

MODULO: SALUD PUBLICA I

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DEL URUGUAY

Dr. Wilson Benia.
Dr. Bremen De Mucio

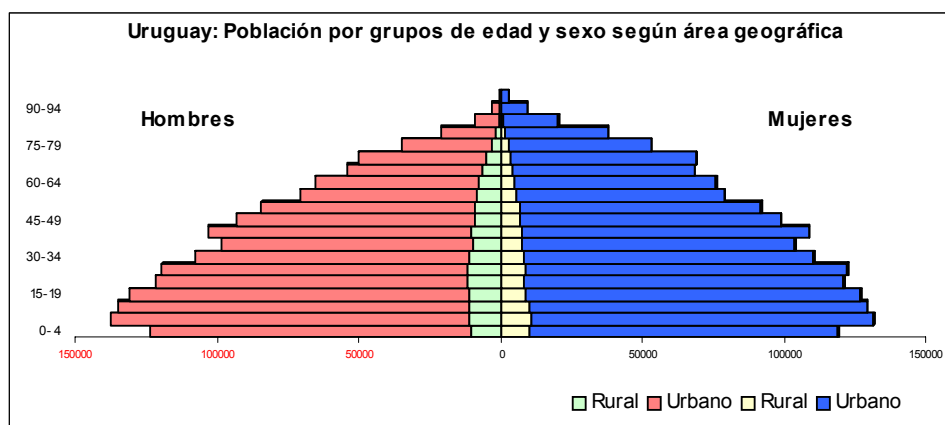
Mayo de 2006

Describir la situación epidemiológica de los uruguayos remite a la necesidad de manejar algunos indicadores para aproximarse a la realidad, a interpretarlos y colocarlos sobre el telón de fondo de la perspectiva de los derechos fundamentales de los ciudadanos, en particular los usuarios y usuarias de los servicios de salud.

¿Cuántos son y cómo son los uruguayos?

La **situación demográfica** de los uruguayos se puede visualizar a través de algunos indicadores claves:

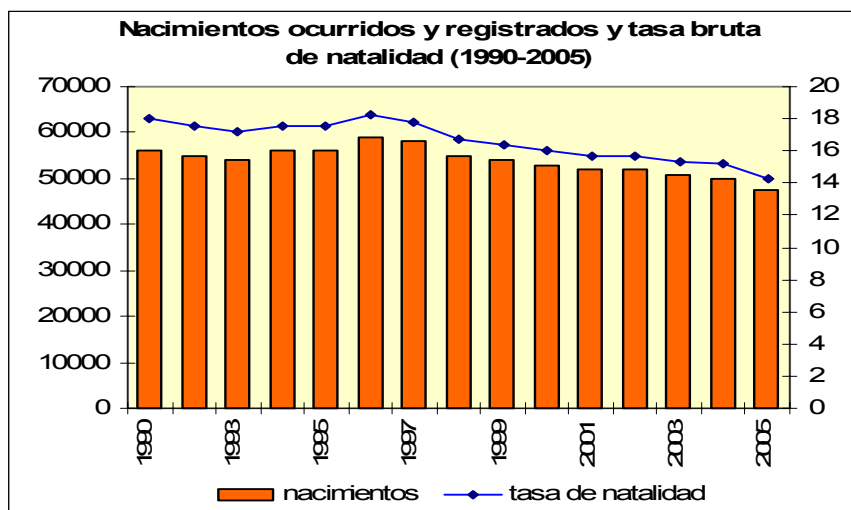
- **Esperanza de vida al nacer.** En el transcurso de algo más de un siglo la esperanza de vida de los uruguayos casi se duplicó. Las mujeres lograron mayores ganancias que los varones por lo cual se amplió la brecha que separa las esperanzas de vida de cada sexo, que pasó de 2.2 años en 1900 a 7.4 años en el 2006. Situándose en 2006 en 72,1 años para los hombres, 79,5 años para las mujeres y colocan a la población general de Uruguay con una esperanza de vida de 75,7 años. (1)
- **Tasa de natalidad.** Una *tasa de natalidad* en descenso, que era de 18.0 por mil en 1996, llegó a 14,3 por mil en el 2005. La estimación proyectado para el período 2005 – 2010, preveía un descenso de la tasa a 16.0 por mil habitantes habiéndose alcanzado estas cifras varios años antes de lo esperado (1, 2) En la gráfica que se incluye a continuación se observa un estrechamiento en la base la pirámide debido a una reducción consistente en el descenso de la natalidad experimentado en el período intercensal (1996 – 2004). (3)



A partir de 1996 el número de nacimientos anuales comienza un fenómeno de reducción significativa, bajando por primera vez en el año 2004 a menos de 50.000 (49950) nacimientos, para llegar en el año 2005 a los 47334 nacimientos, cifras que no se registraban desde la década de los 50. (1, 2, 3)

Del total de nacimientos en el año 2004 el 51% de ellos se produjeron en hogares que se encontraban por debajo de la línea de pobreza.

La gráfica del INE que se presenta a continuación ha sido modificada por los autores al agregarse los nacimientos ocurridos en 2005 y la tasa de natalidad correspondiente.



- Por consiguiente la **tasa global de fecundidad** también disminuyó y pasó de 2.5 hijos por mujer en 1996, a 2.1 en el año 2004.
- La **tasa de fecundidad específica** para el grupo de 15 a 19 años pasó de 62.2 por mil en 1985 a 66,9 por mil en 1999. La **proporción de embarazos adolescentes** fue de 27.5% entre las usuarias del MSP en Montevideo en el año 2000.(4) Esta acumulación de indicadores señala que la reproducción de los uruguayos se produce en los hogares más pobres y a expensas de las mujeres más jóvenes, lo que contribuye al llamado proceso de infantilización de la pobreza.
- El envejecimiento de la estructura por edades de la población (envejecimiento demográfico) es uno de los fenómenos más notables de los cambios registrados en la estructura de la población a nivel mundial.

En el contexto de América Latina y el Caribe, el Uruguay ocupa una posición predominante, al tener la estructura de población demográficamente más envejecida de la región.

El 13,3% de la población se ubica en el grupo de 65 años y más según datos recogidos en la Fase I del censo de 2004; esta proporción era de 7.6% en 1963, por lo que se duplicó en un período de casi 40 años, permitiendo ver una clara tendencia al envejecimiento. (3, 5)

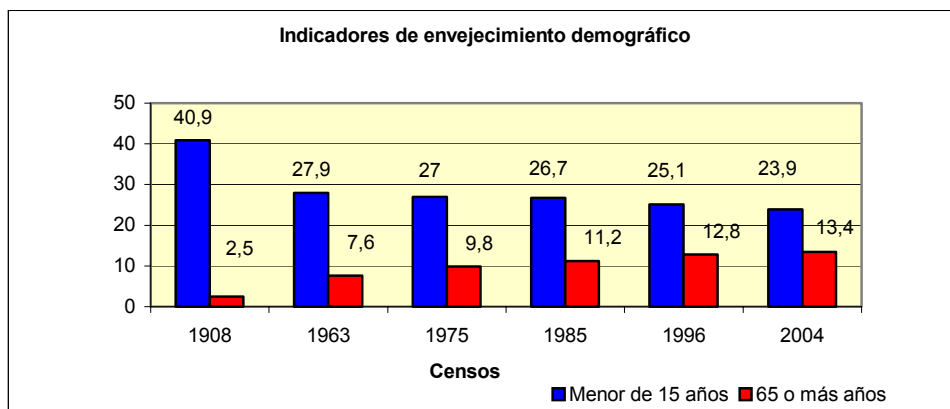
Como se aprecia en el siguiente cuadro (Population Reference Bureau y extraído del documento del INE “Informe total del país”) (3), a pesar de que Uruguay es un país económicamente en vías de desarrollo, presenta un grado de envejecimiento que se asimila al de algunos países más desarrollados, tales como Estados Unidos y Canadá.

Regiones y países	Porcentaje de población		Índice de envejecimiento
	< de 15 años	de 65+ años	
Mundo	30	7	4,3
Regiones más desarrolladas	17	15	1,1
Regiones menos desarrolladas	33	5	6,6
América Latina y el Caribe	32	6	5,3
Argentina	27	10	2,7
Canadá	18	13	1,4
Costa Rica	30	6	5,0
Cuba	21	10	2,1
EE.UU	21	12	1,8
Italia	14	19	0,7
Japón	14	19	0,7
México	31	5	6,2
Uruguay	24	13	1,8

Fuente: Population Reference Bureau, Data Sheet 2004.

Sin embargo, la situación del país ofrece una ventaja relativa ya que casi la cuarta parte de su población es menor de 15 años, circunstancia que hace que la relación entre esta población y la mayor de 64 años (índice de envejecimiento) sea casi 2.

La evolución e intensidad del proceso de envejecimiento de la población uruguaya en el tiempo, se observa en el gráfico que sigue. La población de 0 a 14 años, pasa de 41% en el Censo de 1908, a un 24% en el 2004; mientras que la población adulta mayor lo hace desde 2.5% a 13.4% para esas mismas fechas. (3)



Fuente INE

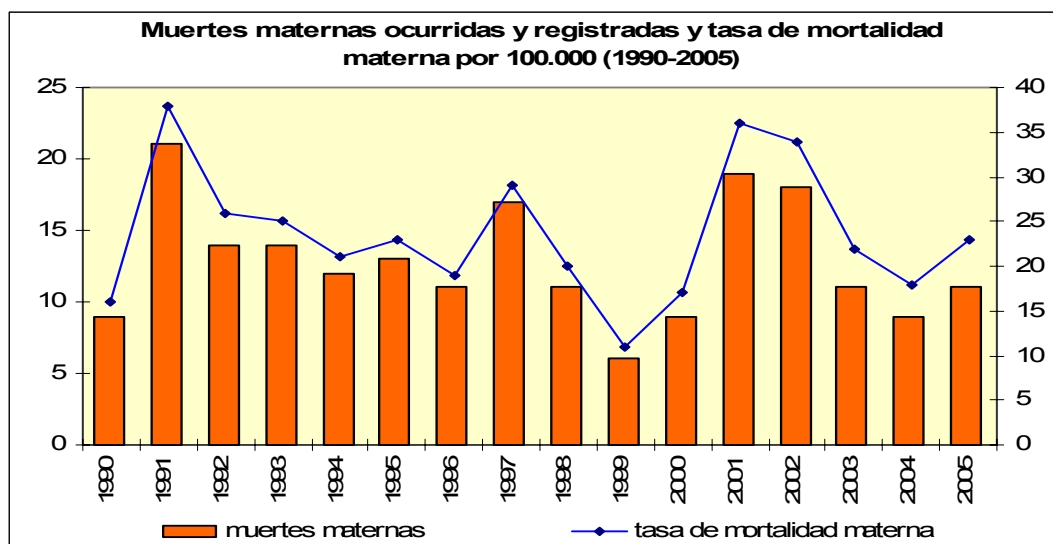
En términos absolutos la población menor de 15 años se reduce a la mitad, mientras que la de 65 o más años de edad, se quintuplica.

Por efecto de la mortalidad diferencial, la población femenina envejece en mayor medida que la masculina, en consecuencia el 15% de las mujeres y el 11% de los varones, tienen 65 años y más. Este proceso recibe el nombre de "feminización del envejecimiento". El 60% de la población adulta mayor son mujeres.

- La **Tasa Bruta de Mortalidad** se ha mantenido en torno a 9 o 10 por mil habitantes en los últimos 50 años sin haber experimentado casi modificaciones. Los datos del año 2005 sitúan la tasa bruta de mortalidad en torno a 9,4 por mil habitantes.
- La **Tasa de Mortalidad Materna** continúa siendo una de las más bajas de la región, siguiendo generalmente a las de Canadá y Estados Unidos. A pesar de una tendencia constante al descenso, sigue siendo sumamente variable, pasando por años como 1999 en el que fue la más baja de la historia y solo se registraron 6 casos (tasa de 11 por 100.000 nacidos vivos) y en contraposición se registró un pico en 2001 con 19 casos (tasa de 36 por 100.000).

En el pasado año 2005 se registraron 11 muertes maternas colocando la tasa en 23,2 por 100.000. (2)

En la gráfica que se presenta a continuación son claras las oscilaciones de las muertes maternas y sus respectivas tasas en los últimos 15 años.



- La **Tasa de Mortalidad Infantil** si bien la tendencia venía siendo descendente en forma lenta y continua desde los años 50, se vio detenida en el año 2003 en el que registró un ascenso llevando la tasa a 15.0 por mil nacidos vivos. En el año 2004 se toma nuevamente la tendencia descendente llegando a 13.4 por mil nacidos vivos. Para registrarse en el último año los niveles más bajos de la historia (12.7 por mil nacidos vivos). (2)

En la tabla que se adjunta se resumen las tasas de mortalidad infantil desde 1995 a 2005 en todo el país.

Tasa de Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos. Uruguay, 1995-2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Uruguay	19.6	17.5	16.6	16.4	15.5	14.1	13.9	13.5	15.0	13.4	12.7

En la tabla que se presenta a continuación se muestra la evolución que ha tenido la tasa de mortalidad infantil en Montevideo y en el Interior de la República en los últimos 4 años. (2)

Comportamiento de la TMI p. mil según residencia de la madre Uruguay, Montevideo, Interior; 2002 a 2005.

	2002	2003	2004	2005
Uruguay	13.5	15.0	13.4	12.7
Montevideo	12.7	14.8	13.4	12.6
Interior	14.0	15.0	13.0	12.7

A continuación se presenta para el mismo período (2002 a 2004) el comportamiento que tuvo la Tasa de Mortalidad infantil según se trate del componente neonatal o del post neonatal. En base a estos datos se puede afirmar que la mortalidad neonatal es la que tiene mayor peso en la mortalidad infantil (7.1 p mil), mientras que la post neonatal fue de 5.6 p mil. A pesar de esto la mortalidad post neonatal parece haberse estacionado en los últimos 4 años. (2)

Comportamiento de la TMI p. mil componente neonatal, según residencia de la madre Uruguay, Montevideo, Interior; 2002 a 2005.

	2002	2003	2004	2005
Uruguay	7.8	8.3	7.7	7.1
Montevideo	6.7	8.2	7.5	6.8
Interior	8.5	8.4	7.8	7.3

Comportamiento de la TMI p. mil componente post neonatal, según residencia de la madre Uruguay, Montevideo, Interior; 2002 a 2005.

	2002	2003	2004	2005
Uruguay	5.7	6.6	5.5	5.6
Montevideo	6.0	6.6	5.9	5.8
Interior	5.5	6.6	5.2	5.4

- **Las Migraciones** son el otro factor que junto con los nacimientos y las defunciones impactan sobre la situación demográfica. En nuestro país este fenómeno ha tenido una gran trascendencia y ha sido de ampliamente divulgado y comentado.

Considerando los datos del período intercensal registrado por la Dirección Nacional de Migración, se estima que los emigrantes estarían en torno a los 122.000, de los cuales el 57% son varones. (3)

Es una emigración de personas jóvenes y adultas jóvenes ya que el 66% de los emigrantes tiene entre 20 y 39 años, aunque también alcanza a la población de niños y a las edades de la adultez (entre 45 y 55 años).

Mientras que en las edades adultas mayores, como era de esperar, prácticamente no se registra emigración.

Se debe destacar además del impacto demográfico que la migración tiene, el fuerte impacto negativo en diferentes ámbitos de la vida de los ciudadanos y su salud: desarticulación familiar, deterioro de las redes de apoyo y de sostén, inseguridad, etc.

En resumen: se puede afirmar que Uruguay tiene alrededor de 3.300.000 habitantes, producto de una reducción en la natalidad, una mortalidad general estable y una reducción sostenida en la mortalidad infantil, a lo que se suma una fuerte corriente migratoria.

Del total de ciudadanos 52% corresponde a mujeres.

Más de la mitad de los niños que nacen, lo hacen en hogares por debajo de la línea de pobreza.

La mayor parte de los embarazos adolescentes se producen en las poblaciones más carenciadas.

Como resultado final de los cambios demográficos y sociales se aprecia una clara tendencia al envejecimiento poblacional (especialmente a expensas de las mujeres) e infantilización de la pobreza.

¿Qué factores condicionan la salud de los ciudadanos?

Desde una perspectiva de derechos y de construcción de ciudadanía, hay **indicadores socioeconómicos** vinculados a la salud, de particular interés.

Uno de estos indicadores lo constituyen las llamadas **Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)**, integrado por diferentes dimensiones, con niveles de carencia crítica en cada una de ellas:

- Materiales predominantes en la construcción de la vivienda
- Habitaciones disponibles para dormir
- Sistema de eliminación de excretas
- Disponibilidad de agua potable
- Acceso a alumbrado eléctrico
- Utilización de medios para calefaccionar ambientes
- Cobertura de salud

La situación era alarmante, ya que los resultados del Censo de 1996 mostraban que, las personas con al menos una carencia crítica, ascendían a 1.200.000 ciudadanos, es decir al 38.7 % de la población (6). Ya en 1996, la situación de 204.000 ciudadanos uruguayos era de alta vulnerabilidad dado que presentaban tres o más necesidades básicas insatisfechas. En el momento actual es esperable que estos valores se hayan incrementado sustancialmente como efecto de la crisis socioeconómica que atraviesa el país, cuyo impacto aún no ha podido ser mensurado.

Este indicador presenta variaciones importantes en los diferentes departamentos observándose un rango muy amplio en el **Porcentaje de personas con al menos una NBI**. Por ejemplo, en 1996, en Artigas era del 62.3% mientras que en Colonia era del 33.5%.

En cuanto al **origen del agua utilizada para beber y cocinar**, según el Censo de 1996, el 93% de las viviendas tenían acceso a redes generales de agua, lo cual indica una mejoría en relación a 1985 (90%). El 82% accedía al agua potable por cañerías dentro de la vivienda, mejorando los índices de 1985 (74%).

La **disposición de excretas y aguas servidas** se resolvía en el 49.4% de los hogares a través de la Red General de Saneamiento, mientras que el 45.5% presentaba fosa séptica o pozo negro. En aproximadamente 42.000 hogares no se registraron servicios higiénicos (4.3%).

En el censo de 1996 se constató **Hacinamiento** (más de 2 personas por habitación utilizada para dormir) en el 20% de las viviendas.

El 21% de los hogares particulares no contaba, en ocasión del último Censo, con medio alguno para **calefaccionar** los ambientes. (7)

Cobertura en salud.

En lo referente a la **Cobertura de Salud** se destaca que el 42% de los uruguayos refiere contar con cobertura formal del **MSP** y/o **Hospital de Clínicas**. De estos apenas un 4.8% cuenta con emergencia médica móvil. Las **IAMC** cubren el 46% de la población, siendo mayor la cobertura de Mutualista para los varones. De los afiliados a las mutualistas el 24.4% cuentan con emergencia médica móvil. Estas cifras muestran un empeoramiento de la cobertura asistencial en los últimos años. (8, 9)

Si se compara **Montevideo** con el **Interior del país**, la cobertura por el MSP alcanza proporcionalmente un tercio de la población de la capital y dos tercios en el Interior.

En todo el país se registra un 2.8% de personas sin cobertura, cifra que es mayor en Montevideo que en el Interior, 2.9 y 2.7% respectivamente. La distribución de usuarios sin cobertura oscila entre un 6.2% en Cerro Largo y un 0.8% en Río Negro.

En la categoría **Otro** donde se incluye la cobertura brindada por Asignaciones Familiares, Sanidad Militar, Sanidad Policial y policlínicas municipales el porcentaje de cobertura es el 8% del total.

Estimación puntual del porcentaje de la población residente en localidades de 5.000 o más habitantes por atención de la salud

	Total	Sin asistencia	Mutualista	Mutualista y E. Móvil	Sólo E. Móvil	M.S.P (1)	M.S.P y E. Móvil	Otro (2)
Total	100,0	2,8	21,5	24,4	1,0	37,5	4,8	8,0
Montevideo	100,0	2,9	17,7	40,0	1,2	25,4	5,3	7,6
Interior	100,0	2,7	25,2	8,8	0,9	49,7	4,2	8,4

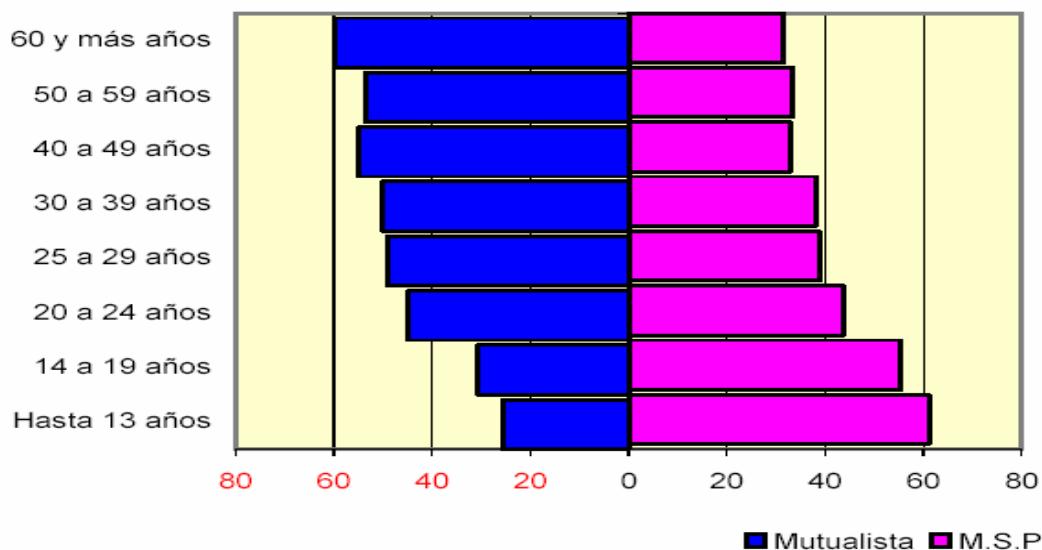
(1) Incluye Hospital de Clínicas

(2) Incluye Hospital Militar, Hospital Policial, Policlínicas Municipales, Asignaciones Familiares, Otro.

Fuente: Encuesta Continua de Hogares 2005. INE.

Otro indicador interesante y que contribuye a darnos una mejor visión sobre el fenómeno de infantilización de la pobreza, se vincula con la distribución de la cobertura asistencial según intervalos de edades. En la siguiente gráfica se puede observar como la cobertura es exactamente opuesta en los dos extremos de la vida, siendo en los menores de 14 años predominantemente pública, mientras que en los mayores de 60 años la cobertura mutual es la mayoritaria. (3)

Usuarios (en%) del Mutualismo y M.S.P, según grupo de edades



Fuente: Encuesta Continua de Hogares 2005. INE.

Educación.

El **nivel educativo** puede describirse mediante varios indicadores. La **tasa de analfabetismo en la población de 10 años o más** ascendía a solamente el 3.1%, ubicándose entre las más bajas de la región (Chile 6.6% en 1990; Cuba 6.0% en 1990). Mostraba una importante variación según sexo, siendo en los hombres 3.6% y en las mujeres de 2.6%. El 12.6% de la población de 18 años o más alcanzaba un nivel terciario de instrucción. En cuanto a los **niveles de deserción** del Sistema Educativo, entre la población de 12 a 17 años, el 9.7 % refirió haber abandonado los

estudios y el 0.4% manifestó no haber concurrido nunca a Centros educativos, lo cual significa que 1 de cada 10 adolescentes no terminó sus estudios secundarios.

En un reciente análisis presentado en el 2006 se puede ver una discreta mejoría en el total de población de 3 a 25 años que se encuentra estudiando (73.1% 2004 contra 73.3% en el 2005). Este leve incremento de apenas 0.2% se ha generado por el aumento en los grupos de 3 a 5 y de 18 a 25 años, tal como se presenta en la tabla que sigue.

Estimación del porcentaje de población de 3 a 25 años de edad que asiste a la educación por región según grupo de edades. Año 2004 y 2005.

	2004			2005		
	Total	Montevideo	Interior urbano	Total	Montevideo	Interior urbano
3 a 5 años	72,5	74,6	70,8	73,1	74,3	72,1
4 a 5 años	85,1	86,3	84,1	87,8	88,4	87,4
6 a 11 años	98,7	98,8	98,6	98,6	98,2	98,9
12 a 14 años	95,8	96,1	95,5	95,3	95,4	95,2
15 a 17 años	81,1	83,8	78,6	78,5	80,8	76,4
18 a 25 años	40,6	49,5	31,0	40,8	49,8	31,5
Subtotal 5 a 14 años	97,4	97,5	97,3	97,4	97,2	97,5
Total 3 a 25 años	73,1	75,4	70,9	73,3	75,5	71,5

Fuente: Encuesta Continua de Hogares 2005. INE

En cuanto al tipo de establecimiento educativo al que asiste la población de 3 a 25 años se destaca la preponderancia del sector público. Más de 8 de cada 10 estudiantes lo hacen en establecimientos públicos de enseñanza. En las edades obligatorias (5 a 14 años) la asistencia al sector público en promedio es del 86,2 por ciento. (9)

El grupo de edad en donde el sector público representa el mayor porcentaje es entre las edades correspondientes al nivel terciario, en donde nueve de cada diez asisten a establecimientos públicos. En tanto es entre los 4 y 5 años donde el sector privado alcanza su mayor nivel, representando el 19,6 por ciento de los alumnos. (9)

Otros indicadores socio económicos ampliamente usados son las llamadas **línea de pobreza y línea de indigencia**.

Estimar la incidencia de la pobreza por el método del ingreso consiste en comparar el ingreso de los hogares, con respecto a umbrales o "líneas" que representan:

1. el costo de una canasta de alimentos considerados básicos para la correcta nutrición de una persona en un mes (**línea de indigencia**) y
2. el costo en alimentación y otros bienes y servicios no alimentarios en función de la cantidad de miembros del hogar y de la presencia de niños o adolescentes (**línea de pobreza**). Esos otros bienes y servicios no alimentarios incluyen, entre otros, la vestimenta, la vivienda, la salud, el transporte y la educación. Se considera que un hogar es pobre si su ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de sus integrantes en cuanto a los bienes y servicios indicados por el umbral aplicado.

Si además el hogar carece de ingresos suficientes para alimentar adecuadamente a sus miembros, se considera que el hogar es indigente.

Según el INE, indigentes son aquellas personas que no logran acceder a una canasta básica de alimentos para una nutrición adecuada, mientras que la línea de pobreza

está por debajo del acceso a 3,5 canastas básicas. (9)

Los últimos datos disponibles para determinar el costo que tendría una Canasta Básica de Alimentos CBA son de diciembre del 2004 y hasta este momento el INE no los ha actualizado. Correspondiendo en esa oportunidad \$ 1.113,90 por mes en Montevideo y \$ 846,29 en todo el Interior Urbano. (8) Estimaciones extraoficiales situaban a una CBA en torno a los \$ 1300 en Montevideo para el año 2005 También, estimaciones extraoficiales situarían la línea de pobreza en \$ 4.000 para Montevideo y en \$ 2.500 para el interior urbano. (10)

En el 2004 se ubicaban 936.000 uruguayos y uruguayas por debajo de la línea de pobreza (8). Los datos del 2005 muestran una reducción que deja a 857.000 personas debajo de la línea de pobreza. (9)

A continuación se muestra una tabla en la que se presenta la evolución de los porcentajes de pobreza e indigencia que se han registrado en los últimos 5 años, para el país, Montevideo y el interior urbano. (9)

Incidencia de la indigencia y de la pobreza por método de estimación del INE, según región y año de referencia de los ingresos. ECH 2001 - 2005

Área	Año de los Ingresos	% de personas indigentes	% de personas pobres
Total	2001	1,3	19,4
	2002	2,0	24,9
	2003	3,1	32,1
	2004	3,9	32,6
	2005	3,5	29,8
Montevideo	2001	1,2	19,1
	2002	2,1	24,2
	2003	3,7	31,2
	2004	4,7	32,4
	2005	4,7	30,2
Resto + 5.000	2001	1,5	19,7
	2002	1,9	25,6
	2003	2,5	33,0
	2004	3,1	32,8
	2005	2,3	29,5

Cuando efectuamos la distribución de la población pobre en función de los diferentes intervalos de edad, volvemos a comprobar el proceso de infantilización de la pobreza. Al constatar que el 54,5 % de los niños menores de 6 años, el 51,7 % de los menores entre 6 y menos de 12 años, el 43,1 % de los adolescentes entre 13 y 17 años viven en hogares por debajo de la línea de pobreza, en oposición con tan solo el 9,4 % de los mayores de 65 años, que se encuentran por debajo de este nivel. (9)

Por otra parte, la indigencia también disminuyó cuando se compara el período 2004 con el 2005 de 3,9 % de indigentes en 2004 a 3,9% en 2005. La indigencia disminuyó con más fuerza en el interior del país, donde en 2005 fue de 2,3% contra 3,1% en 2004, mientras en Montevideo se mantuvo estable en 4,7%. (9)

¿De qué se enferman los uruguayos?

El intento de responder a esta pregunta nos sitúa frente a la carencia de un sistema nacional de registro de datos de morbilidad. Es posible acceder, sin embargo, a un conjunto de datos parciales, en general confiables, que a modo de fotografías muestran parcelas de la realidad.

Así se observa que las enfermedades no transmisibles son las que producen la mayor demanda de la población adulta en los servicios de salud: enfermedades del aparato circulatorio, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades mentales y reumáticas, entre las más frecuentes. (11) También aparecen con particular importancia problemas de salud vinculados a los estilos de vida y a los componentes psicosociales del proceso salud enfermedad.

En la población infantil persisten las enfermedades transmisibles como principales motivos de consulta y de egresos hospitalarios, particularmente las infecciones respiratorias y la diarrea aguda infantil. (3)

Diversos estudios realizados en nuestro país ubican la prevalencia de **Hipertensión Arterial** entre 24% y 47%. La proporción de hipertensos no controlados está por encima del 70%. (11)

Según un estudio de nivel nacional realizado en 1998, el 51% de la población adulta presentaba algún grado de sobrepeso (medido a través del IMC - Índice de Masa Corporal: Peso en Kg/Talla²). El 40% de los hombres y el 30% de las mujeres presentan **Sobrepeso** (IMC 25 a 29.9). Presentan **Obesidad** (IMC \geq 30) el 17% de los varones y el 18% de las mujeres.(12) El 4.7% de la población encuestada refirió **Diabetes**; entre los obesos este porcentaje se duplica y a veces se cuadruplica. Se estima que la cifra de **diabéticos conocidos** es de poco menos del 10% de la población de 19 años y más.(12)

Los **Accidentes** merecen particular atención. Su magnitud se evidencia en que el 40% de las consultas de la Emergencia del Hospital de Clínicas son debidas a algún tipo de accidente. La Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado atiende un promedio de 30.000 **accidentes de trabajo** anuales. (13)

En Montevideo, en 1995, el volumen diario de accidentes de tránsito era del orden de los 50.000. La capital representa el 75% de la accidentabilidad nacional, por lo que puede estimarse en 70.000 el promedio de accidentes de tránsito anuales en todo el país (192 por día). El 15% producen víctimas (lesionados o muertos) las que pueden estimarse en 5.500 para Montevideo y en 8.800 por año en todo el país (24 víctimas por día).(14)

Las causas de los accidentes están vinculadas en un 91% a factores humanos, al vehículo se atribuye el 3% de la causalidad y al entorno ambiental el 6% (13). Entre los factores humanos el 70% es atribuible a la imprudencia. (14)

En el campo de la **Violencia Doméstica** apenas el Servicio Telefónico de la Intendencia Municipal de Montevideo, recibe por año 25.000 llamadas de mujeres víctimas de violencia. El 98% de los casos de violencia doméstica tienen como víctimas a las mujeres. Nea Filgueira lo define como un *problema sistémico* en tanto forma parte de las tramas de relaciones que caracterizan las estructuras sociales y políticas construidas hasta el momento actual. (15) El Ministerio del Interior comunicó que entre enero y septiembre del año 2005 se habían denunciado 5079 casos de violencia doméstica, 2068 casos en Montevideo y 3011 casos en el Interior. Y que

estas cifras correspondían a un 10% de denuncias que para el mismo período del 2004. (16)

El **Consumo de Sustancias Psicoactivas** según un estudio de nivel nacional realizado en 1998, mostró en la población de 12 a 64 años, una prevalencia de vida de consumo de alcohol de 78.5% y de tranquilizantes sin prescripción médica de 11.4%. La sustancia ilícita de mayor preferencia fue la marihuana con una prevalencia de vida de 3.9% lo que significa que unos 100.000 uruguayos han consumido marihuana alguna vez en la vida, seguida por la cocaína con 1.0%. (17)

El **alcohol** constituyó una sustancia de abuso muy importante. En base a los criterios del DSM IV, se estimó que un mínimo de 320.000 personas tuvieron por lo menos un episodio de **abuso** al mes, y un mínimo de 30.000 personas eran **dependientes** del alcohol.

Las estimaciones indicaron que un mínimo de 4.000 personas eran dependientes a la **marihuana** y que un mínimo de 3.000 presentaban dependencia a la **cocaína**.

Un mínimo de 4.000 personas habían utilizado alguna vez la **vía intravenosa** para administrarse sustancias psicoactivas.(18)

En relación al **Tabaquismo**, el mismo estudio (18) mostró una tasa de prevalencia del hábito de fumar de 32.5%. La edad promedio de inicio se ubicó en los 14 años, y los niveles de consumo aumentaron con la escolaridad y el nivel socio-económico.

Un estudio más reciente (2001) ha revelado que al ingresar a la Universidad, el 36.5% de los estudiantes tenía el hábito de fumar, sin diferencias significativas por sexo. El 8% de los jóvenes de Primer año de la UDELAR fumaba más de 10 cigarrillos por día. (18)

Una reciente encuesta realizada a jóvenes de enseñanza secundaria entre 2º de Ciclo Básico y 3º de Bachillerato demostró que (19):

Con respecto al consumo de **alcohol** que en 2º de CB 7 de cada 10 estudiantes experimentó el alcohol, llegando esa proporción casi de 10 de 10 al finalizar secundaria. El 74,6% de los liceales de 3º de bachillerato afirma estar manteniendo un consumo habitual.

La experimentación con el **tabaco** fue del 53,3% pasando del 37,8% en 2º de CB al 67,1% al finalizar bachillerato. Los que declaran ser fumadores actuales alcanzan el 24,8%. Este es significativo porque muestra una reducción del 30,2% en el 2003 al actual 24,8%.

Las mujeres presentan los más elevados índices de consumo de tabaco desde el primer año del bachillerato diversificado, confirmando la feminización del consumo de tabaco.

La **marihuana** es la droga ilegal más consumida por los jóvenes liceales. Tomada la población en su conjunto, la experimentación con marihuana alcanza casi al 13% de los jóvenes. Este consumo presenta importantes diferencias por área geográfica y año en curso. En Montevideo, la experimentación alcanza al 18.2% de los jóvenes frente a un 8.7% del Interior. Controlando por curso, encontramos que en Montevideo en 3º CB la experimentación alcanza al 32.4% de los jóvenes, mientras en sus pares del interior este porcentaje llega al 18.0%. Estos datos demuestran que al finalizar Educación Media, uno de cada cuatro estudiantes ha experimentado con marihuana.

Se presenta a nivel de experimentación un consumo algo superior en los hombres, que se manifiesta claramente a partir de 1º BD. En las generaciones más jóvenes es menor esta diferencia, lo que podría estar representando una paulatina incorporación de las mujeres al consumo de esta sustancia.

El consumo en los últimos 12 meses es de un 9.4 % de los jóvenes y el actual, medido como el consumo en los últimos 30 días, es declarado por casi el 6%, lo cual significa que del total de los jóvenes que experimentaron, la mitad continúan su consumo.

La experimentación con **cocaína** es declarada por el 2.5% de la población estudiada, llegando al 3.3% en Montevideo frente a un marginal 1.8 en el Interior. Los hombres presentan un porcentaje de experimentación que casi duplica al de las mujeres. Los niveles de consumo actual son mínimos, alcanzando al 0.5 % de la muestra y se restringe predominantemente a estudiantes de Montevideo, varones y mayoritariamente cursando 3° CB.

El uso de otras drogas es mínimo en esta población, pero se puede decir que el consumo de inhalantes y pasta base es mayor en los estudiantes de la enseñanza pública, mientras que éxtasis y hashis son más frecuentes en los estudiantes de la enseñanza privada.

Las **enfermedades transmisibles**, algunas emergentes o reemergentes, también preocupan a los uruguayos y a las autoridades sanitarias.

Según el Programa Nacional de SIDA (20), entre 1983 y diciembre de 2004, se han registrado 2523 casos de **SIDA** y 5631 notificaciones de **VIH+**. El 77% de las personas con SIDA fueron hombres. Los casos acumulados VIH+ también predominaron en el sexo masculino, pero en menor proporción (70.5%). Sin embargo se ha observado un aumento en mujeres, que fueron el 53% de los casos notificados en estudios centinela del año 2000.

El grupo etario de mayor frecuencia de casos de SIDA fue el de 25 a 34 años, mientras que los casos de VIH+ se concentraron entre los 15 y los 34 años.

Entre los casos VIH+, la vía de transmisión más frecuente fue la *sexual* (69.5%), seguida de la *vía sanguínea* (20.7%) y en tercer lugar la *transmisión vertical (de la madre al feto)* con el 1.6% de los casos. Se desconoce la vía de transmisión en el 8.2% de los casos.

El 61% de los afectados a través de transmisión sexual eran heterosexuales, seguidos por los bisexuales (14.1%) y los homosexuales. (15.4 %)

Entre los casos transmitidos por vía sanguínea, el 98.7% correspondieron a usuarios de drogas por vía intravenosa.

Al igual que en otros países del mundo, la epidemia de VIH-SIDA se está transformando en una epidemia femenina, que afecta primordialmente a mujeres heterosexuales. (20)

Las tasas de incidencia de **Tuberculosis** han mantenido un descenso sostenido en los últimos 20 años, estancándose en la década de los 90, con un discreto ascenso en los años 1996 y 1997. Los casos de Tuberculosis ascendieron a 629 en 1998, determinando una tasa de incidencia de 20 por 100.000 habitantes. (21)

El **Aedes Aegypti** fue erradicado del Uruguay en 1958. En el año 2000 se reportó la presencia de *Aedes Aegypti* en 9 departamentos: Río Negro, Colonia, Soriano, Treinta y Tres, Paysandú, Salto, Rivera, Maldonado y Tacuarembó. (22) La situación epidemiológica en el 2006 ha variado y se circunscribe apenas a 5 departamentos, son ellos Río Negro, Soriano, Paysandú, Salto y Montevideo. Precisamente Montevideo es el último en incorporarse a esta lista, habiéndose encontrado una ovitrampa positiMás

que departamentos, deberíamos hablar de ciudades ya que la existencia del mosquito se circunscribe a aquellas ciudades que están relacionadas fronterizamente con la Argentina, a saber Fray Bentos, Ciudad de Salto, Mercedes, Ciudad de Paysandú y Montevideo. Del total de las ovitrampas instaladas en el Uruguay el 95% de las clasificadas como positivas se concentran en la ciudad de Salto y dentro de esta ciudad el 100% de las ovitrampas han sido positivas, lo que demuestra que es éste el departamento más problemático. Por lo tanto se debe considerar la infestación como baja, circunscripta y controlada, pero cada verano representa un gran peligro para la explosión poblacional del vector; si en esa circunstancia el necesario reservorio del virus ingresara al país nos ubicaría en pleno riesgo de transmisión del **Dengue**.(23)

En el año 2005 se registraron en Vigilancia Epidemiológica del MSP, 18 casos confirmados de **Hanta Virus**, en el territorio nacional y que comprometió a los departamentos Montevideo, Canelones, Colonia, Durazno, Florida, Maldonado, Río Negro, Rocha y San José. Habiéndose notificado en el primer trimestre del año 2006 4 nuevos casos de Hanta Virus. (24)

La **Hepatitis A** presentó 2877 casos en el año 2005 y en el primer trimestre del 2006 705 casos, los que se han distribuido por todo el país, con la excepción de Rivera y Rocha que no han registrado casos. (24)

¿Cómo y de qué se mueren los uruguayos?

La mortalidad general se ha mantenido estable en las últimas cuatro décadas con valores del orden de 10 por 1000 habitantes. La tasa bruta de mortalidad para 2005 fue de **9.84** por 1000 habitantes.

Las causas de defunción pueden ser estudiadas analizando la proporción de muertes atribuidas a cada causa, es decir, la mortalidad proporcional.

Desde esta perspectiva las **Enfermedades cardiovasculares** siguen ocupando el primer lugar aproximadamente representan más de un tercio del total de defunciones. Los **Tumores** son la segunda causa de muerte con el 22.3% de las defunciones, mientras que los **Accidentes** ocuparon el tercer lugar entre las causas de muertes. Apenas unas décimas por detrás se ubican las muertes causadas por las **enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores** (4.4 contra 4.2% respectivamente).

Las **enfermedades mentales** (2.7% del total de defunciones) superan en importancia a la **diabetes mellitus** (2.1%).

¿Cómo es la mortalidad en los diferentes grupos etarios?

En los **menores de un año (de 0 a 11 meses de edad)**, la tasa de mortalidad infantil para el año 2005 se ubicó en **12.7** por mil nacidos vivos, manteniendo el lento descenso iniciado en 1997.

Según datos de 1999 (25), en el grupo **de 1 a 39 años de edad**, la primer causa de muerte son los accidentes.

En este tramo etario la segunda causa de muerte varía con la edad: de 1 a 4 años, son las anomalías congénitas; de 5 a 14 años, los tumores malignos; entre los 15 y los 29

años, la segunda causa son los **suicidios**; y a partir de los 30 años reaparecen los tumores como segunda causa.

Entre los 40 y los 69 años, los tumores ocupan el primer lugar como causa de muerte seguidos de las enfermedades cardiovasculares.

A partir de los 70 años, la fórmula se invierte predominando las causas del aparato circulatorio.

¿Cómo varía la mortalidad entre hombres y mujeres?

Si analizamos los datos de 1998 (25) en términos de mortalidad proporcional, observamos que las **2 primeras causas** de muerte de hombres y mujeres reproducen el perfil de la población general, pero con importantes variaciones por sexo: el 31.3% de las muertes masculinas y el 39.3 de las muertes de mujeres son por **afecciones cardiovasculares**, mientras que los **tumores** dan cuenta del 24.7% de las defunciones en hombres y el 22.1 % en mujeres.

Según datos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer las tasas de mortalidad por cáncer ajustadas por edad, ubican a nuestro país en el contexto internacional en el lugar 14 para los hombres y en el lugar 8 para las mujeres (período 1992-1995). Las localizaciones más frecuentes en los varones son el pulmón y la próstata, y en las mujeres la mama, el colon y el recto.(25)

La **tercera causa** de muerte es ocupada en el caso de los varones por los **accidentes** con el 6% (tasa de mortalidad por esta causa 65.1/100.000); entre las mujeres los **accidentes** son la **cuarta causa** con el 3% de las muertes y una tasa específica de mortalidad que es la mitad de la de los varones (25.9/100.000) .

La **tercer causa** de muerte de las mujeres son los **trastornos mentales y del comportamiento** con el 3.8% de las defunciones, mientras que esta causa ocupa el **octavo lugar** entre los varones (2%).

Los **suicidios** aparecen como **sexta causa de muerte** de los hombres (tasa 26.3/100.000) y no figura entre las 8 principales causas de muerte femenina.

La **diabetes mellitus** aparece como **séptima causa** de muerte entre las mujeres con el 2.2% de los fallecimientos (tasa 19/100.000), y no aparece entre las 8 primeras causas de muerte de hombres.

Hay otros aspectos de la mortalidad sobre los que consideramos importante focalizar la atención.

En lo referente a la salud de las mujeres, el promedio anual de **mueres maternas** tuvo un descenso importante en las últimas décadas, pasando de un promedio de 59 defunciones por año en la década del 60, a 14 muertes anuales en 1995, y 11 en 1996. Sin embargo no se ha logrado bajar el umbral crítico de 1 muerte materna cada 10.000 nacidos vivos. (25) Debe señalarse que analizado el quinquenio 1995-1999, el 27% de la mortalidad materna estuvo vinculado a las **complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo**. En el año 2001 en la maternidad del Hospital Pereira Rossell, algo menos de la mitad de las muertes maternas fue atribuible a esta causa, poniendo en evidencia un grave problema de Salud Pública. (26)

Por otro lado, anualmente mueren alrededor de 40 mujeres por situaciones de **violencia doméstica**, aproximadamente una mujer cada 9 días, sin contabilizar las mujeres que se suicidan por motivos relacionados con la violencia intrafamiliar.

La **tasa de Suicidios** se ha mantenido constante a lo largo del siglo en el orden de 10 por 100.000, notándose un aumento hacia la década de los 90, con un pico máximo en

2002 en que alcanzó el 20 por 100.000. (27) Llama la atención el aumento en hombres jóvenes y en edad madura temprana. Si bien la tasa es mayor en el Interior del país, el aumento entre 1975 y 1996 ha sido sobre todo en Montevideo. El Ministerio del Interior comunica en su informe de actualización 2006 “Observatorio nacional sobre violencia y criminalidad en Uruguay” (28) la evolución que han tenido los suicidios en los últimos 15 años, donde queda claro un aumento en números absolutos en los años de mayor crisis socio económica del país (2002 – 2003), comenzando a descender a partir de ese pico. Ya en el 2004, la tasa de suicidios se situaba en 16 por 100.000, marcando una reducción de 4 puntos en comparación con la del 2002. (29)

Los muertos por **accidentes de tránsito** pasaron de 287 en 1985, a aproximadamente 600 en 1998. (4) El número de muertes por accidentes de tránsito muestra una evolución en espejo cuando se lo compara con los suicidios, mientras que en los años de la crisis el número de muertos por accidentes de tránsito disminuye, en clara vinculación a la disminución del riesgo (disminución de vehículos circulantes), en los años en los que el impacto social es menor, se registra un incremento en las muertes por esta causa. (28) En el año 2004 la tasa de muertes por accidentes de tránsito se situaba apenas un punto por debajo de la de muertes por accidentes de tránsito, (15 por 100.000) con lo que se puede afirmar que en términos de muertes es tan importante en nuestro país los accidentes de tránsito como los suicidios. (29)

Cantidad de muertes por suicidios y por accidentes de tránsito según año de ocurrencia. 1990 - 2005 Uruguay

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Suicidios	384	461	586	550	683	647	528	491
Accidentes de Tránsito	417	464	437	478	350	324	389	387

Fuente: Departamento de Datos, Estadísticas y Análisis-Ministerio del Interior

El **SIDA** ha cobrado 1301 vidas entre el inicio de la epidemia y diciembre de 2003.

En 1998 ocurrieron 61 muertes por **Tuberculosis**, configurando una tasa de mortalidad por esa causa de 1.9 por 100.000 habitantes. En 1980 la tasa de mortalidad por Tuberculosis era de 4.5/100.000, lo que evidencia el importante descenso de esta patología como causa de muerte.

A modo de **síntesis final**, podemos afirmar que la población del Uruguay es escasa en relación a la extensión territorial, con una tasa de crecimiento vegetativo nula (acentuado por la fuerte corrida emigratoria actual).

La salud de las personas está fuertemente relacionada, entre otros factores, a las condiciones socioeconómicas y a los estilos de vida.

Esto se ve reflejado en el perfil de morbi-mortalidad de la población que, si bien en algún aspecto puede ser semejante al de los países desarrollados, se diferencia claramente al estudiar la distribución de las enfermedades y las causas de muerte

según características de las personas (edad, sexo, nivel de instrucción, etc.) y su lugar de vida (Capital e Interior, medio urbano o rural, etc.).

Bibliografía.

1. http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_indic_socdemo/Indicadores.xls
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Servicio de Información Poblacional – Departamento de Estadística 2005 (datos preliminares Abril 2006)
3. Instituto Nacional de Estadísticas Uruguay. Censo 2004 – Fase I. Total del país. Síntesis de resultados
4. Estadísticas de Salud del Uruguay. MSP, Dirección General de la Salud. Departamento de Estadística. Edición 2001
5. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Proyección de población total y departamental por sexo y edad. 1996 – 2010. Versión 2000.
6. Instituto Nacional de Estadística. VII Censo General de Población. III de Hogares y V de Viviendas. Total del País. 1996.
7. Calvo J. J. Las Necesidades Básicas Insatisfechas en el Uruguay. 1996.
8. Instituto Nacional de Estadísticas. Uruguay. Encuesta Continua de Hogares. Principales Resultados 2004. Abril 2005.
9. Instituto Nacional de Estadísticas. Uruguay. Encuesta Continua de Hogares. Incidencia de la Pobreza en 2005. Abril 2006.
10. Rosselli P. ¿Cómo se encuentra el país en materia de pobreza e indigencia? <http://www.espectador.com/nota.php?idNota=66173>
11. Ministerio de Salud Pública – División Estadística. Informe verbal. Abril 2006.
12. Pisabarro R, Irrazábal E, Recalde A. Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad (ENSO I). Rev. Med. Uruguay. 2000; Vol. 16. N° 1.
13. Vázquez Pedrouzo R. Enfermedades no transmisibles. In: Temas de Medicina Preventiva y Social.. Etchebarne L (Coord.). Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo. 2001.
14. Vázquez Pedrouzo R. Los accidentes de tránsito, un problema prioritario. In: Temas de Salud (IV). UNICEF-MSP. Uruguay. 1996.
15. Filgueira N. Violencia Doméstica: un enfoque multidisciplinario. FCU. Montevideo. 1997.
16. Ministerio del Interior diario el país
17. Benia W, Contera M y Echeveste L. Segunda encuesta nacional de prevalencia de consumo de drogas. Uruguay. 1998-1999. Observatorio uruguayo de Drogas. Junta Nacional de Drogas. Montevideo. Junio 2000.
18. Contera M, Benia W, Echeveste L, Delva J. Consumo de Sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes de Primer año de la Universidad de la República. JND. Servicio Central de Bienestar Universitario .UDELAR. Montevideo. 2001.
19. Junta Nacional de Drogas. II Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Resumen preliminar, abril de 2006.
20. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Uruguay. Informe epidemiológico diciembre de 2004.
21. Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa. CHLA. Incidencia total de Tuberculosis, Directos positivos y mortalidad tuberculosa. Años 1979 – 1998. Uruguay.
22. Salvatella R, Willat G. Informe de situación del Programa de control de la infestación conocida por Aedes Aegypti. OPS. MSP. Noviembre 2000. Uruguay.
23. Ministerio de Salud Pública. Entrevista al Director de Epidemiología, Dr. Rodolfo Vázquez, 30 de Abril 2006.
24. Ministerio de Salud Pública. Vigilancia en Salud Pública. Enfermedades de notificación obligatoria hasta marzo de 2006. <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/9611.xls>
25. Maresca I. Principales causas de muerte por grupos de edades. Uruguay. 1999. MSP. DIGESA. Dpto. Estadística. Montevideo. Diciembre 2000.

26. Sindicato Médico del Uruguay. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Briozzo L. (Coord.). SMU. Montevideo.2002.
27. Dajas Federico. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. Rev. Med. Uruguay. 2001; Vol. 17. N° 1.
28. Ministerio del Interior. Observatorio nacional sobre violencia y criminalidad en Uruguay. Febrero 2006.
29. Ministerio del Interior. Anuario estadístico sobre violencia y criminalidad en el Uruguay. 2004.

GLOSARIO

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.¹ Se define como la presencia de uno o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en los últimos 12 meses previos a la entrevista con el paciente:

- Consumo que genera incumplimiento de obligaciones en el trabajo, el lugar de estudio o la casa.
- Consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir automóviles, máquinas, etc.)
- Antecedente de problemas legales relacionados con el consumo.
- Antecedente de problemas sociales o familiares continuos o recurrentes relacionados con el consumo.

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.² Se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en los últimos 12 meses previos a la entrevista con el paciente:

- Tolerancia. Necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para lograr el efecto deseado.
- Abstinencia. Aparición de síntomas desagradables cuando disminuye la concentración de la sustancia en la sangre.
- Uso compulsivo. El sujeto consume cantidades mayores o durante mayor tiempo que el que se propuso.
- El sujeto ha tenido intentos infructuosos de abandonar el consumo.
- El sujeto dedica mucha parte de su tiempo a obtener, tomar o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Abandono de actividades sociales, recreativas o laborales para consumir.
- La persona continúa consumiendo a pesar de constatar graves síntomas psíquicos u orgánicos (depresión, lesiones de órganos, etc.)

DENGUE: Enfermedad vírica febril y aguda que se caracteriza por comienzo repentino, fiebre que dura de tres a cinco días, cefalea intensa, mialgias, artralgias, dolor retroorbital, anorexia, alteraciones del aparato digestivo y erupción.

Es producida por un virus del tipo flavivirus. El reservorio es el mosquito **Aedes Aegypti** que se encuentra presente en nuestro país, aunque hasta el momento no se ha confirmado que presente el virus. La infección se transmite mediante la picadura del mosquito. El período de incubación es de 3 a 14 días. No se transmite directamente de persona a persona. Y la susceptibilidad parece ser universal en humanos, aunque los niños parecen tener una enfermedad más benigna que los adultos.

¹ DSM IV. *Op. cit.*

² DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Pichot P, López-Ibor J J, Valdez M. 4ª. Edic. Barcelona. Masson S. A. 1995.

ENFERMEDADES EMERGENTES: Es la aparición de casos de una nueva enfermedad, ya sea debido a cambios en el modelo de presentación o a la aparición de nuevos agentes.

ENFERMEDADES REEMERGENTES: Son aquellas enfermedades que habiendo desaparecido o que persistiendo, reaparecen o aumentan rápidamente su incidencia respectivamente.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER. Considerada para una población y año determinado, es el número de años que un nacido vivo en dicha población y año, puede esperar a vivir si se mantuvieran constantes durante su vida las tasas específicas de mortalidad, por edad, correspondientes a dicho año.

FOSA SEPTICA: Consta de dos compartimentos de material impermeable y por el tipo de construcción los líquidos al rebasar pasan a uno de los compartimentos donde se realiza parte de la sedimentación y el líquido se elimina por escurrimiento en el terreno. Los sólidos deben ser vaciados periódicamente.

HANTAVIRUS: Los virus Hanta (son ARN virus) que infectan a los roedores de todo el mundo, algunas especies son capaces de infectar a los humanos con diversa intensidad, pero su efecto primario se manifiesta en el endotelio vascular, con lo cual hay una mayor permeabilidad de los vasos, choque por hipotensión y manifestaciones hemorrágicas, además de fiebre y otros síntomas.

En nuestro país los casos de Hantavirus se han vinculado con un reservorio en los roedores de campo. La forma de transmisión se supone que es por aerosol desde la excreta de los roedores. El período de incubación sería de unas dos semanas. No existen pruebas de que se transmita de persona a persona y todas las personas sin infección previa son susceptibles.

INDICADORES. Son **instrumentos** que se utilizan **para medir** un estado determinado, (por ejemplo estado de salud de una población). **Cuantifican** los factores que inciden en determinado proceso y sus consecuencias. Pueden medir hechos, sucesos o fenómenos vinculados directa o indirectamente con el estado que se quiere medir.

INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS. Es una categoría de **indicadores** que miden factores que condicionan o **determinan en forma indirecta**, el proceso salud-enfermedad. Ellos expresan el grado de desarrollo social y de bienestar de una población.

LETALIDAD: Es el N° de muertos por una enfermedad entre el total de individuos con esa enfermedad. Se mide con una razón que se llama Tasa de letalidad que se construye de la siguiente manera: N° de muertos por causa en un área y en un determinado período de tiempo, sobre el número de enfermos de esa causa en la misma área y en el mismo período, todo eso por 100.

MUERTE MATERNA: Es toda muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio hasta los 42 días de finalizada la gravidez, por una causa que se desencadena por el embarazo (causa obstétrica directa) o que siendo preexistente se agrava con el desarrollo del mismo (causa obstétrica indirecta).

N.B.I. Es un indicador socio-económico que contribuye a medir en forma indirecta el estado de salud de una población. Se define como el **conjunto de requerimientos** psico-físicos y culturales, cuya satisfacción constituye una **condición mínima**

necesaria para el **funcionamiento y desarrollo** de los seres humanos en el marco de una sociedad específica.

POZO CIEGO. Es simplemente un hoyo en el suelo sobre el que se coloca una caseta o letrina.

POZO NEGRO. Es un hoyo en el suelo con un doble revestimiento, de ladrillo por fuera y revestimiento interior impermeable. Debe ser vaciado periódicamente (barométrica).

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA. Se refiere a las características de la **estructura** de una población (su distribución por edades, sexo, etnia y otras características) y de la **dinámica** de esa población (nacimientos, muertes y migraciones).

SIDA: El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida es un trastorno clínico grave y mortal. El síndrome representa la última etapa clínica de la infección por el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana **VIH** que por lo común daña en forma progresiva el aparato inmunitario y otros órganos y sistemas, incluso el Sistema Nervioso Central. El agente infeccioso VIH es un retrovirus, del que se han identificado dos tipos: tipo 1 y tipo 2. La patogenicidad del tipo 2 parece ser menor que la del tipo 1.

La distribución es Universal y el reservorio es humano. El modo de transmisión es a través del contacto sexual o la exposición a sangre, tejidos o fluidos corporales contaminados. El período de incubación es variable. Se sabe que generalmente transcurren de uno a tres meses desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables, pero el lapso que va desde la infección por el VIH hasta el diagnóstico de SIDA varía desde menos de un año a 10 o más años. El período de transmisibilidad se desconoce, pero se supone que comienza muy poco tiempo después de iniciarse la infección por VIH y que dura toda la vida. Se desconoce la susceptibilidad pero se supone que es general.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD. Es la razón, en un determinado año, entre el número de muertes en una población y la cantidad de habitantes de dicha población. Es costumbre multiplicar este cociente por mil.

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD. Es la razón, en un determinado año, entre el número de nacimientos de mujeres en un grupo de edad y la cantidad de mujeres de dicho grupo de edad. Es costumbre multiplicar este cociente por mil.

TASA DE INCIDENCIA: Es una relación entre el N° de casos nuevos de una enfermedad para un lugar y un período de tiempo determinado, sobre la población promedio para ese lugar y en el mismo período de tiempo, todo eso por una constante, que puede ser 1000. 10.000 , etc.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. Es la razón, en un determinado año, entre el número de muertes de niños menores de un año y la cantidad de nacidos vivos en ese año. Es costumbre multiplicar este cociente por mil.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA. Es la razón, en un determinado año, entre el número de muertes de mujeres por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio, y la cantidad de nacidos vivos en ese año. Es costumbre multiplicar este cociente por 100 mil.

TASA DE NATALIDAD. Es la razón en un determinado año entre el número de nacidos vivos en una población y la cantidad de habitantes de dicha población. Es costumbre multiplicar este cociente por mil.

