

COMISIÓN HONORARIA PARA  
LA SALUD CARDIOVASCULAR

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES  
CARDIOVASCULARES EN EL URUGUAY  
2004

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES  
CARDIOVASCULARES EN EL URUGUAY  
2005 - 2006

---

AREA DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADÍSTICA

AUTORIDADES de la COMISION HONORARIA  
PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR.

Delegado del Poder Ejecutivo - Presidente  
**Prof. Dr. Orestes Fiandra**

Delegado de la Facultad de Medicina - Vice Presidente  
**Prof. Dr. Ricardo Lluberas**  
**Prof. Dr. Carlos Romero (ALTERNO)**

Delegado del Ministerio de Salud Pública - Secretario  
**Dr. Manuel Bianchi**

Delegado de la Sociedad Uruguaya de Cardiología - Pro Secretario  
**Dr. Edgardo Sandoya**

Banco de Previsión Social  
**Dr. Raúl Ferrari**

Delegados de las gremiales médicas más representativas Tesorero  
**Dr. Juan J. Pereyra - SMU**  
**Dr. Sergio Esteves - FEMI**

Delegado, de la ONG, Asociación Procardias  
**Dra. Julia Massey**

Director Ejecutivo  
**Dr. Mario Zelarayán**

*Publicación realizada en el marco de las actividades del Área de Epidemiología y Estadística de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.*

**ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA**

<b>Dr. Sergio Curto</b>	Médico Epidemiólogo (Coordinador del Área)
<b>Tec. Omar Prats</b>	Técnico en procedimientos demográficos y estadísticos.
<b>Dr. Ricardo Ayestarán</b>	Médico especialista en Salud Pública
<b>Aux. Leonardo Martínez</b>	Aux. codificación e ingreso de datos

*Se agradece a la Dirección de ASSE, al Depto. de Planificación de ASSE, al personal de los Departamentos de Estadísticas de todos los centros asistenciales del Ministerio de Salud Pública - ASSE y de los centros Mutuales Privados por los datos del año 2003-2004 de morbilidad, y al Dpto. de Información Poblacional, Estadísticas Vitales por los datos generales sobre mortalidad por enfermedades cardiovasculares, aportados para esta publicación.*

COMISIÓN HONORARIA PARA  
LA SALUD CARDIOVASCULAR

MORBILIDAD POR  
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES  
URUGUAY 2004

---

AREA DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADÍSTICA



**CONTENIDO**

**1- Introducción**

**2- Las Enfermedades Cardiovasculares en las principales causas de egresos hospitalarios, 1981 - 2001.**

- 2.1- La posición de la enfermedades cardiovasculares en el total de causas por egresos hospitalarios
- 2.2- Egresos por enfermedades cardiovasculares en la región

**3- Percepción de afecciones**

- 3.1- Importancia
- 3.2- Antecedente 1 - Encuesta familiar de salud (MSP)
- 3.3- Antecedente 2 - Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (OPS)
- 3.4- Antecedente 3 - Encuesta Mundial de Salud (OMS)
- 3.5- Resumen

**4- Estudio Morbilidad Hospitalaria. RESULTADOS.**

- 4.1- Sectores estudiados
- 4.2- Egresos hospitalarios por sexo
- 4.3- Egresos hospitalarios por edad
- 4.4- Egresos hospitalarios según días de internación
- 4.5- Egresos hospitalarios según tipo de egreso
- 4.6- Egresos hospitalarios según causa del egreso
- 4.7- Egresos hospitalarios por causa de egreso y días internación
- 4.8- Egresos hospitalarios por días de internación, grupo de edad y sexo
- 4.9- Egresos hospitalarios por causa, días internación y grupo de edad

**ANEXO 1 - Metodología utilizada**

**ANEXO 2 - Principales Causas de egreso, centros departamentales, 1981-2001**

## 1- INTRODUCCION

Los datos que se presentan en este informe, continúan la línea de trabajo iniciada anteriormente de donde surgieron informes difundidos oportunamente.

Se utilizan las fuentes de información sanitaria que presentan alguna característica similar, en este caso la comparación resulta de la utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 Rev. para la codificación de diagnósticos en los egresos hospitalarios.

A medida que el riesgo de la mortalidad en una comunidad disminuye, cuando se llega a niveles muy bajos<sup>1</sup>, de los más bajos de América Latina, el indicador mortalidad pierde sensibilidad para detectar los cambios en el estado de salud, dado que no informa de la incidencia de las enfermedades crónicas cuya morbilidad invalidante, no se traduce en mortalidad inmediata. Solo la sobrevivencia no representa un indicador completo de salud.

Los egresos hospitalarios constituyen un elemento de mucha importancia para determinar las necesidades de la población por los servicios de hospitalización, para la programación y evaluación de esos servicios y fundamentalmente para el conocimiento de los perfiles epidemiológicos de los grupos sociales.

Dadas las dificultades del país para realizar encuestas epidemiológicas poblacionales, utilizamos un indicador que permite estudiar los problemas de salud que llegan al sistema sanitario como un episodio agudo. Los registros hospitalarios utilizados como fuente de datos son los que tradicionalmente los países toman como punto de partida para estos estudios de morbilidad.

También vamos a considerar utilizando tres encuestas realizadas en el país, datos de morbilidad consultada, que corresponderían a la morbilidad percibida por los individuos pero que por diferentes motivos no llegan al sistema sanitario.

Después de la mortalidad, la consecuencia grave de la enfermedad es la incapacidad, que nos informa del impacto físico y emocional de las enfermedades sobre los individuos.

Entendiendo por día de incapacidad cualquier día en que un individuo debe restringir su actividad habitual por enfermedad o lesión.

Los días de estada en un servicio de salud es un nivel de medida de la incapacidad, dado que durante esos días la persona restringe su actividad totalmente.

Ese nivel de medida en el caso de las enfermedades cardiovasculares, no refleja el verdadero nivel de la incapacidad. En muchos casos provocan una pérdida importante de calidad de vida porque luego de la estadía en un centro asistencial, el individuo puede vivir en promedio más de cinco años con discapacidad, viviendo ese período con dificultades para desempeñarse social y productivamente.

1- (Uruguay, TBM de 9.8 por cada mil habitantes, que corresponde a una población de 3.293.720 hab. INE, CF1-2004 y a 32.220 defunciones por todas las causas, Estadísticas Vitales, MSP)

## 2- LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LAS PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS.

Años 1981-1990-1999-2000 y 2001.

### 2.1 Posición de las enfermedades cardiovasculares en las principales causas de egresos hospitalarios.

Otra forma de visualizar la importancia de una determinada enfermedad como causa de egreso es su ubicación en la lista de principales causas de egresos hospitalarios.

Las principales causas ordenadas de acuerdo a la importancia del porcentaje de cada una sobre el total de egresos, clasificados según la lista para Morbilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (de acuerdo a los años considerados las CIE 9na. Rev. y CIE 10ma. Rev.).

Aplicando la metodología que habitualmente se utiliza para principales causas ya sean de mortalidad o morbilidad, se ordenan las causas que reúnen aproximadamente un setenta por ciento del total, obteniendo de esta forma un listado que generalmente no supera las diez causas. De ahí su denominación de "diez principales causas de muerte" o en este caso "diez principales causas de egresos hospitalarios".

Las enfermedades cardiovasculares ocupan en la mayoría de los años considerados una posición ubicada entre las primeras cinco causas.

El examen de esas causas de egreso hospitalario indica una correspondencia con la estructura de causas de la mortalidad, se agregan algunas enfermedades más fácilmente curables y en los centros del interior del país el parto normal como la principal causa de egreso.

Las enfermedades cardiovasculares conjuntamente con las infecciones respiratorias agudas, los traumatismos y las enfermedades del aparato digestivo ocupan los primeros lugares de acuerdo a su porcentaje en el total de egresos hospitalarios.

Se presenta a continuación el cuadro N°1, resumen por departamento, donde se muestra la importancia de los egresos por enfermedades cardiovasculares pudiéndose en el cuadro N° 2, ver el detalle de ubicación en cada uno de los años considerados y en el Anexo 2 las otras causas que acompañaron a las enfermedades cardiovasculares.

A pesar de la importancia de contar con información de varios años en un período de diez años, es necesario contar con información más actualizada para determinar cual es la tendencia en el momento actual.

Cuadro N°1

**Enfermedades del Aparato Circulatorio, posición en principales causas y porcentaje en el total de Egresos, Egresos totales y Egresos por Enf. Aparato Circulatorio.**  
Centros Departamentales de ASSE, años 1981-1990-1999-2000-2001

CENTROS DEPARTAMENTALES	EGRESOS	EGRESOS Enf. aparato circulatorio	LUGAR DE IMPORTANCIA ** (en principales causas)	PORCENTAJE SOBRE TOTAL EGRESOS *
ARTIGAS	21878	1220	3 - 7	5,6
CANELONES	6860	565	1 - 3	8,2
CERRO LARGO	34447	1941	3 - 6	5,6
COLONIA	18392	1198	2 - 5	5,1
DURAZNO	18392	1198	2 - 4	6,5
FLORES	15927	1062	3 - 4	6,7
FLORIDA	19227	1202	2 - 6	6,3
LAVALLEJA	12271	1150	1 - 5	9,4
MALDONADO	14757	891	4 - 6	6,0
PAYSANDU	56289	2517	3 - 7	4,5
RIO NEGRO	9031	536	2 - 7	5,9
RIVERA	22218	1383	2 - 7	6,2
ROCHA	12497	779	1 - 6	6,2
SALTO	40893	2294	1 - 6	5,6
SAN JOSE	11360	985	1 - 3	8,7
SORIANO	23062	1445	1 - 6	6,3
TACUAREMBO	26583	1694	3 - 5	6,4
TREINTA Y TRES	21475	1348	3 - 8	6,3

**Fuentes:**

- Estadísticas de Salud del Uruguay, 1999 y 2001  
- Depto. de Estadística del Ministerio de Salud Pública

(\*) Promedio del período

(\*\*) Rango de posiciones en el período

Cuadro N°2

**Enfermedades del Aparato Circulatorio, posición en principales causas y porcentaje en el total de Egresos, Egresos totales y Egresos por Enf. Aparato Circulatorio.**  
Centros Departamentales de ASSE, años 1981-1990-1999-2000-2001

CENTROS DEPARTAMENTALES	AÑOS	POSICIÓN PRINCIPALES CAUSAS	PORCENTAJE SOBRE TOTAL EGRESOS	EGRESOS TOTAL	EGRESOS ENF.A.CIRC.
ARTIGAS	1981	4	7,0	3140	220
	1990	7	4,0	3595	145
	1992	4	5,5	3480	190
	1999	5	5,0	3940	197
	2000	3	6,7	3966	264
	2001	3	5,4	3757	204
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			<b>5,6</b>	<b>21878</b>	<b>1220</b>
CANELONES	1981	3	4,8	1180	70
	1990	1	9,9	960	95
	1992	2	8,5	1180	100
	1999	2	8,5	1180	100
	2000	2	8,5	1180	100
	2001	2	8,5	1180	100
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			<b>8,2</b>	<b>6860</b>	<b>565</b>
CERRO LARGO	1981	3	8,4	6651	390
	1990	4	5,9	4765	280
	1992	4	48,2	4320	275
	1999	5	4,8	5895	283
	2000	5	6,6	6165	406
	2001	6	4,6	6651	307
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			<b>5,6</b>	<b>34447</b>	<b>1941</b>
COLONIA	1981	3	8,1	2475	190
	1990	5	4,3	2105	90
	1992	2	4,6	2475	115
	1999	2	4,6	2475	115
	2000	2	4,6	2475	115
	2001	2	4,6	2475	115
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			<b>5,1</b>	<b>14480</b>	<b>740</b>
DURAZNO	1981	4	7,2	3190	230
	1990	2	8,0	2995	240
	1992	4	5,1	2840	145
	1999	3	6,8	2828	192
	2000	4	6,7	3699	246
	2001	4	5,1	2840	145
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			<b>6,5</b>	<b>18392</b>	<b>1198</b>

FLORES	1981	4	5,5	1810	100
	1990	4	5,7	2560	145
	1992	4	5,9	3220	190
	1999	4	7,1	2510	178
	2000	3	9,9	2607	259
	2001	4	5,9	3220	190
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,7	15927	1062
FLORIDA	1981	5	6,1	2950	180
	1990	2	8,0	2560	145
	1992	2	5,7	3220	190
	1999	4	5,4	2510	178
	2000	6	5,9	3738	221
	2001	4	6,8	4249	288
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,3	19227	1202
LAVALLEJA	1981	2	9,8	2650	260
	1990	1	10,1	2170	220
	1992	1	9,4	1750	165
	1999	2	10,4	1915	200
	2000	1	9,4	1962	165
	2001	5	7,7	1824	140
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			9,4	12271	1150
MALDONADO	1981	6	3,9	1780	70
	1990	6	7,1	2685	190
	1992	4	5,9	2300	135
	1999	4	6,7	3392	226
	2000	4	5,9	2300	135
	2001	4	5,9	2300	135
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,0	14757	891
PAYSANDU	1981	7	5,1	9770	500
	1990	3	5,2	9015	470
	1992	5	4,0	8475	335
	1999	4	5,1	10369	532
	2000	6	4,0	9287	374
	2001	6	3,3	9373	306
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			4,5	56289	2517
RIO NEGRO	1981	2	9,4	1380	130
	1990	4	5,3	1625	85
	1992	6	6,0	1590	95
	1999	6	4,5	1446	64
	2000	7	4,8	1400	67
	2001	6	6,0	1590	95
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			5,9	9031	536
RIVERA	1981	2	9,4	1380	130
	1990	3	7,5	5590	420
	1992	4	7,0	5165	360
	1999	6	4,4	7093	311
	2000	7	4,8	1400	67
	2001	6	6,0	1590	95
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,2	22218	1383

ROCHA	1981	3	7,6	2880	220
	1990	1	9,6	1140	110
	1992	1	8,2	2555	210
	1999	5	4,3	1974	84
	2000	6	3,3	1974	65
	2001	5	4,6	1974	90
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,2	12497	779
SALTO	1981	1	9,5	4740	450
	1990	4	6,0	5225	315
	1992	3	7,4	5820	430
	1999	6	3,5	9617	336
	2000	6	3,4	9671	333
	2001	3	7,4	5820	430
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			5,6	40893	2294
SAN JOSE	1981	3	8,0	2010	160
	1990	1	8,8	1870	165
	1992	1	8,8	1870	165
	1999	1	8,8	1870	165
	2000	1	8,8	1870	165
	2001	1	8,8	1870	165
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			8,7	11360	985
SORIANO	1981	2	11,1	3780	420
	1990	1	8,9	3210	285
	1992	2	7,7	3240	250
	1999	4	1,6	4659	75
	2000	6	3,4	4933	165
	2001	2	7,7	3240	250
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,3	23062	1445
TACUAREMBO	1981	4	5,3	3370	180
	1990	3	7,4	4790	355
	1992	4	6,0	4750	285
	1999	5	5,6	4445	251
	2000	3	7,5	4478	338
	2001	4	6,0	4750	285
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,4	26583	1694
TREINTA Y TRES	1981	6	6,6	3610	240
	1990	3	7,5	3260	245
	1992	4	6,0	3595	215
	1999	5	4,3	3176	135
	2000	8	4,3	3780	164
	2001	3	8,6	4054	349
<b>PROMEDIO PERIODO</b>			6,3	21475	1348

**Fuentes:**

- Estadísticas de Salud del Uruguay, 1999 y 2001
- Depto. de Estadística del Ministerio de Salud Pública

*Nota: En los años que alguno de los centros no contaba con información se asignó el valor del año anterior, bajo ese supuesto se evita la caída de los promedios para el período.*

## 2.2 Egresos por enfermedades cardiovasculares en la Región

Tomando los datos disponibles de algunos países de la región se ordenaron las principales causas de egresos coincidentes, de acuerdo al peso de las enfermedades cardiovasculares. - Cuadro N° 3 -

Cuadro N° 3

**Principales Causas de Egresos Hospitalarios, Uruguay y países de la Región seleccionados.**

Países región	Causas de Egresos Hospitalarios				
	Enf. aparato circulatorio	Embarazo, parto y puerperio	Enf. aparato respiratorio	Enf. aparato digestivo	Enf. Infecciosas y parasitarias
México (2004)	5,1	33,5	1,6	2,9	1,7
Costa Rica (2004)	5,9	28,1	6,5	10,4	2,8
<b>Uruguay (2001)</b>	<b>6,1</b>	<b>11,7</b>	<b>5,5</b>	<b>3,5</b>	<b>4,8</b>
Chile (2004)	6,7	19,8	11,3	11,8	2,9
Cuba (2004)	8,3	18,7	13,4	8,6	6,6
Argentina (1990)	10,6	19,8	12,1	11,4	4,3
Brasil (1994)	10,6	22,8	15,9	7,5	9,4
Bolivia (1993)	22,1	2,6	21,9	15,9	3,1

\* Datos de país publicados en diferentes informes de salud de Org. Internacionales y Ministerios de Salud.

\*\* Los países fueron seleccionados de acuerdo a los datos disponibles.

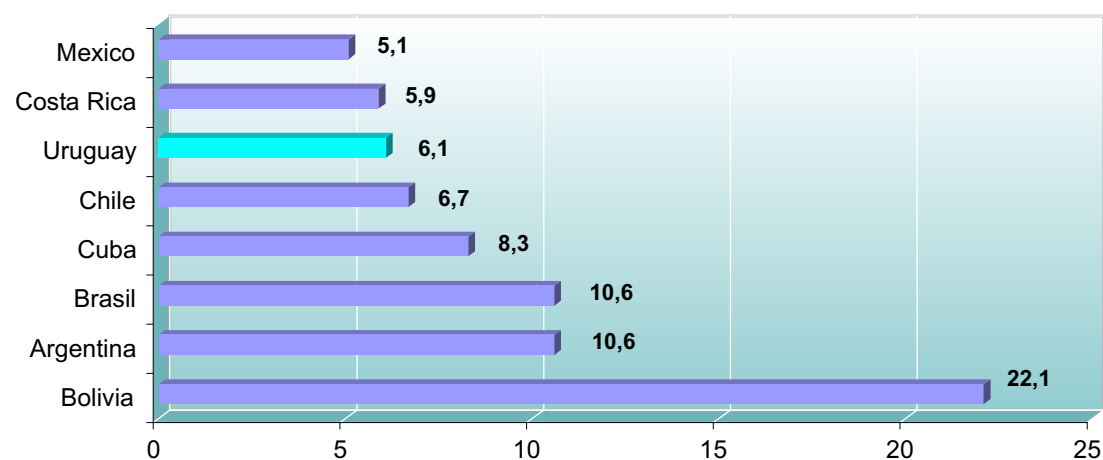
\*\*\* Fueron seleccionadas las causas de egresos con información de los países elegidos.

Se obtiene así la ubicación de Uruguay en relación a los otros países seleccionados. (Gráfico N° 1) Ordenando los porcentajes y tomando tres tramos de los pesos relativos, un primer tramo que comprendería a los países con porcentajes comprendidos entre 5 y 7%, un segundo tramo de 7 a 9% y finalmente un tercero para valores mayores de 9%.

Encontramos a Uruguay en el primer tramo (6.1%) junto con Chile (6.7%), Costa Rica (5.9%) y México (5.1%). En el segundo tramo se ubica Cuba (8.3%) y en el tercer tramo con valores mayores al 9% tenemos a Argentina (10.6%), Brasil (10.6%) y Bolivia (22.1%). En este último caso bajo el supuesto que los tres países considerados no han modificado en los últimos años su estructura por causa de los egresos hospitalarios.

Gráfico N°1

Porcentaje de egresos por Enf. Cardiovasculares  
Países seleccionados.



## 3- PERCEPCIÓN DE AFECCIONES

### 3.1 Importancia

Las medidas clásicas de salud han estado basadas en aspectos negativos de esta: mortalidad y morbilidad. Si bien la mortalidad es de donde más información disponemos, es un indicador que va perdiendo sensibilidad para detectar cambios en el estado de salud, al no informarnos sobre la frecuencia de las enfermedades que no se traducen en una mortalidad inmediata.

Ante la necesidad de conocer la morbilidad, se plantea la dificultad intrínseca de su medición derivada fundamentalmente de sus diferentes usos y tipos. Se trata de un concepto relativo donde el componente subjetivo debe ser tenido en cuenta, ya que si, por ejemplo, nos fijamos solamente en la morbilidad atendida por los servicios sanitarios no es posible detectar aquellos problemas percibidos por los individuos que, por diferentes motivos, no llegan al sistema sanitario o, aún llegando, no son reconocidos como tales por el profesional.

La medición de la morbilidad percibida implica la realización de encuestas en la población. El desarrollo de las encuestas de salud por entrevista a partir de los años cincuenta y perfeccionadas en los setenta con las encuestas realizadas en países como Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá, ha permitido disponer de un valiosísimo instrumento de medida para aproximarnos al estado de salud de la población. Ello permite relacionar variables como la morbilidad percibida por los individuos con sus características personales, sociales e incluso su enfermedad atendida. No tuvieron el mismo desarrollo en América Latina, debido fundamentalmente a los costos operativos de estas, generalmente resultaron estudios puntuales, parte de estudios multicéntricos de varios países con financiación de organismos internacionales.

Estos estudios permiten adquirir conocimientos sobre quienes se sintieron enfermos, que tipo de malestar percibieron y que actitud asumieron al sentirse enfermos.

Es a través de una encuesta domiciliaria que se trata de adquirir un conocimiento de la **percepción** que el individuo tiene de su problema de salud, sin otra indicación que la propia pregunta del entrevistador y los conocimientos previos que el encuestado posea.

Uno de los temas más controvertidos en el diseño de sistemas informativos reside en la fuente que se selecciona para la obtención de los datos. Si bien la fuente más confiable debieran ser los registros oficiales de morbilidad, es una constante en casi todos los ámbitos que los mismos distan de tener cobertura adecuada. Por esa razón es preciso recurrir a alternativas que al costo de sacrificar la calidad informativa puedan brindar conocimientos sobre la extensión, la distribución y las características básicas de los eventos de salud estudiados.

En nuestro país existen antecedentes de estudios de este tipo en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, pudiéndose mencionar la Encuesta de Salud del Uruguay, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento y la Encuesta Mundial de Salud, realizadas en los años 1984, 2000 y 2002 respectivamente.

El MSP está realizando una nueva encuesta de salud donde se podrán actualizar algunos resultados. Este camino de la Salud Percibida, es un camino que se debería explorar para mejorar el conocimiento de la salud de la población.

### 3.2 Antecedente

#### 1 - Encuesta familiar de salud (MSP)

La Encuesta Familiar de Salud fue resultado de una iniciativa conjunta de la División Planificación del Ministerio de Salud Pública y la Representación en Uruguay de la Organización Panamericana de la Salud.

El objetivo general de la investigación fue: *Determinar los patrones de demanda de servicios de salud por la población uruguaya con el fin de adecuar, coordinar y racionalizar la oferta y la utilización de los servicios.*

El desarrollo de este objetivo general se efectivizó mediante el planteamiento de cuatro objetivos específicos, entre los cuales uno de ellos era: Conocer los perfiles de la morbilidad aguda y crónica "PERCIBIDA" por la población.

Así pues, en materia de morbilidad, el estudio permitió adquirir conocimientos sobre quienes se sintieron enfermos, que tipo de malestar percibieron y que actitud asumieron al sentirse enfermos. La manifestación de enfermedad que se recogió fue la caracterización del síndrome o las connotaciones objetivas y subjetivas que sobre la situación tuviere el encuestado.

En el período considerado (dos semanas), la tasa de percepción de malestar o enfermedad alcanzó al 13.4% para el conjunto muestral. - Cuadro 4 -

Cuadro N° 4

Distribución de los encuestados perceptores de malestar por sexo y grupo de edad.

Perceptores de malestar	Total	Grupos de edad			
		0-14	15-44	45-59	60 y más
Total	13,4	11,3	10,0	16,1	22,9
Hombres	15,6	11,4	12,3	19,6	26,1
Mujeres	11,0	11,2	7,6	12,1	18,9

Los malestares percibidos - cuadro 5 - en el lapso de las dos semanas previas a causa de procesos patológicos nuevos por encuestados constituyeron el 54% y su incidencias en la población investigada alcanzó al 7.3% para los 23.551 casos estudiados.

Cuadro N° 5

Distribución porcentual de los encuestados perceptores de malestar.

MALESTAR	Proporción por causa	Proporción en la población
Proceso patológico nuevo	54,0	7,3
Proceso patológico crónico	41,3	5,5
Accidente	3,0	0,4
No sabe atribuir	1,7	0,2

### 3.2.1 Las enfermedades crónicas.

La prevalencia de las enfermedades crónicas declaradas en la EFS, alcanzó a valores superiores a lo que podría hacer suponer la declaración de malestar por padecimiento crónico experimentado en las dos últimas semanas.

Las causas de tipo crónico declaradas como responsables del malestar percibido se definieron de acuerdo al grupo de edad. Entre los menores de quince años las alergias configuraron el padecimiento más declarado junto a las afecciones broncopulmonares.

Entre los quince y cuarenta y cuatro años las alergias siguen apareciendo pero predominan las enfermedades digestivas. En el grupo declarante de cuarenta y cinco a sesenta años aparecen los reumatismos y la hipertensión arterial, en los mayores de 60 años las enfermedades del corazón predominan.

En el conjunto de la población que expuso padecer un malestar atribuido a enfermedad crónica las afecciones cardiovasculares constituyen el más importante problema, en el orden del 28% de todas las afecciones declaradas, lo siguen los reumatismos (18%), alergias (13%) y las enf. digestivas (9%).

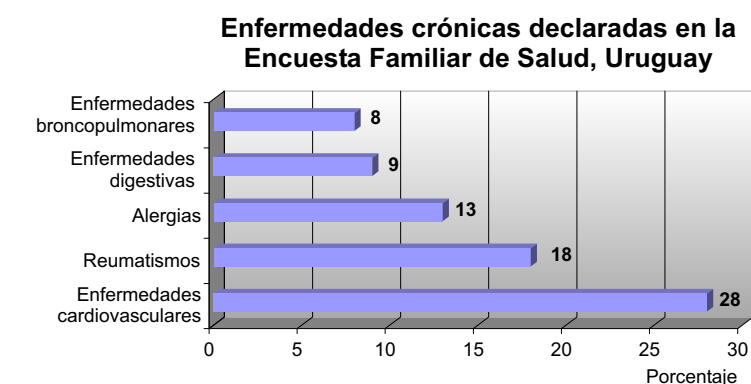


Gráfico N° 2

### 3.2.2 Actitudes frente a las afecciones crónicas.

Los declarantes a la Encuesta Familiar de Salud que expresan padecer una enfermedad crónica, podían manifestar más de una actitud frente a ese padecimiento y por ello fue registrado un número de actitudes mayor que el de las personas con dichas enfermedades crónicas declaradas. La actitud más frecuentemente adoptada según lo manifestado fue la de consultar a un facultativo (casi dos tercios de las actitudes declaradas). - Cuadro 6 -

Cuadro N° 6

Enfermedad crónica declarada, según grupo de edad.

ACTITUD ADOPTADA	PORCENTAJE
Consultar al médico	64,1
Nada, esperar	28,0
Remedios caseros, automedicarse	6,8
Consultar otro personal sanitario	0,7
Otros	0,4

### 3.2.3 Demanda de servicios profesionales por afecciones crónicas.

Los consultantes al médico por dolencias crónicas, fueron 5.493 en el trimestre anterior a la Encuesta Familiar de Salud solicitando en total 13.022 consultas, lo que arroja un promedio de 2.37 consultas por paciente consultante en el período considerado.

Resultó evidentemente creciente el nivel de utilización de la consulta médica por padecimientos crónicos con el aumento de edad del demandante. (Cuadro 7)

Cuadro N° 7

Distribución institucional de las consultas medicas realizadas por grupo de edad.

INSTITUCION PRESTADORA	GRUPO DE EDAD			
	TOTAL	0 - 14	15 - 59	60 y más
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
Mutualistas	55,6	40,5	55,5	59,2
Ministerio Salud Pública	23,1	31,1	22,0	22,5
Sanidad Militar y Policial	5,7	9,6	6,9	3,5
Privados	10,5	9,4	9,9	11,4
Otros	5,1	9,4	5,7	3,4

El principal prestador de consultas por enfermedades crónicas está constituido por las Mutualistas que en Montevideo cubrieron el 70% del total de consultas, el Ministerio de Salud Pública alcanzó al 23% en todo el país con notorio predominio de su relieve como prestador en las áreas menos urbanizadas del país en que aportó casi el 40% de las consultas médicas demandadas por padecimientos crónicos.

Fuente: Encuesta nacional de salud, MSP.

### 3.3- Antecedente 2- Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento)

El Proyecto SABE - Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe - se llevó a cabo por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con apoyo financiero adicional del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con el fin de incluir módulos de investigación especiales.

La coordinación técnica estuvo a cargo de la OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con participación de investigadores de diversas universidades y centros de investigación de los países participantes (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México, Uruguay). También colaboró el Instituto Nacional para el Envejecimiento de los EE.UU. (NIA).

En el Uruguay la Institución Principal fue el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de la Salud. En marzo del año 2001 quedó utilizable la base de datos.

Este estudio se hizo necesario ante los cambios demográficos que sufren los países de América Latina y El Caribe producido por el aumento de la esperanza de vida de sus poblaciones, en forma notable desde 1950, y principalmente, por el descenso de las tasas de fecundidad.

Esta dinámica de la fecundidad, la mortalidad, y la estructura de edades dirigirá hacia el envejecimiento de la población en el continente.

Como las condiciones de salud de personas de más edad son crónicas antes que agudas y progresivas, esta demanda trae consigo, también, un aumento de costos en el cuidado de salud y aumento de la demanda para su cuidado.

El universo en estudio en Uruguay estuvo compuesto por las personas con 60 años y más cumplidos antes del primero de noviembre de 1999 residentes en viviendas particulares de la ciudad de Montevideo.

Población de importancia para su estudio por los índices de mortalidad y morbilidad que posee con relación a las enfermedades cardiovasculares. En el caso de la mortalidad para el año 2004 la tasa de mortalidad por estas enfermedades se sitúa en 319.5 x 100.000 habitantes. (Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, 2004, CHSC).

Entre las Secciones estudiadas se encontraba la Sección C-ESTADO DE SALUD. Se refería al estado de salud percibido y al diagnóstico y tratamiento de hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades articulares como artritis, reumatismo, y artrosis, embolias o ataques cerebrales, problemas urológicos, enfermedades nerviosas o psiquiátricas, y la presencia de diversos síntomas.

Se presentan algunos datos de interés sobre la salud percibida y lo referente al estado de salud relacionado con enfermedades cardiovasculares.

### 3.3.1- Estado de Salud

Cuadro N° 8

Auto evaluación de salud

Auto evaluación	N° casos	Frecuencia
Total	424,384	100,0
Muy buena/buena	259,346	61,1
Regular/mala	165,038	38,9

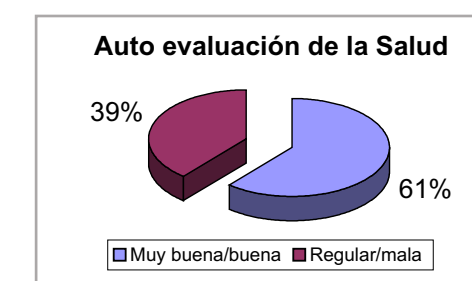


Gráfico N° 3

Cuadro N° 9

Auto evaluación de la salud por estado social

Auto evaluación de salud	Tienen suficiente dinero para vivir				
	Total	Si	No	No sabe	No indica
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>41,9</b>	<b>56,9</b>	<b>0,1</b>	<b>1,1</b>
Mujeres	63,7	25,5	37,2	0,1	0,9
Hombres	36,3	16,4	19,7	0,0	0,2
<b>Muy buena/buena</b>	<b>61,1</b>	<b>29,5</b>	<b>30,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>
Mujeres	36,1	17,1	18,2	0,1	0,6
Hombres	25,0	12,7	12,2	0,0	0,1
<b>Regular/mala</b>	<b>38,9</b>	<b>12,1</b>	<b>26,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>
Mujeres	27,6	8,3	19,0	0,0	0,3
Hombres	11,2	3,7	7,4	0,0	0,1

En cuanto a la percepción del estado de salud como muy bueno/buena no se encuentra diferencias de acuerdo a si tienen suficiente para vivir o no lo tienen. Los valores del 29.5% y el 30.5% lo indican.

En cuanto al estado de salud regular/malo, esta percepción resulta para los que responden que no les alcanza para vivir dos veces mayor que los que responden que si les alcanza para vivir.

**3.3.2- Enfermedades crónicas**

Cuadro Nº 10

Tiene presión alta	Nº. Casos	Porcentaje
Total	424.384	100,0
Tiene presión alta	191.712	45,2
No tiene presión alta	232.010	54,6
No sabe si tiene presión	662	0,2

Un 45.2% de los entrevistados mayores de 60 años informan tener presión arterial alta y solamente un 0.2% dice no conocer el estado de su presión arterial.

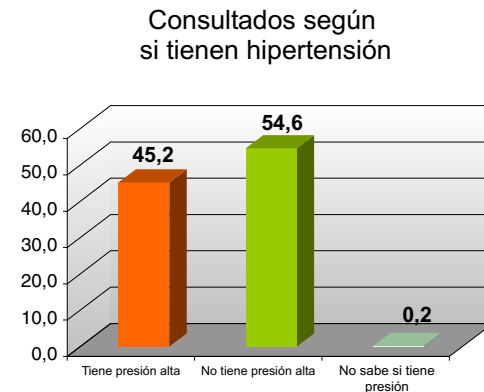


Gráfico Nº 3

**3.3.3 Control de Presión arterial**

Cuadro Nº11

Su presión esta controlada	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	Nº. Casos	Porc.	Nº. Casos	Porc.	Nº. Casos	Porc.
Total	191.712	100,0	57.870	30,2	133.842	69,8
Esta controlada	169.916	88,6	51.918	27,1	117.998	61,5
No esta controlada	20.454	10,7	5.578	2,9	14.876	7,8
No sabe	662	0,3	178	0,1	484	0,3
No indicado	680	0,4	196	0,1	484	0,3

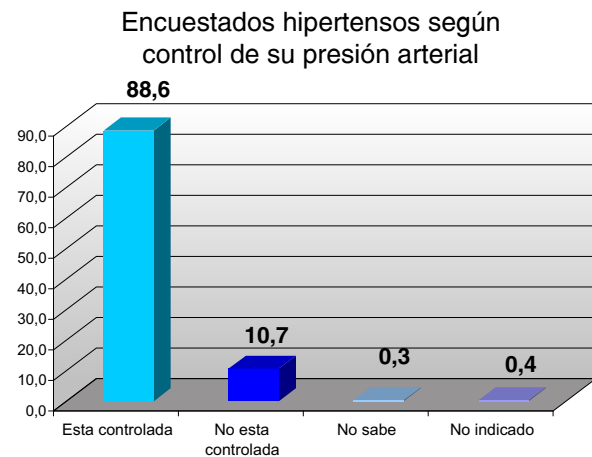


Gráfico Nº 4

Existe un 10.7% que podría llegar como máximo al 11.4% de personas entrevistadas que no controlan la presión arterial y aparecen diferencias cuando se considera el sexo, donde un 7.8% de las mujeres no se controlan mientras que un 2.9% de hombres informan no controlarse.

**3.3.4 Uso de antihipertensivos**

Cuadro Nº 12

Uso de antihipertensivos	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	Nº. Casos	Porc.	Nº. Casos	Porc.	Nº. Casos	Porc.
Total	191.712	100,0	57.870	100,0	133.842	100,0
Usan hipertensivos	132.494	69,1	40.444	69,9	92.050	68,8
No usan hipertensivos	59.218	30,9	17.426	30,1	41.792	31,2

De las personas entrevistadas que informaron ser hipertensos, un 69.1% usan antihipertensivos no existiendo mayores diferencias cuando se considera el sexo con valores del 69.9% para los hombres y un 68.8% para las mujeres. (Cuadro 12)

Como consecuencia de los tratamientos para bajar la presión arterial un 40.4% de los entrevistados indican que han bajado de peso.

**3.3.5 Comportamientos relacionados con la salud**

Cuadro Nº 13

Ha fumado o fuma actualmente	Nº casos	Porc.
Total	424.384	100,0
Fuma actualmente	66.334	15,6
Antes fumaba y ahora no	117.096	27,6
Nunca ha fumado	240.292	56,6
No indica si fumo	662	0,2

Un 15.6% de los entrevistados dice que fuma actualmente - Cuadro 13, Grafico 6 – en el caso de los hombres este valor se sitúa en el 26.2% mientras que solo un 9.6% de las mujeres son las que declaran estar en esta misma situación.

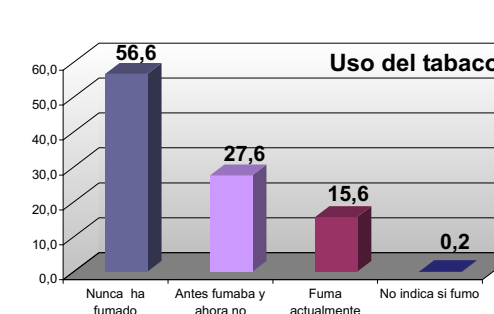


Gráfico Nº 6

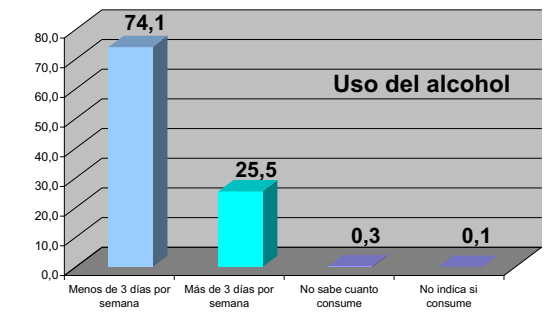


Gráfico Nº 7

Un 25.5% de los consultados dice beber alcohol en mas de 3 días a la semana, con valores mas altos en las mujeres que en los hombres. – Grafico 7 –