

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020



HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

Junio 2016



**Ministerio
de SALUD**

AUTORIDADES

Ministerio de Salud Pública

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

Dra. Cristina Lustemberg
Subsecretaría de Salud Pública

Dr. Jorge Quian
Dirección General de la Salud

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

Sr. Humberto Ruocco
Dirección General de Secretaria

Ec. Arturo Echeverría
Junta Nacional de Salud

Dra. Adriana Breccia
Dirección General de Coordinación

Comité Coordinador Primera Etapa 2015

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

Colaboraron en la redacción del Documento Final OSN 2020

Dr. Winston Abascal
Dr. Rafael Aguirre
Dra. Lucía Alonso
Dr. Marcelo Barbato
Dr. Gerardo Barrios
Dr. Wilson Benia
Lic. TS Carla Bellini
Lic. Psic. Agustín Bergeret
Lic. Nut. Isabel Bove

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

Edición y Publicación

Departamento de Comunicación y Salud

Contenido

SIGLAS.....	6
OBJETIVOS Y METAS SANITARIAS CENTRADOS EN LAS PERSONAS, LA PERSPECTIVA DE DERECHOS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES.	9
OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y SUS DIMENSIONES OPERATIVAS.....	12
MATRIZ INTEGRADORA DE OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y METAS SANITARIAS 2020	16
OPCIONES DE INTERVENCIONES PARA EL LOGRO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS.	23
Objetivo Estratégico 1. FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO.....	23
CONSUMO DE TABACO	23
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	23
NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA	26
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	26
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	32
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	32
Objetivo Estratégico 2. DISMINUIR CARGA PREMATURA Y EVITABLE de MORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD	34
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PREVALENTES.....	34
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN. <i>CÁNCER.</i>	34
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN. <i>ENF. CARDIOVASCULARES, DIABETES Y RESPIRATORIAS</i>	36
MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL y PREMATURIDAD	39
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	39
MORBIMORTALIDAD POR VIH/Sida	41
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	41
VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES	43
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	43
SUICIDIOS	44

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	44
SINIESTRALIDAD VIAL	45
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	45
Objetivo Estratégico 3. MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCION DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA	48
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	48
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	48
HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y CESÁREAS.....	50
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	50
TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS Y VIH	52
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	52
DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA	55
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	55
DISCAPACIDAD en el CURSO DE VIDA.....	56
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	56
CUIDADOS PALIATIVOS	58
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	58
Objetivo Estratégico 4. CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD	61
BRECHAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	61
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	61
Objetivo Estratégico 5. AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS y LAS COMUNIDADES.....	64
SISTEMA Y SERVICIOS DE SALUD.....	64
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	64
ANEXOS.....	68
ANEXO1	68
ASPECTOS METODOLÓGICOS: PROCESO Y PARTICIPACIÓN	68
ANEXO 2.....	71

CARACTERIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS CRÍTICOS PRIORIZADOS	71
CONSUMO DE TABACO	71
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	72
NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA	81
SEDENTARISMO Y ACTIVIDAD FÍSICA	86
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	91
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PREVALENTES.....	94
MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL y PREMATURIDAD	109
MORBIMORTALIDAD POR VIH/Sida	111
VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES	120
SINIESTRALIDAD VIAL	132
SUICIDIOS	135
EMBARAZO ADOLESCENTE.....	139
HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y CESÁREAS.....	145
TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS Y VIH	149
DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA	160
DISCAPACIDAD en el CURSO DE VIDA.....	163
CUIDADOS PALIATIVOS	174
BRECHAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	176
SISTEMA y SERVICIOS DE SALUD	183
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA POR AREAS TEMÁTICAS.....	196
ANEXO 3.....	215
PARTICIPANTES EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL PROCESO DE DEFINICIÓN DE LOS OSN .	215
ANEXO 4.....	231
NORMATIVA VIGENTE VINCULADA A LOS OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES.....	231

SIGLAS

ACO	Anticonceptivos Orales
ACORN	Acute Care of at-Risk Newborns
ACR	Análisis Causa Raíz (Seguridad Paciente)
ACV	Accidente Cerebro Vascular
AMFE	Análisis Modal de Fallos y Efectos (Seguridad Paciente)
AMS	Asamblea Mundial de Salud
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ARV	Antirretrovirales
AVD	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
AVISIA	Años de Vida Saludables Perdidos
AVP	Años de Vida Perdidos
B-HCG	Subunidad Beta Hormona Gonadotropina Coriónica
BIRADS IV-V	Breast Imaging and reporting Data System (uso en mamografías)
BPA	Buenas Practicas Alimentación
BPN	Bajo Peso al Nacer
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CD	Clostridium Dificcile
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
CHSCV	Comisión Honoraria Salud Cardiovascular
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad
CIH	Comité Infecciones Intrahospitalarias
CIPU	Centro Industrial de Panaderos
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CMCT-OMS	Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.
CNHD	Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad
CNV	Certificado Nacido Vivo
COSEPA	Comisión Seguridad Paciente
CP	Cuidados Paliativos
ECMO	Oxigenación por Membrana Extracorpórea
EFSA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria
EMSE	Encuesta Mundial de Salud en Escolares
ENDIS	Encuesta Nacional Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos de Eventos Adversos (España)
ENT	Enfermedades No Trasmisibles
EO	Enfermedades Oportunistas
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EP	Equipo de proximidad
EPN	Equipo de primer nivel
ESPNA	Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención.
FTM	Formulario Terapéutico Medicamentos
GABA	Guías de Alimentación Basadas en Alimentos
HC	Historia Clínica
HCE-O	Historia Clínica Electrónica Oncológica

IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
IAE	Intento Autoeliminación
IIH	Infecciones Intra Hospitalarias
INACAL	Instituto Nacional de Calidad
INAU	Instituto del Niño y Adolescente Uruguay
INCA	Instituto Nacional del Cáncer
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
ITS	Infección Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria Embarazo
JND	Junta Nacional de Drogas
LM	Leche Materna
LE	Listas de Espera
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
NV	Nacidos Vivos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODH	Obesos, Diabéticos , Hipertensos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PAP	Prueba Papanicolaou
PCD	Personas con Discapacidad
PCDT	Programa conductores detección positiva de drogas en el tránsito
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud- Catalogo Prestaciones
PNA	Primer Nivel de Atención
PNPNE	Personas Publicas No Estatales
PNPNL	Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PPCCU	Programa Prevención Cuello Uterino
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad
PUP	Productos Ultra Procesados
RNC	Registro Nacional de Cáncer
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SANEA	Sistema Articulada de Notificación de Eventos Adversos
SAOS	Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño
SC	Sífilis Congénita
SERENAR	Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo Neuropsicológico
SIDA	Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
SIPPCCU	Sistema de Información del Programa de Prevención de Cáncer Cuello uterino
SIRPA	Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente
SND	Secretaría Nacional de Drogas
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TARV	Terapia Antirretroviral
TEP	Trombo embolismo pulmonar

TFE	Tetrafluoroetileno
TICs	Tecnología de la Información y Comunicación
TV	Transmisión Vertical
UAT	Unidad de Atención Temprana
UCC	Uruguay Crece Contigo
UPP	Úlceras Por Presión
VBGG	Violencia Basada en Género y Generaciones
VCT	Valor Calórico Total
VD	Violencia Doméstica
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana

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

LAS METAS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES, SE PROCESARÁN ANALIZANDO LOS DIFERENCIALES DE GÉNERO ENTRE VARONES Y MUJERES, EN TODOS LOS CASOS EN QUE LAS FUENTES DE DATOS LO PERMITAN.

OBJETIVOS Y METAS SANITARIAS CENTRADOS EN LAS PERSONAS, LA PERSPECTIVA DE DERECHOS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES.

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

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

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

Esto hace que el abogar por la defensa del Derecho a la Salud involucre el cumplimiento de otros derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, en la medida que las violaciones o falta de cumplimiento de éstos repercuten de forma directa y negativa sobre la salud y bienestar de las personas.

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

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

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

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

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

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

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

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

Esto supone abatir inequidades aún existentes, a la vez que potenciar la capacidad de resolución en especial del primer nivel de atención, con la utilización adecuada de recursos mejorando la satisfacción de los usuarios.

El MSP ha fijado cuatro grandes objetivos sanitarios que pone a consideración del conjunto de actores de la salud.

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y SUS DIMENSIONES OPERATIVAS

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

Cuadro 1. Formulación de los Objetivos Estratégicos. Uruguay. 2015-2020

OBJETIVOS ESTRATEGICOS				
1. FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO	2. DISMINUIR LA CARGA PREMATURA Y EVITABLE DE MORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD	3. MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA	4. CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD	5. AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS y LAS COMUNIDADES

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

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

Objetivo Estratégico 1. FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.1. Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.
- 1.2. Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física.

- 1.3. Reducción de la prevalencia de la anemia y el retraso del crecimiento en la primera infancia.
- 1.4. Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población.
- 1.5. Reducción de la prevalencia de los usos problemáticos de alcohol en la población
- 1.6. Reducción de la prevalencia de riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente, joven y adulta.
- 1.7. Prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por parte de los profesionales de la salud, y uso adecuado por parte de los usuarios.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2. DISMINUIR LA CARGA PREMATURA Y EVITABLE DEMORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD.

RESULTADOS ESPERADOS

- 2.1. Reducción de la carga de morbimortalidad de las ENT prevalentes
 - 2.1.1. Reducción de mortalidad precoz por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.
 - 2.1.2. Disminución de las complicaciones de la Hipertensión arterial.
 - 2.1.3. Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.
 - 2.1.4. Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes
 - 2.1.5. Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- 2.2. Disminución de la Mortalidad y morbilidad infantil neonatal enfatizando las causas vinculadas a la prematurez.
- 2.3. Reducción de la morbimortalidad por VIH Sida
- 2.4. Disminución de la morbimortalidad vinculada a la Violencia basada en Género y Generaciones
- 2.5. Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial.
- 2.6. Disminución de la incidencia de Suicidios

Objetivo Estratégico 3. MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA

RESULTADOS ESPERADOS

- 3.1. Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad–paternidad en adolescentes.
- 3.2. Humanización del parto institucional y reducción de la tasa de cesáreas.
- 3.3. Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH.
- 3.4. Reducción de la Prematureza expensas del componente prevenible.
- 3.5. Disminución de la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, y atenuación de la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.
- 3.6. Disminución de las discapacidades prevenibles y mayor acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud, con énfasis en los adultos mayores vulnerables.
- 3.7. Asistencia paliativa continua y de calidad, asegurada a todos los pacientes que deban recibirla y a sus familiares, en todas las etapas de la vida y en todo el territorio nacional.

Objetivo Estratégico 4. CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

- 4.1. Mayor seguridad del paciente en el ámbito hospitalario: mejores cuidados por parte del equipo de salud, control de las IAAS y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas.
- 4.2. Implementación de la Política nacional de comportamientos seguros.
- 4.3. Implementación de Estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permita una mejora continua.
- 4.4. Evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso.

- 4.5. Vigilancia de las IAAS con datos auditados.
- 4.6. Incorporación de Buenas Prácticas en base al conocimiento sistematizado, en diferentes áreas de atención.

Objetivo Estratégico 5. AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1. Mejora de los vínculos médico - paciente y equipos de salud – usuarios.
- 5.2. Fortalecimiento y resolutivez del primer nivel de atención potenciando el rol del médico tratante o de referencia, junto al equipo de salud del primer nivel.

MATRIZ INTEGRADORA DE OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y METAS SANITARIAS 2020

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES			
OSN 1. ALCANZAR MEJORAS EN LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN	OSN 2. DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN EL DERECHO A LA SALUD	OSN 3. MEJORAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE SALUD	OSN 4. GENERAR LAS CONDICIONES PARA QUE LAS PERSONAS TENGAN UNA EXPERIENCIA POSITIVA EN LA ATENCIÓN DE SU SALUD

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS			
Objetivos Estratégicos	Resultados esperados	Meta 2020	Línea de Base (Fuente de datos)
 <p>1. FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO</p>	1.1. Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.	Disminuir al menos un 20% los fumadores actuales en la población de 15 años y más. Aumentar el número de instituciones con cumplimiento de la normativa vinculada a espacios libres de humo.	<p>22.2% (ECH - INE. 2014)</p> <p>91.4% (Programa Control Tabaco. MSP. 2014)</p>
	1.2. Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física.	Ejecutar Plan Intersectorial de Alimentación Saludable y Actividad Física.	En proceso.
	1.3. Reducción de la prevalencia de la anemia y el retraso del crecimiento en la primera infancia.	Disminuir la anemia moderada a 5% de niños de 6 a 23 m. Disminuir el retraso de crecimiento a 3% de niños de 2 a 4 años.	<p>8.1% (Encuesta MSP-MIDES- RUANDI-UNICEF. 2011)</p> <p>4.4%(ENDIS. 2015)</p>
	1.4. Disminución del	Detener el aumento	<p><2 a. 9.6%</p> <p>2-4 a. 11.3%</p>

	sobrepeso y la obesidad en la población.	del sobrepeso y la obesidad en todas las etapas del curso de vida.	(ENDIS. 2015) 13-15 a. 27.2% (EMSE. 2012) 15-64 a. 58,5% (ENFRENT 2013)
	1.5. Reducción de la prevalencia de los usos problemáticos de alcohol en la población.	Avanzar en los procesos de mejora en la regulación del consumo de alcohol, en el marco de la comisión creada en la Presidencia de la República.	En proceso.
	1.6. Reducción de la prevalencia de riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente, joven y adulta.	Aumentar la percepción de riesgo sobre consumo de Cannabis.	16,6% (Encuesta Estudiantes. JND. 2011)
	1.7. Prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por parte de los profesionales de la salud y uso adecuado por parte de los usuarios.	Implementar un proceso normativo tendiente a aumentar el uso racional de psicofármacos.	En proceso.
2. DISMINUIR LA CARGA PREMATURA Y EVITABLE DEMORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD	2.1. Reducción de la carga de morbimortalidad de las ENT prevalentes.		
	2.1.1. Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.	Reducir las muertes por cáncer en menores de 70 años en un 4%.	122,54/100.000 hab. (Quinquenio 2009 – 2013. CHLCC)
	2.1.2. Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial.	Aumentar la captación precoz de hipertensos. Disminuir la proporción de egresos hospitalarios por complicaciones de la hipertensión	39.3% (% de hipertensos 15-64a. diagnosticados y/o tratados) (ENFRENT 2013) Egresos por complicaciones de HTA 347,89/100.000 hab.

		arterial.	
	2.1.3. Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.	Disminuir la mortalidad proporcional por cardiopatía isquémica entre los 30 a 69 años. Disminuir la mortalidad proporcional por ACV entre los 30 a 69 años.	6.93% (EV. MSP. 2014) 5.04% (EV. MSP. 2014)
	2.1.4. Disminuir las complicaciones crónicas de la diabetes.	Aumentar la captación precoz de diabéticos. Disminuir las complicaciones vasculares y/o neurológicas de la diabetes.	49.8% (% de diabéticos 15-64a. diagnosticados y/o tratados) (ENFRENT 2013) Egresos por complicaciones crónicas de diabetes 26,93/100.000 hab.
	2.1.5. Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Implementar un <i>Plan Integral de Atención al EPOC</i>	Pautas de tratamiento circunscriptas al ámbito académico.
	2.2. Disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal enfatizando las causas vinculadas a la prematurez.	Consolidar una tendencia decreciente de la mortalidad infantil neonatal.	Quinquenio 2010-2014 5,12/1000 NV (EV. MSP 2014)
	2.3. Reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida.	Reducir un 30% la tasa de mortalidad por Sida. Disminuir un 15% la incidencia de VIH. Aumentar a 90% la tasa de personas con VIH. diagnosticadas Aumentar la cobertura de TARV	5.3/100.000 hab. (EV. MSP 2014) 987 casos/año (DEVISA.MSP.2014) 70-75% (Spectrum. ONUSIDA. 2014)

		en personas con VIH	40% (Spectrum. ONUSIDA. 2014)
	2.4. Disminución de la morbilidad vinculada a la Violencia basada en Género y Generaciones.	Ejecutar el <i>Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional.</i>	Plan de Acción aprobado en inicios de ejecución.
	2.5. Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial.	Disminuir un 30% la mortalidad por siniestralidad vial. Implementar a través del SINATRAN un Registro Nacional de Lesionados a partir de la atención pre hospitalaria.	15.6/100.000 hab. (SINATRAN. 2014)
	2.6. Disminución de la incidencia de Suicidios	Implementar un <i>Plan de prevención de suicidios.</i>	17.4/100.000 Hab. (EV. MSP 2014)
3. MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA	3.1. Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad – paternidad en adolescentes.	Disminuir la TFE a 48.0/1000 NV en mujeres de 15 a 19 años. Disminuir a 22% la reiteración del embarazo en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años.	58.2/1000 NV (EV. MSP 2013) 26.7% (EV. SIP.MSP 2014)
	3.2. Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas.	Reducir un 10% las cesáreas evitables. Aumentar un 20% las mujeres nulíparas que recibieron preparación para el parto.	Tasa de cesáreas: 44.3 % Tasa de cesáreas evitables: 17.9% (EV.SIP.MSP 2014) 55% (SIP. MSP 2014)
	3.3. Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH	Reducir la tasa de incidencia de SC a menos de 0.5/1000 nacimientos. Mantener la tasa de transmisión vertical de VIH en menos de 2%.	2.3/1000NV (Auditoría SC. Áreas ITS-VIH Sida y SSR. 2014) 2.9%. (SIP. Áreas ITS-VIH Sida y SSR. 2014)

	3.4. Reducción de la Prematurez a expensas del componente prevenible.	Implementar un sistema de auditoria del 100% de los nacimientos prematuros.	En proceso.
	3.5. Disminución de la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, y atenuación de la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.	Disponer de una línea de base sobre la frecuencia de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años. Implementar un Plan de acción para la disminución de las alteraciones del desarrollo.	En proceso.
	3.6. Disminución de las discapacidades prevenibles y mayor acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud con énfasis en los adultos mayores vulnerables.	Diseñar y ejecutar un <i>Plan de accesibilidad para las personas con discapacidad en los servicios de salud</i> Diseñar y ejecutar un <i>Plan de prevención de la discapacidad.</i> Implementar un <i>protocolo de acción para mejorar la accesibilidad</i> de personas con obesidad mórbida, en los prestadores del SNIS.	En proceso.
	3.7. Asistencia paliativa continua y de calidad, asegurada a todos los pacientes que deban recibirla y a sus familiares, en todas las etapas de la vida y en todo el territorio nacional.	Alcanzar el 40% de cobertura de la población blanco como promedio a nivel de país.	25% (Área Cuidados Paliativos. MSP. 2014)
4. CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL	4.1. Mayor seguridad del paciente en el ámbito Hospitalario:	Alcanzar el 95% de las instituciones con internación, con COSEPAS y	CIH: 69%

DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD	mejores cuidados por parte del equipo de salud, control de las IAAS y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas.	CIIH funcionando según protocolo.	COSEPA: 77%
	4.2. Implementación de la Política nacional de comportamientos seguros.	Lograr el 80% de las instituciones prestadoras con acuerdo de comportamiento implementado.	15% (DECASEPA. MSP. 2014)
	4.3. Implementación de Estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permita una mejora continua.	Alcanzar el 80% de las instituciones con autoevaluación realizada.	66% (DECASEPA. MSP. 2014)
	4.4. Evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso	Obtener la línea de base de UPP, y descender el porcentaje de UPP en el SNIS. Implementar el reporte de Caídas con daño en internación, y descender el índice de Caídas con daño en internación, en el SNIS.	En proceso.
	4.5. Vigilancia de las IAAS con datos auditados	Implementar la auditoria del 100% de las bacteriemias reportadas.	En proceso.
	4.6. Incorporación de Buenas Practicas en base al conocimiento sistematizado, en diferentes áreas de atención.	Alcanzar 60 % de los prestadores integrales del SNIS acreditados y/o re acreditados en Buenas Prácticas.	En construcción
	5. AVANZAR HACIA	5.1. Mejora de los vínculos médico -	Incorporar los temas

<p>UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES</p>	<p>paciente y equipos de salud – usuarios.</p>	<p>de buenas prácticas y uso racional de los recursos en salud como elemento de calidad, en la agenda de los ámbitos de participación social.</p>	
	<p>5.2. Fortalecimiento y resolutivez del primer nivel de atención potenciando el rol del médico tratante o de referencia junto al equipo de salud del primer nivel.</p>	<p>Inclusión de indicadores en el componente variable de los contratos de gestión con las instituciones del SNIS.</p>	<p>En proceso.</p>

BORRADOR

OPCIONES DE INTERVENCIONES PARA EL LOGRO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS.

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

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

1

Objetivo Estratégico 1. FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO

CONSUMO DE TABACO

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

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

- 1.1. Puesta en funcionamiento de un mecanismo de coordinación multisectorial, integrado por distintos organismos públicos y privados, sociedades científicas y ONGs vinculados al control del tabaquismo en Uruguay.(Art. 5.2)
- 1.2. Uruguay tiene la decisión política de avanzar en los mecanismos que permitan evitar la interferencia de la industria tabacalera con las políticas de control de tabaco. Para ello se prevé:
 - 1.2.1. Establecer una manual de procedimientos dirigido a los distintos funcionarios de gobierno, de acuerdo a lo establecido en las directrices del art. 5.3 del CMCT-OMS. (Art. 5.3)
- 1.3. Analizar una Estrategia Nacional de Impuestos al tabaco, en concordancia con las Directrices del art. 6 del CMCT-OMS.
- 1.4. Uruguay ha avanzado en forma sustancial en la implementación de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, y la medida cuenta con gran

aceptación y cumplimiento por parte de la población. (Art. 8) Se propone promover avances en las siguientes áreas:

- Hoteles 100% libres de humo de tabaco
- Exteriores de escuelas y centros de salud
- Automóviles. Vinculado a presencia de niños.

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

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

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

1.6.2. Recolección de información y evidencia.

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

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

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

1.7.1. Diseñar un plan de comunicación

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

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

1.8.2. Capacitación de los inspectores.

1.8.3. Desarrollo de un manual de procedimiento de fiscalización.

1.8.4. Evaluación.

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

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

Área de intervención 2. Estrategia Nacional para Promover Cesación de Consumo de Tabaco

Líneas de Acción:

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

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

- 2.3. Acceso a tratamiento especializado en todos los servicios de salud fomentando la integración público/privado.
- 2.4. Actualizar guía de cesación de tabaquismo.
- 2.5. Difundir el ABC del abordaje de cesación de tabaquismo entre los médicos del primer nivel.
- 2.6. Promover la cesación del consumo de tabaco, con énfasis en poblaciones especiales como embarazadas.
- 2.7. Promover el acceso a policlínicas especializadas de cesación del tabaquismo como referencia.
- 2.8. Establecer una coordinación efectiva con los prestadores de salud, orientada a la formación del equipo de salud y evaluación de impacto (JUNASA – ASSE).

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

Líneas de Acción:

- 3.1. Instalación y capacitación de Comisión Interinstitucional con la finalidad de la aplicación del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos del tabaco. (Ley N. 19.259). Evaluar ampliación de la Comisión a otros organismos vinculados al área de control de tabaco.
- 3.2. Aplicación del art. 5.3 del Convenio Marco en el contexto de la Comisión para la Implementación del Protocolo.
- 3.3. Creación de centro de información. Seguimiento y localización. (Art. 8) (Art.9).
- 3.3.1. Mantenimiento de registros.
- 3.4. Registros de Licencias. (Art. 6) Sistema de control para:
 - 3.4.1. Elaboración de productos del tabaco y equipos de fabricación
 - 3.4.2. Importación o exportación de productos del tabaco y equipos de fabricación.(Art. 6 .1 del Protocolo)
 - 3.4.3. Venta al por menor de productos de tabaco.
 - 3.4.4. Cultivo comercial de tabaco.
 - 3.4.5. Transporte de cantidades comerciales o equipos de fabricación.
 - 3.4.6. Ventas al por mayor, intermediación, almacenamiento o distribución.(Art. 6.2 del Protocolo).
 - 3.4.7. Implementación, Centro de Información. (Art. 6.3) (Art. 8).
 - 3.4.8. Diligencia debida.
- 3.5. Ventas por Internet u otras formas vinculadas a las nuevas tecnologías. (Art. 11).
- 3.6. Reglamentación en zonas francas y tránsito internacional. (Art.12).
- 3.7. Infracciones. Análisis del alcance de la normativa vigente. Iniciativas legislativas. (Parte IV).

NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

Líneas de Acción:

- 4.1.** Actualización de Guías alimentarias y Guías de actividad física para:
- a) La población en general
 - b) Para grupos según ciclo de vida, con participación de socios estratégicos.
 - ✓ Mujer embarazada y en lactancia, incluyendo la valoración nutricional
 - ✓ Niña/os en edad pre-escolar
 - ✓ Niña/os en edad escolar
 - ✓ Adolescentes
 - ✓ Población adulta
 - ✓ Población de adultos mayores.
 - c) Para las personas con patologías seleccionadas.
- 4.2.** Publicación de la Norma de lactancia materna.
- 4.3.** Publicación de las Guías de:
- i. Alimentación complementaria
 - ii. Prescripción de sucedáneos de la leche materna
 - iii. Evaluación del crecimiento para menores de 5 años.
- 4.4.** Revisión y publicación de la Guía de Prevención de deficiencia de hierro.
- 4.5.** Diseño, aprobación y publicación de la Guía para el abordaje interdisciplinario (tratamiento y seguimiento) de niños con déficit nutricional.

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

Líneas de Acción:

- 5.1.** Capacitación de los equipos de salud y responsables en las siguientes áreas:
- i. El manejo de la prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro. (Suplementación con micronutrientes, clampeo oportuno del cordón, dieta rica en hierro, screening adecuado).
 - ii. Lactancia y alimentación complementaria.
 - iii. La evaluación del crecimiento del niño menor de 5 años.

- iv. El abordaje interdisciplinario del tratamiento y seguimiento de niños con déficit nutricional.
 - v. La mejora del crecimiento intrauterino. Protocolo de atención nutricional de la mujer embarazada. Consejería y valoración nutricional. Atención diferenciada para las mujeres con bajo peso y obesidad.
 - vi. Alimentación y actividad física para la población en general (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores) y para personas con: Obesidad; Diabetes; Enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, ACV); Hipertensión arterial; Cáncer y Osteoporosis.
 - vii. Alimentación y actividad física para adultos mayores y personas con discapacidad, incluyendo personal de casas de reposo, acompañantes, etc.
- 5.2.** Coordinación intersectorial para la capacitación de directores, maestros y personal que desarrolla tareas en servicios de alimentación escolar de centros enseñanza (escuelas y liceos) públicos y privados, en el fomento de la alimentación saludable en cumplimiento de la Ley 19.140
- 5.3.** Coordinación con el INDA con el apoyo de UCC y el Sistema de Cuidados del MIDES de la capacitación de los equipos interdisciplinarios de los centros de educación inicial (CAIF, INAU y privados) en el marco del CCEPI para el fomento de la lactancia, alimentación complementaria, dieta saludable y actividad física en cumplimiento de la Ley 19.140.
- 5.4.** Sensibilización en alimentación saludable y actividad física para:
- i. Cocineros, chef, gastronomos para unir los beneficios de una alimentación saludable a la defensa de la cultura culinaria con un enfoque de género.
 - ii. Profesores de educación física, directores técnicos, entrenadores de baby fútbol para que sean facilitadores para la creación de entornos de alimentación saludables.
- 5.5.** Promoción de la incorporación curricular de la temática en las Facultades de Medicina y Enfermería, Escuela de Parteras e ISEF, incluyendo contenidos de alimentación saludable y actividad física.

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

- 6.1.** Diseño intersectorial de estrategias de comunicación dirigidas a la población en general para alcanzar una alimentación más saludable y mayor actividad física.
- 6.2.** Difusión en:
- 6.2.1. Los medios masivos
- ✓ Radio y TV,
 - ✓ Redes sociales,
 - ✓ Buses,
 - ✓ Calle,

- ✓ Espectáculos públicos,
- ✓ Telefonía móvil,
- ✓ Plan Ceibal y Plan Ibirapitá

6.2.2. Instituciones:

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

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

Líneas de Acción:

En el Entorno de los centros educativos:

- 7.1. Fortalecimiento de los sistemas de fiscalización y control de la aplicación de la actual Ley 19.140 con participación activa de las Direcciones Departamentales de Salud.
- 7.2. Valorar el envío al parlamento de un artículo complementario a la Ley 19.140 de alimentación saludable en centros educativos, que restrinja la comercialización dentro de los mismos, de alimentos que no cumplan con los criterios establecidos por el MSP.
- 7.3. Actualización de los criterios para la definición de alimentos recomendados por el MSP y las formas de identificación de los mismos.
- 7.4. Diseño, implementación y certificación de Buenas prácticas de alimentación en centros educativos de Primaria, Secundaria y UTU.

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

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

En el Entorno de los servicios de salud:

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

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

- 7.7.** Articulación interinstitucional para el diseño de un Sistema de respuesta oportuna ante la inseguridad alimentaria en los hogares con mujeres embarazadas y niños pequeños.
- i. Establecimiento de criterios para la detección y prestación oportuna ante situaciones de inseguridad alimentaria, emergencias y riesgo nutricional.
 - ii. Unificación de las modalidades mejorando la calidad de la prestación.
 - iii. Fortalecimiento e implementación del seguimiento y evaluación de las prestaciones brindadas a la población.
- 7.8.** Articulación con los servicios de salud, centros de atención a la primera infancia, y programas de proximidad, de atención directa y territorial.
- 7.9.** Acciones de prevención de la contaminación ambiental que incidan en la bio disponibilidad de los nutrientes.

En Entornos de los centros urbanos:

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

En Entornos de los ámbitos laborales:

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

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

Respecto a los alimentos industrializados

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

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

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

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

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

Área de intervención 8. Control, Monitoreo y evaluación

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

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

8.2. Impulso y articulación de las siguientes encuestas poblacionales:

- i. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y. Desarrollo Infantil (ENDIS).
- ii. Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (15 a 64 años).
- iii. Encuesta mundial de salud en estudiantes (13 a 15 años liceos públicos y privados).
- iv. Encuesta de Gastos e Ingresos.
- v. Encuesta sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia (usuarios servicios de salud públicos y privados < 2años).

- 8.3.** Propuesta e implementación por la ANEP de un sistema de vigilancia incorporado al proyecto Gurí para conocer la situación de los escolares y adolescentes.
- 8.4.** Trabajo con el Congreso de Intendentes a efectos de que reorienten sus cuerpos inspectivos para el control de las normativas vinculadas a la alimentación.
- 8.5.** Fiscalización del cumplimiento del Código de comercialización de sucedáneos de la Leche Materna.
- 8.6.** Estimular los cursos y la emisión de certificados habilitantes de manipuladores de alimentos en las diferentes comunas.

BORRADOR

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

Líneas de Acción:

- 9.1. Desarrollar una estrategia para una regulación eficiente de la venta, publicidad, promoción y patrocinio del alcohol.
- 9.2. Desarrollar un plan para restringir la publicidad, promoción y patrocinio del alcohol
- 9.3. Elaborar contenidos en conjunto con el MEC, ANEP y la SND para la formación específica de docentes sobre el manejo adecuado de la temática del alcohol y su mejor abordaje en la institución educativa y la comunidad
- 9.4. Desarrollar una campaña de comunicación pública orientada a promover que los usuarios problemáticos de alcohol puedan tomar mayor conciencia de su situación y demandar ayuda de forma temprana y oportuna en el SNIS
- 9.5. Aumentar la eficacia y efectividad del plan de fiscalizaciones con espirometrías en la vía pública.
- 9.6. Implementar y fiscalizar el cumplimiento de la ordenanza 485 del MSP para adolescentes.
- 9.7. Capacitación para el abordaje oportuno y el desarrollo de intervenciones breves desde el primer nivel de atención en salud.
- 9.8. Capacitar al personal de salud para lograr una mejor identificación temprana, derivación y abordaje de la problemática, así como en un mejor registro de las lesiones en donde el uso problemático del alcohol haya sido un factor contribuyente.
- 9.9. Incluir en las actuales prestaciones de salud mental del PIAS el abordaje integral de los usos problemáticos de alcohol, con el MODO 3, asegurando la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.
- 9.10. Desarrollar un Protocolo de evaluación de la calidad de las prestaciones que se brindan en el SNIS para usuarios problemáticos de drogas.

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

Líneas de Acción:

- 10.1. Jerarquizar la participación del MSP en todas las instancias dispuestas según la Ley 19.172 y los Decretos correspondientes.

- 10.2. Desarrollar e implementar campañas de sensibilización y educación sobre los riesgos del uso de cannabis, especialmente dirigidas a la población adolescente y joven, en coordinación con otros actores gubernamentales.
- 10.3. Desarrollar una *Unidad especializada en el monitoreo y la evaluación* de la Ley 19.172 (Artículo 42), fomentando especialmente el desarrollo de investigaciones sobre los diferentes efectos del cannabis para la salud integral de las personas

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

Líneas de Acción:

- 11.1. Capacitar al personal de salud para lograr una mejor detección temprana, derivación y abordaje de la problemática, en conjunto con otros actores gubernamentales.
- 11.2. Desarrollar un Protocolo de intervención con requisitos mínimos para el abordaje adecuado del tema en el Primer Nivel de Atención de Salud, orientado a la prevención y la percepción del riesgo.
- 11.3. Incluir en las actuales prestaciones de salud mental del PIAS, el abordaje integral de los usos problemáticos de cannabis, con el MODO 3, asegurando la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

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

Líneas de Acción:

- 12.1. Implementar una estrategia de formación profesional para los equipos de salud y estudiantes avanzados de Medicina y Enfermería sobre el uso y prescripción racional de psicofármacos y estupefacientes, en alianza con los ámbitos académicos.
- 12.2. Control institucional a través de la fiscalización del cumplimiento de la normativa.
- 12.3. Monitoreo a través de la receta electrónica.

2

Objetivo Estratégico 2. DISMINUIR CARGA PREMATURA Y EVITABLE de MORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PREVALENTES

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN. CÁNCER.

Área de intervención **13. Prevención primaria del cáncer, con especial atención al cáncer de cuello uterino, los cánceres tabaco dependientes, de piel y colon.**

Líneas de Acción:

- 13.1.** Solicitar a los prestadores integrales públicos y privados un plan de acciones para proveer educación integral en salud sexual y reproductiva.
- 13.2.** Promover la capacitación del equipo oncológico en el asesoramiento para el tratamiento de la dependencia del tabaco con especial atención al consumo en la mujer y de acuerdo a la guía nacional vigente para el abordaje del tabaquismo.
- 13.3.** Capacitación de los equipos de salud del primer nivel de atención en la vacuna HPV. Analizar la utilización de cursos concursables desde la CHLCC. Los prestadores deberán asegurar la participación de sus equipos técnicos.
- 13.4.** Implementar la vacunación contra el HPV en ámbito escolar, en niñas de 10 a 12 años.
- 13.5.** Desarrollar campañas de comunicación poblacional referidas a la prevención del cáncer de piel y la exposición al sol, la prevención del cáncer de cuello uterino y la prevención del cáncer de colon.

Área de intervención **14. Detección oportuna y seguimiento para el diagnóstico y tratamiento de los cánceres de cuello uterino, mama y colo-recto en todos los prestadores del Sistema de Salud y mejora del registro de las acciones realizadas.**

Líneas de Acción:

- 14.1.** Solicitar a los prestadores públicos y privados la elaboración de un Plan de acción para facilitar el acceso y proveer la Consulta clínica integral en prevención de patología cervical y mamaria¹ y su registro en la historia clínica. El énfasis estará en los departamentos con mayor incidencia y mortalidad por cáncer.

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

- 14.2. Incluir la realización del fecatest inmunológico (en mayores de 50 años) en el Control de Salud Básico (Ex Carne de Salud), además del PAP y la Mamografía.
- 14.3. Incorporar al contrato de gestión con los prestadores integrales públicos y privados, en el marco del fortalecimiento de la resolutivez del Primer Nivel de Atención, un **Plan de seguimiento** de los usuarios con **fecatest positivo** y de las mujeres con resultados de **PAP patológico** (dando cumplimiento a las ordenanzas 402 y 466 del MSP) y con resultados de **mamografía** de tamizaje **Birads IV-V**.
- 14.4. Incorporar al compromiso de gestión con los prestadores públicos y privados, la obligatoriedad del ingreso de los resultados de PAP y de colposcopías, biopsias, estadio (clínico/patológico) y tratamientos realizados, a la base de datos del PPCCU (SIPCCU), dando cumplimiento a lo establecido por las ordenanzas 402 y 466 del MSP.
- 14.5. Incorporar al compromiso de gestión con los prestadores integrales públicos y privados la obligatoriedad de incorporar al Registro Nacional de Cáncer (a través de software de acceso web) los resultados de Mamografías (dando cumplimiento a la ordenanza 402 del MSP), de biopsias, estadio (clínico/patológico) y los tratamientos realizados en las pacientes con mamografía BIRADS IV-V.
- 14.6. Incorporar al compromiso de gestión con los prestadores integrales públicos y privados la obligatoriedad de incorporar al software de acceso web desarrollado por la CHLCC y el Programa Nacional de Cáncer Digestivo los resultados de Fecatest, de videocolonoscopía, anatomía patológica, estadio (clínico/patológico) y tratamientos realizados a los usuarios con resultados de Fecatest positivo.
- 14.7. Capacitación de los equipos de salud en la detección temprana de los cánceres de mama, cuello uterino y colo-recto. Analizar la utilización de cursos concursables desde la CHLCC.

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

Líneas de Acción:

- 15.1. Contribuir a completar el desarrollo de la HCEO, con la identificación e inclusión de los indicadores de calidad asistencial.
- 15.2. Contribuir a implantar la HCEO en todos los prestadores según plan gradual.
- 15.3. Poner en marcha la evaluación y seguimiento de la calidad asistencial a partir de la información registrada en la HCEO.

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

Líneas de Acción:

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

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

Líneas de Acción:

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

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN. ENF. CARDIOVASCULARES, DIABETES Y RESPIRATORIAS

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

Línea de Acción:

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

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

Líneas de Acción:

- 19.1.** Incluir en forma normatizada la medición de presión arterial en el primer contacto con el sistema de salud y su registro en la historia clínica.
- 19.2.** Diseño de una Guía de práctica clínica en HTA, adaptando ya existentes.
- 19.3.** Manejo de pacientes en base a Guía de práctica clínica.
- 19.4.** Enfatizar la detección precoz de las complicaciones mediante un adecuado control en base a Guía de práctica clínica.
- 19.5.** Desarrollar un **Plan garantizado de registro institucional, seguimiento y atención continua** de pacientes con riesgo cardiovascular, que permita un monitoreo de los controles realizados y la aparición de complicaciones.

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

Líneas de Acción:

- 20.1.** Implementar estrategias de comunicación periódicas que tiendan a la sensibilización y conocimiento de la población respecto a los síntomas y la consulta temprana con énfasis en la perspectiva de género.
- 20.2.** Capacitar y entrenar al equipo de salud en la detección precoz y oportuna del síndrome coronario agudo con ST elevado, con la finalidad de optimizar la reperfusión mecánica (angioplastia) o farmacológica (fibrinolítica) oportuna.

- 20.3.** Introducir en la dinámica asistencial de las instituciones la lógica de línea de cuidado y gestión de casos, para optimizar la continuidad del proceso asistencial:
- diagnóstico oportuno,
 - tratamiento temprano con revascularización oportuna,
 - traslado en tiempo y forma según corresponda,
 - asegurar la asignación de un médico al alta a efectos de realizar seguimiento y evitar la aparición de complicaciones y ocurrencias de nuevos eventos,
 - promover adecuada rehabilitación (12 semanas al menos post evento).
- 20.4.** Crear un Centro Coordinador Nacional con el cometido de:
- centralizar la información de los eventos,
 - apoyo online de tratamiento en agudo (telemedicina) con fibrinolíticos.

Área de intervención 21. Capacidad del sistema de salud para disminuir mortalidad, morbilidad y discapacidad por Ataque Cerebro Vascular (ACV).

Líneas de Acción:

- 21.1.** Implementar estrategias de comunicación periódica que tiendan a la sensibilización y conocimiento de la población respecto a los síntomas y la consulta temprana con énfasis en la perspectiva de género y la incidencia diferencial en ambos sexos.
- 21.2.** Difundir protocolo de primera atención ACV para referencia oportuna a unidad de ACV especializada.
- 21.3.** Crear unidades regionales ACV en cantidad adecuada y con complementación de servicios (atendería 90% de los casos de ACV).
- 21.4.** Implementar uso de trombolíticos en pacientes que lo requieran (10% a 20% de los ACV isquémicos).
- 21.5.** Implementar la realización de trombectomía en pacientes que lo requieran (1% a 2%).
- 21.6.** Universalizar acceso a rehabilitación post evento en forma precoz con abordaje interdisciplinario.
- 21.7.** Definir un Servicio de Referencia en tratamiento de ACV para prestadores públicos y privados. (Unidad de ACV del Centro Cardiovascular Universitario).

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

Líneas de Acción:

- 22.1.** Detectar precozmente y tratar adecuadamente las personas con diabetes, fortaleciendo las capacidades del Primer Nivel para la atención del diabético tipo 2.
- 22.1.1. Identificar las personas con diabetes 2 a través del Control en Salud (carné de salud).
- 22.1.2. Manejo de pacientes en base a guías de práctica clínica.
- 22.1.3. Procurar un equipo mínimo referente (médico, enfermero y nutricionista) para la atención integral del paciente con diabetes tipo 2 estable.

- 22.1.4. Optimizar el recurso especializado (ej. diabetólogo/endocrinólogo) indicando consulta cuando esté recomendado según pautas, a efectos de disminuir demoras en la atención con los especialistas.
- 22.1.5. Asegurar el acceso a unidades especializadas en caso de:
- Diabetes tipo 1,
 - Diabetes gestacional,
 - Diabetes tipo 2 de difícil manejo.
- 22.1.6. Asegurar continuidad del proceso asistencial promoviendo adecuada referencia y contrareferencia.
- 22.1.7. Educar a la persona con diabetes y su familia (automanejo, autocuidado).
- 22.2.** Detectar precozmente las complicaciones.
- 22.2.1. Pie diabético (concentrar competencias creando unidades de pie diabético regionalizadas con integración público privado de ser necesario).
- 22.2.2. Patología ocular (control según pauta y asegurar el acceso en tiempo y forma al oftalmólogo).
- 22.2.3. Universalizar el Programa de Salud Renal para prevenir la prevenir y detectar precozmente Nefropatía diabética.
- 22.3.** Capacitar el equipo de salud: Médico, enfermero, nutricionista, especialistas.
- Capacitar en el uso de guías de práctica clínica,
 - Capacitar en el manejo de pie diabético (Programa Paso a Paso - IDF),
 - Capacitar prescripción responsable.
- 22.4.** Desarrollar sistema de información institucional en base a Historia Clínica electrónica
- Desarrollar un Registro Institucional de diabéticos en los prestadores de salud del SNIS, que permita un monitoreo de los controles realizados y la aparición de complicaciones.

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

Líneas de acción.

- 23.1.** Aumentar detección precoz de la EPOC.
- 23.1.1. Búsqueda de casos según pautas con anamnesis orientada a identificar población de riesgo (realizado por cualquier integrante del equipo de salud). Aplicación de **questionario de evaluación de riesgo en mayores de 35 años:**
- Tabaquismo,
 - Tos,
 - Expectoración,
 - Disnea.
- 23.1.2. Estudio diagnóstico de confirmación en fumadores sintomáticos (3 ítems positivos) mediante espirometría.
- 23.1.3. Facilitar el acceso a la espirometría (en especial centros periféricos públicos).
- 23.1.4. Capacitar equipo de salud en tratamiento de EPOC.

23.2. Síndrome Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).

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

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

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

MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL y PREMATURIDAD

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

Líneas de Acción:

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

24.2. Profilaxis con ácido fólico pre-gestacional para disminuir malformaciones congénitas, **estimulando la consulta preconcepcional.**

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

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

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

Área de intervención **25. Procesos de Regionalización nacional perinatal con énfasis en la Red de Unidades de cuidados intensivos neonatales y adecuado traslado de la embarazada.**

Líneas de Acción:

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

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

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

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

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

Líneas de Acción:

- 26.1.** Implementar un sistema nacional regionalizado de traslado de recién nacido de alto riesgo con énfasis en el prematuro.
- 26.2.** Capacitar efectores de salud en asistencia inmediata y reanimación neonatal. (Metodología ALSO).
- 26.3.** Capacitar a efectores de salud en estabilización neonatal (Se sugiere ACORN).
- 26.4.** Capacitar a efectores de salud en traslado neonatal.
- 26.5.** Establecer un grupo técnico de capacitadores.
- 26.6.** Establecer un equipo de auditores calificados.

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

Líneas de Acción:

- 27.1.** Implementar grupo de auditoría de traslados de prematuros severos.
- 27.2.** Definir indicadores de calidad de las unidades de atención neonatal.

Área de intervención 28. Competencias de la obstetra partera.

Líneas de Acción:

- 28.1.** Nuevo reglamento de ejercicio de la Obstetra Partera.
- 28.2.** Vademécum propio para Obstetra Partera.

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

Líneas de Acción:

- 29.1.** Actualizar la *Normativa de funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos* y asegurar su cumplimiento.
- 29.2.** Supervisar el cumplimiento de normas de atención.
- 29.3.** Acreditar las unidades neonatales de cuidados críticos, respecto a su área física, equipamiento y tecnología.
- 29.4.** Seleccionar y monitorear indicadores de calidad de asistencia: infección intrahospitalaria, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraneana, retinopatía. (Se sugiere SIP Neonatal de internación).
- 29.5.** Normatizar que el prestador cumpla con el llenado de SIP de internación neonatal.

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

Líneas de Acción:

- 30.1.** Actualizar las normas de atención del prematuro.
- 30.2.** Asegurar el cumplimiento por los prestadores, de las normas de atención y tecnología apropiada (Óxido nítrico inhalatorio, ventilación de alta frecuencia, ECMO) según cronograma establecido de acreditación.

Área de intervención 31. Normatización del seguimiento del recién nacido prematuro promoviendo la continuidad asistencial Internación/Primer Nivel de atención.

Líneas de Acción:

Implementar pautas nacionales de seguimiento de prematuros.

- 31.1.** Implementar el alta programada de prematuros de alto riesgo mediante Equipos de enlace entre el medio intra y extrahospitalario, y equipos de seguimiento de alto riesgo en el primer nivel de atención. (ref. Líneas de acción 53.1.3 y 56.2.)
- 31.2.** Promover la creación de dispositivos de seguimiento interdisciplinarios para prematuros severos, sostenidos por estrategias de complementación.
- 31.3.** Actualizar el carné para control y seguimiento del niño/a incorporando curvas de crecimiento de niños prematuro según edad, y los controles específicos según su edad gestacional. (SERENAR y otros actores).

MORBIMORTALIDAD POR VIH Sida

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Área de intervención 32. Acceso al diagnóstico

Líneas de Acción:

- 32.1.** Campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS.
- 32.2.** Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables.
 - 32.2.1.** Plan de capacitación dirigido a Directores Técnicos laboratorios privados y de instituciones prestadoras de servicios de salud, en nuevos algoritmos diagnósticos. Coordinación con Laboratorio de Salud Pública.
 - 32.2.2.** Fiscalizar la implementación de algoritmos en base a pruebas rápidas en los laboratorios sin infraestructura para realizar otras pruebas de tamizaje, en

servicios de salud alejados de laboratorios, en poblaciones de difícil captación y seguimiento (aplicación ordenanza 567/14).

- 32.2.3. Implementar espacios de testeo voluntario con consejería, en servicios de salud donde el usuario pueda concurrir por iniciativa personal. Coordinación con prestadores públicos y privados. Costo a cargo del prestador.
- 32.2.4. Realizar oferta de tamizaje de sífilis y VIH en el control de salud de cualquier persona (independientemente de edad, sexo, orientación sexual) según las pautas del MSP. Solicitar **Plan de sensibilización y capacitación** a los DT de los prestadores, dirigido a su cuerpo médico, priorizando equipos de salud del primer nivel.
- 32.2.5. Implementar oferta de prueba diagnóstica en los sitios de consulta de las poblaciones más vulnerables: puerta de emergencia, policlínicas, refugios, móviles de otros programas estatales (JND), rondas rurales, etc.
- 32.2.6. Ofrecer el control de salud integral, que incluya oferta de tamizaje de sífilis y de VIH, vinculado al acceso y renovación de planes y/o beneficios sociales.

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

Líneas de Acción:

- 33.1.** Facilitar el Acceso a la atención.
- 33.2.** Generar el marco normativo desde la rectoría para la descentralización de la atención (elaboración de ordenanza que defina roles de los diferentes niveles de atención, criterios de referencia-contrarreferencia, directivas para la distribución descentralizada de ARV, antimicrobianos para profilaxis y para acceso a exámenes paraclínicos)
 - 33.2.1. Implementar un modelo de enfermedad crónica que incluya la dispensación prolongada de TARV. Fiscalizar disponibilidad de fármacos en farmacias.
 - 33.2.2. Regular las tasas moderadoras para órdenes y tickets de medicamentos y de exámenes de control (población linfocitaria, carga viral), en el marco de la línea general de avanzar en la regulación de los copagos en las prestaciones clave para el cumplimiento de los OSN.
 - 33.2.3. Difundir las pautas de atención desde la rectoría, para apoyo de los equipos de salud en territorio.
- 33.3.** Generar mecanismos que faciliten la vinculación y retención en el proceso de atención integrando al contrato de gestión de las instituciones los requerimientos que se detallan en los siguientes numerales.
 - 33.3.1. Utilizar el registro de seguimiento de pacientes con VIH como herramienta para la detección de personas diagnosticadas que no se vinculan a la atención, o que interrumpen el retiro de fármacos ARV , y generar mecanismos de alerta a las instituciones asegurando el respeto por la confidencialidad en el manejo de la información.
 - 33.3.2. Promover que las instituciones elaboren hojas de ruta para asegurar la captación de usuarios/as con diagnóstico de VIH para su seguimiento clínico.
- 33.4.** Facilitación del acceso al TARV.

- 33.4.1. Diseñar e implementar estrategias para mejorar el acceso al TARV que aborden todos los obstáculos identificados:
- 33.4.1.1. Descenso de los costos, por compras conjuntas a través del Fondo Estratégico de OPS/OMS.
 - 33.4.1.2. Revisión programada y periódica del FTM, con la dinámica habitual para todos los fármacos.
 - 33.4.1.3. Eliminar barreras burocráticas al acceso al TARV cuando el tratamiento se ciñe al protocolo. Eliminar la condición de aprobación por parte de comités especiales o estructuras burocráticas similares, de los tratamientos de primera línea, de los prescriptos por indicación y/o supervisión de expertos.
- 33.4.2. Fiscalizar el cumplimiento de las pautas nacionales de TARV para los planes de inicio establecidos como preferenciales.
- 33.4.3. Fiscalizar la disponibilidad de ARV en las farmacias y detectar episodios de desabastecimiento.

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

Líneas de Acción:

- 34.1.** Asegurar la capacitación de los equipos docentes de primaria y secundaria en temas de educación en sexualidad con un abordaje integral, en promoción del ejercicio de una sexualidad libre, segura y placentera, de respeto por las diversidades y las identidades de género con énfasis en prevención de ITS.
- 34.2.** Facilitación del acceso a preservativos y geles, desmedicalización del condón, expendedores en lugares públicos. (Ref. Líneas de acción 39.2.2. y 39.2.6)
- 34.3.** Estrategias de comunicación con énfasis en jóvenes y poblaciones clave.
- 34.4.** Utilización de TIC para apoyo de la adherencia al TARV (mensajes de texto, recordatorios, etc.).
- 34.5.** Promover la multiplicación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las ITS. Implementar estrategia de Acreditación. (Ref. Línea de acción 73.4).

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

Áreas de intervención:

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

- 35.2. Implementar instrumentos y mecanismos para la detección precoz y abordaje oportuno en Servicios de Emergencia de situaciones de VBG (integrado a Meta Prestacional 1).
- 35.3. Creación de servicios de referencia departamentales para la asistencia a situaciones de alto riesgo de vida y/o de salud por VBG.
- 35.4. Formación de una Red Nacional y Redes Departamentales de Equipos de Referencia en Salud y VBG, reperfilando a los Equipos de Referencia en VD hacia Equipos de Referencia en VBG.
- 35.5. Capacitación y formación continua a todo el personal de salud de atención directa.

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

Líneas de Acción:

- 36.1. Formar grupo de trabajo interinstitucional para el monitoreo de información de situaciones de violencia detectadas en mujeres, niñas/os, adolescentes y adultos mayores.
- 36.2. Análisis de Causa Básica de Muerte mediante una *búsqueda activa* de violencia de género según criterios de inclusión, vinculados a mayor riesgo, incluyendo revisión de HC y otros recursos interinstitucionales.

SUICIDIOS

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

Líneas de Acción:

- 37.1. Implementar acciones de promoción y prevención en los tres niveles, a través de información, realización de talleres, sensibilización y educación a la población en general, incluyendo una estrategia comunicacional en medios masivos de comunicación.
- 37.2. Fortalecer los grupos departamentales locales de trabajo en torno al tema prevención de suicidios. Con carácter interinstitucional, una agenda y cronograma de trabajo definidos, y apostando a sus sostenibilidad por estrategias de complementación público-privado, según las realidades locales.
- 37.3. Revisar el conjunto de prestaciones en Salud Mental, a efectos de analizar factibilidad de aumentar la cobertura de Salud Mental a través del acceso a prestaciones psicoterapéuticas por personas con: Depresión moderada y severa (mayor de 25 años que actualmente no tiene cobertura) y consumo

problemático de alcohol. Generar grupo de trabajo para evaluar y reformular prestaciones en Salud Mental. (Ref. Líneas de acción 9.9 y 11.3).

- 37.4. Analizar factibilidad de reducir el co-pago para mejorar el acceso al tratamiento por IAE en las consultas de: psicoterapia, psiquiatra y medicación por un periodo de 6 meses. Analizar el costo incremental en espacio específico con Economía de la salud y referentes del MEF. (Ref. Líneas de acción 9.9, 11.3).
- 37.5. Capacitación a cargo de los prestadores, de sus profesionales del primer nivel de atención y emergencias, en la detección de riesgo suicida, intervención y seguimiento (en base a la Guía de bolsillo y el protocolo de seguimiento elaborado por el PNSM-MSP).
- 37.6. Recomendar al Sector Educación la inclusión de la temática; en la Universidad en la currícula de grado y postgrado de las facultades del área de salud, y en Primaria y Educación Media en la currícula de los docentes.
- 37.7. Implementar el Protocolo de seguimiento de la atención de las personas con IAE para todos los prestadores del SNIS. Valorar su inclusión en el contrato de gestión.
- 37.8. Establecer la obligatoriedad de la internación a menores de 15 años que presenten un IAE por un lapso suficiente para ser evaluado por equipo técnico especializado. La internación deberá realizarse en Hospitales y Sanatorios generales, eventualmente con estrategias de complementación cuando se requiera.
- 37.9. Asegurar la obligatoriedad para todos los prestadores del SNIS, de ofrecer una línea telefónica 24hs para la atención en crisis en todo el país.
- 37.10. Analizar la factibilidad de incluir una meta asistencial que integre la auditoría de casos de suicidios por parte de las instituciones, el seguimiento de los casos de IAE, y la aplicación de la Guía del MSP de Prevención de Suicidio en el Primer Nivel.

SINIESTRALIDAD VIAL

PROPUESTAS DE INTERVENCION

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

Líneas de Acción:

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

- 38.1.1. Definir lineamientos para la elaboración de un plan en el primer nivel de atención que incluya el “Consejo Sanitario en Seguridad Vial”, en la práctica de los equipos de salud.
- 38.1.2. Incluir el “Consejo Sanitario en Seguridad Vial” en los equipos de Salud y médicos de distintas especialidades, con un enfoque esencialmente preventivo en relación a los riesgos en la conducción vehicular y en actividades laborales riesgosas.
- 38.2.** Implementar el “Programa para conductores con detección positiva de drogas en el tránsito” (PCDT).
- 38.3.** Construir dentro del SNIS, un Protocolo de Atención Único para la asistencia médica de usuarios que viven un siniestro de tránsito.
- 38.3.1. Implementar en el marco del SAME 105 los protocolos de atención médica en vía pública, así como los procedimientos hospitalarios.
- 38.3.2. Capacitar e informar a los distintos equipos de salud, sobre la necesidad de alentar la atención especializada en salud mental, orientada a usuarios que han sufrido la pérdida de un familiar o que padecen secuelas crónicas.
- 38.3.3. Incluir modificaciones al Modo 1 del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, orientadas al abordaje dinámico del usuario que ha sufrido la muerte inesperada de un familiar.
- Asegurar que el abordaje integre-por sus características- una modalidad: a) individual b) familiar y c) de pareja,
 - Modificar el tiempo de abordaje, llevándolo a una asistencia dentro de las 48 a 72hs, considerando que es el tiempo técnico indicado dentro de la asistencia en crisis,
 - Estimular a que se “ofrezca la ayuda” a los familiares, coordinando con la UNASEV para el acceso a la información requerida para tal fin.
- 38.3.4. Difusión Pública de este recurso a la población a través de distintas acciones.
- 38.4.** Crear un Registro Único de lesionados y discapacitados permanentes, incorporando así una visión de abordaje sistémico o en Red, junto a otros organismos referentes.
- 38.4.1. Darle una asistencia integral y seguimiento a dichos usuarios a nivel nacional.
- 38.5.** Trabajar transversalmente junto a la UNASEV y otros organismos para que los usuarios del SNIS que han sufrido un siniestro de tránsito, sean informados sobre los recursos que cuenta el estado y sus derechos de forma integral.
- 38.6.** Creación de la Guía de recursos orientada a los usuarios que han vivido un siniestro de tránsito.
- 38.7.** Continuar desarrollando las acciones necesarias a los efectos de mejorar las respuestas sanitarias tras los siniestros de tránsito. Ello incluye el desarrollo del Sistema de Emergencias y Traslados desarrollando las etapas necesarias que complementan las acciones iniciadas.

BORRADOR

3

Objetivo Estratégico 3. MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA**EMBARAZO EN ADOLESCENTES****PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

Área de intervención **39. Accesibilidad de las y los adolescentes a la orientación oportuna para una vivencia saludable y sujeta a derechos sobre sexualidad, así como al uso de métodos anticonceptivos.**

Líneas de Acción:

- 39.1.** Campañas de difusión masivas para mejorar la vivencia de una sexualidad informada, consensuada, placentera y segura. Difundir APP Gurú del sexo.
- 39.2.** Flexibilizar las vías de acceso a los métodos anticonceptivos y específicamente los preservativos.
 - 39.2.1. Todos los ACO son entregados por cualquier médica/odel equipo de salud durante los 3 primeros meses, luego de lo cual deberán consultar médica/oginecólogo. La totalidad de ACO que ofrece la institución deberán incluirse mediante el sistema de cuponeras, en el 100% de los prestadores de salud del SNIS. Instrumento de verificación – Auditoria.
 - 39.2.2. Todos los prestadores de salud del SNIS deberán asegurar a todas/os las/os adolescentes que tienen bajo su cobertura, el retiro de una cuponera de 12 vales por 15 preservativos cada uno por mes, mediante la presentación de cedula de identidad que habilite su condición de socio/a en la farmacia de su prestador. En la primera instancia se le entregará dicha cuponera.
 - 39.2.3. Todas las puertas de emergencia, los consultorios de medicina, ginecología y enfermerías ofertan el pack mínimo (preservativo, ACO de emergencia y folletería) según guías de ACO del MSP, 2014. Los mensajes para folletería serán acordados por MSP, el diseño e impresión se costeará por parte de las instituciones. Instrumento de verificación – Auditoria.
 - 39.2.4. Consultas de adolescentes en los prestadores de salud del SNIS por anticoncepción se resuelvan en un plazo no mayor a 48 horas. Vinculado a decretos de tiempos de espera. (Ref. 39.2.1. Consulta con Médico General o de Familia).
 - 39.2.5. Incorporación de la *colocación de los implantes sub dérmicos* al catálogo de prestaciones obligatorias que se ofrece a las adolescentes, a partir de su integración al PIAS. Generar compra conjunta de implantes a través de fondo de aseguramiento del MSP.
 - 39.2.6. Desarrollar experiencias piloto de colocación de expendedores de condones en lugares públicos de acercamiento y concentración de adolescentes y jóvenes (boliches, toques, instituciones educativas secundarias y terciarias, clubes deportivos, estaciones de servicio), en zonas focalizadas con base departamental. Con logística sencilla, llamado a proveedores para dispositivos

expendedores simples; analizar capacidad del MSP de proveer los preservativos. (Ref. Línea de acción 34.3).

- 39.3. Nuevo reglamento de ejercicio de la Obstetra Partera que le habilite a contar con un nuevo vademécum propio y que amplíe sus competencias en la atención de la gestación, parto y puerperio.
- 39.4. Fiscalizar el cumplimiento de la normativa para asegurar el acceso oportuno al proceso de IVE.

Área de intervención **40. Capacidades de los Equipos de Salud para la atención integral de adolescentes.**

Líneas de Acción:

- 40.1. Fortalecer a los equipos de los espacios adolescentes y los equipos centrales de SS y SR en el marco del SNIS para potenciarlos en un rol creativo, y mejorar su capacidad de articulación con el resto de los servicios, en la prevención del embarazo en adolescentes.
- 40.2. Capacitar a los equipos de salud (profesional de salud, personal técnico, personal administrativo) en el respeto de los derechos de las y los adolescentes para el ejercicio de una sexualidad placentera y segura reforzando su rol de receptores. Poner atención en los derechos sexuales de la población adolescente con discapacidad.
- 40.3. Solicitar a la DT de cada prestador un Plan de Acción para asegurar los DDSSRR de los adolescentes y prevenir el Embarazo adolescente no deseado, elaborado en conjunto por el Equipo Central de SS y SR y los referentes de los Espacios Adolescente del prestador; se priorizarán los efectores públicos y privados con mayores niveles de embarazo adolescente, en base a datos del SIP.

Área de intervención **41. Articulaciones y alianzas estratégicas interinstitucionales e intersectoriales para lograr un proyecto común a nivel país en el abordaje de la salud de adolescentes.**

Líneas de Acción:

- 41.1. Promover la inclusión de capacitación de calidad, en temáticas vinculadas a la sexualidad y a la prevención del embarazo y a la atención de la maternidad-paternidad, en la currícula de formación docente de cada uno de los subsistemas de ANEP, en continuidad con las capacitaciones previas provistas por el MSP a los docentes.
- 41.2. Asegurar la inclusión de orientación oportuna y de acceso a doble método anticonceptivo (incluyendo un método de barrera) en los dispositivos de proximidad territorial (MIDES, INAU, INISA, CODICEN, ASSE), con énfasis en los territorios seleccionados por la Estrategia de Integración de Territorios Socio-Educativos.
- 41.3. Impulsar el empoderamiento de grupos de adolescentes en la temática, desarrollando propuestas desde las diferentes instituciones y agrupaciones de la sociedad civil, que cuentan con ámbitos que nuclean adolescentes.
- 41.4. Promover espacios de articulación interinstitucional para gestión de situaciones individuales de vulnerabilidad. Articulación con la Direcciones Departamentales de Salud.

- 41.4.1. Propiciar acuerdos y agendas de trabajo común con otras instituciones en relación a la captación de las situaciones de vulnerabilidad, riesgo de abandono o abandono del sistema escolar. (Identificación de recursos en territorio, flujograma y contenidos de actuación entre educación, salud, desarrollo social, etc.).
- 41.4.2. Explorar acuerdos con el Poder Judicial en relación a la atención de adolescentes de 10 a 14 años durante el proceso judicial y después del proceso, y de otros grupos con vulnerabilidades asociadas (ej violencia, abuso, explotación sexual, conflictos con la ley, etc.).

Área de intervención 42. Captación y acompañamiento de adolescentes que se encuentran cursando un embarazo y/o la maternidad-paternidad.

Líneas de Acción:

- 42.1. Elaboración de Protocolos de procesos de atención en el ámbito del SNIS, asociado a los procesos de Acreditación en Buenas Prácticas, incorporando a los agentes socioeducativos como integrantes del equipo de salud en los prestadores públicos y privados.
- 42.2. Captación, control y seguimiento oportuno de las adolescentes que deciden continuar su embarazo.
- 42.3. Acordar líneas de oportunidades educativas y laborales para adolescentes madres-padres interinstitucionales e intersectoriales para el apoyo y la protección de las/os mismos.

HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y CESÁREAS

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Área de intervención 43. Condiciones de asistencia del parto humanizado en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica.

Líneas de Acción:

- 43.1. Profundizar estudios de evidencia y factibilidad de la inclusión de la analgesia obstétrica dentro de las prestaciones del PIAS para 2016.
- 43.2. Establecer un grupo de trabajo, en acuerdo con la Facultad de Medicina y CLAP para evaluar el formato de partograma más adecuado a la evidencia científica (articulado con Línea de acción 42.2).
- 43.3. Capacitaciones dirigidas a los equipos de salud respecto a la humanización del parto.
- 43.4. Impulsar la implantación de las salas de nacer con las condiciones requeridas para un parto humanizado.
- 43.5. Aprobar un nuevo reglamento de ejercicio de la Obstetra Partera que la habilite a contar con un vademécum propio y amplíe sus competencias en la atención del embarazo, parto y puerperio.

- 43.6. Campaña de difusión pública respecto a derechos de los usuarios en la atención del parto.
- 43.7. Incluir las pautas de indicación y las prácticas vinculadas a la cesárea y al parto natural, en los criterios de pago variable relacionado a las Buenas Prácticas de materia de calidad en orden a los OSN, en el marco del laudo médico único nacional. (Ref. Línea de Acción 70.2).

Área de intervención **44. Magnitud de tasa de cesáreas a nivel nacional.**

Líneas de Acción:

- 44.1. Desarrollar proceso de regionalización, habilitación de maternidades, red de maternidades de referencia y acreditación de maternidades en base a criterios de calidad, en base a un Plan Maestro Nacional.
- 44.2. Establecer e integrar en las prácticas institucionales, las guías de actuación para las situaciones clínicas que más se relacionan con cesáreas potencialmente evitables (cesárea previa, inducción del parto, parto no evolutivo, etc.).
- 44.3. Obligatoriedad de brindar clases gratuitas de educación para el embarazo, parto y crianza, a sus usuarias embarazadas. Incluir tema cesárea en las mismas, basando la información en las recomendaciones de la OMS y la Medicina basada en evidencia.
- 44.4. Definición de un conjunto de indicadores a monitorizar respecto a la tasa de cesáreas (en base a SIP, certificado Nacido vivos y reporte de prestadores), estableciendo la línea de base de las diferentes instituciones
- 44.5. Obligatoriedad por parte de los prestadores de elevar el paquete de indicadores al MSP.
- 44.6. Solicitar a los prestadores que presenten al MSP un *Plan Técnico para La Reducción-Racionalización de Cesáreas a nivel Institucional*.
- 44.7. Realizar auditorías a los prestadores respecto al índice de cesáreas.
- 44.8. Establecer una forma de registro universal respecto a la descripción quirúrgica de cesárea y sus razones (cambiar la actualmente vigente).
- 44.9. Establecer una guía a utilizar por los prestadores en las auditorías internas de cesárea que estos realicen.
 - 44.9.1. Auditoría interna obligatoria en los casos de técnicos con un índice de cesárea superior al 40%. Contrato de gestión.
- 44.10. Establecimiento de clasificación ROBSON para monitoreo.
- 44.11. Incluir dentro de las metas asistenciales:
 - 44.11.1. La reducción del índice de cesáreas en un periodo de un año, en un % variable según prestador.
 - 44.11.2. Clases de parto.

TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS Y VIH

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

Líneas de Acción:

- 45.1.** Capacitación de los equipos docentes de primaria y educación media en temas de educación en sexualidad con un abordaje integral, en promoción del ejercicio de una sexualidad libre, segura y placentera, de respeto por las diversidades y las identidades de género, con énfasis en prevención de ITS
- 45.2.** Campañas comunicacionales que promuevan la utilización de métodos de barrera para la prevención de ITS.
- 45.3.** Desarrollar experiencias piloto de colocación de expendedores de condones en lugares públicos de acercamiento y concentración de adolescentes y jóvenes (boliches, instituciones de educación media y terciarias, clubes deportivos, estaciones de servicio), en zonas focalizadas con base departamental.
- 45.4.** Acceso y entrega a condones gratuitos en lugares de acercamiento y/o concentración de poblaciones más vulnerables: dispositivos del MIDES, cárceles y otros contextos de encierro, centros de atención de usuarios de drogas, unidades móviles de salud, ONGs

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

Líneas de Acción:

- 46.1.** Campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de sífilis y VIH.
- 46.2.** Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables:
 - 46.2.1. Plan de capacitación costado para alcanzar a todos los laboratorios institucionales en la implementación de nuevos algoritmos diagnósticos
 - 46.2.2. Obligatoriedad de implementar algoritmos en base a pruebas rápidas en los laboratorios sin infraestructura para implementar otras pruebas de tamizaje, en servicios de salud alejados de laboratorios, en poblaciones de difícil captación y seguimiento, cuando sea necesario una confirmación urgente del diagnóstico (ordenanza 567/14)
 - 46.2.3. Implementar espacios de testeo voluntario con consejería en servicios de salud donde el usuario pueda concurrir por iniciativa personal.
 - 46.2.4. Realizar oferta de tamizaje de sífilis y VIH en el control de salud (Ref. Línea de acción 32.2.4).
 - 46.2.5. Implementar oferta de pruebas diagnósticas de sífilis, VIH (VHB y VHC según pautas) en los sitios de consulta y encuentro de las poblaciones más vulnerables: puerta de emergencia, policlínicas, refugios, móviles de salud y de

otros programas estatales (JND), rondas rurales, centros de atención a usuarios de drogas, etc. (Ref. Línea de acción 30.2.5).

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

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

Líneas de Acción:

- 47.1.** Fiscalizar el cumplimiento de la ordenanza ministerial 447/12 con énfasis en:
- 47.1.1. Garantizar el acceso al diagnóstico de embarazo en el punto de atención, asegurando la disponibilidad de técnicas de detección de β -HCG para diagnóstico en el mismo día.
- 47.1.2. Iniciar las acciones del control de embarazo ante la constatación clínica o paraclínica del mismo (incluye test rápido realizado por la institución o que trae la usuaria). Se destaca que el control del embarazo incluye: registro completo y entrega del carné SIP; realizar test rápido de sífilis y VIH.
- 47.2.** Fortalecer las redes con otros sectores que faciliten el acercamiento y captación de mujeres embarazadas:
- 47.2.1. Optimizar el trabajo conjunto desde el sector salud con los programas de cercanías ya existentes a nivel de territorios (MIDES, INAU, CAIF, MEC, Jóvenes en Red, Intendencias, UCC, mesas interinstitucionales).
- 47.3.** Fiscalizar el cumplimiento de la norma referida a acceso a consulta ginecológica en un plazo máximo de 48hs.
- 47.4.** Promover el acompañamiento de la mujer por su pareja en el control prenatal al menos una vez en el 1º y una vez en el 3º trimestre (Decreto del Poder Ejecutivo 35/14).

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

Líneas de Acción:

- 48.1.** Asegurar la provisión de preservativos durante embarazo y lactancia con asesoría, involucrando a ginecólogos, parteras, pediatras.
- 48.2.** Ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y VIH a la pareja de la mujer embarazada, una vez durante el control del embarazo, sin costo para el usuario y a cargo del mismo prestador de la usuaria. (Ordenanza en proceso)

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

Líneas de Acción:

- 49.1.** Monitorear (auditorías) el cumplimiento de la realización de las pruebas diagnósticas de sífilis durante el embarazo, como está establecido en la pauta (1er control, 2º y 3º trimestre).
- 49.2.** Asegurar la disponibilidad oportuna de los resultados de las pruebas diagnósticas de sífilis y VIH. Acción desde el laboratorio hacia el médico tratante y hacia la paciente.

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

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

Líneas de Acción:

- 50.1.** Monitorear (a través de la auditoría) el cumplimiento de la pauta de tratamiento de sífilis: a) tratamiento inmediato con prueba reactiva; b) al menos 2 dosis, la última en un tiempo mayor a 1 mes del parto.
- 50.2.** Monitorear (a través de la auditoría) el cumplimiento de la pauta de tratamiento de VIH durante el embarazo, que debe ser comenzado con el resultado de la primera prueba reactiva sin necesidad de esperar la confirmación.

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

Líneas de Acción:

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

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

Líneas de Acción:

- 52.1.** Fortalecer la actividad de auditoría de los casos de mujeres que durante el embarazo, trabajo de parto o durante el puerperio inmediato tienen una prueba reactiva de sífilis y/o VIH, y de los casos probables y confirmados de VIH y sífilis connatal.
- 52.2.** Promover la aplicación y dar difusión a la pauta de diagnóstico y tratamiento de VIH y sífilis connatal.
- 52.3.** Analizar la factibilidad de disponer de fórmulas lácteas y proveerlas de forma gratuita para sustitución de lactancia en recién nacidos hijas/os de mujeres con VIH.

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

Líneas de Acción:

- 53.1.** Fortalecer el seguimiento del recién nacido expuesto a VIH y sífilis connatal:
- 53.1.1. Calendario predeterminado de controles al egreso de la maternidad.
- 53.1.2. Sistema de alarma en historia clínica electrónica.
- 53.1.3. Conformación de un equipo de enlace entre el medio hospitalario y extra-hospitalario (que interactúe con los diferentes actores del primer nivel de atención ante la no concurrencia al control predeterminado).

DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Área de intervención **54. Identificación de Recién nacidos (RN) con factores de riesgo perinatales, psicosociales, y neurosensoriales.**

Líneas de Acción:

- 54.1.** Utilizar como herramienta de identificación de variables que determinen riesgo, el CNV, SIP y Carné de control del niño, en las Unidades Neonatales y consultorios de Primer Control.
- 54.2.** Capacitar y difundir en las Maternidades el uso del instructivo para detección precoz de casos de riesgo a partir de los registros previos existentes.

Área de intervención **55. Identificación los niños de 0 a 5 años con alteraciones del desarrollo.**

Líneas de Acción:

- 55.1.** Reformular la meta asistencial 1, con dos modificaciones:
 - Incluir la estación 4 años como “aduana”.
 - Enviar al MSP los resultados de la aplicación de la guía en las tres estaciones aduana (4 meses, 18 meses, 4 años).

Área de intervención **56. Abordaje de niños identificados con alteración del desarrollo y los RN con riesgo**

Líneas de Acción:

- 56.1.** Generar y acreditar en base a Check list, los Equipos Referentes en Atención del desarrollo de niños de 0 a 5 años (Modelo Serenar), enmarcados en el SNIS, **con complementación público privada y población georeferenciada.** (Valorar incorporación al compromiso de gestión).
- 56.2.** Derivar y asegurar seguimiento a los niños identificados con alteraciones del desarrollo y a los RN con riesgo, por los Equipos Referentes. (Valorar incorporación al compromiso de gestión). (Ref. línea de acción 31.1 y 53.1.3)

Área de intervención **57. Prestaciones mínimas indispensables para los niños con alteraciones del desarrollo en el sector público y privado.**

Líneas de Acción:

- 57.1.** Elaborar protocolos de atención por alteración funcional del Desarrollo.

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

Área de intervención **58. Estrategias de promoción de desarrollo en agendas interinstitucionales.**

Líneas de Acción:

- 58.1.** Co coordinar la mesa interinstitucional MSP – MIDES: UCC.
- 58.2.** Contribuir al ajuste de la currícula de profesionales y técnicos de la salud, integrando objetivos de aprendizaje vinculados al Desarrollo Infantil.
- 58.3.** Elaboración y difusión de materiales de apoyo.

DISCAPACIDAD en el CURSO DE VIDA

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Área de intervención **59. Accesibilidad a todos los servicios de salud, tomando en consideración el curso de vida, e inclusión de la dimensión de la discapacidad en todas las políticas de salud.**

Líneas de Acción:

- 59.1.** Desarrollar un Plan de accesibilidad de las PCD a los servicios de salud para todos los niveles de atención a través de un manual operativo.
- 59.2.** Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para la coordinación y otras posibilidades que impactan sobre la accesibilidad.
- 59.2.1. Diseñar y Elaborar un Manual Operativo con normas de accesibilidad, conteniendo una pauta que permita identificar barreras físicas, de información comunicacionales y actitudinales en los servicios de salud.
- 59.2.2. Realizar un diagnóstico de las condiciones de accesibilidad de los Servicios de Salud a nivel Nacional usando el Manual operativo diseñado.
- 59.2.3. Formar un grupo de trabajo técnico e interinstitucional con participación de la JUNASA para definir las pautas de procedimiento para la asistencia sanitaria de acuerdo al tipo, origen y grado de la discapacidad. Considerar los reclamos sociales en relación a: coordinación de horarios y consultas, interconsultas, disminución de los tiempos de espera, priorización para agenda de las consultas médicas y de técnicos (fonoaudiólogo, psicomotricista, fisioterapia, etc.).
- 59.2.4. Difusión comunicacional adecuada de la pauta, por la autoridad sanitaria y los prestadores de salud dirigidos a la población general.
- 59.3.** Generar la línea de base sobre Discapacidad en el sector salud y crear un Sistema Unificado de Información de la Discapacidad en los diferentes niveles de salud basados en la CIF.

- 59.3.1. Definir las variables sanitarias que deben estar contenidas en el Registro Único de Personas con Discapacidad (Convenio PRONADIS-MIDES/AGESIC).
- 59.3.2. Participar conjuntamente con PRONADIS/MIDES y BPS en el diseño de un software que contenga los instrumentos de valoración para la calificación de la discapacidad que permita obtener indicadores y resultados sobre tipo y grado de la discapacidad, así como realizar monitoreo. Validar para uso nacional, el software del Baremo de Dependencia utilizado por el PRONADIS/MIDES.
- 59.4.** Generar el espacio interinstitucional de acuerdos para dar cumplimiento a la Ley 18651 y alcanzar el Certificado Único de la Discapacidad a nivel nacional.
 - 59.4.1. Profundizar las acciones interministeriales y con instituciones de referencia, ya establecidas para reglamentar la Ley.
 - 59.4.2. Acordar los instrumentos apropiados a nuestra realidad para la medición de la discapacidad
- 59.5.** Definir del punto de vista sanitario los estándares de calidad de los prestadores de salud para asegurar el diagnóstico, el tratamiento, internación y seguimiento de las personas con patología mental que lo requieran o de otras afecciones priorizadas.

Área de intervención **60. Programas, Redes y Servicios de Rehabilitación en los diferentes niveles de atención.**

Líneas de Acción:

- 60.1.** Articulación Interinstitucional con PRONADIS/MIDES para identificar los servicios de rehabilitación y habilitación existentes (públicos, privados y mixtos) y clasificarlos de acuerdo a tipo de servicios, profesionales y cobertura. Crear una Red Nacional de Servicios de Rehabilitación y Habilitación.
- 60.2.** Establecer una Red de Rehabilitación para la rehabilitación física, integral e interdisciplinaria de las lesiones medulares y cerebrales en todas las etapas del curso de vida. (Coordinación de centros existentes públicos y privados)
- 60.3.** Asegurar la accesibilidad de los Adultos Mayores a la Rehabilitación: Fractura de Cadera y accidente cerebrovascular como modelo mínimo.
- 60.4.** Impulsar el desarrollo de Programas de Rehabilitación en todos los Niveles de Atención, que incluya la rehabilitación en salud mental.
- 60.5.** Coordinar con PRONADIS/MIDES para fortalecimiento del Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas (Laboratorio de Ortopedia y Fondos de Ayudas Técnicas). Crear un Sistema Nacional de Ayudas Técnicas, que se ajuste a las necesidades de todos los usuarios del SNIS, con protocolización de adjudicación, uso y seguimiento de las prestaciones.
- 60.6.** Valorar la adecuación del catálogo de prestaciones integrales la salud (PIAS).

Área de intervención **61. Servicios de Prevención de la Deficiencia congénita o adquirida y discapacidades en el Adulto Mayor.**

Líneas de Acción:

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

- 61.2.** Desarrollar y fortalecer Programas de Prevención de la Discapacidad Congénita y Adquirida.
- 61.2.1. Monitoreo del Cumplimiento del decreto 325/2013.
- 61.2.2. Establecimiento de Sistemas de Referencia y Contrarreferencia para las patologías incluidas en la pesquisa neonatal obligatoria.
- 61.2.3. Establecer los acuerdos interinstitucionales para generar o fortalecer espacios para el estudio y prevención de las causas más importantes de discapacidad adquirida (suicidios, accidentes de tránsito y laborales).
- 61.3.** Desarrollar planes de capacitación sistemáticos para el personal de salud, en la temática de discapacidad con un enfoque integral.
- 61.3.1. Apoyar desde el MSP la investigación clínico-epidemiológica de los factores biológicos, incluyendo genéticos y ambientales sobre discapacidad.
- 61.3.2. Inclusión curricular de pregrado y posgrado de materias específicas referidas a la discapacidad tanto en el campo de la genética médica como en la práctica clínica de fisiatría dirigido al equipo de salud médico y no médico.
- 61.3.3. Desarrollar convenios de cooperación internacional o regional.
- 61.4.** Promoción y desarrollo en los prestadores del SNIS de Unidades Geriátricas de Prevención de Caídas y Fracturas en adultos mayores de riesgo, y otras alternativa pertinentes, desde donde se pesquise y se corrija toda condición causal o predisponentes de las caídas.

CUIDADOS PALIATIVOS

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Área de intervención **62. Implementación de una Red Nacional de CP basada en dinámica de complementación público-público, privado-privado y público-privado, con prestaciones y niveles de capacidad resolutive siguiendo los lineamientos del Modelo de Atención Paliativa existente.**

Línea de Acción:

- 62.1.** Sensibilizar las autoridades de prestadores y otros actores departamentales, sobre la línea de base de desarrollo de los CP y la situación ideal en cada área territorial, discriminado por departamento y prestador.
- 62.1.1. Elaborar informes individualizados para cada departamento.
- 62.1.2. Comunicación y discusión de este informe con las autoridades sanitarias regionales, departamentales y de los distintos prestadores.

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

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

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

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

62.2.4. Establecer el trabajo en red entre las distintas referentes y unidades de CP.

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

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

62.3.2. Promover su acreditación progresiva.

62.3.3. Fiscalizar su desempeño.

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

Área de intervención **63. Formación profesional específica en las distintas profesiones involucradas en la atención paliativa.**

Línea de Acción:

63.1. Promover la incorporación de la formación profesional en CP en las carreras de grado en las distintas Facultades/Escuelas formadoras de RRHH en salud.

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

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

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

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

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

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

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

- 63.3.1. Elaborar un documento sobre la situación de formación en CP en el Uruguay, y su impacto en la calidad asistencial de los usuarios, y distribuirlo entre las organizaciones.
- 63.3.2. Sensibilizar sobre el impacto que tiene en la calidad asistencial la formación profesional continua en CP, promoviendo un plan de acción.
- 63.3.3. Gestionar la inclusión progresiva del manejo de CP en el proceso de recertificación médica.
- 63.3.4. Generar la discusión sobre los criterios de inclusión de pacientes en Cuidados Paliativos.

Área de intervención **64. Conocimiento y percepciones sobre el derecho a la atención paliativa de usuarios, trabajadores de la salud, autoridades y equipos de gestión.**

Línea de Acción:

- 64.1.** Realizar actividades de información sobre el derecho a la atención paliativa a integrantes de la JUNASA.
- 64.2.** Desarrollar campañas de información sobre el derecho a la atención paliativa y su implementación dirigidas:
 - a usuarios,
 - a trabajadores de la salud,
 - a equipos de gestión.

Área de intervención **65. Marco normativo y legal que asegure el derecho de los usuarios a la atención paliativa.**

Línea de Acción:

- 65.1.** Elaborar y presentar un borrador de Proyecto de Ley Nacional de CP a Comisión de Salud de Parlamento, o incluir artículo en la Ley de Presupuesto Quinquenal.
- 65.2.** Analizar factibilidad de la modificación de las modalidades de prestación de CP en el PIAS.
- 65.3.** Incorporar CP en el contrato de gestión, especificando las prestaciones y modalidades.

4

Objetivo Estratégico 4. CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD

BRECHAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

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

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

Áreas de intervención **67. Política nacional de comportamientos**
Línea de Acción:

- 67.1.** Institucionalización de los acuerdos de comportamientos
67.2. Mantener alianza estratégica con Cátedra y Sociedad de Psicología MEDICA para avanzar en las estrategias de gestión de los comportamientos.

Área de intervención **68. Estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permita una mejora continua**
Línea de Acción:

- 68.1.** Promoción de la autoevaluación de las Instituciones por medio de la herramienta de los 7 pasos.

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

- 69.1.** Medición de los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería como disparador de las mejoras del proceso.
69.2. Construcción de Alianza con Sociedad Científica Uruguaya de Heridas, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud Universidad Católica del Uruguay, Red de Enfermería en Seguridad del Paciente de Uruguay (OPS) y CONAE para pautar estándares de prevención y tratamiento en úlceras por presión (UPP).

Área de intervención **70. Profesionalización del manejo de los brotes de Infecciones IH y Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) con datos auditados**

Línea de Acción:

- 70.1.** Reporte y manejo de los brotes por Clostridium Dificcile (CD) con aplicación de herramientas como ACR y AMFE.
- 70.2.** Auditoria de la información volcada al sistema nacional de vigilancia de IIH iniciando con bacteriemias por catéter.
- 70.3.** Auditar y analizar los datos de la vigilancia de las IAAS y realizar devolución anual a los prestadores.

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

Línea de Acción:

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

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

Líneas de Acción:

- 72.1.** Lista de verificación para fiscalizar en forma anual composición y funcionamiento de COSEPA y CIH.
- 72.2.** Auditoria de HC de cirugías de Esófago, Colon, Vía Biliar y aneurisma de aorta abdominal.

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

Líneas de Acción:

- 73.1.** Incorporación de las **Buenas Práctica de Alimentación (BPA)** como parte de los criterios de calidad de los servicios de salud con el establecimiento de un Sistema de evaluación y de re acreditación de BPA.(Ref. Línea de acción 7.6).
- 73.2.** Acreditación de Instituciones en **Buenas Prácticas Gineco obstétricas garantes de los derechos sexuales y reproductivos.**
- 73.3.** Acreditación de las instituciones en **Buenas Prácticas para fortalecer los Espacios Adolescentes** de los prestadores de salud del SNIS, potenciando servicios de referencia en una atención de calidad e integral para adolescentes.
- 73.4.** Acreditación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las ITS. (Ref. Línea de acción 34.5).
- 73.5.** Incluir en los criterios de pago variable en el marco del laudo médico único nacional, la incorporación de las Buenas Prácticas de atención en materia de calidad, alineadas con los OSN.

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

Líneas de Acción:

- 74.1. Definir en conjunto con los prestadores el paquete de indicadores a divulgar, vinculados a los OSN.
- 74.2. Prever la forma de comunicar indicadores vinculados a tasa de cesáreas, niveles de anemia en primera infancia, tasas de mortalidad por ENT ajustadas por la edad de la población afiliada, entre otros.

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

Líneas de Acción:

- 75.1. Establecer la obligatoriedad de la hospitalización a cargo de prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud sin límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.
- 75.2. Incorporar al compromiso de gestión la internación por causas psiquiátricas en Hospitales Generales.
- 75.3. Elaboración de guías y/o pautas de recomendación para instituciones internación por causas psiquiátricas en Hospitales Generales.
- 75.4. Impulsar la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental severo mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes y su sustitución por estructuras alternativas socio-sanitarias y socio-comunitarias.
- 75.5. Incorporar al compromiso de gestión diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.
- 75.6. Mejorar la oferta actual de prestaciones de salud mental en el SNIS para el abordaje de rehabilitación.
- 75.7. Sensibilización y Capacitación a profesionales del primer nivel de atención en el abordaje de los trastornos mentales.

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

Líneas de Acción:

- 76.1. Abrir el Registro nacional de las residencias para personas con TMS.
- 76.2. Definir e implementar la Normativa para la habilitación de residencias de personas TMS.
- 76.3. Continuar el trabajo para promover las condiciones de Inserción activa en el mercado laboral de personas con TMS.
- 76.4. Continuar el trabajo para promover las condiciones de acceso a ofertas educativas para personas con TMS.

5**Objetivo Estratégico 5. AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES****SISTEMA Y SERVICIOS DE SALUD****PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

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

Línea de Acción:

- 77.1.** Actualización de diagnósticos de situación local con determinantes sociales y conocimiento de las necesidades y preferencias de todos los actores. Difusión de los mismos.
- 77.2.** Actualizar los relevamientos de las capacidades instaladas.
- 77.2.1. Centros del PNA en orden a elaborar planes departamentales o regionales de fortalecimiento en el marco de acuerdos interinstitucionales de complementación.
- 77.2.2. Maternidades. Retomar lo avanzado en categorización/acreditación.
- 77.2.3. Centros de referencia. Identificar cuáles y su modalidad de inserción en la red de servicios.
- 77.2.4. Servicios de emergencia, en orden a la consolidación de un Sistema Nacional de Emergencias y la implementación de una red de traslados.
- 77.2.5. Dispositivos de la comunidad organizada y de otros organismos públicos, pasibles de ser integrados a redes de servicios en el campo de la promoción y la prevención.
- 77.3.** Adecuación y optimización de los recursos materiales y de infraestructura.
- 77.3.1. Mejoras físicas (espacios de participación, privacidad de la atención, confort en el trabajo, etc.).
- 77.3.2. Equipamiento (ej. comunicaciones, aplicación de TICs.).
- 77.3.3. Identificar debilidades en el acceso a Insumos para diagnóstico y tratamiento (medicamentos, laboratorios) e implementar planes correctivos.
- 77.3.4. Mecanismos de traslado (pacientes y personal).

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

Líneas de Acción:

- 78.1.** Capacitación en Humanización (relación equipo de salud/paciente, atención al parto, cuidados al final de la vida, etc.).
- 78.2.** Realizar un relevamiento de Buenas Prácticas de Gestión del Acceso en los prestadores integrales del SNIS y posterior diseminación, liderado por la JUNASA, Juntas Departamentales de Salud.
- 78.3.** Avanzar en un proceso de construcción colectiva entre el MSP, los prestadores y otros actores, de un Plan de re perfilamiento del Primer Nivel de Atención para mejorar su resolutivez, la atención continua y longitudinal, y la relación Equipo de salud-Paciente y al interno del Equipo de salud, contemplando las capacitaciones brindadas a partir del pago variable de los convenios colectivos.

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

Líneas de Acción:

- 79.1.** Impulsar cambios en el Modelo Organizacional en base a un **funcionamiento en redes integradas**, y la definición de una **base poblacional referida a las unidades asistenciales en el primer nivel**, en las instituciones públicas y privadas.
 - 79.1.1. Equipos de salud de referencia con médicos de alta dedicación estimulando al usuario a elegir a su médico tratante.
 - 79.1.2. Establecer límites claros a la capacidad de referenciación de los equipos de Salud, con énfasis en la inclusión de las particularidades de las realidades locales.
 - 79.1.3. Sistema de apoyo con equipos de especialistas de referencia y auditorias con un sistema de remuneraciones variables que estimule buenas prácticas.
 - 79.1.4. Desarrollo de mecanismos de coordinación en toda la Red de servicios, con énfasis en el uso de indicadores vinculados a la adecuada utilización de las consultas con especialistas.
 - Desarrollo de mecanismos de coordinación en toda la Red de servicios, estableciendo mecanismos de referencia y contra referencia.
 - Medición del número de referencias, así como la contra referencia por la que el paciente vuelve del especialista a su médico tratante.
 - Impulsar la integración al modelo de atención las acciones de cuidado progresivo, gestión de casos, etc.
 - 79.1.5. Generar espacios de intercambio con los prestadores para introducir la metodología de la gestión de casos en los procesos de altas, programas para reducir la frecuentación hospitalaria o para el seguimiento de pacientes crónicos, geriátricos y con predisposición a reingresos
- 79.2.** Definición de Metas asistenciales de base territorial, como estímulo para las instituciones para concretar la complementación interinstitucional en el territorio, con un rol preponderante de la JUDESAS en los procesos de planificación local para su concreción. (Ref. Área de intervención 79).
- 79.3.** Incentivar la implementación de la Historia Clínica Nacional Electrónica en todos los prestadores de Salud en el marco del Proyecto Salud.uy.

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

Líneas de Acción:

- 80.1.** Consolidar una red de comunicación y articulación de respuestas con los Directores departamentales y organismos locales.
- 80.2.** Profundizar la coordinación intersectorial y dinamizar las respuestas para atender situaciones emergentes a nivel nacional o departamental.
- 80.3.** Desarrollar campañas de comunicación poblacional referidas al fomento de la vacunación antigripal y del CEV, así como de las acciones de prevención del Dengue, mediante medidas de control de la proliferación de *Aedes aegypti*.
- 80.4.** Acciones eficaces y continuadas en los prestadores sanitarios en algunas áreas críticas, particularmente en lo que respecta a **Planes de contingencia:** imprevistos internos, siniestralidad, epidemias, en base a criterios nacionales, regionales o locales.

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

Líneas de Acción:

- 81.1.** Desarrollo de liderazgo para el cambio hacia un Sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades. Potenciar y difundir el rol del Director Departamental y de la JUDESA.
- 81.2.** Fortalecer un sistema de información a nivel local que incluya: área de responsabilidad de los servicios; datos de población usuaria, mapas referenciados, etc. y otros instrumentos para la planificación local.
- 81.3.** Potenciar la participación social: concejos consultivos, asambleas de salud, intervenciones en el campo de la promoción de salud, evaluación e impacto de actividades realizadas.

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

Líneas de Acción:

- 82.1.** Dotación y dedicación del personal: mecanismos innovadores de estímulos, estrategias de redistribución, incentivos para la radicación en zonas con carencias de dotación.
- 82.2.** Diseñar líneas de cuidado de carácter longitudinal, que impliquen la mayor capacidad resolutoria posible del Primer Nivel según cada realidad local, y un funcionamiento en red con los demás niveles de complejidad para asegurar la resolución de los pacientes.
- 82.3.** Capacitación permanente; fortalecer la polivalencia del médico en el primer nivel; estimular capacitación a distancia, incluyendo estrategias de aprendizaje a través de plataformas virtuales.
- 82.4.** Desarrollar herramientas de telemedicina y otras TICs, que faciliten la resolutoria en el marco de los criterios y estándares fijados por Salud.uy.
- 82.5.** Empoderar a los profesionales del primer nivel e impulsar instrumentos para dar cuenta de las diferentes necesidades de coordinación:

- ✓ compartir la información del paciente,
- ✓ coordinar el cuidado del paciente entre los diferentes niveles asistenciales,
- ✓ regular el acceso del paciente a lo largo del continuo de la red de servicios de salud.

BORRADOR

ANEXO 1

ASPECTOS METODOLÓGICOS: PROCESO Y PARTICIPACIÓN

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

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

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

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

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

generaciones futuras, si no median políticas concretas para modificar esta realidad.

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

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

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

- Los *Objetivos Estratégicos* que definen los grandes campos de intervención sobre los que se trabajará para alcanzar los OSN. Deberán ser abarcativos y limitados en cantidad.
- El planteo de *Metas Sanitarias* (metas de impacto) para monitorear los avances en la situación de salud, estableciendo compromisos concretos que desde la Rectoría se fijan para el sistema de salud y sus socios estratégicos.
- Las *Líneas de Acción* que configuran la operacionalización de los ejes estratégicos. Permitirán definir actividades concretas a implementar desde diferentes ámbitos.
- Los *Indicadores* que permitirán monitorear los avances de las Estrategias Operativas en orden al cumplimiento de las metas.

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

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

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

integrantes del Comité coordinador y otros referentes técnicos y jerárquicos del MSP, en un proceso que involucró a 53 profesionales.

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

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

Con posterioridad se desarrollaron 3 jornadas de trabajo entre representantes del Comité Coordinador y el Gabinete Ministerial con participación del Ministro y la Subsecretaria, para analizar, validar o ajustar las diferentes áreas de intervención y líneas de acción, planteadas en torno a los OSN para avanzar en el logro de las metas definidas.

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

ANEXO 2**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS CRÍTICOS
PRIORIZADOS****CONSUMO DE TABACO**

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

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

- a) Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) realizada por MSP/INE en 2009, muestra una prevalencia de 25% de fumadores actuales en población de 15 años y más. Este dato será tomado como línea de base para la meta propuesta a 2020.
- b) Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo para las Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT) realizada por MSP en 2006 y 2013, muestra un descenso estadísticamente significativo de fumadores diarios entre ambas mediciones, de 32.7% a 28.8%, en población de 25 a 64 años.
- c) Encuesta Continua de Hogares (INE) muestra un 23.9% de fumadores actuales en 2011 y 22.2% en 2014, en población de 15 años y más.

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

- a) Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (JND) realizada en jóvenes escolarizados de 13 a 17 años mostró un descenso de 30.2% en 2003 a 9.2% en 2014. El porcentaje es más elevado en las mujeres (9.8%) que en los varones (8.5%).
- b) Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) realizada en 2006 y 2014 mostró un descenso de 20.2% a 8.2% entre ambas mediciones, en población escolarizada de 13 a 15 años.

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

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

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Situación mundial

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

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

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

En **adultos** comprende:

- Frutas, vegetales, legumbres, frutos secos y granos enteros.
- Al menos 400 g (5 porciones) diarias de frutas y verduras (las papas y los boniatos no se consideran como frutas o verduras).
- Menos del 10% a 5% de la energía debe provenir de azúcares libres (aproximadamente 50g o 12 cucharitas para un requerimiento de 2000 calorías por día).
- Menos del 30% de la energía debe provenir de grasas. De preferencia las grasas insaturadas (pescado, frutos secos, aceite de girasol, canola u oliva,) respecto a las grasas saturadas (manteca, crema de leche, queso).

- Las grasas trans utilizadas por la industria en comidas procesadas, comidas rápidas, snacks, fritos, pizza congelada, galletitas, margarinas, etc. no deben estar presentes en una dieta saludable.
- El consumo de sal debe ser menor a 5 g. (1 cucharadita aprox.) y la sal debe ser iodada. El alto consumo de sodio y el bajo consumo de potasio favorecen la hipertensión arterial.

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

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

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

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

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

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

- Proveer consejo nutricional en el primer nivel de atención.
- Favorecer la práctica de la lactancia materna y el cuidado de la alimentación y el tiempo disponible de las mujeres madres.

Respuesta de la Organización Mundial de la Salud

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

Situación en Uruguay

Consumo de alimentos

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

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

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

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

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

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

Cuadro 2. Metas nutricionales nacionales e internacionales y el consumo aparente observado en el país urbano.

	Metas nutricionales* (persona/día)	Consumo aparente (persona/día)
Metas nacionales		
Proteínas	10 a 15% de la energía	13% (92 g)
Grasas	25 a 30% de la energía	34%
Colesterol	Menos de 300 mg por día	337 mg
Ac. Grasos Saturados	Menos del 8% de la energía	12%
Ac. Grasos Monoinsaturados	9 a 12% de la energía	12%
Ac. Grasos Poliinsaturados	6 a 10% de la energía	10%
Frutas y verduras	Consumo mayor de 400 g por día	336 gramos (246 g sin tubérculos)
Azúcares	Menos del 10% de la energía	9%
Sal	Menos de 5 gramos por día	5 gramos
Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población uruguaya		
Lácteos	2 – 3 porciones por día	1.5 porciones
Recomendaciones internacionales		
Pescado	1 - 2 veces por semana (equivalente a 40 gramos por día)	8 gramos
Omega 6/Omega 3 W6/w3	5:1 a 10:1	25 gramos

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

Tabla1. Consumo aparente y valoración nutricional de la alimentación por persona y por día, según región geográfica y nivel de ingresos de los hogares

	Calorías	Carnes, Fiambres y Embutidos (gramos)	Hierro (mg)	Lácteos (gramos)	Calcio (mg)	Frutas y Verduras (gramos)	Pescados (gramos)	%Calorías grasas	Colesterol (mg)	W6/W3
Montevideo	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
Interior Loc. Grandes	2447	144	17	311	658	231	5	33%	336	28
Interior Loc. Pequeñas	2448	136	16	309	329	204	4	33%	324	27
5% más pobre	1558	58	9	186	402	95	2	26%	194	23
20% más pobre	1796	75	11	223	458	114	2	29%	233	27
Ingreso medio	2411	150	18	329	659	236	5	33%	338	26
20% mayores ingresos	3123	186	26	394	998	398	16	38%	455	23
5% mayores ingresos	3271	184	27	382	1081	352	19	38%	476	20

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

Consumo de sodio

A partir de los datos de esta encuesta, se realizó un estudio en el año 2010 que estimó la ingesta aparente de sodio para la población uruguaya². Entre los principales resultados del estudio se destaca que:

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

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

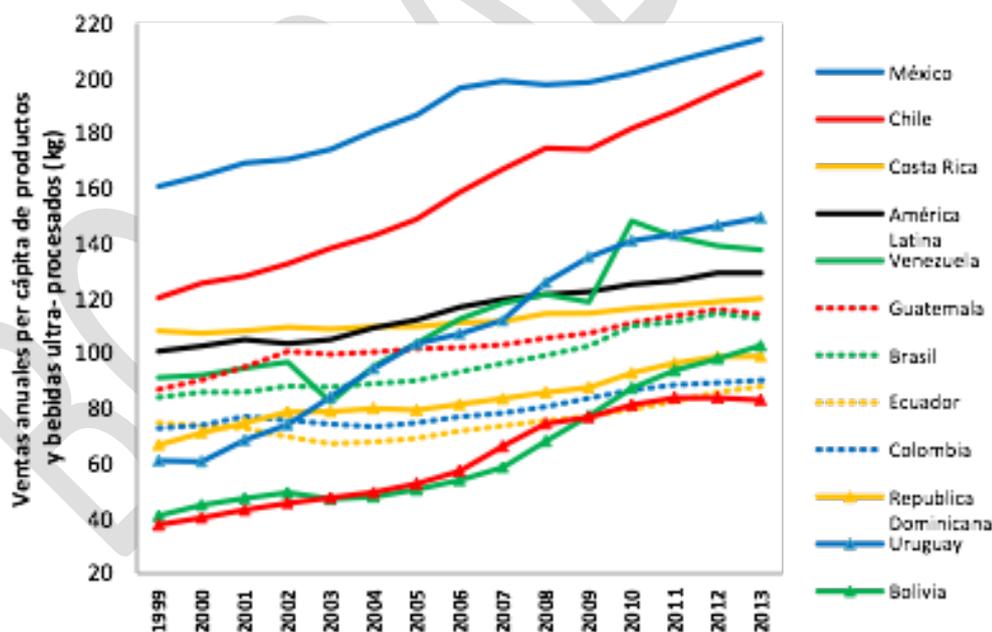
Población” nuestro país está iniciando la estrategia “Menos Sal, Más Salud”, a través de la firma de un acuerdo voluntario entre el sector salud y los industriales panaderos para la disminución progresiva del contenido de sodio en los panificados.

Consumo de alimentos ultraprocesados

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

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

Figura 1 Tendencias en ventas anuales per cápita de productos alimentarios y bebidas PUP seleccionados¹ (kg) en 12 países latinoamericanos, 1999-2013



¹Los productos alimentarios y bebidas ultra-procesados aquí incluyen bebidas carbonatadas, jugos de frutas y vegetales, bebidas ‘deportivas’ y ‘energéticas’, cereales de desayuno, snacks dulces y salados, golosinas, helados, galletas, cremas para untar y comidas listas. La cantidad en litros se convirtió a kilogramos. Fuente: Euromonitor Passport Global Market Information Database (2014) y WHO Global Burden of Disease.

Los cambios de IMC en América Latina en adultos en función de las ventas de PUP entre 1999 y 2009, evidencian que donde las ventas de productos ultra-procesados

son menores y donde las dietas tradicionales aún prevalecen, como Bolivia y Perú, tienen un promedio de IMC menor, mientras que los países donde las ventas de esos productos son mayores, como México y Chile, tienen un promedio de IMC mayor.

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

Consumo de frutas y verduras

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

Tabla 2. Prevalencia consumo frutas y verduras*. 13 a 15 años. Uruguay 2012

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

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

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

Tabla 3. Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras por edad según sexo. Uruguay 2013

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

Fuente de datos: 2ª ENFRECNT 2013 - MSP

Consumo de azúcar

Se presentan los resultados obtenidos en las 2 encuestas ya mencionadas.

³Centerfor Epidemiological Studies in Health and Nutrition University of São Paulo, Brazil.

Tabla 4. Prevalencia consumo bebidas azucaradas*. 13 a 15 años. Uruguay 2012

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

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

Tabla 5. Promedio de número de días de consumo de bebidas azucaradas* por edad según sexo. Uruguay 2013

SEXO	EDAD (años)		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	días (IC)	días (IC)	días (IC)
Hombres	5 días	4 días	4 días
Mujeres	5 días	3 días	3 días
Ambos sexos	5 días	3 días	4 días

Fuente de datos: 2ª ENFRECNT 2013 - MSP *refrescos no dietéticos, jugos con azúcar, jugos en polvo, mate con azúcar

Estado nutricional

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

Tabla 6. Prevalencia sobrepeso y obesidad*. 13 a 15 años. Uruguay 2012

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

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

Tabla 7. Prevalencia obesidad*. 13 a 15 años. Uruguay 2012

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

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

Tabla 8. Prevalencia de sobrepeso y obesidad por sexo según edad. Uruguay 2013

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

Fuente de datos: 2ª ENFRECNT 2013 - MSP MSP*IMC ≥ 25 kg/m² y < 30 kg/m² **IMC ≥ 30 kg/m² ***IMC ≥ 25 kg/m²

Acciones desarrolladas

- Convenio voluntario con el Centro de Industriales Panaderos (CIPU) para la reducción del contenido de sodio en panificados.
- Ley de alimentación saludable en centros de enseñanza (Ley n° 19140).
- Decreto municipal IMM sobre retiro de saleros de la mesa en restaurantes.

NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

1. Retraso de crecimiento

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

Tabla 9. Prevalencia de retraso de crecimiento en la primera infancia en Uruguay

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

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

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

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

⁴**Fuente:** Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. MSP-MIDES-RUANDI-UNICEF, 2011

⁵**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil OPP, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, 2015

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

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

El **bajopeso al nacer representó el principal factor de riesgo**. Un niño nacido de bajo peso, según el análisis multivariado, presentó 11 veces más probabilidad de tener retraso de talla (OR: 11,0; IC 95%: 6,9-17,2).

El retraso de talla resultó **más prevalente en el primer semestre de vida** (15,9% en 2011). Los niños a esta edad evidenciaron el doble de riesgo de presentar retraso de talla (OR: 2,2; IC 95%: 1,5-3,3). En el 2011 los niños mayores de seis meses mostraron un descenso en la prevalencia de retraso de talla en relación a los años anteriores.

Los **varones mostraron una mayor prevalencia** (13,2%) y un mayor riesgo de retraso de talla (OR: 1,5; IC 95%: 1,1-2,1) que las niñas (9,8%) (P=0,0001). Sin embargo, se destaca que el mayor descenso en la prevalencia de retraso de talla a lo largo de los años se produjo entre los varones, ya que desde el 2003 al 2011 descendió 8,1 puntos, estrechándose las diferencias según género.

En el análisis multivariado los **niños atendidos por el subsector público mostraron un riesgo incrementado de retraso de talla** (OR: 1,5; IC 95%: 1,0-2,2). Sin embargo, es de destacar que **en el subsector público, la prevalencia cayó desde el 14,5% en el 2007 al 12,8% en el 2011**. Por el contrario, en el **subsector privado se incrementó en más de 2 puntos** (6,9% en 2007 al 9,2% en 2011). Este fenómeno hay que analizarlo teniendo en cuenta los cambios en el perfil de usuarios de cada subsector luego de la reforma de la salud.

Los hijos de **mujeres con <9 años de escolaridad presentaron el doble de riesgo de retraso de talla** (OR: 2,0; IC 95%: 1,3-2,9), mientras que los de los hogares de menor ingreso (quintil 1: 13,5%) también evidenciaron una mayor prevalencia de retraso de talla pero no entraron en el modelo multivariado.

Los hijos de **mujeres con una talla debajo del percentil 10** (<1,52 m) presentaron casi tres veces más posibilidades de retraso de talla (OR: 2,8; IC 95%: 0,8-4,3). También los hijos de mujeres con un IMC<18,5 al inicio de la gestación mostraron más del doble de riesgo (OR: 2,4; IC 95%: 1,4-3,9).

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

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

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

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

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

Cuadro 4. Retraso de crecimiento en niños de 0 a 3 años, según variables seleccionadas⁶

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

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

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

2. Anemia

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

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

⁶**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil OPP, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, 2015

Cuadro 5. Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 23 meses, según variables seleccionadas⁷. Uruguay. 2011

Edad (semestre de vida)	6-11 meses	41,0%
	12-17 meses	29,1%
	18-23 meses	24,2%
Subsector de salud	Público	35,4%
	Privado	28,3%
Área geográfica	Montevideo	4,4%
	Interior	4,6%
Quintil de ingresos de los hogares	Quintil 1	37,1%
	Quintil 2	38,8%
	Quintil 3	27,3%
	Quintil 4	21,6%
	Quintil 5	12,5%
Total de población de 6 - 23 años		31,5%

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

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

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

En el caso de las mujeres embarazadas, si bien no se cuenta con una encuesta nacional sobre prevalencia de anemia, a partir de la información registrada en el Sistema de Información Perinatal (SIP) es posible tener una aproximación a la

⁷**Fuente:** Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. MSP-MIDES-RUANDI-UNICEF, 2011

magnitud del problema. Según datos del 2012 el 20,9% de las mujeres embarazadas presentó anemia luego de las 20 semanas de gestación y esta cifra ascendió al 24,3% entre las menores de 20 años.

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

3. Sobrepeso y obesidad

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

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

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

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

Respecto a los niños de mayor edad, el país no cuenta con encuestas nacionales que estudien la prevalencia de los problemas nutricionales en escolares, pero estudios realizados en base al seguimiento de una cohorte de niños escolares entre los años 2004 y 2009, mostraron una prevalencia de obesidad de 16.7% a los 6 años, y 21.2% a los 11 años.⁸

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

⁸ Severi, 2013; Arim et al, 2013; Colafranceschi et al, 2013

SEDENTARISMO Y ACTIVIDAD FÍSICA

Situación mundial⁹

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

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

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

Para niños y adolescentes de 5 a 17 años:

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

Para adultos de 18 a 64 años:

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

Para adultos de 65 y más años:

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

⁹“Fact sheet” (hoja descriptiva) n° 385 sobre Actividad Física elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y actualizado a enero de 2015

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

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

La actividad física regular y en niveles adecuados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Formas de aumentar la actividad física. Tanto la sociedad en general como las personas a título individual pueden adoptar medidas para aumentar su actividad física. En 2013, los Estados Miembros de la OMS acordaron reducir la inactividad física en un 10% en el marco del “Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020”.

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

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

Aproximadamente el 80% de los Estados Miembros de la OMS han elaborado políticas y planes para reducir la inactividad física, aunque estos solo están operativos en el 56% de los países. Las autoridades nacionales y locales también están adoptando políticas en diversos sectores para promover y facilitar la actividad física.

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

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

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

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

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

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

La OMS ha establecido diversas alianzas para ayudar a los estado miembros en su esfuerzos para promover la actividad física. Estos incluyen la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Oficina de las Naciones Unidas sobre el Deporte para el Desarrollo y la Paz(UNOSDP) y un memo de entendimiento con el Comité Olímpico Internacional (IOC)

Situación en Uruguay

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

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

Encuesta EMSE (GSHS)

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

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

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

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

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

Esta encuesta fue realizada en 2006 y 2013. Los datos de 2013 son representativos de la población de 15 a 64 años de localidades de 10mil o más hab. (en 2006 fue en población de 25 a 64 años).

Tabla 11. Prevalencia actividad física por sexo según edad y nivel de actividad. Uruguay 2013

Nivel de actividad física	Sexo		
	Hombres % (IC)	Mujeres % (IC)	Ambos % (IC)
15 a 24 años			
Bajo*	20,8% (13,9-27,6)	26,0% (19,6-32,3)	23,4% (18,6-28,1)
Moderado**	20,1% (13,3-26,9)	34,2% (27,3-41,1)	27,1% (22,3-31,9)
Alto***	59,1% (50,8-67,4)	39,9% (32,6-47,2)	49,5% (44,1-55,0)
25 a 64 años			
Bajo*	23,0% (19,9-26,1)	31,3% (28,5-34,1)	27,3% (25,2-29,4)
Moderado**	28,3% (24,4-32,1)	27,6% (24,9-30,4)	27,9% (25,7-30,2)
Alto***	48,8% (44,7-52,9)	41,1% (38,1-44,1)	44,7% (42,2-47,3)
15 a 64 años			
Bajo*	22,4% (19,7-25,2)	30,1% (27,5-32,6)	26,4% (24,5-28,3)
Moderado**	26,2% (22,8-29,6)	29,1% (26,5-31,8)	27,7% (25,6-29,8)
Alto***	51,3% (47,7-55,0)	40,8% (37,8-43,8)	45,9% (43,5-48,2)

Fuente de datos: 2ª ENFRECNT 2013 - MSP * < 600 MET-min/semana ** ≥ 600 y < 3000 MET-min/semana *** ≥ 3000 MET-min/semana

Intervenciones

- Estaciones saludables

El MSP, en el marco de la Estrategia Nacional de Promoción de Salud financiada por el Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PPENT), una de cuyas líneas de trabajo son los Municipios, Localidades y Comunidades Saludables efectuó la compra y colocación a lo largo del 2014 y el 2015 de aparatos aeróbicos para el armado de 38 circuitos aeróbicos distribuidos en el territorio nacional. Cada circuito completo consta de 8 aparatos aeróbicos. Estos se suman a los circuitos aeróbicos que han instalado otros organismos (Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, Ministerio de Turismo y Deporte, etc.). También en el marco de la estrategia de Municipios, Comunidades y Localidades Saludables se desarrollaron proyectos locales que promovieron el aumento de la actividad física, tanto por iniciativas locales intersectoriales (bici sendas, ciclovías recreativas, redes de deporte y actividad física, agrupamientos rurales en escuelas para acceso a recreación y actividad física) como en el marco de los Fondos Uruguay Saludable e Inclusivo (FUSI).

Organizaciones de la sociedad civil, seleccionadas a través de concursos públicos, fueron adjudicadas a los Fondos; esta iniciativa, que impulsa el desarrollo de proyectos locales de promoción de estilos y entornos de vida saludables, fue lanzada en el mes de setiembre de 2009.

Desde entonces, se han desarrollado numerosos proyectos desde los cuales se han abordado entre otras temáticas: alimentación saludable, actividad física y deportes, huertas orgánicas, hogares libres de humo, prevención de consumo problemático de sustancias, estimulación de la lectura como factor protector para la salud mental, vínculos saludables, estilos y entornos, básicamente entonces, se ha trabajado en el abordaje de factores protectores para la Promoción de la Salud.

- Educación física obligatoria en las escuelas
- Acciones de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular (cursos, convenios para pausa activa en empresas, estaciones saludables)
- Creación de la Secretaría de Deporte

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ALCOHOL

Se cuenta en Uruguay con diversas investigaciones que dan cuenta de la morbi-mortalidad asociada a los distintos patrones de consumo de alcohol.

Tomando en cuenta el documento de la SND Base para el diseño de políticas públicas en la temática del alcohol en Uruguay (2011), resaltamos los siguientes indicadores de relevancia:

- Según la Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares realizada en 2006 por el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas, el alcohol es la droga más consumida por los uruguayos.
- Casi ocho de cada 10 personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y casi un 65% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses. La mitad de los uruguayos lo consumen habitualmente.
- Teniendo en cuenta todos los indicadores utilizados, se encuentra que casi 230.000 uruguayos presentan un consumo problemático de alcohol (intoxicación y/o dependencia).
- Por otra parte, el alcohol es la droga que presenta la menor percepción de riesgo en su consumo, tanto ocasional como frecuente.
- Dentro del colectivo de los estudiantes, el 75% piensa que el consumo ocasional de alcohol no tiene riesgos o que estos son leves, siendo este el grupo poblacional en donde la percepción del riesgo es menor.
- El alcohol es la droga que presenta la edad de inicio más baja. En el total de estudiantes, la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12,8 años. El 14% de los jóvenes experimentó con esta sustancia antes de ingresar

al ciclo secundario, esto es, antes de cumplir 12 años; en tanto que al llegar a los 13 años casi el 44% lo hizo.

- El 66% de los consumidores adolescentes actuales tuvieron uno o más episodios de intoxicación en los últimos 15 días. Esto significa que, en las dos semanas previas al relevamiento de datos, 1 de cada 3 estudiantes superó, una o más veces, los niveles de intoxicación alcohólica.
- En otro orden, a partir de la última encuesta nacional de hogares se estima que de los usuarios problemáticos de alcohol sólo el 10% ha buscado ayuda profesional en centros especializados. En la mayoría de los casos se consigna a Alcohólicos Anónimos como el lugar de consulta. En centros de tratamiento especializados en adicciones, el Primer Censo Nacional y Segundo en Montevideo de Centros de Tratamiento y Usuarios de Drogas llevado a cabo por el OUD en 2010 consigna que la demanda de tratamiento de alcohol representa apenas el 9.3% de la totalidad de los casos tratados. La atención en estos casos es mayoritariamente en centros privados.

Finalmente, teniendo en cuenta el último informe de la UNASEV de junio de 2015, se caracteriza de la siguiente forma el bimonio alcohol / conducción:

- Comparando los datos de los últimos 3 años, de un promedio anual de unos 30.000 controles realizados a conductores que participaron en siniestros con lesionados en todo el país, en un 6% se detectó presencia de alcohol.
- Esto implica que en el 2014 algo más de 2.000 conductores participantes de un siniestro presentó alcohol en sangre.
- Los datos del 2014 permiten afirmar que existe una muy clara correlación entre el aumento de la presencia de alcohol y la gravedad del siniestro. Mientras que el porcentaje general de conductores con presencia de alcohol en siniestros es del 6%, en los siniestros graves llega al 7% y se supera el 15% en los que tuvieron resultado fatal.

En suma, además de ser el alcohol la droga más consumida por los uruguayos, la misma es la que presenta los mayores impactos sobre la salud poblacional de nuestros habitantes, luego del tabaco.

Asimismo, el alcohol presenta en la actualidad un muy importante nivel de legitimidad social y baja percepción del riesgo, lo que se suma al alto nivel de desregulación de su mercado.

Todo esto hace imprescindible y urgente el diseño y ejecución de una política integral e intersectorial para el abordaje eficaz y eficiente del consumo de alcohol y sus distintas problemáticas asociadas.

CANNABIS

Dentro de las listas de sustancias consideradas “prohibidas” o de circulación restringida por Naciones Unidas, el cannabis es en el mundo entero y también en Uruguay la droga con mayor prevalencia de consumo.

En Uruguay, esta sustancia tiene una prevalencia de vida de un 20 % en la población entre 15 y 65 años, según la Quinta Encuesta Nacional de Hogares de la SND (2012).

Más específicamente, según la Sexta Encuesta Nacional con estudiantes de Enseñanza Media (2014), la prevalencia anual del consumo de cannabis en la

población entre 13 y 17 años supera, por primera vez, a la de consumo de tabaco (17% y 15,5 % respectivamente).

Esto evidencia la legitimidad creciente que está teniendo el consumo de cannabis en determinados sectores del mundo adolescente - juvenil, fenómeno que se repite también en el mundo adulto.

Según la Quinta Encuesta Nacional de Hogares de la SND (2012), habría en Uruguay un estimado de 21.100 usuarios problemáticos de cannabis.

Importante es de destacar que Uruguay ha comenzado desde el año 2013 - a través de la aprobación de la Ley 19.172 - un proceso único en el mundo tendiente a la construcción de un mercado regulado del cannabis, el cual está teniendo y tendrá implicancias a múltiples niveles.

La necesidad de desarrollar una política integral, de forma cuidadosa y responsable - tanto en términos del cuidado de la salud pública, como del cumplimiento con las obligaciones nacionales e internacionales del país - plantea al MSP una serie de mandatos y desafíos importantes entre los cuales se destacan:

1. Jerarquizar la participación del MSP en todas las instancias dispuestas según la Ley 19.172 y los Decretos correspondientes.
2. Desarrollar e implementar campañas de sensibilización y educación pública sobre los riesgos del uso de cannabis, que aporten a una mayor problematización y desnaturalización del tema.
3. Velar por el monitoreo y la evaluación de la Ley 19.172, tomando como base los avances desarrollados por el Comité Científico Asesor.
4. Incluir en las actuales prestaciones de salud mental el abordaje integral de los usos problemáticos de cannabis.

PSICOFÁRMACOS, ESTUPEFACIENTES Y PRECURSORES QUÍMICOS

El desvío y el abuso de sustancias químicas y productos farmacéuticos que contienen sustancias estupefacientes y sicotrópicas es una grave y creciente preocupación para Uruguay, así como para el resto de los Estados miembros de la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA).

El control efectivo de esas sustancias requiere de una base legislativa y un marco regulatorio firme, así como de procedimientos completos de administración y control. Este último elemento debe incluir un componente de inspección e investigación bien organizado y profesional.

En noviembre de 2011, se realizó a nivel del Comité Asesor de Expertos en Materia de Precursores y Productos Químicos (órgano técnico Asesor de la Junta Nacional de Drogas) el "Diagnóstico de procesos de control del desvío de productos farmacéuticos, sustancias químicas, y sustancias incautadas lícitas e ilícitas y su destrucción". La estrategia metodológica utilizada para la elaboración de este diagnóstico, implicó la consulta mediante cuestionario estructurado a las instituciones con competencias en el proceso de control del desvío de precursores y sustancias químicas según el marco legislativo vigente. A partir del análisis de ésta información, se procedió a realizar visitas in situ a las instituciones a fin de observar las instalaciones y efectuar entrevistas a integrantes de los equipos de trabajo. Se evidenciaron fortalezas y limitaciones del marco legislativo y de los procesos organizacionales de control.

En las Recomendaciones que surgen de este informe, en el numeral 7, se destaca: “Fortalecer al Sector Psicofármacos, Estupefacientes, Precursores y Productos Químicos del Ministerio de Salud Pública, responsable de su control y fiscalización, con Recursos Humanos y tecnología para dar cumplimiento a los cometidos previstos por la legislación y normativa vigente: Capítulo XI del Decreto-Ley 14.294 de 31 de octubre de 1974 incorporado por el artículo 5° de la Ley N° 17.016 de 22 de octubre de 1998 y su Decreto Reglamentario 391/02 de 10 de octubre de 2002”.

Otro de los desafíos centrales es la puesta en Marcha de un sistema informático automatizado y on-line que permita controlar y lograr la trazabilidad en toda la cadena de comercialización y dispensación de los Sico fármacos, Estupefacientes, Precursores y Productos Químicos.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PREVALENTES

Situación mundial

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son aquellas que no se transmiten de persona a persona. También se las conoce como enfermedades crónicas. Tienen una larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro grupos principales de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como infartos y ataques cerebrovasculares), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma).

De 56 millones de personas que fallecieron en el mundo en 2012, 38 millones (68%) fueron debido a las ENT. Si bien se asocian a edades avanzadas, 16 millones de esas muertes ocurrieron en menores de 70 años. El 82% de las muertes fue debido a la ENT prevalentes: enfermedades cardiovasculares (17,5 millones), cáncer (8,2 millones), enfermedades respiratorias crónicas (4 millones) y diabetes (1,5 millones).

Todos los grupos de edad son vulnerables a los factores de riesgo de las ENT: consumo o exposición a humo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta no saludable y bajo nivel de actividad física. A su vez estos factores de riesgo “comportamentales” pueden llevar a otros factores llamados “intermedios” como presión arterial elevada, glucemia elevada, colesterolemia elevada y sobrepeso/obesidad.

En términos de muertes atribuibles respecto a estos factores de riesgo se destaca:

- El tabaco cobra casi 6 millones de vidas cada año (por la exposición al humo ajeno) y se prevé que aumente a 8 millones en 2030.
- Aproximadamente 3,2 millones de muertes pueden atribuirse a un bajo nivel de actividad física.
- Más de la mitad de las 3,3 millones de muertes anuales por uso nocivo de alcohol se deben a ENT.
- 1,7 millones de las muertes en 2010 debidas a causas cardiovasculares se han atribuido a la ingesta excesiva de sal.

- El aumento de la presión arterial es el principal factor de riesgo metabólico (18 millones de muertes), seguido por el sobrepeso / obesidad y el aumento de la glucemia.

Impacto socioeconómico

Las ENT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. En el siguiente cuadro se observa la doble carga de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) que deben afrontar los países de menores ingresos. Se estima que el aumento de estas enfermedades será un obstáculo para reducir la pobreza en los países debido al aumento de los gastos familiares por atención sanitaria.

Tabla 12. Tasas de mortalidad por grupo de causas según ingreso del país. 2014

PAIS	TRANSMISIBLES**	NO TRANSMISIBLES	LESIONES
	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Ingreso bajo	502	625	104
Ingreso medio bajo	272	673	99
Ingreso medio alto	75	558	59
Ingreso alto	34	397	44
Todos	178	539	73

Fuente: World Health Statistics 2014

*Tasa mortalidad estandarizada por edad cada 100 mil habitantes ** Incluye: Enf. Transmisibles, maternas, afecciones originadas en el período perinatal, deficiencias nutricionales

Prevención y control de las ENT

A efectos de reducir el impacto de las ENT es necesario un enfoque integral e intersectorial que incluya no solamente los sectores relacionados con la salud sino también los relacionados con finanzas, relaciones exteriores, educación, agricultura y planificación para reducir riesgos asociados a las ENT y promover intervenciones para prevenirlas y controlarlas.

Para conseguir el máximo efecto es necesario formular políticas públicas saludables y reorientar los sistemas de salud para atender la patología crónica.

Una línea de acción fundamental para reducir las ENT es reducir la prevalencia de los factores de riesgo ya mencionados. Hay soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo más comunes. Otra opción son algunas intervenciones esenciales de alto impacto que pueden aplicarse con un enfoque de atención primaria que refuerce detección precoz y tratamiento oportuno. Estas acciones altamente costo efectivas (mejores opciones o best buys) pueden aplicarse en contextos con distintos niveles de recursos (ver cuadro).

Cuadro 6. “Mejores opciones” o “best buys” (intervenciones costo efectivas que tienen alto impacto y factibles de implementar aún en contextos de bajos recursos). OMS

Tabaco

- Aumentar impuestos sobre el tabaco
- Creación de ambientes libres de humo de tabaco en los lugares de trabajo, públicos y transporte público.
- Informar a las personas de los peligros del tabaco a través de avisos sanitarios y campañas de medios de comunicación.
- Prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.

Uso nocivo de alcohol

- Regular la comercialización de alcohol
- Restringir o prohibir publicidad de alcohol
- Aumentar impuestos sobre alcohol

Dieta y actividad física

- Reducir consumo de sal
- Reemplazar grasas trans por grasas insaturadas
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de la alimentación saludable y la actividad física.
- Promover y proteger la lactancia materna.

Enfermedades cardiovasculares y diabetes

- Terapia medicamentosa (incluyendo control de glucemia para diabetes y control de hipertensión con enfoque de riesgo) y consejería a personas que tuvieron un infarto de miocardio o un ACV o personas con riesgo $\geq 30\%$ de sufrir eventos cardiovasculares mortales o no mortales en los próximos diez años.
- Terapia con ácido acetil salicílico (aspirina) en los casos de infarto agudo de miocardio.

Cancer

- Prevención del cáncer de hígado inmunizando contra la hepatitis B
- Prevención del cáncer de cuello de útero a través de screening y tratamiento adecuado de las lesiones pre cancerosas.

Fuente: WHO Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014

Respuesta de la OMS

En 2011 más de 190 países refrendaron mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de ENT. Entre ellos figura el “Plan de acción mundial para la prevención y control de las ENT 2013-2020” cuyo objetivo es reducir un 25% las muertes prematuras por ENT para 2025 mediante nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Las nueve metas refieren al consumo de tabaco, el uso nocivo de alcohol, la dieta no saludable y el bajo nivel de actividad física.

Para cumplir las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria, el plan presenta un conjunto de intervenciones costo eficaces (las “best buys” ya mencionadas en el cuadro anterior).

En 2015 los países empezarán a establecer metas nacionales y a cuantificar los progresos logrados respecto a los valores de referencia de 2010 recogidos en el “Informe sobre situación mundial de las ENT 2014”. La Asamblea General de las Naciones Unidas celebrará en 2018 una tercera reunión de alto nivel sobre las ENT para hacer balance de los progresos de los países en el logro de las metas de aplicación voluntaria a más tardar en 2025.

Situación en Uruguay

En nuestro país las ENT prevalentes son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales.

En nuestro país son responsables del 60% de todas las muertes y 62% de las muertes entre los 30 y los 69 años (mortalidad precoz).

Del primer Estudio de Carga Global de Enfermedad¹⁰ (Tabla 12) surge que en población de 20 a 64 años:

- entre las primeras 15 patologías causas de Años de Vida Perdidos (AVP), 10 de ellas corresponden a ECNT
- entre las primeras 15 patologías causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD), figuran 5 de estas enfermedades, de las cuales 3, ocupan los primeros lugares
- entre las primeras 15 patologías causas de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), 10 de ellas corresponden a enfermedades pertenecientes a este grupo.

¹⁰ ESTUDIO DE CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (PPENT) - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 2015

Tabla 13. Indicadores de años de vida perdidos según causas. Uruguay. 2012

Ubicación en el ranking	Enfermedad	Total
AVP		
1	Siniestros transporte	15433
2	Heridas Autoinflingidas	14913
3	Cáncer de Pulmón	14032
4	Otros Neoplasmas Malignos	12389
5	ACV	11639
6	Isquémica Aguda del Corazón	10353
7	Isquémica Crónica del Corazón	7934
8	Cáncer de Mama	7213
9	Cáncer Cólón y Recto	6425
10	VIH	6232
11	Violencia	5620
12	Diabetes	4905
13	Cáncer de Estómago	4267
14	Neumonía	4151
15	Cáncer de Páncreas	4072
AVD		
1	EPOC	23728
2	Isquémica Crónica del Corazón	10280
3	ACV	6817
4	Osteoartritis	5038
5	VIH	4713
6	Depresión Mayor	4141
7	Siniestros transporte	3857
8	Visión	3690
9	Diabetes	3389
10	Audición	3176
11	Artritis reumatoidea	2115
12	Enfermedad hipertensiva del corazón	1845
13	Diarreas	1835
14	Hiperplasia prostática benigna	1769
15	Dolor de espalda crónico	1723
AVISA		
1	EPOC	27247
2	Siniestros transporte	19290
3	ACV	18456
4	Isquémica Crónica del Corazón	18214
5	Heridas Autoinflingidas	15189
6	Cáncer de Pulmón	14085
7	Otros Neoplasmas Malignos	12722
8	VIH	10945
9	Isquémica Aguda del Corazón	10514
10	Diabetes	8294
11	Cáncer de Mama	7458
12	Cáncer de Colon y Recto	6599
13	Violencia	5869
14	Osteoartritis	5038
15	Cáncer de Estómago	4333

Los datos preliminares de la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFRECNT) muestran en general una alta prevalencia de los 8 factores de riesgo prevenibles comunes a estas enfermedades (Tabla 14) en la población de 25 a 64 años.

Tabla 14. Prevalencia de factores de riesgo de Enfermedades Crónicas según 2ª Encuesta ENFRECNT, Uruguay

Indicador	Valor
Prevalencia de fumadores diarios	28,8% (26,6-30,9)
Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol (binge drinking)	9,5% (7,3-11,7)
Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras	90,9% (89,9-91,9)
Prevalencia de nivel bajo de actividad física ¹	22,8% (20,8-24,8)
Prevalencia de presión arterial elevada ² (hipertensión arterial)	36,6% (34,4-38,8)
Prevalencia de sobrepeso y obesidad ³	64,9% (62,2-67,3)
Prevalencia de glucosa en sangre elevada ⁴ (diabetes)	7,6% (6,4-8,9)
Prevalencia de colesterol en sangre elevado ⁵	21,5% (19,5-23,5)

¹ <600 MET-min/semana ²PAS ≥ 140mmhg y/o PAD ≥ 90mmHg y/o en tratamiento por HTA

³IMC ≥ 25 kg/m² ⁴ ≥ 126 mg/dl y/o en tratamiento por diabetes ⁵ ≥ 200 mg/dl y/o en tratamiento por colesterolemia elevada

Enfermedades cardiovasculares

Las **enfermedades cardiovasculares (ECV)** son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen:

- la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco;
- las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- la cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y
- las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los ataques al corazón y los ataques cerebrovasculares (ACV) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya

hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los ACV también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre. Los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (ACV) suelen tener su causa en la presencia de una combinación de los factores de riesgo ya mencionados.

Situación mundial

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.

Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los ataques cerebrovasculares (ACV).

Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios.

De los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV.

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas no saludables, el bajo nivel de actividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, sobrepeso/obesidad, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda.

Situación en Uruguay

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Uruguay (aproximadamente el 27% de las muertes). Las patologías principales son la cardiopatía isquémica y el ataque cerebrovascular (ACV)

Además de la importancia del trabajo con los factores de riesgo para disminuir la prevalencia de estas enfermedades es necesario mejorar el diagnóstico temprano de ambos eventos, la derivación adecuada y la aplicación de medicación que permita mejorar el pronóstico.

En el caso de la cardiopatía isquémica es necesario mejorar la cobertura en la utilización de fibrinolíticos.

En el caso de los ACV es fundamental la creación de las Unidades ACV (UACV) que permiten mejorar el tratamiento y el pronóstico de estas enfermedades.

De acuerdo a estimaciones proporcionadas por la Clínica Neurológica del Hospital de Clínicas:

- La tasa de incidencia de ocurrencia de ACV es de aproximadamente 180 casos de ACV cada 100mil hab (110 a 120 isquémicos y 60 a 70 hemorrágico) por año.

- De acuerdo a esa tasa ocurren aproximadamente 6000 casos de ACV por año (3000 en Montevideo y 3000 en el Interior)
- Aproximadamente 4000 de los ACV son isquémicos (2000 Montevideo y 2000 Interior)
- Del total de ACV isquémicos, requieren trombolización aproximadamente 400 ACV isquémicos /año (10%)
- Aproximadamente 50 ACV isquémicos por año serían trombectomizables (25 en Montevideo y 25 en el Interior)
- El 80 a 90% de los ACV se benefician de la atención en una UACV

Cáncer

En el mundo, el **Cáncer** es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad y se prevé que el número de casos aumente en aproximadamente un 70% y la mortalidad en casi un 80% en los próximos 20 años (1). En nuestro país, es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, siendo responsable de **casi un cuarto (24%) del total de las defunciones registradas en Uruguay cada año** (2). Anualmente se diagnostican algo más 15.000 casos nuevos y mueren casi 8000 uruguayos por esta causa (3-5). Su perfil es relativamente similar a aquel observado en los países desarrollados con algunos rasgos propios de los países menos desarrollados tales como cifras aun relativamente elevadas en cáncer de cuello de útero, estómago y esófago (4).

Aunque las tasas de mortalidad por cáncer han disminuido ligeramente en los últimos años, la incidencia de nuevos casos sigue siendo alta. Con la excepción del cáncer de piel no melanoma, los **4 tipos de cáncer más frecuentes en el Uruguay son los mismos que aquellos que se observan en los países desarrollados: mama (femenino), próstata, colo-recto y pulmón** (4). El perfil demográfico, el estilo de vida occidental y tal vez los patrones genéticos dominantes, son posiblemente las causas principales de esta analogía.

En mujeres, el cáncer de mama es el que posee la mayor tasa de incidencia y también de mortalidad. En el quinquenio 2006-2010 se diagnosticaron en promedio cada año 1840 casos nuevos y se registraron más de 660 muertes anuales por esta causa (4). El cáncer de colo-recto ocupa el segundo lugar en Incidencia seguido en el tercer lugar por el cáncer de cérvico-uterino y en el cuarto por el de pulmón. Este último, cuya incidencia y mortalidad continúan aumentando dramáticamente en el sexo femenino, ya ocupa el tercer lugar como causa de muerte por cáncer en la mujer (el promedio anual para el período 2009-2013, fue de 276) (5).

En hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente seguido por el cáncer de pulmón y el colo-rectal (cánceres de colon y recto reunidos). No obstante, en lo relativo a la mortalidad sigue siendo el cáncer de pulmón la causa de muerte más importante en hombres. A pesar del franco y sostenido descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres que se observa desde hace más de 20 años, aún se mueren anualmente casi 1300 uruguayos por esta causa (985 hombres y 318 mujeres en 2013) (5).

En la Tabla 15 se muestra el promedio anual de casos nuevos de los sitios con mayor incidencia en mujeres (mama, colo-recto y cuello uterino) y en hombres, (próstata, pulmón y colo-recto), en ambos sexos reunidos.

Tabla 15. Distribución de casos incidentes de Cáncer en Uruguay, según localización

Sitio	F.A (casos nuevos/año) (*)
Mama	1834
Colon-recto	1819
Próstata	1492
Pulmón	1362
Cuello uterino	330

(*) Promedio anual correspondiente al quinquenio 2007-2011. Registro Nacional de Cáncer (RNC), CHLCC.

En la tabla 16 se muestra el promedio anual de defunciones por los principales sitios (considerando los dos sexos reunidos) y las relaciones entre las tasas de mortalidad y de incidencia de acuerdo al sexo.

Tabla 16. Principales sitios. Número anual de defunciones (*) y relación entre la mortalidad y la incidencia.

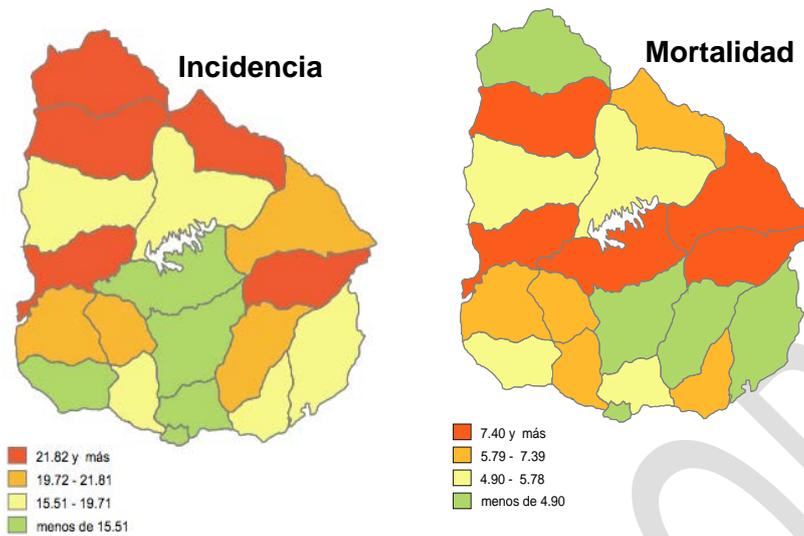
Sitio	F.A defunciones/año (*)	TA mortalidad / TA incidencia(**)	
		Hombres	Mujeres
Pulmón	1218 (16%)	0.94	0.84
Colon-recto	1057 (14%)	0.51	0.47
Mama	638 (8%)	-	0.29
Próstata	589 (7.5%)	0.34	-
Cuello uterino	120 (1.5%)	-	0.36

(*) Corresponde al año 2012 (RNC, CHLCC)

(**) TA: tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000. Período 2007-2011 (Datos aportados por el RNC).

Con respecto a la distribución de las tasas de incidencia y mortalidad de acuerdo al Departamento, en el caso del cáncer de cuello uterino se observan diferencias importantes (Figuras 2 y 3).

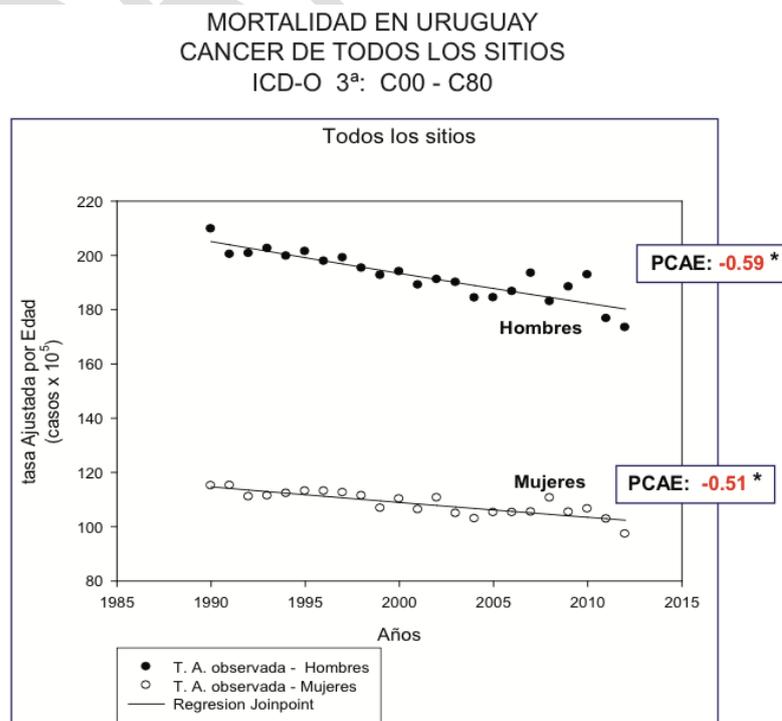
Figura 2. Mapas de distribución de Tasa ajustada de mortalidad e incidencia de cáncer de cuello uterino en Uruguay (2007-2011)



Fte: Reg. Nac. de Cáncer de Uruguay - CHLCC

Evolución de la mortalidad por cáncer: de acuerdo al último informe del Registro Nacional de Cáncer (RNC), las tasas de mortalidad estandarizadas por edad para todos los sitios reunidos decrecen desde 1990 en ambos sexos en aproximadamente un 0.5% anual (Figura 3).

Figura 3. Evolución de la mortalidad por cáncer en Uruguay (RNC)



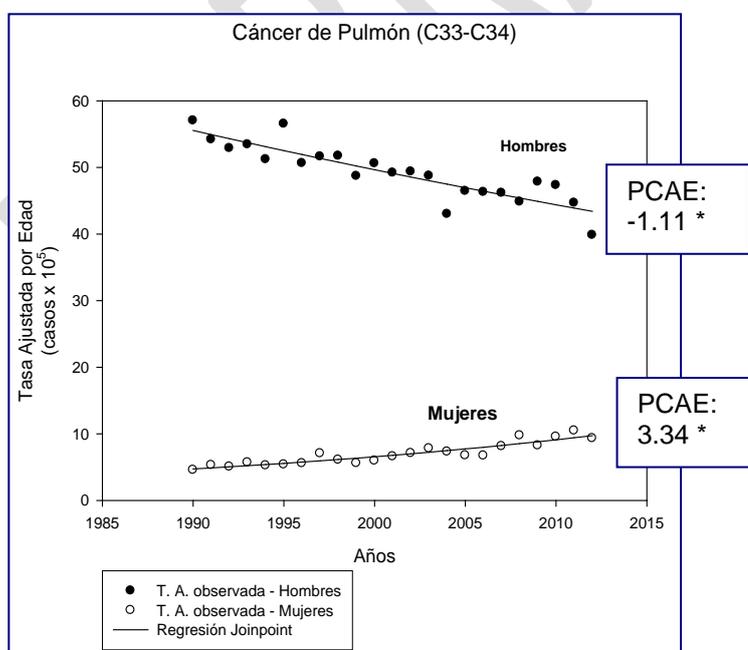
Nota: PCAE: porcentaje de cambio anual

En **hombres** la curva decreciente es especialmente debida al descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón, aunque también de los cánceres de estómago y esófago. Un descenso muy reciente parece esbozarse en la mortalidad por cáncer de próstata, pero se deberá esperar para observar si este descenso es consistente y estadísticamente significativo.

En la **mujer**, el descenso leve pero sostenido de la mortalidad por cáncer en general, es consecuencia fundamentalmente del descenso notorio del cáncer de útero (todos los subsitios uterinos reunidos) y del cáncer de mama en las 2 últimas décadas. Además, muy recientemente parece observarse una tendencia descendente de mortalidad por cáncer de cuello uterino. **Como contrapartida se observa un ascenso marcado de la mortalidad por cáncer de pulmón** (Figura 4), el cual actualmente constituye la 3ra causa de muerte por cáncer en la mujer (la tasa estandarizada por edad crece a más de un 3% anual). El número anual de muertes por cáncer de pulmón en mujeres **duplica actualmente, el número de muertes por cáncer de cuello de útero**, invirtiendo la relación que se observaba hace unas pocas décadas.

Si se analizan las **tendencias de la mortalidad para edades entre 15-69 años (mortalidad precoz)** en el período 1990-2013 (Figura 5), se observa que en ambos sexos desciende significativamente a lo largo del período pero con desigual pendiente (E. Barrios, comunicación personal).

Figura 4. Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón. Uruguay (1990-2012)



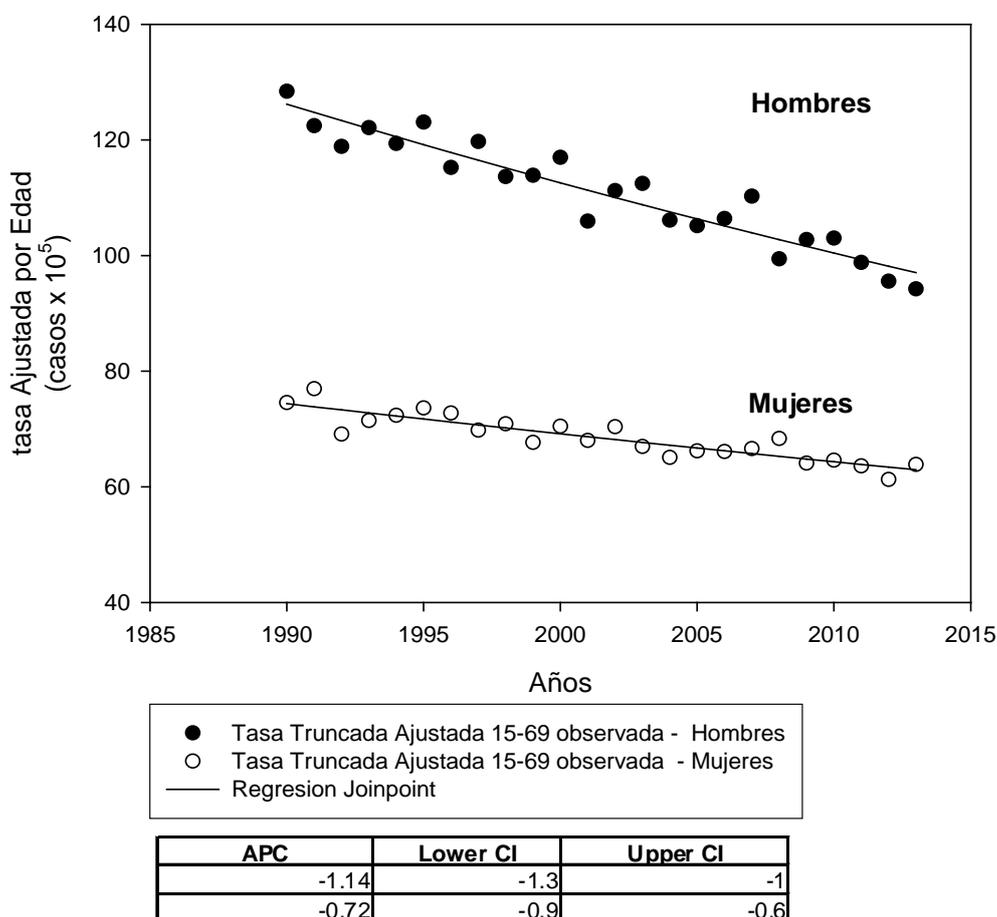
Nota: T.A.:Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000.
PCA: Porcentaje de Cambio Anual Estimado para el período (1990-2012).
(*) PCA estadísticamente significativo

En **hombres**, debido fundamentalmente al decrecimiento de la mortalidad por cáncer de pulmón, **el descenso es mayor** (APC=-1.14) que en la mujer (APC=-0.72), donde la dinámica es más compleja debido al ascenso de la mortalidad por cáncer de pulmón y los descensos de la mortalidad por cáncer de mama y cáncer uterino, considerando todos los subsitios uterinos reunidos.

El **aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer** es paralelo al incremento en la tasa de **tabaquismo**, con una latencia de aproximadamente 20 años entre el incremento en la incidencia de fumadoras y el incremento en las muertes por cáncer de pulmón. Esta observación coincide con lo que ocurre a nivel mundial.

Figura 5. Evolución de la mortalidad precoz (15-69 años) (RNC)

Todos los sitios



Nota: APC: porcentaje de cambio anual

Otros **factores de riesgo modificables** a tener en cuenta (6) son el índice de masa corporal elevado, la falta de actividad física, el consumo nocivo de alcohol, la dieta inapropiada y ciertas infecciones, como las infecciones los virus del papiloma humanos y los virus de la hepatitis B y C.

Con respecto a las **comparaciones de nuestras cifras de incidencia y mortalidad por cáncer con otros países de la región y países más desarrollados** y menos desarrollados, que han sido motivo de artículos de prensa luego de la publicación del World Cancer Report 2014 por la IARC (International Agency for Research on Cancer) de la OMS, corresponde realizar las siguientes consideraciones:

- 1) Este informe incluye las estimaciones incluidas en el GLOBOCAN 2012 (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx) las cuales, en el caso de los países de nuestra región se basan en los registros correspondientes a una o unas pocas ciudades y en consecuencia no reflejan la situación epidemiológica global de los mismos. Por el contrario, Uruguay tiene un Registro Nacional y de mejor calidad, al menos en lo relativo al registro de incidencia. Por otra parte, las cifras de incidencia y mortalidad de Uruguay publicadas por Globocan 2012 corresponden a estimaciones que sobreestiman en aproximadamente un 10% la mortalidad observada en nuestro país en 2012.
- 2) Si se calcula el cociente entre las tasas estandarizadas de mortalidad e incidencia para todos los sitios y los dos sexos reunidos, nuestro cociente (calculado con los datos aportados por el RNC) es similar al que exhiben Argentina y Brasil e intermedio entre el exhibido por el conjunto de los países más desarrollados y el conjunto de los menos desarrollados.

Si bien tomando en cuenta las consideraciones precedentes nuestras cifras no son peores que las de otros países de la región, **es relevante identificar las causas por las cuales nuestros resultados en términos de mortalidad son inferiores a los de los países más desarrollados** a fin de actuar sobre ellas para reducir la mortalidad por cáncer en nuestro país.

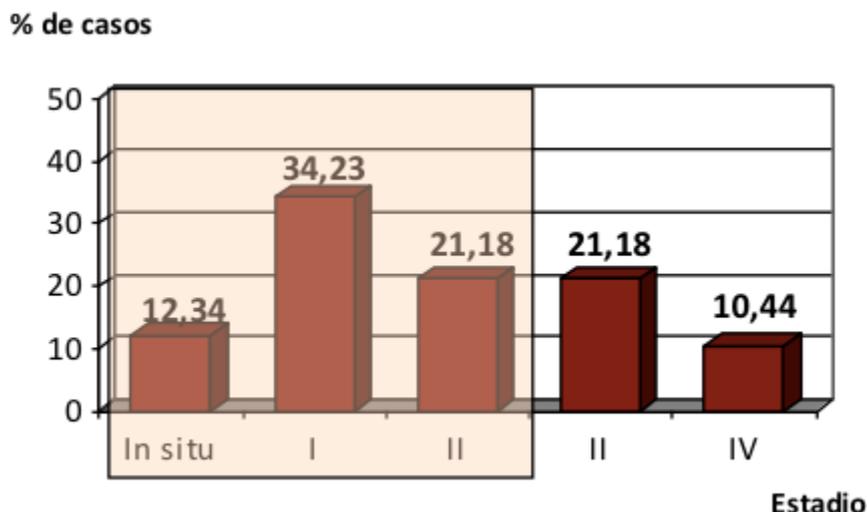
Uno de los principales factores que condiciona la mortalidad es la extensión lesional al diagnóstico. Los países desarrollados poseen **programas organizados de tamizaje que han logrado desplazar el espectro de estadios a etapas más tempranas en el diagnóstico**. Este desplazamiento impacta no solamente en el aumento del denominador - la incidencia- sino en el descenso del numerador (la mortalidad), sobre todo en los tumores más frecuentes en los cuales es posible el diagnóstico oportuno como mama, colo-recto y cuello uterino.

En nuestro país, si bien tenemos un buen registro nacional de incidencia y mortalidad por cáncer, aun **no disponemos de un registro apropiado de los estadios al diagnóstico** que nos permita conocer con certeza cuál es nuestra situación al respecto (Barrios E, comunicación personal). La mejor estimación disponible es la aportada por el RNC en relación a la distribución por estadios de los casos de cáncer de mama diagnosticados entre 2005 y 2009 ya que se basa en el estadio al diagnóstico de aproximadamente 2/3 de los nuevos casos en el periodo referido (gráfica 1). En el caso de los cánceres de cuello uterino y de colo-recto, la estimación es mucho más imprecisa ya que se basa en una proporción de casos menor al 40%. **A fin de establecer metas en relación al desplazamiento de los estadios a etapas más precoces del desarrollo de estos cánceres es necesario mejorar el registro existente.**

En el caso del cáncer mamario, aproximadamente 68% de los casos se diagnostican en estadios in situ, I o II, de los cuales una proporción corresponde a pacientes con enfermedad en etapa loco-regional. Sería importante conocer el porcentaje de pacientes que se presenta en etapa localizada. En EEUU, de acuerdo a los datos del

NCI (SEER), el 61% de los casos se diagnostica en etapa localizada (<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>).

Gráfica1. Estadios de presentación del Cáncer de Mama en Uruguay. Incidencia 2005-2009



Fuente: Registro Nacional del Cáncer - CHLCC

En relación al cáncer de cuello uterino, en el año 2010 (RNC, CHLCC), el 65% de los casos nuevos en relación a los cuales se reportó el estadio, correspondieron a lesiones in situ.

En la Tabla 17 se muestra la distribución de los casos de cáncer de colon y recto de acuerdo al estadio (RNC, CHLCC). Aproximadamente un cuarto de los casos de cáncer invasivo se diagnostica en estadio 1.

Tabla17. Distribución de los casos de cáncer de colo-recto de acuerdo al estadio. Incidencia 2007-2011. Ambos sexos reunidos. (RNC, CHLCC).

Estadio	Casos	Porcentaje(*)
1	980	26,3%
2	719	19,3%
3	1.032	27,7%
4	994	26,7%
Subtotal con estadio	3.725	41,0%
Sin dato	5.370	59,0%
Total	9.095	100,0%

Con respecto a la detección oportuna de los cánceres de mama y cuello uterino, si bien la legislación vigente favorece el acceso y la cobertura con los estudios de

tamizaje, la misma tiene que incrementarse. En efecto, de acuerdo a la información aportada por el Programa de prevención del cáncer de cuello uterino (PPCCU) (7) la cobertura con PAP varía entre el 20% y el 90%, mientras que el promedio nacional de cobertura con mamografía en mujeres mayores de 40 años es de 26% y varía entre el 9% y 45% (8). Por otra parte, el **registro de la cobertura es incompleto y no disponemos** de un sistema que asegure el **seguimiento para el diagnóstico y tratamiento oportuno**.

Respecto a la detección oportuna del **cáncer colo-rectal en población de riesgo**, de acuerdo a las pautas establecidas en el **Área Programática de Cáncer del MSP**, se recomienda la utilización de **Fecatest inmunológico anual** en pacientes asintomáticos con 50 y más años, utilizar como **valor de corte 100 ng Hb/ml** y su seguimiento de acuerdo a las guías de práctica clínica establecidas por el MSP. Si bien la legislación vigente favorece el acceso (estudio gratuito), a diferencia de lo que ocurre con el PAP y la mamografía, la legislación vigente **no contempla la inclusión del fecatest en el carné de salud**. Por otra parte, **tampoco se dispone de un sistema que permita el registro de la cobertura y asegure el seguimiento** para el **diagnóstico y tratamiento oportuno** de los pacientes **confecatest positivo (mayor o igual a 100ng Hb/ml** según recomendaciones del MSP).

En efecto, para **reducir la mortalidad por los cánceres pasibles de ser detectados en forma precoz**, no solo es importante ampliar la cobertura de los estudios de tamizaje sino que también es necesario **asegurar el diagnóstico y tratamiento en tiempo y forma**. Al respecto, parece importante desarrollar un programa de seguimiento que permita contactar a los pacientes a los que se identifica como probables portadores de un cáncer in situ o invasivo en etapa precoz a fin que puedan acceder al diagnóstico definitivo y al tratamiento apropiado en forma oportuna.

Por otra parte, cabe destacar que **el pronóstico no solo depende de la extensión lesional al diagnóstico y el tratamiento oportuno sino también de la agresividad biológica** del tumor. En el caso del cáncer mamario, los estudios biológicos realizados en los últimos años, han confirmado la existencia de al menos cuatro subtipos de acuerdo a la expresión de los receptores hormonales de estrógenos y progesterona (RH) y la proteína HER2 (12): 1) tumores RH+ HER2- 2) RH+, HER2+ 3) RH- HER2 + 4) RH- HER2- o triple negativos. El diagnóstico del subtipo es fundamental para decidir el tratamiento y predecir la sobrevida. Los **subtipos más agresivos y de peor pronóstico** son el triple negativo y el HER2 positivo. En el caso de este último, la incorporación de terapias dirigidas contra HER2 ha permitido aumentar significativamente la sobrevida en todos los estadios (9, 11).

Por lo tanto, **es importante realizar los cambios necesarios para que los prestadores informen al Registro Nacional de Cáncer** los estadios al diagnóstico y en el caso del cáncer mamario, también el resultado del estudio de los receptores hormonales y el HER2.

Por otra parte, es importante contar con guías de práctica clínica de alcance nacional actualizadas tanto en lo referido a la **prevención** (se dispone de las guías de tamizaje actualizadas para **cáncer de mama y cáncer de cuello uterino**) como al **diagnóstico, tratamiento y rehabilitación**, así como poner en marcha la **evaluación y la mejora de la calidad de los procesos asistenciales**.

El **desarrollo e implementación a nivel nacional de la historia clínica electrónica oncológica (HCEO)** puede contribuir tanto a mejorar el registro de la cobertura de los estudios de tamizaje como la información sobre los estadios al diagnóstico, el acceso

a guías de práctica clínica y la evaluación y mejora de la calidad de los procesos asistenciales.

Con la finalidad de asegurar un diagnóstico y tratamiento apropiados, es necesario continuar promoviendo el **acceso equitativo y sustentable a los nuevos estudios y tratamientos** que hayan demostrado contribuir de forma clínicamente significativa al control del cáncer y ser costo-efectivos.

Por último, y no menos importante es **fortalecer el desarrollo de investigación epidemiológica y clínica** que responda a las **necesidades y características de nuestra población y nuestro sistema de salud**.

La respuesta del sistema de salud respecto a estas enfermedades continúa siendo deficitaria ya que el mismo está orientado principalmente, desde la infraestructura y la formación de recursos, a la resolución de los problemas agudos y episódicos.

Si bien la reforma sanitaria con la creación del SNIS consagra el modelo de atención haciendo énfasis en la prevención y seguimiento todavía existen aspectos a desarrollar:

- Accesibilidad
- Longitudinalidad de la atención
- Continuidad (coordinación, referencia y contrarreferencia)
- Integralidad
- Captación precoz de las patologías y /o factores de riesgo
- Intervención oportuna y prácticas basadas en la evidencia
- Mejorar adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos
- Involucramiento y abordaje familiar y comunitario
- Mejorar sistemas de información de las instituciones para tener registro de los pacientes crónicos y del proceso de atención.

MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL y PREMATURIDAD

La prematuridad conforma una de las principales causas de mortalidad neonatal y ésta el componente más duro de la mortalidad infantil. A nivel mundial se ha registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Según la OMS, Ello puede explicarse, entre otras cosas, por una mejora en los métodos de evaluación, el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la hipertensión; un mayor uso de los tratamientos contra la infertilidad, que dan lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples; y los cambios en las prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término.

Existen importantes diferencias en la incidencia de partos prematuros entre los distintos países. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. También se ven diferencias en la sobrevivencia de éstos niños: más del 90% de los prematuros extremos (<28 semanas) nacidos en países de ingresos bajos muere en los primeros

días de vida; sin embargo, en los países de ingresos altos muere menos del 10% de los bebés de la misma edad gestacional. Siguiendo en la misma línea de pensamiento, dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro. Es por este motivo que las estrategias de abordaje deben fundarse en la interdisciplina (salud, educación, políticas sociales).

Los niños con historia de prematuridad y muy bajo peso al nacer, tienen alto riesgo de padecer problemas de salud física como falla de crecimiento y enfermedad respiratoria durante sus primeros años de vida. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas es variable, y solo existen datos parciales a nivel nacional acerca del seguimiento del crecimiento y desarrollo de esa población de riesgo. Desde el punto de vista de su desarrollo temprano tienen alto riesgo con respecto a la población infantil en general, de diagnóstico de discapacidades mayores (Parálisis Cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera).

En los últimos años, en Uruguay, se ha observado que las principales causas de mortalidad neonatal se han mantenido, siendo las afecciones del periodo perinatal vinculadas a la prematuridad (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%) las más frecuentes. Se destaca además que el 60% de las muertes neonatales ocurre en el período neonatal precoz. Si consideramos la mortalidad post-neonatal, existe un importante porcentaje de muertes de causa mal definida (26%) seguida de malformaciones congénitas (21,4%) y enfermedades respiratorias (13%). En Uruguay el 9% del total de nacimientos se producen prematuramente (2014) y el 1% del total de nacimientos de todo el país son recién nacidos con peso al nacer menor de 1500 g.

Desde hace muchos años, la natalidad se ha mantenido estable en nuestro país (13.4/1000 habitantes al 2012) y la mortalidad mantiene, desde hace más de 10 años, una tendencia decreciente. Siendo la prematuridad la principal causa de mortalidad en el primer mes y primer año, para mantener la tendencia decreciente de la mortalidad infantil, se hace necesario mantener el foco de acción en los grupos de mayor riesgo, como lo es el grupo de prematuros severos.

Causas de prematuridad

Se dividen en causas maternas, fetales y placentarias. Maternas: estado hipertensivo del embarazo, diabetes mellitus, síndrome anti-fosfolipídico, insuficiencia cervico-ístmica. Infecciosas: Coriamnionitis, Sífilis. Placentarias: patologías placentarias anómalas. Causas fetales: infecciones connatales del feto y cromosopatías.

Es necesario tener presente que la prematuridad tiene un componente “evitable” y otro componente “no evitable” dado que sobre éstas últimas, es poco lo que podemos hacer (como las causas genéticas).

Causas evitables:

Aquellas que dependen de un adecuado control del embarazo en cantidad y calidad detectando factores de riesgo para que sea de mínimo riesgo. En ésta categoría también influyen los factores derivados de la propia asistencia del parto, y la categorización del riesgo del mismo para que éste se produzca en el lugar adecuado, incluyendo el traslado adecuado y asistido por el personal adecuado.

Causas no evitables:

a) Por conocimiento actual de la medicina: causas genéticas, donde no influyen otros factores y que no dependen de la calidad del control de la gestación.

b) Causas de prematuridad por decisión obstétrica, frente a alto riesgo vital del feto in útero, estas están aumentando a nivel internacional la tasa de prematuridad, pero a su vez están disminuyendo la mortalidad fetal. Estos cambios se han dado gracias a avances en la perinatología, y estudios de salud fetal in útero, en fetos moderados prematuros y severos en límites de viabilidad (fetos que hace algunos años hubieran fallecido in útero). Hoy se ha trasladado ese componente de la mortalidad fetal en los límites de la viabilidad, al componente neonatal precoz.

MORBIMORTALIDAD POR VIH Sida

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección de transmisión sexual (ITS) de reciente identificación (poco más de 30 años) que rápidamente se expandió para constituirse en una pandemia. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por un curso que puede ser silente por varios años, en promedio 8-10 años, para luego llegar a la etapa caracterizada por inmunodepresión severa y ocurrencia de enfermedades oportunistas (EO) denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). La larga historia asintomática de la enfermedad y su vía predominante de transmisión, sexual, han contribuido a la rápida expansión de la infección.

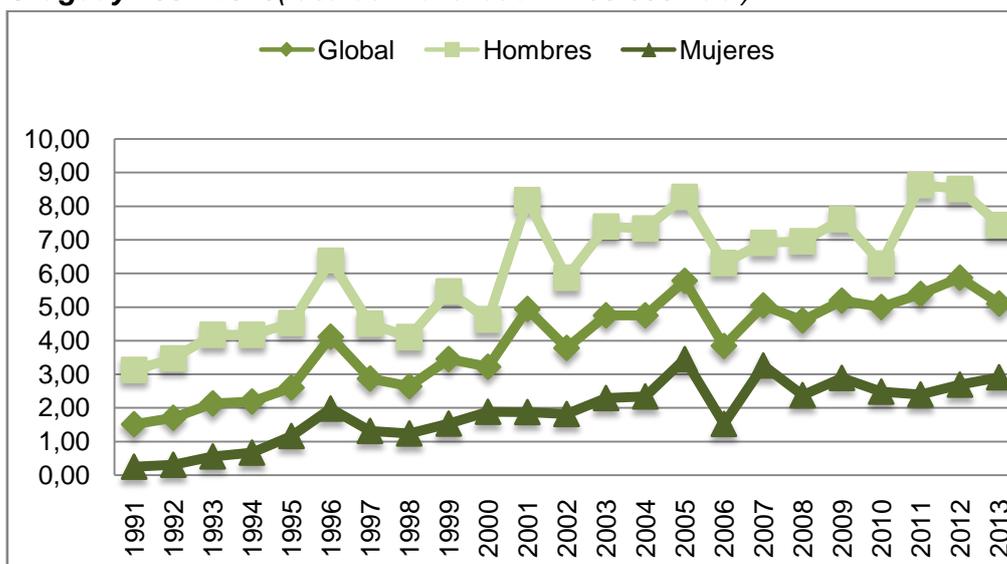
El pronóstico de la enfermedad ha cambiado sustancialmente desde la disponibilidad del tratamiento antirretroviral (TARV) de alta eficacia basada en la asociación de fármacos, la enfermedad que inevitablemente era mortal, pasa a adquirir un comportamiento crónico. De hecho, aquellos individuos cuyo diagnóstico se realiza precozmente con una terapia instalada de manera temprana tienen una expectativa de vida cercana a la población general sin VIH.

Además del evidente beneficio en la supervivencia, el TARV mejora la calidad de vida (evita la aparición de EO a través de la recuperación inmune) y evita la transmisión. Este último beneficio demostrado recientemente transforma el TARV en una medida con un impacto poblacional, una medida de salud pública.

En nuestro país se tuvo un rápido acceso a los primeros fármacos antirretrovirales (ARV) y tempranamente se implementó la estrategia de TARV de alta eficacia. Sin embargo este acceso al TARV no ha tenido un impacto significativo en la mortalidad por Sida, resultado que es evidente en otros países.¹¹ Por otra parte, la expansión del TARV ha comenzado a tener un impacto en la disminución de nuevas infecciones por VIH en varias regiones del mundo.

¹¹ Tasas de mortalidad x 100.000 habitantes en países de la región y otros. Argentina 2012: total, 3.3; varón 5.0; mujeres 2.0. Brasil 2009; 6.0. Chile 2011: total, 2.2; varón, 4.5; mujer, 1.5. España 2010: total, 2.21; varón 3.58; mujer 0.89

Gráfica 2. Evolución de la Tasa de mortalidad por Sida global y por sexo. Uruguay 1991-2013 (tasa de mortalidad x 100.000 hab.)



Carga global de enfermedad

Se está finalizando el análisis del Estudio Nacional de Carga Global de Enfermedad¹² en nuestro país y los resultados preliminares colocan al VIH/Sida en el grupo etario de 20 a 64 años, en 10º lugar como causa de muerte prematura (AVP), en 5º lugar en carga de morbilidad (AVD) y en 8º lugar en el índice combinado de los anteriores (AVISA).

AÑOS DE VIDA PERDIDOS (AVP)

Tabla 17. Distribución de Años de Vida Perdidos según enfermedad y sexo

Ubicación	Enfermedad	Hombre	Mujer	Total
AVP				
1	Siniestros transporte	12328	3105	15433
2	Heridas Autoinflingidas	11498	3415	14913
3	Cáncer de Pulmón	10157	3875	14032
4	Otros Neoplasmas Malignos	7540	4849	12389
5	AVE	6435	5204	11639
6	Isquémica Aguda del Corazón	7602	2751	10353
7	Isquémica Crónica del Corazón	5712	2222	7934
8	Cáncer de Mama	172	7041	7213
9	Cáncer Cólon y Recto	3649	2776	6425
10	VIH	4196	2036	6232
11	Violencia	4692	928	5620
12	Diabetes	2578	2327	4905
13	Cáncer de Estómago	2638	1629	4267
14	Neumonía	2145	2006	4151
15	Cáncer de Páncreas	2473	1599	4072

¹² ESTUDIO DE CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT) - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 2015

AÑOS DE VIDA CON DISCAPACIDAD (AVD)

Tabla 18. Distribución de Años de Vida con Discapacidad según enfermedad y sexo

Ubicación	Enfermedad	Hombre	Mujer	Total
AVD				
1	EPOC	8990	14738	23728
2	Isquémica Crónica del Corazón	6910	3370	10280
3	AVE	2986	3831	6817
4	Osteoartritis	2455	2583	5038
5	VIH	2612	2101	4713
6	Depresión Mayor	1038	3103	4141
7	Siniestros transporte	2539	1318	3857
8	Visión	1451	2239	3690
9	Diabetes	1513	1876	3389
10	Audición	1249	1927	3176
11	Artritis reumatoidea	233	1882	2115
12	Enfermedad hipertensiva del corazón	695	1150	1845
13	Diarreas	777	1058	1835
14	Hiperplasia prostática benigna	1769	-	1769
15	Dolor de espalda crónico	592	1131	1723

Se identifican como **componentes del problema**:

- 1) Acceso al diagnóstico de VIH
- 2) Estigma y Discriminación como obstáculos al acceso a los servicios de salud
- 3) Cobertura de TARV
- 4) Adherencia al TARV

La identificación de estos componentes se realiza a través de indicadores los cuales han sido construidos a partir de datos de la notificación epidemiológica, estudios de cohortes, de encuestas a servicios de salud, en el marco de reportes de seguimiento a compromisos internacionales e insumos aportados por la Sociedad Civil.

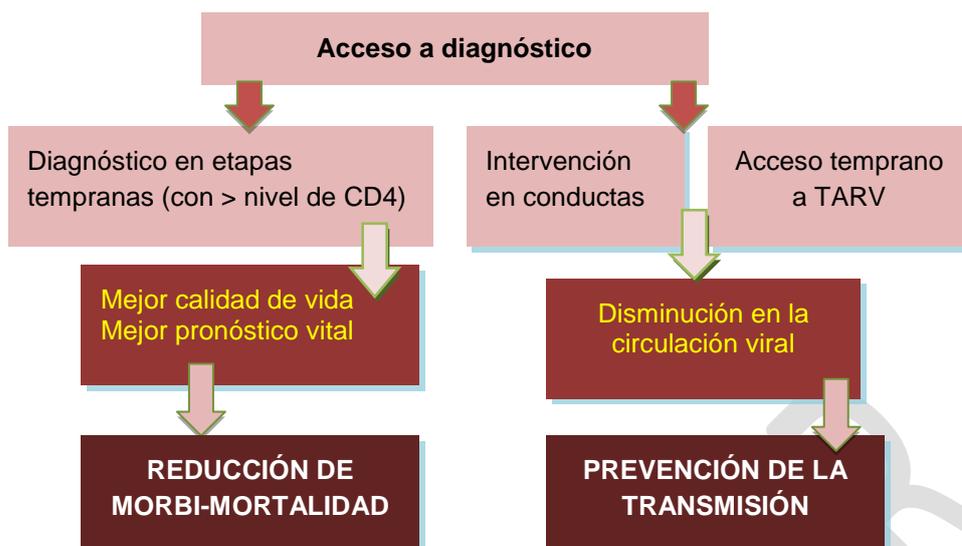
Componente 1: ACCESO AL DIAGNÓSTICO

Sub-diagnóstico: aproximadamente 30% de personas con VIH no diagnosticadas.

Diagnóstico tardío: más de un 40% de personas con VIH con diagnóstico tardío.

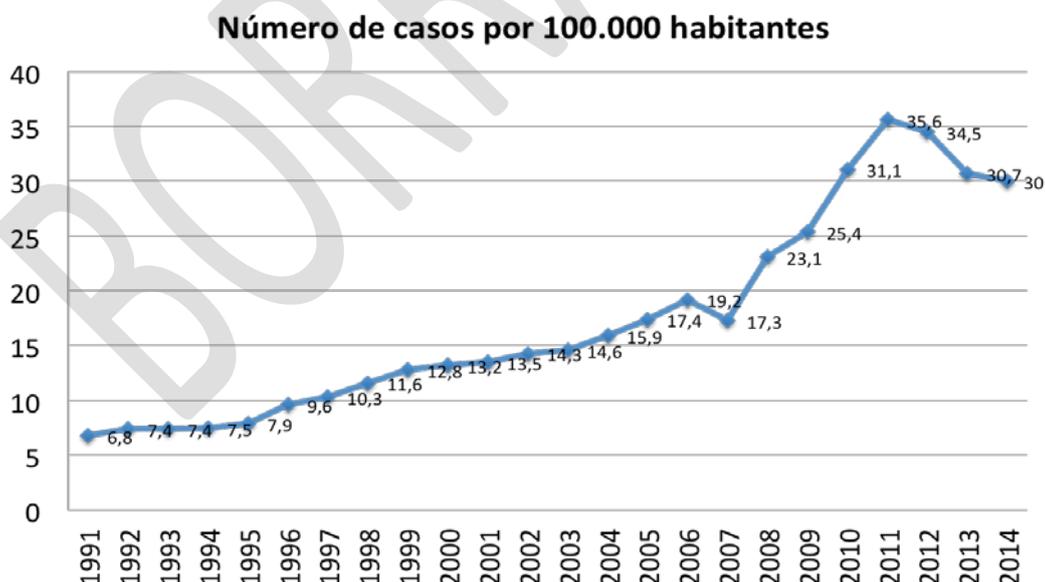
Un componente que integra el problema crítico es el acceso al diagnóstico. Realizar diagnóstico temprano – como en toda enfermedad crónica – es una condición fundamental para facilitar el acceso oportuno a cuidados, mejorar la calidad de vida y la sobrevivencia. En VIH se suma el beneficio de interrumpir la cadena de transmisión.

Figura 6. Esquema de intervención propuesto



La tasa de nuevos diagnósticos en nuestro país sigue un sostenido aumento más pronunciado en los últimos años, con una tendencia a descender desde el año 2012, como puede verse en la gráfica 3.

Gráfica3. Evolución de la tasa de notificación del evento (x 100.000 hab). Uruguay 1991-2014¹³



El indicador tasa de nuevos diagnósticos no representa tasa de incidencia de nuevas infecciones. Ya que se trata de nuevos diagnósticos, este indicador es sensible a la accesibilidad a la prueba. El comportamiento de la infección, que puede pasar

¹³Boletín Epidemiológico VIH/Sida, 29 julio 2015. DEvisa. MSP.

asintomática por largos períodos de tiempo, dificulta acceder al indicador de incidencia de nuevas infecciones.

Sin embargo, existen herramientas que permiten realizar estimaciones de incidencia de infecciones de VIH, así como de prevalencia (número de personas con VIH) y de esta manera estimar la brecha entre número de personas con VIH y número de personas diagnosticadas. La aplicación del modelo de proyección spectrum (ONUSIDA) estimaba el número de personas con VIH en el 2014 en algo más de 14.000, mientras que la estimación realizada a través del programa Diamond sitúa esta estimación en 19.000, por lo que tomaremos como estimación de número de personas con VIH una cifra intermedia de 16.000. El número de personas notificadas con VIH era de 12.000 a diciembre del 2014. Por lo que la brecha entre personas diagnosticadas y personas sin diagnosticar se sitúa entre 25%-30%.

El número de nuevas infecciones por año – por Spectrum -, se estima en alrededor de 750 (casos incidentes). Este número debe diferenciarse del número de personas diagnosticadas, que en el 2014 se situó en 987, correspondiendo a una tasa de diagnósticos de 30/100.000. De acuerdo a la última encuesta de uso de ARV, en el año 2013 ingresaron en TARV unas 700 personas en nuestro país. La razón del número estimado de nuevas infecciones en un año, dividido por el número de personas que inician tratamiento se denomina “punto de inflexión programático” o “tipping point”. Cuando este punto es menor a 1 indica una amplia expansión de acceso a tratamiento y una reducción en la infectividad. En nuestro país en el año 2014 se situó en 1.1.

Por otra parte, existe una elevada proporción de diagnósticos tardíos, entendiendo como diagnóstico tardío el diagnóstico del VIH a través del debut clínico por una enfermedad oportunista (EO) o a través de un recuento de CD4 \leq 200 células/ml (estadio Sida). A través de la notificación epidemiológica se conoce que al menos 20% de las personas con VIH son diagnosticadas en estadio Sida, dato que seguramente esté subestimado ya que es probable un sub-registro de EO en la hoja de notificación. Estudios de cohorte realizados entre el año 2007 y 2010 daban cuenta de una proporción mayor a un 40% de diagnósticos tardíos en el SEIC (Servicio de Enfermedades Infecciosas).¹⁴

En el año 2014 la proporción de diagnósticos tardíos era de 16% (notificación epidemiológica de casos con enfermedades oportunistas), cifra que seguramente subestime la magnitud del problema dado que depende del llenado correcto y completo del formulario de notificación.

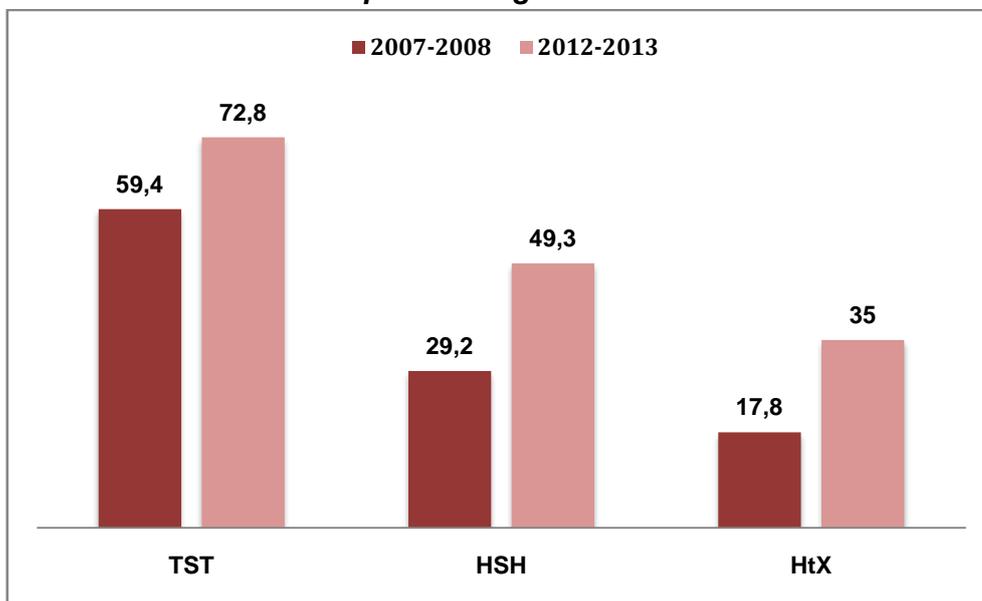
Es de destacar la característica de la epidemia de VIH que en nuestro país – como en el resto de Latinoamérica – es de tipo concentrada, es decir tiene una prevalencia mayor a 5% entre poblaciones más vulnerables y menor a 1% en población general. Son precisamente las personas pertenecientes a estos grupos “claves” quienes la mayoría de las veces tienen mayores obstáculos de acceso a los servicios de salud.¹⁵ En este tipo de epidemia es prioritario implementar acciones en promoción, prevención y acceso a diagnóstico entre las poblaciones más afectadas que muchas veces son grupos con escaso acceso al sistema de salud. En la siguiente gráfica se muestra la información disponible de realización de prueba diagnóstica, de encuestas realizadas

¹⁴ Cabrera S, Coteló A, Antelo V, González G, Librán M, Perna A, Savio E. Late diagnosis of HIV infection in Uruguay, 2007-2009. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 17-20 July 2011, Roma, Italy. Abstract CDB028

¹⁵ Hombres que tienen sexo con hombres – HSH: 9% (2008), 9.7% (2013); mujeres trans: 36% (2008), 21% (2013); usuarios de pasta base de cocaína, 6.3% (2012); población privada de libertad, 5.5% (2007).

en diferentes períodos de tiempo en dos de las poblaciones clave y en población heterosexual.

Gráfica 4. Realización de prueba diagnóstica de VIH en el último año



Nota: TST: trabajadoras sexuales trans; HSH: hombres que tienen sexo con hombres; HtX: heterosexuales

Componente 2. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN COMO OBSTÁCULOS AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La mayor proporción de denuncias por estigma y discriminación se producen en el sector salud, hecho que atenta contra el acceso y continuidad de los cuidados de las personas con VIH¹⁶. También existe evidencia nacional respecto a la existencia de actitudes de discriminación de la población general hacia personas con VIH y hacia personas de colectivos más vulnerables¹⁷.

La asociación del VIH a “promiscuidad”, a personas con “conductas sexuales desviadas” y su origen y mayor prevalencia en grupos estigmatizados por su orientación sexual o identidad de género, ha signado la respuesta social al VIH, donde la discriminación opera en contra de la inclusión y ejercicio de derechos de las personas afectadas o, incluso, contra aquellas que sin tener VIH pertenecen a las poblaciones mencionadas que no responden al paradigma heterosexista que rige la sociedad.

El temor a hacerse la prueba diagnóstica, el no concurrir a buscar el resultado, el retardo de la vinculación al sistema de salud de las personas diagnosticadas (que

¹⁶“Estudio sobre Estigma y discriminación hacia Personas Viviendo con VIH”. Proyecto PAF A UNAIDS Programme Acceleration Funds.

¹⁷“La población ante al estigma y la discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población trans, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH”. Investigación realizada por Equipos Mori, Subreceptor No Estatal – ANII – en el marco del Proyecto del Fondo Mundial “Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”. 2013

pueden pasar años sin atención hasta que aparece una enfermedad oportunista), el acceso tardío al TARV, son algunas de las consecuencias de la discriminación en el sector salud.

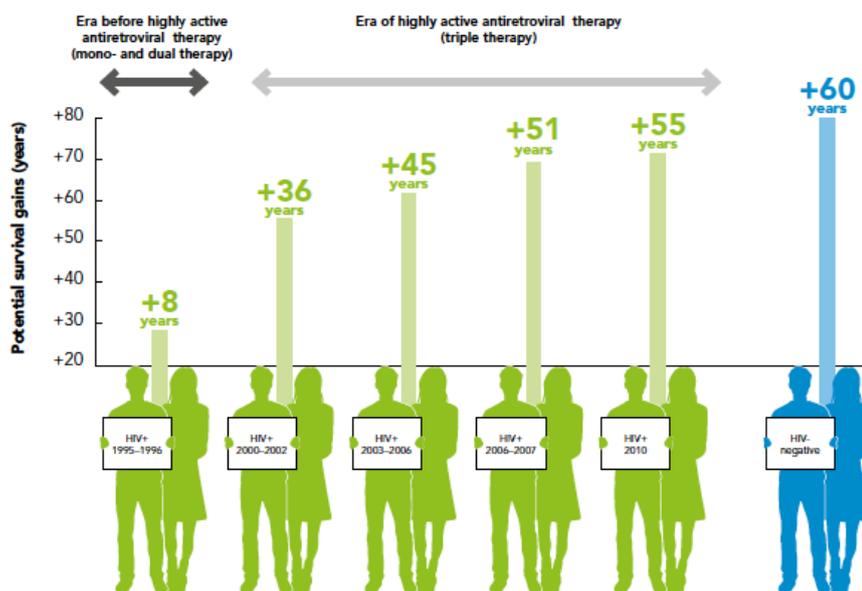
Componente 3. COBERTURA DE TARV

El TARV tiene un doble beneficio:

1. individual, con mejoría en la calidad de vida que permite una inclusión plena socio-familiar de las personas, y, prolongación en la sobrevivencia que hace que quienes acceden de manera precoz al TARV alcancen una expectativa de vida similar a las personas sin VIH,
2. poblacional, ya que la supresión de la carga viral plasmática a través del TARV previene la transmisión horizontal (además del conocido efecto preventivo de la transmisión vertical),

La siguiente figura ejemplifica la ganancia en años de vida de una persona diagnosticada con VIH a los 20 años, en diferentes períodos de tiempo, en países de elevados recursos. Se observa que aquellas personas diagnosticadas en el año 2010 tienen una expectativa de vida muy cercana a la población sin VIH donde llega a los 80 años.

Figura 7. Impacto proyectado de la terapia antirretroviral altamente efectiva en la supervivencia de una persona de 20 años viviendo con VIH en un país de altos ingresos



Source: Adapted from Lohse et al, 2007; Hoog et al, 2008, May et al, 2011 & Hogg et al, 2013.

Fuente: "The Gap Report". Disponible en:

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

Las indicaciones de inicio de TARV han cambiado a lo largo de los años como consecuencia de: beneficio demostrado del inicio precoz, menor toxicidad de los fármacos disponibles y mayor simplicidad de las posologías. En este momento la indicación en nuestro país basada en recuento de CD4 es de iniciar con valores

iguales o menores 500/mL y la tendencia mundial es llegar a “testear y tratar”, recomendación ya adoptada por Brasil en la región. Existen otras indicaciones de inicio de TARV que son independientes del conteo de CD4: embarazo, co-infección con virus de hepatitis B o C, edad > 50 años, insuficiencia renal, pareja sero-discordante, enfermedad oportunista (especialmente TB que puede ocurrir con recuentos mayores a 500).

El indicador “cobertura de TARV”, tiene 2 formas de cálculo variable en su denominador: estimación de personas que requieren TARV según los criterios de CD4 (≤ 500 /mL) y estimación del total de personas con infección. Este último es más exigente y más realista a la hora de evaluar las posibilidades de revertir el curso de la epidemia, que exige una mínima circulación viral (supresión viral bajo TARV). El cuadro siguiente muestra la cobertura de TARV considerando los dos denominadores que en ambos casos son estimaciones en base a la aplicación de spectrum.

Cuadro 7. Cálculo de la estimación de cobertura de TARV en Uruguay (2014)

$\frac{\text{Número de personas con VIH en TARV}}{\text{Número de personas con VIH con CD4 } \leq 500/\text{mL}} = \frac{5.300}{8.000} = 66\%$
$\frac{\text{Número de personas con VIH en TARV}}{\text{Número de personas con VIH}} = \frac{5.300}{14.000} = 38\%$

*Nota: Numerador: 5300 en TARV (encuesta de uso de ARV a servicios correspondiente al 2014)
Denominador: estimaciones spectrum*

Es importante destacar que el número de pacientes con VIH en TARV ha aumentado significativamente en los últimos años, casi un 100% en el período 2010-2014 (de 2.700 a 5.300).

El problema de la resistencia a antirretrovirales y acceso a TARV efectivos

El acceso a fármacos en nuestro país desde los primeros años de la epidemia, con antirretrovirales menos potentes y utilizados, inicialmente, en esquemas de mono o biterapia no supresores de la carga viral ha tenido un impacto en la generación de resistencia a los antirretrovirales (ARV). El principal factor para determinar resistencia es la exposición del virus a concentraciones sub-óptimas de los fármacos, lo que genera por presión selectiva, variantes virales resistentes. La presencia de cepas virales resistentes tiene un doble impacto: falla al TARV en el individuo con el consiguiente impacto negativo en el pronóstico y potencial circulación y transmisión de virus resistentes en la comunidad.

Para identificar las cepas de VIH resistentes, Uruguay cuenta desde el año 2007 con el test de resistencia genotípica, que se realiza en el DLSP y se ofrece a todas las instituciones del SNIS. Esta técnica identifica las mutaciones virales y de acuerdo a ellas los fármacos que son activos en ese caso en particular y aquellos que no lo son, permitiendo diseñar un plan de TARV que supere la resistencia y cumplir con el objetivo de carga viral indetectable. Las recomendaciones de plan luego del test de resistencia es realizada por una Comisión del MSP que evalúa todas las solicitudes y resultados de prestadores públicos y privados.

El país cuenta con algunos de los fármacos activos frente a virus resistentes pero estos nos están incluidos en el FTM, por lo cual no son accesibles a todos los que lo necesitan. En esta situación, ASSE es casi el único prestador que se hace cargo de estos tratamientos, mientras que las instituciones del subsector privado en su gran mayoría no lo hacen (no es obligatorio por no estar en FTM). Se produce de hecho un desplazamiento de pacientes más complejos y que requieren tratamientos más caros hacia ASSE generando una sobrecarga en el subsector público y una clara situación de inequidad en el acceso, que esta vez perjudica a los usuarios/as del subsector privado.

Componente 4. ADHERENCIA AL TARV

La continuidad de TARV es una medida indirecta de adherencia. Se obtiene a través de encuestas a servicios, siendo la última disponible 2013-2014.

Tabla 19. Adherencia a TARV en Uruguay, según sexo (2013-2014)

Indicador	Total	Varones	Mujeres
Inicios	690	397	293
Continuidad	497	302	195
% de continuidad	72%	76%	66.6%

Nota: La continuidad se establece mediante el cálculo del número de personas con VIH que iniciaron TARV en el período y que continúan a los 12 meses/ número de personas con VIH que iniciaron TARV entre enero-diciembre 2013

Tabla 20. Adherencia a TARV en Uruguay, según sub-sector de asistencia (2013-2014)

Indicador	Total	Subsector público	Subsector privado
Inicios	690	359	331
Continuidad	497	225	272
% de continuidad	72%	63%	82%

Nota: La continuidad se establece mediante el cálculo del número de personas con VIH que iniciaron TARV en el período y que continúan a los 12 meses/ número de personas con VIH que iniciaron TARV entre enero-diciembre 2013

Se aprecia una diferencia significativa entre el subsector público y privado, con mayor tasa de discontinuación de TARV entre los primeros ($p = 0.02$). También es mayor la tasa de discontinuación – menor adherencia – entre mujeres respecto a varones, aunque esta diferencia no alcanza a ser significativa ($p = 0.26$). La adherencia es un factor clave para alcanzar el objetivo de carga viral indetectable, que es la condición necesaria para evitar la transmisión y revertir la epidemia.

EQUIDAD Y EJERCICIO DE DERECHOS

Existen diferencias notorias en las tasas de abandonos de los tratamientos en el subsector público, lo que probablemente en parte responde a las vulnerabilidades múltiples de la población que se asiste en este subsector, pero allí también se verifican las mayores dificultades de acceso a la atención con un modelo que es vertical y fragmentado centrado en la enfermedad y que impone múltiples obstáculos burocráticos a sus usuarias/os.

No se cuenta con otros indicadores discriminados por subsector de atención que podrían caracterizar mejor la inequidad que afecta a los usuarios/as: tasa de vinculación y retención en cuidados luego del diagnóstico; cobertura de TARV o tasa de mortalidad.

Elementos referidos a la percepción de la población.

- Alto nivel de discriminación
- Baja percepción de riesgo en población que no pertenece a los grupos clave

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

La OMS define violencia¹⁸ como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

A punto de partida de la definición de violencia de la OMS, el marco conceptual y contextual desde el cual comprendemos la VBG es el consensado entre los organismos del Estado y las organizaciones de la sociedad civil que integran el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLCVD) y el Sistema Integrado de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV)¹⁹. Se entiende la violencia sufrida por mujeres, niñas, niños y adolescentes, desde una perspectiva de género, generaciones, de derechos humanos y atravesados por múltiples discriminaciones. La necesidad de acuñar una conceptualización que intersekte las perspectivas de género y generaciones surge en nuestro país desde los espacios intersectoriales de construcción de política pública como forma intentar dar respuesta a la violencia que impacta a mujeres niñas, niños y adolescentes. El enfoque de interseccionalidad de las discriminaciones, constituye una herramienta útil para comprender el fenómeno de la VBG, evita priorizar una forma de dominación/discriminación/subordinación sobre otra, para concentrar la mirada en identificar las formas en que los diversos mecanismos de dominación/subordinación/discriminación actúan reforzándose entre sí.

18 Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002.

19 Hasanbegovic, Claudia. Producto 1. Consultoría para el diseño de un Documento Preliminar del Plan Nacional de Lucha contra la VD y VBG. Proyecto Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas, niños y adolescentes. Marzo 2014.

La **VBGG es una violación a los derechos humanos** de las mujeres, niñas, niños y adolescentes, se debe a un desequilibrio histórico entre la mujer y el hombre y entre la niñez y el adulto y a un sistema de género que ha colocado al sujeto hegemónico (varón, blanco, propietario, sin discapacidades, heterosexual) en una posición estructural de dominación sobre la mujer y demás sujetos no hegemónicos.

Comprender la VBGG como una violación a los derechos humanos permite exigir a los Estados protección, recursos judiciales contra los agresores y recursos para recuperarse de la violencia. Los derechos humanos de las mujeres, niñas, niños y adolescentes se inscriben en un proceso de especificación de los derechos humanos, producto de las luchas de diferentes colectivos, que ha supuesto la progresiva sensibilización del derecho internacional y nacional, hacia las personas y colectivos cuyos derechos humanos están expuestos a violaciones específicas o que requieren una protección reforzada.

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, declaró **la violencia un problema de salud pública en todo el mundo** (WHA 49.25).

En mayo de 2014, la sexagésima séptima Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.15, para el **Fortalecimiento de la función del sistema de salud para hacer frente a la violencia, en particular contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes**

La violencia contra las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes tienen en común²⁰:

- los agresores suelen tener una relación íntima con las víctimas,
- la aceptación social,
- barreras a la búsqueda de ayuda,
- invisibilidad del problema,
- falta de sanciones penales y débil aplicación de protección legal,
- la violencia contra las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes tiene consecuencias intergeneracionales.

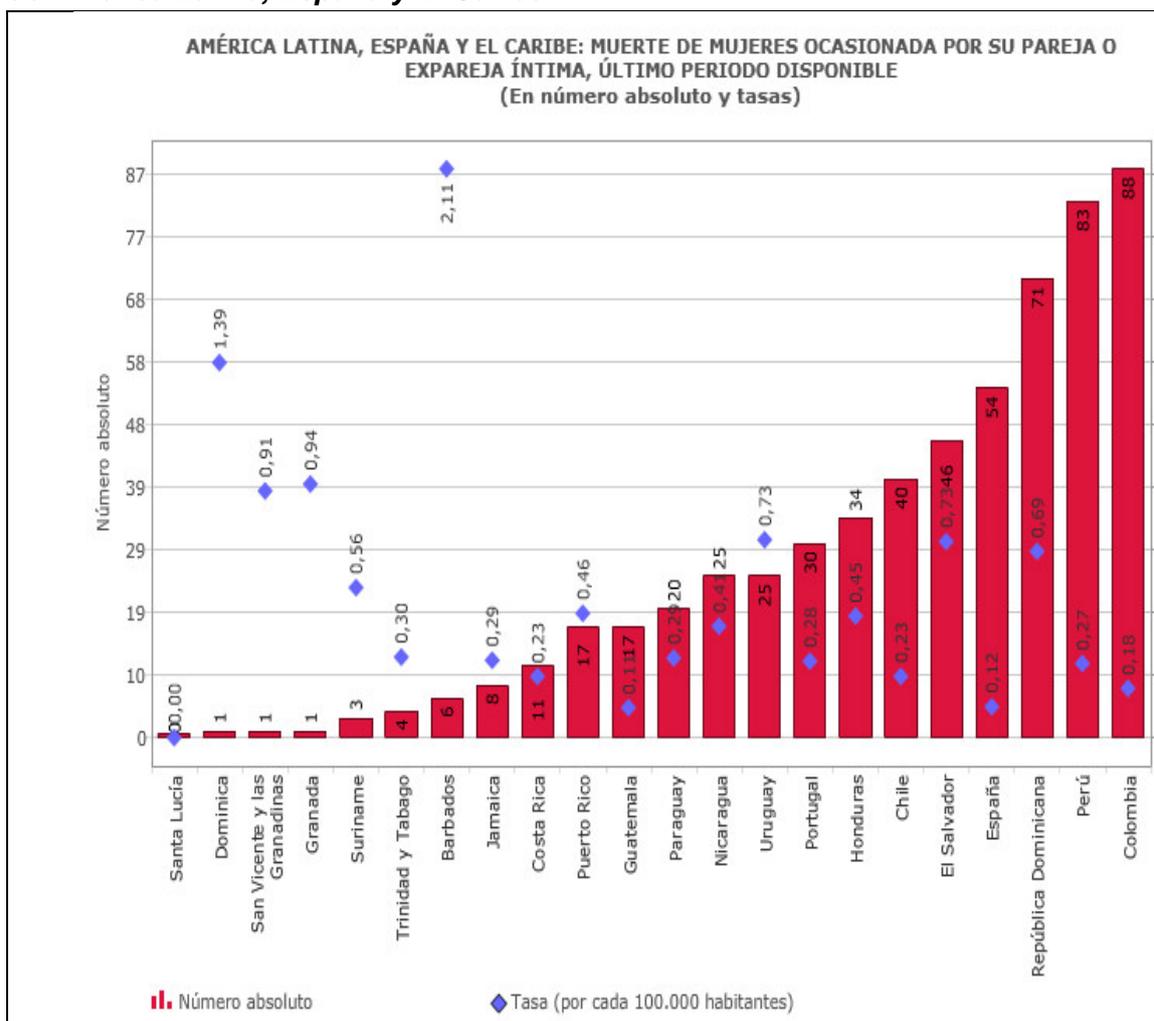
Morbimortalidad por VBGG.

“La violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida (especialmente en el caso de las mujeres, niñas, niños y adolescentes) y a una muerte prematura, puesto que muchas de las principales causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y el VIH/sida, entre otras están estrechamente vinculadas con experiencias de violencia (...) Asimismo, la violencia impone una pesada carga en los sistemas de salud y de justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y el tejido económico de las comunidades.”²¹

20 “Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres”. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Diciembre 2014.

21 Informe Sobre La Situación Mundial De La Prevención De La Violencia. OMS. 2014.

Gráfica 5. Muerte ocasionada por su pareja o ex -pareja. Uruguay en el contexto de América Latina, España y El Caribe²²



Información del Observatorio sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Noviembre 2014.

Las denuncias por violencia doméstica en Uruguay, representan más de la mitad de los delitos contra la persona y es el segundo delito en importancia luego de los hurtos. En el último año (entre noviembre 2013 y octubre 2014), hubo 24 asesinatos de mujeres por violencia doméstica y 15 intentos de asesinato (la mayor parte fue perpetrado por la pareja o ex pareja) y se recibió, en promedio, 68 denuncias por VD cada día. Esto significa que, cada 9 días se mató o intentó matar a una mujer por VD y cada 21 minutos se realizó una denuncia por este hecho.

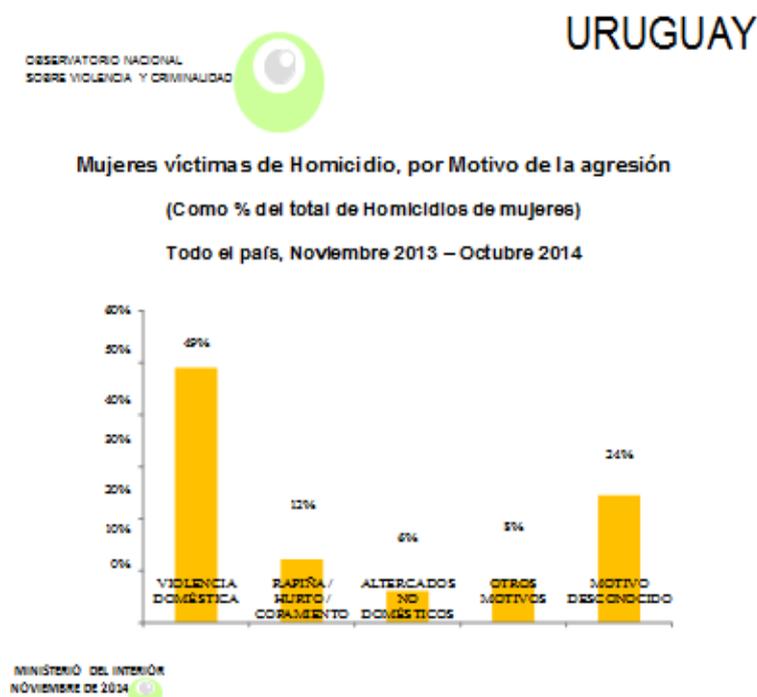
Si bien es razonable pensar que el aumento del número de denuncias puede atribuirse en parte a las mejoras del sistema de registro debido a la profesionalización y tecnificación que ha venido teniendo este Observatorio (tanto en el relevamiento de los datos en general como en las mejoras específicas que se han introducido para que

22 Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe. CEPAL.

esta problemática quede correctamente identificada y no invisibilizada bajo “otros delitos”), el aumento del número de denuncias es alarmante: del casi 400% entre el 2005 y el 2013.

Aún con las mejoras en el sistema de registro mencionadas anteriormente, es sabido que los hechos que llegan a conocimiento de la Policía subregistran apreciablemente el fenómeno. Cabe aclarar que desde las instituciones que trabajan con mujeres que sufren violencia basada en género no se considera la denuncia como única forma de salir de esa situación. Además, hay diversas razones por las cuales las situaciones de violencia no llegan a transformarse en denuncias.

Gráfica 6. Mujeres víctimas de homicidio, por agresión en Uruguay (2013-2014)



Encuesta Nacional de Violencia basada en Género y Generaciones ²³

La Encuesta Nacional de (VBGG) se enmarca dentro del proyecto “Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas y adolescentes”, presentado por el país ante el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra la mujer. El proyecto es ejecutado durante el período 2012 a 2014 por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD) -institución que centra su accionar en la violencia ejercida hacia las mujeres - y el Sistema Integrado de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) - que centra su accionar en la violencia ejercida hacia niños, niñas y adolescentes-, con el apoyo y acompañamiento de las Naciones Unidas (las agencias participantes son ONU Mujeres, UNFPA, PNUD, OIM, UNESCO).

²³ Disponible en http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/33876/1/resumen_de_encuesta_mides.pdf

En esta encuesta se tomaron en cuenta los diferentes tipos de violencia que se enuncian de manera explícita en la Ley de Violencia Doméstica (Ley N°17.514) en su artículo 3º, a saber²⁴:

- Violencia física,
- Violencia sexual,
- Violencia psicológica,
- Violencia patrimonial.

En esta encuesta se indaga sobre la ocurrencia de la violencia y sus características e impactos, en los siguientes **ámbitos**:

- Ámbito social,
- Ámbito educativo,
- Ámbito laboral,
- Ámbito familiar
 - Pareja o ex pareja
 - Familia
 - Infancia
 - Adulthood mayor.

Según las recomendaciones internacionales sobre medición del fenómeno de la VBG, se consideran dos períodos de referencia: el primero refiere a los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta y el segundo refiere al resto de la vida de las mujeres. Cabe señalar que las preguntas referidas al período de la infancia registran como edad máxima de las mujeres los 15 años. Por tanto, en estos casos el período de referencia es toda la vida. Para la violencia en el ámbito familiar, por razones metodológicas, se indagó su ocurrencia para los últimos 12 meses; no habiendo información sobre este tipo de violencia para el período de toda la vida.

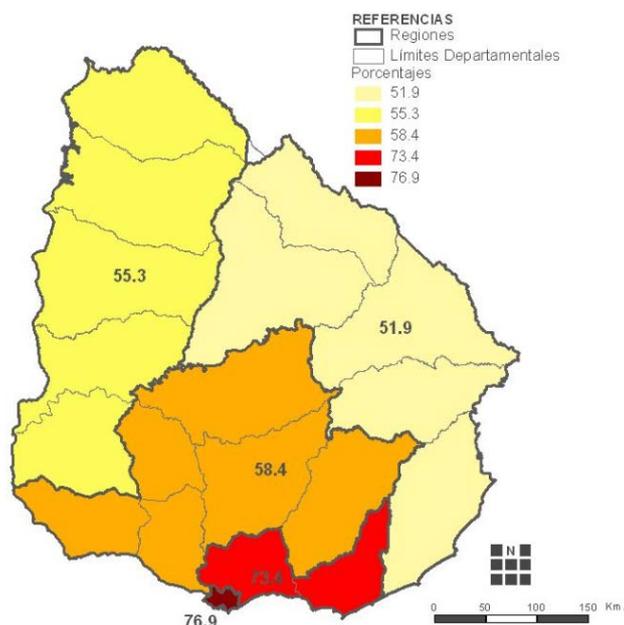
Tabla 21. Porcentaje de mujeres de 15 años o más, según hayan sufrido violencia basada en género en algún ámbito a lo largo de toda su vida. Uruguay, 2013

Experimentó violencia basada en género	Porcentaje
Sí	68,8%
No	31,2%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración SIG - INE en base a EVBGG, 2013 INE

²⁴ Ley de Violencia Doméstica (Ley N°17.514), 2002

Figura 8. Porcentaje de mujeres de 15 años o más que han sufrido violencia basada en género a lo largo de toda su vida, por región. Total país, 2013



Fuente: Elaboración SIG - INE en base a EVBGG, 2013 INE

Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud (2013)

La Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica entre las Mujeres de 15 años y más asistidas en los Servicios de Salud Pública y Privada (2013) se enmarca en el Programa Integral de Lucha contra la Violencia de Género (PILCVG).²⁵ La realización de la misma fue el resultado de la cooperación de la Facultad de Medicina de la UDELAR, el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud Pública. La encuesta se aplicó en servicios de salud de atención ambulatoria no urgente, públicos y privados de todo el país, con un nivel de desagregación que asegura la representación regional de la información. El tamaño de la muestra fue de 1.200 casos distribuidos en 5 regiones a nivel nacional en localidades de 5 mil o más habitantes.

Tabla 22. Prevalencia de violencia psicológica, física, sexual y de VD total entre mujeres usuarias de servicios de salud.

Tipo de violencia	Tasa de prevalencia (en %)
Psicológica	23,9%
Física	6,3%
Sexual	6,2%
Total Violencia Doméstica	27,7%

Nota: La prevalencia total, no surge de la sumatoria de los porcentajes de los diferentes tipos de violencia, debido a que una misma mujer puede haber sufrido diferentes tipos o combinaciones de las mismas

25 EL PILCVG se lleva a cabo en Uruguay por cuatro instituciones: el Ministerio de Desarrollo Social a través del Instituto Nacional de las Mujeres, el Ministerio del Interior, el Poder Judicial y el Ministerio de Salud Pública, con el acompañamiento de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) con el financiamiento de esta última.

En 7 de cada 10 situaciones de violencia domestica la mujer declara convivir con el agresor y en 8 de cada 10 situaciones el agresor es varón.

En algo más del 40% de los casos el agresor es su pareja actual (esposo o compañero permanente). Si además se consideran novios, ex novios o ex esposos, este guarismo supera el 60% del total de casos.

El 14% de las situaciones de Violencia Doméstica identificadas tuvieron lugar cuando la mujer se encontraba embarazada.

Sobre la percepción de las mujeres respecto a la gravedad de los episodios vividos, se destaca que aproximadamente el 35% de ellas considera que fueron hechos bastante o muy graves.

Figura 9. Violencia Doméstica por Región entre las mujeres mayores de 15 años usuarias de los servicios de salud.

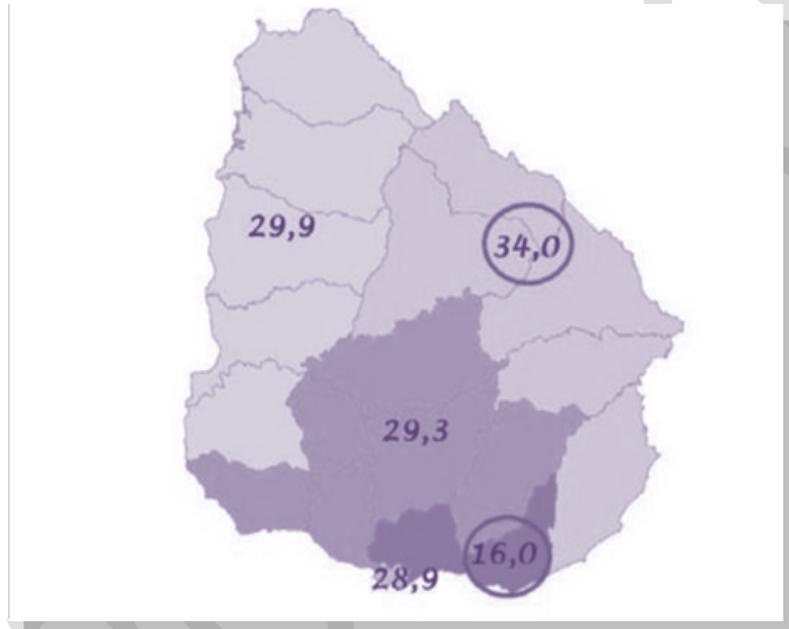


Tabla 23. Prevalencia de Violencia Sexual (VS) entre las mujeres usuarias de servicios de salud por Región.²⁶

VS	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	Total
No	97,6%	92,4%	91,4%	96,3%	93,0%	93,8%
Si	2,4%	7,6%	8,6%	3,7%	7,0%	6,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: R 1: Región 1; R 2: Región 2; R 3: Región 3; R 4: Región 4; R 5: Región 5

²⁶ Región 1: Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano. Región 2: Rivera, Cerro Largo, Treinta y Tres, Rocha y Tacuarembó. Región 3: Colonia, San José, Florida, Flores, Lavalleja y Durazno. Región 4: Canelones y Maldonado. Región 5: Montevideo

Tabla 24. Prevalencia de Violencia Sexual entre las mujeres usuarias de servicios de salud por edad.

VS	15-18	19-24	25-34	35-49	50-64	65 o más	Total
No	97,4%	94,3%	90,9%	94,8%	93,5%	94,4%	93,8%
Si	2,6%	5,7%	9,1%	5,2%	6,5%	5,6%	6,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

En relación al sexo de la persona que ejerció la Violencia Sexual contra la mujer, la amplia mayoría son hombres (95%)

En cuanto al vínculo existente entre la mujer y su agresor, en más de la mitad de los casos, 53%, es el esposo y la pareja permanente quienes se encuentran involucrados en la situación.

Reafirmando que el espacio de convivencia resulta un lugar de mayor riesgo para las mujeres, la amplia mayoría vivieron alguna situación de Violencia Sexual, el 78%, por personas que vivían en sus hogares. El restante 22% declaran que la persona que ejerció violencia sexual no vivía en su mismo hogar.

El 86% de las mujeres declaran no haber consultado en los servicios de salud por VS.

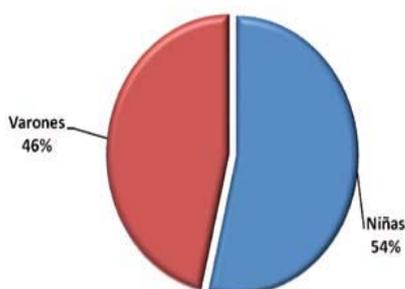
El 84% de las mujeres consultadas declaran que la persona que les exigió tener relaciones sexuales contra su voluntad no se encontraba bajo el efecto del alcohol u otras sustancias.

Perfil de la población atendida en el Sistema de Protección de Infancia y Adolescencia (SIPIAV) ²⁷

Teniendo en cuenta el total de las situaciones registradas (1728), en la Gráfica 7, se detalla la discriminación por sexos, correspondiendo 54% a niñas y adolescentes mujeres, mientras que el 46% corresponde a niños y adolescentes varones.

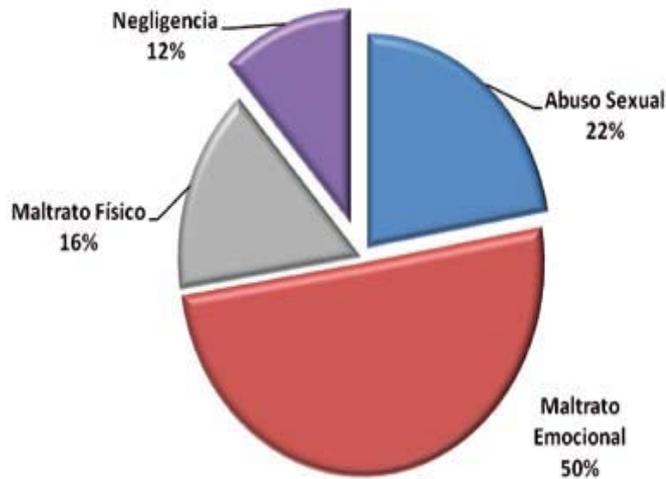
Prácticamente la mitad de las situaciones registradas corresponde a tramo entre 6 y 12 años.

Gráfica 7. Población infantil atendida por el SIPIAV según sexo. Uruguay. 2014



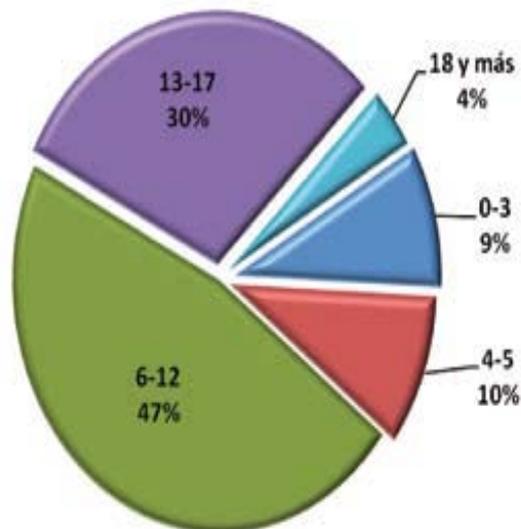
²⁷ SIPIAV integrado por: Instituto Nacional del Niño y del Adolescente del Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado, Ministerio del Interior, Administración Nacional de Educación Pública y con el apoyo de UNICEF. Datos del Informe de Gestión 2014.

Gráfica 8. Población infantil atendida por el SIPIAV según Tipos de Violencia registrados. Uruguay. 2014



El maltrato emocional, con la mayor prevalencia absoluta, afecta en mayor medida a niñas y niños de más corta edad, donde alcanza un 57%; a más de 1 de cada 2 entre los 4 y los 12 años; 1 de cada 3 después de los 17 años.

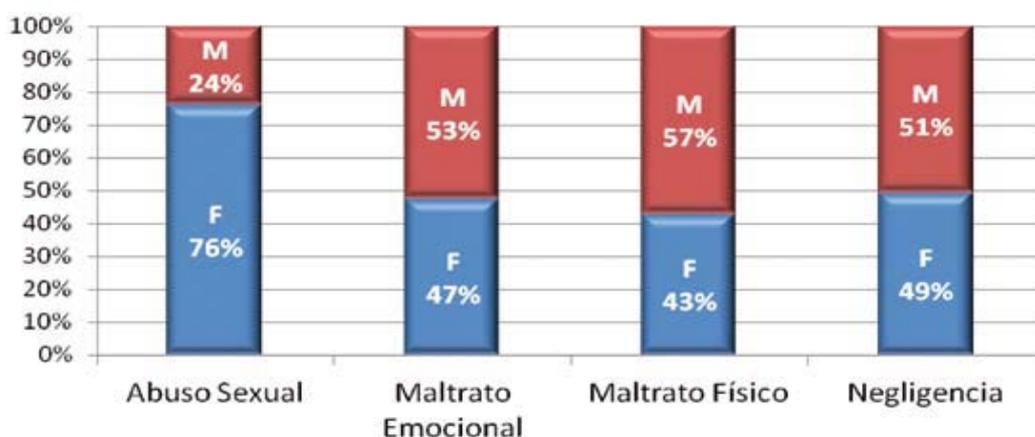
Gráfica9. Población infantil atendida por el SIPIAV según rango etario. Uruguay. 2014



Tipos de Violencia por Sexos

En relación a la tipología establecida en la Ley 17514, para las poblaciones infantil y adolescente la violencia emocional estaría incluyendo, entre otras, el ser testigo de VD; la violencia sexual el abuso y la explotación sexual. Se agrega además la categoría de negligencia.

Gráfica 10. Distribución de tipos de violencia (proporcional) según sexo. Uruguay. 2014



Los porcentajes son relativamente similares en lo que respecta a maltrato emocional, físico y negligencia. Para el abuso sexual, en cambio, las tres cuartas partes corresponden al sexo femenino.

El abuso sexual, segundo en prevalencia absoluta, estaría afectando a cerca de 1 de cada 3 adolescentes; 1 de cada 5 escolares, 14% entre 4 y 5 años; 3% hasta los 3 años.

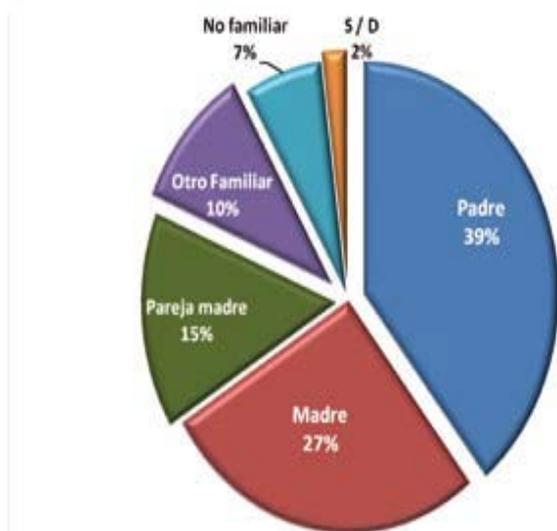
El maltrato físico se reparte en forma muy similar entre los distintos grupos de edades, con un leve descenso entre los 6 y los 17 años.

La negligencia está afectando a 1 de cada 5 menores de 3 años; bajando su incidencia en la medida que aumenta la edad. Este es un dato importante dada la importancia del impacto, de la falta de los cuidados básicos, para el desarrollo futuro de los niños y niñas.

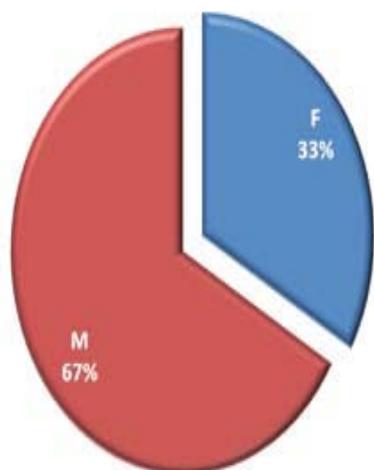
En 3 de cada 4 situaciones registradas, existió una recurrencia de la violencia; sólo en 1 de cada 4 se trata de un episodio único.

En cuanto a la cronicidad de las situaciones de violencia registradas, surge que casi 9 de cada 10 situaciones (88%) son detectadas en una fase crónica.

Gráfica 11. Tipo de vínculo de la víctima de violencia con el agresor. Uruguay. 2014



Gráfica 12. Distribución de los agresores por sexo. Uruguay. 2014



Al analizar la distribución por sexo de quien agrede según los distintos tipos de violencia, surge una mayoría casi absoluta de varones en la agresión sexual, lo que estaría señalando la incidencia de la relación entre los sexos como una de las causas de este fenómeno.

En relación a la población adolescente, **La Encuesta Mundial de Salud Estudiantil 2012**, muestra:

- Agresiones sexuales²⁸

Un 2,3% del total de estudiantes encuestados manifestó haber sido forzado a tener relaciones sexuales, no manifestándose diferencias significativas estadísticamente según sexo.

Un 6,8 % de los adolescentes afirman haber sido agredidos sexualmente. La encuesta no revela el escenario en donde se produce el abuso sexual.

- Intentos de suicidio y abuso sexual²⁹

De los estudiantes que declararon haber sido abusados sexualmente alguna vez en su vida, el 28% realizaron intentos de autoeliminación en los últimos 12 meses.

Cuando en el abuso se refieren relaciones sexuales forzadas, el intento de autoeliminación asciende al 37,4% de los afectados.

Indicadores de Atención a las situaciones de Violencia Basada en Género y Generaciones. (VbGG)

De acuerdo a las pautas establecidas por el MSP en “Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer Guía de Procedimientos para el primer nivel de atención en salud”, la pesquisa y primera respuesta debe incorporarse como procedimiento de rutina en la práctica médica y de todos los profesionales de la salud en los diferentes ámbitos de atención.

Desde el año 2010, se establece como estrategia una Meta Prestacional para la indagación sobre la existencia de violencia doméstica.

Cuadro7. Principales resultados de la Meta Prestacional sobre violencia doméstica en Uruguay

Mujeres de 15 años y más que concurren a control			
	Mujeres Pesquisadas en el Trimestre	Situaciones Positivas	Situaciones Coordinadas (*)
Julio, Agosto, Setiembre 2013	65495	2353	486
Octubre, Noviembre, Diciembre 2013	53678	2311	369
Enero Febrero Marzo 2014	62573	2433	444
Totales	181746	7097	1299
Promedio x Trimestre	60582	2366	433

(*) Coordinadas a Equipos de Referencia en VD o ESSyR por valorarse de mayor riesgo y/o daño
 Fuente: Metas Asistenciales MSP. Meta 1, Indicador 10 Pesquisa Violencia Doméstica

28 EMSE. Capítulo 5 Adolescentes y sus percepciones en relación a la violencia.2012

29 EMSE. Capítulo 7 Intentos de autoeliminación. 2012

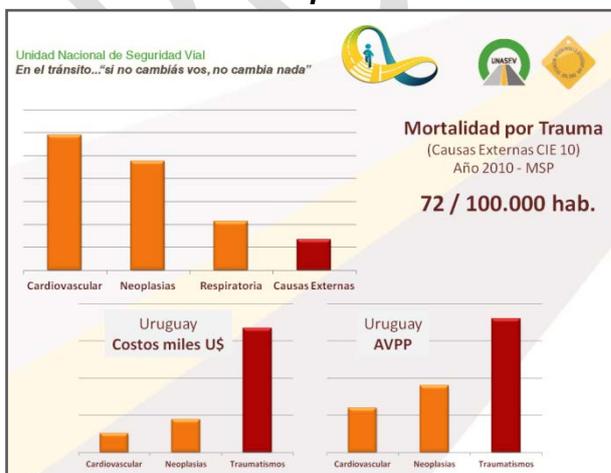
SINIESTRALIDAD VIAL

La Siniestralidad Vial ha sido reconocida como “la enfermedad olvidada de la sociedad moderna” en la década de los años sesenta por el Centro de Control de Enfermedades; recién a partir de año 2004 la Organización Mundial de la Salud incluye en la agenda internacional este problema de salud de nuestras comunidades. Identificada como enfermedad, el abordaje desde el sector Salud actuando como líder en los procesos preventivos ha tenido un importante estímulo a partir del año 2009, donde el tema es llevado a Naciones Unidas culminando un proceso de análisis de situación mundial que lo caracteriza como **enfermedad prevenible y evitable de enorme costo social y económico**, donde cada Gobierno debe atender esta prioridad en sus metas en Salud. Dicho proceso culmina con la aprobación de la resolución unánime A/RES/64/255 que establece “La Década de Acción para la Seguridad Vial 2011 – 2020” donde los países miembros se comprometen a un descenso de las muertes del cincuenta por ciento. Para ello se establecen los Pilares de Acción donde se reúne la evidencia disponible y buenas prácticas a aplicar para alcanzar dicha meta.

La Siniestralidad Vial en el Uruguay

Del punto de vista epidemiológico la caracterización del problema a abordar requiere de una base de datos confiable, integral y reproducible. El funcionamiento de la Unidad Nacional de Seguridad Vial a partir del año 2008 se abocó a la creación y consolidación del Sistema de Información Nacional del Tránsito, que ha permitido la caracterización del problema, su magnitud, sus componentes epidemiológicos, las propuestas y planes preventivos, así como también los indicadores de procesos y resultados.

Cuadro 8. Mortalidad por Traumatismos

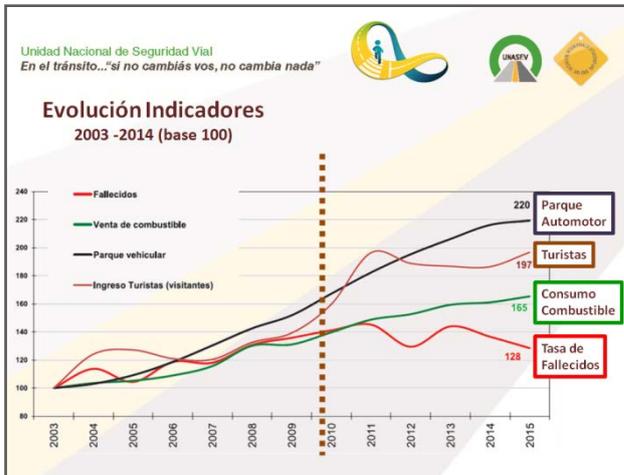


Según los datos de Epidemiología del Ministerio de Salud las muertes por causas externas ocupan el cuarto lugar en la población general siendo el tránsito el 25% de ellas. Entre los componentes de estas causas externas, las lesiones y muertes vinculadas al tránsito son las que en mayor grado integran el concepto de mortalidad evitable y potencialmente evitable. Son además, las que generan una mayor carga social en años de vida potencial perdidos y

económica por cuanto sus costos son tres a cuatro veces mayores que cualquier otra enfermedad. Tanto los estudios internacionales publicados por la OMS, como los nacionales establecen un costo estimado próximo al dos por ciento del producto bruto

interno lo que constituye unos mil doscientos millones de dólares anuales por todo concepto.

Cuadro 9. Evolución de indicadores

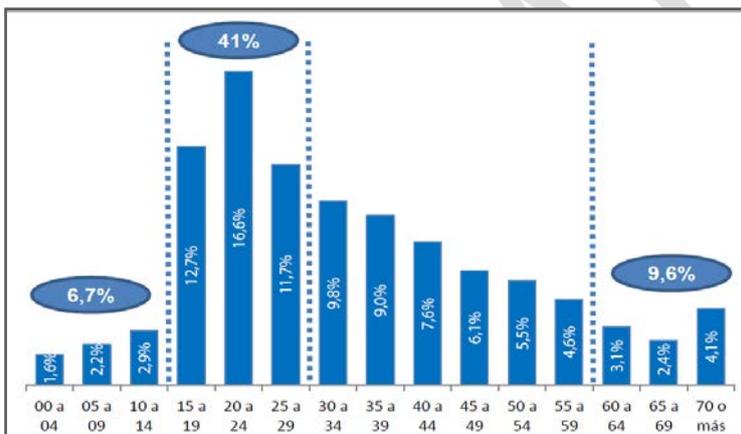


Las tasas de fallecidos a treinta días en el tránsito por cien mil habitantes ha experimentado un descenso sostenido en los últimos años ubicándose en el año 2015 en 14.6 cada 100.000 habitantes.

Ese año se produjeron 23.267 siniestros de tránsito que arrojaron 30.116 lesionados.

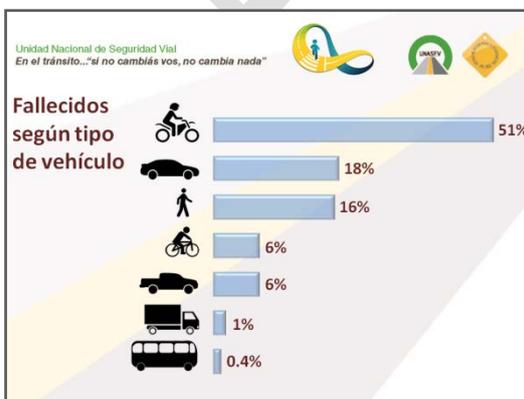
El 85% de ellos ocurrieron en ciudades mientras que el 15% restante fue en rutas nacionales.

Gráfica 13. Lesionados según tramos etarios.



El 40% de los lesionados es menor de 30 años constituyendo el grupo de edad mayormente expuesto al riesgo de lesiones graves y muertes en las vías públicas.

Gráfica 14. Fallecimientos según tipo de vehículo.



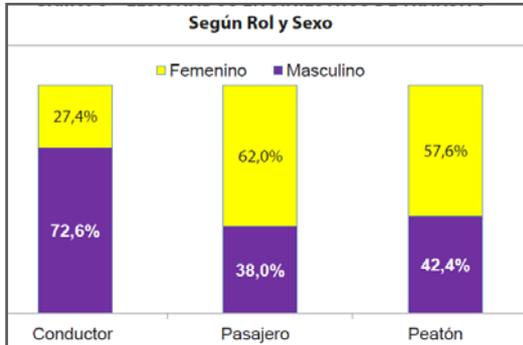
Según el modo de transporte de quienes fallecen en siniestros de tránsito la información indica que motociclistas, peatones y ciclistas, son los más vulnerables.

En el caso de los motociclistas, que totalizan 256 fallecidos en el año (más del 50% del total de fallecidos a nivel nacional), la gran mayoría eran jóvenes. Es así que casi 6 de cada 10 motociclistas que fallecieron en el

2015 eran menores de 40 años, con particular incidencia en el tramo etario entre 15 y 29 años que suma 104 fallecidos.

Entre los fallecidos se destacan además los peatones mayores de 60 años.

Gráfica 15. Siniestros según sexo y rol.



Existen diferencias significativas de género en cuanto a la participación en siniestros de tránsito.

Mientras que los conductores son mayoritariamente hombres (casi 3 de cada 4), la participación de mujeres se incrementa sustancialmente en los casos de pasajeros y peatones, pasando a ser la mayoría con casi

el 60%.

En términos generales y a partir de los informes anuales de siniestralidad vial elaborados por el Sistema Nacional de Información del Tránsito de la UNASEV, existe un perfil epidemiológico que caracteriza la enfermedad en nuestro país.

Cuadro 10. Perfil epidemiológico de las víctimas.



Si bien las lesiones ocasionadas en el tránsito afectan a toda la población, existe una incidencia en edades tempranas de la vida con un predominio del sexo masculino, que conducían motos en la región metropolitana, sobre todo durante los fines de semana, donde se detectan los mayores porcentajes de incumplimiento de las normas preventivas.

SUICIDIOS

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (OMS, 2014).

Uruguay tiene una de las tasas más altas de suicidio del continente; 17,4 cada 100.000 habitantes en 2014. Los suicidios totales en Uruguay fueron 608 en el año 2014. La tasa de suicidio se ha mantenido relativamente estable en los últimos diez años (2004-2014) con un valor promedio de 16,4 cada 100.000 habitantes.

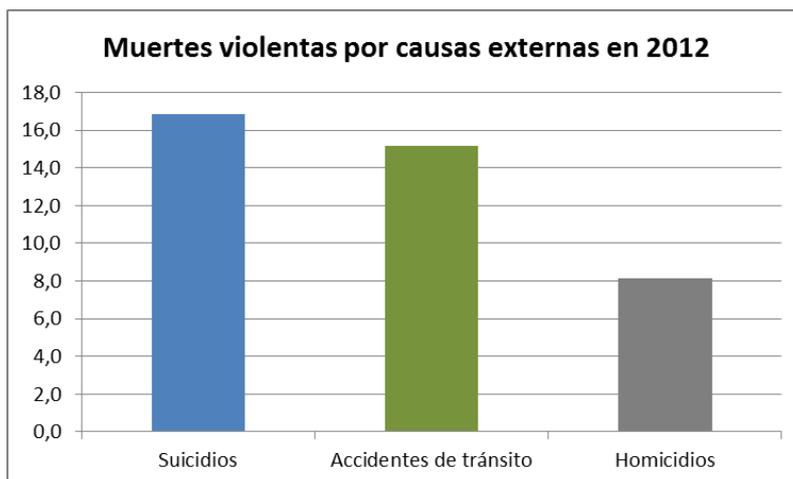
Según datos de las OPS (2013) respecto a la salud en las Américas en el año 2011, Uruguay presentó la tasa de mortalidad por suicidio más alta de la región. No obstante, en muchos países existe un subregistro, debido a que el suicidio se estigmatiza (o es ilegal) o no se dispone de buenos sistemas de registro civil ni recopilación de datos (OMS, 2014).

Según datos internacionales, se estima que los Intentos de Autoeliminación (IAE) ocurren entre 10 y 20 veces más que los suicidios (OMS, 2014). Por tanto, en nuestro país, sumando los suicidios y los intentos, la problemática alcanzaría al menos a entre 7000 y 14000 personas. A esta cifra es necesario sumar los afectados a nivel familiar, social y comunitario que el fenómeno genera.

Según la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente, desarrollada en el año 2012 por el Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP: “el 10.1% de los adolescentes encuestados en la GSHS declara haber intentado quitarse la vida una o más veces en los últimos 12 meses”.

En relación con otras causas de muerte violenta en nuestro país, en el año 2012, el suicidio superó a los accidentes de tránsito y a los homicidios que ocurrieron en 499 y 267 casos respectivamente.

Gráfico 16. Muertes por causas externas en Uruguay en 2012- Tasas c/100.000 habitantes



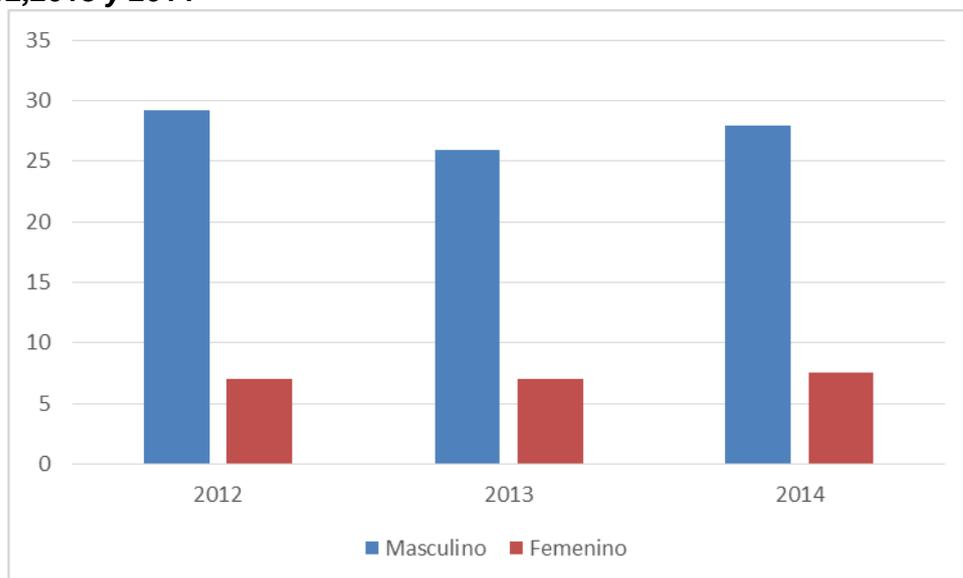
En relación a la distribución por edades, dentro de las poblaciones más afectadas en nuestro país, se destacan los adultos mayores (mayores de 65 años), y los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, para los cuales el suicidio es una de las primeras causas de muerte externa (MSP, 2009).

Gráfico 17. Tasa de suicidios (cada 100-000 habitantes) según grupos de edad en Uruguay. 2012, 2013 y 2014

Fuente: División Epidemiología, estadísticas vitales del MSP

Respecto a la distribución por sexo, en el 2014 la razón hombre/mujer de la tasa de suicidio fue de 3,45, y se ha mantenido bastante estable en el tiempo.

Gráfico 18. Tasa de suicidios (cada 100-000 habitantes) según sexo en los años 2012,2013 y 2014



Fuente: División Epidemiología, estadísticas vitales del MSP

En cuanto a la distribución territorial ocurre en su mayoría en el interior del país.

Gráfico 19. Distribución del número de suicidios según lugar de residencia registrados en Uruguay. 2012,2013 y 2014.



En la Tabla 25 se puede observar la distribución en cada Departamento del país entre los años 2012-2014.

Tabla 25. Distribución de tasa de suicidios (cada 100.000 habitantes) por Departamento de residencia (período 2012-2014)

Departamento	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Artigas	18,45	13,21	15,90
Canelones	17,82	17,22	17,17
Cerro Largo	14,56	10,07	14,54
Colonia	15,65	24,17	24,09
Durazno	18,64	8,47	22,03
Flores	33,95	26,40	22,63
Florida	21,65	18,76	12,99
Lavalleja	26,66	18,38	28,49
Maldonado	25,75	23,12	18,90
Montevideo	13,15	11,90	11,46
Paysandú	17,88	16,98	14,39
Río Negro	10,65	19,43	17,58
Rivera	10,29	13,99	7,44
Rocha	23,10	23,07	18,98
Salto	19,31	16,15	19,90
San José	23,39	23,21	21,25
Soriano	16,57	16,59	22,54

Nota: Fuente: Estadísticas Vitales del MSP.

EMBARAZO ADOLESCENTE

La gestación, maternidades y/o paternidades en adolescentes es una situación social y de salud de relevancia para el país, generador de inequidades que limita el ejercicio de derechos, con grave riesgo para la salud integral de adolescentes y de su hija/o/s.

El porcentaje de adolescentes embarazadas se mantiene en la misma proporción desde 1996 hasta la fecha. Según los datos estadísticos del país ha estado durante 18 años en el entorno del 16%. (7951 nacimientos de madres de 10 a 19 años en este último año).

Tabla 26. Distribución de nacimientos en adolescentes, Uruguay 1996-2014

Nacimientos en madres adolescentes
de 10 a 19 años.

Uruguay 1996-2014

Años	Nº de nacimientos en madres de 10 a 19 años	Total de nacimientos con dato de edad materna	Porcentaje de nacimientos en madres adolescentes
1996	9701	57440	16,9
2000	8474	52177	16,2
2005	7764	46158	16,8
2010	7970	47162	16,9
2012	8163	47999	17,0
2014 *	7951	48368	16,4

* Cifras preliminares

Fuente: UINS/MSP

Tabla 27. Distribución de Tasa específica de fecundidad según Departamento de residencia materno, Uruguay. 2014

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD (*)
EN ADOLESCENCIA según grupos etarios
 Uruguay 2014 (**)

Depto Residencia	TFE por Grupo de Edades	
	10 - 14 a	15 - 19 a
Todo el País	1,4	58,2

Artigas	1,5	74,8
Canelones	0,8	44,1
Cerro Largo	2,3	71,9
Colonia	0,7	53,7
Durazno	1,6	82,6
Flores	0,0	55,2
Florida	0,4	51,6
Lavalleja	0,5	60,2
Maldonado	1,2	54,0
Montevideo	1,1	57,2
Paysandú	1,8	68,5
Río Negro	1,2	85,6
Rivera	3,6	60,4
Rocha	1,1	54,6
Salto	3,4	74,4
San José	0,5	50,6
Soriano	2,8	62,1
Tacuarembó	1,4	61,0
Treinta y tres	2,9	61,1

* Tasas por 1000 mujeres del grupo etáreo

** Cifras preliminares

Fuente: UINS/DIGESA/MSP

Tasa Fecundidad Global – Promedio hijos por mujer (hijos/mujer) = 2.0 (año 2014)

Tasa Fecundidad General = 49.7 por 1000 mujeres (fuente: certificado de Nacido vivo - año 2014)

Tasas de Fecundidad Específica en madres de 10 a 14 años = 1.4 por 1000 mujeres de 10 a 14a. En números absolutos, se puede afirmar que la tendencia de los mismos se ha mantenido.³⁰

Tasas de Fecundidad Específica en madres de 15 a 19 años = 58.2 por 1000 mujeres de 15 a 19a.³¹

Los departamentos que tienen la mayor tasa de embarazo en adolescentes en el grupo de 10 a 14 años son Rivera, Salto, Cerro Largo, Treinta y Tres, Soriano y le siguen Paysandú y Durazno. Mientras que en el grupo etáreo de 15 a 19 años son: Río Negro, Durazno, Artigas, Salto y Cerro Largo.³²

Se podría destacar a Canelones como el departamento que ha logrado una tendencia a la baja de la tasa en los dos grupos etarios y a su vez es el único departamento que

³⁰ Fuente: Certificado de Nacido Vivo - 2014

³¹ Fuente: Certificado de Nacido Vivo - 2014

³² Fuente: Certificado de Nacido Vivo - 2014

se halla por debajo de la Tasa de Fecundidad General Promedio del país. Le siguen luego Colonia, San José y Lavalleja.

En relación a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es pertinente señalar que en el período diciembre 2013 – noviembre 2014 hubieron 8499 IVE interrupciones en todo el país. De las mismas, el 17.8% correspondieron a mujeres adolescentes menores de 20 años.³³

El evento de un embarazo en la adolescencia, que es una etapa de la vida que se dedica a la formación y acumulación de capital humano, restringe de manera objetiva las posibilidades de acceso o permanencia de las adolescentes (y en ocasiones de los varones) en los sistemas educativos y o laborales especialmente formales.

Diversas líneas de análisis refieren al embarazo en la adolescencia como una situación de causa multifactorial

1. Existen diferencias en el embarazo y maternidad según el grupo etéreo.

De acuerdo a las diferentes formas de abordar la adolescencia, se divide a la misma en dos subgrupos: menores de 15 años y 15 a 19 años

En este sentido, el embarazo en una mujer que cursa la primera etapa de la adolescencia, en su mayoría, debe de ser considerado como producto de abuso o explotación sexual.

Desde un enfoque de derechos el primer grupo además de ser sujeto de derechos debe de ser considerado objeto de protección por parte del Estado.

Desde el punto de vista físico tiene mayor riesgo de morbilidad durante el embarazo, parto y puerperio. En relación a las consecuencias, es oportuno señalar que a nivel físico los riesgos ocurren en mayor grado entre los 10 y 14 años, con aumento en la prematuridad y bajo peso al nacer.

- En lo que respecta a la prematuridad, según las estadísticas vitales del MSP correspondientes al año 2012: las/os hijas/os de madres de 10 a 14 años representan un 22%, mientras que los/as de madres de 15 a 19 años representan un 10.5%.
- En lo que respecta al bajo peso al nacer, los/as hijos/as con peso menor a 2500 gr. de madres de 10 a 14 años representan un 15.2%, mientras que aquellos/as hijos/as de madres de 15 a 19 representan un 9.0% (año 2012). El promedio país se halla en 8.1%.

Es así que, se puede afirmar que, el embarazo que se presenta durante la adolescencia no permite continuar con el desarrollo personal, educativo y laboral esperado, lo que impactará a futuro nivel biopsicosocial. La maternidad y paternidad en adolescentes compromete el proyecto de vida en cualquiera de las etapas de la adolescencia.

2. La mayor vulnerabilidad en adolescentes que se embarazan o son madres y padres se agudiza si integran estratos sociales de menores recursos socioeconómicos culturales.

³³ Fuente: MSP – Salud Sexual y Reproductiva

- ✓ En el caso de las jóvenes uruguayas con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas, algo más de una cada cinco adolescentes son madres (22,4%), mientras que entre las adolescentes con Necesidades Básicas Satisfechas el porcentaje de madres es muy pequeño (3,6%) (según datos del Censo de 2011).
- ✓ “Dentro de los hogares con Necesidades Básicas Satisfechas, la fecundidad adolescente es baja. Esto sucede especialmente en Montevideo.... La situación de aquellas adolescentes que viven en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas es bien distinta. En todos los departamentos se encuentra un porcentaje considerablemente más elevado de madres, que aumenta cuantas más Necesidades Básicas Insatisfechas tiene el hogar”.³⁴
- ✓ La situación en Montevideo durante el período intercensal 2004 - 2011 puede resumirse en los siguientes puntos: “a) Disminuyó la maternidad adolescente tanto en los barrios del cinturón de Montevideo como en los de la costa. b) Se mantienen brechas importantes en el nivel de la fecundidad adolescente entre los barrios. La maternidad adolescente sigue concentrándose en los barrios del cinturón de Montevideo, los mismos que presentan los mayores niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas. c) Se incrementó la cantidad de barrios con muy bajo porcentaje de madres adolescentes. Se extienden a lo largo de la zona costera y en algunas zonas del centro de la ciudad”.³⁵

3. El nivel de instrucción es una de las variables que se asocian en adolescentes con la gravidez.

- ✓ “El acceso a la educación formal es un marcador relevante que permite corroborar que la edad de inicio de la maternidad y el número de hijas/os tenidos están ligados al nivel educativo de las mujeres. A mayor educación, se puede observar postergación en la edad de inicio de la vida sexual y del calendario reproductivo, así como menor cantidad media de hijas/os tenidos”³⁶
- ✓ Cada año adicional de escolaridad contribuye entre 5-10% a la reducción de la tasa de fecundidad.³⁷
- ✓ “Otro factor asociado al comportamiento reproductivo es la educación. Ya se observó para el total del país: las adolescentes con más años de estudio son madres en menor proporción. Concretamente, una de cada cuatro adolescentes uruguayas con menor cantidad de años de estudio (hasta seis años) es madre. La proporción es aún mayor en las adolescentes menos educadas de Río Negro, Artigas, Salto y Rocha”³⁸

4. La reiteración de embarazos en adolescentes en situaciones de alta vulnerabilidad.

³⁴ INE/UDELAR/MIDES. “Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay / La fecundidad en el Uruguay (1996 - 2011) Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo” Fascículo 3. Uruguay, 2014

³⁵ Idem

³⁶ Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay - MYSU. “Informe 2013 - Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas”. Uruguay, 2013
37 OPS/OMS 48º Consejo directivo. 60ª sesión del comité regional. “Estrategia Regional para mejorar la salud de Adolescentes y Jóvenes”. Washington, D.C. Agosto, 2008.

³⁸ INE/UDELAR/MIDES. “Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay / La fecundidad en el Uruguay (1996 - 2011) Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo” Fascículo 3. Uruguay, 2014

- ✓ La ocurrencia de un ulterior embarazo en madres adolescentes entre 15 y 19 años, que tenían entre 1 a 3 gestas previas, aumentó del 2010 al 2013 en 3 puntos porcentuales en el sector público y 0.6 punto a nivel privado. En el 2010 fue de 22.3% a nivel nacional, y en el 2014 ascendió al **26.7% del total de embarazos en adolescentes**. (Fuente EV. SIP. MSP).

POLÍTICAS INTEGRADAS

En relación a las Políticas Públicas se destacan algunos aspectos y se refuerza la necesidad de “políticas integrales, integradas y articuladas que aborden las oportunidades antes, durante y posterior al embarazo en lo biosicosocial y con enfoque ecológico y de determinantes sociales y profundicen aspectos en base a grupos etarios y vulnerabilidades asociadas”. Producto de la consulta pública realizada, ha sido unánime la opinión de que el embarazo adolescente es solamente la punta de un iceberg mucho más amplio que refiere a la vulnerabilidad de la población adolescente en sí misma y que merecería ser considerado éste último, política de Estado. Estas políticas **requieren de interinstitucionalidad e intersectorialidad a través de acuerdos en el gabinete social**. Las mismas se proponen como Política de Estado tomando como eje a las adolescencias. Son necesarias a su vez **políticas universales y focalizadas**.

Se está de acuerdo **en la profundización del NIVEL RECTOR del MSP** a través de la elaboración de guías, protocolos, flujo gramas de atención y otras estrategias o instrumentos tales como las Metas Asistenciales, la Acreditación, etc.

Barreras en las y los adolescentes para el acceso real a la anticoncepción.

¿Cómo se oferta la anticoncepción a adolescentes? Dificultades en la capacidad instalada de las políticas públicas para generar estrategias para ofertar métodos barrera y ACO en forma universal y focalizada tanto dentro como fuera de las instituciones de salud. Si bien, es una prestación, sólo se puede recibir del personal médico y en la mayoría de las instituciones de ginecología, lo que constituye en sí mismo una barrera. Se vuelve urgente lograr mecanismos que flexibilicen el acceso a los mismos.

Una inequidad es la dificultad que hoy tienen las políticas integradas para la atención de las **situaciones de alta vulnerabilidad** – adolescentes mujeres y varones en los que se concentran varios problemas complejos y donde se produce a su vez la reiteración de los embarazos. ¿Cómo se capta a los adolescentes que no están vinculados al trabajo formal o a la educación? ¿Cómo se logra el acceso de aquellos adolescentes que no están vinculados al sistema educativo formal o no formal?.

Desinformación sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes.

Si bien la Educación Sexual se halla como un eje transversal en la Educación formal, se desconocen indicadores de calidad respecto a la incorporación real de aquellos contenidos relacionados a la atención integral del/a adolescente, las prestaciones en salud a las que tiene derecho y los mecanismos de acceso a la anticoncepción oportuna. En lo global el tema de sexualidad y anticoncepción, se sigue presentando con falta de información adecuada y oportuna. Si se analiza la capacitación de docentes de ANEP se observa que desde el año 2008 solamente existe un seminario obligatorio de 30hs en toda la carrera docente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva. El mismo resulta insuficiente, si se tiene en cuenta la diversidad de contenidos que incluye.

Cuestiones de equidad de derechos y de género.

La toma de decisión de la prevención del embarazo es atravesada por cuestiones de género, generaciones, interculturalidad. Habitualmente el embarazo y la anticoncepción en la adolescencia son considerados temas femeninos. Es imperativo el abordaje de las sexualidades y masculinidades en los varones adolescentes como un enfoque estratégico y preventivo que permita crear conciencia en el ejercicio de la sexualidad responsable y la coparticipación.

Se hacen necesarias **Políticas de comunicación masiva e individual que promueva el disfrute y no la negación de la sexualidad**, que promuevan habilidades para la vida además de información en relación a las prácticas sexuales. Se entiende que el mundo adulto no está pudiendo decodificar los constructor adolescentes, para que sean de recibo de la población, adecuando su modo de ser, diversidad, tecnología, lenguaje, gustos y aficiones.

BORRADOR

HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y CESÁREAS

La tasa de Cesáreas es un tema de preocupación a nivel mundial, ya que la tasa de las mismas ha estado en franco aumento, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La cesárea ha demostrado ser eficaz para reducir la morbilidad materna – perinatal cuando está indicada. Sin embargo los riesgos superan los beneficios cuando la misma se realiza cuando no lo está.

La cirugía cuando es innecesaria se relaciona a riesgos corto, mediano y largo plazo para la madre, el niño y para futuros embarazos

No es posible establecer una tasa ideal de cesáreas para un país o una población, pero la evidencia científica avala que tasas de cesárea superiores al 10% no se relacionan con una reducción de la mortalidad materna y neonatal. El 1985, la OMS consideró una tasa ideal de cesáreas del 10 al 15%, existiendo una gran controversia internacional respecto a esta recomendación. La comunidad científica internacional ha planteado la necesidad de revisar esta tasa, tarea de alta complejidad y por ahora pendiente. La falta de una clasificación internacional aceptada y fiable limita la capacidad de comparar situaciones en pos de definir una tasa adecuada de cesáreas.

Quizá más que discutir la tasa “ideal” de cesárea se debe realizar los esfuerzos necesarios para realizar cesáreas a todas las pacientes que lo requieran por razones médicas y evitar la misma en aquellas que no la necesitan. No es posible establecer una tasa de cesáreas ideal para cada hospital, ya que esta depende de las características de la población atendida y los recursos sanitarios disponibles, sin embargo se debe avanzar en un sistema de clasificación de las cesáreas que permita comparar los resultados entre hospitales y a lo largo del tiempo

La tasa de cesáreas en el mundo ha ido en continuo aumento en los últimos 20 años. Según UNICEF, entre 2006 y 2010 el 38% de los nacimientos a nivel mundial fue por cesárea.

La realidad mundial se marca entre el exceso de cesáreas y el déficit, en especial en aquellos países con débiles sistemas de salud. Una tasa de cesáreas inferior al 10% se relaciona a mayor morbilidad materna - perinatal y marca, en muchos países, grandes deficiencias en la atención

Las realidades al respecto son muy distintas por países aún dentro de las mismas regiones, por ejemplo en Europa coexisten tasas de cesárea de 36% (Italia) con tasas de cesárea de 21% (Dinamarca). En el contexto regional, Latinoamérica presenta un homogéneo exceso de cesáreas con cifras que oscilan entre un 49% para Chile, 45% para Brasil, 42% para Uruguay y 38,7% para México (2012)

En Uruguay, este aumento se observa en todo el país, independientemente si ocurre en el interior o en Montevideo. Se observa un mayor índice de cesáreas en las instituciones privadas, en especial en Montevideo

A continuación se presentan algunas de las cifras para ilustrar el problema.

Gráfico 20. Proporción de partos terminados por vía cesárea Montevideo vs Interior del país. Uruguay (2002-2013)

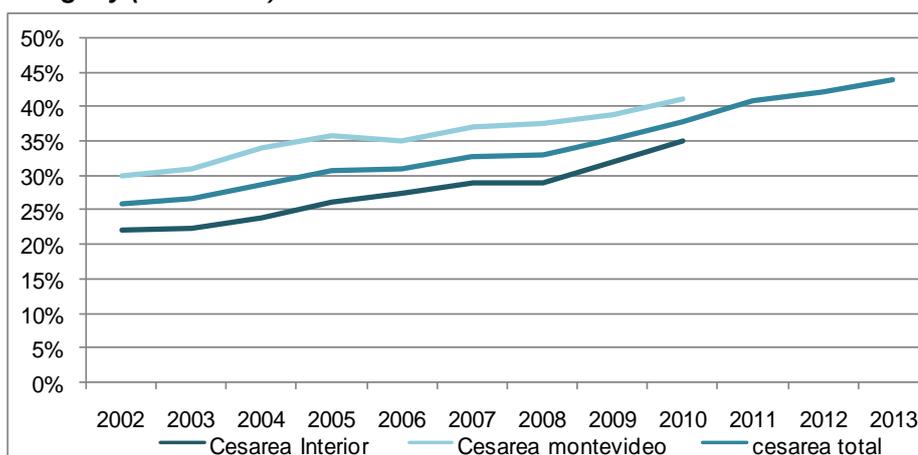
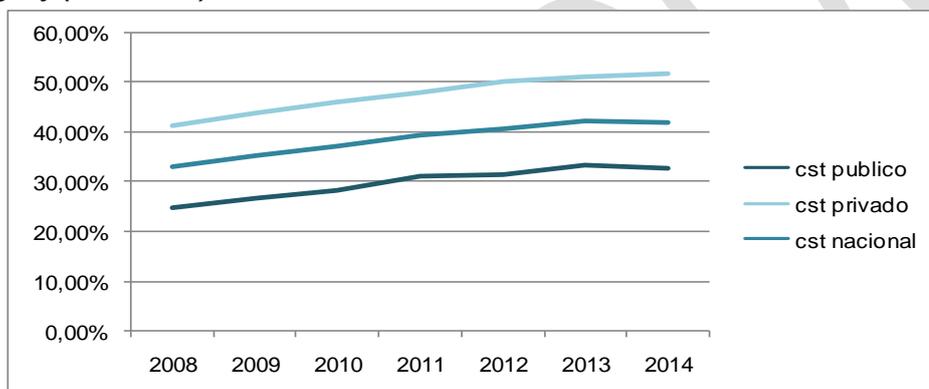


Gráfico 21. Proporción de partos terminados por vía cesárea según sector de asistencia.- Uruguay (2008-2014)

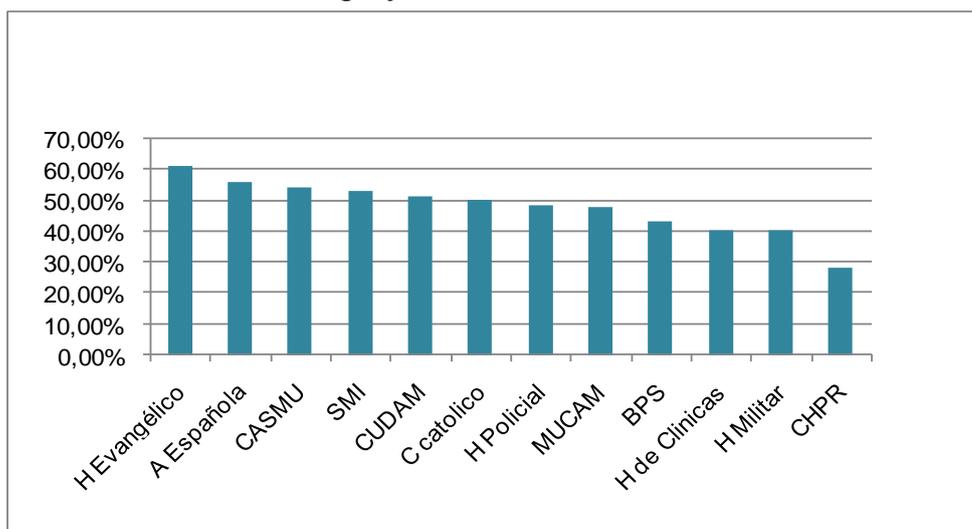


Nota: cst público – cesárea sub-sector público; cst privado - cesárea sub-sector privado; cst nacional – cesárea a nivel nacional

Gráfico 22. Proporción de partos terminados por vía cesárea y cesárea de bajo riesgo.- Uruguay (2005-2014). Fuente: Estadísticas Vitales-MSP Uruguay. SIP



Gráfico 23. Proporción de partos terminados por vía cesárea según principales prestadores de asistencia. Uruguay.



Estas cifras permiten asegurar que el aumento de la tasa de cesáreas constituye un problema de salud pública que requiere un abordaje prioritario, particularmente el porcentaje de 18% de partos de bajo riesgo que culminaron por cesárea, preliminarmente evitables. (Gráfico 22)

1. Repercusiones del problema

Una alta tasa de cesáreas implica o puede estar relacionado a:

- Aumento de la morbilidad materna – neonatal.

Si bien la cesárea es la cirugía mayor con menor morbimortalidad (vinculado esto a la indicación, condiciones de realización, la técnica quirúrgica reglada y la experiencia de los ginecólogos), esto no implica que no presente mortalidad y morbilidad propia. La mortalidad puede llegar al 0.3% (México) y la morbilidad varía entre un 5% y un 20% según los criterios para considerar la misma y las condiciones sanitarias de asistencia. Se calcula que presenta 6 veces más riesgo que el parto vaginal eutócico. Se destaca una mayor prevalencia de hemorragias, infecciones, TEP, histerectomía y paro cardio-respiratorio (ver Tabla 28)

Tabla 28. Principales resultados obstétricos según vía de terminación (cesárea vs parto) N= 30.125³⁹

Complicación	OR (IC 95%)
Hemorragia que requiere histerectomía	2.1 (1.2-3.8)
Histerectomía	3.2 (2.2-4.8)
Complicaciones anestésicas	2.3 (2.0-2.6)
Paro cardíaco	5.1 (4.1-6.3)
TEP	2.2 (1.5 – 3.2)
Infección Puerperal mayor	3.0 (2.7-3.4)
Hematoma	5.1 (4.6-5.5)

³⁹Nisenblat V. Obstet Gynecol 2006

- No existe evidencia que tasas de cesárea superiores al 10% mejoren la mortalidad materna o perinatal, los resultados pediátricos o el bienestar psicológico o social. No ha sido posible evaluar la asociación entre mortalidad materna y neonatal en tasas de cesárea superiores al 30%,
- Consecuencias negativas sobre futuros embarazos. Riesgo vinculado a cesárea previa,
- Afectación de los derechos de las usuarias,
- Mayores costos en salud para el sistema

2. Complejidades del problema

Se trata de un problema multifactorial, en el cual se han referido diversas razones que lo explican. Sin embargo la incidencia real de cada una de ellas no está determinada y en muchos casos la misma puede ser distinta considerando las características de la población o el prestador. Para abordar el problema de forma integral debemos tener en cuenta los mismos y evaluar estrategias que permitan su abordaje. Podemos mencionar a modo de ejemplo:

- ✓ Aumento de las indicaciones médicas de la cesárea (por ej: podálica, VIH, etc)
- ✓ Aumento de los embarazos de alto riesgo, producto del aumento de la fertilidad de pacientes con patologías crónicas y/o luego de tratamientos de fertilidad
- ✓ Aumento de métodos de diagnóstico prenatal que condicionan conductas obstétricas
- ✓ El efecto acumulativo de la “cesárea previa” sobre el índice de cesáreas
- ✓ Cambios culturales que determinan menor tolerancia al dolor, visión del parto como un acontecimiento médico y no como un acontecimiento fisiológico, exigencia de resultados médicos “ideales”, mayor seguridad y rapidez en la cesárea, etc.
- ✓ Empoderamiento de las mujeres respecto a las decisiones médicas. Conflicto entre el concepto de autonomía de la usuaria y no maleficencia médico
- ✓ Medicina defensiva por parte de los ginecólogos (siendo esta una de las especialidades con mayores demandas). Visión por parte de los ginecólogos que existe menor riesgo de demanda en la cesárea.
- ✓ Falta de condiciones asistenciales adecuadas para la asistencia segura del parto
- ✓ Requerimiento de menor tiempo para el equipo de salud al realizar una cesárea
- ✓ La reforma de la salud determino un mayor número de nacimientos en el sector privado, donde existe mayor prevalencia de cesáreas
- ✓ Copagos quirúrgicos a los equipos de salud

3. Otros aspectos:

- ✓ Equidad y derechos. El alto índice de cesáreas impacta directamente en la equidad de derechos ya que la población de menores recursos es la más expuesta a las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la cesárea
- ✓ Percepción de la población: Se trata de un tema controvertido de alto impacto en la población. Implica cambios en la percepción de riesgo de la población, en los reclamos de mejor y más humana asistencia del parto, los derechos a decidir, etc.
- ✓ Plan de gobierno: la reducción de cesáreas se enmarca en los objetivos de mejora de la salud perinatal marcados por la fuerza de gobierno

TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS Y VIH

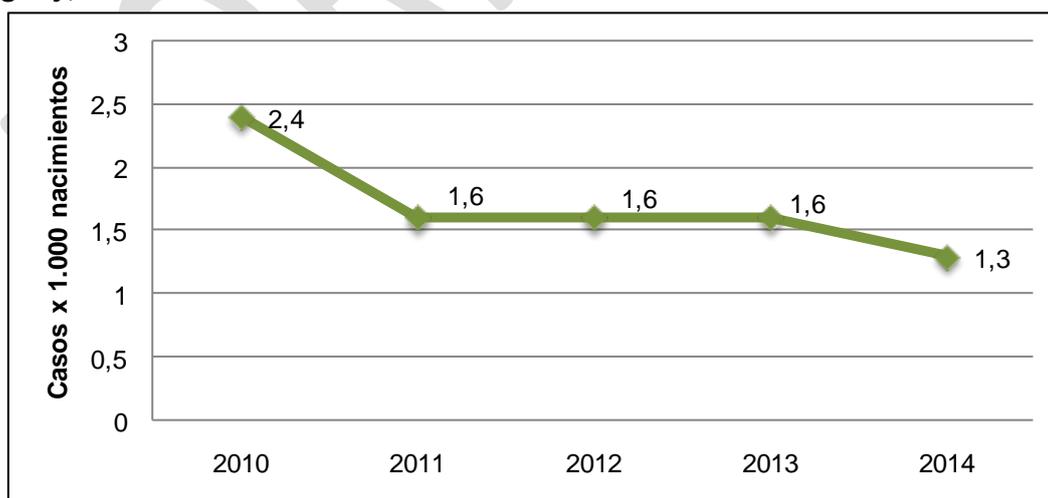
SIFILIS CONGÉNITA

El incremento de la sífilis gestacional (SG) y la sífilis congénita (SC) en nuestro país se puso de manifiesto a través del análisis de la base de datos del SIP del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), entre los años 2004 y 2008. El aumento en el número de pruebas reactivas no treponémicas de sífilis en sangre de cordón umbilical, si bien no es la definición precisa de SC, ponía en alerta al sistema de salud como medida indirecta de un aumento en la incidencia de SC. Esta constatación determinó que en la última década la SC se haya posicionado en la agenda como problema de Salud Pública. La reemergencia de la enfermedad, que es prevenible en el recién nacido con un tratamiento altamente efectivo y de bajo costo de la sífilis gestacional, ponía de manifiesto una inadecuada atención prenatal y muchas veces errores y omisiones en el proceso asistencial.

En nuestro país la información de incidencia de SC se obtiene a través de la notificación epidemiológica al Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), la cual por ser dependiente del prestador, a pesar de su obligatoriedad, es posible una subnotificación de casos.⁴⁰ No existe una notificación específica de sífilis gestacional.

De acuerdo a los casos notificados a DEVISA se muestra en la Gráfica 24 la tasa de incidencia entre el 2010-2014

Gráfica 24. Evolución de tasa de incidencia de SC (casos x 1.000 nacimientos). Uruguay, 2010-2014



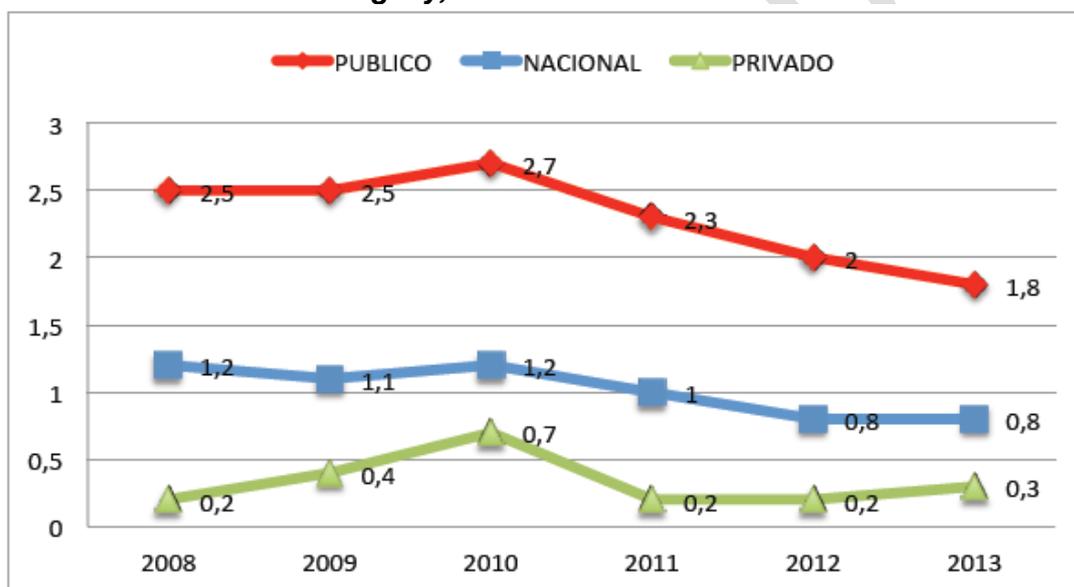
Fuente: Casos remitidos por Notificación Obligatoria a MSP entre 2010 - 2014

⁴⁰ Ordenanza Ministerial N°.821-Ref: 4591/2008 notificación obligatoria de: todo caso sospechoso o confirmado de Sífilis en todas sus manifestaciones, incluyendo: Sífilis de la embarazada, Sífilis del adulto (hombre/mujer), Sífilis Congénita, todo caso de óbito fetal con lesiones de Sífilis.

Por otro lado, el Sistema Informático Perinatal (SIP) se ha constituido en un instrumento de vigilancia epidemiológica de relevancia con una cobertura creciente. Ha constituido el estándar para evaluar las tendencias en el tiempo en la prevalencia de pruebas reactivas de sífilis en la mujer embarazada y en el recién nacido. Sin embargo la información que provee es de reactividad de pruebas diagnósticas y no necesariamente corresponde a verdaderos casos de sífilis o sífilis activa.

En la gráfica siguiente se muestra la tasa (%) de prueba reactiva de sífilis en el cordón por 100 nacimientos

Gráfica 25. Evolución de la tasa de prueba reactiva de sífilis en cordón según subsector de cobertura. Uruguay, 2005-2013



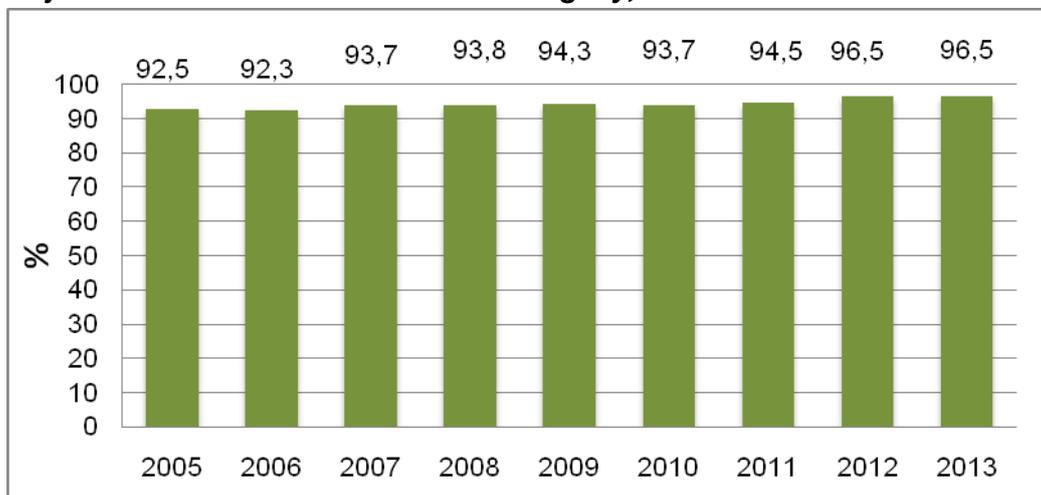
Si bien los datos que se muestran en las gráficas anteriores no son comparables (DEVISA: tasa notificada de SC expresada por 1000 nacimientos; SIP: tasa de pruebas reactivas en cordón por 100 nacimientos) muestran tendencias similares, con un pico en el año 2010, descenso posterior y una estabilidad en los últimos años.

Se estima que la prevalencia de SG se sitúa a nivel mundial en 1.5% (entre 0.05 a 5) y una incidencia de SC cercana a 1/1.000 nacimientos (entre 0.03 a 2.6). Para el año 2008 hubo aproximadamente 1.4 millones de mujeres con SG a nivel mundial (ocupando la región de Las Américas el segundo lugar) y, como consecuencia, se proyectó en unos 520.000 el total de resultados adversos de estos embarazos.

Las estimaciones indican que podrían haberse evitado aproximadamente un 55% de los casos de SC en un escenario de cobertura de acuerdo a las metas de eliminación

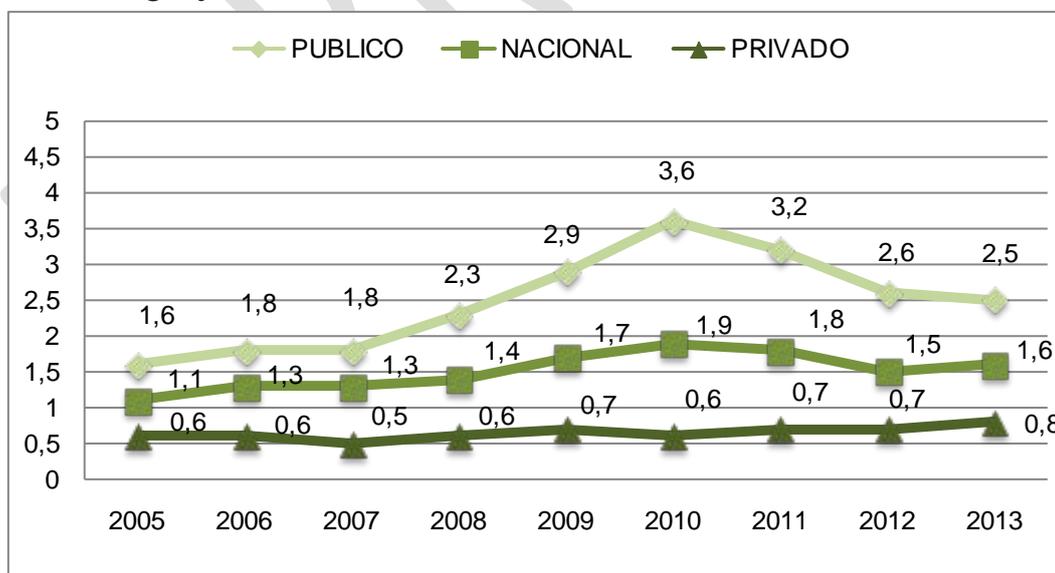
(90% de screening y 90% de tratamiento)⁴¹. A pesar que Uruguay supera estos indicadores de cobertura, no ha logrado la eliminación de la SC.

Gráfica 26. Evolución de la proporción de mujeres que reciben una prueba de tamizaje de sífilis durante el embarazo. Uruguay, 2005-2013



En nuestro país la prevalencia de sífilis en el embarazo se obtiene a través del SIP: registro de cualquier tipo de prueba reactiva de sífilis.

Gráfica 27. Evolución de prueba reactiva de sífilis en embarazo, total y público-privado.⁴² Uruguay, 2005-2013



⁴¹ Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, et al. (2013) Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med* 2013; 10(2): e1001396. doi:10.1371/journal.pmed.1001396

⁴²Se destaca que con cobertura creciente del SIP: 77.1% (2005); 78.6% (2006); 79.1% (2007); 86.8% (2008); 88% (2009); 89.1% (2010); 91.1% (2011); 95.2% (2012); 96.2% (2013)

Para conocer con exactitud la incidencia de SC en nuestro país y evaluar en mayor profundidad los potenciales determinantes, fue que en el año 2013 se comenzó a implementar una auditoría de todo caso de mujer embarazada con prueba de sífilis reactiva (independientemente de la técnica) y de todo recién nacido con prueba reactiva en el cordón (ordenanza 447/12).

Se recibió auditoría de 612 casos en un total de 712 identificados con prueba reactiva en el embarazo a través del registro del SIP, se obtuvo respuesta de las Instituciones de 612 casos (86%). 64/612 fueron informados como errores en el registro accediendo finalmente a 548 auditorías, lo corresponde a una cobertura del 85% (548 de 648 con respuesta de instituciones).

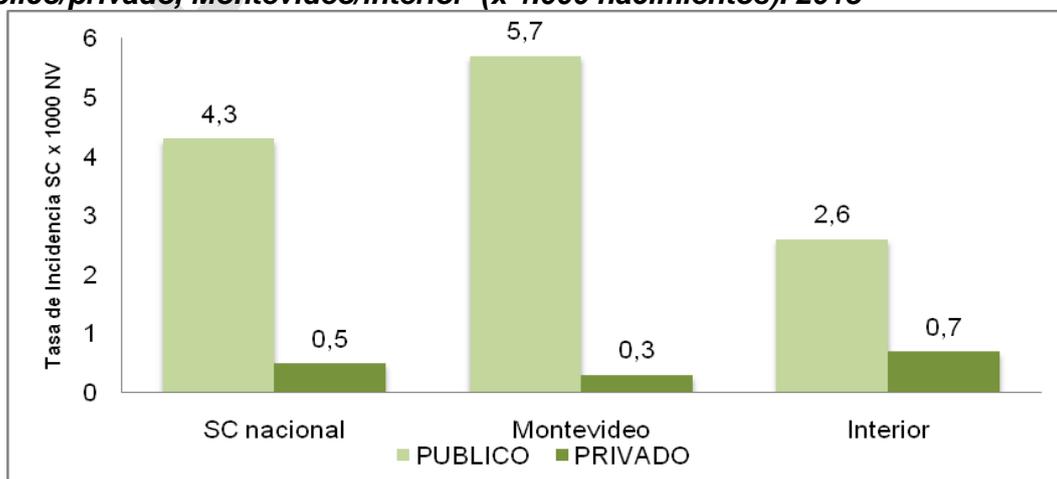
La incidencia de SC fue de 2.08 casos/1.000 nacimientos a nivel nacional, 4.3 en el subsector público y 0.51 en el privado. Lo que significa que en el privado se encuentra cercano a la meta de eliminación (0.5/1.000 nacimientos) y es un marcador que pone de manifiesto como las condiciones de vulnerabilidad de las usuarias del público influyen estos resultados.

Tabla 29. Incidencia de sífilis congénita (casos x 1.000 nacimientos) nacional y subsector público y privado. Uruguay, año 2013.

Embarazos	Incidencia Sífilis Congénita
Público	4.3/1.000 (84/19542)
Privado	0.47/1.000 (13/27632)
Total	2/1.000 (97/47174)

También se encontraron diferencias según nacimientos en Montevideo o en el interior del país.

Gráfico 28 Incidencia de sífilis congénita según resultados de auditoría: público/privado, Montevideo/interior (x 1.000 nacimientos). 2013



Análisis del entramado causal

La realización de una auditoría permitió confirmar algunas presunciones respecto a los factores contribuyentes a la persistencia de SC.

La mayor incidencia de SC en el subsector público es indicativa de la contribución de los factores de vulnerabilidad social aunque estos no se evaluaron mediante la auditoría. El objetivo de la misma, además de mejorar el conocimiento epidemiológico, es identificar brechas asistenciales que sean pasibles de ser modificaciones con acciones en este sector.

El primer hallazgo importante de la auditoría fue que nos permitió caracterizar el significado de las pruebas reactivas en el embarazo, para clasificarlas como: sífilis activa, recuerdo inmunológico y falso positivo.

Tabla 30. Pruebas reactivas de sífilis en embarazo (SIP) y sífilis gestacional (auditoría). 2013

Embarazos	Prevalencia Sífilis en embarazo (Sífilis Verdadera)	Prevalencia prueba reactiva en embarazo
Público	1.1% (213/19542)	1.9% (373/19542)
Privado	0.3% (81/27632)	0.6% (175/27632)
Total	0.6% (294/47174)	1.2% (548/47174)

Tabla 31. Significado de las pruebas reactivas de sífilis en el embarazo por subsector de atención. 2013

	Público		Privado	
	n	%	n	%
Sífilis verdadera	213	57.1	81	46.3
Recuerdo inmunológico	95	25.5	70	40.0
Falso positivo	60	16.1	23	13.1
Sin clasificar	5	1.3	1	0.6
Total	373	100.0	175	100.0

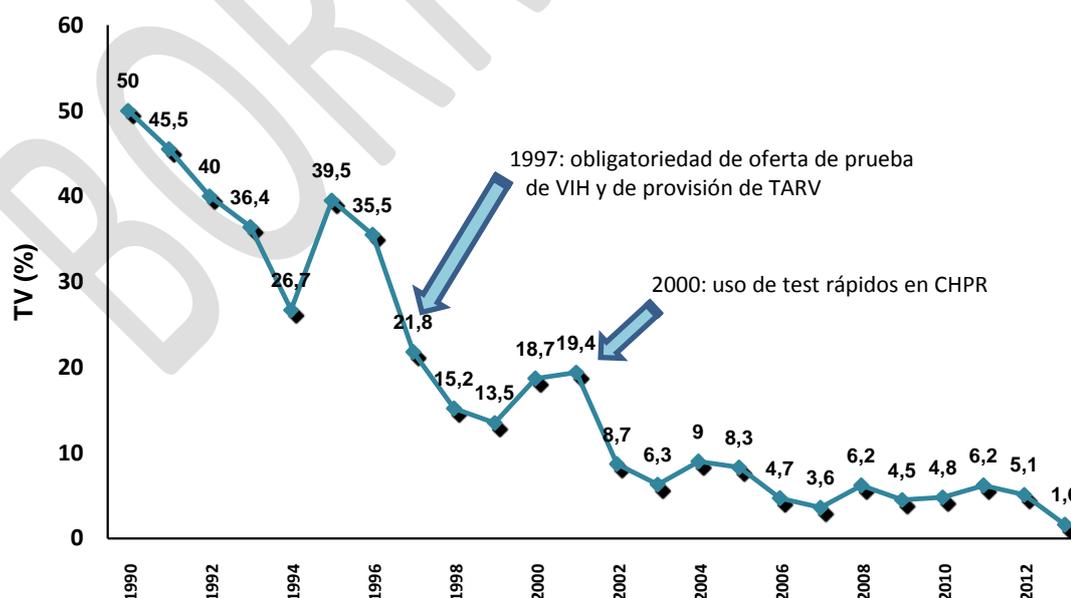
En el análisis de las auditorías se encontraron como factores asociados a SC: menos de 5 controles en el embarazo, captación tardía del embarazo, realización de la prueba y diagnóstico de sífilis más tardío en el embarazo, no tratamiento de la pareja, reinfecciones. La tabla 32 muestra las variables asociadas a casos de SC en 2013.

Tabla 32. Variables asociadas a SC. Auditoría nacional, 2013

Variables	SC: 97	NO SC: 195	Valor de p
Menos de 5 controles	51.5% (50/97)	14.4% (28/195)	< 0.0001
Diagnóstico de embarazo (EG en semanas)	17 ± 9	12 ± 6	< 0.001
EG media al diagnóstico de sífilis	25 ± 9	18 ± 8	< 0.0001
Diagnóstico de sífilis en el puerperio*	41	2	< 0.0001
Tratamiento correcto (%)	35 (34/97)	96 (187/195)	< 0.0001
Tratamiento pareja (%)	71 (24/34) S/D: 62 (60/97)	80 (69/86) S/D: 43 (83/195)	0.14 0.007
Reinfección	12	0	

Transmisión Vertical de VIH

La transmisión materno-infantil del VIH puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Existen intervenciones altamente efectivas para la prevención de la TV que nuestro país ha sido pionero en su implementación: introducción de la prueba diagnóstica de VIH durante el embarazo, uso de pruebas rápidas en embarazos mal controlados, terapia antirretroviral (TARV), suspensión de la lactancia y provisión de fórmulas de sustitución.⁴³

Gráfico 29. Evolución de la Transmisión Vertical de VIH. Uruguay. 1990-2013


Nota: En el año 1997 se estableció la obligatoriedad de oferta de la prueba de VIH y de la provisión de TARV. En el año 2000 se implementó el uso de test rápidos en el Centro Hospitalario Pereira-Rosell

⁴³ Quian J, Gutiérrez S, González V, et al. Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de inmunodeficiencia humana de tipo 1 en Uruguay: 1987-2009. Análisis de las diferentes medidas adoptadas. *Rev Chil Infect* 2012; 29: 87-94

Si bien hubo un rápido descenso de la TV de VIH, a partir del año 2005 las tasas oscilan entre valores de 3,6% a 6,2% sin lograr descender, hasta el año 2013, por debajo del límite de la meta de eliminación (< 2%).

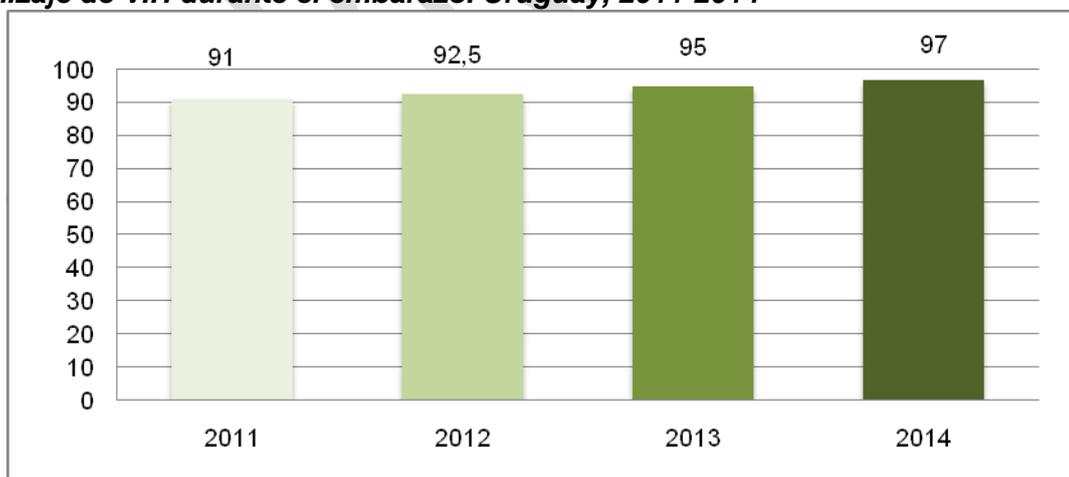
Es de destacar que en el año 2013 también fue diagnosticado un niño con probable adquisición durante la lactancia, hecho que se repite en los últimos años. Estos están vinculados a adquisición del VIH en la mujer en el período de lactancia, las cuales muchas veces son prolongadas. Incluso algunos de los diagnósticos de VIH se han realizado tanto en la mujer como en su hijo/a en un siguiente embarazo.

Desde el año 2011 se realizó un relevamiento nacional a través de una encuesta a todas las instituciones de datos de mujeres embarazadas con VIH y transmisión vertical. En el año 2013 también se comenzó a implementar una auditoría (ordenanza 367/13). Esto ha permitido caracterizar mejor el problema e identificar algunos factores asociados a la ocurrencia de TMI.

Análisis del entramado causal

Si bien nuestro país ha implementado medidas tempranas en la historia del VIH, y algunos indicadores cumplen con las metas acordadas en compromisos internacionales (cobertura de prueba de VIH \geq a 95%), no se ha logrado cifras sostenidas que cumplan con la meta de eliminación.

Gráfico 30. Evolución de la proporción de mujeres que reciben una prueba de tamizaje de VIH durante el embarazo. Uruguay, 2011-2014



En el período 1º de enero 2013 al 31 de diciembre 2013, hubo 124 mujeres embarazadas con prueba reactiva de VIH, confirmadas por las Instituciones, por DEVISA o por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública. Esto da una prevalencia de VIH en mujeres embarazadas 0.26%, 95 subsector público (0.5%) y 29 en el privado (0.1%). Se debe tener en cuenta que en el estudio de seroprevalencia realizado en población general en el año 2008, la prevalencia global fue de 0.42% (varones 0.68%, mujeres 0.28%).

En 54 (44%) el diagnóstico de VIH en la mujer se realizó durante el embarazo y en 70 (56%) este diagnóstico era previo.

En la tabla 34 se muestran las características de la población y diferencias entre las mujeres embarazadas con VIH del subsector público y privado.

Tabla 34. Características de la población de mujeres embarazadas con VIH en Uruguay

Indicador	Total	Subsector Público	Subsector Privado	Valor de p
Edad (media y DS)	27 ± 7	27 ± 7	28 ± 7	DNS
VIH previo al embarazo	56% (70/124)	56% (53/95)	59% (17/29)	0.67
CD4 basal	469 ± 256	470 ± 240	464 ± 310	0.38
CD4 basal en pacientes sin TARV previa	506 ± 263	456 ± 243	408 ± 225	0.58
TARV en pacientes con VIH previo	33% (23/70)	26% (14/53)	53% (9/17)	0.001
Edad gestacional al diagnóstico de VIH	19 ± 7	20 ± 8	16 ± 4	0.065
Diagnóstico de VIH en TDP o puerperio	4.8% (6/124)	5.3% (5/95)	3.4% (1/29)	DNS
PTMI ⁽¹⁾	96% (119/124)	96% (91/95)	96.5% (28/29)	DNS
EG de inicio de TARV en el embarazo	21 ± 8	22 ± 8	19 ± 8	DNS
CV indetectable previo al parto	57% (56/98)	51% (38/75)	78% (18/23)	0.0001
Cesárea	75% (93/124)	72% (68/95)	86% (25/29)	0.01
Continuidad de TARV en el post parto	56% (70/124)	53% (50/95)	69% (20/29)	0.02

⁽¹⁾ PTMI: profilaxis de la transmisión materno infantil. ⁽²⁾ 25 sin datos se incluyen como "no TARV en el post parto"

Algunas de las características que se muestran en la tabla anterior alertan sobre posibles dificultades en el acceso a cuidados y a TARV de las usuarias del subsector público respecto a las usuarias del subsector privado:

- entre las mujeres con VIH previo al embarazo la cobertura de TARV era significativamente menor respecto a las usuarias del privado,
- edad gestacional al diagnóstico de VIH mayor (diferencia no significativa),
- Menor porcentaje de usuarias con CV indetectable previo al parto (principal factor de riesgo de TV),
- Menor porcentaje de continuidad de TARV en el post parto, factor clave para asegurar una buena calidad de vida y disminuir la tasa de orfandad entre hijos/as de mujeres con VIH,

- La menor tasa de cesáreas en este grupo de mujeres que suelen tener mayor indicación como medida de prevención de la TMI no es claramente explicable entre las usuarias del subsector público, donde además el porcentaje de indicación debería ser mayor (dado el número de mujeres que llegan al parto con CV detectable).

En los casos de 2 RN que adquirieron la infección en el año 2013 (los dos en el subsector público), los diagnósticos de VIH en la mujer fueron al finalizar el embarazo, uno en el trabajo de parto y el otro en el puerperio. Dado que solo son 2 casos se analizan por separado en la siguiente tabla.

Tabla 35. Características de los casos de transmisión vertical de VIH registrados en 2013 en Uruguay

	Caso 1	Caso 2
Edad materna	22	40
Nº de controles en el embarazo	3	>5
Edad gestacional al primer control	24	10
Diagnóstico de VIH	TDP	Puerperio (prueba realizada a las 37 semanas)
1era. prueba realizada en el embarazo	28 semanas	12 semanas (no reactivo)
TARV	NO	NO
AZT	SI	NO
NVP monodosis	NO	NO
Cesárea	SI	SI
Profilaxis RN	SI (AZT + NVP)	NO
Suspensión de lactancia	SI	NO inicialmente

En los dos casos se destaca que los factores que contribuyeron a la transmisión estuvieron vinculados a brechas asistenciales, factores que ya han sido identificados en años anteriores.

Caso 1: embarazo mal controlado. 1ª prueba tardía (28 semanas), se obtiene el primer resultado en el control de las 37 semanas donde no es informado ni se toman las medidas de prevención, se realiza extracción para la segunda muestra. Ingresa a las 38 semanas donde se realiza prueba rápida que es reactiva y se realiza cesárea y AZT i/v, suspensión de lactancia y profilaxis al niño. En suma retardo en el diagnóstico y en su comunicación.

Caso 2: embarazado controlado con 1ª prueba no reactiva. La 2ª prueba se realiza de manera tardía, a las 37 semanas y existe una demora en la entrega del resultado que se realiza en el post parto mientras la usuaria estaba de alta y amamantando. Probablemente corresponda a una infección materna adquirida durante el embarazo. La primera PCR del niño fue negativa lo que sugiere la adquisición en el parto o mediante la lactancia, que fue suspendida de manera diferida (a los 10 días del nacimiento).

Análisis agrupado 2012-2013

Durante esos dos años hubo 253 mujeres embarazadas con VIH. La información que se dispone de las mujeres embarazadas del 2012 es parcial dado que en ese momento se recopilaba mediante encuestas pero no existía la obligatoriedad de realizar auditoría.

En el 2012 hubo una tasa de transmisión de 5.1%, 5.5% en el público y 4.4% en el privado. En la siguiente tabla de resumen los factores asociados a TV cuando se analiza la cohorte de mujeres embarazadas 2012-2013.

Tabla 36. Factores asociados a Transmisión Vertical en Uruguay (2012-2013)

Características (Si/No)	RN expuestos (253)		Valor p
	Positivo (n = 9)	Negativo (n = 244)	
Diagnóstico en TDP o puerperio (n = 242)	3/6	7/206	< 0.0001
No PTMI (n = 242)	3/6	7/206	< 0.0001
No TARV (n = 224)	5/4	19/196	< 0.0001
Edad gestacional al diagnóstico de VIH (media, DS)	36 ± 3	16 ± 11	< .0001
Última CV previo al parto > 50 (n = 211)	6/3	50/152	0.016
Parto vaginal (n = 222)	3/5	78/136	0.87

RESUMEN DEL ENTRAMADO CAUSAL EN TRANSMISIÓN VERTICAL

La SC y la TV del VIH reconocen causas y determinantes comunes con impacto en la calidad asistencial, relacionados a vulnerabilidad social que requerirán un abordaje común y con involucramiento de otros sectores.

También se reconocen determinantes específicos a cada una de las infecciones. Se resumen en el Cuadro 11.

Cuadro 11. Determinantes específicos de TV en Sífilis y VIH

Determinantes	SC	VIH
1. Mala calidad de control del embarazo:	Captación tardía del embarazo con el consecuente retardo en el diagnóstico de la infección en la mujer embarazada y de las intervenciones terapéuticas.	
	Embarazos mal controlados (< de 5 controles)	
2. Acceso a atención	Baja proporción de captación de la pareja sexual para asesoría y tratamiento (reinfecciones).	
3. Deficiencias en calidad asistencial	En diagnóstico oportuno.	Comunicación tardía del diagnóstico en espera del resultado confirmatorio con el retardo en inicio de TARV en mujeres embarazadas donde el diagnóstico de VIH se realiza en el embarazo.
	En promoción y prevención con involucramiento de la pareja (maternidad-paternidad responsable).	Infecciones de la mujer adquiridas durante el embarazo o la lactancia. El riesgo de transmisión de VIH es máximo en las primeras semanas de adquirida la infección (pico de viremia).

Equidad y ejercicio de derechos.

Existen diferencias notorias en los resultados en el subsector público y privado, que denotan las inequidades en el ejercicio de derechos de poblaciones con particulares diferencias usuarias de ambos sistemas. Mientras que en SC, la meta de eliminación ha sido cumplida en el subsector privado, esta tasa es 8 veces superior en el subsector público.

En VIH la situación es similar, y los pocos casos de TV ocurren principalmente en el subsector público.

Inequidades de género, relaciones de poder-dominación, temores, mitos y prejuicios se conjugan para potenciar la vulnerabilidad de no pueden o no sienten como necesario adoptar métodos de barrera como prevención de las ITS.

Aspectos referidos a la percepción de la población.

1. Falta de percepción de la sífilis como problema de salud en la población incluida el personal de salud
2. Baja percepción de riesgo de ITS en el embarazo y desconocimiento de su impacto. El énfasis en el uso de preservativo como método de anticoncepción hace que no se perciba la necesidad de su uso para prevención de ITS durante el embarazo y en el período de lactancia (asociado en el imaginario a infertilidad)

DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Los primeros años de vida son clave para el futuro de los niños porque en esta etapa son especialmente sensibles a las influencias del ambiente familiar y social que los rodea. El proceso de socialización que se pone en marcha al comienzo de su vida, se va construyendo a lo largo del proceso de crianza (2). De sus vivencias y experiencias en esta etapa del desarrollo va a depender su forma de ser y de relacionarse con otros, así como sus posibilidades de aprendizaje en el futuro (1).

El adecuado desarrollo físico y mental se consolida en los primeros cinco años de vida, momento en el que se establece la arquitectura del sistema nervioso y los patrones de respuesta al estrés físico y emocional (3). Desde el nacimiento y hasta cerca de los tres años de edad las conexiones neuronales (sinapsis) se producen en el cerebro con gran velocidad y eficiencia, los cuales no vuelven a ser alcanzados en el resto de la vida. En el primer año de vida, el cerebro crece más del doble; a la edad de dos años, el cerebro de un niño ha alcanzado el nivel de un adulto y a la edad de tres, las sinapsis existentes en el cerebro de un niño (aproximadamente 1000 trillones) duplican las de un cerebro adulto (4). Estas etapas de gran vulnerabilidad frente a la influencia de diferentes factores, se conocen como “**fases críticas**” del desarrollo. Son momentos determinados donde están dadas las condiciones para la adquisición de una determinada función y por lo tanto son ideales para influir en el desarrollo del niño de forma óptima (5). Durante el periodo crítico el niño expuesto a los estímulos ambientales adecuados, desarrolla la función prevista; si ello no ocurre la función puede no aparecer, aunque se exponga posteriormente al estímulo.

Comienza entonces a cobrar importancia el entorno del niño que será responsable de las influencias que afectarán su desarrollo. Este proceso que conecta el genotipo con el fenotipo, fue acuñado por Waddington en 1942 como “epigenotipo”. La **epigenética** explica cómo la influencia de factores ambientales determina la expresión de determinados genes influyendo en la diferenciación celular (6). La capacidad de la célula para adaptarse a los cambios del medio, está determinada por el “encendido” y “apagado” de determinados genes. Este término se conoce como “**plasticidad cerebral**” y refiere a la capacidad del sistema nervioso de remodelar los contactos entre neuronas, en respuesta a un estímulo (6). Estos conceptos constituyen las bases neurobiológicas de la intervención temprana, la cual puede generar un impacto positivo en el desarrollo incluyendo el comportamiento y el subsiguiente desempeño escolar (5, 7). El cerebro se desarrolla rápidamente para construir las bases de las habilidades cognitivas y conductuales necesarias para alcanzar el éxito en la escuela, la salud, la profesión y la vida (8).

Los procesos de desarrollo neurobiológico que se dan en los primeros años de vida y son influidos por el entorno, justifican la intervención del pediatra y de otros profesionales, en la vigilancia del desarrollo y la pesquisa de patologías vinculadas al mismo (5, 7). Muchos de estos trastornos pueden ser causa de discapacidad en la vida adulta y está probado que su detección temprana permite disminuir la prevalencia, aplicar acciones terapéuticas y de apoyo que mejoren sustancialmente su evolución, igualando oportunidades que reduzcan la brecha de inequidad para favorecer la inclusión social (9, 10).

A su vez, el desarrollo durante la primera infancia influye directamente en la economía, la salud y las consecuencias sociales para los individuos y la sociedad. Los entornos

tempranos adversos generan déficits en las habilidades y capacidades que reducen la productividad e incrementan los costos sociales, lo que se suma a los déficits financieros que enfrentan los ciudadanos. Invertir en la primera infancia es una estrategia rentable para el impulso del crecimiento económico. Nuestro futuro depende de la provisión de las herramientas necesarias para el desarrollo social y para la creación de una fuerza laboral altamente educada y capacitada (8).

Contar con una política que favorezca el desarrollo en la primera infancia, identificando factores de riesgo y actuando sobre ellos, realizando un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno asegurado por las prestaciones integrales, y realizando un monitoreo continuo de las intervenciones realizadas, resulta esencial e impostergable si queremos brindarle a nuestros niños las herramientas para un adecuado desarrollo.

Componentes del Problema y priorización de los mismos.

- **Fragmentación e insuficiencia de información.**
Si bien se ha avanzado en el conocimiento de algunos datos, se desconoce la prevalencia de alteraciones del desarrollo a nivel nacional, tampoco se conocen a nivel de cada prestador de salud.
No hay registros protocolizados que permitan hacer un relevamiento para establecer la prevalencia de las diferentes alteraciones, lo que dificulta la planificación de los servicios que serían necesarios para la prevención, atención y rehabilitación.
- **No existen protocolos de abordaje integral: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y evaluación de la aplicación de los mismos en prestadores sanitarios.**
- **Recursos humanos insuficientes e inadecuada formación de los mismos.**
La falta de recursos humanos especializados es insuficiente en todo el país, además de estar deficientemente distribuido, con áreas del país totalmente descubiertas de servicios adecuados.
Se requiere de recursos humanos capacitados, con las competencias necesarias para el abordaje integral de este tema, por lo que se requiere un compromiso desde la academia en priorizar dentro de los contenidos curriculares el desarrollo infantil en todas sus dimensiones.
- **Falta de regulación en la cobertura de las prestaciones y servicios.**
Se hace absolutamente necesario generar coordinación y sincronización de los servicios para optimizar los recursos a nivel nacional. Nuestro país muestra que en la atención a la primera infancia concurren una multiplicidad de actores institucionales tanto del sector público como privado, por lo tanto resulta necesaria la articulación de esta pluralidad de agentes, como forma de evitar que los servicios y prestaciones rivalicen entre sí o se generen obstáculos o restricciones involuntarias en su implementación y acceso.
- **Falta de sensibilización en la población general y en los prestadores**

Indicadores de Morbimortalidad.

Resultados ENDIS

Canelones desde el programa Canelones Crece Contigo informó que el 67% de la población de niños estudiada tenía un desarrollo normal, mientras que el 22% tenía un

rezago en el desarrollo y un 11% un retraso, según Informe Consultoría en Desarrollo Infantil. Lic. Claudia Castello (2014)

La atención al problema en los últimos años.

A continuación se describen diferentes acciones que se han llevado a cabo atendiendo al problema.

UCC: Se crea Uruguay Crece Contigo (UCC) un programa consolidado desde Presidencia de la República-OPP, que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y de los niños y niñas uruguayas menores de 4 años, en particular los más desfavorecidos, con una visión que garantice el desarrollo integral con una perspectiva de derechos, de equidad, justicia social y de desarrollo humano integral. Surge como espacio de articulación y fortalecimiento del trabajo que viene desarrollando el Estado para atender las necesidades de dicha población.

Uno de sus principales focos de trabajo se relaciona al desarrollo infantil integral, con el entendido de que los resultados del desarrollo en la primera infancia desempeñan un papel fundamental a lo largo de toda la vida del individuo, afectando tanto aspectos relacionados a su productividad y sus ingresos futuros, como su expectativa de vida y su salud en general. Un deficitario desarrollo infantil tendrá consecuencias a largo plazo, afectando los logros escolares, el empleo y la inclusión social en la vida adulta.

UCC conforma una Mesa Temática Interinstitucional de la que participan MSP-ASSE-ANEP-MEC-INAU-BPS- UDELAR Medicina Cátedra de Neuropediatría y Psiquiatría infantil- Escuela de Tecnología Médica, Lic. Fonaudiología con la intención de coordinar esfuerzos en el abordaje del problema.

Facultad de Medicina. Cátedra de Neuropediatría – ASSE: En el año 2000, en el Uruguay, había 4 Neuropediatras cada millón de habitantes, y en el sistema público la atención estaba concentrada en el Servicio de Neuropediatría del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). La enseñanza de la Pediatría se centraba en el crecimiento del niño y su patología y no tanto en el desarrollo.

En un proceso de varios años, identificando carencias como retraso en la atención de los recién nacidos, consultas tardías, se instrumentaron acciones claves en la atención de los recién nacidos y las consultas por trastornos neurológicos.

1. Se incrementó la matrícula en la especialidad de Neuropediatría. Al año 2013 en el Uruguay existen 13 Neuropediatras cada millón de habitantes.
2. En el año 2001 se instaló en el CHPR un grupo de trabajo interdisciplinario honorario, encargado del seguimiento de niños con parálisis cerebral, coordinado por un Neuropediatra e integrado por: Fisiatra, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo, Neumólogo, Gastroenterólogo, Odontólogo, Ortopedista, Asistente Social, Psicólogo y Psicomotricista. Al año 2005 se realizó el seguimiento a 174 niños.
3. En el servicio de Neuropediatría se instalaron grupos de trabajo de acuerdo al tipo de discapacidades (motoras, sensoriales, intelectuales, trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje) las que pueden presentarse aisladas o combinadas, por lo cual los grupos permanecen interconectados. Esto se generó por un objetivo común: captación precoz e inicio oportuno del tratamiento.
4. Con el apoyo de la cooperación española, en 2006 se inició el Programa SERENAR (Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo Psiconeurosensorial) el cual fue institucionalizado en el MSP-ASSE, alcanzando en tres años la formación de 9 Unidades de Atención Temprana (UAT), 3 en Montevideo y 6 en el interior. Cada UAT del SERENAR incluye Neuropediatra, Pediatra, Fisioterapeuta, Psicólogo y Fonoaudiólogo, y/o Psicomotricista, según las posibilidades de la localidad. Entre

agosto de 2006 y agosto de 2013 ingresaron al Programa un total de 5520 niños (3530 en Montevideo y 1990 en el interior).

5. Se descentralizó la atención Neuropediátrica del sistema público, a 2013 ASSE asegura consultas de Neuropediatra en 13 hospitales del interior, 4 de ellos residen en el respectivo departamento.
6. El trabajo interdisciplinario fundamental para el seguimiento del desarrollo, motiva en 2010 el inicio de la Diplomatura en Neurodesarrollo, dirigida a diversos especialistas: Médicos, Pediatras, Fonoaudiólogos, Psicomotricistas y Fisioterapeutas. A fines de 2013 los alumnos de la Diplomatura ascienden a 36, habiendo obtenido su título de especialistas en neurodesarrollo 20 profesionales.

Programa Niñez MSP. Facultad de Medicina. UCC. En estos momentos se encuentra en proceso de validación la Guía de Vigilancia del desarrollo. Ya se han seleccionado los pediatras que participarán en el proyecto, y se ha realizado la capacitación de los mismos. Se hizo el llamado a psicomotricistas. Se determinó la muestra y se han realizado reuniones con autoridades de CAIF y ANEP. (Proyecto disponible)

Equidad y ejercicio de derechos. Valoración del Equipo Técnico respecto a la medida en que la no resolución o abordaje del problema impacta en la inequidad (clases sociales, género, generaciones) y la vulneración de derechos.

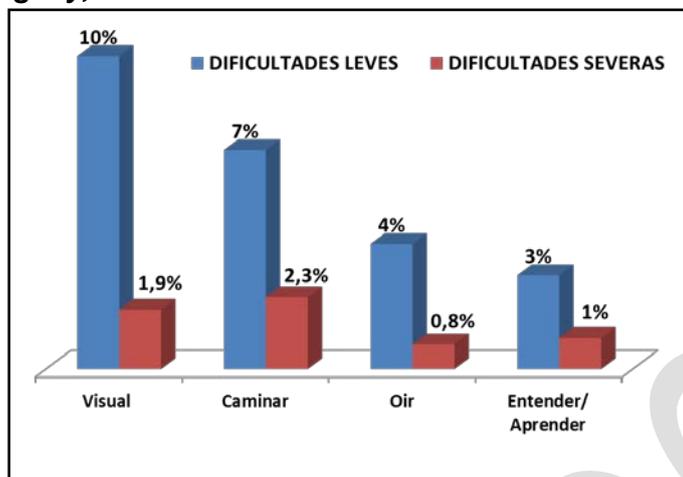
DISCAPACIDAD en el CURSO DE VIDA

El último censo realizado en Uruguay en el 2011 incluyó en el cuestionario preguntas específicas para relevar la condición de discapacidad con el objetivo de identificar a personas con limitaciones en la población, según tipo de limitación y grado de severidad. Esta apuesta innovadora responde tanto a los antecedentes numéricos que se tenían al respecto (manejando la cifra estimada por la OMS de que aproximadamente el 10% de la población de Uruguay tenía algún tipo de discapacidad), como a las recomendaciones internacionales en torno a incluir la perspectiva de discapacidad en todo relevamiento que se haga a nivel país. El cuestionario hizo énfasis en cuatro de las dimensiones que las Naciones Unidas exhortan a incluir para poder establecer parámetros de discapacidad. Las mismas fueron a) nivel motriz (caminar o subir escalones); b) a nivel sensorial (ver, oír) y a nivel c) intelectual (razonar, entender o comprender). Este módulo identificó 3 niveles de limitaciones: “alguna dificultad”= limitación leve; “mucho dificultad”=limitación moderada; “no puede hacerlo”=limitación severa.

El censo mostró que el 17,01 % de la población total declara tener al menos una discapacidad, lo que significa 517.771 personas (**1 de cada 6 personas**). De éstas, un 70,5% declaran tener una discapacidad leve, un 25% una discapacidad moderada y un **4,5% una discapacidad severa (23.433 personas)**. En el gráfico 26 se especifican los tipos de discapacidad analizadas y el grado de dificultad. Se puede observar que 10% de la población declaró tener dificultades permanentes para ver y que el 1,9% declaró tener dificultades permanentes graves, o que no puede ver. El 4% de la población declaró tener dificultades permanentes para oír y que el 0,8% declaró tener dificultades permanentes graves, o que no puede oír. El 7% de la población declaró tener dificultades permanentes para caminar y que el 2,3% declaró tener dificultades

permanentes graves, o que no puede caminar, el 3% de la población declaró tener dificultades permanentes para entender o aprender y que el 1% declaró tener dificultades permanentes graves o no pueden hacerlo.

Gráfico31. Distribución de los tipos de limitación y grados de severidad en Uruguay, 2013

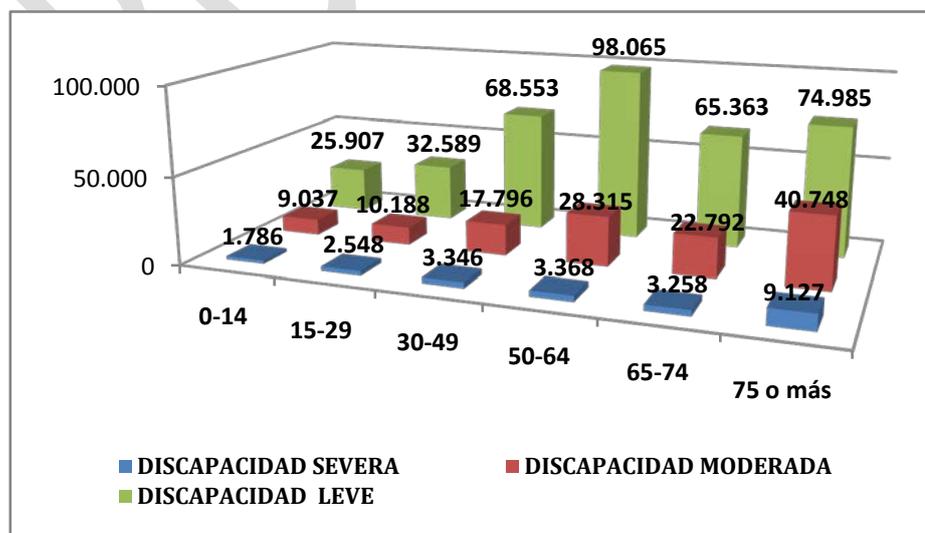


Fuente: Elaboración propia, datos del INE, 2013

Distribución de la Discapacidad por edad y sexo:

El gráfico 28 muestra que existe un gradiente que supone mayor severidad de la discapacidad a medida que se consideran mayores rangos etarios, fundamentalmente observado para la discapacidad severa. Este hecho resulta razonable, en tanto confluyen en la edad geriátrica quienes envejecen con discapacidad de cualquier origen y quienes la adquieren en el transcurso de su vida. Considerando globalmente todas las discapacidades se observa que el 42% de la población tiene 65 o más años y que el 24% tiene 75 o más años, los que significa que prácticamente 1 de cada 4 personas que refirieron tener alguna discapacidad, están en esa faja etaria.

Gráfico 32. Tipos de Discapacidad de acuerdo a la edad, Uruguay 2013



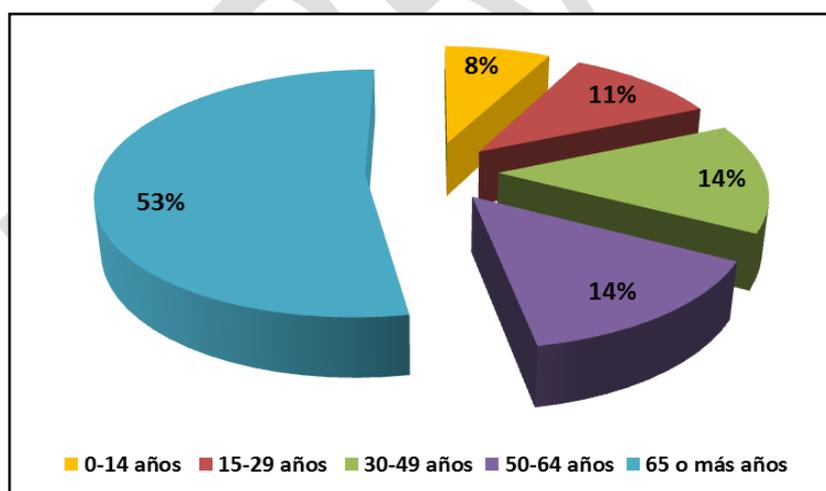
Fuente: Elaboración Propia con datos del INE, 2013

Cuando analizamos específicamente la **discapacidad severa** (Gráfico 29) que corresponde a un total de **23.433 personas** en todo el país, vemos que existe un leve cambio en la distribución etaria. Este cambio es fundamentalmente a expensas del mayor número de personas afectadas del grupo de 65 o más años alcanzando un **53%**. Exceptuando las pensiones, habitualmente no es población beneficiaria de algún tipo de ayudas técnicas (bastones, prótesis, entre otros). De acuerdo a sus ingresos puede acceder a los beneficios que brinda la CNHD y el PRONADIS/MIDES. Del punto de vista epidemiológico, sin duda que para esta faja etaria, se justifican acciones sanitarias concretas, para prevenir mayores grados de discapacidad. La población de entre 30-49 y 50-64 años representan un 14% cada una de ellas, sin embargo, cuando se analiza la discapacidad en forma global, estas cifras se corresponden con el 17 y el 25 % para esas mismas fajas etarias.

Cuando consideramos las personas menores de 30 años, también se nota un leve incremento de 1% (desde el período neonatal a los 14 años) y 2% (entre 15-29 años) para la discapacidad severa, cuando se compara con la discapacidad total. Es importante señalar que las acciones de salud necesariamente deben contemplar todas las edades y cualquier tipo de trastorno que potencialmente pueda producir una discapacidad, sea esta, física, mental, sensorial o visceral, ya que muchas personas van a llegar a la edad geriátrica lo que puede potenciar aún más su discapacidad.

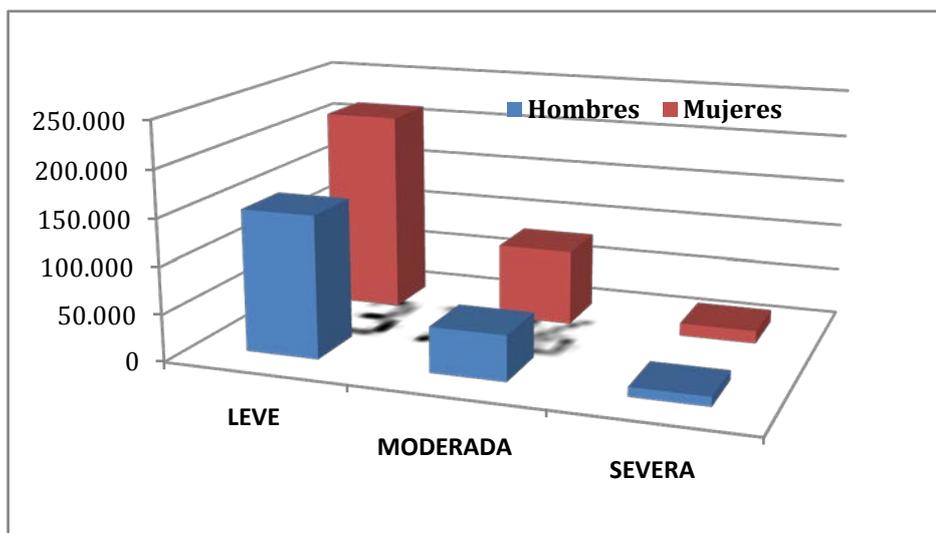
El Gráfico 33 muestra la distribución de la discapacidad permanente (leve, moderada, severa) de acuerdo al sexo de los afectados. Datos recabados en el último censo nacional (INE, 2013).

Gráfico 33. Distribución etaria de la Discapacidad Severa en Uruguay, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2013

Con respecto a la distribución por sexo, se observa al igual que en el resto del mundo, que las mujeres están **globalmente más afectadas**. Los datos presentados en el gráfico 34 así lo ilustran y muestran que del total de la población afectada el **60% son mujeres**. Situación que se mantiene independientemente del grado de deficiencia, siendo más notoria la diferencia con el sexo masculino para la deficiencia de grado moderado (63% y 37% sexo femenino y masculino respectivamente).

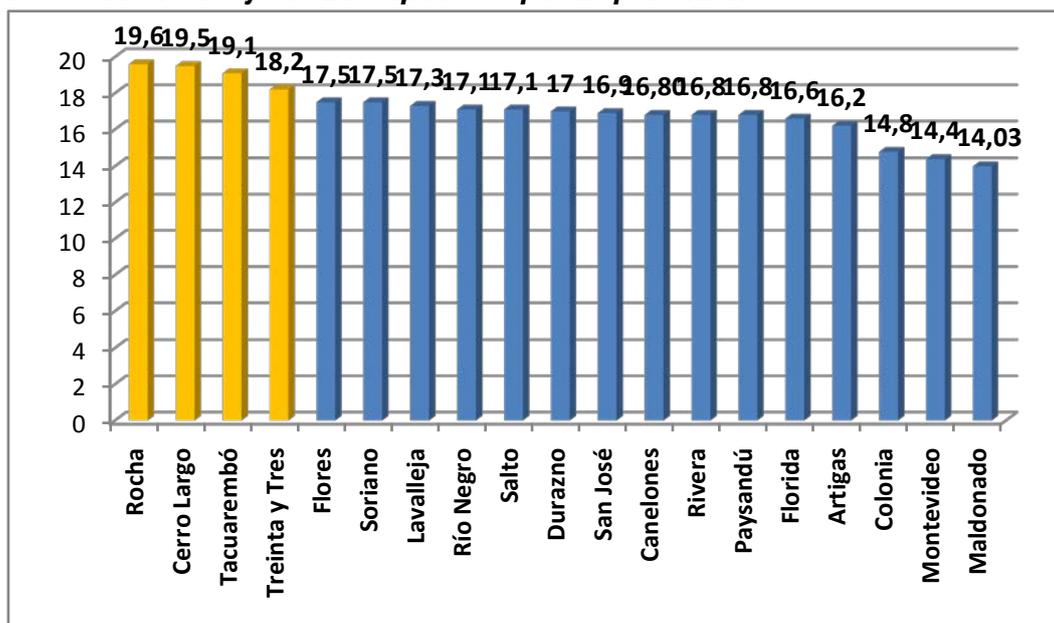
Gráfico 34. Distribución del tipo discapacidad de acuerdo al sexo

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2013

Discapacidad por Departamentos

La distribución de la discapacidad de acuerdo al grado, en los 19 departamentos del territorio nacional muestra que el 65% de las personas de todas las edades, que refieren tener algún tipo de deficiencia, residen en localidades del interior y fuera del área metropolitana. El gráfico 35 muestra como es la distribución poblacional de la discapacidad por departamento, se observa una mayor concentración en los departamentos de mayor densidad de población: Montevideo, Canelones y Maldonado. En relación al grado existe una correlación positiva con los tipos de discapacidad sea esta leve moderada o severa en todos los departamentos. Cuando se considera la proporción de la discapacidad global por cantidad de habitantes, se observa que los departamentos de Rocha, Cerro Largo, Tacuarembó y Treinta y Tres son los más afectados y existe una frecuencia media de 19% (1 de cada 4-5 personas) (gráfico 35). Es interesante observar que la capital en donde se concentra la mitad de la población, el porcentaje de personas con discapacidad es inferior a la media nacional y corresponde al 14,4%.

De acuerdo al tipo de discapacidad que se considere, se observa una distribución variable para cada departamento. De esta forma la discapacidad visual es más frecuente en los departamentos de Rocha, Tacuarembó (13,7%) y Cerro Largo (13,6%); las dificultades para caminar o subir escaleras en los departamentos de Rocha 7,6%, seguidos de San José (7,1%) y Lavalleja (7%); las dificultades para oír/escuchar en Rocha (4,5%) y Flores (4,4%) y las dificultades para entender o aprender son más frecuentes en Rivera afectando al 4,2% de la población.

Gráfico 35. Porcentaje de Discapacidad por Departamentos

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2013

Media Nacional es 17,01%

De acuerdo al tipo de discapacidad que se considere, se observa una distribución variable para cada departamento. De esta forma la discapacidad visual es más frecuente en los departamentos de Rocha, Tacuarembó (13,7%) y Cerro Largo (13,6%); las dificultades para caminar o subir escaleras en los departamentos de Rocha 7,6%, seguidos de San José (7,1%) y Lavalleja (7%); las dificultades para oír/escuchar en Rocha (4,5%) y Flores (4,4%) y las dificultades para entender o aprender son más frecuentes en Rivera afectando al 4,2% de la población.

Enfermedades Crónicas no Transmisibles y otras causas que pueden causar o potenciar la Discapacidad.

Es importante señalar que el grupo de enfermedades no transmisibles (ENT) principalmente las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer, y diabetes son la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas. Dichas patologías comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable. Las ENT se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado. Esto significa que las personas con discapacidad de cualquier tipo y edad son más vulnerables a enfermedades crónicas o agudas prevenibles. Si bien existe a nivel del sistema nacional de salud el Programa de Prevención de Enfermedades no Transmisibles (PPENT) del Ministerio de Salud Pública (2008-2015) (MSP, 2012), este no tiene el enfoque de la discapacidad, ni en sus recomendaciones ni en sus componentes. En esa misma lógica quedaron excluidas de acciones preventivas las personas de 65 años y más. Es importante resaltar que el PPENT está destinado a fortalecer los servicios públicos en salud y las políticas sanitarias del MSP para la promoción y prevención de las ENTs. Pretende asegurar la accesibilidad y mejorar la calidad de la atención primaria en salud relativa

a este grupo de patologías, así como reducir la exposición de las personas a los factores de riesgo. (MSP, 2012)

La discapacidad ocasionada por accidentes de trabajo, de tránsito, por violencia, por enfermedades del sistema osteoarticular, y degenerativas del sistema nervioso central, son trastornos que contribuyen al problema de la discapacidad. Está documentado que entre 1,2 y 1,4 millones de personas fallecen cada año como resultado de accidentes de tránsito y entre 20 y 50 millones sufren lesiones. En la actualidad se desconoce en forma exacta, el número de personas que desarrollan una discapacidad, como consecuencia de un accidente (OPS, 2014). Es importante señalar que las enfermedades mentales crónicas y persistentes, el abuso de sustancias legales o no y los déficits intelectuales se suman y potencialmente pueden estar presentes en personas de todas las edades, que envejecen con una discapacidad y también en aquellas en las cuales la discapacidad la adquieren durante la vejez.

Costo de la Discapacidad.

Las estimaciones del costo de la discapacidad son escasas y fragmentadas, incluso en los países desarrollados, sin embargo dicha información es una necesidad importante para el diseño de políticas públicas. La mayoría de los países tienen algún tipo de programa público de protección social destinado a las personas con discapacidad, pero en los países de bajos ingresos, estos abarcan solo a las personas con discapacidad grave. El costo de la discapacidad está alrededor del 10% del gasto social público en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y cubre solo 6% de la población en edad laboral (OPS, 2014). En nuestro país no existen datos documentados sobre los costos de la discapacidad en ningún grupo etario. La caída con fracturas ilustra los elementos a tener en consideración para el cálculo de los costos, que incluye no solo la atención médica si no también los costos sociales secundarios a la ausencia de rehabilitación.

Buenas Prácticas.

Como referido en el Informe Regional de la Discapacidad y Rehabilitación (OPS, 2014), algunos países de la Región como Ecuador, Venezuela, Chile, Perú y Uruguay han desarrollado buenas prácticas para la atención de salud y la protección social de las personas con discapacidad, en especial aquellas con discapacidad grave. Dicho informe menciona a: Misión solidaria Manuela Espejo (Ecuador), al Programa Nacional de Atención de Personas con Discapacidad (PASDIS), (Venezuela), Chile con el IVADEC, Costa Rica y la Red de Rehabilitación en Atención Primaria, Perú, con el Proyecto Tumbes y Piura Accesible, Artigas sin Barreras (Uruguay). Los países de la Comunidad Andina, adoptaron el Convenio Hipólito Unanue que se refiere a la Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad.

Experiencia Piloto de Uruguay.

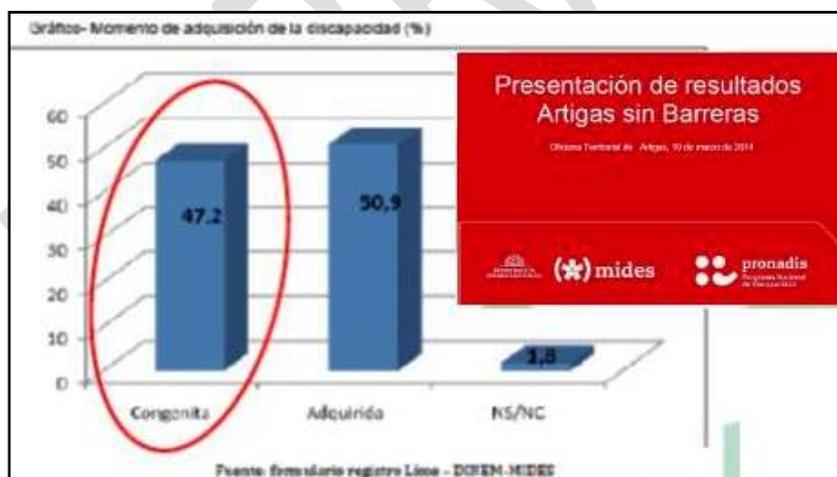
El Proyecto Piloto **Artigas sin Barreras** fue un Proyecto de Cooperación Técnica entre Países, TCC-Ecuador, realizado entre 2012-2013, denominado: Abordaje Bio-Psico-Social-Clinico y Genético de las Personas con Discapacidad en el Departamento de

Artigas. Participaron en el mismo siete instituciones: Vicepresidencia de Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Asociación de los Servicios Sociales del Estado, Ministerio de Defensa Nacional, Programa Nacional de la Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Con tres objetivos principales:

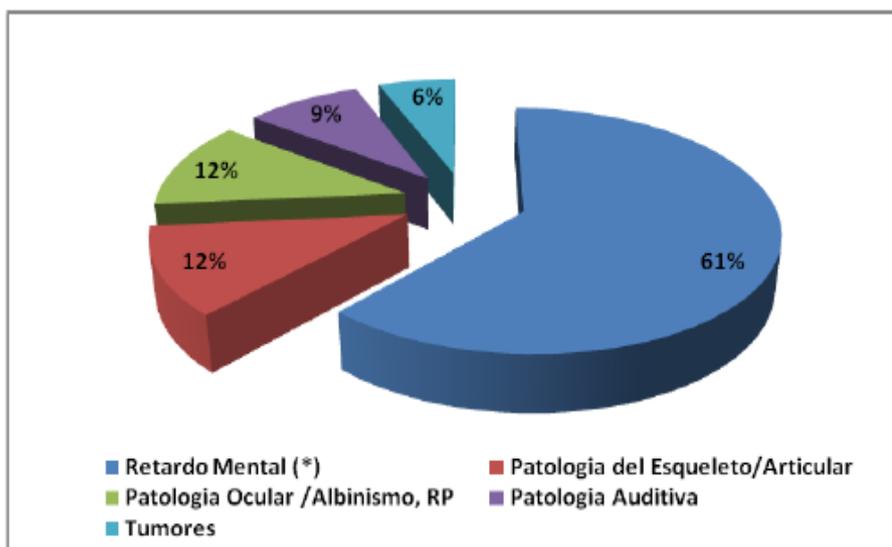
1. Realizar un monitoreo de la información sobre las condiciones de las personas con discapacidad (situación familiar y socioeconómica).
2. Dar respuesta en forma integral a las situaciones identificadas de necesidad de ayudas técnicas y acceso a salud.
3. Contribuir a erradicar todas formas de discriminación hacia las personas con discapacidad promoviendo actividades de inclusión social y cultural.

De acuerdo a los datos del censo existían en ese departamento 573 personas con al menos una discapacidad severa (INE, 2013). Los resultados preliminares mostraron que el 53% de los hogares tenían al menos una persona con una discapacidad leve a moderada (22,6 a 29,2 respectivamente) y que el 30% se correspondía con discapacidades graves y muy graves. A diferencia de lo encontrado a nivel país de acuerdo a los datos del censo, el sexo masculino fue el más afectado (52%). El prestador de salud más importante fue ASSE ya que más del 80% de las personas con discapacidad disponían de ese tipo de cobertura médica. Se demostró también que el origen de la discapacidad de origen congénito fue de 47% (Ver Gráfico 36).

Gráfico 36. Origen de la Discapacidad



Fuente: Videoconferencia de Presentación de los Datos de Artigas sin Barrera realizada en el MSP (Mayo 15, 2014)

Gráfico 37. Distribución de tipos de Discapacidad en Uruguay

(*) Incluye 23 casos que se corresponden con los siete primeros diagnósticos listados en la tabla 1: Retardo Mental con otras Asociaciones, Retardo Mental sin mayores especificaciones, Retardo Mental con Autismo, Trastorno del Espectro Autista, Autismo, Síndrome de Down, Parálisis cerebral, Encefalopatía Crónica.

El estudio mostró que un gran número de pacientes no contaba con documentación médica que certificara su diagnóstico.

Marco Legal de la Discapacidad en Uruguay.

Desde el año 2010, la responsabilidad política dentro de la estructura estatal, en materia de discapacidad es ejercida por la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD), la cual quien por definición es una persona de derecho público no estatal, esta se encuentra bajo la jurisdicción del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), específicamente del Programa Nacional de la Discapacidad (PRONADIS).

Anteriormente la CNHD se denominaba Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, fue creada por la **Ley N° 16.095 del 26 de Octubre de 1989**, como una entidad pública de derecho privado, con personería jurídica, y funcionó en la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública por más de dos décadas. La mencionada ley fue derogada y sustituida por la **Ley 18.651 del 19 de febrero de 2010**, en su artículo 14° refiere que corresponde a la CNHD la elaboración, el estudio, la evaluación y la aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación biopsicosocial e integración social de la persona con discapacidad, a cuyo efecto deberá procurar la coordinación de la acción del Estado en sus diversos servicios, creados o a crearse a los fines establecidos por la propia ley. Esta legislación, que aún está en fase de reglamentación, es un nuevo paso hacia el establecimiento de un sistema de protección integral a las personas con discapacidad para asegurarles su atención médica, educación, rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional, su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los

beneficios, prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca. Además la **norma sobre discapacidad en el Capítulo del Salud (VI)** establece en su **Artículo 36**: Que el Estado deberá implementar estrategias para apoyar y contribuir a la prevención de la deficiencia y de la discapacidad a través de diferentes acciones (Larrandaburu y col, 2013).

Estrategias para Prevención de la Deficiencia y de la Discapacidad (Ley 18.651)

1. Promoción y educación para la salud física y mental.
2. Educación del niño y del adulto en materia de prevención de situaciones de riesgo y de accidentes.
3. Asesoramiento genético e investigación de las enfermedades metabólicas y otras para prevenir las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas.
4. Atención adecuada del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido.
5. Atención médica correcta del individuo para recuperar su salud.
6. Detección precoz, atención oportuna y declaración obligatoria de las personas con enfermedades incapacitantes, cualquiera sea su edad.
7. Lucha contra el uso indebido de sustancias adictivas.
8. Asistencia social oportuna a la familia.
9. Contralor del medio ambiente y lucha contra la contaminación ambiental.
10. Contralor de productos químicos de uso doméstico e industrial y de los demás agentes agresivos.
11. Contralor de los trabajadores y las trabajadoras ambos necesitan diferentes cuidados de los ambientes de trabajo; estudio de medidas a tomar en situaciones específicas, horarios de trabajo, licencias, instrucción especial de los funcionarios, equipos e instalaciones adecuadas para prevenir accidentes y otros.
12. Promoción y desarrollo de una conciencia nacional de la seguridad en general y en salud en particular.

Elementos referidos a la percepción de la población

Inequidad en el acceso a los servicios de salud en general, para las personas con discapacidad. Servicios insuficientes e inequidad en el acceso al tratamiento integral de la rehabilitación física y psicosocial.

El Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental del año 2011 incluyó prestaciones para personas adultas con trastornos mentales severos y para niños con discapacidad física, mental y trastorno del espectro autista. Pudiendo acceder a 48 sesiones anuales, renovables hasta 144 sesiones las que en un número importante de casos resultan insuficientes. La internación psiquiátrica brinda atención a usuarios con problemas agudos o crónicos agudizados. El período de hospitalización es generalmente corto, la mayor parte de los usuarios mejora sin utilizar los treinta días, y luego continúa el tratamiento en forma ambulatoria en la red de servicios asistenciales. Pero existen algunos casos en los que son necesarios más de treinta días anuales, ya sea porque en el curso de un año se requieren varias internaciones, o porque se insume más tiempo para resolver la crisis. La medida de limitar la cobertura en la internación, atenta contra la continuidad de la asistencia e implica una inequidad y una discriminación hacia un grupo de usuarios. El subsector mutual debería asegurar la internación durante todo el episodio y cada vez que éste ocurra, sin la limitación actual de treinta días por año. Un cambio así fortalecería la equidad del sistema y evitaría la discriminación que esto implica para los usuarios más vulnerables, afectados de enfermedades más severas.

En Uruguay habría 45.000 adultos mayores con Alzheimer u otras demencias y no se dispone de abordajes integrales para atender las necesidades de esa población (Savio, 2004, Arnaiz y col, 2014).

Falta de Unidades de Información, de Equipos Multidisciplinarios y de Gestión Clínica de los casos en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Existe una serie de problemas aún no resueltos a nivel de todos los prestadores del SNIS, en algunos casos esto es más grave debido al número de usuarios que deben asistir. Dichas dificultades van desde la gestión clínica en proceso de rehabilitación integral para la atención de cualquier tipo de discapacidad sea esta única o múltiple, transitoria o permanente. Así como la falta de información, capacitación y de equipos multidisciplinarios. Dar cuenta de este problema impactaría simultáneamente sobre los diversos tipos de discapacidad en todas las etapas del ciclo vital, lo que implicaría disponer de:

- Equipos interdisciplinarios-multidisciplinarios competentes que superen la agregación y fragmentación y se constituyan efectivamente en colectivos con dedicación específica a esta función, cuya conformación disciplinar puede variar desde lo básico a lo complejo.
- Servicios de atención–rehabilitación, esto es servicios específicos, con dotación de equipamiento y recursos humanos calificados de complejidad creciente, centrados en las necesidades de los usuarios. Que abarquen desde la rehabilitación de base comunitaria (primer nivel de atención) a centros específicos de mayor complejidad (tercer nivel de atención), precisamente enfocados a las discapacidades de mayor complejidad, las discapacidades múltiples o coexistentes en una misma persona (Ej.: lesionados medulares, traumatismo encéfalo craneano, accidentes vasculares encefálicos, entre otros).
- Servicios de orientación y gestión de casos de baja complejidad en los prestadores, creación de una ventanilla única y centralizada, con algoritmos pre establecidos, acceso a valoración interdisciplinaria básica y adecuada derivación y seguimiento. Desarrollo de centros de información sobre el tema desde los cuales los prestadores deban remitir información hacia el MSP (sistemas de información y vigilancia epidemiológica).

Fragmentación e insuficiencia de los sistemas de información

Ausencia de un enfoque sistémico en cuanto sistema de información gerencial y nacional para sustento de las políticas. A la fecha, la información existente está dispersa, y procede fundamentalmente de BPS, MIDES, CNHD, BSE, estas instituciones tienen diferentes bases de datos, que habitualmente no son compatibles. Sin duda que el MSP deberá generar o desarrollar sus propios sistemas de información, que necesariamente deberán articularse con las instituciones antes mencionadas, las cuales son claves para sustentar las políticas de salud a largo plazo.

Inexistencia de protocolos de abordaje integral a la discapacidad que contemple: la prevención, el diagnóstico, el tratamiento integral, el seguimiento

No existen protocolos de atención nacionales adaptados a nuestra realidad, ni guías de buenas prácticas recomendadas por la autoridad sanitaria. Si la norma vigente no se reglamenta, si no existe un sistema de información aplicable al diseño de políticas y respuestas, es claro que no existirán regulaciones sobre aspectos más concretos, tales como las prestaciones o las mejores prácticas a través la aplicación de protocolos exigibles. Este déficit y desregulación absoluta, conduce a una heterogeneidad extrema de las prácticas clínicas entre los prestadores y una

discrecionalidad que perjudica la equidad hasta en resultados en salud. Parece razonable apuntar, al seguimiento de aplicación de protocolos vinculados a los resultados en salud, con pagos complementarios a la cuota salud, vinculado a los resultados de cada prestador en este tema.

Falta de regulación y el correspondiente monitoreo sobre las prestaciones necesarias para que los protocolos y mejores prácticas basadas en evidencia se apliquen en beneficio de los usuarios con discapacidad. Plan Integral de Prestaciones a la salud (PIAS) insuficiente en el diseño y contenidos no actualizados en este campo.

Como previamente referido el SNIS aún sigue sin asegurar integralidad en los cuidados, ya que no asegura un acceso mínimo y equitativo a la rehabilitación integral, ni ello es parte de las prestaciones consideradas en el PIAS de forma global y consistente con la evidencia científica. Esta situación conduce a una variabilidad de prácticas entre proveedores de salud (ya que no está regulada) que puede producir una atención de baja calidad e inequitativa. Aun así, los problemas más complejos, carecen de respuestas locales y aun cuando existen condiciones objetivas para darles respuestas a nivel local, la ausencia de control alimenta campañas de recolección de fondos para realizar rehabilitaciones en el exterior. Esa sigue siendo la base de un modelo que no reconoce la rehabilitación (prevención terciaria) como un derecho, sino apenas como un evento “catastrófico”, cuya respuesta se financia históricamente en base a la beneficencia, o al poder adquisitivo personal/familiar, como acaece desde el siglo IXX.

Al momento actual no existen planes ni sistematización en la rehabilitación física, como por ejemplo en tratamientos de fisioterapia (número de sesiones, metodología, tecnología empleada, tiempo, etc.), elementos éstos no contemplados en la canasta básica de prestaciones integrales a la salud (PIAS). En la mayoría de los casos son los propios usuarios y sus familias que luego de penosos procesos de “aprendizaje” gestionan los medios para su “rehabilitación”. Obviamente la misma estará condicionada por el poder adquisitivo individual o familiar, en un universo de inequidad desregulada.

Necesidad de definir una agenda nacional y plan para dar cuenta de las necesidades y formación de los recursos humanos de la salud relacionados con una atención integral a las personas o usuarios del SNIS con discapacidad.

Al igual que en otros campos de las respuestas hacia objetivos sanitarios, la situación y necesidad de recursos humanos con habilidades, destrezas y competencias en diversas disciplinas de la salud relacionadas con la integralidad y hacia todas las edades y circunstancias, constituye un desafío en sí mismo. Es necesario definir una agenda nacional que madure un plan específico, considerando las necesidades en plazos prolongados, de 10 o más años, de forma de establecer este requerimiento en los espacios de diálogo y articulación que el MSP tiene con las diferentes instituciones educativas. Si no existe consideración y jerarquización de las propuestas educativas que contemplen la dimensión de la discapacidad en sus contenidos, difícilmente se podrán asegurar los derechos de las personas con discapacidad.

CUIDADOS PALIATIVOS

En Uruguay en 2011⁴⁴, sólo recibió Cuidados Paliativos el 18% de los pacientes que lo hubieran requerido (14% en subsector público y 17% en subsector privado). Sólo 3% de los niños recibieron atención paliativa. Con la creación del Plan Nacional de CP, la cobertura pasó de **18 a 25%**, y se crearon 19 dispositivos nuevos de Cuidados Paliativos, que van desde equipos básicos (médico-enfermero) a Unidades de CP con complementación público-privada.

Cuadro 12. Equipos que realizan Atención Paliativa por Regiones y Cobertura. 2014

Región del País	Nº de Instituciones con CP específicos 2011	Nº de Instituciones con CP pediátricos específicos 2011	Cobertura general en 2011 a población blanco	Nº de Instituciones con CP específicos 2014	Nº de Instituciones con CP pediátricos específicos 2014	Cobertura general en 2014 a población blanco
Región Norte	6	1	11.5 %	5		8,34
Artigas	1	0	5.5 %	1	0	7,3
Salto	2	0	14.8%	2	0	13,6
Paysandú	2	1	12.9%	1	1	7,4
Tacuarembó	1	0	10.2%	1	0	13,3
Rivera	0	0	0%	0	0	S/d
Región Oeste	3	0	2.8 %	8		11,37
Río Negro	1	0	1,5%	1	0	6,6
Soriano	0	0	0%	0	0	3,6
Colonia	1	0	0%	2	0	7,3
San José	1	0	13.5%	1	0	23,5
Flores	0	0	0%	2	0	19,2
Florida	0	0	0%	1	0	19,4
Durazno	0	0	0%	1	0	s/d
Región Este	1	0	0.6 %	4		5,04
Cerro Largo	0	0	0%	1	0	7,3
Treinta y Tres	1	0	5%	0	0	s/d
Lavalleja	0	0	0%	0	0	s/d
Maldonado	0	0	0%	2	0	10,8
Rocha	0	0	0%	1	0	7,1
Región Sur	14	2	29 %	26		26,22
Montevideo	13	2	40%	22	2	46,75
Canelones	1	0	0.6%	4	0	5,7
TOTALES	24	3	18%	43	4	25%

⁴⁴Encuesta Nacional de Estado de Desarrollo de la Prestación Cuidados Paliativos (CP) 2011 y 2014

La mayoría de los equipos de CP del país:

- Tiene asistencia domiciliaria
- Integra a la familia en la asistencia
- No asegura la continuidad asistencial dado que no tienen asistencia en internación/consultorio/domicilio
- Tiene equipos incompletos (no integrados por médico/enfermero, psicólogo/trabajador social) y con profesionales con cargos parciales: sólo en dos casos hay equipos estables con todos los profesionales con cargos propios de Cuidados Paliativos necesarios para la asistencia

Consumo Nacional de Morfina

El consumo de morfina por paciente fallecido por cáncer es un indicador OMS de calidad de acceso de los pacientes a los Cuidados Paliativos

Nuestro país ocupa el lugar 30° en el mundo, con un consumo de morfina de 4,4 mg/per cápita, siendo Austria el primer país de la lista con 199 mg/per cápita

En Uruguay en 2012 fallecieron 7.816 pacientes por cáncer, lo que implica un consumo de 5,2 mg / paciente fallecido por cáncer por día

Expertos mundiales recomiendan un uso medio de 60 mg/día de morfina ⁵

CAUSAS DEL PROBLEMA SANITARIO CRÍTICO

- Escasa Implementación de servicios de CP
- Política sanitaria no fiscalizada. Tema no presente en la “Agenda Pública”
- Barreras psicológicas, sociales y culturales: mitos respecto a los Cuidados Paliativos y uso de Morfina, negación social de la muerte
- Formación profesional escasa y no sistematizada

En nuestro país la disponibilidad de analgésicos opioides (planteada como otra barrera a nivel mundial) no constituye una barrera para el desarrollo de los CP.

CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA SANITARIO CRÍTICO

Para el paciente

- Sufrimiento innecesario
- 80% de los pacientes mueren con dolor no controlado
- Mala calidad de vida
- Mayor riesgo de obstinación terapéutica

Para la Familia

- Sufrimiento innecesario
- Mayores gastos, ya que se hacen múltiples consultas por fuera del sistema sanitario, o se usan terapias no convencionales, por no encontrar respuesta en el Sistema Sanitario
- Mayor riesgo de duelo patológico: aumento de las enfermedades prevenibles, ausentismo laboral, etc.

Para el Sistema Sanitario

- Mala calidad asistencial: control inadecuado del dolor, atención no especializada
- Mayores gastos:
 - 80% de los pacientes mueren con dolor no controlado, severo, pero todos tienen analgésicos indicados, los que resultan inefectivos.
 - Mayor gasto en internaciones, estudios, tratamientos oncológicos y otros fútiles
 - Distorsión del uso de recursos humanos y materiales: sobrecarga de sistemas de Emergencias Sanatorias y de Emergencias Móviles, que no dan la respuesta adecuada a estos pacientes, por tener otro objetivo

Para los Profesionales de la Salud

- Medicina no segura ni gratificante
- Sobrecarga emocional, síndrome de desgaste profesional, por falta de formación profesional

BRECHAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad de los pacientes es definida como la disminución del riesgo de daño durante la provisión de asistencia sanitaria según la clasificación internacional de seguridad de los pacientes en el marco de la Alianza Mundial creada en 2004 en el seno de OMS. Es un imperativo ético basado en el principio bioético de no maleficencia, es un imperativo económico dado que estudios internacionales como el conducido por Runciman y col. determinan que cerca del 7% del gasto en salud es el costo de los eventos adversos en sistemas sanitarios como el australiano, el inglés y el norteamericano. Es a su vez sustentado por los estudios de incidencia realizados en Inglaterra, Francia, EEUU, Nueva Zelanda, Australia, España, que evidencian que cerca del 10% de los pacientes que ingresan a los hospitales sufren algún tipo de daño durante su estadía.

Estudios como el ENEAS (estudio de incidencia de eventos adversos en España) muestra que los vinculados a infecciones intrahospitalarias, a uso inseguro de medicación y a procedimientos invasivos son causa del 90% del daño. Asimismo más del 50% fueron evaluados como evitables.

La cultura dominante sobre los incidentes de seguridad con daño es aquella en la cual tiene que haber un responsable directo del error y, que hallando al mismo, culpándolo y castigándolo, la organización prevendrá futuros incidentes. Los estudios provenientes de industrias de alto riesgo, complejas (como la aeronáutica civil, la petroquímica y las plantas nucleares) han demostrado la inoperancia de esta concepción. Basándose en que la mayoría de los errores radican en fallas latentes del sistema y los errores activos son favorecidos por la ausencia de barreras para que estos se produzcan, han trabajado sobre todos los factores humanos (fatiga, motivación, comunicación, trabajo en equipo, necesidad de supervisión y formación continua) para el rediseño de sus sistemas de trabajo logrando reducir drásticamente los accidentes y catástrofes. Uno de los elementos determinantes ha sido la capacidad

de aprender de los errores, en especial aquellos que no ocasionan grandes consecuencias. Esto les permitió detectar fallos sistémicos y corregirlos. Por ello mismo estimulaban a los trabajadores a reportar los errores y fallos que ocurrían. Para ello requirieron una cultura no punitiva (justa), ya que “matar al mensajero” impide modificar las condiciones que determinan los accidentes, con las muertes y daños económicos que ocasionan. Se crearon verdaderos sistemas de reportes con análisis de causas y alertas de incidentes de seguridad en dichas industrias.

Otra característica de la cultura de seguridad es el compromiso de los líderes de las organizaciones con los principios rectores de la misma. La transmisión de los valores de la nueva cultura debe estar en el lenguaje, símbolos, misión y visión de las organizaciones.

La introducción de estos conceptos en el sistema sanitario, cobra fuerza en los últimos 15 años.

El sistema sanitario tiene las características comunes a las industrias de alto riesgo, de ser un “sistema adaptativo complejo”, que depende de que muchas personas de distinta formación, realicen lo correcto, de la manera correcta y en el momento correcto. El resultado depende de múltiples factores concatenados como los señalados previamente.

Existen múltiples estrategias que han demostrado impactar en la disminución de los eventos adversos en la asistencia, pero su implementación y fundamentalmente su sostenibilidad depende del desarrollo de una cultura de seguridad institucional.

La cultura de seguridad puede definirse como “las características de una organización, valores, filosofía, tradiciones y costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria” (Universidad de Michigan) o como “el modo en el que se hacen las cosas en un determinado centro o servicio” (Peter Pronovost. JHH). El National Quality Forum la considera la primera de las prácticas seguras entre 30 recomendadas desde el año 2005, tiene su indicador propio (Encuesta de clima de seguridad) avalado por HRQ y utilizada por las principales agencias de calidad en el mundo para monitorizar el avance cultural.

Por lo tanto la transición de una cultura de la culpa a una cultura de seguridad se considera como el elemento más importante y duradero (National Quality Forum) para el logro de mejores resultados, de una asistencia que minimice la posibilidad de generar daño a los pacientes.

El sistema de vigilancia de control de infecciones funciona desde 1996 en nuestro país con muchos avances y retroceso en los últimos años debido a problemas estructurales pero también a falta de devolución de datos a prestadores y profesionales, disminución de la formación profesional, percepción de punibilidad y falta de control y evaluación.

Se ha constatado que el promedio de dedicación de nurses (datos no auditados) es de 27 horas al mes en las instituciones con CIH. No se fiscalizaron las actividades ni reuniones ni contamos con datos actualizados de la formación del personal que lo integran.

Si bien se vierten datos al sistema informático online no se cuenta con la capacidad para auditar los mismos en particular los denominadores utilizados para calcular las tasas. No cumplen el papel de enfermeras link (devolución de datos a cirujanos,

intensivistas y en algunos casos a personal directivo). El país a su vez no cuenta con datos ni indicadores del uso indiscriminado de ATB. El retraso en enfrentamiento de brotes ha determinado en algunos casos alarma pública y pérdida de días cama en instituciones con impacto económico y de imagen para las mismas y el sistema.

Es necesario promover desde el MSP actividades que nucleen a los CIH.

No hay auditoría de las capacidades instaladas en los laboratorios de microbiología en lo estructural y RRHH. Desde la seguridad de los pacientes pensamos de todos modos que la historia del funcionamiento del programa de control de infecciones es un modelo a estudiar, consolidar y mejorar introduciendo los nuevos conceptos de la disciplina de la seguridad de los pacientes y concibiéndolo como evento adverso prevenible en el cual la vigilancia sea el medio para medir, priorizar estrategias de abordaje e impactar sobre los eventos adversos vinculados a la asistencia.

El ámbito hospitalario es muy proclive a los errores y los eventos adversos vinculados a identificación de pacientes y muestras de laboratorio y de anatomía patológica, a caídas de pacientes, daños mecánicos e infecciosos por procedimientos invasivos, úlceras por presión, daño por medicamentos erróneos como alergias o errores de prescripción u administración en particular con medicamentos de alto riesgo, daño durante las transferencias de cuidado y traslados inseguros al centro inadecuado o mal diseño de la información y pasaje de responsabilidades, errores en las conexiones de catéteres y sondas que han generado eventos centinelas en nuestro país y en el mundo. Todos estos desafíos expresados en posibles soluciones propuestas por la OMS en su Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. Son incidentes de seguridad de mucho impacto social y que implican daño a los pacientes y daño económico y de imagen a las instituciones prestadoras de servicio de salud y al sistema sanitario.

Estos eventos adversos son genéricos del ámbito hospitalario en general, existiendo particularidades en algunas áreas asistenciales. Las de mayor riesgo son las vinculadas a la cirugía, la medicina intensiva y la emergencia que merecen una atención especial.

La obstetricia y la neonatología por la sensibilidad del daño en estos sectores y los buenos resultados esperados también merecen una atención especial.

Nuestro país ha adherido (año 2007) a la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, creación impulsada por la OMS (año 2004), comprometiéndose en promover los retos lanzados por la Alianza de “Un cuidado limpio es un cuidado seguro”, con especial énfasis en la higiene de manos y el de “Cirugía segura salva vidas” con la implementación de la “lista de verificación quirúrgica” como herramienta de trabajo.

En Octubre de 2006, por ordenanza Ministerial N° 660, se dispone la creación de una Comisión Asesora con el fin de adaptar definiciones sobre “Eventos Adversos en el área de la salud”. En Mayo de 2007 se constituye la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Vigilancia del Error en Medicina (dependiente de la DIGESA). Se definió como instrumento clave para la internalización de dicha política en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a los COSEPA (comité de seguridad de los pacientes) de los prestadores sanitarios (ordenanza ministerial N° 481 del 31 de agosto de 2008).

En nuestro país en vistas de generar un escenario de factibilidad para desarrollar una estrategia nacional de seguridad que impacte en los resultados sanitarios se implementaron diversas medidas y herramientas:

- **Estrategia educativa**: dirigida a los integrantes de los COSEPA institucionales. Se hicieron actividades con participación de técnicos ministeriales en las instituciones en 126 oportunidades en 5 años.
- **Estrategia de difusión y sensibilización**: de los profesionales sanitarios (congresos y actividades) y usuarios del sistema. El núcleo ministerial estuvo presente en las mesas de seguridad de congresos de: Cirugía, Cirugía pediátrica, Medicina interna, Medicina intensiva, Psicología médica, Laboratorio clínico, Pediatría, gastroenterología y Jornadas de Obstetricia.
- **Consolidación de alianzas** con organismos gubernamentales, no gubernamentales y organismos internacionales: que complementarán nuestra actuación (FNR, UDELAR, Academia Nacional de Medicina, INACAL, Colegio Médico, OPS), así como Sociedades Científicas, Sindicatos y Asociaciones de Usuarios.
- **Actividades de consolidación y desarrollo de los COSEPA institucionales**. Funcionamiento común entre Comisión Nacional de Seguridad del Paciente (2007-2013) DECASEPA (2014-2015) y los COSEPA institucionales generando:
 - ii) Ateneos y talleres conjuntos: con exposiciones de estrategias de trabajo y recomendaciones generales en seguridad con masiva participación de los COSEPAs de todo el país (actividades presenciales en los Departamentos).
 - iii) Visitas a COSEPAs institucionales y monitoreo de su actuación: estas instancias se cumplieron en forma presencial en las instituciones o mediante citación de las mismas a DIGESA.

Estas actividades se consolidaron en el Primer Mapeo Nacional de Actividades y Estrategias desarrollados por los COSEPAs en Materia de Seguridad del Paciente (2012-2013).

En este mapeo se monitorizaron estrategias promovida por la rectoría y desarrolladas por las instituciones como:

- Identificación de pacientes
- Uso seguro de medicación de alto riesgo
- Lista de verificación quirúrgica
- Transferencias de cuidados y comunicación intra-equipos
- Acuerdos de Comportamientos
- Sistemas de reporte de eventos adversos
- Educación y difusión
- Inducción del nuevo personal

Y aspectos estructurales como:

- Existencia y conformación del COSEPA
- Participación de Dirección Técnica
- Existencia de un Plan anual de Trabajo

- **Productos e insumos desarrollados** por el equipo técnico Ministerial para la Consolidación de la estrategia Nacional de Seguridad del Paciente:

- 1) **Sistema articulado de notificación de Eventos adversos (SANEA)**: Desarrollado en el marco del tratado OPS de cooperación Uruguay Costa Rica 2010-2012. Tomado y publicado por OPS: "Sistemas de registro, reporte o notificación de incidentes en la Región de las Américas".
- 2) **Adaptación de la LVQ de OMS** en el marco del tratado OPS de cooperación Uruguay Costa Rica 2010-2012. La adaptación se realizó por parte de un grupo técnico integrado por los principales profesores y exprofesores de las clínicas quirúrgicas.

- 3) Encuesta Nacional de Comportamiento Disruptivo en el equipo de Salud: realizada en cooperación con la Sociedad de Psicología Médica y con la participación de 38 instituciones prestadoras integrales de servicio de salud, constituyéndose en la primera encuesta mundial realizada desde la rectoría Sanitaria y la más grande del mundo por participación y permitiendo un diagnóstico de situación del problema en nuestro país.
- 4) Acuerdo de Comportamiento: se desarrolló en conjunto con la Comisión Nacional de Bioética un Acuerdo de Comportamiento que hoy es la base teórica de los acuerdos institucionales que vienen realizando los prestadores de Salud. El acuerdo fue debatido en conjunto con: SMU, Colegio Médico, Academia Nacional de Medicina, FEMI y Comisión de Salud del PIT-CNT. Lo consideramos punto de partida para la gestión escalonada de los comportamientos disruptivos en el ámbito sanitario.
- 5) Estrategias de Gestión de los comportamientos Disruptivos: en conjunto con la Sociedad y Cátedra de Psicología médica se comenzaron a delinear los mecanismos de gestión para la prevención y el abordaje de los comportamientos que podría convertir al Uruguay en el primer País en contar con una política de Comportamientos Liderada desde la rectoría sanitaria.
- 6) Manual de Gestión de Eventos Centinela: es sabido que la comunicación pública del daño en la asistencia sanitaria por parte de las Instituciones tiene mucho impacto social y político. A raíz de la participación por parte del equipo técnico como asesor en 2 eventos centinela graves a nivel nacional, se detectó la necesidad de la creación de una herramienta que guiara a los prestadores y profesionales de la salud en la estandarización de respuestas frente a estas situaciones. Esta herramienta tiene pendiente la evaluación y el aval de las autoridades sanitarias y actores claves del sistema.
- 7) Herramienta de autoevaluación de la seguridad en 7 pasos: es una adaptación a la realidad nacional de la herramienta de autoevaluación del Sistema Británico de Salud. La misma se realizó mediante el trabajo por el método Focus Group, con la participación de 28 expertos en el área temática. Tiene como cometido brindar direccionamiento estratégico para el trabajo de los COSEPA's institucionales.

Es así que el departamento se encuentra actualmente trabajando en los puntos que se priorizarán en la caracterización del problema crítico como fuera solicitado por el comité coordinador.

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) constituyen uno de los eventos adversos prevenibles más frecuentes dentro del sistema de asistencia sanitario.

Tienen la especificidad que ponen en riesgo a otros pacientes que pueden ser contagiados e inclusive impacta en los que vendrán ya que la resistencia antimicrobiana es una carrera en la que las bacterias están derrotando a las nuevas moléculas en la velocidad de aparición.

Su epidemiología, los sistemas de vigilancia de las mismas y las medidas de prevención se han estudiado por más de 50 años y en nuestro país se desarrolla desde 1996. Las amenazas que se mantienen son la emergencia y diseminación de microorganismos multiresistentes (favorecido por el excesivo uso de antimicrobianos) y la ocurrencia de nuevas IAAS en la medida que se incorporan nuevos procedimientos invasivos terapéuticos o de monitorización.

Sobre estos antecedentes y esta historia recorrida es que planteamos los objetivos sanitarios para el periodo 2015 – 2025 tratando de capitalizar todos los aprendizajes y la experiencia acumulada.

EL PROBLEMA CRÍTICO Y SU ENTRAMADO CAUSAL

A nivel de las instituciones del SNIS no existe un desarrollo adecuado de la cultura de seguridad, predominan las culturas informales sobre las formales y se ha instalado una cultura que relativiza las actitudes respetuosas que perjudica el ambiente laboral, el trabajo en equipo y pone en riesgo la seguridad del paciente. La cultura imperante es una cultura reactiva donde solo se reacciona frente un evento adverso después que este sucede y no se establecen soluciones sostenibles.

En nuestro sistema sanitario es extremadamente baja o inexistente la inversión especialmente en recursos humanos capacitados para la seguridad del paciente.

Entramado Causal

1. CULTURA DE SEGURIDAD.

- 1a. Cultura de seguridad con escaso desarrollo y nivel de inversión. No se miden procesos ni resultados que permitan una mejora continua.
- 1b. Comportamiento disruptivo establecido y aceptado en el equipo de salud lo que genera riesgo para los pacientes, equipos de trabajo inefectivos y deterioro del ambiente laboral.

2. SEGURIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y AREAS ESPECIFICAS

Breve reseña: Es prioritario para el desarrollo de las estrategias de seguridad del paciente trabajar sobre las prácticas seguras en el ámbito Hospitalario. Las que aquí se plantearan específicamente se relacionan a la carga de trabajo de enfermería y a la dotación de la misma, es el ejemplo de los cuidados para evitar las UPP, la movilización de pacientes sin determinar caídas con daño, y la prevención de IAAS claramente vinculada a la dotación y calificación de los enfermeros.

Se jerarquiza particularmente la dificultad para adoptar buenas prácticas para la prevención de IAAS y la profesionalización para el manejo de brotes de Infecciones IH, con la incorporación de herramientas de análisis procedentes del ámbito de la seguridad del paciente.

En lo referente a las practicas seguras por áreas se ha decidido iniciar con Cirugía, debido a que es una práctica cada día más frecuente, con posibilidad de medición de resultados, de alto impacto económico y en la que han surgido propuestas de cambios estructurales en su organización lo que hace imprescindible un diagnóstico de situación de los resultados actuales para los tomadores de decisiones.

2.1. Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS)

- 2.1.1. Manejo Ineficiente de Brotes
- 2.1.2. Diseminación de Multirresistencia Bacteriana
- 2.1.3. No se logra la incorporación de las buenas practicas preventivas en el personal sanitario.

2.2. Cuidados de enfermería insuficientes

- 2.2.1. Caída con daño
- 2.2.2. Ulceras por Presión (UPP)
- 2.2.3. Dotación de enfermería y ausentismo

2.3. Prácticas seguras por área

- 2.3.1. Seguridad en Cirugía. Check List Quirúrgico. Auditoria de Cirugías
- 2.3.2. Identificación de pacientes
- 2.3.3. Seguridad en medicación

3. FORTALECIMIENTO DE LA INSTITUCIONALIDAD

Breve Reseña: Se plantea el fortalecimiento de la Institucionalidad como un componente prioritario del problema tanto en la macro como en la meso gestión, que ha determinado en algunos casos la reducción de la ya escasa cantidad de horas destinada por las Instituciones al trabajo en Seguridad del paciente.

- 3.1. Dificultad de control y fiscalización: No se fiscaliza el cumplimiento de la normativa y no se ejerce rectoría sobre el incumplimiento.
- 3.2. COSEPA y CIH con limitación de la capacidad operativa: Escasez de recursos humanos en número y tiempo adecuado para desarrollar la estrategia a nivel institucional.
- 3.3. A nivel central dificultades operativas para mantener la producción de Herramientas de gestión, Liderazgo técnico y supervisión capacitante dado que no se cuenta con una estructura básica de funcionamiento que permita mantener la operativa.

SISTEMA y SERVICIOS DE SALUD

Los **servicios de salud centrados en las necesidades de las personas y de las comunidades**, según documentos recientes de la OMS⁴⁵ implican un enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de los individuos, familias y comunidades, y los identifica como participantes, además de como beneficiarios de los mismos, generando la confianza de que los sistemas de salud respondan a sus necesidades y preferencias en forma humanizada y holística.

La **Atención centrada en la persona y las comunidades** requiere que los ciudadanos tengan la información, la formación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Está organizado en torno a las necesidades y expectativas de la gente en el campo de la salud más que en lo referido a resolver enfermedades. Se apoya en valores y principios aceptados universalmente que están consagrados en el derecho internacional, tales como los derechos humanos y la dignidad, la no discriminación, la participación y el empoderamiento, el acceso y la equidad, y una asociación de igual a igual entre ciudadanos-usuarios, organizaciones y Estado. Su objetivo es lograr mejores resultados para los individuos, las familias, las comunidades, los profesionales de la salud, las organizaciones de atención de la salud y sistemas de salud mediante algunos ejes sustantivos: cultura de la atención y la comunicación con usuarios informados y que participan en la toma de decisiones y tienen opciones; proveedores que aseguran respeto a la privacidad, la dignidad y la respuesta a las necesidades de una manera holística; atención basada en la evidencia, entre otros.⁴⁶

Los **Servicios de Salud Integrados** se caracterizan por estar gestionados y entregados de una manera que asegura que las personas reciban un continuo de la salud que incluye la promoción, la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y los servicios de cuidados paliativos, en los diferentes niveles y sitios de atención dentro del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su curso de vida⁴⁷

Para avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades de las personas, es necesario un enfoque que se sitúe desde una perspectiva que:

- Asuma a las personas en integralidad y complejidad,
- Asegure procesos de decisión clínica compartidos con conocimiento informado y espacios de acuerdo y negociación sobre las intervenciones a realizar.
- Fortalezca la educación para la salud, empoderamiento, autocuidado y la autogestión de la enfermedad,
- Propicie familias y comunidades como receptoras y **prestadoras** de cuidados de salud,
- Asuma los enfoques de interculturalidad y de género.

⁴⁵WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6. World Health Organization 2015

⁴⁶ Adaptado de: People-centred health care. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2007; y National Ageing Research Institute. What is person-centered health care? Melbourne: Victorian Government Department of Human Services; 2006.

⁴⁷WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6. World Health Organization 2015

La fragmentación en el SNIS.

En el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, ocupa un lugar relevante el planteo sobre la necesidad de cambios en el modelo de atención. El mismo es producto de una evolución de los servicios de salud que, a la vez que favoreció una extensa y temprana cobertura poblacional y territorial, ambientó acciones descoordinadas, con miradas y prácticas compartimentadas y autorreferidas, que moldearon la cultura de gestión y uso de los recursos del sistema de salud. La fragmentación y la segmentación resultantes, se relacionan con la ineficacia, la ineficiencia y la inequidad, todas condiciones que la creación del SNIS ha apuntado a modificar. De esta manera, un sistema de salud centrado en las personas y las comunidades organizará las estructuras institucionales y las formas de recorrerlas de una manera novedosa para todos los niveles de gestión y para todos los actores involucrados (conductores políticos, propietarios, administradores, trabajadores y usuarios de los servicios de salud).

La mirada de mediano y largo plazo que necesita la fijación de los OSN por parte de la Autoridad Sanitaria, dialoga bien con los cambios antes mencionados, dado que por tratarse muchos de ellos de aspectos culturales, que mutan en el largo plazo y se interrelacionan, se necesita de orientación estratégica, y seguimiento y evaluación constantes de parte del rector del sistema.

La **fragmentación** se define como la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en una red de servicios de salud, y es un determinante de un mal desempeño de los servicios sanitarios, incide desfavorablemente en la mejora de la calidad de la atención y genera ineficiencias en el uso de los recursos. Se expresa en procesos asistenciales que determinan insatisfacción de los usuarios y malestar en el equipo de salud. Pacientes con los mismos problemas suelen ser atendidos de muy diversa forma. Se constatan fallas en la coordinación vertical y horizontal de los servicios.

La fragmentación es determinada por un entramado causal del cual forman parte:

- Debilidades y escasa regulación de los mecanismos de referencia y contrareferencia entre el primer nivel de atención, los servicios especializados para consultas o estudios, y los niveles hospitalarios de internación de diverso nivel de complejidad; comprometen la continuidad de la atención tanto en ASSE como en las IAMC en grados diversos.
- Un modelo de atención en el que los médicos tratantes, médicos de referencia, no están investidos de la responsabilidad y no asumen la gestión del proceso asistencial de sus pacientes en los diversos niveles de atención que estos deben transitar en el devenir de su proceso diagnóstico y terapéutico; el “pase” a otro profesional o nivel institucional esta naturalizado, exonera de responsabilidad y fragmenta la atención, dejando al paciente librado a los avatares de las barreras institucionales existentes para lograr la atención requerida.
- Distintas formas de competencia entre prestadores determinan barreras en la utilización de la capacidad instalada en los diferentes departamentos, obligando traslados o desplazamientos a unidades asistenciales alejadas o concentradas en la capital del país. En ocasiones la primacía de una lógica competitiva y de mercado, obtura procesos colaborativos que los profesionales estarían dispuestos a transitar.
- Desde la rectoría persiste el desafío de permear la toma de decisiones de los gestores para que asuman que todas las instituciones no pueden tener todo, en

lo que refiere a servicios. Es necesario avanzar en la racionalización de los recursos humanos calificados. Esto adquiere expresiones varias como el desafío con los traslados por accidentes de tránsito en rutas nacionales, los inaceptables tiempos de espera para algunos estudios y especialistas, la duplicación de maternidades que son ineficientes por la baja demanda de partos que se generan en las localidades y debilitan las curvas de aprendizaje de sus equipos de salud. Todo indica que la **profundización de la reforma pasa por articulación de prestadores públicos y privados en territorio.**

- Otras causas contribuyentes a la fragmentación se vinculan al predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos o poblaciones específicas, así como un modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario. Se hace necesario rediseñar los modos de organizar los recursos a efectos de superar la compartimentación que implica la “institucionalización” de los programas como líneas de trabajo independientes e inconexas, prescindentes de la articulación interinstitucional y de los imperativos que surgen del entramado socio-cultural y los determinantes existentes en el territorio.

Problema 1

Persisten elementos de fragmentación del sistema que comprometen la oportunidad, la continuidad y la equidad de la atención.

No se han implementado suficientemente las estrategias de complementación en territorio para racionalizar los recursos, en orden a evitar carencias y superposiciones.

Una de las alternativas para abordar el problema de la fragmentación es el **impulso de acuerdos de complementación asistencial**⁴⁸ entre los diferentes tipos de proveedores del sistema, tanto para la instalación de nuevos servicios, como para la adecuación de las estructuras ya existentes. Este tipo de acuerdos refuerzan las posibilidades de construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), el uso eficaz y eficiente de los recursos y, en definitiva, la equiparación de condiciones de atención en salud de calidad para todos los habitantes del país.

Considerar al instrumento de la complementación como uno más dentro de un amplio repertorio posible, no implica desconocer la complejidad que tiene su utilización. Es complejo porque, en el plano conceptual, refuerza la búsqueda de prácticas cooperativas en un escenario caracterizado históricamente por la diferenciación entre proveedores y la competencia empresarial. Y, desde un punto de vista operativo, porque su utilización corresponde allí donde lo indique el análisis combinado de, al menos, tres factores: a) *las necesidades de salud de la población* (y los elementos que

⁴⁸ El Contrato de Gestión firmado en 2011 entre la JUNASA y los Prestadores Integrales de Servicios de Salud, establece que: “*Se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerdes y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina*” (Decreto 81/012, disposición general trigésima cuarta)

las hacen variar a lo largo del tiempo –sociodemográficos, productivos, ambientales, etc.); b) los *recursos existentes* (materiales, humanos, de infraestructura social –vial, por ejemplo) y; c) los *objetivos de política sanitaria* planteados por el rector sectorial.

Por lo tanto, el impulso de acuerdos de complementación le impone al MSP el desarrollo de nuevas capacidades e instrumentos que le permitan orientar los cambios, contribuyendo a la construcción de un sistema de salud efectivamente integrado. En consecuencia, se hace necesario que entre los primeros insumos a desarrollar, esté el relevamiento exhaustivo y dinámico (actualizable) de las capacidades instaladas en el país y, también, el diagnóstico de necesidades de salud de la población con criterio territorial.

Las **rutasy de salida para las problemáticas de fragmentación del sistema y de los servicios en el SNIS**, exigen **innovaciones**. Estas parecen estar vinculadas al fortalecimiento de las estrategias de complementación entre prestadores, y la organización de la atención en base a modalidades que aseguren una atención longitudinal de los equipos de salud a la población que tienen asignada, particularmente en lo que refiere a la infancia y a la atención de las ENT. Esto implica la premisa de asignar población a equipos de salud, que es un atributo esencial de las redes integradas de servicios de salud (RISS).

Innovar el modelo de atención significa además desarrollar capacidades en los efectores territoriales para promover la salud, prevenir daños y enfermedades, limitar la discapacidad y crear las condiciones para convivir con las condiciones crónicas.

Asumir que las personas y los equipos de salud deben convivir con las condiciones crónicas es un aspecto crítico para innovar el modelo de atención, debido a la prolongación de la vida y la alta prevalencia de enfermedades y condiciones crónicas en la población. Exige a los profesionales nuevas actitudes, competencias y prácticas clínicas renovadoras, que además de prevenir y curar, deben ser capaces de acompañar a un conjunto de usuarios bajo su responsabilidad, que vive con una o varias condiciones crónicas.⁴⁹

En este sentido, **modalidades de atención longitudinal**, contribuyen fuertemente a una atención de calidad y la satisfacción de usuarios y profesionales:

- El acompañamiento a lo largo del tiempo y en las distintas contingencias asistenciales del usuario, de la familia o comunidad por parte del profesional o el equipo de salud, implica “estar con” los individuos, las familias y las comunidades.
- El vínculo entre el individuo (y su familia) y el profesional (y el equipo) que le brindan cuidados, se gesta y fortalece en varios encuentros, en una relación usuario-equipo de salud tan larga como la vida del paciente o su decisión de mantenerse vinculado a ese profesional o equipo de salud.
- Generar un sistema de alianzas y de confianza habilitada por una organización y una dinámica de los servicios en la lógica del médico de cabecera, que se ha replanteado en el médico de referencia, y se hace más integral con la participación de equipos de salud en las unidades asistenciales de base territorial.

⁴⁹ Hacia un Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Atención Primaria de Salud. Propuesta preliminar del COT Modelo de atención - 8/1/12. Disponible en: http://www.paho.org/cot-modelo-atencion/wp-content/uploads/2013/01/Hacia_un_modelo.pdf

Aspectos vinculados a la gestión del acceso⁵⁰

En el marco de la Reforma del Sistema de Salud se han elaborado desde el Ministerio de Salud Pública diferentes instrumentos para mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema y promover cambios en los modelos de atención y de gestión. Es necesario continuar desarrollando y promoviendo diferentes herramientas desde la macro gestión del sistema, potenciando el rol de la participación social en la misma y fortaleciendo la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria. Sin embargo, es a nivel de la gestión llevada adelante en los propios prestadores y servicios por sus gestores y administradores, a nivel organizacional o meso gestión, así como en el desarrollo de la práctica individual, médica y de otros profesionales y técnicos, y de los equipos de salud en la micro gestión, donde se materializan las acciones necesarias para impactar en el desarrollo de los nuevos modelos y lograr un acceso más oportuno y de calidad a la atención en salud.

La nueva institucionalidad que surge a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud propicia un accionar sinérgico entre los diferentes actores del sector, donde las responsabilidades de cada nivel de gestión confluyan en una estrategia común que tiene como objetivo final garantizar el derecho a la salud de toda la población. La interacción entre los tres niveles de gestión afecta los procesos y los resultados.

Desde la autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud Pública, incluyendo a la Junta Nacional de Salud, la contribución es desde la formulación de ejes orientadores y la coordinación de esfuerzos, la evaluación y el monitoreo de los avances y dificultades.

Desde la gestión de los servicios de salud, la responsabilidad implica conocer tanto las demandas específicas de la población a cargo de cada prestador, como sus necesidades de atención en salud. Las demandas y las necesidades no siempre coinciden en un mundo de incertidumbres e importantes asimetrías de información como es el sector salud. La organización y gestión de los servicios deberá entonces adaptarse a esas necesidades, procurando una atención oportuna y de calidad. La participación de trabajadores y usuarios en la mejora de los procesos resulta entonces clave en el nuevo modelo de gestión, aprovechando la experiencia de la práctica diaria, para realizar un mejor uso de los recursos, que redundará en mejores resultados en salud y mayor satisfacción de todos los actores involucrados. Existen en este sentido, innumerables ejemplos de mejoras, de buenas prácticas que han logrado mejorar el acceso, disminuir los tiempos de espera, priorizar la atención según necesidades, entre otras, y que deben ser compartidas y puestas en práctica adaptándolas a las condiciones de cada prestador.

A nivel de la microgestión, en la práctica clínica, profesional y administrativa, también hay muchas acciones que resultan en mayor satisfacción de la población usuaria, mayor efectividad y eficiencia, y finalmente, sin duda, en mejores resultados en salud.

Necesidades de salud de la población y demanda de atención

Es necesario diferenciar las *necesidades de salud* de determinada población de la *demanda* de atención. A su vez, también es importante no confundir demanda con *utilización*. La utilización de los servicios refleja la demanda que efectivamente se resolvió, pero oculta la demanda insatisfecha, aquella que no pudo resolverse por

⁵⁰ Basado en: Gestión del acceso oportuno y de calidad. Ministerio de Salud Pública – Diciembre 2014

diversos motivos. El logro de un acceso más oportuno y de calidad a la atención en salud requiere conocer y diferenciar cada uno de estos conceptos.

En particular y en primer término, es imprescindible conocer el estado de salud de la población para poder determinar sus necesidades. Se carece de diagnósticos de situación de salud a nivel de los prestadores, dificultando la elaboración de diagnósticos departamentales o por localidad que posibiliten un conocimiento más afinado de las necesidades de salud en cada territorio, y permitan entonces emprender acciones y diseñar políticas más efectivas y eficientes. En particular gran parte de los prestadores no cuentan con Unidades de Epidemiología.

Los datos de utilización de servicios, en particular de los prestadores integrales, están disponibles en el MSP desde hace tiempo y en los últimos años se ha avanzado en completitud, oportunidad y calidad. Resta mejorar la apertura de los servicios reportados y georreferenciar la información.

Respecto al conocimiento de la demanda de atención, es recién a partir del año 2013 que comienza a implementarse el Sistema de Agenda de Consulta Externa (resolución ministerial, Ordenanza N° 603). Esta herramienta surge a partir de la necesidad del desarrollo de un método estandarizado para medir y reportar tiempos de espera, así como identificar la demanda insatisfecha y poder actuar sobre ella. Con anterioridad la información existente en los prestadores de salud no permitía medir con transparencia y en forma estandarizada los posibles tiempos de espera para cada servicio demandado. Luego de dos años de iniciado su uso, se han registrado importantes avances en la implementación del sistema, más allá de situaciones heterogéneas entre los diferentes prestadores, y también las mediciones muestran mejoras en los tiempos de espera reportados, así como en la gestión de las agendas. Sin embargo, se han identificado diversas limitaciones, que hacen necesario introducir modificaciones tanto en la normativa vigente como en los objetivos de la herramienta. Se trata de sistema con una gran potencialidad, que requiere de ajustes que permitan conocer la verdadera demanda insatisfecha y generar listas de espera, así como continuar estandarizando criterios, y compartiendo buenas prácticas de priorización de pacientes.

El desarrollo de sistemas de información que apoyen la toma de decisiones tanto a nivel del regulador como de los propios gestores de los servicios, ha avanzado en los últimos años. Sin embargo resulta aún insuficiente para alcanzar una gestión más eficaz y eficiente de los recursos tanto humanos como materiales, mejorando los tiempos y calidad del acceso en todo el proceso de atención.

Se ha avanzado en la estandarización y normalización de los datos, tanto en los reportes solicitados por el MSP a los prestadores, como a través de la participación de todos los actores del sector salud en el *Proyecto Salud.uy*, que tiene como su principal línea de acción el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica Nacional. De esta forma se verá facilitada la coordinación y complementación entre diferentes prestadores, aportando a la atención en redes que acerquen los servicios y acciones de salud a los usuarios. Es necesario continuar con el esfuerzo iniciado en el cual no solamente se favorecerá el funcionamiento en red del sistema, y la trazabilidad de los pacientes, sino también algunas funciones de rectoría del sistema.

PROBLEMA 2

Existe un escaso conocimiento de las necesidades de salud de la población usuaria de los servicios, tanto aquellas que podrían verse reflejadas a través de la demanda insatisfecha, como las resultantes de sus condiciones de salud, aspectos epidemiológicos, sociales, de localización geográfica, entre otros.

El desarrollo de los sistemas de información tanto a nivel de la autoridad sanitaria como de los prestadores de servicios de salud, no permite aún el diseño, evaluación y monitoreo de políticas de forma oportuna y efectiva.

Tiempos de espera y buenas prácticas de gestión del acceso

Mejorar el acceso a la atención en salud implica tener en cuenta las necesidades de salud, la demanda realizada por los usuarios y la capacidad de oferta de los prestadores.

Los usuarios recurren a los servicios de salud por diversos motivos, y sus expectativas sobre la oportunidad y calidad de la atención dependerá de diversos factores. La espera representa para ellos un costo en tiempo y en muchos casos incertidumbre sobre su condición de salud.

Diversas estrategias llevadas adelante en la Reforma, como la baja de tiquets y órdenes, la gratuidad de consultas para prevención, la estrategia de médico de referencia, las metas asistenciales tanto en mujer y niñez, incorporando luego al adulto mayor, y finalmente adolescentes y adultos, con énfasis en controles y rutinas preventivas, así como la difusión de derechos, han incrementado el acceso de los usuarios, y como consecuencia, han aumentado la demanda.

Por otra parte, desde el lado de la oferta, no es posible que los prestadores puedan ofrecer todos los servicios en el mismo momento en que son demandados. Implicaría disponer de recursos humanos y materiales, que pueden no estar disponibles. La oferta de algunas especialidades médicas así como personal de enfermería y otros técnicos es limitada, agudizándose el problema en el interior del país. Pero aún en el caso hipotético de que los recursos disponibles fueran suficientes para satisfacer en forma inmediata la demanda, implicaría altísimos costos.

Es necesario entonces encontrar un equilibrio entre los costos del usuario asociados a la espera y la incertidumbre, y los costos que cada prestador y el país en su conjunto pueden afrontar. La estrategia común desde los tres niveles de gestión del sistema debe por lo tanto orientarse a realizar el mejor uso posible de los recursos disponibles.

Nuevamente, las necesidades de salud deberían ser el único determinante de la prioridad de atención, evitando cualquier otra barrera al acceso. Será necesario entonces priorizar la atención de forma que el estado de salud de los usuarios determine el grado de urgencia o el tiempo de espera posible.

Desde el año 1990 comienzan a regularse en el país los tiempos de espera máximos para algunas especialidades. Sin embargo los controles sobre su cumplimiento han resultado casi imposibles por la inexistencia de información confiable al respecto. Como ya fuera señalado, uno de los objetivos del Sistema de Agenda de Consulta Externa que comienza a implementarse en el año 2013 es precisamente contar con criterios homogéneos que permitan cuantificar los tiempos de espera.

La normativa vigente plantea algunos problemas en la medida en que está definida de la misma manera para todos los prestadores integrales, públicos y privados y sin importar su localización geográfica. A su vez, no considera criterios de priorización según condiciones de salud u otros criterios. Por esta razón resulta posible mejorar la reglamentación a la luz de la nueva información disponible, y tendiendo a la generación de listas de espera que permitan una mejor gestión del acceso en función de las necesidades de salud.

Por otra parte es necesario poner en común con la población los conceptos, especificidades y dificultades que la temática presenta, contando para ello con los espacios de participación y comunicación que ha propiciado la creación del SNIS.

Problema3

No se ha resuelto aún la tensión entre normativas, expectativas de los usuarios y respuesta de los prestadores, respecto a los tiempos de espera adecuados, atendiendo a la disponibilidad de recursos y los costos el país en su conjunto puede soportar.

Es insuficiente la información disponible, y por tanto el diagnóstico sistematizado sobre los tiempos de espera y sus determinantes para los distintos servicios y prestaciones (consultas, intervenciones quirúrgicas, estudios, etc.), en diferentes situaciones (gravedad del caso, condición socioeconómica, localización geográfica, etc.). De esta manera no se ha avanzado hacia la definición de estándares deseables y posibles, relacionados con las poblaciones y el territorio.

No se ha generalizado la gestión de la espera en base a criterios de priorización de la atención de forma que el estado de salud de los usuarios determine el grado de urgencia o el tiempo de espera posible.

Buenas prácticas en gestión del acceso

Es posible encontrar en nuestro país diversos ejemplos de acciones y prácticas desarrolladas a nivel de la gestión institucional, meso y microgestión, y que han resultado en una atención más oportuna a la población. Lo mismo ocurre a nivel internacional, en donde los temas relativos a la gestión de la espera, tanto de las listas como de los tiempos, es uno de los aspectos que ha recibido mayor atención por tratarse de un problema generalizado en todos los sistemas de salud, impactando en la calidad y equidad de los cuidados y resultados en salud.

Algunos ejemplos de estas buenas prácticas refieren a:

- **Estrategias destinadas a la priorización** de aquellos pacientes que están esperando un determinado servicio. Una priorización adecuada de pacientes

no incide directamente sobre los indicadores de lista de espera, pero sí actúa sobre la eficiencia y la equidad de su gestión. La experiencia identifica criterios tanto clínicos como sociales o diferentes combinaciones. Estas estrategias pueden ser administradas a partir de **Unidades de evaluación y clasificación de interconsultas, técnicas y procedimientos**.

- **Consultas de alta resolución.** Su objetivo es realizar el mismo día la consulta y las pruebas complementarias indicadas y completar un informe de asistencia. Suele aplicarse en algunas especialidades (ejemplo: neumología, cardiología, urología, neurología).
- **Protocolos de referencia y contra referencia.** La reorganización y optimización del uso de los recursos ha demostrado ser una medida que impacta positivamente en la disminución de las listas y tiempos de espera. Para ello se requiere de una mayor coordinación e integración entre los diferentes niveles de atención y a la interna de éstos.
- **Protocolos de atención y guías de práctica clínica.** Ayudan a disminuir la variabilidad de la práctica médica determinada fundamentalmente por la incertidumbre de los procesos de salud y enfermedad, por la escasez de recursos, o por presiones externas.

Más allá de reconocer la existencia de diversos ejemplos a nivel nacional, de prestadores que aplican una o varias de estas prácticas, no existe un relevamiento y conocimiento generalizado de las mismas. Tampoco se conocen sus impactos en la satisfacción de los usuarios y los trabajadores del sector, e incluso en los costos de las instituciones. La identificación de estas buenas prácticas y su difusión, así como el análisis de su aplicabilidad a diferentes prestadores, representan oportunidades de mejora de la calidad de la atención centradas en una mejor gestión del acceso.

Finalmente, la importancia de las estrategias de comunicación con la población tanto por parte de los propios servicios de salud como de las autoridades del sistema, constituye un elemento destacado para la comprensión de los problemas y el conocimiento de derechos y responsabilidades.

PROBLEMA 4

No existe una experiencia compartida sobre la implementación de buenas prácticas de gestión del acceso y sus resultados.

La comunicación y la difusión de derechos y responsabilidades, así como el diseño y evaluación participativos de diferentes medidas que aporten a un acceso más equitativo y oportuno a los servicios, son aún de escaso desarrollo.

Recursos humanos en salud.⁵¹

Los recursos humanos son la esencia misma de las prestaciones sanitarias. La

⁵¹ Basado en el documento “Componentes estratégicos de la planificación de la estrategia nacional de RRHH en la salud”. DEMPESA – MSP. 2011

cantidad y calidad de los mismos, así como su distribución y organización determinan en gran medida la calidad y oportunidad de los servicios que se prestan.

Los problemas planteados anteriormente vinculados a la fragmentación del sistema de salud, la gestión del acceso y la oportunidad, continuidad y equidad de la atención, tienen su correlato en problemas vinculados a los recursos humanos.

En este sentido podemos identificar cuatro grandes problemas: distribución territorial, distribución entre prestadores, composición de los recursos humanos y fragmentación del trabajo entre y dentro de los prestadores.

En primer lugar, la distribución de los recursos en el territorio está caracterizada por una fuerte concentración en la capital del país y en las zonas urbanas del interior.⁵² El tema de la distribución territorial es complejo y multicausal y su análisis debe exceder los lugares comunes y partir de diagnósticos que excedan indicadores generales. En términos generales, el acceso a recursos humanos calificados por parte de la población está determinado, por las condiciones de trabajo, las necesidades de la población y la organización de los servicios de salud. Las condiciones de trabajo inciden linealmente en la disponibilidad por medio de la dedicación horaria de los trabajadores. Por otra parte, la equidad en el acceso implica que la disponibilidad de recursos esté asociada a las necesidades de salud, vinculadas a aspectos epidemiológicos y de determinantes sociales en salud. Por último, el acceso no debe confundirse con proximidad geográfica. La responsabilidad del SNIS es brindar acceso a la población de manera eficiente, lo que implica analizar qué recursos deben tener proximidad geográfica y cuáles necesitan un escala mayor y por ende una organización regional o de centros de referencia. La función del regulador es mejorar el acceso en ambos casos.

En segundo lugar, existen problemas en la composición de esos recursos humanos en lo que refiere a enfermería y a algunas especialidades médicas.⁵³ En nuestro país las Licenciadas en Enfermería son uno de los recursos relativamente más escasos, lo que tiene un fuerte impacto en la calidad de la atención y los cuidados y en la eficiencia del sistema. Si bien han aumentado las dotaciones en los últimos años fruto de los esfuerzos realizados desde la Facultad de Enfermería, las dificultades aún persisten. En lo que refiere a las especialidades médicas, existen algunas que en general son consideradas “críticas” por contar con un número reducido de profesionales formados. Esto per se no es un problema, en la medida que son en general especialidades cuyo ámbito de ejercicio profesional está asociado a enfermedades de baja prevalencia. En este caso hay dos tipos de problemas que se desprenden de esto. Por un lado, la baja cantidad de recursos humanos formados se traduce en este caso en escasez relativa porque se conjuga con los problemas de fragmentación del mercado de trabajo que se describirán más adelante. Por otro lado, la existencia de pocos especialistas formados puede ser un problema en sí mismo en la medida que genera pequeños grupos de poder que están a cargo de todo el proceso de formación e inserción laboral anulando de esta manera la capacidad rectora del MSP e incluso de las propias instituciones rectoras de los aspectos formativos como la [Udelar](#).

En tercer lugar, existe una importante fragmentación de los cargos inter e intra institucionalmente. En el subsector privado, los médicos tienen en promedio 3 cargos dentro de una misma institución y las enfermeras 2.6, y si consideramos el conjunto del sistema estos valores se elevan a 4.9 y 2.7 respectivamente. Esto determina valores de multiempleo que superan el 60% en el caso de los médicos y el 30% en

⁵² A modo de ejemplo, Montevideo cuenta con cerca de 8 médicos cada 1000 habitantes y cerca de 9 enfermeras cada 1000 habitantes, mientras que en el interior estos ratios disminuyen a 2 y 6 respectivamente.

⁵³ Actualmente Uruguay cuenta con 3 médicos por licenciada en enfermería y menos de uno por cada auxiliar.

enfermería.

En el caso de los médicos, los laudos existentes en el sector privado determinan cargos de baja carga horaria, diferenciados por actividades, “unifuncionales”, lo que repercute en una alta fragmentación de la actividad dentro de las instituciones prestadoras de salud y altos niveles de multiempleo, y opera en detrimento de la continuidad y longitudinalidad en la atención.

En el caso de enfermería, los cargos son de mayor dedicación horaria, por lo que las causas del multiempleo seguramente radiquen en los aspectos salariales o vinculados a condiciones de trabajo y organización de los servicios de salud.

Por otra parte, existen problemas en la distribución intersectorial de los recursos humanos, no sólo entre los subsectores público y privado, sino también al interior del subsector público. La existencia de regulaciones diferentes en materia de recursos humanos determina sistemas de remuneración y niveles salariales dispares. Esto repercute directamente en las dotaciones relativas de recursos humanos generando inequidades en el acceso a los servicios de salud, no solo en términos de cantidad sino también de calidad de los recursos que atraen.

En el período postdictadura el subsector público no era competitivo en materia de atracción de los recursos humanos, pero a partir de 2005 que los salarios de ASSE comienzan a tener importantes incrementos, la existencia de diferentes laudos entre subsectores genera espirales salariales en la competencia por los recursos humanos disponibles en el país. Este mecanismo circular conlleva a un incremento desregulado del gasto en salud que genera fuertes ineficiencias en el sector.

Los equipos de salud en el primer nivel⁵⁴

El desarrollo de equipos de salud de primer nivel basados en un enfoque de APS se identifica en este contexto como una política articuladora de muchos de los problemas identificados. Esta estrategia debería permitir mejorar la distribución de los recursos humanos en el territorio, garantizar equidad en el acceso a los mismos, adaptarse a las necesidades específicas de salud de las distintas poblaciones, avanzar en el cambio de modelo de atención, mejorar la organización de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contra referencia para garantizar la continuidad asistencial.

El enfoque de APS es considerado un elemento sustancial en los Sistemas de Salud, particularmente porque constituye y encierra la noción de primer nivel de atención. El Primer Nivel de Atención de manera resumida puede ser concebido como la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema sanitario. El primer contacto refiere: a la organización del conjunto de recursos humanos (Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención - ESPNA) y procedimientos tecnológicos, utilizados para solucionar las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en materia de salud de una población. El buen desempeño del ESPNA equipo está relacionado con su habilidad de llevar a cabo su trabajo y de manejarse coordinadamente, asumiendo ciertas responsabilidades a la hora de tomar decisiones en pro del beneficio de los usuarios y de la calidad asistencial.

Los equipos de salud de primer nivel deben por un lado garantizar el acceso de recursos mínimos a toda la población y por otro lado reconocer e incorporar las necesidades específicas de las poblaciones de acuerdo a su realidad epidemiológica y

⁵⁴ Basado en “Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. División Recursos Humanos del SNIS”. DT 01/14. ISSN: 1688-8235. MSP. 2014

socio - económica. En este sentido, es pertinente plantear una subdivisión del ESPNA en dos unidades: el Equipo de Proximidad (EP) y el Equipo del Primer Nivel (EPN).

El EP se constituye como la puerta de entrada al sistema, su integración es la misma a nivel nacional y estará dada por médico general y pediatra (o médico de familia) y licenciada en enfermería (o auxiliar de acuerdo a la disponibilidad de recursos). Este equipo deberá ser responsable de su población referenciada, proveer a la misma accesibilidad a los servicios de salud y estimular la utilización de dichos servicios cuando surja una necesidad sanitaria.

El EP es una parte importante dentro del primer nivel de atención, pero no es en definitiva el primer nivel, ya que lo que desarrolla el equipo son funciones estructuralmente utilitarias para el cumplimiento de las otras dos dimensiones que componen este nivel: facilitar y coordinar el flujo del paciente dentro del sistema, y asegurar la integración y hacer la síntesis de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente.

La **función de puerta de entrada** que desarrollará el EP resulta esencial para la eficiencia del sistema, ya que disminuye la (sobre) demanda en los otros niveles. Pero evidentemente la eficiencia no significa que haya que convertir al EP en una barrera; por el contrario, al ser éste el equipo referente del usuario deberá poseer capacidades resolutivas. La coordinación en el primer nivel de atención es fundamental para la consecución de tres componentes básicos, como son la accesibilidad, la longitudinalidad y la integralidad. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de los problemas previos y de los servicios utilizados. La base estructural para la mantención de este proceso es la continuidad asistencial garantizada por la atención del mismo EP, cuyas vías de comunicación le permitirán actuar en conjunto

El EPN tiene una integración flexible que deberá adaptarse a las necesidades sanitarias de cada población, con la particularidad de poseer un componente fijo definido por la Autoridad Sanitaria.

El ESPNA deberá responder a las exigencias sanitarias de la población, deberá trazarse objetivos claros, desarrollar actividades propias del mismo, haciéndolo desde una perspectiva interdisciplinar y con una integración multiprofesional, con orientación individual, familiar y comunitaria, enfatizando en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

El aspecto esencial del trabajo en equipo se debe asumir atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, garantizando la atención integral de la persona, por lo que la actividad se focalizará en la gestión por procesos, donde el punto de atención es la persona y sus necesidades; entablando una relación de confianza entre el equipo y el usuario, una relación basada en acuerdos entre ambas partes.

Los equipos deberán desarrollar sus funciones asegurando el máximo nivel de resolutividad, brindando un trato digno, respetuoso y de cercanía con el usuario y la familia, aplicando el código ético de cada disciplina, con la comunicación adecuada y pertinente de la información, y orientación precisa acerca de la oportunidad, uso y acceso a la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

La referenciación a los ESPNA

Actualmente no existe regulación alguna sobre la metodología a utilizar para la

referenciación de la población a un médico o equipo del primer nivel de atención.

A la hora de definir la forma de referenciación de la población, hay que tener en cuenta las siguientes premisas:

1. Libertad de elección del usuario
2. Carga horaria de los trabajadores
3. Tiempos de espera

A la hora de referenciar, existen diferentes alternativas. En primer lugar, puede no establecerse límite a la capacidad de los equipos de salud en la referenciación, que es como funciona actualmente el sistema. En este caso el ajuste se termina dando a través de los tiempos de espera.

En segundo lugar, el regulador puede definir centralmente el número máximo de usuarios referenciados por equipo. En este caso el problema es que pueden existir sesgos por riesgo entre equipos que determinen cargas de trabajo muy disímiles. Una posibilidad es considerar el sexo y la edad para hacer el ajuste a la hora de determinar el número máximo de referencia. Si bien este mecanismo mejora la asignación del trabajo entre los equipos no logra evitar que se concentre, por ejemplo, población con enfermedades crónicas en algunos equipos.

En síntesis, se considera que la mejor opción es que el tope de población referenciada se realice a nivel micro, tomando en cuenta las características poblacionales y evitando que el ajuste se realice a través de los tiempos de espera.⁵⁵

La regulación de la cantidad de población referenciada a cada médico o equipo de salud es un aspecto crucial vinculado a la gestión de acceso, que implica asociar la población asignada a la capacidad real de los equipos de salud de brindar una atención oportuna y de calidad a sus usuarios.

Problema 5.

Existen importantes problemas de fragmentación en el mercado de trabajo que se traducen en inequidades en el acceso a los servicios de salud y determinan escaseces relativas de recursos en casos en que la oferta es suficiente.

Los regímenes de trabajo no se alinean a los objetivos sanitarios y operan en detrimento de la continuidad y longitudinalidad de la atención.

No están implementados equipos técnicos que configuren una puerta de entrada al sistema.

Son deficitarias las vías de comunicación para permitir actuar en conjunto a los equipos de Primer Nivel con los otros niveles de complejidad de la red asistencial

Hay escaso desarrollo de los criterios y no se dispone de regulación suficiente sobre las condiciones para la referenciación de la población a un médico o equipo del primer nivel de atención. No se estimula en forma suficiente la complementación para asegurar la posibilidad de referenciación en todo el territorio.

⁵⁵ Un mecanismo de referenciación de este tipo se encuentra en los acuerdos de Consejo de Salarios vinculados a los CAD médicos.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA POR ÁREAS TEMÁTICAS

CONSUMO DE TABACO

1. Instituto Nacional de Estadística. Principales resultados Encuesta Continua de Hogares. 2014
2. Junta Nacional de Drogas. 6ta. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. 2014
3. Ministerio de Salud Pública. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (STEPS). ECNT. MSP. Uruguay. 2015
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centers of Diseases Control and Prevention. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística. Global Adults Tobacco Survey (GATS). Uruguay. 2009
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centers of Diseases Control and Prevention. Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Drogas. Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Uruguay. 2015
6. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. Abascal et al. The Lancet, 2012.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Nacional de Gastos e Ingresos en los Hogares 2005-2006. Los alimentos y las bebidas en los hogares. 2008
2. Ministerio de Salud Pública. 2ª Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles 2013. MSP. 2015.
3. Ministerio de Salud Pública 2ª Encuesta Mundial sobre Salud en Estudiantes. 2012
4. Organización Mundial de la Salud. Fact sheet N° 394 “Healthy diet” Mayo 2015
5. Organización Panamericana de la Salud. Jacoby E. Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública. Esta hoja informativa se basa en resultados de un proyecto de investigación encargado por OPS NMH/ Risk Factors Unit al Dr Jean-Claude Moubarac (U. de Sao Paulo /U. de Montréal).
6. Tesis Magister en Nutrición. Ing. Alim. Lara Taroco. Estimación de los efectos de una disminución en el contenido de sal de los panificados sobre la salud cardiovascular.

SEDENTARISMO Y ACTIVIDAD FÍSICA

1. Ministerio de Salud Pública. 2ª Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles 2013. MSP. 2015.
2. Ministerio de Salud Pública 2ª Encuesta Mundial sobre Salud en Estudiantes. 2012
3. Organización Mundial de la Salud. Fact sheet N° 385 “Physical Activity”. Enero 2015
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010.

NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

1. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HP, Shekar M; Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child under-nutrition and survival. *Lancet* 2008 Feb 2;371(9610):417-40. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61693-6.
2. Bove, M., Cerruti, F. (2011). Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. En niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. Montevideo: MSP – MIDES – RUANDI – UNICEF. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/encuesta_lactancia_uruguay2011_web.pdf
3. Cunningham SA, Kramer MR, VenkatNarayan KM. Incidence of childhood obesity in the United States [en línea]. *N Engl J Med* 2014; 370(5):403-411.
4. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment [en línea]. *Circulation* 2005;111:1999-2012 (AHA Scientific Statement).
5. Durán P. Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(6):488-490.
6. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, Leroy JL, Holdsworth M, Maes L, et al. *Am J Clin Nutr* 2012 Aug
7. Frente Amplio (2014). Bases Programáticas Tercer Gobierno Nacional del Frente Amplio. 2015-2020. Disponible en: http://www.vertiente.org.uy/webnew/documentos/Bases_FA_2015-2020.pdf
8. Ministerio de Salud Pública. SIPNUT. Programa desarrollado por el Programa de Nutrición.
9. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
10. Naciones Unidas. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/mdgs/>
11. Organización Mundial de la Salud. FAO (2014). Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf>

12. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO
13. Parasitosis intestinal en escolares. Hacia una respuesta integral desde el SNIS (2011). Montevideo: División Salud, MSP, Cátedra de Parasitología, ASSE, ASSE-RAP, ANEP (Consejo de Primaria – Bienestar Escolar – Educación para la Salud), Casa de Galicia, CASMU, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y GREMCA.
14. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (Comité Regional de la OMS para las Américas). OMS/OPS. 2014
15. Rivera JA, Martorell R, González W, Lutter C, González de Cossío T, Flores-Ayala R, Uauy R, Delgado H, Grupo Técnico de Nutrición del SMS. Prevención de la desnutrición de la madre y el niño: el componente de nutrición de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Salud Publica Mex 2011;53 supl 3:S303-S311.
16. Semiología Pediátrica .Pérez-González; García Pesamosca, A. Oficina del Libro. Fac de Medicina. MSP
17. UNICEF (2006). La Convención de los Derechos del Niño. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
18. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008 Jan 26;371(9609):340-57. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61692-4.
19. Vigorito, A. y col. (2014 o 2015). Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil. Montevideo: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Instituto Nacional de Estadística y la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
20. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity [en línea]. N Engl J Med. 1997;337:869–873.
21. World Health Organization. Iron deficiency anemia. Assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. WHO; 2001

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1. Boidi,F. Queirolo, R. Cruz, M. (2015) Marijuana Consumption Patterns among Frequent Consumers in Montevideo. Paper presented at the 9th Conference of the International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP), Belgium
2. Secretaria Nacional de Drogas (2014) Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_estudiantes_2014.pdf
3. Secretaria Nacional de Drogas (2015) VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_encuesta_hogares_2015.pdf
4. Secretaria Nacional de Drogas (2015) La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, Características y Guía de Recursos. Disponible en http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta_tratamiento_Uruguay_OU

[D_2015.pdf](#)

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES NO TRANSMISIBLES

1. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay. Montevideo. 2012
2. Ministerio de Salud Pública. Estudio de Carga Global de Enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de Riesgo o de Carga Atribuible a Factores de Riesgo. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT). MSP. 2015
3. Ministerio de Salud Pública. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. PPENT. MSP. 2015
4. Organización Mundial de la Salud. Hoja descriptiva “Enfermedades No Transmisibles” Enero 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014
6. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2014
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos. OMS. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112396/1/9789243548395_spa.pdf?ua=1
8. Organización Mundial de la Salud. Hoja descriptiva “Enfermedades Cardiovasculares” Enero 2015.

CÁNCER

1. GLOBOCAN. IARC. Online analysis, mayo de 2015. <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>
2. Resumen de la situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Mayo 2015. Registro Nacional de Cáncer. CHLCC.
3. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Montevideo, en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_infrecnt_2006_1.pdf 2006.
4. Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Uruguay 2014. http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_estudiantes_2014.pdf
5. Uruguay. Informe sobre el control del tabaco. OPS. 2011.
6. OMS: Marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es
7. Programa de prevención del cáncer de cuello uterino “Dr. Enrique Pouey”. CHLCC. Informe del cumplimiento de la ordenanza N 466 del MSP. de 2014.

8. Berterretche R et al. Análisis del equipamiento médico instalado para la detección precoz del cáncer de mama en Uruguay. 2008. www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx.
9. Carol A. Parise and Vincent Caggiano, "Breast Cancer Survival Defined by the ER/PR/HER2 Subtypes and a Surrogate Classification according to Tumor Grade and Immunohistochemical Biomarkers," Journal of Cancer Epidemiology, vol. 2014, Article ID 469251, 11 pages, 2014.
10. Sonnenblick A, Fumagalli D, Sotiriou C, Piccart M. Is the differentiation intomolecular subtypes of breast cancer important for staging, local and systemictherapy, and follow up? Cancer Treat Rev. 2014 Oct;40(9):1089-95.
11. Pautas de oncología médica para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento del cáncer de mama. Cátedra de Oncología Clínica, 2014. <http://www.oncologiamedica.hc.edu.uy>
12. Breast Cancer Treatment—for health professionals (PDQ®). NIH. National Cancer Institute. 2015. <http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq>

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

1. Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD)
2. Hasanbegovic, Claudia. Producto 1. Consultoría para el diseño de un Documento Preliminar del Plan Nacional de Lucha contra la VD y VBG. Proyecto Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas, niños y adolescentes. Marzo 2014.
3. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002.
4. Ministerio de Desarrollo Social. Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBGG). MIDES. 2013. Disponible en http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/33876/1/resumen_de_encuesta_mid_es.pdf
5. Ministerio de Salud Pública. Adolescencias, un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Estudiantil, EMSE. JND. MIDES. MSP. Uruguay 2012. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012>.
6. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe. CEPAL.
7. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Diciembre 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia. OMS. 2014.
9. Uruguay Informe de implementación de las recomendaciones del CEVI Segunda ronda. Agosto 2014 disponible <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-I-CE-doc.19.esp.Informe%20Uruguay.pdf>
10. Violencia contra la mujer. Respuesta del sector salud. OMS. 2013

SUICIDIOS

1. Organización Mundial de la Salud (2014) Prevenir el suicidio. Un imperativo global. Washington, DC. OMS
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional. OPS. Washington (DC): 2014.
3. Ministerio de Salud Pública. Adolescencias: un mundo de preguntas II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. GSHS, OPS/OMS, JND, MSP, MIDES. 2012. Uruguay. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012>.

SINIESTRALIDAD VIAL

1. <http://anm.org.uy>
2. <http://unasev.gub.uy/inicio/normativa/leyes/>
3. [http://unasev.gub.uy/inicio/sinatran/informes siniestralidad vial uruguay/](http://unasev.gub.uy/inicio/sinatran/informes_siniestralidad_vial_uruguay/)
4. [http://unasev.gub.uy/inicio/biblioteca/documentos nacionales/](http://unasev.gub.uy/inicio/biblioteca/documentos_nacionales/)
5. [http://unasev.gub.uy/inicio/biblioteca/documentos internacionales/](http://unasev.gub.uy/inicio/biblioteca/documentos_internacionales/)
6. <http://www.oisevi.org/a/>
7. <http://www.paho.org>
8. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/index.html>
9. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/es/index.html
10. <http://www.fia.com/campaign/action-road-safety>
11. <http://anm.org.uy/documents/siniestrosvialesmuestratendenciaaldescenso.pdf>
12. <http://anm.org.uy/documents/ELROSTROENELDA%C3%91OCORPORALANM.pdf>
13. <http://anm.org.uy/documents/Extractodeexposici%C3%B3nsobrMampara.pdf>
14. <http://anm.org.uy/documents/ParasiniestrosACU2.pdf>
15. <http://www.roadsafetyfund.org/Pages/default.aspx>
16. <http://www.eisevi3.com.ar/oisevi/conclusiones-es.html>
17. <http://www.cepasafedrive.com/es/>
18. <http://www.latinnacap.com/es/>

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

1. CELADE - División de Población de la CEPAL/ONU. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. América Latina - Revisión 2015.
2. EQUIPOS MORI. "Estado de la cuestión sobre Salud Sexual y Reproductiva adolescente en el Uruguay". Uruguay 2010.
3. Frente Amplio. Bases Programáticas Tercer Gobierno Nacional del Frente Amplio 2015-2020. Objetivos programáticos y líneas estratégicas para el quinquenio 2015 – 2020.
4. Instituto Nacional de Estadística. Censos de población 2011 y anteriores.
5. INE/UDELAR/MIDES. "Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay /

- La fecundidad en el Uruguay (1996 - 2011) Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo” Fascículo 3. Uruguay, 2014
6. Ministerio de Salud Pública/DIGESA/UINS. Estadísticas Vitales y Estadísticas SIP
 7. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Salud Adolescencia y Juventud. Uruguay 2007.
 8. Ministerio de Salud Pública. Guías de Abordaje a la Atención Integral de Adolescentes. Uruguay 2009. (www.msp.gub.uy/guía-de-abordaje-la-salud-integral-de-adolescentes).
 9. Ministerio de Salud Pública. Historia clínica del Adolescente 2010. (www.msp.gub.uy/publicación/historia-clínica-del-adolescente).
 10. Ministerio de Salud Pública. Buenas Prácticas de Atención a la salud Integral en los Espacios Adolescentes. Uruguay 2014.
 11. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Espacios Adolescentes. Uruguay 2014.
 12. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva- Manual de Orientación Anticonceptiva. Métodos Temporales y Permanentes. Uruguay, 2013.
 13. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Uruguay, 2014.
 14. Ministerio de Salud Pública. Pautas para la atención de personas con VIH en el primer nivel de atención. 2015.
 15. Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay - MYSU. “Informe 2013 - Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas”. Uruguay, 2013
 16. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 48º Consejo directivo. 60ª sesión del comité regional. “Estrategia Regional para mejorar la salud de Adolescentes y Jóvenes”. OPS/OMS Washington, D.C. Agosto, 2008.
 17. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Plan Andino de prevención del Embarazo Adolescente. 2008.
 18. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18211/2007 – Reforma de la Salud: Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
 19. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18426/2008 – Defensa al Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva y Cambios en el Código de la Niñez y del Adolescente respecto a la Atención. Principio de Autonomía Progresiva adolescencia.
 20. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18437/2008 Artic 74 - Ley General de Educación – Defensa de los derechos de la adolescente embarazada.
 21. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18437/2008 Artic 40 Lit G y H - La Educación sexual y la educación para la salud forman parte de las líneas transversales de toda la currícula Educativa.
 22. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18.987/2012 Interrupción Voluntaria del embarazo
 23. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 293/ 2010 - Reglamentación de Ley 18426 - Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva
 24. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 295/1997.

25. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 67/2006
26. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 293/ 2010
27. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 383/2010.
28. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 009/2011.
29. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 292/2012.
30. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 375/2012.
31. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 534/2014.
32. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Programa de Población. Materia Problemas Demográficos. 2010.
33. Universidad de la República. López, Lic. A. Pablo y Maneiro, Lic Cristián. "Wiki Fecundidad adolescente en el Uruguay".

HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y CESAREAS

1. Amatya A, Paudel R, Poudyal A, Wagle RR, Singh M, Thapa S. Examining stratified cesarean section rates using Robson classification system at Tribhuvan University Teaching Hospital. *J Nepal Health Res Counc* 2013; 11: 255–58.
2. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2 (8452):436- 7.
3. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319: 1397–400.
4. Betrán AP, Gulmezoglu M, Robson M, et al. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reprod Health* 2009; 6: 18.
5. Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One* 2013; 9: e97769.
6. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Atención durante el parto.
7. Boyle A, Reddy UM. Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem. *Semin Perinatol* 2012; 36: 308–14.
8. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub3.
9. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Sistema Informático Perinatal (SIP).
10. Cópola. F. Cesáreas en Uruguay. *Rev Méd Urug* 2015; 31(1):7-14
11. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud. 2015
12. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Meriardi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:331.e1-19
13. Goffinet F, Carayol M, Foidart J, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an

- observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1002-11.
14. Hannah M, Harrah W, Hewson S, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000; 356(9239):1375-83
 15. Hannah M, Whyte H, Hannah W, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(3):917-27.
 16. Kelly S, Sprague A, Fell DB, et al. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35: 206–14.
 17. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD005528. DOI: 10.1002/14651858.CD005528.pub2.
 18. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, et al. SOGC clinical practice guideline: Vaginal delivery of breech presentation: no. 226, June 2009. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107:169-76.
 19. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. *Birth* 2007; 34:65-79.
 20. Ministerio de Salud Pública. Guías de SSYSR. Manual para la Atención a la Mujer en el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio. MSP. Uruguay 2014
 21. National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010; 115:1279-95.
 22. Perinatal Services British Columbia. Examining cesarean delivery rates in British Columbia using the Robson Ten Classification. Part 1: understanding the ten groups. Vancouver: Perinatal Services British Columbia, 2011.
 23. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15: 179–94.
 24. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev* 2001; 12: 23–39.
 25. Silver R, Landon M, Rouse D, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1226-32.
 26. Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med* 2010; 8: 71.
 27. Tan JK, Tan EL, Kanagalingan D, Tan LK. Rational dissection of a high institutional cesarean section rate: an analysis using the Robson Ten Group Classification System. *J Obstet Gynaecol Res* 2014; published online Nov 5. DOI:10.1111/jog.12608.
 28. Torloni MR, Betrán AP, Souza JP, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS One* 2011; 6: e14566.

29. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Joshua P Vogel, Ana Pilar Betrán, Nadia Vindevoghel, João Paulo Souza, Maria Regina Torloni, Jun Zhang, Özge Tunçalp, Rintaro Mori, Naho Morisaki, Eduardo Ortiz-Panozo, Bernardo Hernandez, Ricardo Pérez-Cuevas, Zahida Qureshi, A Metin Gülmezoglu, Marleen Temmerman, on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. *Lancet Glob Health* 2015;3: e260–70 Published Online April 10, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X)
30. WHO. WHO recommendations for induction of labour. Geneva: World Health Organization, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf
31. Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth* 2014; 41: 237–44.

PREMATURIDAD

1. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP. 2014.
2. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva- Manual de Orientación Anticonceptiva. Métodos Temporales y Permanentes. MSP, 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: nacimientos prematuros Plan de salud perinatal y primera infancia. Resumen ejecutivo. Noviembre de 2011
4. UNICEF Nacidos demasiado pronto, informe de acción global
5. UNICEF Aprendizaje y Escolaridad del niño Prematuro: Desafíos para los niños, desafíos para nuestras escuelas. UNICEF

MORBIMORTALIDAD POR VIH/Sida Y TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS Y VIH

1. ANII. La población ante al estigma y la discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población trans, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH. Proyecto del Fondo Mundial “Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”. 2013
2. Cabrera S, Cotelo A, Antelo V, González G, Librán M, Perna A, Savio E. Late diagnosis of HIV infection in Uruguay, 2007-2009. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 17-20 July 2011, Roma, Italy. Abstract CDB028
3. Informe Sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2014. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011 Uruguay - Informe 2014. Disponible: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/URY_narrative_report_2014.pdf
4. López Gómez A, Benia W, Alemán A, Vázquez J. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1580) Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR, 2011

5. Ministerio de Salud Pública. Informes TV VIH – Sífilis elaborados por las Áreas Programáticas de ITS/VIH – Sida y SSySR. 2013-2014
6. Ministerio de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de VIH/Sida. DEVISA. Epidemiología. MSP. Diciembre 2015
7. Ministerio de Salud Pública. Estudio de carga global de enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT). MSP. 2015
8. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, et al. (2013) Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med* 2013; 10(2): e1001396. doi:10.1371/journal.pmed.1001396
9. ONUSIDA. Estudio sobre Estigma y discriminación hacia Personas Viviendo con VIH. Proyecto PAF A UNAIDS Programme Acceleration Funds. 2011
10. Quian J, Gutiérrez S, González V, et al. Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de inmunodeficiencia humana de tipo 1 en Uruguay: 1987-2009. Análisis de las diferentes medidas adoptadas. *Rev Chil Infect* 2012; 29: 87-94
11. The Gap Report. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica para la ejecución de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas. OPS-OMS. 2014
13. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional para la Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Estrategia de Monitoreo Regional. CLAP. OPS-OMS. UNICEF. 2010

DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

1. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña menores de 5 años. 2010.
2. Uruguay Crece Contigo. Comisión de Desarrollo Infantil Integral. (Documento de uso interno).
3. Schor EL. The Future Pediatrician: Promoting Children's Health and Development. *J Pediatr* 2007; 151:S11-S16
4. Mustard JF. Experience-based brain development: Scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. *Paediatr Child Health* 2006 Nov; 11(9): 571–572.
5. Artigas-Pallarés J. Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neurol* 2007; 44 (Supl 3): S31-S34
6. Wright R, Saul R. Epigenetics and Primary Care. *Pediatrics* 2013; 132: S216
7. Glascoe FP. Screening for developmental and Behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2005; 11: 173–179
8. James J. Heckman. La inversión en el desarrollo durante la primera infancia:

9. Reduce déficits y fortalece la economía [publicación periódica en línea] citado mayo 2015. En <http://heckmanequation.org/content/resource/la-inversi%C3%B3n-en-el-desarrollo-durante-la-primera-infancia-reduce-d%C3%A9ficits-y-fortale>
10. Blackman JA., Healy A., Rupert ES: Participation by pediatricians in early intervention: impetus from public law 99-457. Pediatrics 1992; 89: 98-102. 9.
11. Bennett F, Guralnick M: Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life, Ped Clin N Am 1991; 38:1513-28.

DISCAPACIDAD en el CURSO DE VIDA

1. Decreto del Ley del Programa Nacional del Pesquisa Neonatal y del Lactante 325/2013. Disponible en http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2013/10/msp_46.pdf
2. González T, Olesker D, Oreggioni I, Setaro M, Pradere G, Buglioli M, Carrasco P, Rodríguez M, Dean A (2009). La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009- Publicación MSP.
3. Instituto Nacional de Estadística (2013). Censo 2011 INE. Disponible en www.inw.gub/censos2011/index.html
4. Larrandaburu M, Noble A (2013). Los Defectos Congénitos. Síndrome de las tres D. Revista Médica del Uruguay; 29 (4).
5. Larrandaburu M, Noble A, Olivera Z (2013). Ministerio de Salud Pública, Plan Integral de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras-PIDCER. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DOCUMENTO%20MARCOS%20PIDCER.pdf
6. Ley N° 18651 (2010). Protección integral de personas con discapacidad. <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=>
7. MSP (2013a). Ordenanza N° 767/2013 http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DOCUMENTO%20MARCOS%20PIDCER.pdf
8. Ministerio de Salud Pública (2014). Ordenanza N° 800/2014 del MSP. www.msp.gub.uy
9. Ministerio de Salud Pública (2013b). Mercosur's Regional Strategy on Birth Defects and Disability (2013). Ministry of Public Health of Uruguay. <http://www.msp.gub.uy>.
10. Naciones Unidas (2006): Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), Nueva York. (Consultado en 01/08/2013). Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
Organización Mundial de la Salud (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Organización Mundial de la salud: WHO; 2001.
11. Organización Mundial de la Salud (2010). Organización Mundial de la Salud, Resolución sobre Defectos Congénitos. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-sp.pdf (Consultado en 01/06/2015).
12. Organización Mundial de la Salud (2011). Informe Mundial de la Discapacidad.

- Disponible en www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf (Consultado en 15/05/2015).
13. Organización Mundial de la Salud (2013). Organización Mundial de la Salud, Resolución sobre Discapacidad. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_12-sp.pdf (Consultado en 23/05/2015).
 14. Organización Mundial de la Salud (2014). Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad, aprobado por la 67ª Asamblea Mundial de la Salud disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf
 15. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (2014). Plan of action on disabilities and rehabilitation. 53rd Directing Council 66th Session of the Regional Committee of who for the Americas. http://www.OP.S.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774:53rd-directingcouncil&Itemid=41062&lang=es. Accessed 30 october 2014.
 16. Plan de Gobierno del F.A. (2015-2019, Disponible en: <http://www.frenteamplo.org.uy/index.php?Q=articulo&ID=1013>
 17. Programa Nacional de Discapacidad. PRONADIS. MIDES (2015) <http://pronadis.mides.gub.uy/>

ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD

1. Arnaiz J, Ayul S, Savio I, Fragilidad en el adulto Mayor: Diagnóstico y tratamiento integral, Revista Tendencias en Medicina, 2014; N° 44: 17 – 24. ISSN 0797-7271.
2. Besdine RW, Wetle TF, Improving health for elderly people: an international health promotion and disease prevention agenda. Ageing Clin Exp Res. 2010; 22(3):219-30.
3. Convención Inter Americana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Organización de Estados Americanos (O.E.A.). Aprobada en la Asamblea General de OEA, Cuadragésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones, 2015.
4. Frailty: A time for action. Editorial, European Geriatric Medicine, 2013; 4:215-216.
5. Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. En Hazzard W, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME (eds) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology (5ª ed). McGrawHill. New York. 2003. Pgs: 1487-1502.
6. García Férrez J. Ageísmo o etaísmo: La exclusión de los ancianos en utilización de recursos socio sanitarios, Bioética y Personas Mayores, 2009.
7. Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health, Consultation Draft, WHO, octubre, 2015. Disponible en: <http://who.int/ageing/consultaion/en>
8. Hazzard WR. Preventive gerontology: A personalized designer approach to a life of maximun quality and quantity. En Hazzard WR, Blass JP, Ettinger Jr. WH,

- Halters JB, Ouslander JG (eds) Principles of geriatric medicine and gerontology (4^a ed). McGraw Hill. New York. 1999. pgs: 239-244.
9. Health Information for Older Adults, Center for disease control and prevention, EUA. Consultado en octubre 2015, Disponible en <http://www.cdc.gov/aging/index.html>
 10. Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six- year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. N Engl J Med.1988; 319: 1365–1369.
 11. Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly Comparison of House Staff and Attending Physician Attitudes and Practices, Judith S. Black, MD; Terri Sefcik, MS; Wishwa Kapoor, MD, Arch Intern Med.1990; 150(2):389-393.
 12. Hubert HB, Bloch DA, Oehlert JW, Fries JF. Lifestyle habits and compression of morbidity. J Gerontol Med Sci. 2002; 57A:M347–M351.
 13. Lazo AM., Esperanza de vida al nacer. La Esperanza de Vida en Uruguay a los largo de los Siglos XIX, XX y XXI sus Probables valores futuros. BPS: Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social N° 40, 2013.
 14. Levy BR. "Eradication of ageism requires addressing the enemy within." The Gerontologist, 2001; 41(5), 578-579.
 15. Morley JE, Flaherty JH, It's Never Too Late: Health Promotion and Illness Prevention in Older Persons, Journal of Gerontology: Medical Sciences, 2002; 57A, No. 6, M338–M342.
 16. Nelson, T. (Ed.) (2002). Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older People. MIT Press. ISBN 978-0-262-64057-2.
 17. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Naciones Unidas, 2006; Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
 18. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Serie Recursos Humanos para la Salud, Washington, DC. OPS/OMS, 2012; N° 59: 3- 54. ISBN: 978-92-75-31671-9
 19. Penninx BWJH, Ferrucci L, Leveille SG, Rantanen T, Pahor M, Guralnik JM. Lower extremity performance in nondisabled older persons as a predictor of subsequent hospitalization. J Gerontol Med Sci. 2000; 55A: M691–M697.
 20. Plan de Acción Sobre la Salud De Las Personas Mayores Incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.144. a Sesión del Comité Ejecutivo, Resolución CE144.R13,Washington, D.C., EUA, 2009.
 21. Promoción de un envejecimiento activo y saludable. 58^a Asamblea Mundial de la Salud58^a Asamblea Mundial de la Salud, 115^a REUNIÓN, CONSEJO EJECUTIVO, Resolución EB115.R7, 2005.
 22. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. J Gerontol Biol Sci Med Sci. 2001; 56^a (Special Issue II):23–35.

23. Ribera Casado, JM. La Dependencia: También un problema médico. ¿Se puede prevenir la dependencia?, Real Academia Nacional de Medicina de España, Fundación CASER para la Dependencia, 2012.
24. Richardson JP. Health promotion in the nursing home patient. *J Am Board Fam Pract.* 1992; 5:127-136.
25. Robb C, Chen H, Haley WE. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 2002, (8), Issue 1: 1-12.
26. Strandberg T, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. *Lancet* 2007; 369:1328-1329.
27. Tomás C., Zunzunegui V., Moreno L.A., Germán C.- Dependencias evitables. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38:327.
28. Velázquez M del C, Alva, ME, Irigoyen Camacho. Sarcopenia: Un entidad de relevancia clínica actual. *Revista de Ciencias Clínicas*, 2011; 12 (1): 22- 33.
29. Vellas B, Cetac P, Morley JE, Implementing Frailty in Clinical Practice: We cannot wait. *J Nutr Health Ageing*, 2012; 16:7.

CUIDADOS PALIATIVOS

1. Abraham J.L. and Hansen-Flaschen J. Hospice care for patients with advanced lung disease. *Chest* 2002; 121(1): 220-29.
2. Alberti M, Lores R, Menchaca A. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Med. Uru* vol.24 no.1 Montevideo mar. 2008
3. Área de Salud de Segovia. Protocolo para la definición, organización y desarrollo de la atención en Cuidados Paliativos. 2012. Obtenido de: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2012/2octubre/sesion1/PROTOCOLO/PROTOCOLOCPALIATIVOS.AREASEGOVIA.doc> Mayo 2013
4. Arriola E, González R, Ibarzabal X y Buiza C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(4): 225-30.
5. Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH). A guide to the Development of Children's Palliative Care Services. 1ª ed. Bristol: The Association; 1997.
6. Bitton A, Lublin F.: Cuidados paliativos en pacientes con esclerosis múltiple. En: *Clínicas Neurológicas de Norteamérica*. 2001 (4) 797-825.
7. Cohen MI, Germain MJ, Poppel DM, Woods AI, Pekow PS, Kjellstrand CM. Dying well after discontinuing the life-support treatments of dialysis. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2513-18).
8. Colegio Médico. Anteproyecto Código Ética Médica. 2012. Obtenido de <http://www.colegiomedico.org.uy/> Febrero 2013
9. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, Torres I, Vargas Y, Herrera E, (2013). *Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP*. 1a edición. Houston: IAHP Press. Obtenido de <http://cuidadospaliativos.org/recursos/indicadores-de-cp> Febrero 2013

10. Gómez Batiste X. Modelos de atención. In Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stejrnsward J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Aran 2005; 56-79
11. Gómez Sancho M. 2003. Obtenido de: <http://www.mgomezsancho.com/esp/docsvarios/Organizaci.pdf> Febrero 2013
12. Gómez-Batiste X, Paz S, Porta J, espinosa J, Trelis J, Esperalba J. Principios básicos, definiciones y conceptos en la organización de Programas y Servicios Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Catalá d Oncología. 2009. Tomado de http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/ICO/Professionals/Documents/QUALY/Arxius/DOC_WHOCC%20ICO%20Definici%C3%B3n%20Cuidados%20Paliativos%20ESP.pdf
13. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la EAPC (European Association for Palliative Care). Cuidados paliativos para lactantes, niños y jóvenes. Los hechos. Ed: Fondazione Maruzza Lefebvre, Roma 2009
14. Human Right Watch. Global State of Pain treatment. Access to Palliative care is a Human Right. Obtenido de <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>. Febrero 2013
15. Junta Internacional de Estupefacientes. Información estadística sobre estupefaciente. 2011. Obtenido de http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2011/Part_FIVE_NAR-Report-201.pdf Febrero 2013
16. Levi S. Cuidados Paliativos en las personas mayores In Savio I et al. Manual de Geriátrica y Psicogeriatría. Montevideo, Oficina del Libro, 2004: 145-55
17. Himelstein B, Hilden J, Morstad A, Weissman D. Pediatric Palliative Care N Engl J Med 2004; 350: 1752-62
18. Levin R. Propuesta de creación de un Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2008. Obtenido de <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/PropuestaPlanNacionaldeCuidadosPaliativosUruguay.pdf> Mayo 2013
19. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007. Obtenido de: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf Mayo 2013
20. Ministerio de Salud Pública. Formulario Terapéutico de Medicamentos. 2012. Obtenido de: http://www.msp.gub.uy/uc_7146_1.html Febrero 2013
21. McNamara B, Rosenwax LK, Colman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 5-12
22. Organización Médica Colegial. Atención Médica al Final de la Vida. 2009. Obtenido de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_atencion_medica_final_vida_2009.pdf Mayo 2013
23. Organización Mundial de la Salud. Control de Cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. 2007. Obtenido de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343_spa.pdf. Mayo 2013
24. Organización Mundial de la Salud. Medicamentos esenciales. 2007. Obtenido de <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>
25. Organización Mundial de la Salud. 2012. Marco mundial de vigilancia integral, con

- inclusión de indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades. Obtenido de: http://www.who.int/nmh/events/2012/Discussion_paper3_ES.pdf. OMS. Febrero 2013
26. Pascual López A. Formación en Medicina Paliativa. In: Gómez Sancho M. Avances en Cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canarias: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria. 2003: 541-663
 27. Píriz, G; Ramos, L; Cardozo, A; Buccino, C; Goldner, C.; Carrasco, A; Grassi, A; Servioli, M.J.; Szabo, A; Alonso, R. Desempeño profesional y personal, a juicio del encuestado, en una muestra de médicos no oncólogos que asisten pacientes con cáncer. Libro del XXIX Congreso Nacional de Medicina Interna. Sociedad de Medicina Interna del Uruguay. 2000 (Ganador de 2º premio)
 28. Píriz G, Estragó V, Pattatrino C, Sandar T. Dolor en el paciente con cáncer: un problema no resuelto. Rev Med Uruguay 2004; 20: 32-43. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v20n1/art5.pdf> Mayo 2013
 29. Plan Integral de Atención a la Salud. Ministerio de Salud Pública. 2008. Obtenido de http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2227_1.htm Febrero 2013
 30. Plan de Acción propuesto por OPS para prevención y control del cáncer 2008-2015. Obtenido de: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-stakeholders-08.htm> Mayo 2013
 31. Poder Legislativo. Ley 18211. 2007. Obtenido de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211> Febrero 2013
 32. Poder Legislativo. Ley 18835. 2009. Obtenido de: www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18335.htm Febrero 2013
 33. Poder Legislativo. Ley 18473. 2009. Obtenido de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=1847> Febrero 2013
 34. Sepúlveda C. Perspectiva de la OMS para el desarrollo de Cuidados Paliativos en el contexto de Programa de Control de cáncer en países en vías de desarrollo. 2004. Obtenido de <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/coop-internacional/cp-td/laomsyloscpenpaisesen desarrollo.pdf> Mayo 2013
 35. Stjernsward J, Gómez-Batiste X. Medicina Paliativa. Perspectiva global. Cierre de la brecha entre el saber y hacer. In Walsh TD. Medicina Paliativa. 2010. Elsevier, España: 2-13
 36. Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel. Obtenido de <http://www.hmaciel.gub.uy/index.php/servicios-y-departamentos/departamentos-de-medicina-y-especialidades/25-medicina-paliativa> Mayo 2013
 37. Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.
 38. Valderrabano F., Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001; 38 (3): 443-64.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español

- http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
2. Bagnulo,H; M Barbato; Godino M. Los que sufren innecesariamente, Revista Médica del Uruguay, v.: 26, p.: 51 - 55, 2010 <http://www.rmu.org.uy/revista/26/1/2/es/8/>
 3. Bagnulo,H; BarbatoM; Godino, M, Basso J. Evaluación del riesgo en eventos adversos DECASEPA- DIGESA-MSP Revista Médica Del Uruguay, v.: 26, p.: 55 - 57, 2010 <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v26n1/v26n1a09.pdf>
 4. Encuesta nacional de comportamiento disruptivo. RMU <http://www.rmu.org.uy/revista/2014v4/art4.pdf>
 5. Epidemiología de la Infección Hospitalariapor Clostridium Difficile <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/epidemiolog%C3%ADa-de-la-infecci%C3%B3n-hospitalaria-por-clostridium-difficile>
 6. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. Acad Med. 2012 Jul;87(7):845-52
 7. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB. Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. Acad Med. 2012 Jul;87(7):853-8
 8. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. OMS http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 9. NPSA. NHS. La seguridad del paciente en siete pasos. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_s_p5.pdf
 10. Organización Panamericana de la Salud. Libro proyecto de cooperación Uruguay Costa Rica. OPS. MSP (Versión electrónica OPS)
 11. Resistencia antimicrobiana <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/resistencia-antimicrobiana>

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

1. Cross Organizational Team (COT). Hacia un Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Atención Primaria de Salud. Propuesta preliminar del COT Modelo de atención - 8/1/12. Disponible en: http://www.paho.org/cot-modelo-atencion/wp-content/uploads/2013/01/Hacia_un_modelo.pdf
2. Ministerio de Salud Pública. Gestión del acceso oportuno y de calidad. MSP. Diciembre 2014
3. Ministerio de Salud Pública. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. División Recursos Humanos del SNIS". DT 01/14. ISSN: 1688-8235. MSP. 2014.
4. Ministerio de Salud Pública. Componentes estratégicos de la planificación de la estrategia nacional de RRHH en la salud. DEMPESA – MSP. 2011
5. National Ageing Research Institute. What is person-centered health care? Melbourne: Victorian Government Department of Human Services; 2006.

6. Organization Mundial de la Salud. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6. World Health Organization 2015
7. Organization Mundial de la Salud. People-centred health care. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2007.
8. Organización Mundial de la Salud. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6. World Health Organization 2015

OBJETIVOS SANITARIOS

1. Cabella, Wanda. (Coordinadora). Análisis de situación en población uruguaya. Comisión Sectorial de Población. OPP. Montevideo, agosto de 2012
2. Department of Health. The Mandate. A mandate from the Government to NHS England: April 2014 to March 2015. 2014. En: www.gov.uk/dh
3. Department of Health. The NHS Outcomes Framework 2014/15 Technical Appendix. November 2013. En: www.gov.uk/dh
4. Department of Health. NHS Outcomes Framework 2014-15 Updated Equalities Analysis. November 2013. En: www.gov.uk/dh
5. Department of Health. The NHS Outcomes Framework 2014/15. November 2013. En: www.gov.uk/dh
6. Fernández Galeano M y Benia W, Futuros posibles de la salud y la enfermedad, Montevideo 2011. En: La Aventura Uruguaya. Tomo 2: ¿Naidés Más Que Naidés? – Rodrigo Arocena Y Gerardo Caetano (Coordinadores). Debate. Montevideo. 2012.
7. Fernández Galeano, M; Benia, W. Nuestro Tiempo. Salud. El derecho a la salud de los uruguayos. Comisión del Bicentenario. IMPO. Montevideo. 2013 - 2014.
8. Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. UDELAR. OPS. Montevideo. 2015.
9. Frente Amplio. Bases Programáticas. Tercer Gobierno Nacional del Frente Amplio 2015-2020. En: http://www.corteelectoral.gub.uy/ProgGob_2015_2020/Programa_nacional_FA_2015_2020.pdf
10. Gobierno de Chile. Metas 2011 – 2020. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile. 2010.
11. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Perú. Julio 2007. En: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos. OPS. OMS. 2014.
13. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País. 2013. Uruguay Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales. MIDES. 2013.
14. Sistema de Naciones Unidas. Uruguay, Análisis Común de País. Naciones Unidas. Uruguay. 2015

ANEXO 3**PARTICIPANTES EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL PROCESO DE DEFINICIÓN DE LOS OSN****PRIMERA CONSULTA PÚBLICA sobre Objetivos Sanitarios**

Fecha: 27, 28, 29 de mayo y 3 de junio de 2015. Funcionaron **grupos de trabajo** –uno por cada núcleo de problemas priorizados- donde participaron los equipos técnicos e invitados/as de otras instituciones.

3.1. Problema priorizado: Problemas referidos a la Primera infancia Sobre Aspectos nutricionales: Desnutrición, Obesidad, Anemia, Lactancia materna

Coordinadora de Equipo Técnico: **Lic. Nut. Ximena Moratorio**

Integrantes del Equipo Técnico:

Lic. Ximena Moratorio
Dra. Claudia Romero
Dra. Isabel Bove
Dra. Gabriela Amaya
Lic. Elisa Bandeira
Lic. Nora D Oliveira

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Dra. Adriana Iturralde**
- **Lic. Fabiana Peregalli**
- **Dra. Marta Napol**
- **Lic. Mónica Blanco**
- **Lic. Eugenia Oholeguy**
- **Dra. Dione Carrasco**
- **Dra. Catalina Pérez**
- **Dra. Karina Machado**
- **Dra. Cecilia Severi**
- **Lic. Florencia Koncke**
- **Lic. Carolina de León**
- **Dra. Rosario Satriano**
- **Lic. Natalia Rey**
- **Dra. Anabella Santoro**
- **Lic. Gabriela Berri**
- **Lic. Virginia Vodanivich**
- **Lic. Verónica Pandolfo**
- **Lic. Florencia Cerruti**

3.2. Problema priorizado: Alteraciones del Desarrollo infantil.

Coordinadora de Equipo Técnico: **Dra. Claudia Romero**

Integrantes del Equipo Técnico:

Dra. Mercedes Pérez

Dra. Gabriela Amaya

Dra. Marie Boulay

Dra. Cecilia Romero

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Dra. Laura Viola**
- **Dra. Gabriela Garrido**
- **Dra. Perla Vivas**
- **Dr. Álvaro Arroyo**
- **Dra. Magdalena Álvarez**
- **Dra. Alicia Canetti**
- **Dr. Gustavo Giachetto**
- **Dr. Walter Pérez**
- **Dra. Catalina Piriz**
- **Dr. Álvaro Galiana**
- **Dr. Alfredo Cerisola**
- **Dra. Annabella Santoro**
- **Dra. Nora Rodríguez**
- **Dra. Alicia Gil**
- **Dra. Cristina Ferolla**
- **Lic. Mariela Servetto**
- **Dra. Yolanda Echeverría**
- **Dra. Alicia Munyo**
- **Lic. Juan Mila**
- **Lic. Gabriela González**
- **Dr. Daniel Borbonet**
- **Dr. Gonzalo Giambruno**
- **Lic. Lía Fernández**

3.3. Problema priorizado: Problemas referidos a la Salud Sexual y la Salud Reproductiva. Alta incidencia de embarazo adolescente. Alta incidencia de Prematurez. Elevado índice de Cesáreas

Coordinadores de Equipo Técnico: **Dra. Ana Visconti. Dr. Rafael Aguirre**

Integrantes del Equipo Técnico:

**Dr. Rafael Aguirre
Lic. Agustin Bergeret
Prof. Cristina Espasandin
Lic. Andrea Ghione
Dra. Cristina Grela
Dra. Susana Grumbaum
Dra. Yeni Hortonedá
Dra. Giselle Tomasso
Dra. Ana Visconti**

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Dra. Abero Beatriz**
- **T. A. Abracinskas Lilián**
- **Ag. Soc. Ed. Álvarez Magdalena**
- **Dr. Arribeltz Gualberto**
- **Dr. Benia Wilson**
- **Dra. Benítez Yannina**
- **Dr. Borbonet Daniel**
- **Dr. Briozzo Leonel**
- **Proc. Campos Lorena**
- **Ed. Sex. Canteiro Paula**
- **Dra. Celia Migdal**
- **Dr. Cóppola Francisco**
- **Part. Fernández Cecilia**
- **Part. Figuerola Marisa**
- **Lic. Gabrielzyk Ingrid**
- **Dra. Galizia Verónica**
- **Dr. Giambruno Gonzalo**
- **Dra. Gorgoroso Mónica**
- **Dra. Graña Silvia**
- **Part. Jiménez Beatriz**
- **Dra. Lema Nancy**
- **Lic. Millán Nohelia**
- **Dra. Oliniski Mónica**
- **Ed. Soc. Pastore Paola**
- **Dr. Pérez Mario**
- **Lic. Rahi Fabiana**
- **Dra. Rieppi Leticia**

- **Mtro. Rossi Diego**
- **Obst. Part. Salut Valeria**
- **Lic. Psic. Sarasúa Gabriela**
- **Psic. Vieytes Soledad**

3.4. Problema priorizado: **Consumo de sustancias psicoactivas**

Coordinador de Equipo Técnico: **Mag. Agustín Lapetina**

Integrantes del Equipo Técnico:

Q.F. Alicia Plá
Dr. Ariel Montalbán
Lic. Carolina Fernández
Dra. María Fernanda Porteiro
Dr. Gabriel Rossi
Lic. Daniela Osorez
Dra. Silvia Graña
Dra. Gabriela Píriz
Mag. Agustín Lapetina

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Lic. Luis González**
- **Lic. Aloha González**
- **Lic. Héctor Suárez**
- **Dr. Juan Triaca**
- **Lic. Augusto Vitale**
- **Lic. Victoria González**
- **Dra. Susana Grunbaum**
- **Lic. Fernando Olivera**
- **Lic. Rossana Conti**
- **Dra. Susana Novaro**

3.5. Problema priorizado: **Morbimortalidad elevada por enfermedades Cardiovasculares, Cerebrovasculares, Respiratorias crónicas y Diabetes**

Coordinadora de Equipo Técnico: **Dra. María José Rodríguez**

Integrantes del Equipo Técnico:

Dra. María José Rodríguez
Lic. Andrea Mazzei
Lic. Graciela Herwig

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Dra. Silvia Melgar**
- **Mag. Lucía Stefanelli**
- **Dr. Julio Vignolo**
- **Lic. Estela Skapino**
- **Dra. Jacqueline Ponzo**
- **Lic. Inés Bausero**
- **Lic. Natalia Rey**
- **Dra. María Antonieta Dutra**
- **Dr. Eduardo Bianco**
- **Dr. Ricardo Rodríguez Buño**
- **Lic. Fernando Bertolotto**
- **Dra. Rosana Gambogi**
- **Dr. Enrique Soto**
- **Lic. Nut. Isabel Bove**
- **Dra. Lilia Martín**
- **Dr. Ronald Salamano**
- **Dra. Florencia Brunet**
- **Dr. Mario Zelarayán**
- **Dra. Catherine Ausqui**
- **Dra. Calíope Ciríacos**
- **Dr. José Pedro Arcos**
- **Dra. Elba Esteves**
- **Dra. Ana Lorenzo**

3.6. Problema priorizado: Morbimortalidad elevada por Cáncer

Coordinadora de Equipo Técnico: **Dra. Lucia Delgado**

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Enrique Barrios
Dr. Guillermo Rodríguez
Dr. Álvaro Luongo
Dra. Lucia Delgado

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Dra. Benedicta Caserta**
- **Dra. Silvia Melgar**
- **Dr. Julio Vignolo**
- **Dra. Marisa Buglioli**
- **Dr. Marcelo Barbato**
- **Dr. Gilberto Ríos**
- **Dr. Enrique Soto**
- **Dr. Washington Lauria**
- **Dr. Leonel Briozzo**
- **Dr. Justo Alonso**
- **Dr. Mario Varangot**

- **Dr. Gabriel Krygier**
- **Dra. Marta Aghazarian**
- **Dra. Alicia Carnelli**
- **Dr. Pedro Kasdorf**
- **Dr. Henry Cohen**
- **Dr. Eduardo Fenocchi**

3.7. Problema priorizado: Morbimortalidad elevada por Violencia y Lesiones

Coordinadora de Equipo Técnico: **Ed. DDHH Estela De Armas**

Integrantes del Equipo Técnico:

Ed. Soc. Andrea Fabbini
Lic. Soc. Agustín Lapetina
Lic. TS Carla Bellini
Dra Cristina Grela
Lic. Soc. Ricardo Alberti
Ed. DDHH Estela De Armas
En Consulta Dr. Gerardo Barrios

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Lic. Carla Calce**
- **Dra. Fernanda Lozano**
- **Lic. Karina Ruiz**
- **A.S. Nita Samuniski**
- **Lic. Nohelia Millan**
- **Dra. Graciela Scelza**
- **Dra. Irene Petit**
- **Lic. Alicia Farone**
- **Lic. Ingrid Gabrielzyk**
- **Lic. Ricardo Alberti**
- **Lic. M^a Noel López**
- **Dra. Silvia Graña**

3.8. Problema priorizado: Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental

Coordinadores de Equipo Técnico: **Dr. Ariel Montalbán y Dra. Denisse Dogmanas**

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Ariel Montalbán,
Dra. Denisse Dogmanas,
Dra. Susana Grumbaum,
Dra. Silvia Graña,
Dr. Italo Savio,

**Mag. Psic. Marilen Bettini,
Dra Cristina Grela**

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Psic. Marilen Bettini,**
- **Lic. Enf. Álvaro Díaz,**
- **Lic. Enf. Margarita Garay,**
- **Sra. Virginia Gaudenzi,**
- **Dra. Cristina Larrobla,**
- **Lic. Psic. Lia Maciel,**
- **Dra. Silvia Peláez,**
- **Lic. Psic. Susana Quagliata,**
- **Lic. Enf. María Luz Vázquez.**

3.9. Problema priorizado: Alta incidencia de Infecciones de transmisión sexual. Mortalidad por VIH/Sida

Coordinador/a de Equipo Técnico: **Dra. Susana Cabrera**

Integrantes del Equipo Técnico:

**Dr. Rafael Aguirre
Dra. Ana Visconti
Dra. Susana Cabrera**

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Lic. Lourdes Galván**
- **Lic. Mónica Castro**
- **Dr. Andrés Bálsamo**
- **Dr. Miguel Alegretti**
- **Dra. Teresa Picón**
- **Dra. Adriana Varela**
- **Lic. José L. Priore**
- **Dr. Héctor Chiparelli**
- **Dra. Dora Ruchansky**
- **Dra. Stella Gutiérrez**
- **Dra. Mariana Guirado**
- **Lic. Ingrid Gabrielzyk**
- **Lic. Juan José Meré**
- **Dra. Silvia Melgar**
- **Dra. Mariela Mansilla**
- **Lic. Lisett Collazo**
- **Lic. Florencia Forrisi**
- **Dra. Zaida Arteta**
- **Dra. Alicia Sosa**
- **Dr. Gabriel González**

3.10. Problema priorizado: Eliminación de Sífilis Congénita y TV de VIH

Invitados/as que participaron en la Consulta

- **Lic. Lourdes Galván**
- **Lic. Mónica Castro**
- **Dr. Andrés Bálsamo**
- **Dr. Miguel Alegretti**
- **Dra. Teresa Picón**
- **Dra. Adriana Varela**
- **Lic. José L. Priore**
- **Dr. Héctor Chiparelli**
- **Dra. Dora Ruchansky**
- **Dra. Stella Gutiérrez**
- **Dra. Mariana Guirado**
- **Dr. Daniel Borbonet**
- **Dra. Andrea Ghione**

3.11. Problema priorizado: Siniestralidad Vial

Coordinador de Equipo Técnico: **Dr. Gerardo Barrios**

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Pablo Inthamoussu
Ps. Ileana Poloni
Ps. Daniel Ventura

3.12. Problema priorizado: Discapacidad en el curso de vida

Coordinación del Equipo Técnico: **Dra. Mariela Larrandaburu**

Integrantes del Equipo Técnico:

Prof. Dr. Italo Savio
Dra. María José Bagnato
Lic. Nora d'Oliveira
Lic. Carolina Fernández
Dra. Silvia Graña
Dra. Cristina Grela
Prof. Dr. Juan Lacuague
Sr. Federico Lezama
Dr. Ariel Montalbán

Dra. Claudia Romero

Invitados/as que participaron en la Consulta:

- **Dra. Cristina Ferolla**
- **Dra. Graciela Queiruga**
- **Dra. Teresa Camarot**
- **Dra. Leda Roche**
- **Dra. Cristina Scavonne**
- **Dr. Alfredo Cerisola**
- **Dra. Rosanna Gamboggi**
- **Dra. Adriana Pérez**
- **Dra. Gabriela Garrido**
- **Dra. Vida Patiño**
- **Lic. Horacio Estrada**
- **Dra. Yubarandt Bespali**
- **Dra. Graciela Borelli**
- **Dr. Hugo Nuñez**
- **Dra. Laura De Castelet**
- **Psic. María del Carmen Abreu**
- **Dra. Mariela Mautone**

BORRADOR

JORNADA. Principales herramientas institucionales para la Rectoría disponibles en el MSP para la concreción de Objetivos Sanitarios Nacionales

Con los responsables de las coordinaciones técnicas. Realizada el 9 de julio de 2015 en Hotel Ibis

Se conformaron **5 equipos de trabajo a nivel del MSP**, un equipo **por cada Objetivo Estratégico**. Estos equipos reunieron a responsables de coordinaciones técnicas (directores/as de áreas programáticas).

Participantes del Ministerio de Salud Pública:

Autoridades:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1. Jorge Basso | 27. Susana Grumbaum |
| 2. Cristina Lustemberg | 28. Yeni Hortonedá |
| 3. Arturo Echeverría | 29. Giselle Jorcin |
| 4. Humberto Ruocco | 30. Agustín Lapetina |
| 5. Soledad Acuña | 31. Mariela Larrandaburu |
| 6. Jorge Quian | 32. Ima León |
| 7. Raquel Rosa | 33. Cecilia Martínez |
| 8. Gilberto Ríos | 34. Ariel Montalbán |
| 9. Julio Martínez | 35. Sandra Moresino |
| 10. Félix González | 36. Ximena Moratorio |
| | 37. Clara Niz |
| | 38. Ida Oreggioni |
| 11. Rafael Aguirre | 39. Gumer Pérez |
| 12. Lucía Alonso | 40. Teresa Picón |
| 13. Cati Ausqui | 41. Alicia Pla |
| 14. Victoria Arbulo | 42. Gabriela Pradere |
| 15. Marcelo Barbato | 43. Martín Rebella |
| 16. Wilson Benia | 44. María José Rodríguez |
| 17. Agustín Bergeret | 45. Norma Rodríguez |
| 18. Susana Cabrera | 46. Claudia Romero Oronoz |
| 19. Estela de Armas | 47. Martín Rodríguez |
| 20. Lucía Delgado | 48. Ítalo Savio |
| 21. Nora D'Oliveira | 49. Marcelo Setaro |
| 22. Denisse Dogmanas | 50. Laura Solá |
| 23. Lourdes Galván | 51. Giselle Tomasso |
| 24. Ana Gatti | 52. Jahel Vidal |
| 25. Andrea Ghione | 53. Ana Visconti |
| 26. Cristina Grela | |

Participantes por la Organización Panamericana de la Salud:

1. **Eduardo Levcovitz**
2. Miguel Fernández Galeano
3. Ricardo Rodríguez Buño

JORNADA. Objetivos Sanitarios Nacionales: Problemas críticos, Resultados esperados y Líneas de acción

Con Direcciones Departamentales y equipos por Objetivo Estratégico. 25 de setiembre de 2015 en Hotel Balmoral.

Participantes en la actividad con las Direcciones Departamentales de Salud(DDS) y según diferentes Objetivos Estratégicos.

Nombres	Participación
Basso, Jorge	Ministro
Lustemberg, Cristina	Subsecretaria
Echevarría, Arturo	JUNASA Presidente. MESA DE APERTURA
Quian, Jorge	DIGESA-Director General. MESA DE APERTURA
Rosa, Raquel	DIGESA-Subdirectora. MESA DE APERTURA
González, Félix	Dirección Coordinación. MESA DE APERTURA
Ruocco, Humberto	Director General Coordinación MESA DE APERTURA
Acuña, Soledad	Directora Comunicaciones. MESA DE APERTURA
Ríos, Gilberto	JUNASA Director Médico. MESA DE APERTURA
Fernández, Miguel	OPS/OMS
Bove, Isabel	Asesora Ministro. APERTURA
Galván, Lourdes	Asesora Ministro. APERTURA
Grela, Cristina	Asesora Ministro. APERTURA
Garateguy, Oscar	Coord. Administrativa. APERTURA
Benia, Wilson	DIGESA
Crosi, Alejandra	DDS-Grupo 4
Barreto, María	DDS-Grupo 5
Espillar, Magdalena	DDS-Grupo 5
Reherman, Gabriel	DDS-Grupo 1
Moreno, Mauricio	DDS-Grupo 2
Otormin, Mónica	DDS-Grupo 2
Paradedá, Miguel	DDS-Grupo 2
Yon, Héctor	DDS-Grupo 2
Benavidez, Carlos	DDS-Grupo 3
González, Cristina	DDS-Grupo 3
González, Aída	DDS-Grupo 3
Mota, Jorge/ Eugenio, Petit	DDS-Grupo 4
Valiero, Gerardo	DDS-Grupo 4
Tomasco, Ana	DDS-Grupo 5
Moresino, Sandra	MODERADOR Grupo 1
Rodríguez, Martín	MODERADOR Grupo 2
Vidal, Jahel	MODERADOR Grupo 3
D'Oliveira, Nora	MODERADOR Grupo 4
Gatti, Ana	MODERADOR Grupo 5

Lapetina, Agustín	Obj. Estratégico 1
Mazzei, Andrea	Obj. Estratégico 1
Moratorio, Ximena	Obj. Estratégico 1
Rossi, Gabriel	Obj. Estratégico 1
Soto, Enrique	Obj. Estratégico 1
De Armas, Estela	Obj. Estratégico 2
Luongo, Álvaro	Obj. Estratégico 2
Montalban, Ariel	Obj. Estratégico 2
Rodríguez, Ma. José	Obj. Estratégico 2
Visconti, Ana	Obj. Estratégico 2
Cabrera, Susana	Obj. Estratégico 3
Grunbaum, Susana	Obj. Estratégico 3
Lacuague, Juan	Obj. Estratégico 3
Píriz, Gabriela	Obj. Estratégico 3
Romero, Claudia	Obj. Estratégico 3
Savio, Italo	Obj. Estratégico 3
Godino, Mario	Obj. Estratégico 4
Barbato, Marcelo	Obj. Estratégico 4
Oreggioni, Ida	Obj. Estratégico 5
Pradere, Gabriela	Obj. Estratégico 5
Rodríguez, Norma	Obj. Estratégico 5
Setaro, Marcelo	Obj. Estratégico 5
Pose, Carlos	RELATOR Grupo 1
Bouyssonade, Susana	RELATOR Grupo 2
Toma, Emilio	RELATOR Grupo 3
Gorosterrazu, Juan	RELATOR Grupo 4
Rodríguez, Aracely	RELATOR Grupo 5
Pascale, Graciela	Secretaria
Murialdo, Cecilia	Secretaria

ANEXO 4**NORMATIVA VIGENTE VINCULADA A LOS OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES**

Pag. en doc.	Ley	Decreto	Ordenanza MSP	
23	19259/14			Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco
25-26-81	19140/2014			Alimentación saludable en los Centros Educativos
30-94	19172/2013			Regulación y control del cannabis
30		120/2014		Reglamentación cannabis de uso no medicinal
30		46/2015		Reglamentación cannabis de uso medicinal
30			485/2013	Reglamentación alcohol en adolescente, referidos a espacios adolescentes
33			402/2006	Exoneración tickets para Papanicolaou y mamografías
33			466/2012	Programa Nacional de Prevención Integral de Cáncer de Cuello Uterino
40 y 51			567/2014	Prueba de tamizaje VIH
51			447/2012	Reglamentación sífilis
51		35/2014		Recomendaciones en mujeres sobre sífilis
55	18651/2010			Protección integral a las personas con discapacidad
56		325/2013		Incorporaciones al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante
95	14294/74			Medidas contra el comercio ilícito de drogas
95	17016/98			Dependencias físicas o psíquicas a referentes a estupefacientes o sustancias químicas
95		391/02		Reglamentación de precursores y productos químicos y sus anexos I, II y III
128-133	17514/2002			Ley de erradicación de la violencia doméstica
174	16095/89			Sistema de protección integral a las personas con discapacidad
174	18651/2010			Estrategias para la prevención de la deficiencia y la discapacidad
183			660/2006	Creación Comisión Asesora sobre eventos adversos en el área de la salud
183			481/2008	Creación Comisiones Institucionales de

				Seguridad del Paciente-COSEPA
189		81/12		Contrato Gestión con los prestadores
192			603/2013	Sistema de agendas de consultas externas
En Bibliografía				
207	ley	decreto	ordenanza	
206	18211/07			Sistema Nacional Integrado de Salud
206	18426/09			Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva
206	18437/08			Ley General de Educación. Art.74 Defensa de los Derechos de la Adolescente Embarazada
206	18987/12			Interrupción voluntaria de embarazo (IVE)
207		293/10		Reglamentación Ley del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva
207		295/97		Pesquisa VIH a todas las embarazadas previo consentimiento informado
207		67/06		Reglamentación a la Ley de acompañamiento de la mujer en el parto, parto y nacimiento
207		383/2010		Incorporación de la ligadura tubaria por laparoscopia y la vasectomía dentro del PIAS
207		009/2011		Instituciones deben brindar condones masculinos a sus usuarios
207		292/2012		Incorporación de la colocación del DIU como prestaciones del PIAS
207		375/2012		Reglamentación Ley interrupción voluntaria del embarazo