras, para dar paso a un marcado incremento de incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, que se transformaron así en la principal causa de muerte, en lo que influye el incremento notable en el promedio de vida.

Esta transición está vinculada con cambios en las condiciones de vida y fundamentalmente con la implementación de la inmunización sistemática de las poblaciones contra los agentes transmisibles más frecuentes. A ello se añade la aparición de recursos terapéuticos de enorme eficacia como los antimicrobianos: antibióticos, antiparasitarios, etc.

Sin embargo existe el riesgos de aparición o reaparición de enfermedades transmisibles debido a distintos factores:

<p>Distracción de los sistemas sanitarios: Menos rigurosidad en las exigencias de la vacunación o menos recursos al área de vigilancia y control epidemiológica</p>	<p>Aparición de nuevos y reaparición de viejos vectores: Vector de la leishmaniasis Mosquito <i>Aedes aegypti</i> (transmisor de virus del Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre amarilla).</p>	<p>Desarrollo de cepas resistentes por el uso indiscriminado de tratamientos antivirales, antiparasitarios, antibióticos y antimicóticos: Surgimiento de agentes multiresistentes.</p>	<p>Creencias infundadas de la población: Actividad de grupos anti-vacunas y el efecto de las redes sociales (por ej. resurgimiento del sarampión)</p>
---	---	--	---

La vigilancia epidemiológica

La desaparición del temor público a las epidemias y a las enfermedades transmisibles se convirtió en una de las principales barreras para mantener el control y la alerta necesaria para evitar su reaparición.

Los médicos jóvenes no han atendido nunca muchas de estas enfermedades como por ejemplo Poliomielitis, Sarampión, Rubéola, Difteria, Cólera, Hidatidosis, Tétanos, Sífilis, y tampoco han atendido aquellas otras que pueden aparecer como Leishmaniasis, Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre amarilla. Por tanto no están alertas ante la reaparición o surgimiento de estas entidades.

La población no ha sido plenamente consciente de la transición epidemiológica y de sus causas, por lo que es fácilmente influenciada por grupos de personas movidos por la duda en la utilidad de las vacunas. Eso puede resultar en la disminución de las tasas de vacunación y, como consecuencia, en un aumento del riesgo de la reaparición de enfermedades que casi se habían extinguido. El ejemplo más claro en esto es la reaparición del sarampión en varios países incluyendo el nuestro.

La vacunación despertó temores desde su aparición hace más de doscientos años, pero en el momento actual se asiste a una verdadera cruzada electrónica (redes sociales y páginas web)

en contra de las inmunizaciones, en la cual están involucrados profesionales de la salud, que abarca a todo el planeta.

El riesgo de pandemias

El aumento del número de personas en el mundo, los enormes conglomerados humanos, y la movilidad de los individuos que en cuestión de horas enlazan continentes muy lejanos, determina que el resurgimiento de enfermedades que estaban controladas u otras nuevas, no es un problema de un solo país o región sino que es un problema global que debe ser encarado como tal.

La aparición de nuevas enfermedades infecto-contagiosas, o la reaparición de enfermedades olvidadas, rápidamente puede transformarse en una pandemia en este mundo globalizado.

La disminución de las tasas de vacunación a niveles críticos en muchos países, expone al riesgo que los focos de reactivación de enfermedades transmisibles aparentemente controladas, se transformen en epidemias y pandemias.

Los fenómenos culturales que rodean a las enfermedades transmisibles tienen incidencia en el control de las mismas. Hace ya diez años que un estudio de opinión pública en el Uruguay, demostró que el 30 % de la población opinaba: “la sífilis es una enfermedad que ya no existe”. En el momento actual la sífilis se convirtió en un problema en Estados Unidos, Europa y en nuestro país con tasas de incidencia en aumento.

Aparición de infecciones por cepas resistentes

Junto con las vacunas los antimicrobianos fueron otro de los pilares fundamentales para controlar a las infecciones. El uso indiscriminado de los mismos ha provocado la aparición de cepas resistentes con frecuencia creciente lo que provoca que muchos enfermos no tengan posibilidades de tratamiento. El empoderamiento de los pacientes que se ha logrado basándose en el respeto de su autonomía, no se acompañó de la información necesaria ni de la normativa que impida el uso indiscriminado de antibióticos, que se expande incluso más allá del ámbito de la salud humana a la sanidad animal.

La propagación de los gérmenes multiresistentes a nivel mundial ha sido muy rápida, provocando estadías hospitalarias prolongadas, mayores costos sanitarios y mayor mortalidad. No existe hasta el momento ninguna opción terapéutica eficaz para las enfermedades causadas por bacterias gram negativas multiresistentes.

“James O’Neill, economista británico y presidente de la Comisión Mundial de Investigación sobre los agentes multiresistentes, además de reconocer las consecuencias sanitarias de este fenómeno, resaltó el impacto económico por el incremento de los costos que se estiman en 10 millones de muertes humanas anuales para el 2050 y la necesidad de más 40,000 millones de dólares por décadas para financiar diferentes acciones para su contención. Pero el costo real de este problema es difícil de predecir” ^[24].

En el Uruguay se han reportado focos de gérmenes multiresistentes (Klebsiella pneumoniae (KPN) productora de KPC, KPN productora de carbapenemasa, Pseudomonas aeruginosa productora de carbapenemasa), y se puede prever que su número en el futuro se incremente en la medida que no se tomen medidas para el uso indiscriminado de los antibióticos y no se desarrollen nuevos antimicrobianos.

Para poder afrontar estas cepas la OMS recomendó en 2017 que la investigación científica en el campo de los antimicrobianos se orientara hacia determinados gérmenes en particular con distintos niveles de urgencia o prioridad.

Tabla 4.6. Lista OMS de patógenos prioritarios para la I+D de nuevos antibióticos

Fuente: OMS

Prioridad 1: CRÍTICA
Acinetobacter baumannii, resistente a los carbapenémicos
Pseudomonas aeruginosa, resistente a los carbapenémicos
Enterobacteriaceae, resistentes a los carbapenémicos, productoras de ESBL
Prioridad 2: ELEVADA
Enterococcus faecium, resistente a la vancomicina
Staphylococcus aureus, resistente a la meticilina, con sensibilidad intermedia y resistencia a la vancomicina
Helicobacter pylori, resistente a la claritromicina
Campylobacter spp., resistente a las fluoroquinolonas
Salmonellae, resistentes a las fluoroquinolonas
Neisseria gonorrhoeae, resistente a la cefalosporina, resistente a las fluoroquinolonas
Prioridad 3: MEDIA
Streptococcus pneumoniae, sin sensibilidad a la penicilina
Haemophilus influenzae, resistente a la ampicilina
Shigella spp., resistente a las fluoroquinolonas

Es muy difícil prever cuál será la evolución de la resistencia microbiana y las posibilidades de tratamiento de las enfermedades causadas por estas bacterias en el futuro porque depende entre otras cosas de la capacidad y velocidad de la innovación farmacológica.

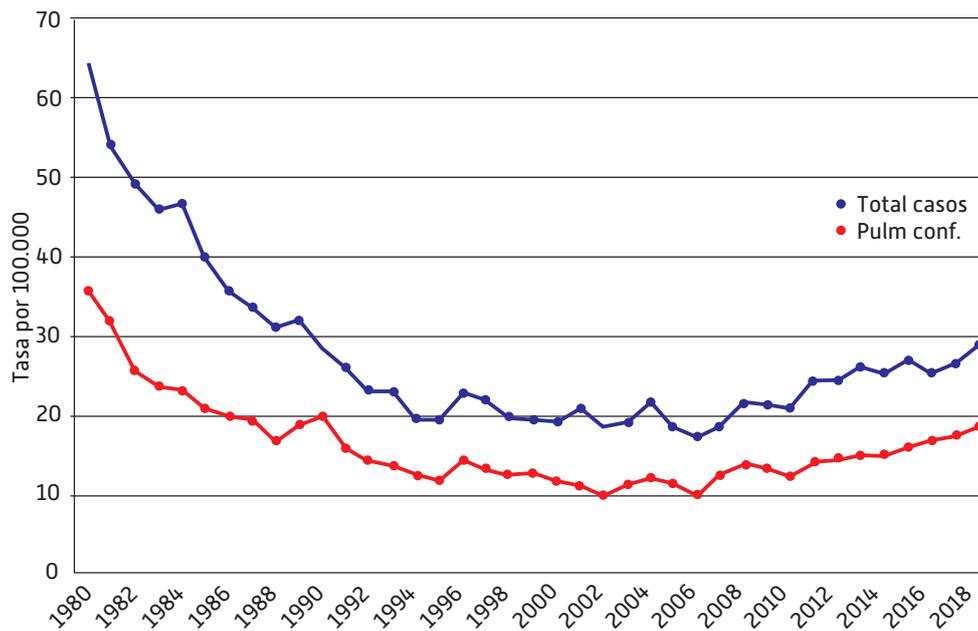
Tuberculosis

La tuberculosis aumentó su incidencia en los últimos diez años, lo que generó que nuestro país actualmente ya no integre el grupo de países de baja incidencia de la Región.

Gráfico 4.29a. Tasa de incidencia de tuberculosis y tuberculosis pulmonar según año.

Uruguay 1980 a 2018.

Fuente: CHLA-EP



Probablemente los factores determinantes de esta tendencia son los cambios sociales vinculados con la adicción a las drogas, el incremento de pacientes inmuno-deprimidos por diversas circunstancias, las condiciones de reclusión en las cárceles, las dificultades de seguimiento y control de los pacientes infectados.

Enfermedades de transmisión sexual

Si bien se observa en el periodo 2010-2014 una disminución global de la sífilis gestacional en todo el país, el comportamiento es distinto en Montevideo que en el interior y en el subsector público que en el privado como se observa en las siguientes gráficas ⁽²⁵⁾

Gráfico 4.30. Evolución de SC en subsector público (total, Montevideo, Interior). 2014-2016.

Fuente: DIGESA. Ministerio de Salud Pública.

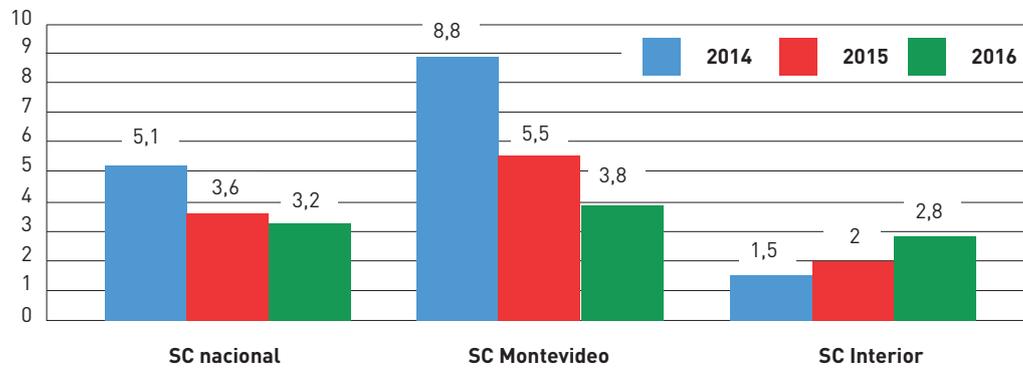


Tabla 4.7. Prevalencia de sífilis gestacional 2014-2016

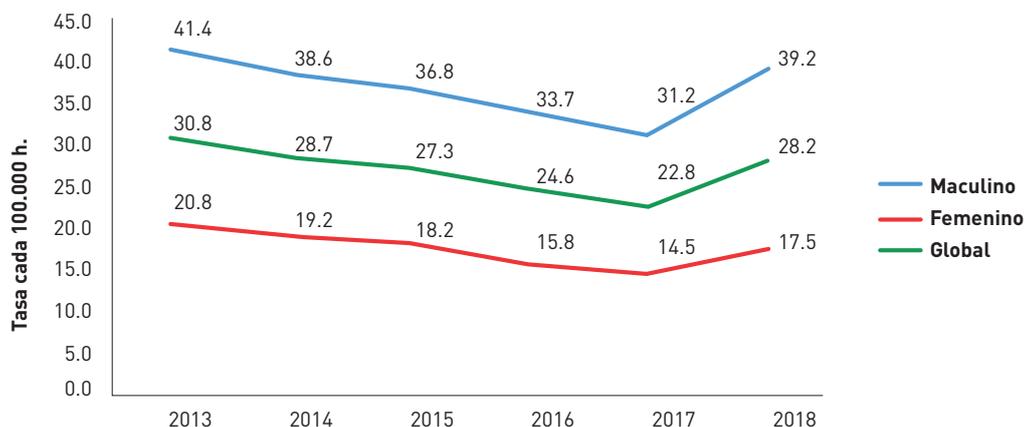
	Público, n (%)	Privado, n (%)	Total
2014	1.5% (296/19333)	0.4% (120/28755)	0.9% (416/48368)
2015	1.6% (320/19517)	0.4% (119/29225)	0.9% (439/58926)
2016	1.4% (265/18783)	0.23% (64/28275)	0.7% (329/47058)

La sociedad conoce ampliamente las características de la transmisión de la infección por VIH y sus consecuencias si no se trata oportunamente, pero no se conoce de igual forma a la sífilis y a la gonorrea. La reaparición de estas es un fenómeno mundial.

Acorde con esta tendencia mundial se espera que la sífilis y la gonorrea tengan un incremento en su incidencia en los próximos años, sobre todo si no se implementan políticas de educación y prevención. La incidencia de VIH se mantuvo en descenso hasta el año 2017 a partir del cual se observó un aumento.

Gráfica 4.31. Tendencia de la incidencia de VIH en el Uruguay

Fuente: MSP



Según afirma el MSP en 2018, pese a que hay medicación disponible, de los 11.500 portadores de VIH, solo cerca de 8.100 se encuentran bajo tratamiento; mil más que en 2017. El comportamiento de distanciamiento de los servicios de salud, se atribuye a que el estigma todavía perdura. El año pasado se diagnosticaron 988 nuevos casos. “El mayor incremento se dio en el grupo etario de 15 a 24 años, en quienes habría bajado la percepción del riesgo.”

Estos datos reafirman la importancia de mantener e incrementar las políticas de salud destinadas al control, educación y prevención, incluyendo las medidas destinadas a despejar los estigmas que las rodean, de estas enfermedades. Los cambios de incidencia futuros, parecen depender fundamentalmente de la eficacia de las acciones socioculturales y educativas, más que de otras.

Enfermedades transmitidas por vectores

La aparición de nuevos y reaparición de viejos vectores, vinculado con cambios ambientales, trajo aparejado la aparición de nuevas enfermedades en el hombre y también en los animales. Nos referimos a la leishmaniasis, con dos casos en humanos en 2019 y varios en caninos, en el Departamento de Salto. No es posible predecir la evolución de la diseminación del flebótomo vector en el territorio nacional. Si bien por ahora está localizado en el litoral norte, los posibles cambios ambientales y climáticos podrían provocar que se extendiera hacia el sur determinando, por la importancia de la población canina de nuestro país, un serio problema sanitario.

Por otra parte, la reaparición del mosquito *Aedes Aegypti* en casi todo el territorio nacional, ocasionó ya un brote de Dengue en plena ciudad de Montevideo. Su existencia determina además el riesgo de la transmisión de Zica y Chicungunya. Es posible prever que si no se elimina el vector, estas enfermedades causarán brotes epidémicos.

La mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles está también vinculada con enfermedades infectocontagiosas como la influenza, cuyo mayor impacto ocurre en pacientes diabéticos, obesos, con patologías respiratorias o cardíacas, u otras enfermedades debilitantes. Por ello la importancia de la vigilancia de las cepas virales circulantes y la inmunización oportuna correspondiente sobre todo a los individuos más vulnerables, reduce a significativamente las tasas de la hospitalización y la mortalidad. Las campañas de vacunación contra la gripe también disminuyen la mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Factores culturales que inciden en las enfermedades transmisibles

Los grupos antivacunas son colectivos muy activos y reivindicativos que por diferentes motivos (sanitarios, religiosos, científicos, políticos, filosóficos, miedo) suponen que las vacunas provocan un perjuicio mayor que su posible beneficio. Sus presupuestos no tienen ningún soporte científico, pero a pesar de ello su discurso provoca una disminución en las tasas de vacunación de la población en la que influyen por diversas vías, fundamentalmente a través de las redes sociales o de internet.

Han existido desde el origen mismo de la vacunación hacia el 1800, pero en las últimas décadas su actividad se ha incrementado en todo el mundo, lo que influyó en la reaparición del sarampión en muchos países en los últimos años.

El principal argumento en juego es la libertad del individuo, la que se proclama como uno de los derechos humanos fundamentales, sin considerar el riesgo que ello significa en este caso

para la salud de la población en su conjunto. Si este fenómeno cultural incrementara su influencia en las próximas décadas, es posible predecir la reaparición de enfermedades prácticamente extinguidas como por ejemplo difteria, tétanos, sarampión, rubéola, poliomielitis.

Impacto del cambio climático

Las alteraciones del clima afectan la salud en varios aspectos como se observa en la tabla que sigue:

Tabla 4.8. Efectos del cambio climático en la salud

Fuente: MSP y OPS ⁽¹⁶⁾.

Efectos en la salud	Efectos relacionados con el clima
<ul style="list-style-type: none"> - Patología cardiovascular - Patología respiratoria - Deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la morbi-mortalidad por causas cardiovasculares y respiratorias, secundarias al estrés térmico (hipotermias, golpes de calor)
<ul style="list-style-type: none"> - Patología respiratoria irritativa - Bronco espasmo - Asma 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución, estacionalidad y producción de contaminantes alérgicos e el aire - Concentración contaminantes atmosféricos
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades infecciosas - Diarreas - Enf. transmitidas por vectores: mosquitos, garrapatas y roedores - Intoxicaciones alimentarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Inundaciones, interrupción del suministro de agua potable y claudicación de los sistemas de saneamiento - Calidad del agua potable - Condiciones propicias para la reproducción de vectores transmisores de enfermedades por las altas temperaturas - marea roja y floraciones algales - Contaminación y alteración nutricional de alimentos
<ul style="list-style-type: none"> - Patología psiquiátrica 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés post traumático por eventos climáticos extremos
<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Inundaciones, tormentas, huracanes, tornados, incendios
<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de piel (melanoma y otros) 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la capa de ozono estratosférico: aumentos de radiación UV-B

En el Uruguay se ha verificado en el último siglo un incremento progresivo de la temperatura que alcanza los 0,8°C.

Junto con el aumento de la temperatura se ha observado también un incremento en el régimen de precipitaciones que pasó de una media anual de 1000mm a comienzos de siglo a 1300 en la última década. Por su localización geográfica, el Uruguay es más vulnerable al cambio climático, que países de otras regiones. Estos cambios se han acelerado en las últimas cuatro décadas, por lo que la tendencia podría ser logarítmica.

Si se verificara en el futuro la progresión del cambio climático caracterizado por aumento de la temperatura y la humedad, eso podría influir en las enfermedades transmitidas por insectos vectores, al incrementar el número y distribución de estos últimos.

En los últimos años se asistió a la diseminación del mosquito *Aedes aegypti* en nuestro territorio así como la aparición del agente vector de la leishmaniasis, en la localización más austral conocida en su distribución mundial.

Según la OMS los mosquitos del género *Aedes*, son muy sensibles a las condiciones climáticas por lo que es probable que los cambios futuros continúen aumentando el riesgo de transmisión del dengue ⁽²⁶⁾.

El incremento del régimen de precipitaciones también podría determinar un mayor riesgo de aquellas enfermedades de transmisión hídrica, entre ellas las provocadas por enterobacterias y leptospiras, afectando sobre todo a la población en malas condiciones de vivienda y saneamiento.

Para el 2050 se prevé que la temperatura aumentará entre 1,0 y 2,5 °C y que las lluvias continuarán con su tendencia creciente, con eventos extremos tanto en frecuencia como en intensidad (lluvias, granizadas y vientos intensos). Afecciones hasta ahora ausentes en el Uruguay, pero endémicas en el resto del continente, podrían entonces arribar al país al encontrar condiciones climáticas favorables. En el 2008 se había previsto el probable ingreso al país de la leishmaniasis y dengue ⁽¹⁶⁾: en 2016 ya hubo un brote de dengue y ahora en el presente año 2019 se diagnosticaron dos casos de leishmaniasis autóctona. Estamos en riesgo de que ingresen también: malaria, esquistosomiasis, filariasis, oncocercosis, fiebre amarilla y encefalitis arbovíticas.

En el Uruguay no se ha demostrado hasta el presente el impacto de las modificaciones de la capa de ozono sobre las enfermedades de la piel, aunque si se ha verificado un incremento considerable en la incidencia del melanoma, que se atribuye más a factores culturales como la "Moda de tomar sol" que al cambio climático.

Salud bucal

La Comisión integrada por MSP, Facultad de Odontología (FO) de la UDELAR y ASSE produjo un documento en julio de 2015 que puede ser tomado como referencia para el abordaje de este campo de la salud: La salud bucal una prioridad para la integralidad del sistema sanitario de calidad período 2015-2020.

Tal como se constata en este análisis Uruguay presenta una situación epidemiológica caracterizada por una gran cantidad de patología acumulada. En los adultos y adultos mayores casi un 60 % perdió 10 o más piezas dentales. Por otra parte, 25 % de los adultos mayores requiere una prótesis completa y 70 % de los adultos precisa algún tipo de prótesis dental. Mas de la mitad de los jóvenes presenta caries.

La modalidad mayoritaria de atención mediante tratamientos privados con pago de bolsillo es

de las más regresivas social y sanitariamente generando desigualdades sustanciales entre los distintos sectores sociales.

A diferencia de lo que se ha sostenido para postergar este aspecto de la salud, la atención odontológica no implica un alto costo si se la compara con otras especialidades médicas y se valora su importancia para la calidad de vida de las personas. Tampoco existen problemas de equipamientos ni de recursos humanos ya que el país tiene un odontólogo cada 700 personas y las recomendaciones internacionales plantean la necesidad de uno cada 800 a 1.000 personas. De acuerdo con el documento conjunto de las tres instituciones ha existido una escasa inversión pública y un débil rol regulador del MSP en materia de salud bucal dentro del SNIS.

La propuesta elaborada para el periodo 2015-2020 por el MSP, la FO y ASSE incluye medidas como: a) Garantizar el acceso universal a pasta y cepillo de dientes a toda la población como acción preventiva y de promoción. b) Incluir nuevas prestaciones de salud bucal en el PIAS y revisión de todo el cap. 5 referido a salud bucal por parte de un comité integrado por MSP y FO) Incorporación gradual a la asistencia de subgrupos de población priorizando: embarazadas y niños de 0 a 36 meses, niños y adolescentes de 3 a 19 años, adultos en situación de vulnerabilidad.

Entre los objetivos específicos referidos en el mencionado documento está contribuir al cambio cultural para que ciudadanos e instituciones consideren la salud bucal como un derecho humano y una responsabilidad del SNIS. Se trata de mejorar la calidad de vida a través de una salud bucal adecuada que facilite la inserción social y mejore la autoestima de la población usuaria.

La integralidad en la atención a la salud ha sido un principio fundamental del SNIS. En tal sentido parece claro que las prestaciones en salud bucal deben ser incluidas en el PIAS de la misma forma que toda otra especialidad médica.

Problemas éticos hacia el 2050

En el comienzo del siglo XXI aparecen problemas éticos que se proyectarán en las próximas décadas. El abrumador desarrollo de la tecnología médica y los cambios socioculturales han generado problemas éticos desconocidos hasta el presente lo que ha llevado a un desconcierto moral que se profundizará en las próximas décadas.

Hay tensiones éticas en varias áreas: por ejemplo tal vez el más importante es la persistencia de una distribución injusta de los recursos en salud, pero también se deben considerar el acceso a la medicina transfronteriza, en las nuevas formas de la paternidad y la maternidad, en el acceso a las técnicas estéticas, pero también hay las indefiniciones éticas en el entorno al origen y la muerte del ser humano, y los estados crepusculares de la vida.

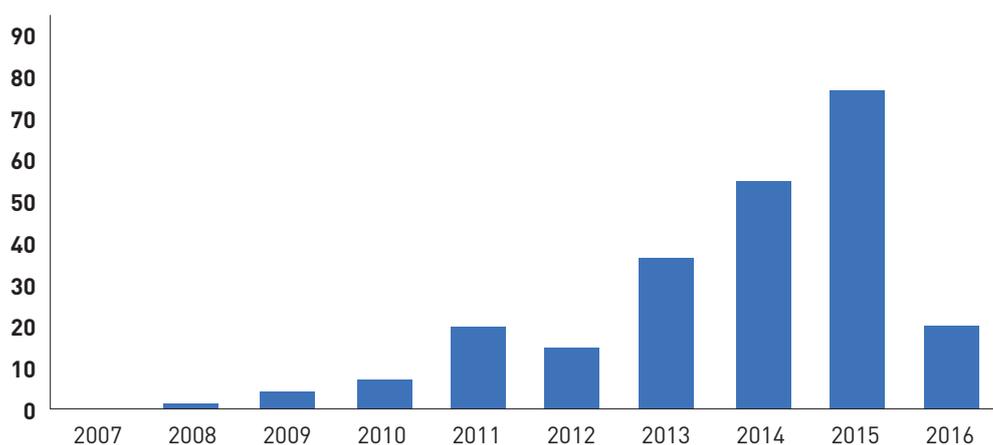
El incremento del gasto previsto en salud hacia el 2050 se proyectará en una discusión política centrada en el tipo de organización que permita alcanzar la mejor distribución más justa de los recursos en un entorno tecnológico cada vez más costoso, considerando en la ecuación

cantidad y calidad de vida, sabiendo de antemano que la equidad total es inalcanzable. Probablemente la misma esté centrada en la necesidad de implementación de un sistema de atención primaria que permita un acceso más fácil y próximo, longitudinal, coordinado, seguro, eficaz y efectivo, menos fragmentado y que evite la deshumanización de la práctica médica, orientada en el sentido del respeto de la dignidad de las personas que requieren asistencia. Los avances tecnológicos relacionados con la salud están por lo general directamente vinculados con los intereses de las empresas y en menor medida por las necesidades de la población, profundizando con frecuencia injusticias distributivas. La innovación tecnológica está destinada por lo general a enfermedades crónicas, como el cáncer, o a enfermedades raras, y los nuevos productos surgen protegidos por patentes que permiten la comercialización en régimen de monopolio con los consiguientes precios desmedidos y la imposibilidad de acceso universal, generando el concepto relativamente reciente de enfermedades catastróficas (aquellas que llevan a la familia al endeudamiento y a la quiebra por el alto precio de algún medicamento para tratar la enfermedad por lo general grave, de alguno de sus integrantes).

La Constitución de la República protege a todos los individuos que no tienen posibilidad de acceder a los medicamentos de alto precio, por lo cual muchos de los pacientes que requieren tales medicaciones a las que no pueden acceder a través del sistema de salud, las obtienen mediante recursos de amparo ante la Justicia (en la última década se multiplicaron por 40; más de 200 en 2018). En la gráfica siguiente se observa la evolución progresiva del número de recursos de amparo en el período 2007 – 2016 ⁽²⁷⁾.

Gráfica 4.32. Cantidad de amparos por medicamentos de alto costo tramitados en segunda instancia en el período 2007 - 2016.

Fuente: Bardazano et al a partir de datos de la Base de Jurisprudencia Nacional (BJN) del Poder Judicial.



El dilema ético que enfrenta la salud pública está centrado entre los límites tolerables de los precios con relación a la cantidad y calidad de vida y el resto de las necesidades económicas del sistema; entre los principios de beneficencia y de justicia en la medida que los recursos

destinados al conjunto del todo sistema sanitario son finitos. En última instancia, el problema ético radica en la confrontación entre el derecho comercial de las empresas (en particular de la industria farmacéutica y tecnología médica) y el derecho a la salud de los individuos. En esta discusión subyace el tema del derecho a la comercialización bajo el régimen de monopolio amparado por las patentes que deben ser respetadas por acuerdos internacionales. Por otra parte, la influencia directa de la industria a través de múltiples técnicas marketing sobre los profesionales induce con frecuencia a un consumo innecesario o inadecuado de tratamientos diversos. Desde el punto de vista ético en los próximos años se asistirá a una discusión sobre la declaración obligatoria de conflictos de interés de los profesionales y en particular a la obligatoriedad de transparencia en torno a las inversiones de la industria realizada en técnicas de marketing incluyendo beneficios directos o indirectos a los profesionales.

Un problema ético también relacionado con la justa distribución de los recursos, aunque por lo general no muy conocida ni priorizada por la opinión pública, se vincula con la orientación de la investigación científica y las inversiones que se debería realizar en esta en el área de la salud. ¿Qué y cómo priorizar? ¿Cuál debe ser el papel del estado con relación a la investigación científica? Por otra parte, también será objeto de discusión la posibilidad de utilizar los registros de la historia clínica informatizada del Uruguay para estudios de investigación, dado que podría ser una fuente de datos fundamentales para conocer la realidad sanitaria del país y el resultado de las acciones sanitarias implementadas por el Estado u otros agentes del sistema.

La Ley 18.473 destinada a la voluntad anticipada, y su reglamentación, probablemente serán revisadas, dado que hasta el momento actual han resuelto parcialmente el problema del encarnizamiento terapéutico hacia el final de la vida. También es probable que se asista a una discusión sobre la eutanasia y se establezcan nuevas definiciones sobre los estados crepusculares de la vida y de calidad de vida, confrontando los distintos principios bioéticos.

En el área de reproducción de la población (no necesariamente infértil) las nuevas técnicas permiten: fecundación in vitro, donación de gametos y embriones, congelación de ovocitos, donación mitocondrial (hijo de tres padres), trasplante de útero, útero artificial, gametos artificiales, reproducción post mortem, subrogación, diagnóstico genético y elección de características fenotípicas.

En el Uruguay gracias a algunas de estas nuevas técnicas y al financiamiento proporcionado por el FNR a partir del año 2016, parejas infértiles puedan recibir tratamientos de asistencia a la reproducción de alta complejidad dentro de determinada normativa. Desde entonces hasta el presente se han financiado 907 tratamientos en 2016, 682 en 2017 y 589 en 2018.

Estos avances inciden modificando los antiguos conceptos de paternidad y maternidad. Por ejemplo, es posible distinguir diversos tipos de maternidad: biológica, social, psicológica, legal, cultural, y concebir por primera vez en la historia hijos biológicos de múltiples progenitores.

Según las normativas que surjan en el futuro, se podrá elegir el sexo y los perfiles fenotípicos del hijo deseado.

El problema ético surge ante la necesidad de preservar la dignidad humana del producto de

la procreación y de las personas que son necesarias (“utilizadas”) para ello, en medio de una revolución de preceptos culturales. Hay modas de formas de procrear e incluso a través del comercio internacional.

En otro orden del análisis ético contemporáneo, que se proyectará con más énfasis hacia el futuro, se encuentra la pertinencia de las novedosas técnicas de marketing y los medios de comunicación masiva, que inciden en la inducción de factores de riesgo de enfermedad (alcohol, alimentos ricos en grasas o azúcares refinados, conductas de riesgo y violencia) vinculados con la construcción de los baluartes narcisistas según patrones foráneos. La manipulación de los deseos y aspiraciones de las personas se vincula directamente con la actual epidemia de obesidad, hipertensión y diabetes, pero también de violencia y es previsible que en un futuro cercano se intervenga con legislación para orientar el marketing en el sentido de la evitación de los factores de riesgo y fomentar conductas saludables, pacíficas y seguras.

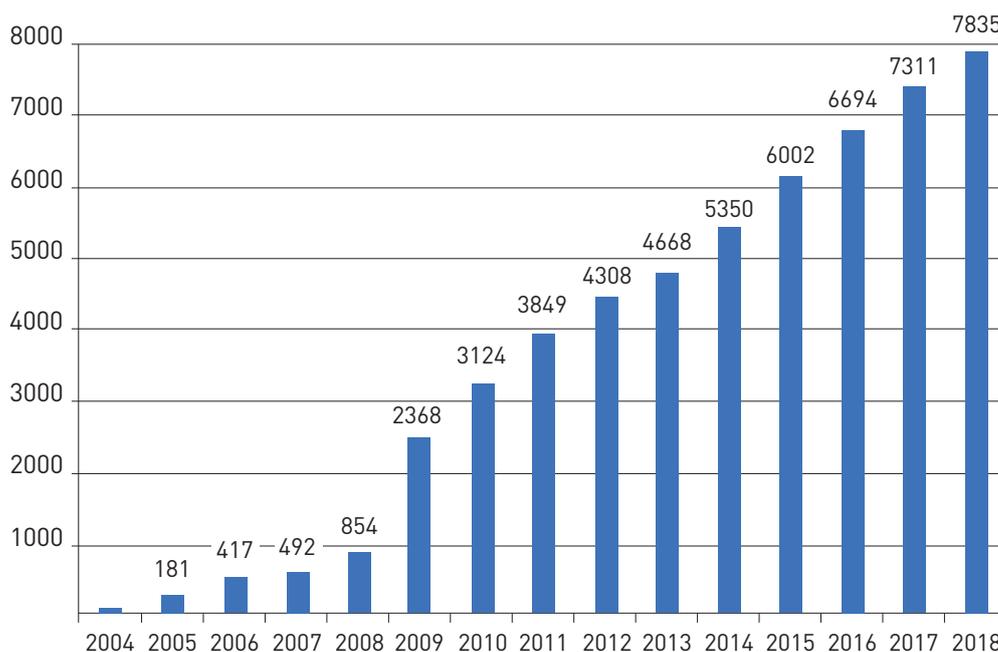
La resolución de estos problemas éticos se proyectará en última instancia en normas legales. Es esperable que en un futuro cercano se progrese en la legislación ya existente, en relación a estas cuestiones.

Medicamentos de alto precio

La cantidad de beneficiarios de medicaciones de alto precio financiados por el FNR aumentó de 181 en 2005 a 7.835 en 2018 como se observa en la siguiente imagen.

Gráfico 4.33. Evolución del número de pacientes en tratamiento con medicamentos bajo cobertura del FNR 2005 - 2018.

Fuente: FNR



En 2018 el 9,3 % del PBI del Uruguay está destinado a la salud, y dentro de este monto el 0,08 %, más de 47 millones de dólares, corresponde a medicaciones de alto precio. El progresivo aumento del gasto vinculado a los medicamentos de alto precio se vincula por un lado con el crecimiento del número de pacientes que los recibe pero también con el incremento del número de productos y nuevas indicaciones de los mismos. Para el futuro estos gastos se incrementarán además por el incremento en la incidencia de las enfermedades provocadas por el cambio demográfico previsto.

Entre 2010 y 2014 se incrementó fundamentalmente el número de pacientes tratados con medicamentos de alto precio por cáncer de mama, cáncer de colon, con tendencia a la estabilización mientras que aquellos destinados a los pacientes con diabetes, artritis reumatoide y a quienes requieren inmunosupresión, la tendencia mostró un ascenso sostenido.

En la gráfica siguiente se ve la evolución del costo de las medicaciones de alto precio (en pesos precio 2015) y su tendencia desde el año 2006 hasta el año ⁽²⁷⁾

Gráfico 4.34. Evolución del costo de las medicaciones de alto precio

Fuente: Idem

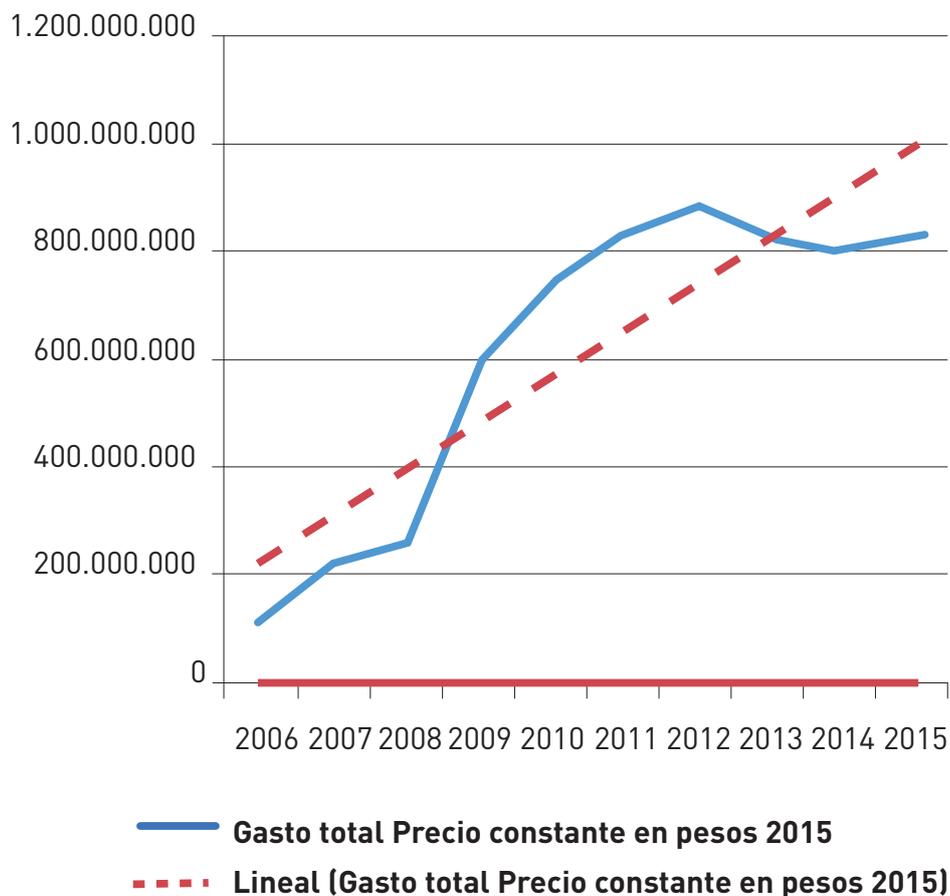
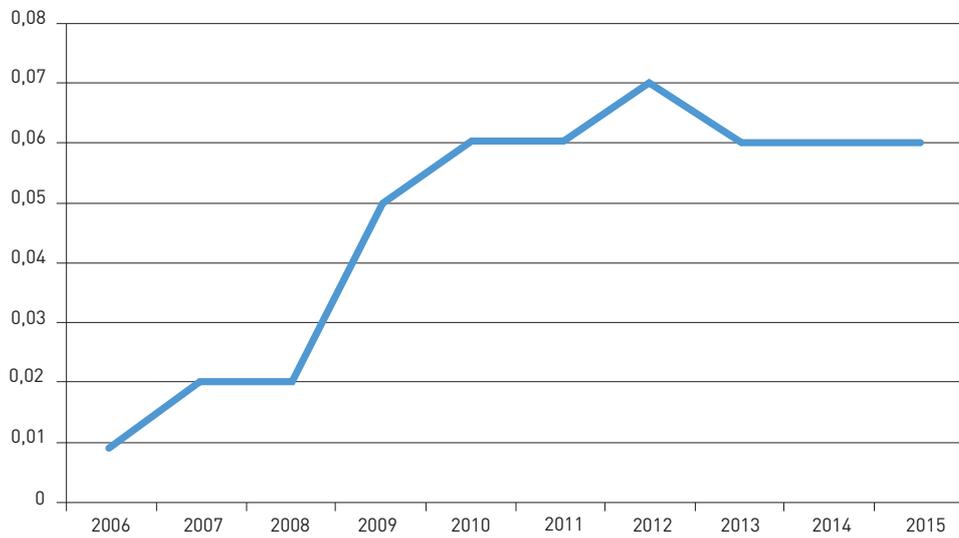


Gráfico 4.35. Evolución del costo de las medicaciones de alto precio en % del PBI

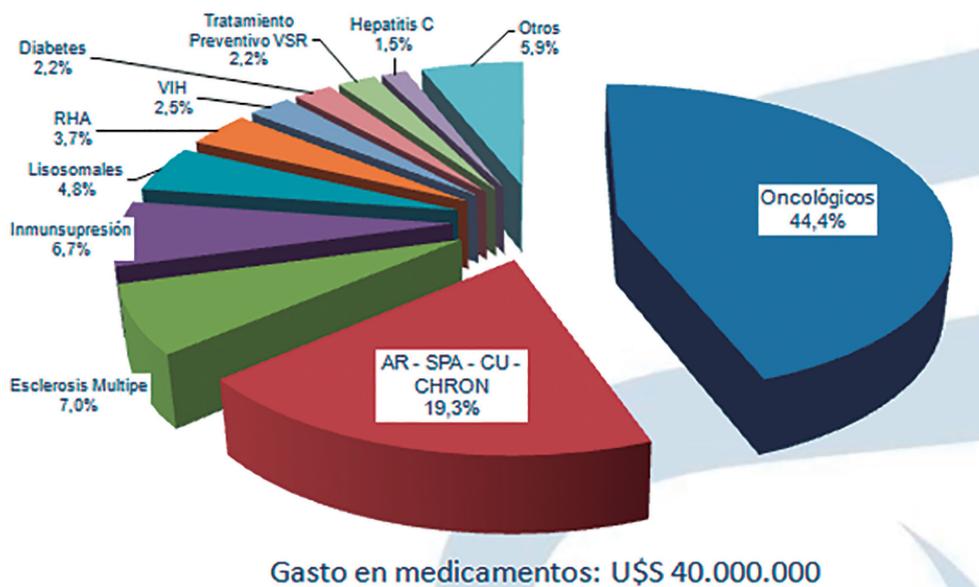
Fuente: Idem



Datos más recientes muestran que la tendencia en el incremento del gasto en medicaciones de alto precio continúa en aumento. Este gasto se distribuye por patologías de la siguiente manera:

Gráfico 4.36. Porcentaje del gasto por tipo de tratamiento con medicamentos. Año 2018.

Fuente: FNR



Casi la mitad de los medicamentos de alto precio están destinados a la patología oncológica, mientras que casi una quinta parte, a enfermedades crónicas autoinmunes.

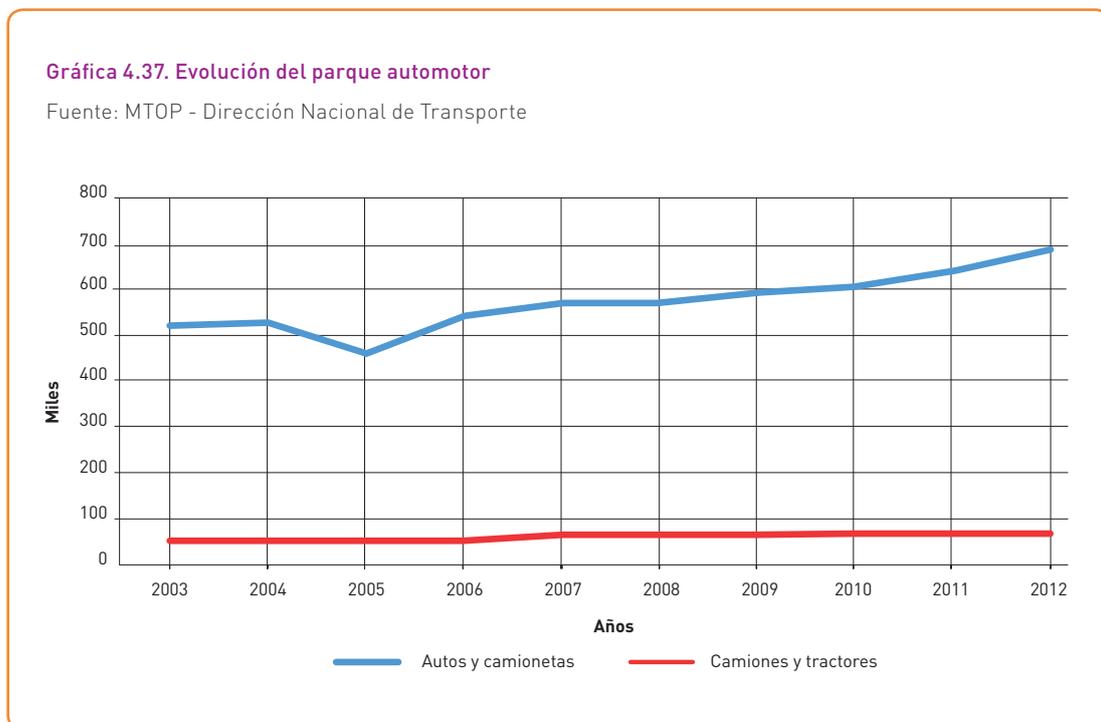
Es muy difícil proyectar el gasto de medicaciones de alto precio hacia las futuras décadas por el desarrollo vertiginoso de nuevos productos y nuevas indicaciones, así como por la velocidad con la que cambia su precio: alto en el momento de salida al mercado y luego disminución progresiva del mismo dependiendo de la aparición de fármacos semejantes o de otras variables muy difíciles de estimar. Sin embargo, todo indica que el gasto en salud destinado a medicamentos de alto precio continuará aumentando independiente del cambio demográfico y del incremento de las enfermedades a las cuales están destinados.

Lesiones por causas externas

Siniestralidad

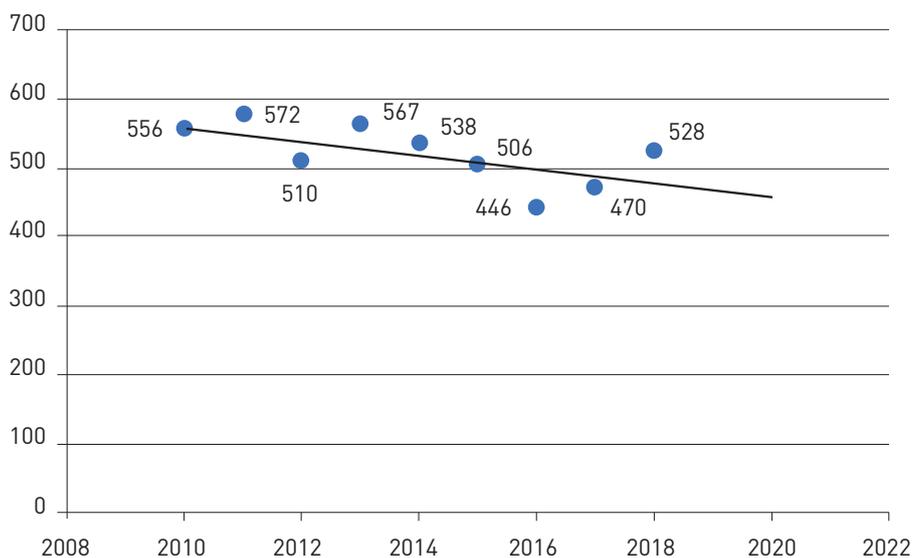
Según proyecciones de la OMS para el 2020, las lesiones provocadas por siniestros de tránsito podrían convertirse en la tercera causa de muerte y discapacidad en el mundo, con importancia semejante a la malaria, la tuberculosis o la infección por el VIH ^[28].

La evolución del parque automotriz en Uruguay muestra una tendencia creciente como se observa en la gráfica que sigue lo que no se traduce en un incremento de lesiones por siniestros de tránsito:



Gráfica 4.38. Fallecidos por año por siniestros de tránsito

Fuente: Elaboración en base a informe UNASEV 2018 ⁽²⁹⁾

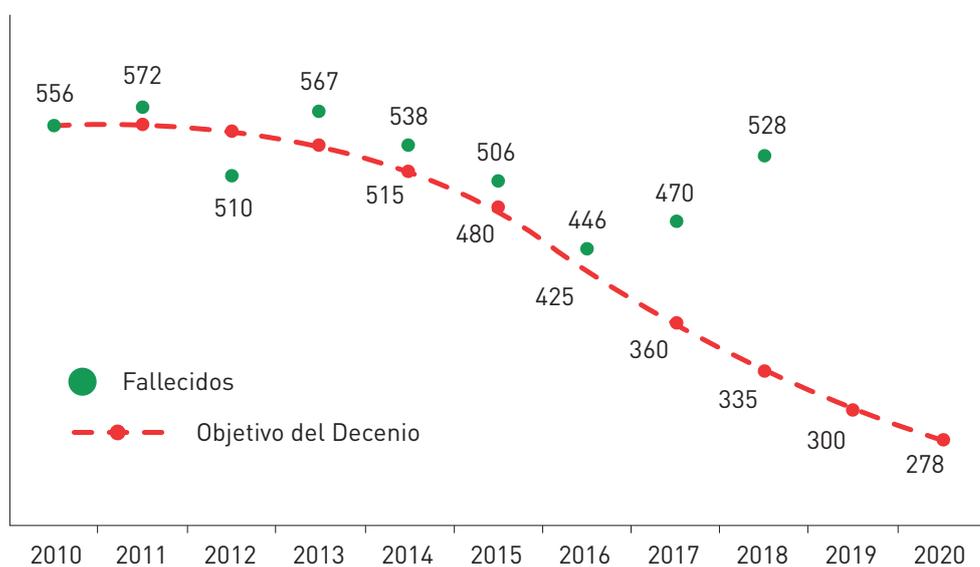


Según la tendencia lineal estimada se verificaría un descenso porcentual próximo al 20 % en la última década. Los datos de los últimos dos años no se adaptan a esa tendencia, porque se observa un incremento marcado; comparando solo 2017 con 2018 existe un incremento del 12 % de los fallecidos.

No obstante, los números distan muchos de aquellos que se habían tomado por la OMS como objetivo para el último quinquenio, como se observa en la gráfica siguiente:

Gráfico 4.39. Comparación entre fallecidos y objetivos del decenio de acción para la seguridad vial

Fuente: Elaboración en base a informe UNASEV 2018 ⁽²⁹⁾



La mayoría de los fallecidos circulaba en moto 45 %, el 29 % en auto o camioneta, y 17 % son peatones, 7 % en bicicleta. De total de fallecidos 75 % son hombres y 25 % mujeres.

Casi 30 % de los fallecidos tienen edades comprendidas entre 15 y 30 años. Esto supone que fallecen en el Uruguay por año en esas edades, un número aproximado de 150 jóvenes por siniestros de tránsito mientras que mueren por causa de todos los cánceres menos de 100 individuos. Los siniestros de tránsito constituyen la principal causa de muerte en los jóvenes del Uruguay.

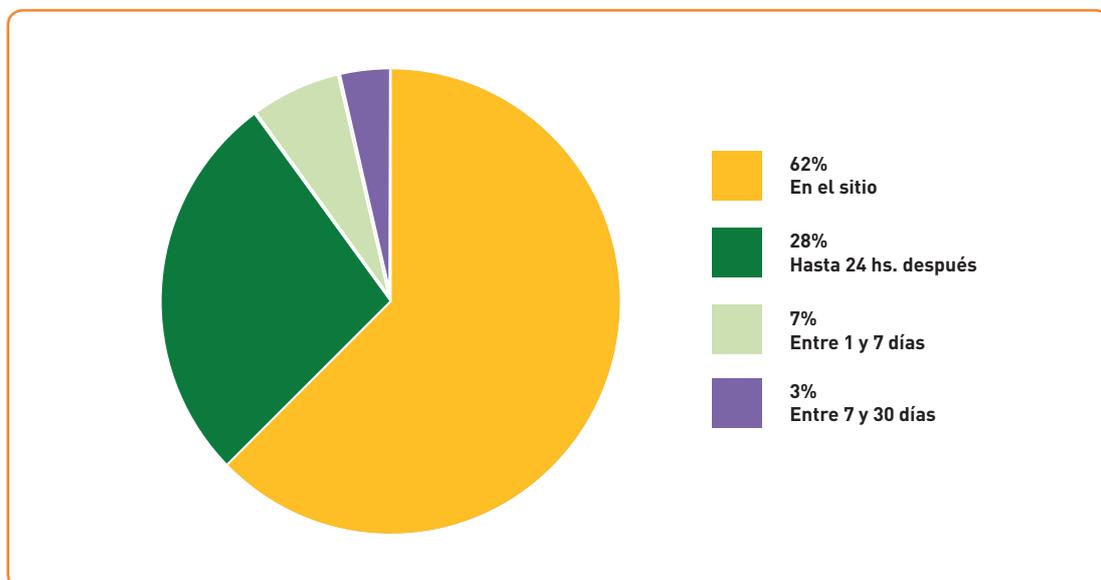
Los mayores de 65 años, son particularmente vulnerables como peatones.

El número de lesionados por siniestros de tránsito también muestra una tendencia descendente de aproximadamente el 10% en los últimos 8 años.

No existe un análisis del número de individuos con secuelas graves provocadas por estos siniestros, no obstante ello, en el Uruguay el 13 % de las personas con discapacidad se deben a esta causa según datos de la OPS ⁽²⁸⁾.

El país no cuenta hasta el momento con un sistema de emergencia coordinado distribuido geográficamente en el territorio nacional como para cumplir con la asistencia adecuada en la "Hora de oro". Más del 50 % de los que fallecen lo hacen en el lugar del accidente; se estima por UNASEV que con una atención y traslado adecuado entre un 20 % y un 40 % de estos podrían salvarse, ya que muchos de ellos mueren por exanguinación o insuficiencia respiratoria. Se considera que aproximadamente el 10 % de los lesionados son graves, requiriendo internación en Cuidados Intensivos, por tiempos que oscilan entre 10 y 14 días, con una mortalidad del 35 %.

Según UNASEV los porcentajes de los accidentados que fallecen según el tiempo desde el accidente se observa en la siguiente gráfica:



La reorganización de la atención de emergencia con una distribución geográfica adecuada, medios de transporte más eficaces para atender a los accidentados en las rutas nacionales o lugares de difícil acceso, y la creación de centros de trauma, podrían lograr la recuperación de un número importante de accidentados que de otra manera morirían y podría disminuir las secuelas de los mismos. Una estimación en base a estos número permite afirmar que en el Uruguay se podría lograr disminuir la mortalidad por siniestros de tránsito en cerca de un 25 %, lo que significa un número de aproximadamente 100 individuos al año.

Politraumatizados por accidente laboral

Se define politraumatizado laboral (PTL), al individuo que durante el desempeño de sus tareas laborales presenta lesiones traumáticas que comprometen al menos dos topografías y/o afectación de algún sistema fisiológico con riesgo vital inmediato y que requiere internación. Entre enero de 2010 y junio de 2011 se analizaron 200 pacientes politraumatizados laborales, extraídos de un total de 25640 consultas realizadas en el Banco de Seguros del Estado ⁽³⁰⁾.

La edad media fue de 37 años (DS ± 12 años) con predominio netamente del sexo masculino y la procedencia del interior.

Las lesiones fueron provocadas en orden de frecuencia por siniestros con vehículo, precipitación, aplastamiento u otros.

Tipo de trauma	FA	%
Colisión vehicular	75	37
Precipitación	64	32,5
Aplastamiento	49	24,5
Otros	12	6
Totales	200	100

Los accidentados en el tránsito se producen en motocicletas (41 % lo que se vincula con tareas de reparto); en automóviles en ciudad (36 % taximetristas), en camiones 23 % en carreteras). Los precipitados son en su mayoría trabajadores de la construcción (50 %), del tras.

Las precipitaciones fueron en su mayoría (50 %) de trabajadores de la construcción, seguidos por obreros del transporte de carga al caer del vehículo, peones rurales al caer del equino, El resto es una miscelánea:

Los lesionados por aplastamiento (24,5 %) están vinculados con la industria forestal, la estiba y movilización de mercaderías.

Una de las variables a considerar en relación al pronóstico de estos siniestros, es el tiempo

de traslado prehospitalario hasta el centro asistencial: la media fue de 2 horas SE +/- 1 hora 30, que se considera fuera de lo conveniente, a pesar de que el traslado se realizar en 96 % en Unidades especializadas, ya que no se cumple con la "Hora de oro".

La media del tiempo asistencial fue de 120 días correspondientes a hospitalización y rehabilitación en policlínica. El 18,5 % de la serie (37 pacientes) requirió asistencia en cuidados intensivos (CTI), con estadía mediana de 10 días (de 4 y 21 días).

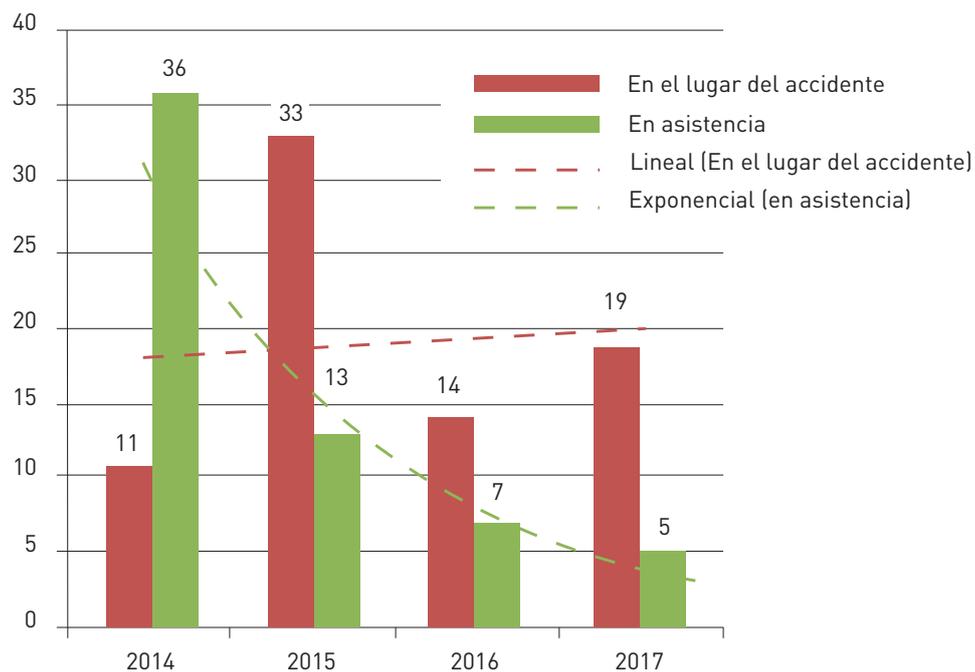
En el trabajo referido no hay datos de mortalidad.

La tendencia entre 2014 y 2018 muestra una disminución del 30 % de los siniestros laborales (según información disponible en Presidencia de la República pasaron de 41.269 en 2014 a 29.518 en 2018).

En el gráfico siguiente según datos del BSE, se observan las tendencias de la mortalidad anual en frecuencia absoluta según el fallecimiento se produzca en el lugar del siniestro o en el lugar de asistencia posterior, entre 2014 y 2017 ⁽³¹⁾.

Gráfico 4.40. Tendencia de mortalidad por siniestralidad laboral según lugar de ocurrencia - 2014-2017

Fuente: Elaboración en base a informe UNASEV 2018



Si bien los fallecidos por siniestros de trabajo en el lugar del accidente, muestra una tendencia estable, según los datos disponibles disminuyó francamente la mortalidad en el lugar de asistencia, cuyas causas desconocemos

A igual que para el caso de los siniestros de tránsito, es probable que la mejora de la atención prehospitalaria del trabajador, la disminución del tiempo de traslado, la existencia de centros hospitalarios especializados en el paciente politraumatizado grave, con una distribución geográfica adecuada, puedan disminuir la mortalidad por siniestros de trabajo.

Una política de salud para la atención de emergencia requiere considerar una red, basado en la integración, coordinación y complementación, de los distintos agentes asistenciales y los distintos medios de traslado, así como una distribución geográfica adecuadas de centros especializados de referencia, para minimizar los tiempos y lograr la mayor eficacia.

Las discapacidades declaradas como principales corresponden a dificultades en la marcha (31 %), trastornos visuales o ceguera (25 %) y sordera parcial o total (13 %). En el siguiente gráfico se observan los principales tipos de discapacidad en porcentaje discriminados por sexo:

Discapacidad

Si se toma en cuenta las personas que tienen al menos una limitación en el Censo del 2011 y la población del país en ese momento, la prevalencia es de 17,66% lo que equivale a 514.286 personas.

En la tabla que sigue se observa las limitaciones principales de la población y su prevalencia según Censo de 2011 ⁽³²⁾.

Tabla 4.9. Personas con limitaciones por tipo de limitación según nivel. Uruguay: 2011

Nivel	Limitaciones (%)				Al menos una limitación
	Oír	Ver	Caminar	Entender	
No tiene dificultad	96,25	90,16	93,36	97,15	82,34
Leve	2,94	7,91	4,37	1,86	12,46
Moderada	0,71	1,80	1,84	0,79	4,40
Severa	0,10	0,13	0,43	0,20	0,79
Total	100	100	100	100	100

En la tabla siguiente se observa la prevalencia de las limitaciones funcionales, con especificación de la prevalencia de aquellas severas.

Tabla 4.9a. Prevalencia de limitaciones y limitaciones severas según edad y sexo. Uruguay: 2011

Fuente: Nuñez [32]

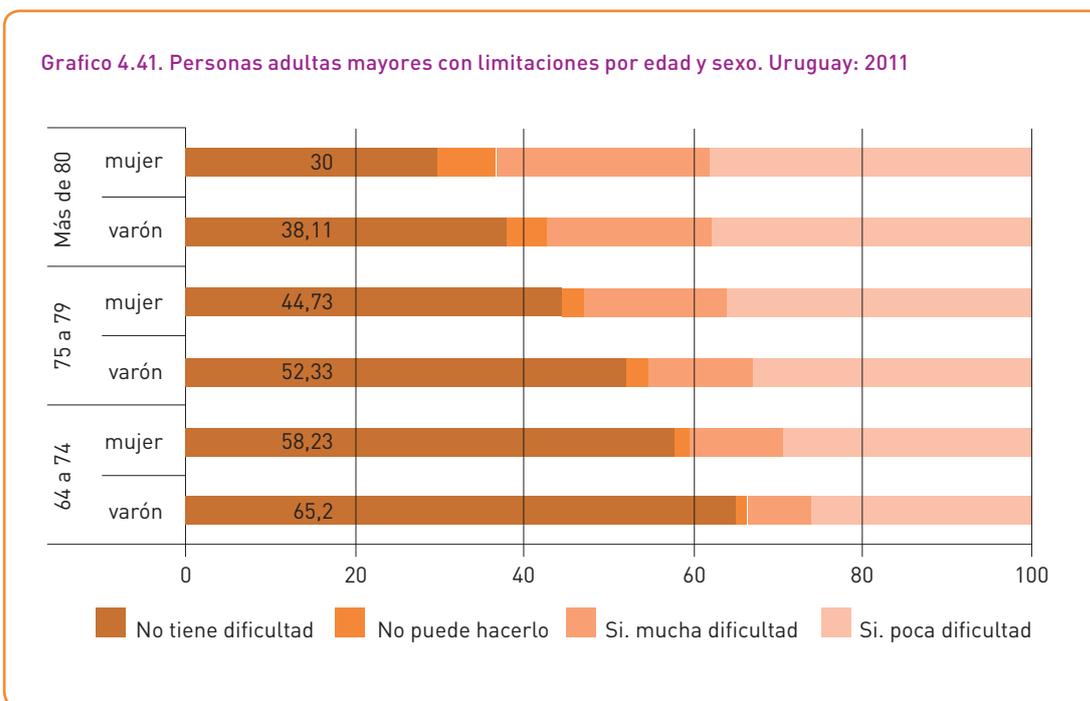
Edad	Sexo	Prevalencia de limitaciones	Limitaciones severas
Menores de 14	Varón	8.20	0.36
	Mujer	7.01	0.28
	Total	7.62	0.32
14-29	Varón	6.38	0.43
	Mujer	6.68	0.29
	Total	6.53	0.36
30-45	Varón	8.00	0.45
	Mujer	10.29	0.34
	Total	9.18	0.39
46-64	Varón	20.64	0.61
	Mujer	26.88	0.62
	Total	23.93	0.62
65 y más	Varón	43.28	2.28
	Mujer	52.79	3.16
	Total	48.98	2.81

Los porcentajes relativos de las limitaciones funcionales se observan en la tabla que sigue según Censo de 2011 [33]

Tabla 4.10. Personas adultas mayores con limitaciones por tipo de limitación y nivel. Uruguay: 2011

Nivel	Limitaciones (%)				
	Ver	Oír	Caminar	Entender	Al menos una limitación
No tiene dificultad	72.14	83.34	71.44	94.37	51.02
Sí, alguna dificultad	21.10	12.88	18.34	4.01	31.79
Sí, mucha dificultad	6.20	3.50	8.28	1.22	14.39
Sí, no puede hacerlo	0.56	0.28	1.95	0.40	2.81
Total	100	100	100	100	100

En la gráfica que sigue se observa el porcentaje de personas mayores de 65 años, que presentan una o más limitaciones, según sexo y grupo etario (33)



Dado la previsión del envejecimiento de la población hacia el 2050 es esperable que se incremente considerablemente la prevalencia de las discapacidades y su importancia como problema de salud pública, sobre todo en las limitaciones funcionales de la marcha y de la visión. Gran parte de las mismas son evitables en la medida de la corrección de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

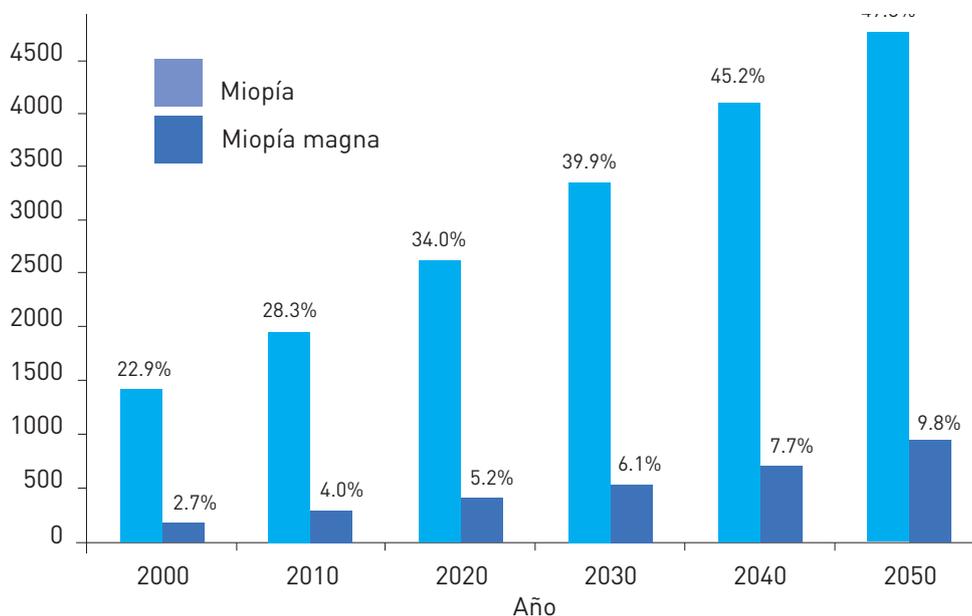
Disfunción visual: miopía

En relación a la discapacidad visual por miopía, si bien no se dispone de datos epidemiológicos en el Uruguay, la extrapolación de datos de otros países hacen suponer que su incidencia va en aumento, y que el incremento se vincula con la escolarización y la exposición a las pantallas digitales. Por ejemplo en EEUU y en Europa la prevalencia de la miopía se ha duplicado en los últimos 100 años y afecta a cerca del 50% de los menores de 35 años; en China y Corea afecta a cerca del 80 % de los adolescentes de las ciudades (4 veces más que a principio del siglo XX). Su incidencia es menor en áreas rurales. Más allá de la influencia de los factores genéticos, existen factores ambientales y vinculados con el estilo de vida: predominio de la visión cercana en ambientes cerrados y vinculado con lecturas y trabajos en pantallas.

En el siguiente gráfico se observa el incremento de la prevalencia de la miopía previsto para la población mundial por algunos autores hacia el 2050.

Tabla 4.42. Tendencia de la prevalencia global de miopía al 2050.

Fuente: Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. Holden BA et al, Ophthalmology. 2016 May;123(5):1036-42.

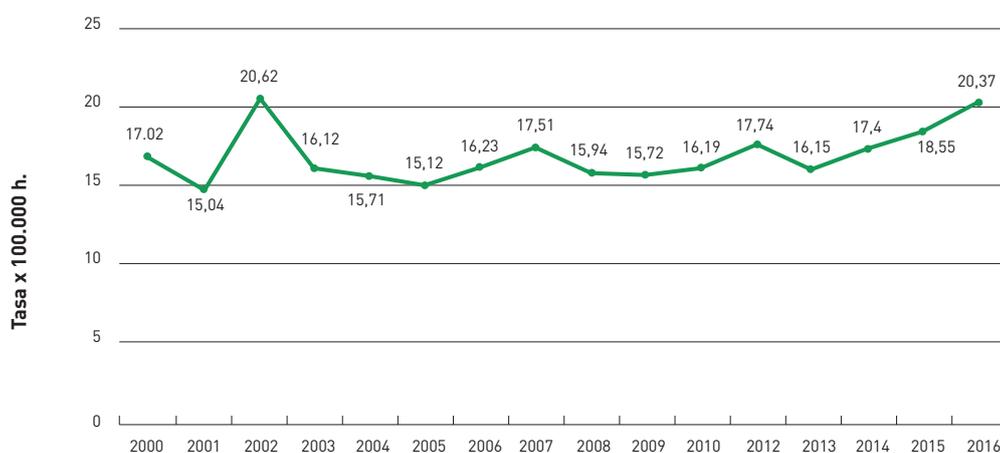


Suicidios

El número de casos por suicidio en el Uruguay se mantuvo con relativa estabilidad durante el siglo XX hasta la década del 80, con una tasa en torno a los 8-12 casos cada 100.000 hab. por año, con neto predominio masculino (relación hombre/mujer próxima a 5/ 1). A partir de la década del 80 la mortalidad por suicidio aumenta ubicándose entre 15 y 20 por 100.000 hab. año.

Gráfica 4.43. Tasa de mortalidad por suicidio en Uruguay, 2000 - 2016

Fuente: : Estadísticas vitales. MSP

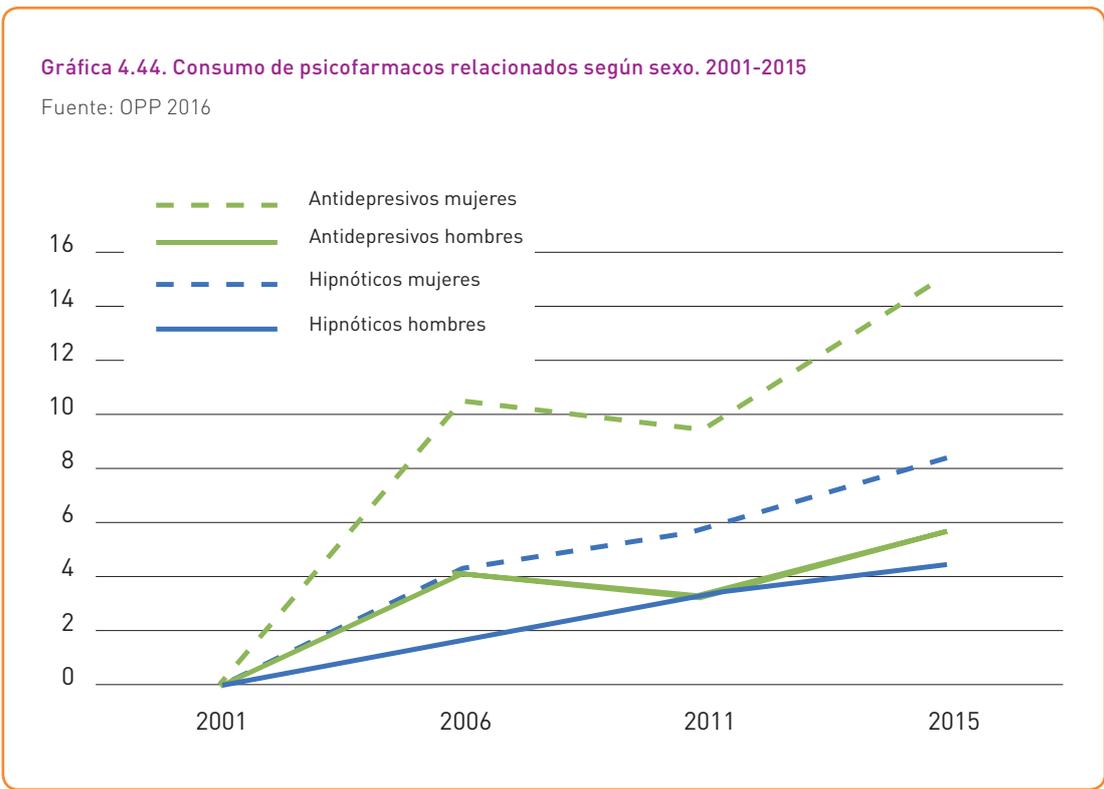


Las tendencias de la distribución del suicidio según grupo etáreo y sexo muestran que el suicidio se incrementó fundamentalmente en el hombre en los mayores de 70 años y entre los 20 y 29 años, y en el grupo de las mujeres mayor de 40 años:

El suicidio es responsable de la muerte del 1,5 % de los hombres y del 0,5 % de las mujeres, pero cuando se analiza la población entre los 25 y los 35 años, el suicidio es responsable de casi el 15 % de las muertes. Dentro de los factores subyacentes en el suicidio se encuentran los siguientes factores: depresión (64 %), alcoholismo (15 %), esquizofrenia (3 %), ansiedad (3 %)⁽³⁵⁾.

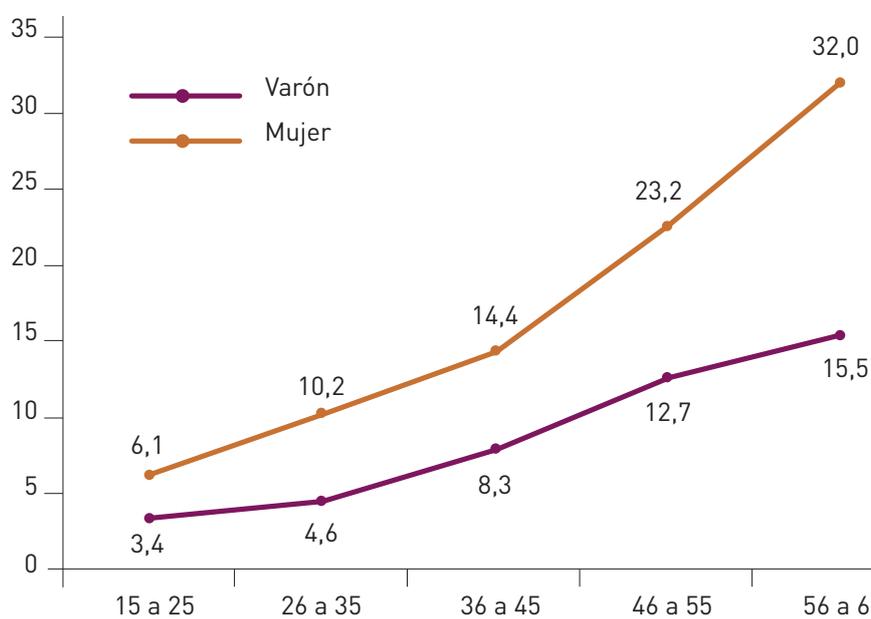
Uso de Psicofármacos

Si bien es difícil obtener datos sobre la prevalencia de la depresión y la ansiedad en el Uruguay, hay datos sobre las tendencias en aumento del uso de psicofármacos como se muestra en la gráfica ⁽³⁶⁾ según encuestas realizadas en 2001, 2006, 2011 y 2015, a partir de valor inicial tomado. Tendencias similares se observan en otros países de la región.



El 12,1 % de la población total usó psicofármacos en el año 2014. El 81,4 % a través de receta médica, 18,5 % sin receta. El consumo de psicofármacos en Uruguay se incrementa con la edad. En particular en la gráfica que sigue se observa el incremento en el consumo de tranquilizantes (ansiolíticos e hipnóticos) como surge de encuesta realizada en 2014:

Gráfica 4.45. Consumo de tranquilizantes según edad y sexo. Uruguay 2014

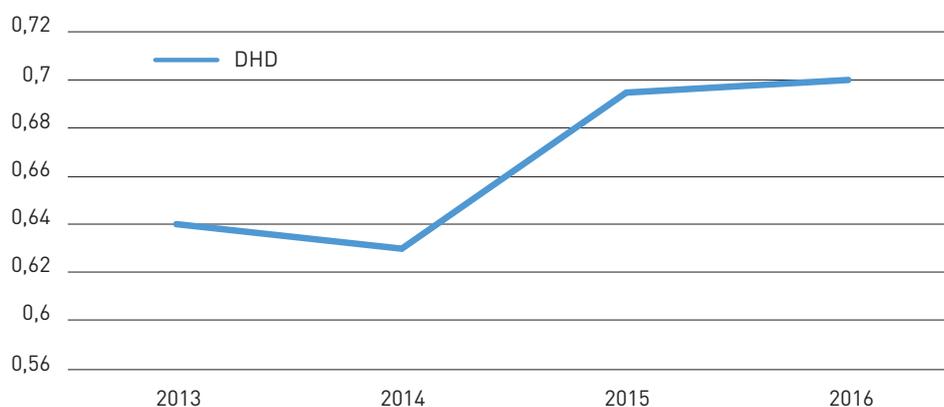


desconoce el grado de adicción de la población a los psicofármacos. El Uruguay se destaca en el concierto internacional por el alto consumo de psicofármacos lo que probablemente constituye más un problema que una solución para la población tratada.

En particular un problema de salud pública es la medicalización de la infancia y la adolescencia con psicofármacos y en especial con metilfenidato. El 75% de las recetas de metilfenidato están destinadas a niños/as. En la gráfica que sigue se observa la tendencia creciente en el uso de esta medicación en el Uruguay hasta 2016.

Gráfico 4.46. Evolución de las dosis diarias de metilfenidato cada 100.000 hab. (DHD)

Fuente: MSP



Se desconoce por el momento el impacto que pueda provocar el uso de estas sustancias en la infancia en el desarrollo psico intelectual del individuo. No es posible predecir cuál será la evolución del consumo de metilfenidato en los próximos años.

5 | Escenario de financiamiento de la salud hacia 2050

En el año 2018 el gasto público en salud para la cobertura del PIAS, se compone de dos grandes categorías. Por un lado, los pagos de cápitas que realiza el SNS a los prestadores privados y públicos y por otro el financiamiento adicional que, vía rentas generales, se paga a ASSE para cubrir la población no contributiva. Esa cifras a precios 2018 se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 5.1. Gasto público en salud para cobertura del PIAS según grandes componentes. Uruguay: 2018

Fuente: Elaboración propia

Concepto	2018
Cápitas mutuales	52.516.258.073
Cápitas seguros	1.670.309.107
Sub total privado	54.186.567.180
Cápitas ASSE	16.492.395.000
ASSE Rentas generales	17.894.028.953
Total ASSE	34.386.423.953
Total	88.572.991.133

Esta cifra representa un orden de 3 mil millones de dólares que es el gasto en salud colectiva. Dicho gasto no representa una dotación de recursos que garantice 100% la cobertura universal. Por un lado, existe un grupo importante de personas (aproximadamente 700 mil) que no tienen cobertura del SNS y ASSE las atiende con recursos de rentas generales.

En segundo lugar, el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) si bien tiene una alta integralidad no cubre salud bucal, y cubre parcialmente salud mental tanto de crónicos como de agudos.

Por lo tanto, la metodología que utilizaremos para calcular el gasto 2030 y 2050 y su impacto

de incremento sobre el año 2018, será la siguiente:

- Partimos del gasto en cápitas y de ASSE por rentas generales
- Incorporamos el gasto para 2018 con plena capitación lo que surge de aplicar las cápitas de enero de 2018 a toda la población.
- En tercer lugar incluimos el gasto en salud mental para toda la población y no sólo los grupos y edades seleccionados en 2011, con las estimaciones de costo adicional de dicha población faltante hecha en 2011 con las tasas de utilización de dicho año.
- En cuarto lugar tomando como base el financiamiento de la atención a los padecimientos crónicos vinculados a salud mental, remitiéndonos a los estudios que analizaron la implementación de la reciente ley aprobada incluimos la salud mental.
- En quinto lugar tomando en consideración los costos unitarios de los programas de salud bucal y las estimaciones realizadas en 2012 para su incorporación, costeamos la salud bucal.
- Estas tres incorporaciones se hacen con una tasa plana sobre la cápita y no asociada a la curva de riesgo de edad y sexo.
- Luego de tener el gasto 2018 teórico con PIAS extendido y capitación similar a todos los usuarios, ponemos en marcha el cálculo del impacto del cambio en la composición demográfica hacia 2030 como etapa intermedia y a 2050 como objetivo final.

A efectos de los cambios demográficos originalmente habíamos tomado como referencia el escenario sin migración y con fecundidad mínima en el entendido que era el más probable.

Tabla 5.2. Proyección del gasto en salud. 2030-2050

Fuente: Elaboración propia

Año	Actual	Con Fonasamien- to de ASSE (plena capitación)	Con Salud men- tal atención aguda	Con Salud mental atención crónica	Con Salud bucal
2018	88.572.991.133	95.628.213.142	96.125.539.315	96.473.806.943	97.319.599.753
2030		102.305.894.187	102.803.220.360	103.151.487.988	103.997.280.798
2050		110.067.863.944	110.565.190.116	110.913.457.744	111.759.250.555
	Línea de base			Incremento 18-30	Incremento 18-50
Pesos 2018	88.572.991.133			15.424.289.666	23.186.259.422
Dolar 2018	2.882.766.188			502.011.055	754.638.224

La información nos dice que en el escenario más probable el gasto en salud va a incrementar un orden de 23 mil millones pesos (750 millones de dólares). ¿Cuál es la composición de dicho aumento del gasto? 9 mil millones, o sea aproximadamente 300 millones de dólares surgen de universalizar la cobertura y hacerla más integral, siendo el mayor aumento el de capital a los sectores no contributivos de ASSE.

Este es un impacto del proceso de reforma que obviamente en la medida que más gente es capitada y ella a su vez envejece tiene efecto por la vía demográfica, pero su aumento debe atribuirse al proceso de inclusión universal en el Seguro Nacional de Salud y la ampliación de las coberturas en salud mental y bucal. Un monto de 14 mil millones de pesos, o sea un orden de 450 millones de dólares es el efecto específico del cambio del perfil demográfico y el envejecimiento de la población.

Si tomamos la referencia del gasto per cápita tenemos que el gasto 2018 representaba desde el punto de vista del gasto de FONASA (más el aporte de rentas generales a ASSE) 25.432 pesos/año por persona y con la universalización en el propio 2018 pasaría a 27.892, llegando en 2050 a 31.711, es decir un 25% más. En dólares a precios constantes del dólar de 2018 pasaría de 828 a 1032 dólares año por persona.

Si miramos el intermedio tenemos que en 2030 el gasto por persona equivaldría a 29.081 pesos por persona, o sea un 14% más que el de 2018 actual. Y es claro que la causalidad está en el cambio de composición de la población. Mientras que en 2018 los menores de 14 eran el 19,7% de la población en 2050 bajaría a 13,4% y a la inversa los mayores de 65 años pasaría de 14,3% a 23,3%, es decir uno de cada 4 serán mayores de 65 años en 2050. Y por lo tanto las cápititas a pagar hasta los 45 años caen y crecen a partir de allí en especial las de 65 y más años.

En síntesis, es de esperar un aumento significativo del gasto en salud fruto de un proceso pendiente de la reforma respecto a la universalidad y del impacto del cambio demográfico. Los demás escenarios con modificaciones menores reproducen las tendencias planteadas con cambios hacia más o menos según las hipótesis migratorias.

6 | Factores determinantes y opciones de política ante los escenarios demográficos y epidemiológicos futuros

La pérdida de capacidad vinculada habitualmente con el envejecimiento sólo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona, sostiene Margaret Chan Directora General de la OMS ^[37] en base a distintos estudios empíricos. Edad avanzada no es sinónimo de dependencia, aunque está claro que en algún momento la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud.

El envejecimiento saludable pasa a ser un objetivo estratégico para toda la sociedad. El enfoque de curso de vida y las estrategias de promoción de la salud permiten identificar cuales son los elementos que deben modificarse para alcanzar un envejecimiento saludable. Como señala la OPS, “el envejecimiento de la población nos está obligando a replantearnos la salud y rediseñar nuestros sistemas de salud ⁽³⁸⁾” así como a promover activas políticas intersectoriales sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales.

El informe Cuidados de Largo Plazo Desafío para las Américas (OPS 2019)⁽⁶⁾ destaca que en América Latina y el Caribe, el aumento de la esperanza de vida al nacer ha sido muy relevante en las últimas décadas. Más del 80% de los latinoamericanos vivirán después de los 60 años y 42% lo hará después de los 80 años. América Latina presenta un proceso de envejecimiento acelerado, con un incremento de la población más vieja entre los viejos, es decir más de 80 años. Pero no se está produciendo un aumento semejante en la esperanza de vida saludable, que presenta un 10% menos que la esperanza de vida entre 1990 y 2017. Al aumentar la esperanza de vida ha crecido también la esperanza de vida con discapacidad en la región, llegando al 20% de los integrantes de este grupo con discapacidades funcionales básicas. Esto genera una atención con costos altos y crecientes para los hogares y las instituciones. Las personas viven más años pero muy frecuentemente con varias enfermedades crónicas, consumiendo muchos medicamentos, teniendo hospitalizaciones reiteradas, sin los cuidados necesarios para detener el deterioro funcional. Las estrategias de prevención y promoción para retrasar las situaciones de dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas son absolutamente insuficientes frente a los desafíos de los procesos demográficos y epidemiológicos actuales.

Hay dos aspectos fundamentales en esta mirada prospectiva: el abordaje de los determinantes socioculturales de la salud y las transformaciones necesarias en el sistema de salud con énfasis en el cambio del modelo de atención. Procuraremos desarrollarlos en las próximas páginas.

Tendencias actuales en relación con los determinantes de las ENT en Uruguay

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de enfermedad y muerte en Uruguay. Los procesos civilizatorios y demográficos en curso colocan a las ENT como uno de los retos centrales en materia sanitaria. Un abordaje integral requiere considerar la situación actual y la evolución previsible de los determinantes sociales de las ENT. La literatura internacional sitúa cinco grandes determinantes: mala alimentación, tabaquismo, sedentarismo, consumo nocivo de alcohol y contaminación ambiental.

La situación de Uruguay en cada uno de ellos debe ser analizada para poder ver las tendencias en cada campo, la hegemonía de unas u otras, sus factores explicativos y sus contradicciones, tomando en cuenta los procesos de las últimas décadas pero también un enfoque situacional que identifique los distintos actores, sus relaciones de poder, estrategias y prácticas posibles en escenarios futuros. La breve síntesis que se presenta aquí sobre las tendencias principales en cada uno de esos determinantes, no excluye sino que requiere ese

análisis situacional más amplio.

En el contexto actual existe una alta prevalencia de los factores de riesgo prevenibles comunes a las ENT (MSP 2016)⁽⁴⁾, de acuerdo con la segunda Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFRENT) de 2013⁽⁴⁾. Para cualquier prospectiva y para la construcción de políticas públicas es importante contar con las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT), que se iniciaron en el año 2006 y se reiteraron en el año 2013, para tener información actualizada de la evolución de los factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo en la población urbana adulta (de 25 a 64 años) cabe destacar que 64,9% de la población tiene sobrepeso u obesidad, 36,6% de la población padece hipertensión arterial y 21,5% presenta colesterol elevado (OPS 2017). En 2013 9,6% de los menores de 2 años presentaba sobrepeso u obesidad y esa prevalencia subía a 11,3% en los de 2 a 4 años al tiempo que 5% de los niños de 0 a 3 años tenía talla baja para su edad.

Alimentación

En materia de alimentación constatamos la existencia de dos tendencias contradictorias.

a) Continuidad de la tendencia a mayor ingesta de productos con exceso de sodio, azúcares y grasas. En la última década se produjo un drástico incremento del consumo de productos ultra-procesados con altos niveles de azúcares, sodio y grasas. Entre 1999 y 2013 la venta de bebidas azucaradas se triplicó en Uruguay y la de productos con excesiva cantidad de sodio, azúcares y grasas se duplicó⁽³⁹⁾. En ese período el sobrepeso pasó de 52,5% de la población adulta a 64,9%, un incremento muy significativo en un período breve de tiempo. En la infancia y adolescencia 39% presenta exceso de peso⁽⁴⁾

Entre los factores que explican esta fuerte tendencia deben incluirse el incremento del poder adquisitivo de la mayoría de la población, los cambios en los estilos de vida, en la conformación familiar y actividad laboral, que generan mayores incentivos para la comida rápida, los productos procesados o semiprocesados y las comidas fuera del hogar, en detrimento del hábito de cocinar. Al mismo tiempo estrategias empresariales de carácter internacional jerarquizaron los mercados de los países en desarrollo para su expansión, invirtiendo en importantes campañas de marketing para asociar recreación y placer con el consumo de determinados productos caracterizados por su alto nivel en azúcares, sodio y grasas. Uno de los objetivos de estas campañas fue la población infantil, utilizando la asociación con personajes conocidos por el público infantil y la publicidad engañosa sobre los beneficios de estos productos. Este tipo de productos ultra procesados son diseñados para generar comportamientos adictivos y consumos considerables.

b) Una tendencia contrapuesta se basa en el desarrollo de políticas públicas para detener y/o revertir el proceso anteriormente descrito y fortalecer un patrón de consumo más saludable. En los últimos años se iniciaron acciones y se dieron señales políticas e institucionales hacia la construcción de una política pública de seguridad alimentaria y nutricional promoviendo hábitos saludables de alimentación. En particular se pueden destacar la ley 19.140 de alimentación saludable en centros educativos, el decreto N°272/018 de etiquetado frontal de

alimentos con excesos de sal, azúcar y grasas y la presentación de un proyecto de ley en este mismo sentido. También las políticas departamentales y nacionales para reducir el consumo de sal de sodio, la adopción de políticas nacionales que limitan los ácidos grasos saturados y la prohibición de las grasas trans producidas industrialmente. Asimismo son destacables las políticas para promover la lactancia materna y la consolidación de la legislación y reglamentación para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. El proyecto de Ley Marco de Seguridad Alimentaria y Nutricional que recoge las conclusiones del Diálogo Social sobre Alimentación realizado en 2016 es también una iniciativa que va en esa dirección, proponiendo además un Sistema Nacional de Coordinación de Políticas Alimentarias.

Es significativa la experiencia de Chile (ley 20.606) con la aplicación en los primeros dos años del etiquetado frontal de alimentos con exceso de sodio, azúcares y grasas. De acuerdo con primeros estudios ⁽⁴⁰⁾ las compras de bebidas azucaradas descendieron un 25% y los cereales 9%, disminuyó la cantidad de sodio y azúcares en importantes categorías de alimentos envasados, hay mayor percepción de los consumidores para reconocer la calidad nutricional de los alimentos envasados y los niños tuvieron menor exposición a publicidad de alimentos con el etiquetado "alto en". Sin duda modificaciones en prevalencias de sobrepeso y obesidad no son posibles en tan breve período de tiempo, y dependerán de la sostenibilidad de la estrategia.

La creación del Consejo Nacional Honorario Coordinador de Políticas destinadas a combatir el Sobrepeso y la Obesidad por el decreto 369/018 en diciembre de 2018 constituye un espacio interinstitucional para consolidar la articulación de esfuerzos de los distintos organismos del Estado en torno a un Plan de Acción Intersectorial denominado "Unidos contra las ENT. Detengamos la obesidad".

Sedentarismo

En este tema existen dos tendencias contradictorias.

a) Continúa y se profundiza un estilo de vida sedentario, que afecta la vida cotidiana tanto en el plano del trabajo como de la recreación. A nivel mundial el sedentarismo es un problema relevante. 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria por transformaciones en las actividades laborales y domésticas así como también en las de ocio y recreación. El aumento de la cantidad de automóviles como medio de transporte contribuye asimismo a disminuir la actividad física. La creciente urbanización, sus modalidades y consecuencias, en materia de superpoblación, tráfico congestionado, mala calidad del aire, insuficientes espacios públicos e instalaciones deportivas o recreativas, son determinantes de la inactividad física. La inactividad física presenta diferencias significativas relacionadas con la situación socioeconómica, con el género, entre Montevideo e Interior y entre barrios periféricos y zonas costeras, en perjuicio de los sectores con menos recursos, las mujeres, los habitantes del interior y de barrio periféricos ⁽⁴¹⁾.

b) Se afirma un estilo de vida caracterizado por una mayor actividad física.

Hay iniciativas hacia una política pública en esta dirección, que todavía no está consolidada, aunque ha generado algunos avances significativos. Entre 2005 y 2015 la cantidad de uruguayos que realizan actividades físicas pasó de 40% a 53% (Secretaría Nacional de Deportes 2016). La ley 18.213 de 2005 estableció la obligatoriedad de la Educación Física en todas las escuelas y su universalización se alcanzó en tres años. El aumento de la inversión en espacios públicos para la realización de ejercicio físico ha sido destacable. La instalación de gimnasios al aire libre aumentó rápidamente desde 2011 superando en la actualidad los 500 en todo el país, con una utilización importante por parte de la población. La utilización de la bicicleta como medio de transporte ha sido promovida por organizaciones sociales e instituciones públicas, creándose ciclo vías en diversas vías de transporte. En relación con el fútbol principal deporte del país, la creación de un Plan Estratégico desde la Selección Nacional (que abarca además las categorías juveniles, en particular la sub-17 y sub-20 y el fútbol femenino) y su implementación a lo largo de todo un período, ha significado un impulso sobre nuevas bases de este deporte y de la actividad deportiva en general. Además de haber obtenido resultados destacables en los campeonatos internacionales esta estrategia ha puesto el énfasis en la afirmación de un sistema de valores positivos y en un proceso de construcción social y cultural de este deporte.

Tabaquismo

En lo que refiere al consumo de tabaco Uruguay ha desarrollado una política pública con gran respaldo social, fuerte liderazgo del Poder Ejecutivo y resultados auspiciosos. A diferencia de otros determinantes, más que tendencias contradictorias los escenarios futuros en materia de tabaquismo parecen hegemonizados por mayores probabilidades de continuidad de las políticas públicas contra el tabaquismo.

Esta política se basó en la aplicación de las medidas de reducción de la demanda del tabaco señaladas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

1) Reducción de la asequibilidad de los productos de tabaco aumentando los impuestos especiales y los precios. **2)** Eliminación de la exposición pasiva al humo de tabaco en todos los lugares de trabajo interiores, lugares y transportes públicos. **3)** Aplicación del empaquetado neutro/normalizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco. **4)** Promulgación y aplicación de la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. **5)** Realización de campañas a través de diferentes medios de comunicación para educar a la población acerca de los daños causados por el hábito de fumar, el consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo de tabaco. **6)** Ratificación del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de los productos del tabaco. **7)** Creación de Clínicas de cesación tabáquica existiendo más de 100 puntos de atención en la actualidad. **8)** Entrega gratuita de medicamentos para apoyar la cesación tabáquica por parte del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Además de sus dimensiones nacionales la oportuna aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco por parte de Uruguay y su litigio que entabló la empresa multinacional Phillips Morris marcó un hito en la salud pública internacional frente a las pretensiones de la

industria tabacalera.

Entre los resultados que ya pueden percibirse está la reducción de la prevalencia en el consumo de tabaco de 25% de la población en 2009 a 21,6% en 2017 y en particular en jóvenes de 15 a 24 años dicha prevalencia descendió en ese período de 24,7% a 14,6% ⁽⁴²⁾. El descenso de la prevalencia del consumo habitual de tabaco es acompañado de una disminución en el promedio de días de consumo, pasando de 17,2 días en 2011 a 13,6 días en 2014. Es decir que se registra una disminución en la proporción de estudiantes que declaran que fumaron en el último mes y también se constata que aquellos que fumaron lo hicieron, en promedio, menor cantidad de días ^{(43) (44)}.

Aspectos que merecen atención como problemas en una perspectiva de mediano y largo plazo son una cierta desaceleración del descenso del tabaquismo, las estrategias de propaganda y mercadeo de la industria hacia el consumo de otros productos del tabaco y el incremento del tabaquismo en mujeres.

Consumo excesivo de alcohol

Consideramos dos grandes tendencias posibles:

a) Una tendencia altamente posible es que el consumo de alcohol continúe teniendo una alta prevalencia en la población y aumenten sus niveles de ingesta en jóvenes desde edades cada vez más tempranas incrementando la población en riesgo de dependencia en el futuro ⁽⁴⁵⁾.

El alcohol es la droga más consumida por los uruguayos. Nueve de cada diez personas de entre 15 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y siete de cada diez ha consumido alcohol en los últimos 12 meses. El consumo habitual (consumo en los últimos 30 días) es declarado por un poco más de la mitad de las personas ⁽⁴⁴⁾. El consumo problemático de bebidas alcohólicas en Uruguay se traduce hoy en una cantidad importante de personas (261 mil), que están en situación de dependencia respecto al alcohol. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes y también es la que genera mayor consumo problemático. Es la droga que presenta la menor percepción del riesgo. Uno de cada cinco de los consumidores de alcohol del último año presenta uso problemático de alcohol, ya sea por abusos por ingesta, consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia.

Diversos estudios establecen al consumo de alcohol como un factor de riesgo relevante que incide en la sobriedad y la calidad de vida de los uruguayos. El consumo problemático genera en la actualidad más morbo-mortalidad que todas las drogas ilegales juntas, afectando fundamentalmente al sistema nervioso, cardiovascular y gastrointestinal. Su incidencia se ha establecido en relación con los cánceres hepático, colorrectal y mama, con enfermedades neuropsiquiátricas, enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, con la hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, patologías gastrointestinales como la cirrosis hepática o pancreatitis, enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la neumonía, con alteraciones del embarazo y el período perinatal como el bajo peso al nacer, con intoxicaciones graves y síndrome de abstinencia, con accidentes de tránsito, caídas, lesiones durante el

trabajo, lesiones autoinfligidas y suicidios y con muertes violentas ⁽⁴⁶⁾. Siete de cada diez jóvenes que consumieron alcohol tuvieron al menos un episodio de intoxicación. Considerando consumidores altos y excesivos a los que habitualmente ingieren cinco o más tragos, el 8% de los consumidores de los últimos 12 meses, 102 mil personas, está en esta situación con porcentajes mayores en los menores de 45 años.

UNASEV (2015 ⁽⁴⁷⁾) ha constatado que existe una correlación fuerte entre el aumento de la presencia de alcohol y la gravedad de los siniestros de tránsito. Mientras que el porcentaje general de conductores con presencia de alcohol en siniestros es del 6%, en los siniestros graves llega al 7% y se supera el 15% en los que tuvieron resultado fatal, con claro predominio de hombres, mayores cifras en el interior que en Montevideo, mayor concentración en personas de 30 a 34 años y de 50 a 54 años ⁽⁴⁷⁾.

Según OEA -CICAD el panorama del consumo de alcohol varía ampliamente en la población general de las Américas, desde una prevalencia del último mes de 9,5% en El Salvador a 52% en Argentina y Uruguay. Las tasas de uso más altas (más del 50%) se encuentran tanto en América del Norte como en América del Sur ⁽⁴⁸⁾.

b) Se profundiza una tendencia a la baja en el consumo problemático de alcohol.

En la actualidad la tendencia de consumo muestra que el consumo habitual se ha mantenido prácticamente constante desde el año 2001, con pequeñas variantes ⁽⁴⁴⁾. Existe un descenso en el consumo de alcohol en estudiantes. En 2011 la proporción de estudiantes que bebió alcohol en los últimos treinta días era de 48,2% y en 2014 bajó 10 puntos porcentuales, a 38,7% ⁽⁴³⁾. Los datos de incidencia estarían mostrando, por otro lado, un aumento en la precocidad de consumo, el equiparamiento en relación con el género y con el lugar de residencia, ya que en los nuevos consumidores aumenta la cantidad de mujeres y de personas que viven en el interior del país ⁽⁴⁴⁾.

En éste como en otros consumos importa diferenciar entre consumo recreativo y cultural, de consumos problemáticos, creación de dependencia e intoxicaciones.

Si se desarrollan un conjunto de políticas, que incluyen la aprobación de legislación adecuada, nuevas y mayores campañas educativas y de sensibilización, regulaciones efectivas del mercado de bebidas alcohólicas, regulación de la publicidad y disminución de los incentivos al consumo, capacidad de fiscalización de los organismos competentes, entre otras acciones, es posible una tendencia a la baja, en particular en los sectores más jóvenes.

Contaminación ambiental

También en este punto es posible analizar dos tendencias contrapuestas.

a) Agravamiento de la contaminación ambiental. El tipo de urbanización y los modelos productivos predominantes, tienen consecuencias importantes en términos de contaminación ambiental, a nivel de todo el planeta. Según OMS en la segunda edición del informe Ambientes saludables y prevención de enfermedades: Hacia una estimación de la carga de morbilidad

atribuible al medio ambiente, las muertes por enfermedades no transmisibles que pueden adjudicarse a la contaminación del aire (incluida la exposición al humo ajeno) aumentaron en la última década hasta alcanzar la cifra de 8,2 millones. Las enfermedades no transmisibles, en particular los accidentes cerebrovasculares, cánceres y neumopatías crónicas, constituyen actualmente casi dos terceras partes del total de muertes debidas a la insalubridad del medio ambiente ⁽⁴⁹⁾. Los grupos poblacionales más afectados por los riesgos ambientales son los niños menores de cinco años y las personas mayores de 50 a 75 años. La contaminación del aire tiene un vínculo claro con el cambio climático. Ambos fenómenos se relacionan con el modelo energético, afectando la salud humana con efectos de largo plazo.

b) En una tendencia contrapuesta a la anterior se fortalecen las políticas públicas de creación y protección de ambientes saludables con medidas de promoción, prevención y mitigación. La promoción de la salud ambiental incluye todos los factores ambientales que pueden incidir en la salud, la prevención de las enfermedades y la creación de ambientes adecuados para la salud (OMS 2016). En el último período Uruguay dio un paso importante en esta materia con la eliminación del azufre en las naftas a partir del año 2012. La planta desulfuradora de ANCAP elimina 300 toneladas de azufre diarias de los combustibles, disminuyendo en un 90% las emisiones de este gas. Se reducen así un 20% las emisiones de dióxido de carbono a la atmósfera.

La modificación radical de la matriz energética del país hacia las energías limpias y renovables ha sido asimismo un cambio estructural que influye positivamente sobre la contaminación.

La contaminación de los cursos de agua en Uruguay es una preocupación creciente en ámbitos institucionales y también sociales. El uso masivo de plaguicidas asociados a cultivos transgénicos es un fenómeno en expansión, cuyos efectos sobre el ambiente y la salud concitan atención y preocupación de distintos actores.

En octubre de 2018 la Primera Conferencia Mundial de la OMS sobre Contaminación del Aire y Salud reconoció que la contaminación del aire y otros determinantes ambientales son uno de los principales factores de riesgo para la carga mundial de las ENT. A partir de ese reconocimiento se definió una Hoja de Ruta con acciones que incluyen el monitoreo, creación de capacidades, medidas de reducción, experiencias en políticas y financiamiento para brindar una respuesta eficaz que permita enfrentar los efectos de la contaminación sobre la salud.

Desarrollo en primera infancia y adolescencia

Para analizar las políticas de salud es importante incorporar el enfoque de Ciclo de Vida donde lo que sucede en las distintas etapas del desarrollo va a influir fuertemente sobre las etapas posteriores.

La infancia y la adolescencia son etapas fundamentales en el ciclo de vida y conforman grupos poblacionales especialmente vulnerables en nuestras sociedades. Uruguay viene de una situación extremadamente grave de vulneración de derechos en niños y jóvenes a comienzos

del presente siglo, cuando 60% estaban situación de pobreza. Bajo peso al nacer, prematuridad, desnutrición crónica por retraso de talla en relación con la edad, problemas de desarrollo, anemia, son algunas de las consecuencias en relación con la salud de los niños y niñas.

Desde la reforma de la salud y la implementación del Plan de Emergencia Social y el Plan de Equidad se iniciaron políticas para revertir esta situación crítica. El resultado fueron grandes avances en todos los indicadores sociales y en particular un descenso drástico de la pobreza y la indigencia, medida por ingresos, y de la mortalidad infantil. Sin embargo Uruguay mantuvo en las últimas décadas una desigualdad significativa en materia de pobreza infantil, que aún abatiéndose de forma importante presenta cifras que duplican el promedio de la población.

Las estrategias de creación de una matriz de protección social universal no excluyeron políticas específicas hacia grupos especialmente vulnerados. Se han desarrollado argumentos fuertes sobre la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo de las personas y se construyó en este período una política pública para abordar este problema.

Existen antecedentes muy anteriores en algunos programas como el Plan Aduana para realizar un seguimiento de los niños nacidos en el Hospital Pereira Rossell. La elaboración e implementación del Programa de Salud de la Niñez a partir de 2005 significó un gran paso adelante para sistematizar las acciones desde el sistema de salud. Al mismo tiempo en Canelones se implementó un programa de acompañamiento domiciliario para las situaciones de mayor vulnerabilidad, Canelones Crece Contigo, inspirado en una experiencia de ese tipo en Chile. La elaboración de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) permitió definir lineamientos generales de mediano plazo, orientados a disminuir la pobreza, abatir la mortalidad, mejorar los indicadores de salud y nutrición infantil, aumentar las posibilidades de acceso a centros de educación y cuidados en la primera infancia. A partir del año 2012 se implementó el Programa Uruguay Crece Contigo UCC en el marco de una estrategia de cercanías y acompañamiento de las situaciones familiares más vulneradas.

Es destacable el aumento de la inversión en primera infancia. El gasto público destinado a menores de 5 años pasó de 4.4% del PBI en 2006 a 6,2% en 2013 ⁽⁵⁰⁾. Mientras a nivel general del país la pobreza por ingresos pasó de 32,5 % en 2006 a 8,1% en 2018 (INE), la pobreza en niños y niñas de 0 a 3 años pasó de 56,7% en 2005 al 17,2% en 2018 (INE).

El país tiene una tendencia descendente de la mortalidad infantil y post-infantil, siendo en la actualidad uno de los países con los mejores indicadores en ese punto de América Latina y el Caribe, con una Tasa de Mortalidad Infantil de 7.8 para el 2014 y 6,7 en 2018. Junto con Chile son los países mejor posicionados en el Cono Sur. En Uruguay el 9% del total de nacimientos se producen prematuramente (2014) y el 1% del total de nacimientos del país son recién nacidos con peso al nacer menor de 1500g.

Otra línea estratégica remarcable es la creación del Sistema Nacional de Cuidados orientado a la infancia, los adultos mayores y discapacitados. En este marco, se amplió la cobertura educativa y de cuidados previéndose llegar a la universalización en menores de tres años para 2020.

En el marco de esa política se definieron pautas de crianza y de desarrollo infantil así como de detección temprana de alteraciones, incorporando las familias a través de Experiencias Oportunas del Plan Caif de INAU. Además, el programa Uruguay Crece Contigo brinda acompañamiento familiar orientando a las familias con riesgo sanitario y social, sobre pautas de crianza y acceso a prestaciones sociales y de salud, llegando a más de 17.300 hogares con mujeres embarazadas y niños menores de 4 años, en todos los departamentos del país, desde 2012, mediante visitas de técnicos a los hogares durante 10 meses.

La captación temprana del embarazo y el número de controles ha sido una preocupación priorizada. Los embarazos con 5 o más controles se mantuvieron en cifras de 94% en los últimos 3 años. La reducción de la tasa del embarazo adolescente ha sido muy significativa en el último período, con 841 nacimientos menos en madres menores de 19 años, un descenso de 16% entre 2018 y 2017. El embarazo en adolescentes pasó de 12,6% (2017) a 11,5% (2018). En cuanto a la alimentación del lactante y del niño/a pequeño, se actualizó la Norma Nacional de Lactancia Materna, la Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses y la Guía de alimentación complementaria del niño/a de 6 meses a 24 meses.

La Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS 2013, 2015, 2018) es la primera investigación sobre primera infancia con metodología de panel, encuesta de hogares y con representatividad nacional realizada en el país.

Estudios recientes ⁽⁵⁰⁾ constatan que el gasto público social dirigido a los adolescentes alcanza al 16% del gasto público total (entre 2010 y 2013) y el 4% del PBI del país. Dicho gasto se orienta principalmente a educación (46%), salud (27%) y asistencia social (11%). Mientras en educación la inversión está orientada específicamente a jóvenes, en salud se trata de la cobertura de la mayoría de la población ya que el programa de salud específico para jóvenes tiene poca incidencia en términos presupuestales.

La mirada hacia la salud en el año 2050 depende de la consolidación y ampliación de la política hacia la infancia y adolescencia, que tiene respaldos y agentes importantes, pero está sujeta a las variaciones en el escenario nacional. El país tiene condiciones para plantearse objetivos ambiciosos en materia de protección social como la erradicación total de la pobreza y en particular de la pobreza infantil. Es pertinente la afirmación de Unicef (2017 ⁽⁵¹⁾) de que una agenda de erradicación de la pobreza en Uruguay en todas sus formas, en todo el territorio y en todos los grupos sociales, supone abordar en primer lugar la pobreza infantil y juvenil. “Con el 90% de la población pobre compuesta por menores de 18 años y por los adultos que viven con ellos la batalla contra la pobreza se puede ganar luchando contra las causas que provocan la pobreza en la infancia, adolescencia y juventud”. La salud es una de ellas.

Modelo de atención

Ya fue fundamentada la importancia de desarrollar políticas públicas fuertes hacia los determinantes socioambientales de los grandes problemas de salud del país, en primer lugar las enfermedades no transmisibles y también el suicidio, los accidentes, la violencia en los vínculos, los problemas de salud de la infancia y adolescencia.

Sin embargo dichas políticas intersectoriales de fuerte carácter preventivo y de promoción de salud deben complementarse con las transformaciones necesarias del sistema de salud para brindar una atención integral.

Destaca el Informe “Cuidados de Largo Plazo: El Desafío para las Américas” (OPS 2019) que la discapacidad y la dependencia de cuidados son prevenibles en gran medida y esa debe ser una prioridad de los sistemas y servicios de salud. “Sin embargo, esto no está dentro de sus prioridades actualmente” constata la OPS.

En ese sentido la articulación y coordinación de los servicios de salud junto con los sistemas de cuidados para contribuir a prevenir y reducir las condiciones de dependencia es un gran desafío para los sistemas de salud y de protección social. La intersectorialidad es un componente esencial de estas políticas y el financiamiento es una condición indispensable para garantizar el acceso de las personas que padecen de dependencias crónicas o transitorias y necesitan cuidados de largo plazo ⁽⁶⁾ [52].

En Uruguay el cambio del modelo de atención formó parte de los grandes ejes de la reforma de la salud. Valorando los esfuerzos realizados y los avances logrados, cabe señalar que los resultados en este campo están lejos todavía de los objetivos planteados.

Subsisten en el contexto actual componentes de un modelo de atención centrado en aspectos curativos, con poco énfasis en la prevención y en la rehabilitación posterior.

Este enfoque asistencialista le quita integralidad a la atención de salud, perdiendo calidad y generando resultados sanitarios limitados. Su relación con intereses económicos en el sector implica un incremento significativo de los costos, en un fenómeno que es mundial. En una perspectiva demográfica y epidemiológica como la que se analizó estas características del modelo de atención actual pueden agravarse. La calidad y la sustentabilidad del sistema pueden ser afectadas si no se producen transformaciones claras en este campo.

Para realizar este análisis tomaremos los siguientes parámetros:

1. Atención a demanda o estrategia proactiva, que se basa en un conocimiento sistemático de la situación de salud de la población usuaria. Objetivos Sanitarios Nacionales como herramienta de planificación, vínculo con los ODS.
2. Centralización de la atención en sanatorios o descentralización territorial, con una red de policlínicas, basadas en una adscripción de población/territorios/ centros de salud/ equipos de salud.
3. Modelo de atención basado en una multiplicación cada vez mayor de la cantidad y variedad de especialistas o, en cambio, mayor resolución de la medicina general, medicina familiar y comunitaria y el equipo básico de salud.
4. Uso acrítico de la tecnología concentrada en el segundo y tercer nivel de atención. O por el contrario utilizar tecnologías innovadoras para expandir un modelo integral de atención. Definir una política nacional de incorporación, creación y revisión de tecnología.
5. Utilización de la medicación en la atención de salud. Utilización racional de la medicación

o estímulo a la polifarmacia. Acceso del país a medicación necesaria a precios adecuados. Medicación de alto precio para patologías con muy escasa prevalencia, con resultados sanitarios sin comprobación o muy limitados efectos. Importancia de un amplio debate y resolución de criterios para el ejercicio de derechos en materia de medicación de alto precio.

6. Estrategias de prevención y promoción de salud jerarquizadas desde las instituciones del SNIS. Involucramiento de las comunidades y personas en la gestación de mejor salud. Líneas de desarrollo a nivel individual, grupal y comunitario, utilización de nuevas tecnologías (por ejemplo Ceibal o Ibirapitá). O por el contrario la tendencia actual de acciones disgregadas sin planificación ni compromiso institucional de muchos de los efectores.
7. Alianzas intersectoriales a nivel nacional, departamental y local. Formas de articulación a nivel nacional, departamental y municipal. En particular con el sistema educativo, las políticas de vivienda, convivencia, empleo, cuidados y el entramado comunitario. Desarrollo de la estrategia de Comunidades y Municipios Saludables.
8. Mayor participación o empoderamiento de los usuarios como colectivos y como personas. Mecanismos de control social. Planificación participativa de acciones sobre problemas priorizados en cada nivel. Humanización del trato, respeto a los derechos de los usuarios. Fortalecimiento del vínculo equipo de salud-usuario.
9. Formación del personal de salud desde los estudios de grado a la formación continua. Profesionalización. Distribución geográfica adecuada. Trabajo en equipo interdisciplinario.
10. Desarrollo de una agenda de investigación-acción en materia de salud, que articule academia con sistema de salud y comunidades, produciendo nuevos conocimientos necesarios para una orientación adecuada de las políticas y las acciones concretas.
11. Rectoría del MSP y consolidación del SNIS. Condiciones políticas, técnicas y económicas para una mayor rectoría del MSP. Fragmentación y segmentación del SNIS. Fortalecimiento de los organismos territoriales del SNIS para generar diagnósticos locales, objetivos prioritarios, planes de acción conjuntos, rendición de cuentas pública, resultados sociosanitarios adecuados a cada realidad.

Atención a demanda o estrategia proactiva

En el modelo de atención predominante los servicios de salud están organizados para atender la demanda de los usuarios ante situaciones de enfermedad. Varios conceptos requieren aquí un análisis crítico. Al concentrarse en la enfermedad este enfoque deja en segundo plano a la salud y subestima la promoción y preservación. Por otro lado su abordaje de la enfermedad está centrado en el diagnóstico y tratamiento de las patologías, sin jerarquizar la prevención, el diagnóstico temprano, la rehabilitación y reinserción posteriores.

Pero además es fundamentalmente atención a la demanda individual. Las instituciones sanitarias no toman contacto con sus usuarios salvo cuando ellos reclaman atención por presentar síntomas de enfermedad. Hasta hace poco, cuando se incluyó el tema en el sistema de Metas Asistenciales, las instituciones ni siquiera sabían cuántos hipertensos, diabéticos u obesos tenían entre sus afiliados.

Hay ejemplos de otro tipo de estrategia sanitaria, algunos desde varias décadas atrás como el Plan Aduana donde el servicio de salud asumía la responsabilidad de ubicar y hacer el seguimiento de los recién nacidos. Otros casos como los controles periódicos de salud del Carné de Salud Laboral o la autorización para realizar actividades físicas, responden también a otro formato pero muchas veces se los considera como un trámite, desvinculado de la atención de salud.

La elaboración de programas de salud que apuntan a un abordaje integral con énfasis en la prevención y promoción fue un avance significativo en el período fundacional del SNIS. La formulación del problema a abordar y las acciones adoptó un carácter integral, orientando a los equipos de salud. Sin embargo la relación entre programas y prácticas efectivas es un tema complejo, con variados resultados. En este punto la implementación del pago por Metas Asistenciales fue un instrumento para que determinadas prácticas relacionadas con los programas prioritarios se realizaran efectivamente. La valoración en este punto es positiva, aunque no en todos los casos el cumplimiento de las metas haya generado modificaciones más profundas en la forma de atender a los usuarios.

En este contexto hay que destacar la elaboración de los Objetivos Sanitarios Nacionales, que significan el comienzo de un cambio trascendente a nivel nacional, hacia una estrategia proactiva de salud. “El sentido de definir Objetivos Sanitarios Nacionales OSN es la producción de resultados concretos y medibles que benefician a la población, objetivados por un conjunto de indicadores”^[53].

La identificación de 15 problemas críticos de la salud de las personas es el punto de partida para la definición de objetivos estratégicos en cada uno de ellos, líneas de acción integrales así como metas concretas relacionadas con indicadores de desempeño.

“Se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia. Asimismo se buscará reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo modificables, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales adecuadas”^[53].

“Estas definiciones ofician como hoja de ruta general que organizará la tarea de todos los actores con una mirada nacional pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión regional, departamental y local, ni la intersectorialidad”.

La implementación de los OSN tuvo como eje la modificación de una de las Metas Asistenciales (Meta 2) para asociar su pago al cumplimiento de alguna de las acciones planteadas en los OSN en relación con problemas de salud priorizados. La modalidad fue una negociación con las instituciones de salud que asumieron compromisos en este sentido, debiendo reorganizar su labor para poder cumplirlos. Cabe señalar con sentido crítico que no se le dio participación a los movimientos de usuarios ni a las organizaciones de trabajadores en esta negociación tanto a nivel general como en cada institución.

Tampoco se incorporaron a otros actores necesarios en una perspectiva intersectorial como los gobiernos departamentales y municipales. No se incluyó la necesidad de adecuar las prioridades sanitarias y la definición de problemas críticos a diagnósticos locales participativos y planes de acción territoriales. Ha faltado asimismo una evaluación pública a medio camino para rendir cuentas de los avances y las dificultades encontradas.

De todas maneras los OSN son una de las transformaciones más importantes promovida por el SNIS. En el año 2020 se cumplirán los plazos previstos de estos OSN y el país deberá definir nuevos objetivos sanitarios, que, en este caso, podrán articularse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

La posibilidad de dar continuidad y profundización a esta estrategia, apoyándose en las fortalezas alcanzadas, aprendiendo de errores y debilidades, es una encrucijada para el Sistema de Salud en la prospectiva al 2050.

Centralización de la atención o descentralización territorial

El carácter hospitalocéntrico con que se organizó tradicionalmente la atención a la salud generó una concentración de los servicios en hospitales y sanatorios, radicados en una zona particular de Montevideo o en las capitales departamentales. La jerarquización excluyente de los dispositivos de segundo (hospitales o sanatorios generales) y tercer nivel de atención (hospitales o sanatorios especializados) generó un primer nivel de atención (policlínicas y centros de salud) débil y desarticulado.

Recién con el SNIS se adoptó una estrategia global de “APS renovada” para todos los niveles de atención y para todos los efectores, con una priorización del primer nivel. La experiencia de más de una década mostró desarrollos desiguales en esta materia según las instituciones y los temas.

El primer nivel de atención tuvo un desarrollo importante en el sector público y en menor medida en algunas instituciones privadas. El uso de la sobrecuota de inversión en el sector privado se orientó en general a la ampliación sanatorial antes que el incremento de la cantidad de policlínicas zonales. La autoridad sanitaria no ha logrado revertir esta situación.

Por otro lado en ASSE (en Montevideo junto a la IMM) se fortaleció el trabajo en red entre Centros de Salud y Policlínicas. Se incrementó la cantidad de policlínicas, dotándolas de mejores locales, equipamientos y personal, con software común y programas de salud compartidos. Son destacables pensando en una prospectiva los esfuerzos para definir unidades población/territorio/centros de salud/equipos de salud. La definición de zonas y población con asignación a policlínicas permite una planificación de la cobertura con carácter integral y no solo dar respuestas a los requerimientos de atención a la enfermedad.

En el sector privado es significativo que la atención en el primer nivel tiene copagos en la mayoría de las prestaciones, generando obstáculos para el acceso de determinados sectores mientras que la internación sanatorial y todas las prestaciones posteriores no los tienen. La hipertrofia de las empresas de emergencia móvil tiene que ver en gran medida con esas dificultades de acceso a la atención en el primer nivel, duplicando servicios, más allá de situaciones de real urgencia o emergencia.

La capacidad de resolución del primer nivel de atención es un nudo crítico para una estrategia de descentralización. Incrementar esa capacidad de resolución implica la conformación adecuada, la formación de grado y la formación continua de los equipos de salud, la protocolización y elaboración de guías. El desarrollo de la medicina familiar y comunitaria y también de la enfermería comunitaria han sido avances en esa dirección. También una mejor infraestructura, equipamientos y acceso a paraclínica. Una articulación eficiente entre primer y segundo nivel de atención es un aspecto fundamental para todo el sistema de salud. Investigaciones recientes (Proyecto Equity ⁽⁵⁴⁾) muestran serias carencias en esa interrelación. En una mirada al 2050 el sistema de salud tiene el desafío de ampliar y fortalecer su primer nivel de atención, optimizando su articulación con los demás niveles.

Hiper-especialización o más capacidad de resolución en el primer nivel

En el modelo de atención predominante existe una multiplicación cada vez mayor de la cantidad y la variedad de especialistas y menor capacidad de resolución de la medicina general, medicina familiar y comunitaria y el equipo básico de salud. Este fenómeno de hiper-especialización y fragmentación del conocimiento no es exclusivo de Uruguay sino que constituye una tendencia a nivel mundial, que en muchos casos excede al campo de la salud, motivada en parte por el desarrollo vertiginoso del conocimiento científico.

Sin embargo esta tendencia se entronca con una concepción de la atención de salud que fragmenta las personas en órganos, aparatos o sistemas y deja de lado su globalidad como ser humano así como su entorno familiar y comunitario. En tal sentido la atención de una persona por varios especialistas genera indicaciones médicas paralelas, superpuestas y en ocasiones contradictorias, con fenómenos de polifarmacia, efectos secundarios no previstos, etc. La intervención de especialistas, si no funciona bien la referencia y contrareferencia, produce dificultades para la continuidad y la integralidad de la atención. El seguimiento (no la interconsulta que es importante) de una persona por especialistas acota el abordaje de los problemas de salud y enfermedad, le quita integralidad.

Esta especialización creciente se traduce en un incremento de los corporativismos, donde determinados aspectos de la atención son cotos exclusivos de algunas especialidades, más allá de los niveles de complejidad del problema, sin interdisciplina ni trabajo en equipo. Existen varios ejemplos ilustrativos de cómo las restricciones para el ingreso a determinadas especialidades permiten un control oligopólico de la oferta y la imposición de precios desmesurados para las remuneraciones.

Al mismo tiempo ese formato de atención produce problemas de accesibilidad, "cuellos de botella" en determinadas especialidades, aumento de los tiempos de espera, mayores disconformidades en los usuarios por esa razón.

Además de deterioro en la calidad de la atención esta modalidad de atención genera un incremento de costos, que en una perspectiva demográfica y epidemiológica como la de Uruguay puede ser muy significativo. En particular porque la hiperespecialización está promovida entre otros factores por intereses económicos relacionados con tecnologías y medicamentos de altos precios.

Por otro lado la interconsulta del equipo básico de salud con especialistas es una herramienta importante en un sistema que prioriza el primer nivel pero no lo concibe aislado sino interactuando eficazmente con los demás niveles. Distintas formas de telemedicina permiten hoy

realizar esas interconsultas a distancia, en forma más ágil y eficiente. También la posibilidad de ateneos de formación periódicos se beneficia de estas tecnologías innovadoras. En una visión prospectiva existe una disyuntiva para el sistema de salud cuyos caminos son quedar atrapados en una lógica de hiperespecialización o por el contrario jerarquizar los equipos básicos y articular de manera eficiente la interconsulta con especialistas.

Usos de la tecnología en la atención de salud

El uso acrítico de la tecnología concentrada en el segundo y tercer nivel de atención es uno de los procesos más influyentes en la medicina de las últimas décadas. El poder de la gran industria internacional en el campo de la salud, el rápido avance científico y técnico en esta área, la construcción sociocultural de una imagen que identifica calidad con tecnología, la permeabilidad de algunos sectores técnicos a los incentivos y presiones económicas, son factores determinantes de estos procesos. La tecnología puede ser un camino al servicio de un modelo de atención asistencialista, donde se incrementa el lucro de quienes controlan los equipamientos, pero se benefician pocas personas. En particular en los casos que se orienta a patologías con muy escasa prevalencia o a tecnologías con pocos resultados sanitarios, pero altísimos precios, como sucede en ocasiones con los medicamentos.

Por otro lado la utilización de tecnologías innovadoras puede ser un instrumento poderoso (nunca el único) para expandir un modelo integral de atención, para desarrollar estrategias de prevención y promoción, para incrementar la capacidad de resolución del primer nivel de atención y lograr una articulación más eficiente con el segundo y tercer nivel.

Es decir que la definición de una política nacional de incorporación, creación y revisión de tecnología es un factor relevante para las estrategias de salud en el mediano y largo plazo. No existe un único camino sino varios y las encrucijadas entre ellos tienen una temporalidad cercana. Hay que tomar definiciones ahora para que los desarrollos posteriores respondan a estrategias definidas conscientemente en función de un modelo integral. E impidan que sean las lógicas de mercado, los intereses económicos, las implicancias y los estereotipos culturales asociados al modelo asistencialista e hiperespecializado, quienes generen hechos consumados difíciles de revertir.

De los talleres realizados por OPP con referentes en el tema surgen como líneas prioritarias de incorporación de tecnologías:

- a)** La Historia Clínica Electrónica es un paso sustantivo para mejorar la calidad de la atención. La HCEN ha permitido recolectar un creciente conjunto de datos de pacientes. A través del modelado predictivo utilizando datos de la HCEN se podrán mejorar los desenlaces de los pacientes tanto en enfermedades crónicas como agudas. Algunos de los procedimientos que se incluyen son: algoritmos de atención, diagnóstico y tratamiento; algoritmos de medicina basada en la evidencia; triage estructurado en emergencia tanto pediátrica como de adulto.
- b)** La Telemedicina. La Organización Mundial de la salud (1988) la define como una forma de distribución de servicios de salud donde los profesionales de la salud usan tecnología de comunicaciones para el intercambio de información. Un ejemplo son las Teleconsultas, Ate-

neos periódicos de formación continua, mayor acceso en imagenología permitiendo que los informes se realicen en cualquier lugar del mundo, etc.

c) Gestión hospitalaria a partir del análisis de datos masivos. Herramientas que ayuden a la gestión clínica y financiera de las empresas en el sector salud, y plataformas que den mayor seguridad a la información. Algoritmos que, analizando la historia clínica, los reclamos e incidentes adversos, los consumos, resultados y desenlaces clínicos, etc., puedan identificar patrones y comportamientos positivos en la calidad de atención o negativos como la sobreutilización de servicios hospitalarios, insumos, pruebas de imagen y medicamentos, etc.

d) Blockchain. Una tecnología utilizable para mantener la privacidad en el historial médico de cada persona, a la vez que simplificar todo el papeleo (Hospitales sin papeles).

e) Virtualización de los servicios asistenciales: cambios en la relación médico-paciente. Relacionada al proceso de digitalización de los servicios en salud, se busca romper con las barreras de accesibilidad, dotando de mayor autonomía al paciente en la gestión de su salud, generando un sistema más descentralizado. Un ejemplo son los Dispositivos de auto-monitoreo Continuo de los signos vitales de los pacientes que pueden enviar alertas al personal sanitario cuando se produzca un cambio en la condición de éstos.

f) Automatización de los procesos y diagnósticos médicos. Utilización de los datos clínicos de los pacientes mediante algoritmos que permitan realizar diagnósticos más precoces y suministrar tratamientos más eficientes. Mejores herramientas físicas (robótica) para el ejercicio de los servicios médicos. Se prevé que el uso de la robótica se expandirá rápidamente sobre todo en el área quirúrgica.

g) Big data. Movimiento hacia la medicina basada en la evidencia, que involucra el uso de datos clínicos con el fin de realizar medicina analítica.

La tecnología desarrollada en función de un abordaje integral de la salud puede posibilitar nuevos modelos de redes de atención a través de plataformas colaborativas con registros de las consultas, descentralización de la atención y de los servicios de salud, mayor autonomía del paciente en la gestión de su salud, capacitación a distancia para los equipos de primer nivel, capacitación a los usuarios individuales o en grupos sobre buenos hábitos de salud con un enfoque preventivo, abatir las barreras de accesibilidad acercando la consulta al paciente. También pueden permitir simulaciones a nivel de modelos predictivos, para la toma de mejores decisiones, desarrollo de interdisciplinas e involucramiento de nuevos profesionales al sector.

Seguramente la incorporación de tecnología reduzca o elimine puestos de trabajo en algunas áreas de la atención de salud y se requiera una reconversión laboral hacia puestos más acordes a las exigencias actuales de una atención integral.

También cabe recoger las preocupaciones por la posibilidad de deterioro del vínculo entre médico y equipo de salud con los usuarios a partir del predominio de determinadas tecnologías que insumen tiempo y dedicación de parte de los técnicos, debilitando la relación médi-

co-paciente y el trato humanizado.

El acceso amplio de la población a información sobre salud y enfermedades a través de la web es una realidad actual que puede ser considerada un problema por su dispersión y baja calidad en algunos sitios, pero fundamentalmente es una nueva y poderosa forma de educación para la salud, de orientación y empoderamiento de los usuarios, si se actúa proactivamente para asegurar calidad y pertinencia, articulándola con los servicios y las políticas de salud.

Utilización de los medicamentos en la atención de salud

De forma asociada con el uso de la tecnología en el tema de la medicación existen dificultades para asegurar su utilización racional y eficiente en los tratamientos médicos.

Las políticas de la industria y la formación de los médicos han contribuido a asignar un rol central casi exclusivo a la medicación en el tratamiento de las enfermedades, subestimando otros recursos terapéuticos. Este estereotipo cultural implica a su vez desestimar los posibles efectos adversos de la medicación y estimular la polifarmacia, es decir el consumo de múltiples medicamentos, sin considerar sus interacciones. La experiencia muestra que el modelo de múltiples especialistas que atienden parcialmente a una persona se traduce en que una gran población de adultos mayores consume muchos medicamentos simultáneamente. Al mismo tiempo la automedicación es un problema actual incentivado por las políticas de publicidad de los laboratorios.

Asegurar una atención adecuada implica el acceso de toda la población a la medicación necesaria y eso se traduce a nivel país en el establecimiento de normas claras y la obtención de precios acordes. La prescripción por genéricos, la centralización de las compras, la existencia de producción nacional, son factores que influyen positivamente en ese acceso a la medicación necesaria. La creación del FTN Formulario Terapéutico Nacional es una buena política, cuya lista debe actualizarse permanentemente. El rol del Fondo Nacional de Recursos financiando tratamientos y medicación de alto precio es asimismo una experiencia destacable en el contexto internacional.

El rápido desarrollo de una industria privada de carácter multinacional de producción de medicamentos ha significado la inversión de una cantidad muy relevante de recursos en investigación, producción y mercadeo así como ganancias extraordinarias que superan a casi todas las demás ramas industriales. La enorme disparidad entre costos y precios es un factor a tener en cuenta. Hablamos de un actor con un enorme poder económico, político y sanitario a nivel mundial, concentrado en pocas empresas. La relativamente escasa participación de los Estados en las investigaciones aplicadas a la generación de nuevos fármacos e incluso muchas veces su incapacidad para realizar los estudios necesarios sobre su eficacia e inocuidad, contribuyen a ese poder. Los grandes avances en biotecnología e ingeniería genética abren muchas posibilidades para la fabricación de medicamentos. Pero sus efectos sobre la salud de la población dependen de cual sea la estrategia sanitaria, el modelo de atención y la existencia de regulaciones adecuadas por parte de la autoridad sanitaria.

Un capítulo especial de este tema lo constituye la medicación de alto precio para patologías

con muy escasa prevalencia, con resultados sanitarios sin comprobación o muy limitados efectos. La judicialización de la demanda en los últimos años es una tendencia que de continuar puede generar una afectación financiera importante al sistema, sin grandes efectos positivos en la salud, alterando por vía judicial las prioridades en materia de inversión y gasto. La ausencia de organismos con autoridad técnica reconocida por todos los actores institucionales y respaldo internacional, así como de normas legales que garanticen derechos regulando su ejercicio en esta materia, y la formación adecuada de los actores del Poder Judicial, son aspectos a considerar para modificar esta tendencia. Al mismo tiempo en la prolongación de la vida en casos terminales existen debates éticos que el país no ha dado. Cabe reafirmar la importancia de que el país realice un debate serio y resuelva democráticamente los criterios para el ejercicio de derechos que se traducen luego en decisiones sobre medicación de alto precio.

Estrategias de prevención y promoción de salud

La promoción de salud excede a los servicios de salud involucrando múltiples actores de distintos sectores. Sin embargo las instituciones de salud tienen un rol insustituible y jerarquizado en esta materia que el modelo asistencialista tradicional no ha desarrollado.

Uruguay tiene una gran riqueza en actividades de Promoción de la Salud de carácter intersectorial que recorren las distintas etapas del ciclo de vida. Esa multiplicidad de actividades se difunde y se conoce en mucho menor medida que su realización efectiva. El acceso a los medios de comunicación para su difusión no es sencillo. No se dispone de un ámbito para reunir esa información, ni para procesarla con indicadores comunes, que facilite su evaluación. No existe una red de aprendizajes para que las distintas experiencias contribuyan para el desarrollo de otras y la formación de la comunidad y el personal de salud.

Para que la sociedad incorpore, se apropie o construya los valores y las prácticas más favorables para su salud es necesario un gran proceso socio cultural que revierta la influencia de los factores negativos para la misma. Sin caer en actitudes paternalistas ni de medicalización de la vida de las personas. Podemos decir que en la actualidad se llevan a cabo actividades exitosas de promoción de salud porque se sostienen en el tiempo, involucran a diversos actores, promueven cambios culturales y sociales. Si evaluamos su impacto sobre los determinantes de salud/enfermedad hay que producir más información para poder analizarlo.

La lucha contra el tabaquismo ha tenido sin duda el impacto más relevante, demostrando que es posible cambiar hábitos arraigados y generar fuerte apoyo ciudadano. En otras áreas los avances no son tan significativos. En la actualidad el etiquetado frontal de alimentos por exceso de sodio, grasas y azúcares es una gran oportunidad para transformar los hábitos de alimentación hacia una mejor salud desde la infancia y en todo el ciclo de vida.

En materia de Promoción de Salud falta una planificación estratégica común que se traduzca en una Hoja de Ruta clara y abarcativa de las distintas líneas de acción. Para el sistema de salud una mirada prospectiva de mediano y largo plazo pone sobre la mesa la necesidad de jerarquizar las acciones de prevención y promoción, innovando, aprendiendo de las mejores

experiencias, utilizando todas las herramientas a disposición de los servicios sanitarios, articulando esfuerzos con el sistema educativo, con gobiernos locales y departamentales, con los movimientos sociales y comunitarios.

Alianzas intersectoriales a nivel nacional, departamental y local

Como señalamos anteriormente las estrategias de promoción de salud y prevención de las enfermedades requieren de acciones coordinadas entre distintos sectores. Cabe destacar que dichas formas de articulación deben incluir las acciones a nivel nacional, pero también departamental y municipal. Se trata de promoción de salud y prevención de las enfermedades y también de la construcción y funcionamiento de dispositivos conjuntos en el territorio.

Con el sistema educativo, los servicios de salud tienen experiencias innovadoras basadas en alianzas locales y dispositivos barriales que articulan salud, cultura, actividad física, educación, espacios públicos. Ej. SACUDE, centro barrial de carácter cultural, deportivo y de atención a la salud en el municipio D de Montevideo. La labor en cada área se potencia por la articulación y el abordaje conjunto, generando mejores resultados y mayor participación social comunitaria.

También cabe referir múltiples experiencias de Educación Para la Salud a través de la formación de promotores escolares de salud en Merienda Saludable, en salud bucal, en la lucha contra el Dengue. Destacan experiencias exitosas de educación innovadora junto a investigación relacionada con la salud como el Proyecto “Entre Bichitos- Microorganismos Eficientes Nativos MEN” de creación de mecanismos biológicos de control de la contaminación con coliformes en hogares y zonas sin saneamiento, por parte de alumnos de la Escuela 319 de la zona de Casavalle. Ganadores del premio de la Feria Departamental y Nacional de Ciencias y el premio de Educación Solidaria del Ministerio de Educación y Cultura. También merece mención el Proyecto “Pet Rescue Tala” de robotización para mejorar la prevención de leptospirosis en la localidad El Tala del Departamento de Canelones, por parte de estudiantes del liceo de esta localidad, ganadores del primer premio de robótica First Lego League (FLL) para equipos novatos, que se realizó en el marco de las Olimpíadas de Programación, Robótica y Videojuegos en Houston, Estados Unidos.

Teniendo en cuenta las tendencias en materia demográfica y epidemiológica adquiere fundamental relevancia la articulación del Sistema de Salud y el Sistema de Cuidados. La interfase entre ambos sistemas es de capital importancia para el logro de los fines de cada uno. La población infantil, los discapacitados y los adultos mayores son grandes prioridades para la salud como lo son para los cuidados. Más allá de las respuestas a las necesidades actuales en esta materia éste es un campo donde es imprescindible una visión estratégica que combine acciones y dispositivos con un enfoque de prevención y promoción.

El Art. 9 de la Ley 19.353 de creación del Sistema Nacional de Cuidados (27/11/2015), define “impulsar un modelo de prestaciones de cuidados integrales basado en políticas articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, intervención oportuna y, siempre que sea posible, la recuperación de la autonomía de aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia. Y promover la participación articulada y coordinada de prestado-

res de servicios y prestaciones de cuidados, públicos y privados”. Específicamente señala en su inciso G “Impulsar la descentralización territorial, buscando contemplar las necesidades específicas de cada comunidad y territorio, estableciendo acuerdos y acciones conjuntas con Gobiernos Departamentales y Municipales cuando correspondiere.”

En la misma perspectiva, la implementación de programas de prevención y reducción de las situaciones de dependencia previsto por el Decreto 427 / 2016 de aplicación de la Ley N° 19.353, aparece como un determinante importante de la sostenibilidad del SNIC. Este tipo de programas podría desarrollarse fuertemente en el país, en la medida en que operarían como estrategia de prevención y como mecanismo de regulación de la evolución de las necesidades y demanda social de atención que el SNIC debe atender, así como de la distribución de servicios que debe proporcionar. Según este Decreto en su artículo 30 “los Programas de Prevención y Reducción de las situaciones de dependencia tienen por finalidad prevenir, reducir, eliminar o retrasar la aparición de dependencia o adaptar el entorno para promover la autonomía de las personas en situación de dependencia. No se consideran servicios o prestaciones de cuidados en sí mismos, sino que constituyen acciones sectoriales, imprescindibles para la mayor autonomía de las personas en situación de dependencia.”

Para el desarrollo de esta estrategia es necesario producir un conocimiento mayor de las realidades, necesidades y capacidades existentes con miras a la implementación de redes locales de cuidados. Se requiere identificar activos territoriales y actores locales que puedan contribuir a los programas de prevención y reducción de las situaciones de dependencia. Paralelamente a su implementación es preciso evaluar las distintas experiencias y aprender de ellas. En la actualidad hay 10 “Centros de Día” del Mides en el Sistema de Cuidados.

En un sentido más amplio está la estrategia de ciudades y comunidades amigables con los adultos mayores, una orientación de la OMS que apunta a “aprovechar el potencial que representan las personas de edad para la humanidad”^[55] que se ha traducido ya en una Red Mundial y múltiples experiencias. Uruguay no es el primer país que debe abordar estos problemas y posibilidades. Teniendo en cuenta las diferentes realidades nacionales y regionales, es imprescindible aprender de esas diversas experiencias.

“Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”^[55].

Participación de los usuarios y las comunidades

Mientras el modelo asistencialista tradicional considera a los usuarios como objetos de los tratamientos médicos, las concepciones integrales de la salud jerarquizan la mayor participación o empoderamiento de los usuarios como colectivos y como personas. Este componente de protagonismo social fue importante en la formulación de políticas de salud desde la Conferencia de Alma Ata, luego en la Carta de Ottawa y en adelante en las distintas resoluciones de Conferencias Internacionales de OPS OMS hasta el más reciente informe del Comité de Alto Nivel de OPS “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”^[56].

“El informe ofrece un camino de acción en torno a la Atención Primaria de Salud, concebida como una estrategia integral para intervenir en los determinantes sociales y abrir espacios concretos para que las comunidades sean partícipes de los modelos de atención del siglo XXI” afirma Michelle Bachelet en la introducción del Informe de la Comisión de Alto Nivel (OPS 2019). “Asimismo, pone un foco sobre la manera en la que las relaciones sociales y las asimetrías de poder inciden sobre el ejercicio de los derechos de las personas, incluido el derecho a la salud” continua luego el Informe.

Modificar esas relaciones de poder desiguales pasa por una planificación participativa de acciones sobre problemas priorizados en cada nivel y por mayores mecanismos de control social. La organización de los usuarios y las comunidades ha sido uno de los principios del SNIS desde su fundación, con desarrollos y resultados heterogéneos y muchas experiencias valiosas. Los organismos de gobierno territorial del SNIS como Juntas Locales y Juntas Departamentales de Salud tienen representaciones sociales de usuarios y trabajadores y pueden cumplir un rol mucho más relevante en las políticas de salud y en el involucramiento de las comunidades en relación con su salud y cuidados.

La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables es una herramienta valiosa para articular esfuerzos de diversos actores locales, institucionales y sociales, generar complementaciones y sinergias, en el marco de una planificación territorial intersectorial, con fuerte participación de la comunidad.

Ese empoderamiento social es una de las garantías frente a intentos de retroceso en materia de políticas sanitarias y sociales. Al mismo tiempo puede ser un factor de sumatoria de fuerzas en las distintas encrucijadas que el país tiene de cara al 2050 en materia de tendencias sobre determinantes sociales y abordajes del sistema de salud.

El sistema de salud tiene todavía aspectos pendientes en materia de humanización del trato y de respeto a los derechos de los usuarios. El fortalecimiento del vínculo equipo de salud-usuario, una de las claves para obtener resultados positivos de la intervención sanitaria, pasa por ese reconocimiento de derechos y por un trato acorde.

Personal de Salud

La formación del personal es un elemento clave para una estrategia adecuada e integral de abordaje de la situación de salud de la población. Esto es así en la actualidad y mucho más lo será en una prospectiva al año 2050. Los distintos modelos de atención requieren y reproducen diferentes formaciones en el personal de los servicios de salud. La formación debe ser concebida como un proceso permanente a lo largo de toda la vida laboral de los trabajadores de la salud.

Resultan pertinentes en esa dirección los esfuerzos que, a instancias de los sindicatos, están realizando el Ministerio de Educación y Cultura, la ANEP y el Ministerio de Trabajo para que todos los trabajadores de la salud culminen la educación media superior. Y desde allí puedan realizar distintos desarrollos profesionales. Un capítulo importante en ese sentido es la profesionalización de los auxiliares de enfermería para incrementar la cantidad de licenciadas de enfermería en el sector.

A nivel de las diferentes profesiones involucradas en la atención a la salud es necesaria una política de formación que vaya desde los estudios de grado a la formación continua. El país no tiene una planificación en esta materia que defina la cantidad y el tipo de profesionales que se requerirán en el mediano y largo plazo en función de las perspectivas epidemiológicas. La rectoría en este tema está fragmentada entre el MSP, MEC y MTSS, faltan investigaciones que contribuyan a dar sustento a normas claras que establezcan las responsabilidades particulares y de conjunto de todos los actores.

En los últimos años la formación continua asociada al pago de una partida variable acordada en los Consejos de Salarios para todos los trabajadores del sector salud ha sido un paso relevante sin antecedentes a nivel nacional e internacional por su masividad. De continuarse en el tiempo, actualizando sus contenidos como hasta ahora y complementándose con jornadas de intercambio sobre la aplicación concreta de los conocimientos adquiridos, será una herramienta muy importante para la formación continua. Una mayor oferta de cursos de formación continua por parte de la UDELAR es asimismo una línea de trabajo imprescindible. Las Unidades Docente Asistenciales o los Cargos de Alta Dedicación son también pasos en una dirección correcta aunque necesitan evaluación, correcciones y rediscusión de sus perspectivas.

Como se ha señalado más arriba existe una distribución geográfica del personal de salud muy concentrada en Montevideo, aunque ha habido esfuerzos destacables de la UDELAR para descentralizar la formación profesional.

El Trabajo en equipo interdisciplinario es un nudo crítico para el personal de la salud. La interdisciplina es un deber desde la formación de grado, que sigue fragmentada por Facultad o Escuela, sin incorporar cursos comunes. La creación de equipos de trabajo y su funcionamiento regular es un aspecto que ha tenido desarrollos desiguales. En el sector público las experiencias de reunión regular, fijación de objetivos, evaluación de resultados han tenido mayor alcance que en el sector privado.

La salud de los trabajadores debe ser contemplada como un plano importante de las políticas de personal en el sector. Dicha salud incluye y va más allá de la posibilidad de sufrir un accidente o una enfermedad profesional sino que involucra las condiciones laborales y los hábitos y estilos de vida relacionados. La necesidad de políticas claras de prevención y promoción de la salud requiere medidas que mitiguen y prevengan la afectación de trabajadores y sus familias por las condiciones de trabajo, considerando, en particular, la situación de las mujeres trabajadoras que son la amplia mayoría del sector. El contacto con la enfermedad y la muerte, los horarios extremos o rotativos, el trabajo en feriados y fines de semana, los componentes técnicos y humanos de la atención, el amplio predominio femenino y la ausencia de un sistema de cuidados, son factores que afectan la salud y la vida de los/as trabajadores y sus familias.

Desarrollo de una agenda de investigación-acción en materia de salud

El país necesita una agenda nacional de investigación que profundice en las temáticas vinculadas a la salud de acuerdo con las perspectivas epidemiológicas previsibles articulando a la Academia (fundamentalmente la UDELAR), la autoridad sanitaria, el sistema de salud y sus

distintos actores, la cooperación internacional y las comunidades. Producir nuevos conocimientos es imprescindible para la elaboración y la puesta en práctica de las políticas públicas en campos tan complejos. Existen antecedentes como el convenio entre OPS y Facultad de Economía, la labor del Laboratorio de Ciencias Sociales de la Salud en Facultad de Medicina, instancias convocadas por OPP, iniciativas actuales como el llamado de CSIC a proyectos de inclusión social centrado en el sistema de cuidados. Pero en el conjunto todavía son esfuerzos aislados que no conjugan todos los actores necesarios, ni se articulan claramente como parte de la planificación estratégica y los objetivos definidos en la materia.

Rectoría del MSP y consolidación del SNIS

La generación de condiciones políticas, técnicas y económicas para una mayor Rectoría del MSP es un aspecto central para el desarrollo de todas las políticas. La separación de la Rectoría de la prestación de asistencia en salud a través de ASSE fue un paso significativo. La creación del Seguro Nacional de Salud (que incluye el Fondo Nacional de Salud FONASA) así como el establecimiento de Contratos de Gestión con cada Institución, la definición del Plan Integral de Atención a la Salud y el Formulario Terapéutico Nacional son herramientas para el ejercicio de la Rectoría. Además se están incorporando otras herramientas como la asociación de Metas Asistenciales con los Objetivos Sanitarios Nacionales. La creación de la Historia Clínica Nacional y su universalización en el próximo período son avances que potenciarán la capacidad de regulación y orientación por parte del MSP. La complejidad del Sistema, la cantidad de recursos que se utilizan, los diferentes intereses en juego, y los desafíos específicamente sanitarios requieren fortalecer la Rectoría.

Esta línea de acción es imprescindible y urgente y requiere la asignación de los recursos necesarios y la adopción de las decisiones políticas que corresponden.

Rectoría y gobernanza son dos aspectos complementarios que se necesitan mutuamente. Su interacción puede continuar reduciendo la fragmentación y segmentación del SNIS. Para ello se requiere el fortalecimiento de los organismos territoriales del SNIS generando diagnósticos locales, objetivos prioritarios, planes de acción conjuntos, rendición de cuentas pública, resultados sociosanitarios adecuados a cada realidad. Implementar instancias periódicas de reflexión, evaluación, debate sobre las políticas de salud a través de Conferencias, Foros, Diálogos Nacionales permitiría una amplia participación en procesos colectivos de intercambio, producción de conocimientos y compromisos.

Conclusiones

A riesgo de simplificar estructuras y procesos complejos vale sostener que el modelo curativo y asistencialista hegemónico, subestima la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, atendiendo solo a la demanda individual frente a la enfermedad, con un uso acrítico de la tecnología y la medicación, identificando calidad con tecnología. Este modelo concentra saberes y poderes, generando una relación autoritaria sobre los usuarios y una deshumanización de la atención en salud. Hay una sobre-intervención técnica hacia los cuerpos de las personas, relacionada con el lucro de algunos actores, concentrando re-

cursos en forma asimétrica, pudiendo afectar la sustentabilidad del sistema sanitario. Es un modelo que deja de lado la salud mental y la salud bucal, no promueve el trabajo en equipo y presta poca atención a la salud de los propios trabajadores de la salud. Es hospitalocéntrico, posterga el primer nivel de atención, con una concepción que se limita a la labor aislada de cada efector sobre sus afiliados y del sistema sanitario aislado de otros sectores.

Por otro lado un modelo integral basado en Redes Integradas de Servicios de Salud pone el énfasis en la prevención y promoción y en la acción sobre los determinantes de la enfermedad y de la salud. Supera la mera atención a demanda y desarrolla programas y planes de salud. Promueve un uso racional de la tecnología y los medicamentos. Considera a la familia y la comunidad como sujetos y organiza la atención en base a una definición de población y territorio. Promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, el reconocimiento de los distintos saberes, el análisis crítico y colectivo, la definición participativa de planes y objetivos. Relaciona calidad con capacitación continua y buenos vínculos con los usuarios, a quienes reconoce saberes y poderes, promoviendo su participación en las políticas de salud. Jerarquiza los aspectos éticos involucrados en la salud, promueve la bioética. Impulsa la democratización de las políticas de salud. Desarrolla formas de complementación entre efectores para optimizar recursos, con trabajo en red y planes discutidos con la comunidad. Lleva adelante alianzas entre el sector salud, el sistema educativo, los gobiernos locales, el deporte, la cultura y la comunidad, con un enfoque intersectorial y participativo.

La realidad siempre es más rica y heterogénea que cualquier modelo, pero la contraposición de modelos y estrategias son parte de los debates y las contradicciones que tienen los sistemas de salud. Con más razón cuando se piensa en una perspectiva de varias décadas hacia el futuro.

7| Recomendaciones de políticas a llevar adelante

En el actual escenario demográfico el envejecimiento saludable pasa a ser un objetivo estratégico para toda la sociedad que nos obliga a replantearnos la salud, a rediseñar los sistemas de salud y promover políticas intersectoriales activas sobre los determinantes sociales, ambientales, económicos de la salud. Hay dos aspectos fundamentales en esta mirada prospectiva: el abordaje de los determinantes socioculturales de la salud y las transformaciones necesarias en el sistema de salud con énfasis en el cambio del modelo de atención.

Recomendaciones sobre los determinantes estructurales

Las tendencias mencionadas no son inexorables y por el contrario dependen de las políticas y acciones de los distintos actores involucrados. Es imprescindible el desarrollo de políticas públicas fuertes y coherentes en cada uno de los determinantes mencionados.

En materia de alimentación saludable la implementación del etiquetado frontal es una instan-

cia fundamental para promover un cambio cultural hacia la promoción de alimentación saludable. La regulación de la publicidad, la prohibición de la publicidad engañosa y la dirigida a la infancia y la aplicación de tasas o impuestos a los productos con altos niveles de sodio, grasas y azúcares son asimismo medidas a implementar en una estrategia integral. Dicha estrategia debe incluir la creación de un Sistema Nacional de Alimentación que articule las instituciones nacionales, departamentales y municipales así como los actores sociales involucrados a través de una Ley Marco de Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional. Es importante el estímulo a la producción familiar de alimentos tanto en lo agropecuario como en la pesca artesanal, generando alianzas público-privadas y agro-cadenas, apoyando el desarrollo de huertas urbanas, huertas escolares y huertas comunitarias, implementando el Plan Nacional de Agroecología. La producción de alimentos debe asegurar la sustentabilidad de los recursos naturales y evitar la contaminación ambiental, articulándose con las políticas referidas al Cambio Climático y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Deberá reducirse la cantidad de pérdidas y desperdicios a lo largo de toda la cadena productiva, a través de un Programa Nacional de Residuos de Alimentos que ponga el énfasis en reducir, rediseñar, reutilizar y reciclar.

En relación con el tabaquismo se recomienda la continuidad de la estrategia aplicada, manteniendo una actitud vigilante frente a nuevas tácticas de la industria para promover sus productos. La población femenina debe ser considerada en campañas específicas que apunten a abatir el tabaquismo.

El consumo problemático de alcohol y la dependencia, la ingesta desde edades tempranas y la baja percepción del riesgo, requieren una política pública clara de prevención. La regulación de la oferta es un aspecto insoslayable. Es recomendable jerarquizar esta política para lograr superar los obstáculos culturales, económicos y políticos que no han permitido su desarrollo.

La promoción de actividad física saludable para reducir el sedentarismo exige seguir aumentando sustantivamente la disponibilidad de espacios públicos integradores y equipamientos que faciliten la accesibilidad de toda la población, en todos los barrios y localidades. El estímulo al uso de la bicicleta como medio de transporte y el desestímulo del automóvil individual son parte de esa estrategia. La implementación de normativas que establezcan la obligatoriedad de la actividad física en los más diversos ámbitos o instituciones, ya ha tenido avances en los centros educativos pero debe generalizarse en ese plano y en otros espacios como los laborales. Es recomendable la amplia incorporación de tecnologías innovadoras para el estímulo de los hábitos saludables mediante dispositivos electrónicos que registran parámetros biológicos, preservando la autonomía de las personas respecto a su uso y evitando una medicalización de la vida cotidiana.

El cuidado del medio ambiente implica una política que actúe sobre los modelos productivos, sobre el desarrollo urbano y sobre los hábitos de consumo individuales y familiares. Es preciso un cambio cultural que estimule la reutilización y el reciclado de los bienes de consumo. En todos los casos la educación es un factor decisivo, concebida con múltiples agentes, con alianzas y sinergias entre sí y una relación fuerte entre valores, conceptos y acciones.

La articulación entre los tres niveles de gobierno es un componente imprescindible en cada una de estas políticas. Las dimensiones nacionales no agotan su desarrollo sino que se integran con las dimensiones territoriales mediante planes locales o regionales elaborados en forma intersectorial y participativa. La rendición pública de cuentas y las evaluaciones periódicas con amplia participación permiten retroalimentar la planificación y visualizar los logros y pendientes.

En una prospectiva al 2050 un elemento destacable es la agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Recomendaciones sobre el modelo de atención

Las políticas intersectoriales de fuerte carácter preventivo y de promoción de salud deben complementarse con las transformaciones necesarias del sistema de salud para brindar una atención integral. Es de destacar que el Informe “Cuidados de Largo Plazo: El Desafío para las Américas” ⁽⁶⁾ afirma que la discapacidad y la dependencia de cuidados son prevenibles en gran medida y esa debe ser una prioridad de los sistemas y servicios de salud. OPS remarca que esto no está dentro las prioridades de los países de la región actualmente.

La articulación de los servicios de salud junto con los sistemas de cuidados para contribuir a prevenir las condiciones de dependencia es un gran desafío conjunto. El financiamiento con criterios de justicia y eficiencia de estas políticas es una condición indispensable para garantizar el acceso de las personas que padecen dependencias crónicas o transitorias y necesitan cuidados de largo plazo ⁽⁶⁾.

Para definir en qué consisten los cambios necesarios del modelo de atención recurriremos a 11 ejes desarrollados anteriormente que se presentan aquí como recomendaciones de políticas públicas:

1. Estrategia, objetivos sanitarios nacionales

Implementar una estrategia proactiva, basada en un conocimiento sistemático de la situación de salud de la población, en lugar de la mera atención a demanda frente a la enfermedad. La evaluación de los ODS 2015-2020 y la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales hacia el 2030 son herramientas poderosas de planificación, que además de orientar las opciones de política pública pueden ser un gran movilizador de actores a nivel intersectorial y en el territorio, con la mediación de una voluntad política clara al respecto.

2. Adecuación territorial del sistema de salud

Promover la descentralización territorial en base a una estrategia de APS que asegure la adscripción de población a equipos de salud con enfoque familiar y comunitario, insertos en unidades asistenciales de Primer Nivel con diferentes grados de complejidad. De esta manera se genera un elemento facilitador del seguimiento, la humanización de la atención y la continuidad asistencial. Los sanatorios y hospitales de alta complejidad se integran a la

estrategia de APS como centros de referencia para resolver patologías complejas y albergar servicios de diagnóstico y tratamientos que para ser eficientes deben estar concentrados, sin perjuicio de que puedan mantener una base territorial. Particular atención merece la racionalización de los sistemas de urgencias, emergencias y traslados hacia su articulación en un Sistema Nacional Integrado de Emergencias.

3. Capacidad resolutoria del Primer Nivel y Atención Especializada

Superar un Modelo de atención basado en una multiplicación cada vez mayor de la cantidad y la variedad de especialistas. Esta es una espiral sin fin, que fragmenta las personas por órganos o patologías además de ser cara y desigual en accesibilidad. Por el contrario se trata de trabajar para alcanzar una mayor capacidad de resolución de los equipos básicos de salud, con adecuada formación continua e interacción eficiente con los demás niveles.

4. Tecnologías de la salud

Promover el uso racional de tecnologías innovadoras hacia un modelo integral de atención. Se debe asegurar la continuidad entre los mecanismos de evaluación de tecnología sanitaria y la toma de decisiones para su incorporación al PIAS y el monitoreo de la implantación. El uso acrítico de la tecnología concentrada en el segundo y tercer nivel de atención no garantiza más calidad de atención y en cambio incrementa en forma extraordinaria los costos, dado el carácter oligopólico de este mercado. Concebida con carácter sistémico debe promoverse una mayor complementación de los recursos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad, implementando los Centros de Referencia con una planificación adecuada. Entre las líneas actuales de incorporación de tecnologías aparecen la Historia Clínica Electrónica, la telemedicina, la virtualización de la relación servicio/paciente, la mayor automatización de procesos y diagnósticos, la gestión a través del análisis de datos masivos, el Big Data; también los dispositivos personales de registro de parámetros biológicos pueden contribuir en el campo de la detección precoz y el tratamiento oportuno, particularmente en el área cardiovascular. Es imprescindible implementar una política nacional de incorporación, creación y revisión de tecnología, con un robusto soporte normativo.

5. Acceso y uso racional de los medicamentos

Eliminación de barreras económicas y administrativas para que los pacientes accedan en forma oportuna a los medicamentos integrados al FTM, asegurando continuidad y oportunidad de los tratamientos. La política de medicamentos debe asegurar una utilización racional en lugar del estímulo a la polifarmacia; fortaleciendo la educación médica continua y facilitando el discernimiento informado de la población. Importa controlar el uso de antibióticos para minimizar la aparición de la resistencia antimicrobiana. Se debe prevenir el uso indiscriminado de psicofármacos y particularmente evitar la medicalización de la infancia. Otro aspecto clave es el acceso del país a medicamentos con precios adecuados, con fortalecimiento de las estrategias de regulación de precios, compras conjuntas, entre otras. Consolidar un sistema de regulación del acceso a la medicación de alto precio que asegure el derecho al acceso en situaciones justificables evitando la injerencia de intervenciones judiciales sin un fundamento

científico sólido, con un amplio debate para generar los consensos sociales necesarios.

6. Abordaje integral de la salud

Asegurar la integralidad del abordaje de la salud fortaleciendo la promoción de salud en el marco de una estrategia de APS así como la rehabilitación. El involucramiento de las instituciones del SNIS, las comunidades y personas en la gestación de mejor salud es un objetivo deseable y posible, susceptible de alcanzar. Se trata de aprender de lo que se ha hecho bien e innovar para promover líneas de promoción y prevención a nivel individual, grupal y comunitario, utilizando eficazmente las nuevas tecnologías de comunicación (por ejemplo, Ceibal o Ibirapitá). Se deberá mitigar la tendencia a las acciones disgregadas sin planificación ni compromiso institucional de los efectores.

En el campo de la cobertura de prestaciones, es relevante que el país disponga de un plan de beneficios muy amplio. El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) incluye prestaciones de baja, mediana y alta complejidad, accesibles a toda la población con cobertura del SNIS. Se deberá avanzar hacia el 2050 en la Integralidad ampliando el conjunto prestaciones del PIAS en salud bucal y salud mental. El Plan Nacional de Salud Mental en el marco de la ley 19.529 debe abordar la promoción del bienestar psicológico y la salud mental como componente inseparable de la salud (Ley N°18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2007). El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, coordinando desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad, con un abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

7. Intersectorialidad de la política pública en salud

La conformación de alianzas intersectoriales a nivel nacional, departamental y local es cada vez más un componente esencial de las políticas de salud. En particular con el sistema educativo, con el sistema de cuidados, las políticas ambientales, de vivienda, convivencia, empleo. El entramado comunitario y la sociedad civil organizada tienen un rol fundamental en estas políticas y planes.

8. Participación social y humanización de los servicios de salud

Es relevante consolidar una mayor participación o empoderamiento de los usuarios como colectivos y como personas. Eso incluye a) Planificación participativa sobre problemas priorizados en la base territorial y en los ámbitos institucionales, estimulando el más amplio involucramiento de la población; b) Fortalecer los mecanismos de control social y la transparencia de las instituciones ; c) Humanización del trato, respeto a los derechos de los usuarios y a su capacidad de decisión sobre la atención que reciben ; d) Fortalecimiento del vínculo equipo de salud con pacientes, familias y comunidades, sobre la base de tiempos de atención adecuados y la continuidad de los cuidados.

9. Formación del personal de salud

La formación del personal de salud debe considerar el modelo integral de abordaje de la salud, adecuando los planes de estudio de grado y posgrado, en el marco de un Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud asegurado por un blindaje normativo. Se deberá priorizar la formación continua a lo largo de todo el desempeño laboral y estimular la profesionalización, en especial en el área de enfermería. Adecuar la distribución geográfica del personal es una condición para el acceso equitativo a la atención, que requiere una planificación coordinada entre instituciones formadoras, efectores de salud y ámbitos rectores del MSP. El trabajo en equipo interdisciplinario es esencial para una atención de calidad, con formación adecuada, regularidad en el funcionamiento, planificación específica, estilos más colaborativos y menos autoritarios. Favorecer la formación de los profesionales asegurando su interfase con distintos sectores poblacionales sin discriminación de clase ni territorio.

10. Agenda de investigación

El desarrollo de una agenda de investigación-acción en materia de salud, que articule academia con sistema de salud y comunidades, es imprescindible para producir nuevos conocimientos que contribuyan a la orientación adecuada de las políticas. Es necesario articular los avances en la HCEN con la producción de conocimientos, preservando la confidencialidad de los datos personales de los usuarios. Se debe superar un esquema biologicista abordando también los aspectos socio-culturales, incluyendo las ciencias sociales y la articulación de las metodologías cuantitativa y cualitativas, en la investigación.

11. Rectoría y consolidación del SNIS

La Rectoría del MSP y la consolidación del SNIS son elementos imprescindibles para avanzar en los puntos anteriormente mencionados y en toda prospectiva de la salud. Los sistemas de información y vigilancia epidemiológica podrán potenciarse mediante la utilización de la HCEN para fortalecer la toma de decisiones en el diseño y monitoreo de las políticas y planes de salud incluyendo respuestas rápidas a patologías emergentes, o las enfermedades transmisibles y vectores.

La proyección a largo plazo de los desafíos sanitarios exige continuar abatiendo la fragmentación y segmentación del SNIS. En particular implica el fortalecimiento de los organismos territoriales del SNIS para generar diagnósticos locales, objetivos prioritarios, planes de acción conjuntos, rendición pública de cuentas, y resultados sociosanitarios que corrijan las desigualdades en los distintos grupos poblacionales.

Fortalecer los organismos de fiscalización y control en una magnitud compatible con la inversión que realiza el país en salud que hoy es del orden del 9% del PBI. Consolidar la regulación del sector público y privado del SNIS y profundizar los mecanismos de control y monitoreo del cumplimiento de los lineamientos de la Autoridad Sanitaria Nacional, tanto a nivel de prestadores como en el campo de la intersectorialidad.

En síntesis, las políticas públicas de salud deben jerarquizar la construcción de un modelo

integral que responda a una estrategia de APS basada en Redes Integradas de Servicios de Salud. Este modelo pone el énfasis en la prevención y promoción y en la acción sobre los determinantes de la enfermedad y también de la salud. Supera la mera atención a demanda y desarrolla programas y planes de salud. Regula y promueve un uso racional de la tecnología y los medicamentos. Considera a la familia y la comunidad como sujetos y piensa la atención en base a una definición de población y territorio. Promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, el reconocimiento de los distintos saberes, el análisis crítico y colectivo, la definición participativa de planes y objetivos. Relaciona calidad con capacitación continua y buenos vínculos con los usuarios, a quienes reconoce saberes y poderes, promoviendo su participación activa en las políticas de salud. Jerarquiza la humanización de la atención, la bioética e impulsa la democratización de las políticas de salud. Desarrolla formas de complementación entre efectores para optimizar recursos, con trabajo en red y planes discutidos con la comunidad. Lleva adelante alianzas entre el sector salud, el sistema educativo, los gobiernos locales, el deporte, la cultura y la comunidad, con un enfoque intersectorial.

Referencias bibliográficas

1. DP/OPP. Escenarios Demográficos Uruguay 2050. En Serie de divulgación "Hacia una Estrategia Nacional de Desarrollo, Uruguay 2050". Volumen III. Disponible en http://200.40.96.180/images/2257_Escenarios_demograficos_Uruguay_2050-_web.pdf
2. FNR. Informe del Programa de Salud Renal 2016 (2016). Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/programas/informe_renal_2016.pdf
3. ADI/Bupa, La demencia en América: el coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia. ADI, 2013. Disponible en: <http://alz.co.uk/research/world-report>
4. MSP. Informe de la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. Montevideo: MSP, 2016. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf
5. Amarante V., Vigorito A. Evolución de la pobreza en Uruguay. Montevideo: INE, 2007. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Informe+final+pobreza+y+desigualdad.pdf/aecc610e-731b-44fc-a4ce-f6a5124c67c6>
6. OPS. Cuidados de largo plazo: el desafío para las Américas. Washington D. C.: OPS, 2019.
7. Segundo informe de consultoría. Sistemas de protección social ante los desafíos del Uruguay al 2050. Factor Salud, Seguridad Social y Políticas Sociales. Hacia una agenda de debate (documento no publicado).
8. INE. Variables estadísticas relevantes durante el siglo XX. Tomo 2. Componentes del cambio poblacional. Montevideo, 2001. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/Variab+Estad%C3%ADsticas+Relevantes+Durante+el+Siglo+XX+-+2+Componentes+del+Cambio+Poblacional.pdf/726ebdd-192e-4905-8b46-37a34a3e9c80>
9. OPS. Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas. OPS: 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51543>
10. Bergström A, Pisani PM, et al. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. IJC Volume 91, February 2001; 421-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11169969>
11. MSP. Interpelaciones y respuestas a las enfermedades No Transmisibles en Uruguay. Montevideo: OPS, 2018. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=618-interpelaciones-y-respuestas-a-las-enfer-

medades-no-transmisibles-en-uruguay&category_slug=publications&Itemid=307

12. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer. <https://www.comisioncancer.org.uy/categoria/Registro-Nacional-de-Cancer-14> [consultado octubre/2019]
13. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anfamed*. 2017 Jul; 4(1): 7-161. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542017000100007&lng=es
14. Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical Activity and Cancer Prevention: Etiologic Evidence and Biological Mechanisms. *The Journal of Nutrition*, Volume 132, Issue 11, November 2002, Pages 3456S–3464S, <https://doi.org/10.1093/jn/132.11.3456S>
15. ATSDR. Resúmenes de Salud Pública – Cadmio (Cadmium). Disponible en: https://www.atsdr.cdc.gov/es/phs/es_phs5.html
16. MSP. Cambio climático y salud. Perfil Uruguay. OPS, 2009. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-salud-y-ambiente&alias=26-cambio-climatico-y-salud&Itemid=307
17. Patel C, Brotherton JML, Pillsbury A, Jayasinghe S, et al. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? *Euro Surveill*. 2018;23(41):pii=1700737. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.41.1700737>
18. FNR. Efectividad de dos estrategias de reperfusión en el IAM bajo cobertura del FNR. Período Enero 2011 – Junio 2014. Unidad de Evaluación FNR. Albornoz H, Perna A, Saona G, Majó C, Gambogi R. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/pub_estr_reperf_iam
19. Camejo C, Legnani C, Gaye A, Arcieri B, Brumett F et al . Unidad de ACV en el Hospital de Clínicas: comportamiento clínico-epidemiológico de los pacientes con ACV (2007-2012). *Arch. Med Int*. 2015 Mar; 37(1): 30-35. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000100006&lng=es.L.
20. Ricagnia F, Ricagni Alvarizaa F, Machado F, Sandoya E. CAMCEL, FMED/UDELAR, Universidad CLAEH. Congreso Internacional de Medicina, 2018.
21. Subiza AK, Odriozola M, Ríos P et al. Riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica. *Revista Uruguaya de Cardiología*. Volumen 31: 2, 2016 Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000200005
22. Fontan L. La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *BIOMEDICINA*, 2012, 7 (1) 34 – 43). Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>

23. Peña Ayala AH et al. Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. *Reumato. Clin.* 2007;3 Supl 3:S6-12. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-prevalencia-factores-riesgo-osteoartritis-articulo-13111157>
24. Quiñones Pérez D. *Rev Cubana Med Trop* vol.69 no.3 Ciudad de la Habana: 2017
25. MSP. Informe sistematización de auditorías de sífilis 2016. Áreas programáticas: ITS-VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20si%CC%81filis%202016.pdf>
26. OMS. Cambio climático y salud. Nota descriptiva. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cambio-clim%C3%A1tico-y-salud>
27. Bardazano G, Caredio V, Cechi P, Ceretta J et al. Múltiples miradas a los medicamentos de alto costo: hacia una comprensión integral del tema. Universidad de la República. 2017.
28. OPS. Siniestros de tránsito y discapacidad, Washington D. C.: OPS, 2011. Disponible en: https://www.proyectomac.hc.edu.uy/images/m%C3%BAltiples_miradas_a_los_medicamentos_de_alto_costo-_hacia_una_comprensi%C3%B3n_integral_del_tema.pdf
29. UNASEV. Informe de siniestralidad vial. 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/datos-y-estadisticas/estadisticas/2018-informe-anual-siniestralidad-vial>
30. Valsangiacomo P, González F, Ruso L, Pérez Penco E, Vázquez R. Epidemiología del Politraumatizado Laboral. *Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery*, January-April 2013;2(1):37-44). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261713108_Epidemiologia_del_Politraumatizado_Laboral/citation/download
31. BSE. Monitor de accidentes laborales. Disponible en: <https://www.bse.com.uy/inicio/servicios/accidentes-del-trabajo/monitor-accidentes-del>
32. Nuñez S. Cuidado de personas con limitaciones. Análisis descriptivo de los resultados del censo de 2011. MIDES: 2013. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23305/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_limitaciones.pdf
33. Thevenet N. Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del Censo 2011. MIDES: 2013. Disponible en: http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/452/527_Thevenet_2013_Cuidados%20en%20personas%20adultas%20mayores.%20An%C3%A1lisis%20descriptivo%20de%20los%20datos%20del%20Censo%202011.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Holden BA et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from

- 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016 May;123(5):1036-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26875007>
- 35.** Gines A. Suicidio en el Uruguay. *Ser médico*, SMU. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias97/art16.htm>
- 36.** OPP. Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género. 2016. Disponible en: https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/Genero_salud.pdf
- 37.** OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- 38.** OPS. Informe de Salud de las Américas. Washington D. C.: OPS, 2017. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>
- 39.** OPS. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicancias para las políticas públicas. Washington D. C.: OPS, 2015.
- 40.** INTA - Universidad de Chile. Evaluacion de panel de expertos. Disponible en: <https://inta.cl/evaluacion-de-panel-de-expertos-nacional-e-internacional-revela-cambios-en-composicion-de-alimentos-y-conductas-de-las-personas-tras-implementacion-de-la-ley-de-etiquetado/>
- 41.** Secretaría Nacional de Deportes. Encuesta Hábitos Deporte y Actividad Física. 2016.
- 42.** MSP/INE/OPS/OMS/CDC (2018) Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. GATS. Montevideo mayo 2018. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/emta>
- 43.** OUD -JND (2014) VI Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2014. Disponible en: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-01/VI_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Ense%C3%B1anza_Media.pdf
- 44.** OUD -JND (2016) VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2016. Disponible en: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/20190225_JND_Encuesta_Nacional_sobre_consumo.pdf
- 45.** Poder Legislativo. Ley 19855. Marco Regulatorio del Consumo Problemático del Alcohol. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19855-2019>
- 46.** T. Babor et al. El alcohol, un producto de consumo no ordinario. OMS: 2010. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2836>
- 47.** UNASEV. Evidencias e implicancias del binomio alcohol-conducción en Uruguay. Montevideo: UNASEV, 2015. Disponible en: <https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/>

sites/unidad-nacional-seguridad-vial/files/2018-11/2015_Alcohol%20y%20conducci%C3%B3n%20en%20Uruguay.pdf

48. OEA-CICAD. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. 2019. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
49. OMS. Segunda edición del informe: Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. 2016. Disponible en: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf
50. Colacce M, Manzi P, Tenenbaum V. Gasto público social en la infancia y adolescencia en el Uruguay. Montevideo: CEPAL-UNICEF, 2017. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/42229>
51. UNICEF Uruguay. Poner fin a la pobreza infantil en Uruguay. Un objetivo posible para la política pública. Montevideo: UNICEF, 2017. Disponible en: https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=181
52. OPS. Sistemas de Salud y Cuidados a Largo Plazo en Poblaciones de Adultos Mayores. Desarrollando una Respuesta Efectiva de la OPS en las Américas. Grupo Asesor Ejecutivo de la Directora. Abril 2, 2019 (informe no publicado).
53. MSP. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo: OPS, 2017: p. 20. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=531-objetivossanitarios-web2017&category_slug=publicaciones-comunicacion&Itemid=307
54. ASSE. Noticia sobre Proyecto Equity. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/Facultad-de-Enfermeria-y-ASSE-realizan-proyecto-de-investigacion-para-una-mejor-coordinacion-y-continuidad-asistencial-11562>
55. OMS. Ciudades Globales amigables con los mayores. 2007. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
56. OPS. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe del Comité de Alto Nivel de OPS. 2019. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y