

MORBILIDAD

Enfermedades inmunoprevenibles, infecto-contagiosas y parasitarias

- En Uruguay se realiza la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles a través del registro de declaración obligatoria que rige desde el año 1894. Esta observación en forma continua permite facilitar la adopción de medidas de control, así como el establecimiento de patrones de riesgo.
- En el correr del siglo XX la evolución de la morbilidad y mortalidad por estas afecciones, responde a diferentes acciones encausadas a su reducción y eliminación. Las primeras medidas adoptadas fueron de higiene y control, acompañadas por el progresivo desarrollo de los servicios de salud. Esto último se refleja tanto en obras de infraestructura como en la creación de instituciones de cometido específico como ser, el Instituto Profiláctico de la Sífilis, la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis etc..
- Hacia fines de la década de los años cuarenta la aplicación de los antibióticos, especialmente la penicilina, tuvo un papel preponderante en el descenso de la mortalidad y en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias.
- En algunas de estas enfermedades su descenso se operó por las medidas citadas anteriormente, pero en otras como la escarlatina obedeció a una disminución de la virulencia, que antecede a las técnicas de curación.
- A principios de siglo, Uruguay presentaba numerosos casos de enfermedades infecto contagiosas muriendo casi la mitad de la población registrada que las padecía. Una de ellas fue la tuberculosis pulmonar cuya letalidad fue muy alta hasta la década de los años cuarenta: casi el 90% de los infectados fallecían, y de ellos, el 78% tenían entre 15 y 45 años. A partir de 1948 comienza a descender coincidiendo con la salida a la calle de los Dispensarios Móviles de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa¹. En el año 2000 se notifican 645 casos, de los cuales mueren el 10%, correspondiendo la mayoría de estas muertes a varones de 50 o más años (62%).

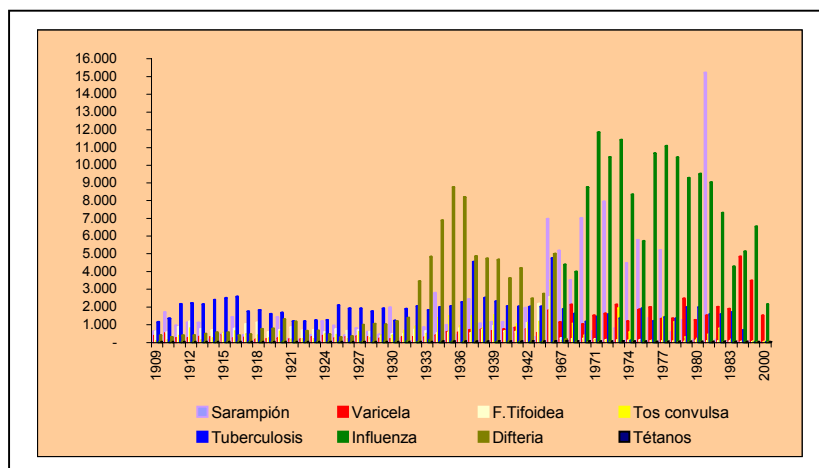
Algunas medidas profilácticas tendientes a mejorar el estado sanitario de la población (dictadas entre 1889 y 1944).

- 1889. Se crea la asistencia pública domiciliaria; se establece el Conservatorio de Vacuna; se mejora la desinfección de locales. Se dicta obligatoria la vacuna contra la viruela.
- 1890. Se inaugura el Hospital Italiano; se reglamenta el expendio de artículos de consumo.
- 1891. Se decreta el desagote de todos los aljibes de las casas de inquilinato, escuelas, asilos y hospitales para proceder a su examen; se cegan los pantanos que había dentro de la ciudad de Montevideo y se canalizan dos arroyos infectos.
- 1892. Se adoptan medidas de rigor contra la procedencia de ultramar para controlar el ingreso de inmigrantes infectados; se establece un sistema de cuarentena y aislamiento en el Lazareto de la Isla de Flores.
- 1893. Se mejora el servicio de aguas corrientes, instalando filtros de arena y un aparato revulsivo destinado a purificar el agua
- 1895. Se funda el Instituto de Higiene Experimental (preparación de vacunas).
- 1901. Se pone en ejecución el plan de saneamiento de Montevideo, que se amplía en 1903 a otros puntos del país; se crea la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis.
- 1919. Se crea el Instituto Profiláctico de la Sífilis
- 1922. Se inaugura el Hospital de Niños Pedro Visca
- 1939. Se inicia la vacunación de la difteria que se declara obligatoria para los escolares en 1944.

Fuente: Eduardo Acevedo, Anales Históricos del Uruguay 1857-1948, Volumen IV y V.

¹ Entre 1948 y 1964 estos dispensarios recorrieron por cuatro veces consecutivas todo el territorio nacional llevando los beneficios de una campaña de prevención y profilaxis de la tuberculosis basada en el diagnóstico precoz de la enfermedad y en el hallazgo de los tuberculosos negativos con vistas a su ulterior vacunación con el B.C.G (Bacilo de Calmette y Guérin).

Casos y Evolución de Enfermedades Prevalentes



- La rabia humana, lepra y peste significaban algunas de las afecciones que conformaban la lista de causas de defunciones en el país hacia el año 1900. En la medida que avanza el siglo, nuevas epidemias amenazan, lo cual provocó la inmediata puesta en práctica de extensas campañas de prevención, con el objeto de evitar una extensión de estas enfermedades (cólera, dengue, transmitidas por alimentos -ETA- etc.) en el país.
- Como se observa en el gráfico, se produce una transición de la predominancia, en la primera mitad del siglo, de enfermedades tales como difteria y tuberculosis, las cuales a partir de la década del '60 dejan paso a una mayoría de casos de sarampión, influenza (gripe) y varicela.
- Las enfermedades inmunoprevenibles epidémicas como viruela, polio, sarampión, tos ferina, tétanos y difteria, han experimentado un descenso notable en la población uruguaya en las dos últimas décadas del siglo. En lo que se refiere a la Varicela, numerosos casos prevalecen así como los de Tuberculosis los que presentan oscilaciones constantes. Para el año 2000 la morbilidad expresada según casos registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, representa una tasa anual de incidencia de 22 por 100.000 habitantes.
- Los casos de fiebre tifoidea se presentan escasamente en el Uruguay mostrando una tendencia hacia su desaparición (ninguno para el año 2000). La hepatitis es mucho más frecuente, constituyendo 1.490 casos (hepatitis A) para el mismo año.
- En la década de los años noventa se registra una epidemia de cólera en los países limítrofes con Uruguay (Argentina y Brasil). Pese a ello el país no fue afectado por dicha enfermedad. Las actividades de vigilancia y las campañas publicitarias para su prevención cumplieron un rol fundamental. También contribuyeron a que no se registren casos de dengue, el cual ha sido erradicado del país en el año 1958 tras una intensa campaña nacional. El último caso de dengue data del año 1916.
- La enfermedad de Chagas es endémica en el país, no detectándose casos agudos desde el año 1984. La transmisión vectorial domiciliar la cumple el triatómineo *Triatoma infestans* el cual llegó a infectar 13 departamentos norteros. Para el año 1990, la tasa de infección por esta enfermedad era de 1.25%. El Programa de control logró que para 1996 se registrara una seroprevalencia de 0,58%. De los trece departamentos endémicos, 7 se encuentran con eliminación total de vinchucas y los seis restantes presentan una infestación domiciliar en disminución, siendo inferior al 1%².

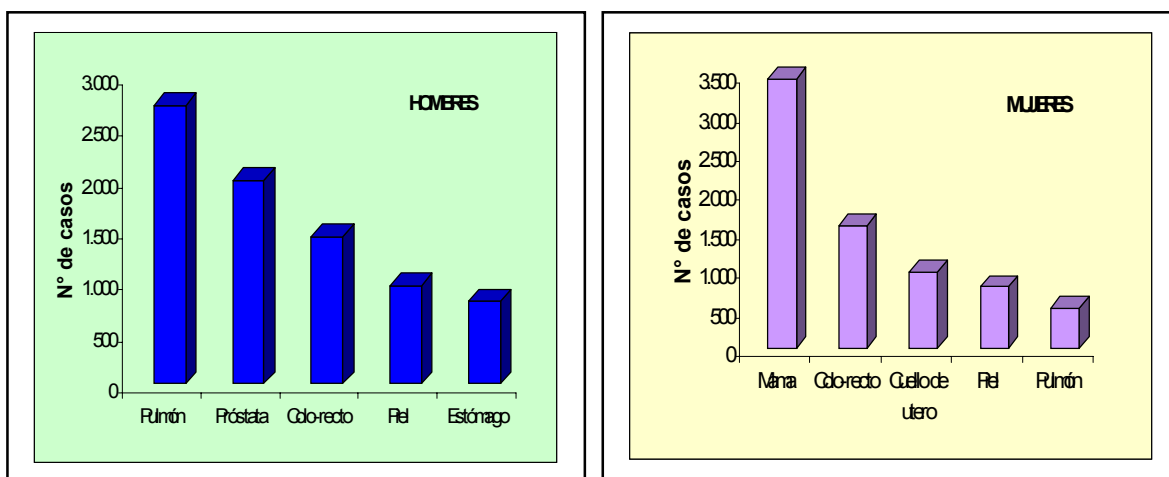
² Fuente: Análisis y Tendencias de la Salud en Uruguay 1999, MSP-FISS.

- Hacia 1984 se registraba una prevalencia de 688 casos de lepra, un año más tarde el número de los mismos era de 348 en todo el país. El 80% de ellos estaban comprendidos entre las edades de 41 a 81 años, con un promedio de 57,8. Debido a esta disminución es que se transformó el Instituto Hanseriano en el Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Hansen en el año 1995. Para el período 1991-96 la incidencia anual medida por el número promedio anual de casos nuevos descendió a trece en todo el país.
- Respecto a la hidatidosis, la tasa de prevalencia quirúrgica, es decir, el número de personas operadas por quiste hidático por 100.000 habitantes, se redujo de 20,7 en 1962 a 9,4 para el año 1995.
- La sífilis es una enfermedad que a partir del año 1935 experimenta un claro descenso, aunque muestra movimientos oscilatorios a lo largo del siglo. Hacia la década de los '70 se observa un incremento importante de casos notificados (3.721 casos para 1975) cuyo número desciende en el año 2000 (754 casos).

Cáncer

- Datos acerca de la morbilidad de esta enfermedad recién se registran en la última década del siglo.
- En el año 1991, los casos incidentes de cáncer en el Uruguay se presentaron en un 48% en hombres y un 52% en mujeres. Los datos recogidos muestran que los cinco cánceres más frecuentes en los primeros fueron los de pulmón, próstata, colo-recto, estómago y piel, mientras que en las mujeres fueron los de mama, cervix uterino, colo-recto, endometrio y piel.

Incidencia del cáncer en el Uruguay: localizaciones más frecuentes 1996-1997



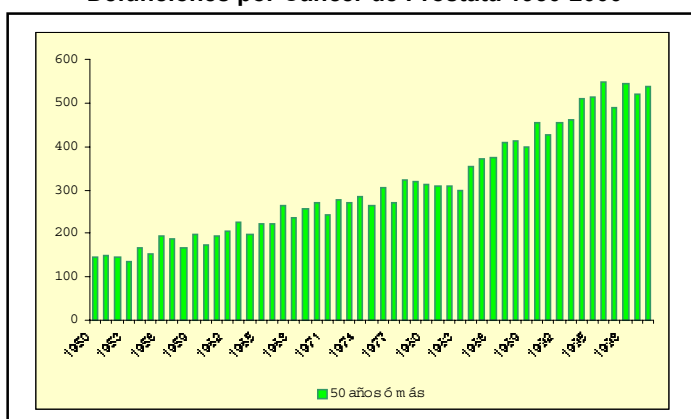
- En el bienio 1996-1997³ un nuevo estudio realizado en lo que respecta a los tumores malignos masculinos, revela que la frecuencia de los tipos de cánceres se mantiene. Dicho estudio asocia el cáncer de pulmón con el consumo de tabaco, diferenciándose su tipo, ya que se considera la población fumadora de tabaco negro y armado, como una población más propensa a contraerlo (de

³ “ II Atlas de Incidencia del Cáncer en el Uruguay (Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer –Año 2001-). Las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas y los certificados de defunción y la codificación empleada fue la CIEO. (Las poblaciones fueron obtenidas en base a datos de los Censos de 1985 y 1996 –INE-).

allí se presume lo elevado de las tasas en hombres que residen en el interior del país por la tendencia al menor consumo de cigarrillos manufacturados).

- El cáncer de próstata muestra una mayor incidencia en la población masculina comprendida entre los 65 y 69 años: los factores de riesgo para el cáncer prostático en Uruguay aún no han sido identificados. Según datos preliminares de la investigación anterior, parece existir un riesgo elevado asociado al consumo de carne, grasa total y grasa saturada.
- Entre las medidas preventivas, aplicadas en forma universal a partir de los 40 años de edad, se encuentra el análisis que mide el nivel de Antígeno Prostático Específico (PSA) en la sangre. La progresiva implementación de este examen como análisis de rutina en dicha población, es un importante avance en lo que refiere a la salud preventiva masculina. A pesar de ello la mitad de la población de 55 años o más, que reside en localidades urbanas de 5.000 o más habitantes, desconoce su existencia⁴.

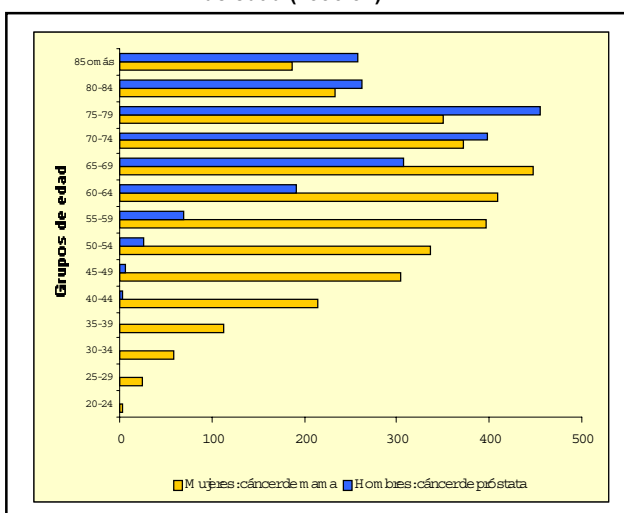
Defunciones por Cáncer de Próstata 1950-2000



- En la segunda mitad del siglo fallecieron por este tipo de cáncer 15.758 uruguayos (el 99.3% con 50 años o más de edad) de los cuales el 35% falleció en la última década.

Nº de casos de Neoplasma de mama y próstata, por grupos de edad (1996-97)

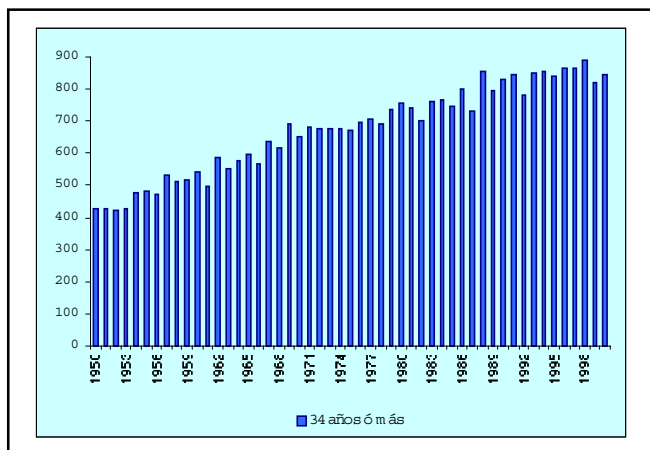
- Respecto a las mujeres, el cáncer de mama se ha convertido en un problema de gran magnitud en el Uruguay, cuya incidencia aumenta, constituyendo la segunda causa de muerte de origen tumoral. Los principales factores considerados de riesgo para el cáncer de mama son la menarca precoz y/o menopausia tardía conjuntamente con la nuliparidad o primoparidad tardía. Existe también una asociación con el consumo de carne roja así como con las variables reproductivas, menstruales, masa corporal, energía total y consumo de grasa.



⁴ Encuesta sobre estilo de vida y salud de la población adulta. "Como envejecen los uruguayos" (CEPAL, MSP,FISS/LC/MVD/R, 185. Rev.2, abril de 2000).

- Considerando la letalidad que tienen los tres tipos de cáncer relacionados al aparato reproductivo (de mama, cervix y útero), que en la última década del siglo XX causaron más de 9.330 muertes femeninas, son importantes los datos sobre el comportamiento de estas mujeres en relación a las prácticas preventivas.
- Para ello se cuenta solamente con dos fuentes de información que, aunque desfasadas en el tiempo, dan una idea respecto a ello. La primera es la "Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud" del año 1986, que revela información de la población en edad fértil (15 a 49 años) respecto a los exámenes preventivos, como el acceso a la citología exfoliativa vaginal oncológica (Papanicolaou) y, en caso de su ausencia, el examen ginecológico, a lo cual se le agrega la práctica del autoexamen de mama.
- Según datos recogidos en la misma, el 58.7% de las mujeres encuestadas en el país declaró que nunca había pasado por alguno de los exámenes a los que se hace referencia anteriormente; sólo el 19 % se había practicado una citología oncológica. En suma, el porcentaje total de las mujeres en edad fértil que declaró haber sido examinada ginecológicamente alcanzó al 41%.
- La segunda fuente la constituye la ENEVISA⁵, que recoge información de las mujeres de 55 años o más; los datos mostraron que más de la mitad de la población urbana en este rango de edad, nunca se había realizado una mamografía.
- La tendencia observada, a través de los datos recogidos por la encuesta, muestra una disminución en la frecuencia de consulta al médico ginecólogo a medida que la edad avanza. La práctica del autoexamen de mama es más frecuente entre las mujeres más jóvenes.
- Es importante señalar que desde el año 1998 se registra como una causa más de defunción masculina, el cáncer de mama; en el año 2000 10 hombres fallecieron a causa de padecer tumores malignos de este origen.

**Defunciones por Cáncer de mama, cuerpo y cuello de útero
1950-2000.**



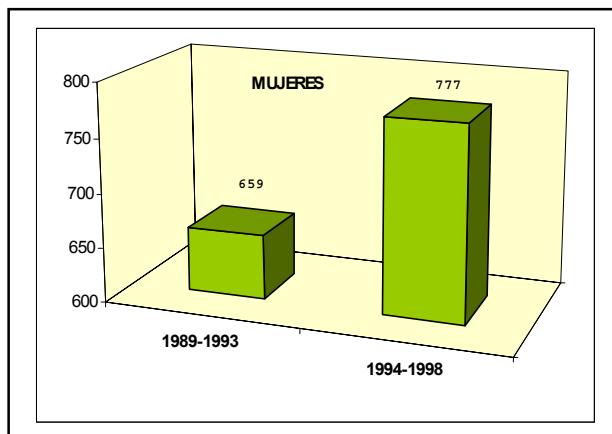
- El cáncer de cuello de útero se encuentra en tercer lugar entre los cánceres de la mujer, siendo la tasa bruta de incidencia calculada para el total del país de 29.87. Cabe destacar que la del Interior se muestra significativamente mayor que la de Montevideo (35.91 y 22.15 por 100.000 habitantes respectivamente). Existe una relación directa entre el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y la paridad elevada, así como con procesos infecciosos del tracto genital inferior, por lo cual los factores de riesgo están ligados, en parte, a la conducta sexual.

⁵ ENEVISA op.cit.

- Importantes transformaciones, tales como la legislación que le otorga a la mujer un día laboral libre, permitiéndole realizarse los controles ginecológicos correspondientes (Papanicolaou y mamografía), contribuyen a una detección precoz del cáncer en la mujer (específicamente de mama y útero) y favorecen una estabilidad de la mortalidad por dicha causa.

Cáncer de Pulmón: comparación entre quinquenios

- Se observa en las mujeres, a lo largo de la década de los '90, un continuo crecimiento de los tumores del pulmón ya que en dicho período los neoplasmas pulmonares desplazaron a los de piel. A propósito de ello, un estudio realizado por la Junta Nacional de Drogas en el año 2001, mostró claramente un dato preocupante: las mujeres presentan un porcentaje significativamente superior a los hombres a la hora de haber probado alguna vez un cigarrillo, tendencia que aumenta en el tiempo.



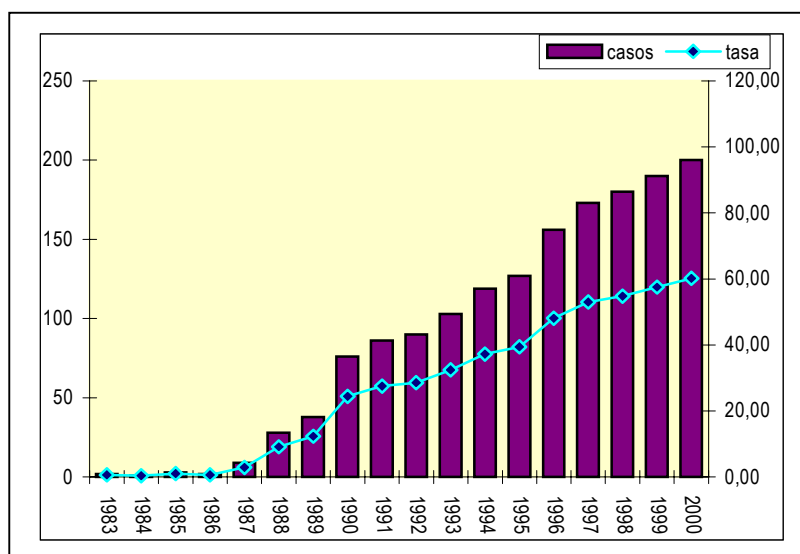
- También se observa un aumento de la frecuencia del cáncer de intestino grueso. Los factores de riesgo para el cáncer colo-rectal fueron estudiados⁶ y la información reflejó que tanto el consumo de carne como la grasa total y saturada incrementaron el riesgo de padecerlo en un 90%. Mientras tanto, los vegetales, en particular la lechuga, manzana y banana se asociaron con una protección de 45-50%; otros nutrientes que mostraron un efecto protector fueron la fibra dietaria, beta-caroteno y ácido fólico.
- Hacia los últimos años de la década de los '90, el cáncer de estómago representó mayor prevalencia en hombres que en mujeres, asociándose directamente con el consumo de carne salada y desecada ("charque"), el elevado consumo de carne fresca, la duración del tabaquismo y el alto consumo de alcohol. En general, se observa una disminución de su incidencia, atribuyéndose este fenómeno a una dieta más variada, con menos cantidades de sal y comidas mejor elaboradas.
- Con respecto al cáncer de esófago, los departamentos del nordeste del país son los más afectados por dicho neoplasma. Para el año 1991 Cerro Largo mostraba la tasa más elevada, mientras que para el bienio 1996-97, Artigas y Treinta y Tres son los que predominan. Los factores de riesgo para este tipo de cáncer son el consumo de tabaco (particularmente el de negro armado), así como el de alcohol, asociándose también a un consumo intenso de mate caliente.

⁶ "II Atlas de Incidencia del Cáncer en el Uruguay" op.cit.

SIDA

- En Uruguay los primeros casos de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se detectaron en el año 1983 y correspondían a uruguayos residentes en el exterior que ingresaban al país en etapa terminal. Desde entonces la epidemia VIH/SIDA no solamente ha crecido sino que se han sucedido cambios en el perfil epidemiológico que ha ido pasando del tipo I del inicio al actual tipo I/II.

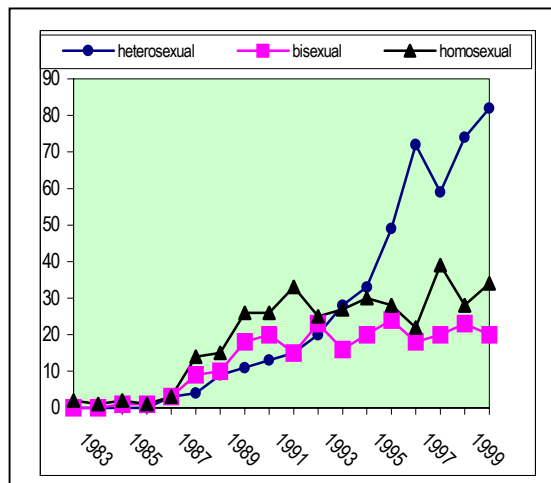
Casos de SIDA y tasa anual de incidencia por millón de habitantes. 1983-2000



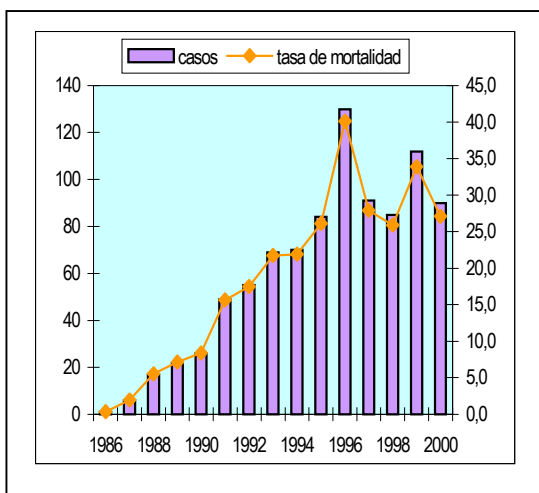
- Según datos del Programa Nacional de SIDA los casos notificados están aumentando a razón de cuatro por semana. La tasa anual de incidencia pasó de 1 caso por millón de habitantes alrededor del año 1985 a 60 para el año 2000, siendo de la más bajas de los países de América que cuentan con registros confiables. Sin embargo, el ritmo de crecimiento ha disminuido: en el período 1985-90 la tasa se incrementa un 96%, entre 1991 y 1996 lo hace un 75% y entre 1997 y el año 2000 solamente lo hace un 14%.
- Al final del año 2000 los casos acumulados de enfermos de SIDA suman 1.583 de los cuales el 78% corresponden al sexo masculino. Hasta el año 1988 en que se notifica el primer caso en una mujer esta enfermedad era exclusivamente masculina, predominando en los varones homosexuales.
- Aunque afecta a todos los grupos etarios entre 0 y 87 años, más de la mitad de los casos acumulados (55%) corresponden a las edades 20 a 34 años, que en conjunto con el siguiente grupo más comprometido, 34 a 44 años, registran el 79% de los casos.

Evolución de los casos de SIDA según mecanismo de transmisión sexual

- La principal vía de transmisión es la sexual responsable del 68% de los casos registrados, seguida por la sanguínea (28%) y la materno infantil (4%).
- Dentro de la transmisión sexual la tendencia de los casos registrados anualmente entre 1983 y el 2000 muestran una transición en el predominio de los hábitos sexuales. Hasta 1993 el peso de los casos de homosexuales era superior al de los heterosexuales. A partir del año 1994 se observa un creciente predominio de la transmisión heterosexual que alcanza al presente al 60%, mientras que los homosexuales representan la cuarta parte de los casos.
- Los usuarios de drogas intravenosas constituyen la mayoría de los casos de SIDA por transmisión sanguínea. Ello se debe a que el tamizaje de la sangre es obligatorio en todo el territorio nacional desde el año 1988, fecha a partir de la cual se han notificado 13 casos por transfusión de sangre que representan el 3% del total de casos contagiados por vía sanguínea y el 0,8% del total de casos de SIDA.



Evolución de las muertes por SIDA y de la tasa bruta de mortalidad (por millón de habitantes).



orofaríngea, Neumopatías, Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, etc.). Los Tumores malignos representan el 11,4% del total de casos de SIDA acumulados.

- En el ámbito geográfico el departamento de Montevideo concentra el 78% de los casos acumulados.
- La predominancia de los casos importados sobre los autóctonos se registra hasta el año 1994 en que la situación se invierte con un fuerte crecimiento de los SIDA autóctonos que alcanzan al 68% de los casos.
- La tasa bruta de mortalidad por SIDA observa una tendencia fuertemente creciente hasta el año 1996 en que desciende notoriamente determinada por la obligatoriedad del tratamiento con drogas antirretrovirales⁷.

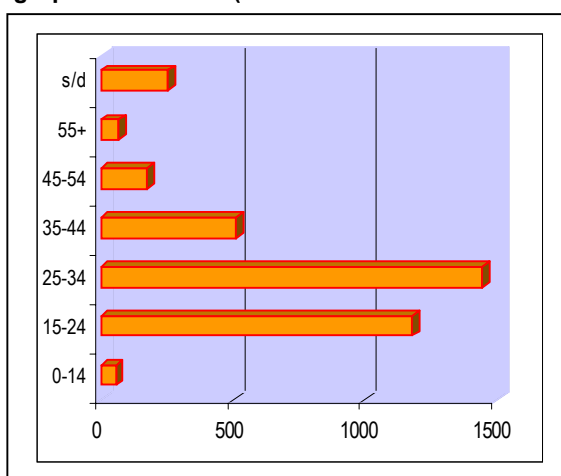
- La mayoría de las patologías asociadas al SIDA son las Infecciones oportunistas predominando las alojadas en el aparato respiratorio (Neumonía por Pn. Carini, Candidiasis

⁷ En el año 1996 la obligatoriedad en tratar con triple terapia a los enfermos de VIH/SIDA cubría solamente a los usuarios del sector público (ASSE/MSP). En 1997 por resolución de la Dirección General de la Salud del MSP, se extiende la obligación a las instituciones del sector privado (IAMC) lo cual asegura desde entonces, la cobertura total del país.

Infección VIH

- Los casos notificados de personas portadoras del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) muestran un crecimiento a razón de un nuevo caso por día.
- Es una epidemia concentrada en uno o más grupos considerados poblaciones vulnerables⁸ ya que su prevalencia es mayor al 5%, en tanto en la población general se mantiene en cifras inferiores al 1% (0.23% estudio centinela año 2000).

Personas portadoras de VIH+, por grandes grupos de edades. (datos acumulados 1983-2000)



- Se registran casos en todas las edades pero la mayor incidencia se observa entre los 15 y 34 años. Dentro de este grupo las edades más comprometidas son entre los 25 y los 34 años, que representan el 39% del total de infectados de todas las edades. La gráfica con los datos acumulados desde el año 1983 da evidencia de ello.
- La vía de transmisión predominante es la sexual, 67% de los portadores notificados. Los portadores heterosexuales constituyen el 56% de los infectados por este mecanismo. El segundo modo de transmisión es la sanguínea (23% de los casos). Dentro de la misma el 98.5% de los portadores de anticuerpos VIH son usuarios de drogas inyectables (UDI).

Los estudios centinela (Vigilancia epidemiológica activa) que se realizan anualmente desde 1991, tienen como objetivo conocer la prevalencia de la infección VIH en la población general y la tendencia de la epidemia por sexo y edad. Estos estudios muestran desde 1996 una disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia, un aumento de la participación de la mujer (53% de los casos detectados en el estudio del año 2000), y una disminución de la edad de las personas.

En los casos notificados predomina la edad 15 a 34 años, en los estudios centinela la edad 15 a 24 años, lo que está indicando que en los próximos 5 a 10 años la epidemia será más joven y más femenina.

Fuente: Programa nacional de SIDA, MSP.

- La transmisión vertical de madre a hijo a través del embarazo, parto o lactancia ocupa el tercer lugar y representa el 1.4% de los casos de portadores notificados. Este modo de transmisión está disminuyendo significativamente desde 1997 con la implementación del Decreto de Ley N° 158/97, que determina la exploración del VIH en toda embarazada y el tratamiento con drogas antirretrovirales a toda portadora y al recién nacido. Su aplicación logró reducir la transmisión madre-hijo del 28% en el año 1996 al 4% en el 2000.

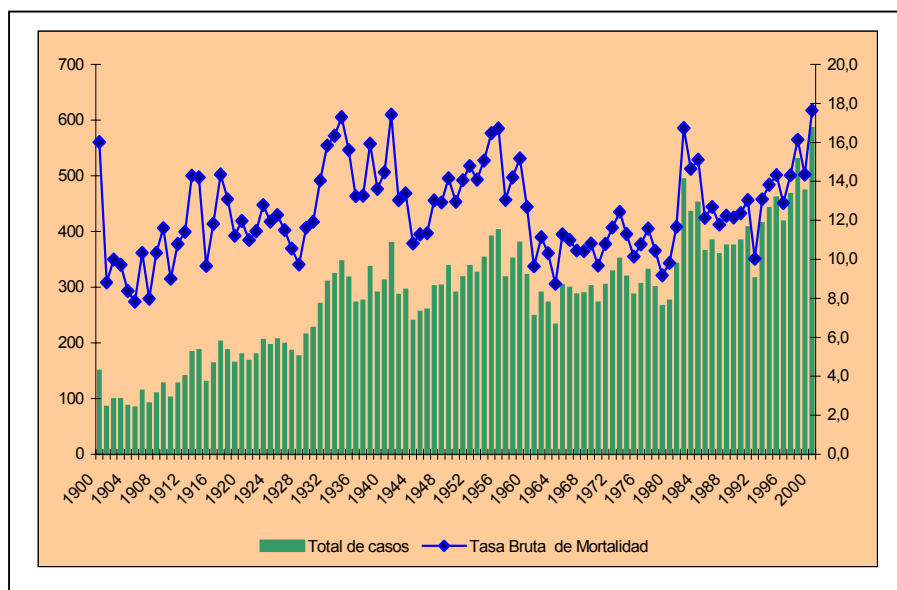
- Es de destacar que alrededor del 90% de la población está informada acerca de cómo se transmite el VIH, cómo no se transmite así como las medidas preventivas para evitar el riesgo de contagio. Una evidencia de esto último es el significativo aumento en la venta de preservativos entre los años 1994 y 1996 que pasó de 4.5 millones a 10.3 millones.

⁸ Según el boletín elaborado por el Programa Nacional de SIDA (M.S.P) las poblaciones vulnerables son: Travestis, Usuarios de Drogas Inyectables, Reclusos y Trabajadoras/es sexuales.

Suicidios

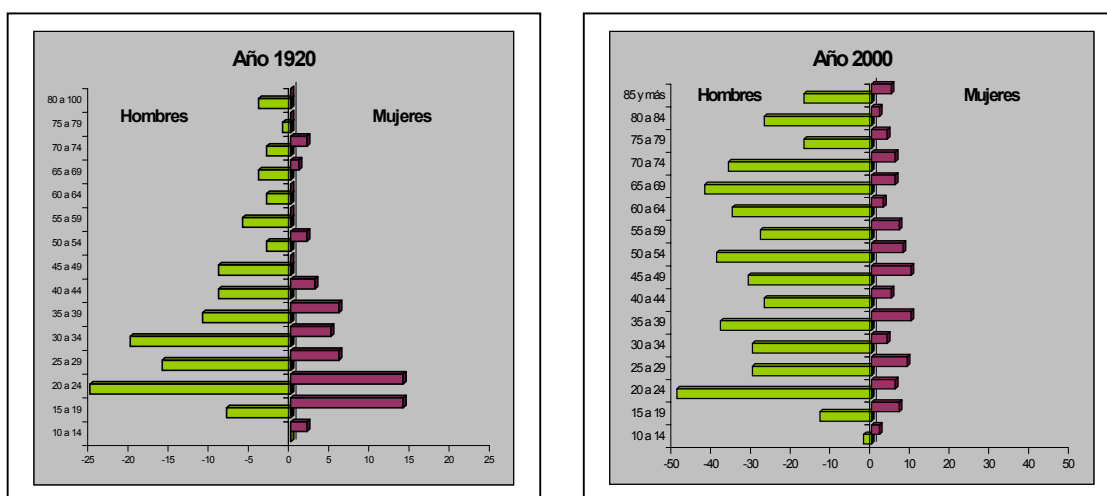
- En el correr del siglo el número de suicidios se ha ido incrementando hasta alcanzar la cifra de 586 en el año 2000.

Número de suicidios registrados y Tasa Bruta de Mortalidad por suicidios (por 100.000) habitantes



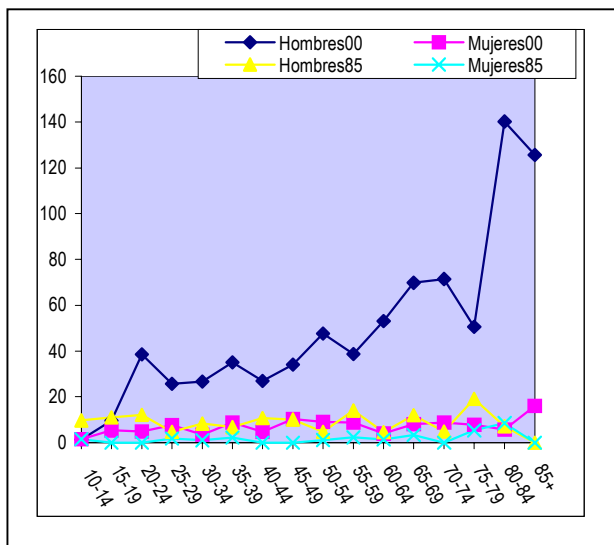
- La tasa bruta de mortalidad por suicidios muestra grandes oscilaciones anuales hasta fines de la década de los '80. Entre los años 1992 y 2000 crece en forma exponencial incrementándose un 76% y registrando en este último año el mayor valor histórico (17,6 por cien mil habitantes).
- Los varones se suicidan en mayor medida que las mujeres, predominio que aumenta a través del tiempo; hacia 1920 alrededor del 69% del total de suicidios correspondían al sexo masculino, porcentaje que llega al 83% en el año 2000.

Evolución del Número de Suicidios Según Sexo y Edad



- El más alto número de autoeliminaciones masculinas se mantiene en los grupos de edades comprendidos entre los 20 y 24 años de edad. A diferencia de lo que ocurre en países desarrollados donde la curva de suicidios de varones es bimodal, con un pico entre los 15 y 24 años y otro en las edades avanzadas, en el Uruguay del año 2000 la tendencia de la tasa se comporta en forma exponencial a medida que avanza la edad. Así, más de la mitad de los suicidios de varones ocurren después de los 50 años. En el gráfico se aprecia que este es un comportamiento reciente. Quince años atrás esto no sucedía, al mismo tiempo que las diferencias de género no eran tan acentuadas.

Tasa de suicidios por sexo, según fechas. 1985 y 2000



respectivamente).

- En la población femenina la concreción del suicidio en las edades jóvenes (15 a 24 años) se reduce fuertemente a lo largo del siglo y, al igual que en los varones, aunque de forma menos acentuada, se registra un aumento en las edades adultas
- La distribución regional muestra una predominancia de los suicidios en el Interior del país con respecto a Montevideo. A su vez, en la última década del siglo, el departamento de Canelones es el que presenta el mayor número de casos.
- En lo que respecta al método empleado para el suicidio se mantienen como predominantes a lo largo del siglo, las armas de fuego y el ahorcamiento. Así, en 1920 constituían en conjunto el 65% de los métodos usados (45% las armas de fuego y 20% el ahorcamiento) y en 1996 representan el 85% (47% Y 38%

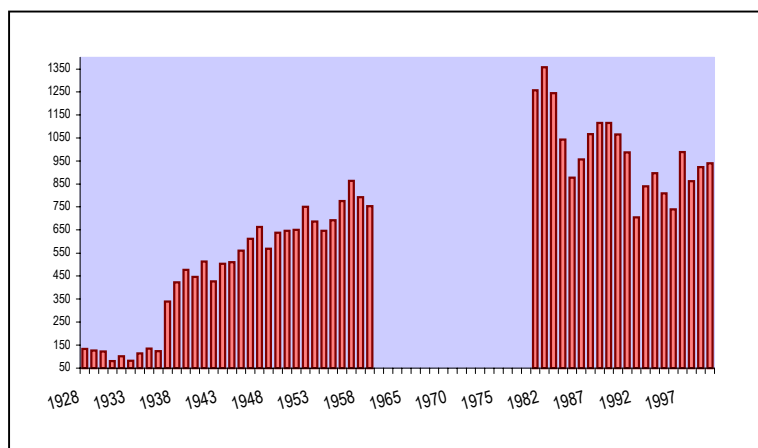
- Si bien no se puede detectar una causa única responsable del acto suicida, una suma que incluye la situación socioeconómica actuando sobre un trastorno del humor predominantemente depresivo – o generándolo- y en presencia de alteraciones psicopatológicas sobre la base de una vulnerabilidad biológica parecen ser factores que se integran en un largo proceso individual, sobre el que factores coyunturales provocan incrementos y retrocesos en los casos anuales.⁹

Tentativas de Suicidio

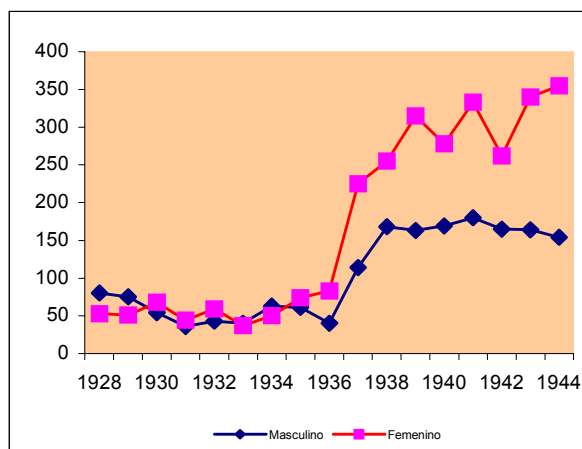
- Los primeros datos disponibles de tentativas de suicidio datan del año 1928 en que sumaban 133 casos. Aunque la serie se interrumpe por dos décadas (entre 1960 y 1980) la tendencia es creciente hasta el año 1982 en que se registran 1.358 casos. A partir de allí, aunque con oscilaciones, comienza a descender hasta 941 casos al final del siglo.

⁹ Dajas Federico: Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual, Revista Médica del Uruguay 2001.

Cantidad de Tentativas de Suicidio 1928-2000



Número de Intentos de Suicidio según Sexo



- Respecto al sexo en un comienzo predominan los hombres solteros y jornaleros de ocupación. Hacia el año 1936 la mayoría son mujeres dedicadas a labores y ubicadas en una situación económica definida como precaria. Este último aspecto sufre, a su vez, una modificación en el año 1942, momento en el que la mayoría de las mujeres registradas como de haber atentado contra su vida pertenecen a una situación económica media que se mantiene hasta 1944, último año en que se encontró el registro de tentativas de suicidio por sexo para el total del país¹⁰.

- En relación a las causas de los atentados contra la propia vida y los medios empleados la única información encontrada

se ubica alrededor de 1930. Si bien el peso de las causas no especificadas era el mayor, la categoría que ocupaba el segundo lugar correspondía a "disgustos" mientras que "amores" y "juego" eran una minoría de los casos. En lo que refiere al medio empleado predominaba el veneno (77% de los casos para dicho año), siguiéndole el arma blanca.

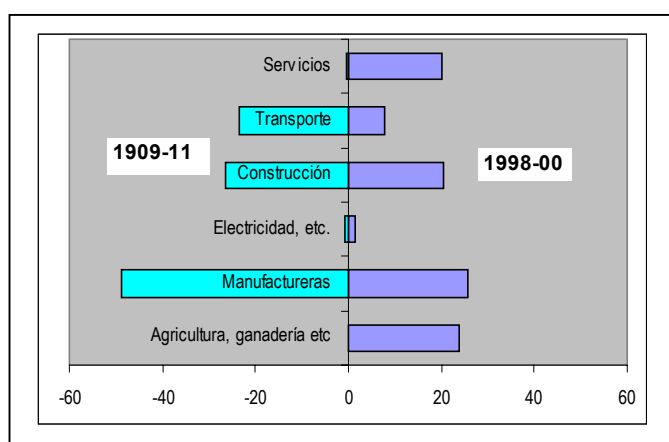
- El comportamiento de los intentos de suicidio por departamento se muestra, en los últimos años, similar al de las concreciones de suicidio. Después de Montevideo, es Canelones el departamento con mayor número de intentos de autoeliminación, registrando en el año 2000, 162 casos.

¹⁰ Para el departamento de Montevideo se dispone de información de tentativas de suicidio por sexo y edad entre los años 1970 y 1978 (publicado en el anuario 1970-78 de la Dirección General de Estadística y Censos)

ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

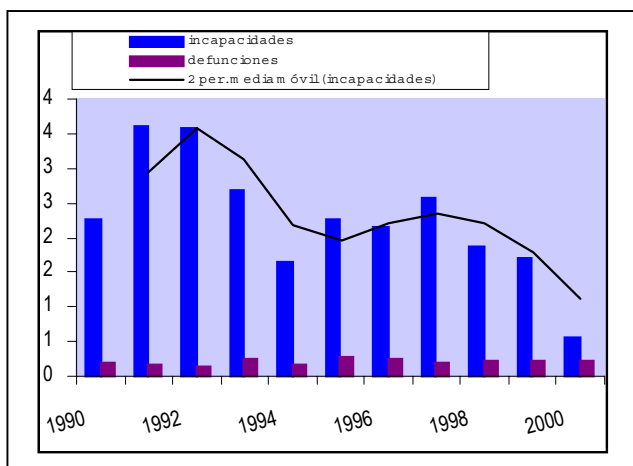
- El trabajador, desde siempre, se ha visto involucrado con accidentes y enfermedades profesionales que ocurren a causa del trabajo o en ocasión del mismo. Una enfermedad se considera "profesional" cuando ha tenido su origen en las tareas que entrañan el riesgo respectivo, aún cuando el trabajador no se desempeñe al momento del diagnóstico.

Estructura de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según rama de actividad económica.



- La evolución de la estructura de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales según rama de actividad económica sufrió transformaciones durante el siglo XX. Hacia el año 1910 casi la mitad de los siniestros laborales (49%) ocurrían en las industrias manufactureras. Dentro de ellas la industria de la alimentación y bebidas aportaban la cuarta parte de los casos registrados seguidas por las metalúrgicas con el 21%. Por su parte, la rama de la construcción y el transporte representaban el 26% y 23% respectivamente.
- Las causas originarias más frecuentes que provocaban estos accidentes eran la carga y descarga de mercadería ya que se hacían en forma manual. Posteriormente, la incorporación de maquinaria y nueva tecnología permitió reducir los riesgos de accidentes y padecimiento de enfermedades profesionales.
- Al finalizar el siglo, si bien las industrias manufactureras mantienen su predominio, su peso en el total de accidentes se redujo casi a la mitad (26%) por transferencia de mano de obra hacia otros sectores de la actividad económica, como ser, la agricultura ganadería y pesca que conjuntamente con las industrias extractivas se llevan casi la cuarta parte de los accidentes y enfermedades profesionales. Le siguen en orden de importancia la construcción con un 21% y los servicios con un 20%.
- La protección del trabajador contra riesgos laborales data del año 1911 en que se crea el Banco de Seguros del Estado. Una Ley posterior de octubre de 1989 (N° 16.074) establece la responsabilidad patronal declarando obligatorio el seguro sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En el año 1996 otra ley (N° 16.426) declara la libre elección de empresas aseguradoras, derogando de esa forma las disposiciones que establecía el monopolio de contratos de seguro a favor del estado (ejercidos por el Banco de Seguros del Estado).

Porcentaje de incapacidades permanentes y defunciones aceptadas sobre el total de accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales registradas por el B.S.E.



- Ser víctima de un accidente o enfermedad profesional puede tener para el trabajador diferentes consecuencias. Alrededor de un 0,23% del total de trabajadores en esta situación pierde la vida, porcentaje que se ha mantenido casi estable durante la última década del siglo.

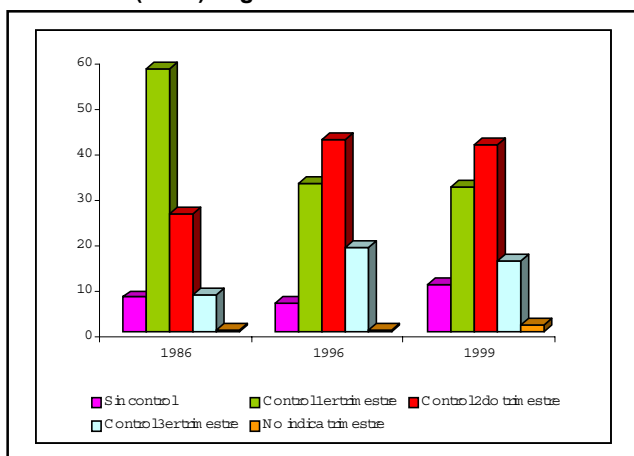
- El trabajador puede perder en forma pasajera su capacidad de trabajo o quedar con una incapacidad permanente. Los casos aceptados por el Banco de Seguros del Estado muestran un descenso en el porcentaje de incapacidades permanentes que llegan al 2% en el año 2000.

SALUD MATERNO INFANTIL

Controles en el Embarazo

- A lo largo del siglo XX, la atención del embarazo ha mostrado un progreso importante, mejorándose la calidad de su seguimiento a través del número de controles efectuados durante la duración del mismo y de la atención profesional recibida. Con este fin, el Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) ha desarrollado a partir de la década de los '80, diversos programas tales como el de Vigilancia Nutricional Familiar (PROVINFA), el Programa de Atención del Embarazo y Parto¹¹ vinculado a los subprogramas ADUANA, de seguimiento del recién nacido y durante su primer año de vida, IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), de Inmunizaciones y de Complementación Alimentaria.
- La higiene y control del embarazo así como la educación maternal orientada hacia los cuidados pre y postnatales constituyen factores relevantes en la reducción experimentada por la mortalidad infantil y la materna, especialmente en las dos últimas décadas.
- El porcentaje de embarazos controlados se mantuvo en los últimos años del siglo alrededor del 87%. Pese a los intentos de una rápida captación de las embarazadas, en el año 1999 existe un espacio sin cobertura (que se incrementa respecto a años anteriores); un 10% de mujeres que no tuvieron ningún tipo de control durante el embarazo.

Nacimientos (en %) según Número de Controles Prenatales



- Como se observa en el gráfico, en el período 1986-1999 existe una tendencia creciente hacia una captación tardía del embarazo: los captados en el primer trimestre disminuyen de 58% a 31%, en tanto los captados en el segundo aumentan de 26% a 41%. A su vez, los captados en el último trimestre se incrementan en un 5%.

De la protección prenatal

Art. 23. La protección prenatal, comprende la protección del niño antes de su nacimiento entendida en la forma más amplia, moderna y científica. Ella abarca la parte médica, social y moral, siendo la primera realizada por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 28. La protección y asistencia de la mujer grávida se efectuará en las policlínicas y servicios hospitalarios correspondientes a cargo del Ministerio de salud Pública.

Art. 39. En la ciudad de Montevideo y en las del interior que sea posible, existirán servicios de protección prenatal debidamente organizados. En las restantes localidades, mientras no se establezcan, el Consejo del Niño colaborará en esta protección de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Código del Niño
Abril del año 1934.

¹¹ Los objetivos que plantea se orientan hacia la educación para la salud sobre el control prenatal y parto, el aumento de su cobertura, la captación precoz de la embarazada, la atención del riesgo obstétrico, de la embarazada normal y del recién nacido, la reducción de la mortalidad materna y perinatal (mediante la normatización del parto institucional) y la planificación familiar.

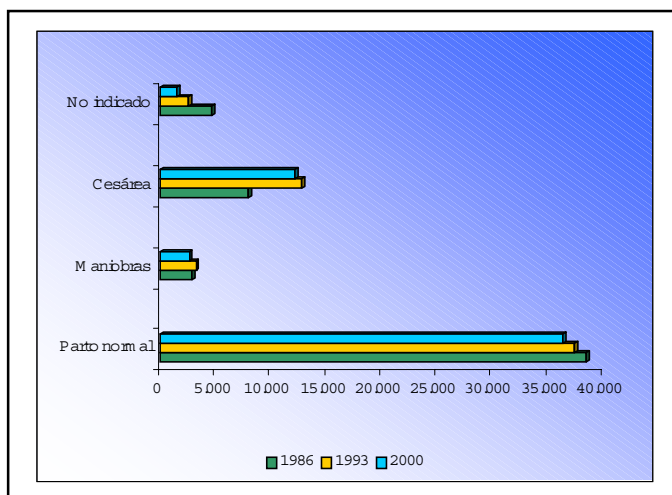
Salud

- Respecto al número de controles prenatales que se realizan, el 90% del total de los embarazos controlados son adecuados, es decir que las mujeres se efectúan 4 o más controles a lo largo de la duración de su embarazo.

Atención Profesional y Forma de Parto

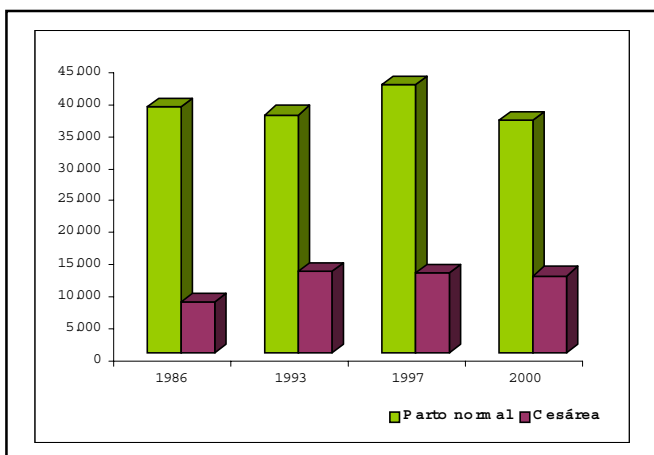
- A comienzos de siglo prevalecía la costumbre de que el parto se efectuara en el domicilio particular, siendo atendido generalmente, mucho más en el interior del país, por las “parteras” que atendían a la mujer parturienta con herramientas escasas y, muchas veces, en condiciones sépticas. En las postrimerías del siglo, el parto institucional se practica en casi la totalidad de los nacimientos (99%).
- Importantes avances se han producido en relación al nivel profesional de quién atiende el parto. Entre los años 1977 y el 2000 el porcentaje de partos atendidos por el médico-obstetra se incrementó notoriamente, pasando de 39% a 64%.

Nacidos Vivos según Forma de Terminación del Parto



- Respecto a la forma en que ocurre el alumbramiento, se observa entre los años 1986 y 2000 un descenso paulatino del porcentaje de partos “normales” contrarrestado con un incremento de las cesáreas (de 15% pasa a 23%). Al final de siglo, los datos indican que el 45% de las cesáreas se concertaron anteparto. El abuso de dicho método, ya que consiste en una cirugía, constituye un riesgo adicional para la salud materna.

Partos normales y cesáreas (1986-2000)



- La práctica de la cesárea al momento del parto es más frecuente en Montevideo que en el Interior del país (para el año 1997-último dato disponible-, 25% y 20% respectivamente). Cabe destacar que la mayoría de las mujeres que recurren a la cesárea son afiliadas a las IAMC; es en las instituciones privadas de servicios de salud en las que se efectúan el gran número de estas intervenciones (el 49.5% del total de las cesáreas efectuadas en el año 2000 se producen en dichas instituciones).

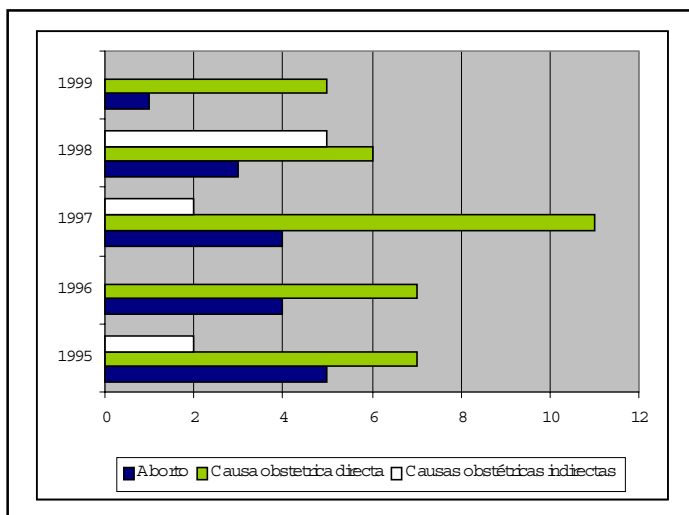
Aborto

- En Uruguay no existen datos suficientes sobre la prevalencia del aborto ni estimaciones confiables sobre esta práctica. El Dr. Turenne, Médico Jefe del Servicio de Protección Maternal estimaba, en base a estadísticas llevadas por la Casa de la Maternidad en los años 1915-1919, que el 27% de los embarazos terminaban en un aborto. De las Memorias del Hospital Maciel, dicho Dr. infería para el año 1925 que el 29% de los embarazos tenían igual fin. Dichas cifras correspondían a mujeres que llegaban a estos centros asistenciales después de haber abortado.
- El intento más fundado y reciente para el estudio de este fenómeno se da con motivo de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud del año 1986 donde (a través de las historias de embarazos) se obtiene información directa de las entrevistadas respecto a la incidencia del aborto y la sítua, para los años precedentes a la investigación, en una magnitud de 20,6 abortos por cada 100 partos.

“Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a una información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualquier medida o cambio relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud sólo pueden ser determinados a nivel local o nacional, de conformidad con el proceso legislativo nacional”.

Fuente: “El aborto en el Uruguay entre sombras”
Comisión Nacional de Seguimiento de Beijing

Mortalidad Materna en Uruguay en el período 1995-1999

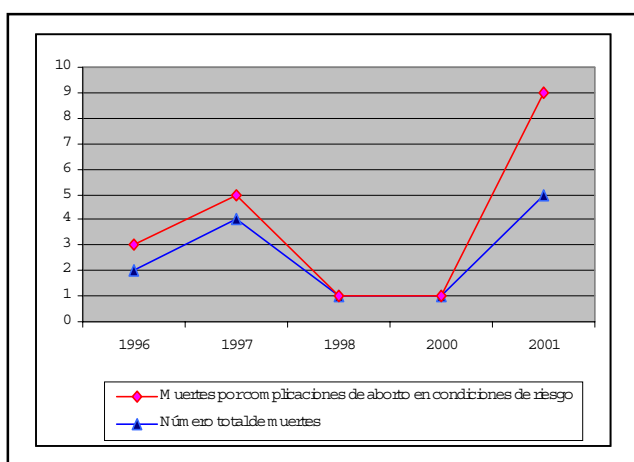


- En el quinquenio 1995-1999, las muertes maternas por aborto muestran una disminución, constituyendo para el último año, el 17% del total de las defunciones por causas vinculadas a la maternidad. Las muertes relacionadas con causas obstétricas directas, incluyéndose en esta categoría las hemorragias, infecciones genitourinarias y puerperales, estados hipertensivos, etc., presentan una predominancia (44%) sobre las indirectas en los años de referencia.

Muertes Maternas en el CHPR – PERIODO 1996-2001¹².

Año	Número total de muertes	Muertes por complicaciones de aborto en condiciones de riesgo
1996	2	1
1997	4	1
1998	1	0
1999	-	-
2000	1	0
2001	5	4

Muertes maternas en el CHPR 1996-2001.



- Como se observa en el gráfico, los datos registrados por el Hospital Pereira Rossell, muestran que hacia fines del siglo XX se produce un aumento de las muertes maternas causadas por complicaciones de aborto en condiciones de riesgo, representando el 80% del total de estas muertes (resulta imposible discriminar cuales de ellos fueron abortos inducidos y cuales espontáneos).

¹² Centro Hospitalario Pereira Rossell. La información del año 2001 corresponde sólo al período enero-setiembre. (Fuente: Sistema Informático Perinatal).

Nutrición y Embarazo

- La nutrición de la madre es un factor determinante, tanto antes como durante el embarazo, en el nacimiento de niños sanos, con pesos favorables y un potencial de crecimiento y desarrollo normal. El peso al nacer¹³ es el mejor parámetro para predecir la probabilidad de un niño de presentar desnutrición en su vida futura. Es por ello, que los programas de salud y nutrición persiguen dicha meta con la promoción y protección de la salud y el estado nutricional de la mujer embarazada.

Porcentaje de nacimientos con bajo peso (1977-2000)

Año	% nacimientos con bajo peso	Año	% nacimientos con bajo peso
1977	7.7	1988	6.9
1978	7.7	...	...
1979	7.9	1993	7.6
...	...	...	...
1983	7.1	1996	7.3
1984	7.6	1997	7.5
1985	7.9	1998	6.9
1986	7.6	1999	7.9
1987	7.8	2000	8.0

Fuente: División Estadística del M.S.P

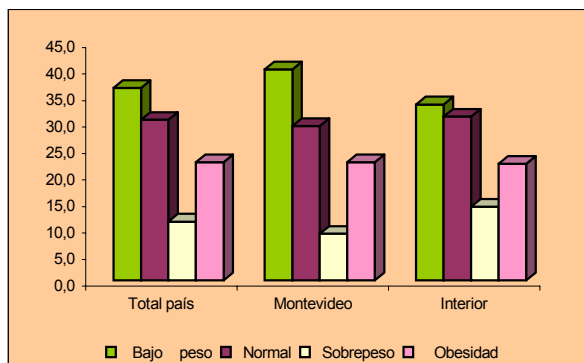
- Como indican los datos, a lo largo de los últimos veinte años los nacimientos con bajo peso se han mantenido alrededor del 7% del total de los nacimientos, mostrándose un leve incremento hacia los dos últimos años.
- La presencia de sectores carenciados con la dificultad diaria de conseguir su alimentación habitual es una constante a lo largo del siglo. Bajo estas condiciones es casi imposible mantener los requerimientos nutricionales y las necesidades adicionales del embarazo y la lactancia. En razón de ello, tanto las madres como las nodrizas, han sido contempladas por políticas con la finalidad de cubrir gran parte de sus necesidades inmediatas. Las mismas fueron acompañadas de acciones provenientes tanto de organismos públicos como de organizaciones no gubernamentales (O.N.G.).
- El incremento de los embarazos adolescentes en sectores sociales desfavorecidos, influye de gran manera en las deficiencias del índice peso/talla inicial de la mujer embarazada. En las últimas tres décadas, el porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años respecto a los nacimientos totales, pasó de 11% a 16%. Dentro de este grupo, son las adolescentes entre 15 y 19 años las que contribuyen a este crecimiento de la maternidad adolescente casi en su totalidad (96%). La adolescencia es una etapa de profundos y rápidos cambios, tanto biológicos como psicosociales; sumarle un embarazo a este proceso, suele tener consecuencias muy negativas.

¹³ Internacionalmente se considera con bajo peso al nacer al recién nacido con un peso por debajo de 2.500 Kg.

Salud

Estado Nutricional de las Embarazadas Atendidas por la Salud Pública según Peso (Estudio Preliminar sobre poblaciones de riesgo, 1989.)

- La investigación realizada en el año 1989 por el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) y UNICEF revela que, sobre la muestra de 2.548 embarazadas, el estado nutricional durante la gestación del 36% de las mujeres era de bajo peso, mientras que el 22% era de obesidad. Las embarazadas adolescentes presentaban mayor prevalencia de bajo peso (52% de las menores de 17 años), tanto pregravidiz como en el período de gestación.



- Existe una estrecha relación entre el estado de nutrición de la mujer pregravidiz como durante el embarazo actual y el peso al nacer del último hijo. Además, las mujeres fumadoras presentaban un 10% más de frecuencia de niños con peso insuficiente al nacer que aquellas no fumadoras.
- Es importante destacar el papel de la información que debe impartir el equipo de salud, ya que sólo el 60% de las mujeres modificó su alimentación durante el embarazo. Las tres cuartas partes de las embarazadas recibió algún consejo nutricional, y más de la mitad de las mismas, no recibió información para el fomento de la lactancia materna en los servicios de salud.

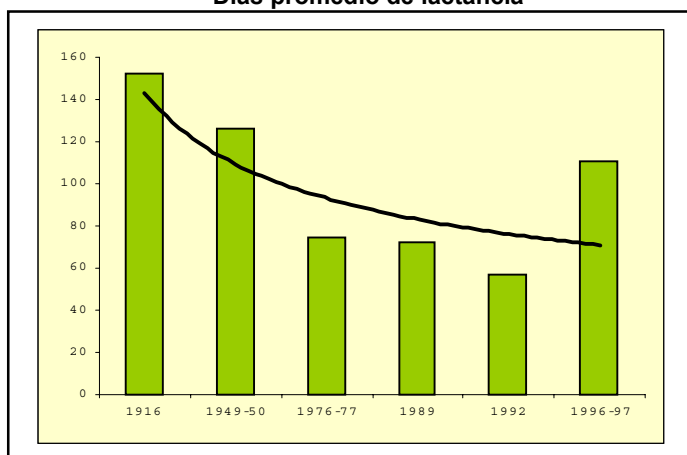
Lactancia materna

- Los beneficios que brinda la lactancia materna son indiscutibles, especialmente en lo referente a la protección del recién nacido contra enfermedades (diarrea, afecciones respiratorias), constituyéndose en una herramienta eficaz para la reducción de la mortalidad infantil.

Días promedio de lactancia*

Año	1916	1949-50	1976-77	1989	1992	1996-97
Días promedio	152	126	75	72	57	111

Días promedio de lactancia



- Como muestra el gráfico, a lo largo del siglo se produce un descenso de los días promedio de lactancia, tendencia que hacia fines de la década de los años '90 se fortalece (111 días promedio para el año 1997). Este incremento se debe, en parte, a las campañas y programas puestos en práctica en todo el país para promover las múltiples ventajas de la lactancia materna y del amplificado amamantamiento del niño.

Salud

- En cuanto a las áreas geográficas, los valores son similares para Montevideo e Interior, presentando en ambos casos un mayor número de días para el sector privado*.
- En correspondencia con este comportamiento, los datos disponibles respecto a la edad media del destete, muestran que, para el período 1996-97, los niños que son atendidos en el sector privado alcanzan una edad superior a la del sector público.

Edad media de destete, en meses, por área, según tipo de servicios (1996-1997)*

Tipo de Servicios	Montevideo	Interior
Servicios Públicos	3,2	3,6
Servicios Privados	3,7	3,8
Total	3,6	3,7

- Muestra del incremento de los días promedio de lactancia, es la diferencia que se percibe entre la lactancia materna exclusiva y la predominante en los 4 primeros meses de vida del niño; la primera es notoriamente superior (25,6) a la lactancia materna predominante (11,4) la cual se complementa.

Lactancia materna hasta los 4 meses (1996)*¹⁴

	Total País	Montevideo	Interior
Lactancia materna exclusiva	25,6	23,4	26,5
Lactancia materna predominante	11,4	8,9	12,4
Total	37,0	32,3	38,9

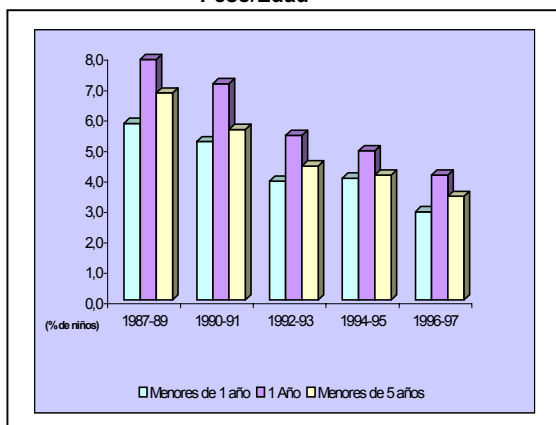
- Cabe agregar que en lo que refiere a la alimentación a pecho exclusiva al momento del alta, el porcentaje más elevado (al año 1998) se presenta en usuarios del Banco de Previsión Social (B.P.S) con un 99.1%, mientras que en último lugar se encuentran los de Mutualistas de Montevideo con un 96.4 por ciento.
- Para el fomento y fortalecimiento de la lactancia materna se han realizado talleres para la implementación de clínicas de lactancia, campañas de capacitación, desarrollo de iniciativas de hospitales, campañas publicitarias a nivel de los medios de comunicación, distribución de afiches, diseñándose además un sistema de monitoreo sobre la frecuencia y duración de la lactancia materna.

Nutrición y Niñez

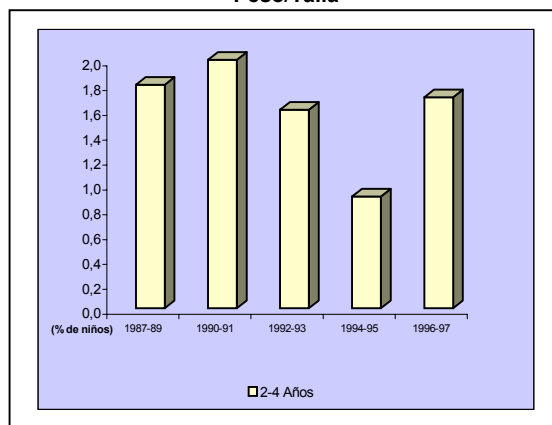
- La información sobre este tema se acumula en la última década del siglo, en la cual se percibe una reducción del porcentaje de niños y niñas asistidos por el M.S.P que presentan desnutrición en todo el país. Considerando el criterio Peso/Edad se registra una disminución del porcentaje de niños con desnutrición grave o moderada (de 5.6% en el período 1990-91 pasa a 3.4% en el bienio 1996-97).

¹⁴ *Fuente: Análisis y Tendencias de la Salud en Uruguay op.cit.

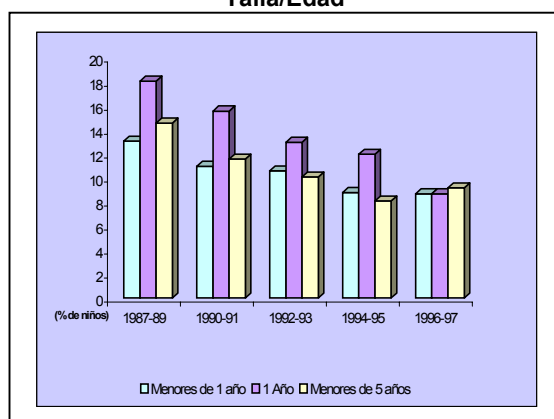
**Estado Nutricional de la Población Menor de 5 años
Asistida por el MSP (Moderada y Grave)
Peso/Edad**



**Estado Nutricional de la Población de 2 a 4 años
Asistida por el MSP (Moderada y Grave)
Peso/Talla**



**Estado Nutricional de la Población Menor de 5 años
Asistida por el MSP (Moderada y Grave)
Talla/Edad**

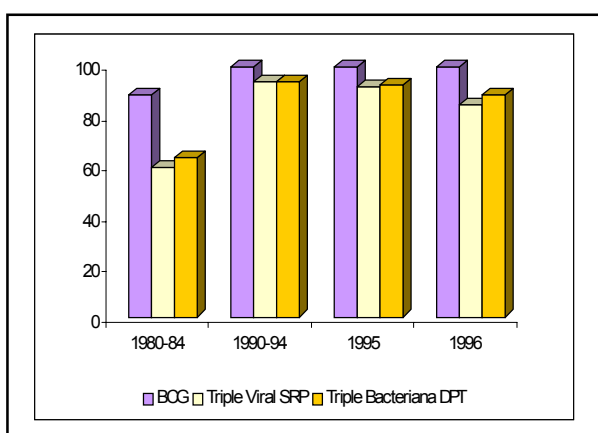


- Los gráficos presentados, indican una importante mejoría en todos los subgrupos etarios en el período comprendido entre los años 1987 y 1997. Visualizando los diversos criterios de medición, tanto la desnutrición por Peso/Edad en menores de 1 año como de los menores de cinco, se redujo a la mitad. Por otra parte, en los niños de 2 a 4 años (Peso/Talla), la baja fue menor, e incluso aumentó en los últimos dos períodos (1994-95 a 1996-1997): la desnutrición grave pasó de cero a 0.20% y la moderada de 0.90% a 1.48%.
- Los programas alimentario-nutricionales en vigencia (INDA, SAAC, CAIF, ANEP, MSP, PROVINFA, etc.), son de gran ayuda para que la situación de los niños en dicho plano se encuentre compensada, debido a que los recursos socio-económicos propios no alcanzan a cubrir sus necesidades nutricionales.

Cobertura de Inmunizaciones

- A lo largo del siglo XX el avance científico ha posibilitado una importante evolución en la disminución de las enfermedades de orden infeccioso e inmunoprevenible. El Uruguay tiene una larga historia en lo que refiere al uso de la vacunación (ya en el siglo XIX se había declarado obligatoria la vacunación contra la viruela como condición de acceso a la escuela pública). Las inmunizaciones han aumentado su cobertura, incorporándose además nuevas vacunas (Polio, DPT, Sarampión y BCG, a las que se agregan la de Paperas, Rubéola -1983-, Hib -meningitis haemophilus tipo B- en 1994 y la Meningocócica A+C dos años después) dentro del Plan Nacional de Vacunaciones.

Porcentaje de inmunizaciones de niños y niñas menores de 1 año de edad

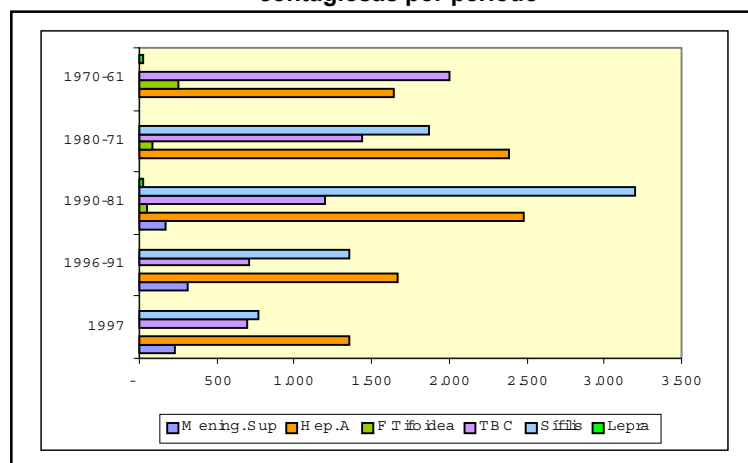


- En la última década del siglo, la cobertura para los tres grupos de inmunizaciones consideradas (BCG, Triple Viral y Triple Bacteriana) ha tenido diversos cambios situándose hacia fines del mismo por encima del 80%.

- La aplicación de esta técnica preventiva dio como resultado que hacia fines de siglo, no se presenten casos de Difteria, Tétanos o Polio; la tos ferina, popularmente conocida como tos convulsa, muestra picos epidémicos aunque ha disminuido la cantidad de casos. Respecto al Sarampión la tendencia hacia fines de la década de los noventa es a la baja y las

campañas preventivas realizadas sobre dicha enfermedad contribuyen a la reducción notoria en la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Número promedio anual de casos de enfermedades infecto-contagiosas por período



- Como se observa en el gráfico, la meningitis muestra oscilaciones en las últimas décadas, en las cuales el control de las denuncias obligatorias se hace más estricto (los primeros años del siglo revelan una deficiencia en el registro de los casos de enfermedad por esta causa).
- En lo que respecta a la mortalidad por causa de la Tuberculosis, la tendencia al descenso que venía mostrando desde los años '60 se detiene en la década siguiente. En el año 1996 registra una tasa anual de mortalidad de 22 por 100.000 habitantes.
- No existen en el país casos autóctonos de malaria, dengue, peste, fiebre amarilla o esquistosomiasis. Hace varios años que tampoco se presentan casos de enfermedades tales como rabia humana y cólera.

DROGAS

Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas

- Respecto al tema de drogas, en las cuales se incluyen tanto las sustancias legales y socialmente aceptadas (alcohol y tabaco) como las ilícitas (marihuana, cocaína, heroína, inhalables, etc.) y todas aquellas que tienen un uso indebido (estimulantes, tranquilizantes)¹⁵, la información disponible, hacia la primera mitad del siglo, es prácticamente inexistente.

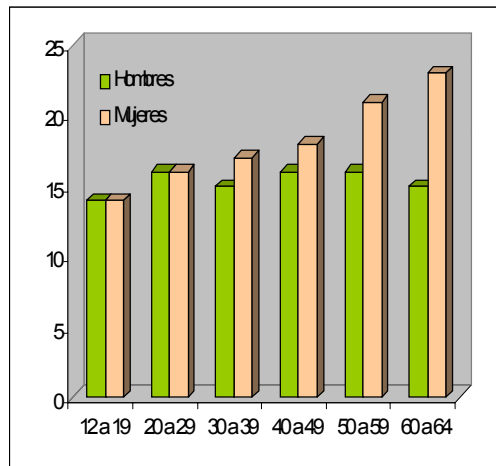
Efectos Psicosociales del Consumo

En nuestro medio el abuso de inhalables se da generalmente en sectores marginales y en niños en situación de calle. La atención de estos niños y su integración temprana a escuelas de tiempo completo son un importante factor de protección frente al consumo de inhalables, alcohol, y otras drogas. Los inhalables provocan trastornos de la conducta, del crecimiento y del aprendizaje, llevando a un deterioro del rendimiento escolar y ausentismo.

Fuente: "Hagamos frente a los problemas de las drogas"
Sustancias Inhalables
Presidencia de la República –J.N.D.

- Recién en la última década del siglo, se tienen dos encuestas Nacionales de Prevalencia (ENP) de Consumo de Sustancias Psicoactivas. La primera se realiza en el año 1994¹⁶ y la segunda en el año 1998. La comparación de los resultados muestra una disminución en el consumo de sustancias tales como el alcohol y el tabaco, mientras que se percibe, en el consumo de tranquilizantes y opiáceos, un aumento significativo. El consumo de Anfetaminas, Inhalables, Marihuana, Cocaína, Alucinógenos y Heroína no mostró diferencias significativas entre ambos estudios poblacionales.

Edad promedio de inicio de consumo de tabaco por sexo, según grupo etario (1998-1999)



- De acuerdo a la encuesta más reciente, la población consumidora que consulta en los Centros de Tratamiento, es joven y predominantemente masculina (76%). Tienen un nivel medio de instrucción (secundaria o más) y son en su mayoría solteros. En general, no poseen medios para su independencia económica.
- El consumo se inicia a edades muy tempranas –10 a 14 años– que concentran el 56% de los casos. Las drogas de mayor preferencia en los consumidores en tratamiento son la marihuana (73%), el alcohol (68%), la cocaína (63%), el tabaco (40%) y los inhalables (19%).
- Comparando los datos de la ENP 1998 de Uruguay con los resultados de países como Argentina y Chile, e incluso con países europeos como España y el Reino Unido, se visualiza que el consumo de anfetaminas, inhalables, marihuana, cocaína, alucinógenos y heroína en Uruguay, es el más bajo de los cinco países, mientras que registra el mayor índice de consumo de tranquilizantes sin indicación médica.

¹⁵ "Droga es toda aquella sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida altera la fisiología del organismo" (Organización Mundial de la Salud –O.M.S.).

¹⁶ Realizadas en coordinación por la Junta Nacional de Drogas (J.N.D.) y el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) en una muestra representativa de la población de 12 a 64 años, residentes en ciudades de más de 5.000 habitantes.

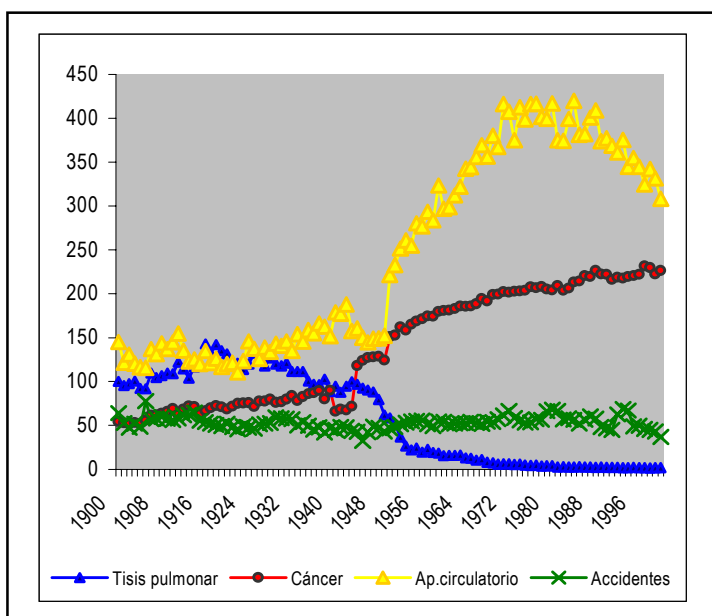
Salud

- El 25% de los internados en Centros de Tratamiento ha utilizado alguna vez la vía intravenosa, riesgo al cual se le adiciona el peligro de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En relación al uso de drogas inyectables, las motivaciones que conducen a utilizarlas son de diversa índole, aunque existe una relación directa, expresada por los consumidores, con carencias en el plano de los afectos, exigencias sociales que ejercen presión (mensajes publicitarios, hábitos sociales) y con los patrones culturales de consumo socialmente admitidos; de acuerdo a este criterio, los varones conforman la población más vulnerable a estar expuesta al consumo de drogas y sustancias.
- El consumo de alcohol es cada vez más precoz, estableciéndose, para adolescentes de ambos sexos, los 13 años como la edad promedio de inicio de consumo de esta droga.
- Diversas instituciones trabajan en el área de estudio del fenómeno de la drogadicción, tanto públicas (Programa de Hábitos Tóxicos –M.S.P-, Programa de Salud –I.N.J.U.- etc.) como privadas (Instituto de Educación Popular “El Abrojo”, I.D.E.S, Sociedad San Francisco de Sales Movimiento Tacuru, Gurises Unidos, etc.) en las cuales se desarrollan importantes actividades que apuntan, ya sea a la prevención, la rehabilitación y/o la reinserción social.

MORTALIDAD GENERAL POR CAUSAS

- La mortalidad por causas ha mostrado a lo largo del siglo, cambios estrechamente ligados a las medidas y acciones puestas en práctica en el área de la salud tanto pública como privada, a los adelantos del conocimiento científico y la ciencia médica, y al desarrollo económico y social del país.
- La transición epidemiológica se caracteriza por el desplazamiento de la presencia y letalidad de enfermedades infecciosas y agudas hacia una situación en que prevalecen enfermedades crónicas y degenerativas. Estas enfermedades adquieren mayor importancia relativa a medida que disminuye el nivel de la mortalidad del país, siendo las principales de ellas, las referidas al aparato circulatorio y los tumores malignos.
- Hacia principios de siglo, en lo que respecta a las enfermedades infecciosas y parasitarias, las muertes por enfermedades epidémicas se habían reducido en el periodo 1882-1907 en un 60%. Exceptuando a la viruela, la disminución del resto de estas enfermedades (tales como la fiebre tifoidea, el sarampión, la difteria, etc.) antecede a la aplicación de técnicas de prevención y curación. Con la aparición de los antibióticos, las enfermedades infecciosas se reducen drásticamente, con lo cual aumenta la vida media y el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares.
- Hacia fines de la década de los '40 la incidencia de la tuberculosis pulmonar como causa de muerte comienza a disminuir, -esta enfermedad había causado, años antes, un número importante de defunciones en el país-. El descenso pronunciado que se observa a partir del año 1948 coincide con la salida a la calle de los Dispensarios Móviles de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Estos llevaron una campaña de prevención y profilaxis de la tuberculosis, por todo el territorio nacional que se extendió hasta el año 1964. Sin embargo, esta enfermedad no desaparece, pasando su incidencia a ser mayor en la población de edad avanzada.

Mortalidad por Causas 1900-2000.



- Las muertes por enfermedades del aparato circulatorio constituyen, desde la segunda mitad del siglo XX, el primer lugar entre las causas de muerte en el Uruguay. Su tasa de mortalidad presenta una tendencia creciente que se acentúa notablemente a partir de 1950. En el período siguiente (1989-2000) la tendencia se revierte, descendiendo un 18%. En el año 2000 se registran 308 muertes cada 100.000 habitantes y su peso en el total de las defunciones representa el 33%. Las investigaciones respecto a estas enfermedades, ponen énfasis en el estudio de los factores de riesgo cardiovascular relacionados con la alimentación, el sedentarismo y los vicios sociales (tabaco y alcohol).

Salud

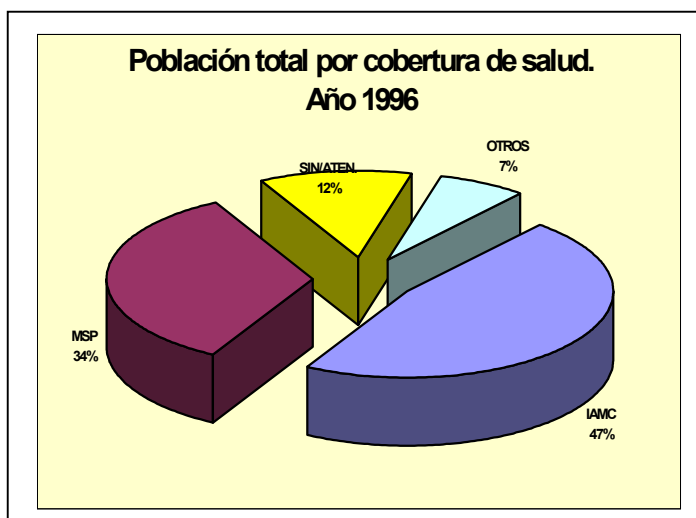
- En lo que refiere a la mortalidad por cáncer, la tasa muestra, a lo largo del siglo, un continuo incremento. Entre los años 1950 y 2000 lo hace en un 50%¹⁷ alcanzando en este último año a 226 muertes por cada 100.000 habitantes.
- La incidencia de la mortalidad causada por accidentes y violencias es significativamente mayor en los menores de 40 años: mientras en 1900 representaba el 5% del total de las defunciones en esta población, en el año 2000 este porcentaje pasa a constituir el 37% (se incluyen bajo esta categoría los accidentes y efectos adversos, los suicidios y homicidios).

¹⁷ Para el análisis de la evolución de las muertes por cáncer, deben tenerse en cuenta algunas consideraciones tales como los progresos médicos en el diagnóstico de esta enfermedad, la correspondencia entre el aumento del riesgo a padecerla y el progresivo proceso de envejecimiento de la población uruguaya, así como las mejoras en cuanto a la declaración de la causa básica de muerte.

ACCESO Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cobertura Total de Salud

- Históricamente las vías de acceso al sistema de salud de la población uruguaya han evolucionado a partir de los servicios públicos de atención básica, a los que se fueron adicionando servicios privados. El Estado a través del Ministerio de Salud Pública ha sido y es responsable de velar por el estado de salud de la población y de recuperar a la misma en caso de enfermedad, además de formular las políticas y las estrategias de salud a nivel nacional y garantizar un nivel adecuado de asistencia a la población.¹⁸
- En la compleja estructura de los servicios de salud las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)¹⁹ ocupan un sitio de predominio ya que el 47% de la población total del país tiene derechos vigentes para su atención en las mismas (según los datos censales del año 1996). Por su parte, el Ministerio de Salud Pública atiende al 34% de la población total con escasos o carente de recursos económicos, en forma gratuita o arancelada²⁰. Un 7% recibe atención integral proveniente, de la Sanidad Policial (1.8%), de la Sanidad Militar (4.2%) y de otras instituciones estatales y privadas.
- Un 12% declara no tener cobertura total lo cual no necesariamente significa un desamparo de asistencia médica ya que esta categoría engloba a la población que tiene cobertura parcial, a la que no tiene carné vigente para atenderse en el sistema público, a la que no reúne las condiciones para asistir en el sistema público pero tampoco puede acceder por los costos al privado y en menor medida la que no está afiliada a ningún régimen de prestación ya que sus ingresos le permiten costear la atención privada.
- Se presentan algunas diferencias por sexo de los usuarios según el servicio de cobertura de salud. Las mujeres predominan en la asistencia brindada por el MSP representando el 55% de sus usuarios. Por su parte los hombres son mayoría entre los usuarios de otros servicios y entre los que declaran no tener cobertura (56% y 54% respectivamente). Las restantes instituciones captan casi por igual a hombres y mujeres.



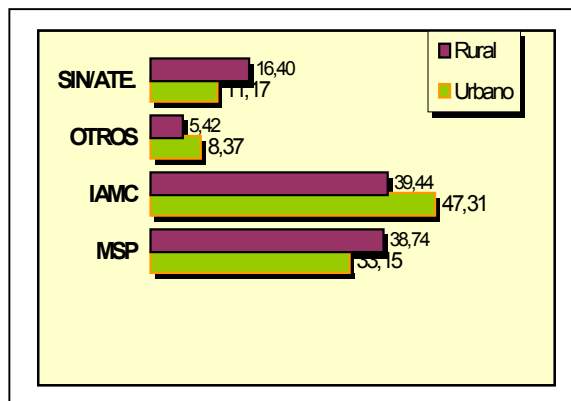
¹⁸ La Constitución de la República en su artículo 44 establece "...Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

¹⁹ Estas instituciones de carácter privado ofrecen atención bajo la modalidad de un sistema de seguro prepago (afiliación individual, familiar o colectiva) con pago de cuota mensual.

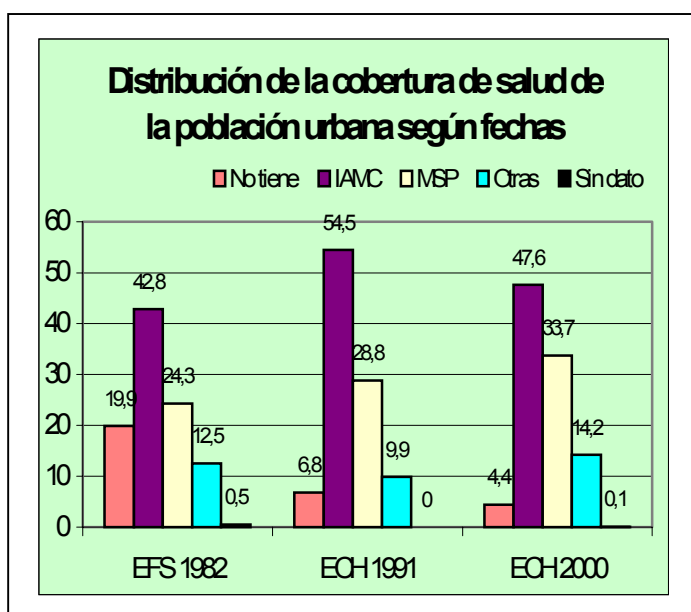
²⁰ Para ello tiene tres tipos de carné: uno de atención totalmente gratuita y dos arancelados.

Distribución de la población urbana y rural según cobertura de salud. Año 1996

- El MSP y su red de proveedores (ASSE) atiende mayoritariamente a la población joven: el 60% de sus usuarios tienen menos de 30 años. Situación opuesta se observa en las IAMC ya que el 64% de sus afiliados se encuentra por encima de esa edad, y de la misma, la cuarta parte alcanza o sobrepasa los 65 años.



- La apertura geográfica en País Urbano y Rural permite constatar que la mayoría de los afiliados tanto al MSP como a las IAMC residen en áreas urbanas (89% y 92% respectivamente) hecho que hace pesar el comportamiento de estas áreas en el total del país. En el área rural la cobertura de salud de su población se distribuye en igual porcentaje para el MSP y las IAMC (39%) en tanto, el de la población rural que declara no tener cobertura alcanza la 16% con lo cual se ubica cuatro puntos porcentuales por encima del registrado en el área urbana.



- En las últimas dos décadas, diferentes fuentes²¹ permiten seguir la evolución de la estructura de la cobertura total de salud de la población urbana. Las mismas muestran un crecimiento sostenido, más acentuado en la década de los noventa (del orden del 40%) del porcentaje de usuarios de los servicios del MSP, como puede verse en el gráfico adjunto. Por su parte las IAMC se comportan diferente; crecen en el primer decenio por incorporación de la población sin cobertura para decrecer hacia fines de siglo por transferencia de los usuarios hacia el sector público y otras instituciones.

- Para el departamento de Montevideo los datos históricos abarcan una década más hacia atrás. La recurrencia a las mutualistas como forma de atención a la salud es mayoritaria. Sin embargo, la tendencia muestra una reducción del 11% de sus afiliados entre 1991 y 1996, que se mantiene hasta el final del siglo. En contrapartida la cobertura de salud de la población montevideana a través del MSP presenta un fuerte crecimiento y el porcentaje de sus usuarios se incrementa un 54% en las últimas tres décadas.

²¹ La Encuesta Familiar de Salud (EFS) 1982 cubre las ciudades mayores de 10.000 habitantes; la Encuesta Continua de Hogares (ECH) cubre las localidades mayores de 900 habitantes; la ECH 2000 cubre las localidades mayores de 5.000 habitantes

Salud

Montevideo: Distribución de la población según cobertura de Asistencia médica.

Institución	ECH 1971 ²²	EFS 1982	ECH 1991	Censo 1996	ECH 2000
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
MSP	13.6	13.4	15.8	20.8	21.0
IAMC	58.7	57.8	67.3	60.2	60.9
OTROS	10.7	14.6	10.4	8.1	13.6
SIN COBERTURA	16.5	14.2	6.5	10.9	4.5
Sin dato	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0

- En el resto de los departamentos en su conjunto, lo que se identifica como “Interior del País”, el panorama es diferente ya que la cobertura del MSP cubre al 44% de su población, en tanto las IAMC alcanzan solamente al 37.3%

Cobertura parcial

- Según datos del Censo 1996, de la población que declara tener cobertura total del sistema de salud 40% tiene a su vez derechos vigentes en sistemas de cobertura parcial. La principal dentro de este grupo está conformada por las Unidades de Emergencia Móvil y presenta notorias diferencias según el carácter público o privado de la cobertura total. Así, mientras una de cada dos personas afiliadas a las IAMC tiene a su vez cobertura de estos servicios, en los usuarios del MSP apenas una de cada diez posee también este tipo de cobertura.
- Algo más de 106.800 personas tienen solamente derechos vigentes en sistemas de cobertura parcial para la atención de su salud. Porcentualmente son el 29% de la población que declara no tener cobertura total de salud. Quedan por tanto unas 261.788 personas que no tienen ningún tipo de cobertura ni parcial ni total.
- Al año 1999, considerando solamente la población de 55 años o más de edad captada por la Encuesta ENEVISA²³ 47% de la misma tiene cobertura en las instituciones de emergencia médica móvil. Las áreas geográficas determinan en este caso diferencias importantes en la cobertura de estos servicios; 67% en Montevideo y 24% en el Interior Urbano.
- Considerando tres grandes grupos de edades en que puede dividirse esta población de 55 años o más, se observa un aumento del uso de este tipo de cobertura de salud a medida que avanza la edad. Así mientras sólo el 40% de la población entre 55 y 64 años está afiliada a una emergencia en las edades 65 a 79 años y 80 años y más dicho porcentaje es de 49% y 57% respectivamente.
- El 59% de la población de 55 años o más que dispone de cobertura de salud en las IAMC contrata adicionalmente este servicio parcial de emergencia móvil. Dicho porcentaje es significativamente menor en los adultos usuarios del MSP (20%).
- Por último hay un 10% de la población de estas edades que declara no tener ningún tipo de cobertura.

²² Encuesta de Hogares, demanda de asistencia médica. Montevideo, mayo-octubre 1971

²³ Encuesta realizada en el año 1999 en el marco de la ECH para la CEPAL, oficina Montevideo

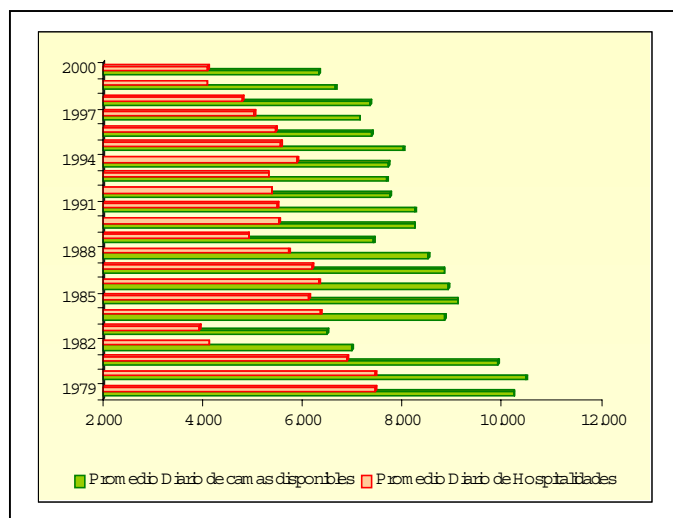
RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Recursos Materiales

- En el año 2000, el número de camas en todo el país consta de 10.656 de las cuales el 60% (6.357) pertenecen al sector público. En referencia a su disponibilidad, la relación es de 523 habitantes por cama.

Promedio de Camas disponibles y Hospitalidades en el sector público. 1979-2000

- En los últimos 20 años, la dotación de camas dependientes del sector público se reduce en un 37%. Otras instituciones públicas (B.S.E, B.P.S, FF.AA, etc.) al igual que las Mutualistas, acusaron también este fenómeno.
- En este período, tanto el subsector público como el privado, no han tenido variaciones importantes en su infraestructura física. Unicamente se experimentaron remodelaciones y ampliaciones de lo ya existente.

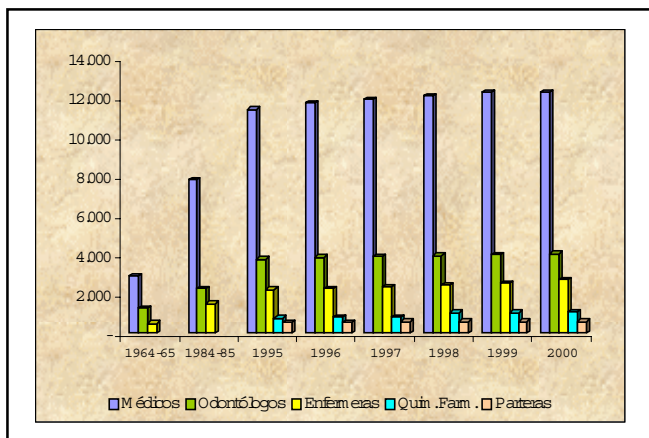


- Por otro lado, se produjo un crecimiento de la función de producción dentro de los hospitales, especialmente en los privados. Es importante destacar la aparición de la oferta de atención médica en presentaciones que no implican la cama como elemento básico, tal es el caso de Emergencias o Unidades Coronarias Móviles, Centros de Tratamiento Ambulatorio, etc.; expansión del sistema de atención que no es posible medir en camas instaladas.
- La forma ambulatoria de atención, las nuevas tecnologías de diagnóstico, preventivas y reparativas, son de muy difícil expresión a través de los correspondientes indicadores hospitalarios.

Recursos Humanos

- En el año 2000, existe un médico cada 269 habitantes, un odontólogo cada 813 y una enfermera profesional cada 1.210 habitantes. La categoría de las parteras es la que se ve disminuida por la profusión de médicos ya que los partos son casi totalmente atendidos por éstos.
- El sistema establecido en la medicalización, es decir, en la atención a la salud de las personas casi exclusivamente basado en el médico (5 médicos por cada enfermera) continúa siendo predominante en el esquema de atención de salud del país.

**Recursos Humanos en Atención Médica
Total País 1964-2000**



- La composición de los recursos humanos en salud del Uruguay conforma una estructura en cuya base se encuentra el personal administrativo y de servicios, angostándose hacia el centro con la presencia de personal técnico y auxiliar, ensanchándose en la cúspide con abundante número de profesionales.

- Como muestra el gráfico, en el período 1964-2000 se produjo un incremento de funcionarios en las principales categorías de atención en el área de la salud. La mayor contribución la hicieron las enfermeras que quintuplicaron su número (de 500 a 2.745) en tanto los médicos pasaron de 2.950 a 12.362.
- La composición por sexo del personal profesional sufrió una transformación importante: son mayoría las mujeres que se reciben de médicos y odontólogos en comparación con los hombres. Para el año 2000 se graduaron de médicos 253 mujeres y 147 hombres, y de odontólogos 69 mujeres y 15 hombres.