

APUNTES PARA UN MODELO EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

1. Informe OMS 2000

El informe de Situación del sistema sanitario finalizaba con la reivindicación de las Orientaciones Estratégicas de la OMS: **situando la salud en el centro del programa de acción del desarrollo del país, desarrollando un modelo epidemiológico nacional que controle los principales factores de riesgo, reduciendo el exceso de morbimortalidad en general y en las poblaciones pobres y marginadas en particular y fortaleciendo el sistema de salud.**

2. Patologías determinantes, Factores de Riesgo

Las patologías principales, que determinan el mayor volumen de morbimortalidad y discapacidad son patologías crónicas, con una historia natural prolongada, primero subclínica y silenciosa y luego clínica, en donde intervenciones médicas sencillas pueden prevenir la enfermedad o si esta se manifiesta, demorar y atemperar sus complicaciones., reduciendo el número de pacientes que requieren terapéutica intervencionista disminuyendo la mortalidad y mejorando la calidad de vida.

Dichas patologías no reconocen una etiología única, si bien existe en la actualidad, un conocimiento de las mismas, están asociadas a múltiples factores de riesgo, entendiéndose por éstos a patologías, hábitos o estilos de vida asociados estadísticamente de forma significativa ., la mayoría de ellos modificables.

3. Transición epidemiológica

El Uruguay , como la mayoría de los países del tercer mundo soporta desde hace bastante tiempo, la dominancia de enfermedades no transmisibles como principales causas de morbimortalidad. Destacando las enfermedades cardiovasculares, la patología neoplásica y los accidentes que se suma a la morbimortalidad de las enfermedades transmisibles , en especial el HIV.

El informe de la OMS del 2003 plantea:” las enfermedades cardiovasculares no sólo han aparecido prácticamente en todos los países – exceptuados los más pobres de todos –, sino que ya se han propagado de forma notable; esta carga cada vez mayor representa una amenaza real de entorpecimiento del desarrollo social y económico. Los factores de riesgo sirven de indicadores del estado de salud futuro, y cinco de las 10 principales amenazas mundiales guardan relación con enfermedades no transmisibles (1) como la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la hipercolesterolemia, la obesidad o el sobrepeso. Esto forma parte de la llamada «doble carga», una transición epidemiológica sobradamente documentada, dentro- de la cual la aparición de las enfermedades no transmisibles , con una serie de factores de riesgo compartidos, viene a sumarse a la persistente amenaza de las enfermedades transmisibles En consecuencia, se precisan ahora sistemas de salud capaces de ofrecer una respuesta integral al conjunto de las enfermedades comunes con independencia de su origen.”

4. Transición demográfica

La población del Uruguay ,como todas las poblaciones del mundo sufre un proceso de envejecimiento, siendo una población de carácter estacionario,. Esta tendencia tiene consecuencias epidemiológicas aumentando la importancia de las enfermedades no transmisibles :enfermedades cardiovasculares y tumores malignos , requiriendo una mayor respuesta del sistema de salud.

5. Marginación

Se ha señalado la creciente latinoamericanización de Uruguay, como consecuencia de la aplicación de políticas económicas excluyentes , que llevaron a la pauperización de importantes sectores sociales. El estudio de la CEPAL, indica que en 1996 las personas por debajo de la línea de pobreza eran el 23% del total, subiendo al 44% de los niños de 0 a 4 años y al 38% de los niños de 5 a 9 años. En el 2002, estas cifras aumentan un 50%, siendo respectivamente de 32,9%, 61,9% y 59,6%. Según estudios recientes existen un total de 480 asentamientos de los cuales 350 están situados en Montevideo. De esta manera la marginación se convierte en un factor de riesgo mayor para un importante sector de la población, en especial niños. Factor de riesgo que se desdobra en múltiples patologías y carencias sociales y que determinarán un elevado número de defunciones prevenibles y de vidas limitadas por algún tipo de discapacidad.

La desnutrición proteino-calórica se manifiesta crudamente con el fallecimiento de niños en Montevideo (4) y Artigas (2), y con niños que evidenciarán secuelas en su desarrollo físico e intelectual, consecuencia del aporte insuficiente de alimentos: canastas de INDA que se reducen a la mitad, que muchas veces tienen alimentos en mal estado, familias comiendo de la basura, pasto o alimento para perro. La intoxicación por plomo es una patología que fundamentalmente afecta a niños de sectores pauperizados., 800 niños la mayoría de asentamientos están intoxicados, y varios de ellos tienen índices de contaminación severos, con consecuencias neurológicas: convulsiones, trastornos de conducta, dificultad de aprendizaje, comprometiendo su calidad de vida.

La carencia de agua potable y saneamiento, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de transmisión hídrica, hepatitis e infecciones gastrointestinales. La vivienda muy precaria está asociada a patología infecciosa: parasitosis, diarreas, infecciones de piel e infecciones respiratorias y asma. A su vez es un factor de riesgo para la morbilidad traumática, incendios, quemaduras.

La pauperización, la desocupación y la precarización laboral desencadenan un aumento de la frustración y la violencia que se manifiesta como violencia familiar y en centros de estudio, no siendo la única causa de la misma., y como delincuencia especialmente la infantil y juvenil.

La dificultad de acceso a los centros de salud, se refleja en deficiente inmunización de las poblaciones que más lo necesitan. Según fuentes del MSP, el 20% de los niños de los asentamientos no están vacunados.

No nos extraña que los indicadores sanitarios de Uruguay hayan caído en relación a otros países de América., con una mortalidad infantil de 15,3 cae especialmente en el "Índice de igualdad en la supervivencia infantil" con oscilaciones en la tasa de mortalidad infantil que van de 5 en las zonas acomodadas a más de 35 en las zonas marginadas

6. Conferencia Internacional de la OMS da Alma Ata 1978.

A pesar de los años transcurridos y de los nuevos retos epidemiológicos, continúan manteniendo plena vigencia las líneas centrales de atención primaria elaboradas en Alma Ata: Las prioridades eran asegurar una buena nutrición, agua potable y saneamiento, la salud de la madre y el niño, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y el control de las enfermedades endémicas locales y el suministro de medicamentos esenciales.

7. Principales causas de mortalidad en Uruguay período 1990-1999

De acuerdo al informe de la Comisión honoraria para la salud Cardiovascular las principales causas de muerte fueron:

- 1) Enfermedades del aparato circulatorio (%, 38.7, 38.7, 37.9, 37.7, 36.5, 36, 35.9, 34.8, 35, 33.7)
- 2) Tumores malignos (%, 22.8, 22.7, 22.9, 21.9, 23.2, 22.4, 23.1, 24.8, 23.5, 22.6)
- 3) Accidentes (%, 4.8, 4.7, 6.6, 6.9, 7.1, 6.8, 5.2, 4.9, 4.6, 4.4)
- 4) Infecciones respiratorias (%, 2.6, 2.9, 2.9, 3.0, 2.5, 3.0, 3.0, 3.1, 3.4, 3.5)
- 5) Trastornos mentales (%, 2.1, 1.9, 2.2, 2.3, 2.5, 2.5, 2.3, 2.5, 2.9, 2.7)
- 6) Diabetes (%, 2.0, 2.1, 2.3, 2.0, 2.0, 2.0, 2.0, 1.9, 1.9, 2.1)
- 7) Seguirían luego con índices menores: afecciones perinatales, enfermedades de la infancia, enfermedades maternas, VIH/SIDA, Tuberculosis

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

La principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares, que implican un tercio del total de la mortalidad, como en la mayoría de los países del mundo, implicando un total de 41734 años de vida potencialmente perdida, reflejando el carácter prematuro de la mortalidad cardiovascular. Además existe un elevadísimo costo sobre todo a nivel del tratamiento terciario y por las discapacidades generadas. Del total de muertes cardiovasculares del año 1999, 10878, las enfermedades cerebrovasculares (infarto isquémico, hemorrágico, lacunar, de fosa anterior o posterior) constituyeron el 33.3% del total, las enfermedades isquémicas del corazón, (angina inestable, infarto, muerte súbita) representaron el 30.6%. El rubro "otras formas de enfermedades del corazón" incluye cardiopatías congénitas, valvulopatías excepto las de origen reumático, miocardiopatías primarias y secundarias (especialmente las isquémico-hipertensivas), implicaron 23.6% de la mortalidad cardiovascular. Las enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares (aneurisma de aorta, disección de aorta, arteriopatía obstructiva, angioesclerosis) representaron el 5% de la mortalidad cardiovascular. Las enfermedades hipertensivas (hipertensión acelerada-maligna, hematoma encefálico) representaron el 4%

de la mortalidad cardiovascular. Con menores porcentajes siguen las enfermedades cardiopulmonares y las enfermedades reumáticas crónicas.

Aterosclerosis. Factores de riesgo cardiovascular.

La principal patología subyacente a las enfermedades cardiovasculares es la aterosclerosis, ocupando a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, el primer lugar en mortalidad, mortalidad prematura y discapacidad. La aterosclerosis es una enfermedad vascular que afecta a arterias musculares o distribuidoras y a arterias elásticas de gran calibre (básicamente coronarias, polígono de Willis, carótidas, aorta y arterias de extremidades inferiores). Es una enfermedad crónica muchas veces con largas evoluciones asintomáticas y complicaciones agudas a punto de partida de los accidentes de placa, y la trombosis oclusiva sobreañadida, por lo que se la ha denominado Aterotrombosis.

Debemos señalar además la patología de las arterias de pequeño calibre y arteriolas, la arterioesclerosis, vinculada a la hipertensión y diabetes que si bien pueden afectar la mayoría de los tejidos, complicando el pronóstico de la enfermedad vascular, afecta prioritariamente el riñón y el sistema nervioso, desencadenando graves secuelas: insuficiencia renal, neuropatías.

Innumerables estudios epidemiológicos desde el estudio Framingham en adelante, señalan la importancia de ciertos factores genéticos o adquiridos que aumentan sensiblemente el riesgo de aterosclerosis. Existen factores de riesgo no modificables: la Edad, el Sexo y la Predisposición familiar. La Edad factor de riesgo común a muchas patologías crónicas, señala el mayor tiempo de exposición a la noxa. El Sexo se refiere a la protección relativa de la mujer en la edad reproductiva, vinculada según estudios a la anemia relativa y pérdida de factores coagulantes resultante del ciclo menstrual. La Predisposición familiar implica alteraciones genéticas, por ejemplo hipercolesterolemia familiar, una de las patologías genéticas más frecuentes, 1 cada 500 individuos presentan la variedad heterocigota, con riesgo de aterosclerosis prematura.

El resto de los factores de riesgo son modificables:

1. Hipertensión arterial.

Es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial. En nuestro país la prevalencia también es alta oscilando en la población adulta y anciana en el entorno del 25 % al 46 % en distintos estudios. A su vez solamente entre un 15% y un 29% de dicha población tenían un adecuado control. Kaplan divide las complicaciones vasculares de la HTA en hipertensivas (fase maligna acelerada, apoplejía hemorrágica, insuficiencia cardíaca congestiva, nefroesclerosis, disección aórtica) y ateroescleróticas (cardiopatía coronaria, muerte súbita, otras arritmias, apoplejía aterotrombótica, enfermedad vascular periférica). Las primeras se deben más directamente al aumento específico de la presión arterial y pueden prevenirse con sólo disminuir las cifras de presión, las segundas tienen causa múltiple. Como factores de riesgo de HTA mencionamos: el elevado consumo de sodio y el bajo consumo de potasio, el elevado consumo de mate, el consumo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo, el estrés y el consumo de ACO en población predispuesta

2. Dislipemia.

Es uno de los factores predictivos más importantes de aterosclerosis. Hay una fuerte relación independiente y progresiva entre el colesterol total o el nivel de LDL y el riesgo de arteriopatía ateroesclerótica. A nivel de nuestro país, los datos publicados por el MSP en el Boletín Epidemiológico del año 1995, obtenidas en el período 1991-1993, concluyen que el 56.68% de los hombres y el 57.42% de las mujeres entre 19 y más de 60 años tienen colesterol total por encima de 200 mg/dl. A pesar que la dislipemia puede ser secundaria a otras patologías (diabetes, hipotiroidismo) y a enfermedades genéticas, el nivel de colesterol plasmático depende en gran medida del ingreso dietético en forma de colesterol y grasas saturadas

3. Diabetes

La Diabetes se acompaña de un incremento de arteriopatía ateroesclerótica (cardiopatía isquémica, apoplejía aterotrombótica, arteriopatía obstructiva de miembros inferiores) y de complicaciones microangiopáticas (retinopatía, neuropatía, nefroangioesclerosis). A nivel de América Latina y el Caribe, existían en el 2000 según la OMS 35 millones de diabéticos. En el Uruguay se estima que existen 200.000 personas con diabetes, alrededor del 7% de la población de las cuales casi la mitad ignora que la padece. Como factores de riesgo mencionamos la disalimentación (elevado consumo de hidratos de carbono simples, consumo excesivo de mate dulce, escaso aporte de fibras, elevado aporte de grasa saturada, obesidad, el alcoholismo y el sedentarismo.

4. Tabaquismo

Según el Informe de la OMS del 2003, “El consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco y la exposición al humo ajeno constituyen la principal causa mundial de defunción prevenible y son responsables de unos cinco millones de muertes al año, que se concentran principalmente en los países pobres y en las poblaciones más desfavorecidas. Según revelan las últimas estimaciones, de los cerca de cuatro millones de hombres y un millón de mujeres que fallecieron, más de dos millones de hombres y 380 000 mujeres pertenecían a países en desarrollo (12). El número de víctimas se duplicará en los próximos 20 años si no se generaliza la adopción de intervenciones eficaces que ya están disponibles.” En el Uruguay el 30% de los mayores de 12 años fuma, señalándose una disminución de la edad de inicio y una feminización del consumo. No hay una enfermedad específica provocada por el tabaquismo pero se lo relaciona con múltiples enfermedades: con la aterosclerosis en todas sus manifestaciones clínicas ,con todos los tipos de cáncer (en especial tráquea , pulmón y bronquio, laringe, labio, cavidad bucal, faringe, esófago y vías urinarias y vejiga) ,y con las neumonías y las EPOC. En el Uruguay es responsable de 5000 muertes anuales

“La globalización de la epidemia de tabaquismo puede socavar incluso los mejores programas nacionales de control. La epidemia se está propagando por el mundo entero y va ganando intensidad debido a una compleja combinación de factores con efectos transfronterizos, como la liberalización del comercio, las inversiones extranjeras directas y otros elementos como el empleo a nivel mundial de estrategias de comercialización o campañas transnacionales de publicidad, promoción y patrocinio, o el tráfico internacional de cigarrillos de contrabando o falsificados. El reconocimiento de esta situación hizo que los 192 Estados Miembros adoptaran en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2003 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Este tratado, el primero que se negocia bajo los auspicios de la OMS, marca un punto de inflexión en la lucha contra una de las principales causas de defunción a nivel planetario: anuncia el comienzo de una nueva era para las actividades nacionales e internacionales de control del tabaco. El CMCT es un tratado basado en criterios científicos que reafirma el derecho de todas las personas a disfrutar del mayor nivel posible de salud; representa además un cambio paradigmático porque propone una estrategia normativa para la lucha contra sustancias que producen dependencia.

Contrariamente a anteriores tratados de lucha contra diversas drogas, el CMCT confirma la importancia de las estrategias de reducción de la demanda al tiempo que aborda aspectos relacionados con la oferta.”

5. Sobrepeso, Obesidad, Síndrome Metabólico

Se los considera un factor de riesgo mayor para la aterosclerosis, por la frecuente asociación con la HTA, o en el caso del Síndrome metabólico , integrando un conjunto de disfunciones (obesidad abdominal, intolerancia a la glucosa, HTA, dislipemia) que lo ubican como un factor de riesgo por sí mismo. Se estima que un 55% de la población adulta padece sobrepeso.

6. Disalimentación.

El estilo predominante nutricional tiende al desarrollo de la aterosclerosis: alto consumo de sodio, bajo consumo de potasio, alta ingesta de grasas saturadas y colesterol en relación a las grasas insaturadas, excesivo consumo de carne roja, bajo consumo de fibra y vitaminas naturales, bajo consumo de frutas y verduras, elevada ingesta de hidratos de carbono simples, exceso de consumo de mate.

7. Sedentarismo.

El Sedentarismo está asociado a un riesgo aumentado de aterosclerosis, El ejercicio mejora la tolerancia a la glucosa, promueve efectos favorables en el perfil lipídico, previene el sobrepeso, acondiciona el sistema cardiovascular, aumenta la fibrinólisis, en suma disminuye el riesgo cardiovascular.

8. Estrés

EL estrés, situación fisiológica de adaptación al ritmo acelerado de la vida, a situaciones existenciales límites, produce un aumento del riesgo cardiovascular.

9. Alcoholismo

Si bien un consumo moderado de vino, 250ml por día está asociado con un efecto protector , el alcoholismo es un factor de riesgo dado que el alcohol posee efecto hipertensor, arritmogénico y es un tóxico miocárdico.

TUMORES MALIGNOS. FACTORES DE RIESGO

Los tumores malignos, constituyen la segunda causa de mortalidad . En 1999 fallecieron 7337 personas víctimas de cáncer, representando el 22.6% de la mortalidad, con una tasa de mortalidad por 100,000 habitantes de 221.4.

En la mujer la principal causa de muerte neoplásica es el cáncer de mama, con una mortalidad anual de más de 650 mujeres y una incidencia de 1800 casos anuales. Uruguay es uno de los países con mayor incidencia de cáncer de mama (76/100000 habitantes) , la ciudad de Montevideo es la de mayor incidencia a nivel mundial (93/100000 habitantes) En segundo lugar se ubica con una mortalidad creciente el cáncer de pulmón. En tercer lugar se sitúa el cáncer de colon. En orden decreciente se ubican otras neoplasias, cáncer de cuerpo de útero, cáncer de esófago, cánceres hematológicos cáncer de piel, etc.

En el hombre, el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar en relación a la mortalidad por tumoración maligna, en segundo lugar se sitúa el cáncer de próstata, y en tercer lugar el cáncer de colon, siguiendo en orden decreciente el cáncer de esófago , el de estómago, cánceres hematológicos, de piel ,etc.

El cáncer de mama es considerado el primer cáncer femenino por mortalidad, por incidencia y por morbilidad, ocupando el primer lugar en cuanto al número de cirugías, radioterapia y quimioterapia.

Los factores de riesgo son :

1. Edad

Rara vez se presenta antes de los 25 años, luego puede ocurrir a cualquier edad con frecuencia máxima poco antes de la menopausia, o después.

2) Antecedentes familiares de cáncer de mama.

1) Nulíparas frente a multíparas.

2) Mujeres que han tenido su primer hijo en edad avanzada.

3) Menarca precoz , menopausia tardía.

4) Papel protector de la lactancia.

5) Obesidad

6) Disalimentación.: elevado consumo de grasas saturadas, papel de plaguicidas y otros contaminantes ambientales con actividad biológica similar estrógena y de conocidos efectos cancerígenos ,posible uso de hormonas en las raciones de ciertos animales.

7) Suplementación hormonal (estrógeno y/o progestágeno) en la menopausia.que de acuerdo a varios estudios internacionales (WHI, MILLION WOMEN,y la reciente suspensión de la segunda rama del estudio multicéntrico sobre efectos de terapia de sustitución hormonal por el NIH), ya que aumentan significativamente la incidencia de cáncer de mama, infarto, y accidentes cerebrovasculares., lo que ha motivado una comunicación de la Sociedad Uruguaya de Mastología alertando a la población femenina.

El cáncer de pulmón es considerado el primer cáncer por su incidencia y mortalidad creciente, así como por su gravedad y pobre supervivencia. En nuestro país es responsable de aproximadamente el 12% de las defunciones por cáncer, habiéndose duplicado su incidencia en la mujer.

1. El principal factor de riesgo es la exposición crónica al humo del tabaco propiciado por tabaquismo activo o pasivo, responsable de la inmensa mayoría de los cánceres de pulmón, laringe, labio, cavidad bucal y faringe y esófago y responsable de un 25% del resto de los tumores malignos. Según un informe de la Junta Nacional de Drogas, año 2002, el 32% de la población adulta es fumadora, el 25% de los médicos fuma y en la enseñanza media fuman aproximadamente un 20%.
2. Contaminación atmosférica, actual mente se ha denunciado el mtv antidetonante usado en las naftas por su efecto cancerígeno estando prohibido su uso en varios países.
3. Contaminantes industriales , Asbesto.

El cáncer de próstata causa en nuestro país más de 500 fallecimientos y registra cerca de mil casos nuevos por año, no obstante si es diagnosticado precozmente, los índices de supervivencia superan el 90 % .Los principales factores de riesgo son:

1)Edad, como en todas las patologías crónicas la edad especialmente a partir de los 50 años y luego en forma creciente aumenta el riesgo .

2)Antecedentes familiares, si existen, padre o tíos el riesgo aumenta por tres

3) Sobre peso Obesidad.

4) Disalimentación. Exceso de consumo de grasas saturadas, plaguicidas y otros contaminantes ambientales de conocido efecto cancerígeno.

El cáncer de colon y recto es uno de los principales cánceres por su incidencia , y por la discapacidad y mortalidad, situándose en el tercer lugar por el número de defunciones. Los principales factores de riesgo son:

- 1) Edad, la edad más frecuente de presentación es entre los 50 y 70 años.
- 2) Antecedentes familiares.(Síndrome polipósico familiar y no polipósico.)
- 3) Disalimentación. El exceso de ingesta de proteínas y grasas animales, especialmente ahumados, unido al escaso aporte de frutas y verduras, con el consiguiente reducido aporte de fibra y vitaminas

El cáncer de esófago presenta una incidencia y mortalidad destacada, siendo los factores de riesgo:

- 1) Edad, aparece más frecuentemente por encima de los 50 años.
- 2) Sexo, predominio masculino en proporción 4 a 1.
- 3) Patología esofágica previa, (esófago de Barrett)
- 4) Tabaquismo.
- 5) Alcoholismo.
- 6) Bebidas calientes (mate)

ACCIDENTES

Los accidentes y muertes violentas se sitúan en la tercera causa de mortalidad, destacando los accidentes de tránsito por la creciente mortalidad mas de 700 muertes anuales , siendo la primera causa de muerte para menores de 35 años, la discapacidad severa que ocasionan y los altos costos sanitarios generados constituyéndose en una auténtica epidemia. Según la OMS cada año 20 millones de personas sufren traumatismos graves o encuentran la muerte en las carreteras del mundo.la incidencia es mayor en los países en desarrollo.En nuestro país asistimos a un aumento en el primer cuatrimestre del año de un 40% de accidentes comparado con igual período del año pasado. Como factores de riesgo de los accidentes de tránsito se señalan :

- 1) Alcoholismo y drogadicción
- 2) Conducción bajo los efectos de medicación psiquiátrica que altera el estado neurológico.
- 3) Conducta de riesgo, pautada por individualismo extremo y agresividad., violando las normas de tránsito .
- 4) Mala señalización

." Las tasas de letalidad están disminuyendo en los países de ingresos altos, pero aumentan con rapidez en el mundo en desarrollo, especialmente en Asia (27).Dado que el parque automovilístico aumenta rápidamente en los países en desarrollo, las carreteras se están volviendo notablemente más peligrosas; así como cabe prever un incremento en la utilización de vehículos, es posible vaticinar también un aumento de las defunciones y los traumatismos entre los usuarios vulnerables de la vía pública. Aunque hay posibilidades de lograr un compromiso mundial para el control de esta epidemia, ello exigirá una colaboración intersectorial y la formulación de políticas específicas y planes de acción nacionales. El número de víctimas mortales imputable a los accidentes de tráfico se estima en 1,3 millones; esta oportunidad de salvar tantas vidas no se puede desperdiciar."

POLITICAS DE SALUD. ENFOQUE DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

A partir de esta sumaria exposición sobre las principales patologías y los factores de riesgo, que determinan los complejos problemas de salud pública que enfrenta nuestro país: la transición demográfica, la transición epidemiológica, la doble carga de mortalidad, el empobrecimiento y la marginación de un importante sector de la población, el predominio de las enfermedades cardiovasculares, la patología oncológica, las epidemias del tabaquismo y los accidentes de tránsito, así como la creciente amenaza del HIV-SIDA, llegamos a la conclusión que solamente una política sanitaria que impulse los objetivos estratégicos de la OMS (fortalecer los sistemas de salud , hacer frente con eficacia a los principales factores de riesgo, reduciendo los excesos de mortalidad en general y en las poblaciones pobres y marginadas en particular, y situando a la salud en el centro del programa de acción en pro del desarrollo) , puede enfrentar exitosamente estos complejos retos .

A) En primer lugar se requiere el desarrollo de políticas públicas (trabajo, subvenciones, saneamiento, vialidad, educación, obviamente salud)que tienda a eliminar la marginación y las desigualdades generadas por un modelo excluyente

B) Dada la situación de crisis planteada en el sector de la salud, con: 1) un sistema público reducido a la categoría de "atención a indigentes", atendiendo a la mayoría de la población (1500000), el gasto estatal

en salud representa el 20 % del gasto total en salud, representando apenas 1.4 % del PBI y solo 5.4 % del gasto presupuestal del año 2002. (cabe precisar que estos porcentajes son muy bajos en el mundo y en la región, ya que el porcentaje del gasto estatal sobre el gasto total en salud implica un 96.9 en Gran Bretaña, 80.2 en Japón, 78 en Suecia, 77 en Costa Rica, 72 en Canadá, 57.5 en Argentina, 49.0 en Chile, 48.7 en Brasil 44.8 en EEUU, y solamente 20.3 en Uruguay, fuente OMS, 2000), y 2) un sector mutual en donde las políticas gubernativas de ausencia de rectoría y supervisión, llevaron a una crisis permanentemente del sector pautada por cierres de mutualistas, acumulación de abultados déficits, casos de corrupción y fundamentalmente una mala gestión permeable a intereses particulares.

3) Un sector privado de seguros parciales que ha crecido sin control y con escaso aporte a la sociedad.

4) Los IMAE que han tenido un desarrollo hipertrófico, no controlado, propiciando un sistema de salud ineficaz por lo asimétrico del modelo.

Si bien contemplamos como objetivo estratégico un sistema nacional de salud unificado basado en el sector público, es en función de esta desigual, caótica e injusta situación del sector salud donde los grandes beneficiarios son poderosos intereses corporativos y los perdedores, hasta ahora han sido la inmensa mayoría de la gente, y la inmensa mayoría de los trabajadores del sector salud, por la cual dicho objetivo no se puede concretar en corto y mediano plazo, a riesgo de mantener los mismos vicios, acrecentar las desigualdades y fagocitar el sector público. Entendemos que la política que se impone en el corto y mediano plazo, es la del fortalecimiento de los sistemas de salud a través de un período transicional.

En el sector público pasa por un aumento significativo de la inversión pública, fundamentalmente a nivel de ASSE, que permita ponerse a tono con el Mercosur, posibilitando una imprescindible dignificación salarial, mejoramiento y ampliación de una infraestructura vetusta y deteriorada, así como equipamiento imprescindible. Es fundamental la efectiva integración de todo el sector público, intendencias, ASSE, Hospital de Clínicas, BPS, H. Policial, etc. También es prioritario desarrollar una política nacional de medicamentos que esté al servicio del mejoramiento de la salud de la población.

En el Mutualismo el fortalecimiento pasa por un efectivo control del estado, ejerciendo el MSP una labor de rectoría y supervisión en todos los parámetros fundamentales: auditoría económica y médica, salarios, inversiones, medicamentos, etc, propiciando los instrumentos legales necesarios.

A nivel de los IMAE, es fundamental continuar con la política de control de procedimientos y gastos volcando los ahorros a la atención primaria, tendiendo al desarrollo armónico de salarios e insumos con otros niveles de atención.

A nivel de los sectores privados de seguros parciales, se impone un mayor control y una mayor carga impositiva.

C) A partir del sumario exámen del modelo epidemiológico nacional surge la evidencia que solamente un sistema basado en un enfoque de Atención Primaria, puede corregir la asimetría y enfrentar los complejos retos epidemiológicos.

Se requiere un sistema que enfrente la prevención primaria, secundaria y hasta terciaria, controle los principales factores de riesgo, realice una efectiva rehabilitación, siempre con un enfoque preventivo y de diagnóstico precoz que minimice las secuelas y la discapacidad. La variable fundamental de esta política es el control médico y el acceso irrestricto del paciente a la consulta médica. La actuación médica impone un efecto terapéutico positivo, especialmente en lo que hace a control de factores de riesgo. Se trata que el sistema habilite el suficiente número de policlínicos zonales y de médicos a nivel primario y de especialidades, unido a una paraclínica mínima y de especialidades, de cribado de acuerdo a la epidemiología de las patologías más prevalentes y a un vademecum útil para el tratamiento de las enfermedades fundamentales. A su vez este nivel se armoniza con un sector hospitalario con distintos grados de complejidad.

D) El enfoque de Atención primaria busca un desarrollo más armonico, justo y racional del sistema de salud, partiendo de la base que al controlar los principales factores de riesgo se evita o aplaza la aparición de las patologías y sobre todo se reducen sus manifestaciones más deletéreas disminuyendo la mortalidad especialmente la precoz. Para cumplir este objetivo es necesario desarrollar policlínicas de tratamiento del sobrepeso y obesidad, policlínica de tratamiento del tabaquismo y otras adicciones, y policlínica del ejercicio.

E) El informe de salud de la OMS en relación al enfoque de Atención Primaria plantea:

“Una de las posibilidades más estimulantes surgidas en los últimos años en el ámbito de la salud pública es la de incorporar la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y de las ECV en sistemas integrales basados en la atención primaria. Para hacer realidad ese objetivo, habrá que reorientar el futuro

de la atención primaria e ir ajustándola a un mundo en continua transformación. Se trataría de asegurar a todos los pacientes – a lo largo de toda su vida – la prevención, el tratamiento y el manejo a largo plazo de las enfermedades, y ello para los dos elementos que componen la doble carga.

Se ha registrado en los países ricos una reducción drástica y rápida de las tasas de mortalidad por ECV – que ha beneficiado sobre todo a los sectores de la sociedad más pudientes y con mayores niveles de formación – gracias a la aplicación de enfoques integrales que abarcan no sólo mejoras en materia de prevención sino también intervenciones centradas en los grupos de alto riesgo.

El presente informe reafirma un desplazamiento conceptual importante hacia el modelo de sistemas de salud basados en la atención primaria. Un enfoque sistémico permite resolver el conflicto potencial entre la atención primaria entendida como nivel diferenciado de asistencia y su acepción como enfoque general de la prestación de servicios de salud responsivos y equitativos. Este desplazamiento pone de relieve que la atención primaria está integrada en un todo más amplio, y que sus principios informarán y orientarán el funcionamiento del conjunto del sistema.

Un sistema de salud basado en la atención primaria:

- estará basado en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial;
- tendrá en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones de salud pública;
- creará las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a los pobres y los grupos excluidos;
- organizará una asistencia integrada y sin fisuras, que vinculará la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario;
- evaluará continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño.

Para lograr la atención integrada que prevé ese sistema, es necesario intervenir en todo el continuum de enfermedades. Y para hacer frente a la carga creciente de enfermedades crónicas, tanto transmisibles como no transmisibles, se requieren actividades iniciales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la comunidad, y actividades finales de manejo de las enfermedades en los servicios de atención sanitaria. Los dos modelos de atención sanitaria integrada, el modelo de atención a pacientes crónicos y su extensión – el innovador marco de la OMS de atención para las enfermedades crónicas –, promueven los conceptos de atención primaria: las asociaciones intersectoriales, la participación de la comunidad y una atención poblacional sin fisuras. La evidencia disponible respalda el uso de esos modelos integrados como medio de aplicación de los principios de atención primaria, pues se ha observado una reducción del gasto sanitario, un menor uso de los servicios de atención de salud y un mejor estado de salud. “