Comisión Honoraria para la
Salud Cardiovascular

Informe de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el Uruguay, 2022.

Área Epidemiología y Estadística.
Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

Autoridades de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (Ley 16.626)

Prof. Ag. Dr. Víctor Dayan
Presidente
Delegado del Poder Ejecutivo

Prof. Dr. Ariel Durán
Vicepresidente
Delegado de la Facultad de Medicina

Dr. Walter Reyes Caorsi
Secretario
Delegado de la Sociedad Uruguaya de Cardiología

Ing. María Alejandra Topolanski Rivero
Secretario Ad hoc
Delegado de Asociación Procardias

Prof. Adj. Dr. Alejandro Cuesta
Tesorero
Delegado de Gremiales Médicas - Sindicato Médico del Uruguay

Dra. Alicia López Pose
Delegado de Gremiales Médicas - FEMI

Dra. Laura Roballo
Delegado del Ministerio de Salud Pública

Dr. Pablo Carlevaro
Delegado del Banco de Previsión Social

Dra. Laura Garré
Directora ejecutiva

Autores

Soc. Franco González Mora.
Auxiliar estadístico Matías Muñoz.
Prof. Ag. Dr. Víctor Dayan.
Dra. Laura Garré.

En el presente informe, con el objetivo de asegurar fluidez en la redacción, se opta por prescindir del uso de “los/las” y otras formas textuales usadas como recurso para evitar el sexismo en el lenguaje (p.e. arrobas y “x”). No obstante, se hace fuerte énfasis en el compromiso con la igualdad de género y la inclusión. Se realiza un cuidadoso uso de los artículos y de las sílabas que cierran una palabra, para que ello no implique invisibilizar al género femenino. Asimismo, en ningún momento se usa la palabra “hombre” de manera indistinta como categoría universal y para referenciar a los varones.

Abreviaturas:

AVP: Años de Vida Perdidos

CIE-10: 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

CHSCV: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

ECH: Encuesta Continua de Hogares

ECV: Enfermedades cardiovasculares

Enf: Enfermedad

ENT: Enfermedades No Transmisibles

Eo: Expectativa de Vida

INE: Instituto Nacional de Estadística

MSP: Ministerio Salud Publica

NSE: Nivel Socioeconómico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

SIIAS: Sistema de Información Integrada del Área Social

TME:Tasa de mortalidad evitable

TMG: Tasa de mortalidad global

WHO: World Health Organization

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN. 6

Propósito del informe. 9
Principales consideraciones metodológicas. 10
Referencia para la clasificación de causas de muerte: 10
Fuente de datos: 10
Especificaciones técnicas 10

SECCIÓN 1.- MORTALIDAD GENERAL Y POR CAUSAS. 15

1.1 Mortalidad global en 2022. 15
1.2 Años de vida perdidos 18
1.3 Exceso de mortalidad. 19

SECCIÓN 2.- MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN EL AÑO 2022. 22

2.1 Mortalidad por enfermedades cardiovasculares por tramo etario. 22
2.2 Distribución geográfica de la mortalidad por enfermedad cardiovascular. 22
2.3 Estacionalidad de la mortalidad por enfermedad cardiovascular. 23
2.4 Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según causa. 25

SECCIÓN 3.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA MORTALIDAD. 28

3.1 Evolución de la mortalidad por enfermedad cardiovascular, Uruguay 2005-2022. 28
3.2.- Evolución de las primeras causas de muerte por ECV, en Uruguay 2005-2022 32
3.3.- Evolución de la mortalidad prematura por las primeras causas de mortalidad cardiovascular en Uruguay 2005-2022. 34

SECCIÓN 4.- MORTALIDAD EVITABLE. 38

4.1.- Mortalidad evitable según principales causas. 38
4.2.- Mortalidad evitable según grupos de edad 40
4.3.- Mortalidad evitable según sexo. 43
Mortalidad evitable por sexo según componentes: 45
Tasas de mortalidad evitable y por componentes: 47
Tasa de mortalidad evitable por grupos quinquenales de edad: 47

SECCIÓN 5.- UNA APROXIMACIÓN A LOS PATRONES DE DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD: UN ANÁLISIS SOCIO TERRITORIAL EN MONTEVIDEO. 51

SÍNTESIS FINAL DEL INFORME: 64

ANEXOS.....66

ANEXO I: 10A REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE- 10) 66
ANEXO II: INTERVALOS DE CONFIANZA 68
ANEXO III: TABLA DE CÓDIGOS MORTALIDAD EVITABLE 70
ANEXO IV: LISTADO DE BARRIOS DE MONTEVIDEO AGRUPADOS EN TERCILES SEGÚN INCIDENCIA DE LA POBREZA DE ACUERDO A ECH-INE, 2022 75

Introducción.

El conocimiento acerca de la composición y de las principales características de la mortalidad (y también de la morbilidad), constituyen insumos claves para evaluar el funcionamiento de los sistemas de salud. Asimismo, las principales tendencias estadísticas sobre estos fenómenos contribuyen al acervo del conocimiento necesario para determinar las estrategias y acciones en el campo de la salud pública.

La mortalidad es un componente de la dinámica demográfica, por tanto, su caracterización y análisis debe estar enmarcada en las especificidades del perfil sociodemográfico de un país o región. Uruguay en el contexto regional se caracteriza por tener una población envejecida en términos demográficos, producto de una tendencia (temprana) a la disminución de la fecundidad y de un paulatino aumento de la esperanza de vida al nacer. En este escenario, las enfermedades no transmisibles y dentro de ellas las enfermedades cardiovasculares, adquieren una dimensión preponderante, constituyéndose en la principal causa de muerte y discapacidad en la vida adulta.

El presente informe da cuenta de la situación de la mortalidad en Uruguay en el año 2022, poniendo especial énfasis en las defunciones que tienen como causa las ECV. Estas enfermedades, conforman, junto a la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras, un conjunto de afecciones que suelen estar relacionadas con los estilos de vida de las personas. A este grupo más amplio de afecciones crónicas, se suele denominar como *enfermedades no transmisibles.*

Las ENT son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término ENT se refiere a un grupo de enfermedades que no se transmiten de persona a persona, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (WHO 2022).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, las ENT son responsables de aproximadamente 40 millones de muertes cada año (74% de todas las muertes a nivel mundial). Se afirma que la mayoría de estas muertes ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Asimismo, se advierte que, dentro de este panorama,

las ECV provocan una mortalidad anual de aproximadamente 18 millones de personas menores de 70 años. Ante esta situación, se propone implementar mejoras en la prevención, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

Las ECV se refieren a un conjunto de afecciones del corazón y del aparato circulatorio. Se incluyen enfermedades hereditarias, congénitas y las que se desarrollan a lo largo de la vida como la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca, entre otras.

El informe se estructura en cinco secciones y una síntesis final. En la primera sección se presenta una descripción de las características principales de la mortalidad global y por causas para el año 2022. Y se estiman los años de vida perdidos a nivel poblacional (mortalidad prematura) y el exceso de mortalidad[1].

En la segunda sección se pone el foco en las muertes por ECV, describiendo su composición, principales características y tendencias.

En la sección tres se describe conjuntamente, las tendencias recientes de la mortalidad global y de la mortalidad por ECV (evolución histórica desde el año 2005 al año 2022).

Las últimas dos secciones aportan nuevas miradas al informe de mortalidad elaborado por la CHSCV. Se aporta evidencia clave para la planificación estratégica de las autoridades sanitarias: mortalidad evitable y mortalidad según la dimensión socio territorial.

En la sección 4 el foco está puesto en la mortalidad evitable y sus componentes (mortalidad prevenible y tratable). También en este caso se describen conjuntamente las principales características de la mortalidad a nivel global y para las ECV.

[1] La OMS plantea que el exceso de mortalidad vinculado a la pandemia por COVID-19 permite una imagen más completa del impacto que tuvo la misma en la mortalidad, ya que incluye las muertes atribuidas directamente a la enfermedad por el virus SARS-CoV-2, así como a las muertes por efecto indirecto que tuvo la pandemia de COVID-19 y las respuestas a ésta sobre las otras causas de mortalidad (WHO 2022).

La noción de *mortalidad evitable*[2] resulta de enorme interés en el campo de la salud pública. Los indicadores de mortalidad evitable pueden proporcionar un "punto de partida" general para evaluar la efectividad de los sistemas de atención sanitaria a la hora de reducir las muertes prematuras por diversas enfermedades y lesiones. Habilita el análisis y la observación sistemática de las causas de muerte que por definición podrían haberse evitado a través de políticas sanitarias, y/o de intervenciones médicas oportunas y/o a partir de cambios en los estilos de vida de las personas. Es decir, pone en evidencia ciertas deficiencias de los sistemas de atención en salud, las brechas de género y sociales existentes en relación con las probabilidades de morir, y arroja luz sobre las posibles acciones y los grupos poblacionales a jerarquizar en la lucha contra la mortalidad precoz. Dimensionar y especificar la mortalidad evitable, conocer las causas de muerte más comunes que la conforman y los patrones sociodemográficos y epidemiológicos que la caracterizan, resulta clave para el diseño de programas de prevención, de campañas de comunicación en salud, de acciones para la reducción de las brechas relacionadas con la desigualdad en salud y para la implementación de una serie amplia de otras medidas en el campo de la salud pública.

En la última sección se ensaya una aproximación a la dimensión que adquieren las desigualdades sociales en los patrones de mortalidad en el Uruguay. Se toma como referencia a las defunciones registradas en el departamento de Montevideo y se realiza un análisis socio territorial a partir del lugar de residencia (barrio) y registros estadísticos sobre incidencia de la pobreza en el departamento.

El nivel socioeconómico tiene un efecto mensurable y significativo en la salud cardiovascular. Los factores de riesgo biológicos, conductuales y psicosociales que prevalecen en personas desfavorecidas acentúan el vínculo entre el NSE y las ECV. Cuatro factores se han asociado consistentemente con las enfermedades

---

[2] Las referencias bibliográficas para este tema han sido los siguientes textos: 1) Panorama de la Salud 2019. Indicadores de la OCDE © CANIFARMA 2020, publicado originalmente por la OCDE en inglés con el título: OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, París. disponible en: http://doi.org/10.1787/4dd50c09-en. 2) Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death, January 2022 version. Disponible en: https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf y 3) Gispert R et al. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España; Gaceta Sanitaria 2006;20(3):184-93

cardiovasculares en los países de altos ingresos: nivel de ingresos, nivel educativo, situación laboral y factores socioeconómicos del vecindario[3].

El análisis de la desigualdad en los patrones de mortalidad resulta una información esencial en el campo de la salud pública y la epidemiología. Que la experiencia de la mortalidad no es uniforme para todos los individuos y grupos dentro de una sociedad, parece ser un dato que tiene amplio consenso entre quienes se ocupan del estudio de la mortalidad. La desigualdad en los patrones de mortalidad revela disparidades significativas en términos de quiénes viven más tiempo y con mejor salud y quiénes enfrentan un riesgo más alto de fallecer prematuramente o de experimentar una mala salud. Sin embargo, este tipo de estudios no son frecuentes ni sistemáticos debido a las dificultades para contar con información suficiente y de calidad para dar cuenta de la desigualdad social, principalmente asociada a nivel socioeconómico y a las privaciones materiales y socioculturales que conforman escenarios de vulnerabilidad social. La desigualdad en la mortalidad refleja inequidades en el acceso a la atención médica, a los recursos sociales, económicos y a las oportunidades de vida. Comprender más y mejor las disparidades en la mortalidad es esencial para el desarrollo de políticas de salud pública efectivas. Asimismo, permite una orientación más precisa en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud y en la evaluación del impacto de las intervenciones y programas de salud.

Finalmente, en la síntesis, se enumeran los principales resultados que se obtienen en el informe. Estos están ordenados por sección.

Propósito del informe.

1. Reportar la mortalidad correspondiente al año 2022 y su evolución entre los años 2005-2022.
2. Analizar la información sobre mortalidad por ECV en perspectiva comparada con las demás causas de mortalidad.

---

[3] Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, Quyyumi AA, Taylor HA, Gulati M, Harold JG, Mieres JH, Ferdinand KC, Mensah GA, Sperling LS. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. Circulation. 2018 May 15;137(20):2166-2178..

3. Incorporar nuevas miradas sobre la mortalidad global y la mortalidad por ECV (mortalidad evitable y aspectos socio territoriales)

Principales consideraciones metodológicas.

Referencia para la clasificación de causas de muerte:

Las principales patologías consideradas para el estudio están definidas como "Enfermedades del Sistema Circulatorio" por la OMS en la 10a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Anexo I).

Fuente de datos:

La principal fuente de datos utilizada para el informe es proporcionada por el Ministerio de Salud Pública. Es una base de datos nominalizada de muertes que surge del certificado de defunción. Este es un documento médico-legal en el que se registra el fallecimiento de una persona o una defunción fetal, sus causas, estados mórbidos contribuyentes y demás datos que establezca la reglamentación (Art. 1 Ley N° 19.628). Cabe aclarar que no es objetivo del presente informe el análisis de las defunciones fetales. La CIE-10 adjudica una categoría y un código específico para cada causa que se registra en el certificado de defunción, para este análisis se utiliza el registro de la Causa Básica de Defunción asignado por el MSP. En este estudio también fueron consideradas otras fuentes de información, entre ellas se destacan las consultas realizadas al SIIAS y los datos obtenidos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (ECH-INE).

Especificaciones técnicas

Las tasas de mortalidad en los gráficos de evolución histórica van acompañadas de sus respectivos intervalos de confianza (ver Anexo II).

Los años de vida perdidos son un indicador utilizado para evaluar el impacto de distintas causas de muerte con respecto a la expectativa de vida de la población analizada (Martinez et al. 2019). En este caso fue calculado como la sumatoria de las diferencias entre la E_0 y la edad de la persona al morir. Para el cálculo de este indicador según sexo, se toma la esperanza de vida al nacer (según últimos datos

disponibles del Instituto Nacional de Estadística) para el hombre (74,73 años) y para la mujer (80,98 años). Las muertes que resultan más allá de la EV, suman cero.

El exceso de mortalidad es definido como la diferencia neta entre el número de muertes registradas en el año 2022 y el número de muertes que cabría esperar basado en el comportamiento de la mortalidad en años anteriores (Wang et al. 2022). La razón de tasas se calcula como la tasa de mortalidad en el año 2022 respecto a la tasa de mortalidad en los años 2017, 2018 y 2019. Se excluyen los años 2020 y 2021 dado que representan un desvío circunstancial de la mortalidad en el país debido a la pandemia de COVID-19.

Para este informe, la medición de la mortalidad evitable se base en las definiciones de la OCDE y Eurostat (OECD/Eurostat (2019)[4]. Estas instituciones adoptaron dos listas de mortalidad prevenible y tratable. La inclusión de cada causa de muerte en la categoría de prevenible o tratable, se basó en el criterio de si lo que la reduce predominantemente es la prevención o las intervenciones de servicios de salud. Las causas de muerte que pueden ser tanto prevenidas como tratadas una vez que se presentan, fueron incluidas en la categoría de prevenible, en vista de que, si estas enfermedades se previenen, no habría necesidad de tratamiento. En los casos en que no hay evidencia importante de predominancia de previsión o tratamiento (p. ej. enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular, diabetes) las causas se incluyeron en las dos categorías por partes iguales (50%-50%), para evitar el doble conteo de la misma causa de muerte en ambas listas[5]. La primera (mortalidad prevenible) identifica a las defunciones que en teoría se hubiesen evitado mediante medidas de prevención primaria. Es decir, defunciones causadas por la exposición a

---

[4] "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death" http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of- death.pdf.

[5] El umbral de edad para mortalidad prematura se establece en los 74 años para todas las causas tomando como referencia la esperanza de vida al nacer en los países europeos. En el documento metodológico se admite la arbitrariedad en el umbral de edad definido y se exhorta a la revisión futura del mismo tomando en cuenta las ganancias en la esperanza de vida. Asimismo, se admite que definir un umbral implica subestimar el número total de defunciones potencialmente evitables en las edades no incluidas. A modo de ejemplo, se mencionan las campañas de prevención de lesiones o una mejor atención sanitaria para las personas mayores de 74 años.

factores de riesgo conductuales, biológicos o ambientales y/o a la falta de acceso a servicios de atención médica, entre otros. En este componente el foco está puesto en prevenir las causas subyacentes de las muertes, con efectos en el mediano y largo plazo. La segunda (mortalidad tratable) se refiere a las defunciones que podrían haberse evitado mediante una atención médica adecuada y oportuna. Estas defunciones tienen como explicación principal una falta de eficiencia y calidad en la atención médica[6]. Tal es el caso de las enfermedades infecciosas que pueden ser tratadas con antibióticos, las complicaciones médicas que podrían prevenirse con seguimiento médico regular, o los accidentes que podrían haberse tratado eficazmente en un entorno de atención de emergencia. En este caso, el foco está puesto en medidas que permitan una intervención y atención médica adecuada y oportuna orientada a la disminución de las defunciones por afecciones tratables cuando estas se manifiestan. En la sección de anexos (Anexo III) se incluye el listado completo de causas de muerte evitables clasificadas según sean consideradas prevenibles o tratables y su respectivo código según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10.ª edición (CIE-10).

En este informe, tal como se adelantó, se presenta una primera aproximación al estudio de las desigualdades en el patrón de la mortalidad. Para ello, se opta por considerar las defunciones ocurridas en el departamento de Montevideo tomando en cuenta el barrio de residencia de la persona al momento de su fallecimiento y la incidencia de la pobreza por barrio a partir de la ECH-INE. La asignación del barrio de residencia se realizó tomando el último domicilio conocido de la persona fallecida, dato que provino de consulta al SIIAS. A propósito, mencionar que, si bien la mayoría de las defunciones ocurridas en Montevideo tuvieron asignado un barrio (80,2%), hubo casos en que no fue posible asignar debido a diferentes razones. Entre éstas se destacan: 1) la no correspondencia entre el último departamento conocido de residencia de la persona fallecida si se compara certificado de defunción y registros provenientes del SIIAS y 2) información incompleta o inexistente del domicilio. Cabe destacar que, para el 20% de casos en que no fue

[6] Estos problemas en la atención médica tienen seguramente una explicación multicausal. Podría atribuirse, por ejemplo, a factores asociados a la práctica médica, a la medicina como institución y la dimensión social que adquiere la necesidad y el consumo médico por parte de la población.

posible asignar un barrio, en el análisis descriptivo de variables conocidas para ambos grupos, no se encontraron diferencias sustantivas en cuanto a la distribución porcentual de éstas. Es decir, hay elementos para sostener que los valores perdidos de la variable barrio se distribuyen aleatoriamente.

La estimación de la incidencia de la pobreza el INE la realiza mediante el método del ingreso, es decir, identificando a los hogares cuyo ingreso per cápita es inferior al valor de la canasta básica total (alimentaria y no alimentaria)[7]. Para dar cuenta de las desigualdades socio territoriales en la composición y características de la mortalidad, se agrupan a los 62 barrios de Montevideo en tres categorías (terciles[8]) según el nivel de incidencia de la pobreza registrado en cada barrio en el año 2022. Por tanto, esta aproximación a la desigualdad implica estudiar el patrón de la mortalidad según las zonas de residencia de las personas fallecidas, identificando tres regiones. En un extremo una región que agrupa a los barrios con mayores niveles de incidencia de la pobreza, y en el otro, una región conformada por los barrios con menor incidencia de la pobreza. En anexos (anexo IV) se adjunta el listado de barrios agrupados por terciles según la incidencia de la pobreza registrada en el año 2022 a partir de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística. Por lo anterior, cabe aclarar que la asociación entre mortalidad e incidencia de pobreza no debe extenderse al riesgo individual sino a la región geográfica. El uso de región geográfica como variable surrogada para el estudio de asociación entre pobreza y mortalidad ha sido previamente validado (Schultz y col, 2018[3]). La estimación poblacional de la distribución de las zonas por edades se realiza a partir de la ECH del INE del año 2022, cuya muestra está ajustada según proyecciones de población.
La mortalidad por COVID-19 fue registrada según el capítulo XXII del CIE-10 (U71-U72): Códigos para situaciones especiales.

---

[7] Para más información al respecto, consultar el anexo metodológtico de los informes publicados por el INE: https://www3.ine.gub.uy/boletin/informe_pobreza_1er_semestre2022.html

[8] Los terciles surgen de agrupar el total de barrios en tres grupos con igual cantidad de barrios ordenados según incidencia de la pobreza.

En este informe, la mayoría de los cálculos y los gráficos fueron hechos con el lenguaje de programación y software estadístico (R Core Team 2022), usando la interfaz gráfica RStudio (RStudio Team 2022), que permite generar el código fuente de este documento, así como el informe interactivo en formato de página web, a través de las librerías openair (Carslaw y Ropkins 2012), lubridate (Grolemund y Wickham 2011), plotly (Sievert 2020), bookdown (Xie 2022), quarto (Allaire 2022), knitr (Xie 2015), kableExtra (Zhu 2021), tidyverse (Wickham et al. 2019), stringr (Wickham 2018).

Sección 1.- Mortalidad general y por causas.

En esta sección se describe la mortalidad en el año 2022 para todas las causas Se analiza la mortalidad prematura mediante la estimación de los años de vida perdidos y, por último, se agrega un análisis de exceso de mortalidad vinculado a la pandemia de COVID-19.

1.1 Mortalidad global en 2022.

En el año 2022 se registraron 39.321 defunciones, las ECV fueron la primera causa de muerte con 23,5% (9.238) del total de defunciones (Figura 1.1), las enfermedades oncológicas el 20,2% (7.993), las enfermedades del sistema respiratorio el 10,6% (4.179), en cuarto lugar causas externas con el 6,6% (2. 580) y en quinto lugar aparece la COVID-19 con el 5,9% (2.305) del total de las defunciones[9].

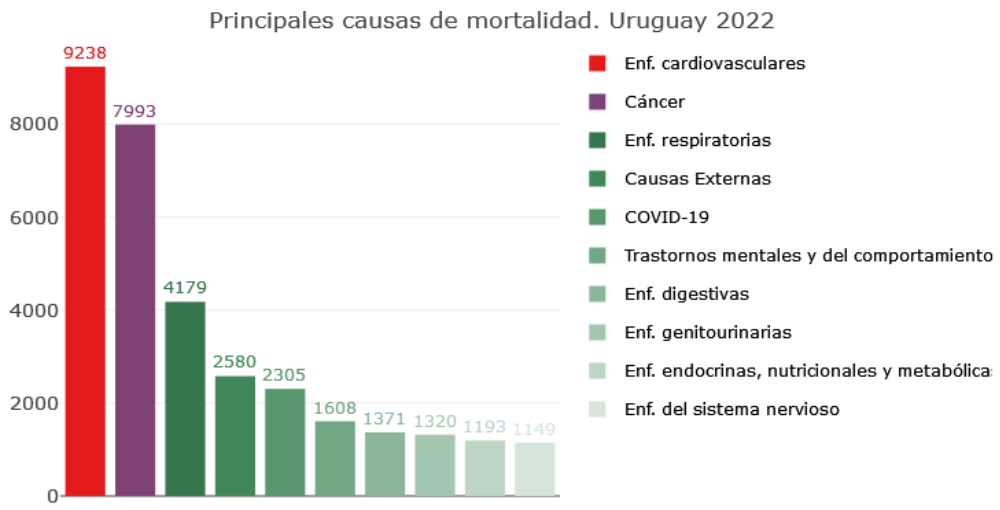

Figura 1.1: Principales causas de mortalidad. Uruguay 2022. Fuente MSP.

Del total de fallecimientos en el año 2022, 19.989 (50,8%) fueron de sexo femenino y 19.332 (49,2%) de sexo masculino.

---

[9] Cabe aclarar que un 12,4% del total de las defunciones están clasificadas en el capítulo XVIII de la CIE-10 (códigos R00-R99), llamado “Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte”. En esta clasificación se engloban diversas causas, que constituyen entidades clínicas mal definidas y aportan poca información sobre la causa de muerte desde la perspectiva poblacional. La proporción de muertes a las que se le asigna un código R, constituye un indicador de la calidad de la base de datos.

El análisis de las principales causas de muerte en 2022 según sexo pone en evidencia que las ECV fueron la primera causa de muerte tanto en el sexo femenino como en el masculino, con 4.838 (24,2% del total de fallecimientos) y 4.400 (22,8% del total de fallecimientos) defunciones respectivamente. Ver Figura 1.2.

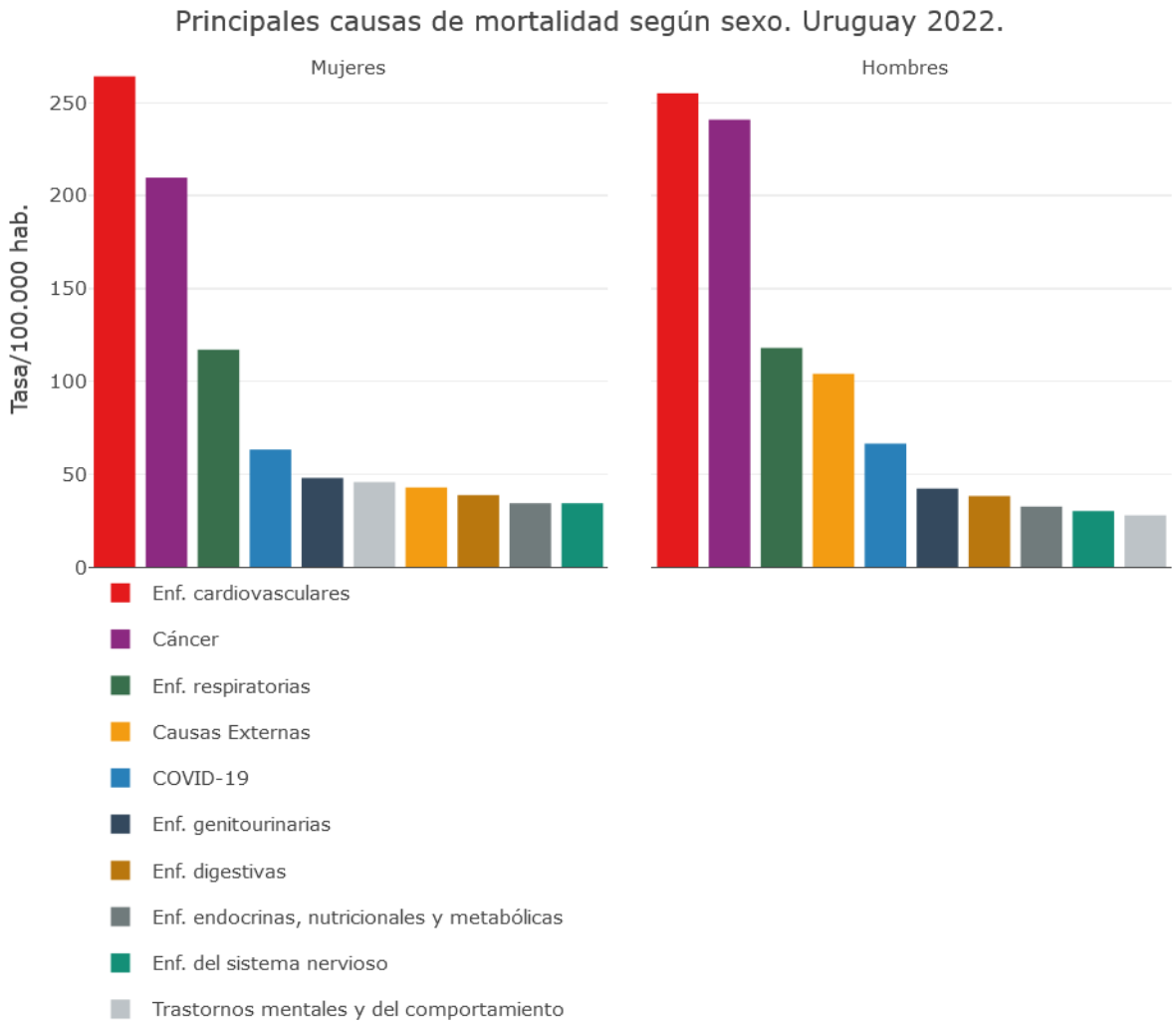

Figura 1.2: Principales causas de mortalidad según sexo. Uruguay 2022. Fuente MSP.

La Figura 1.3 muestra que las dos principales causas de muerte para ambos sexos representan más de un 40% del total de las defunciones por sexo (femenino 43,4% y masculino 44,3%).

De las defunciones por ECV corresponden a menores de 70 años en hombres 28,9% y en mujeres 12,3%, resultando en una razón de 2,3 veces mayor para el sexo masculino.

También se observa que la proporción de defunciones de mujeres menores de 70 años por cáncer es 2,6 veces mayor que las defunciones por ECV para mismo sexo y tramo etario.

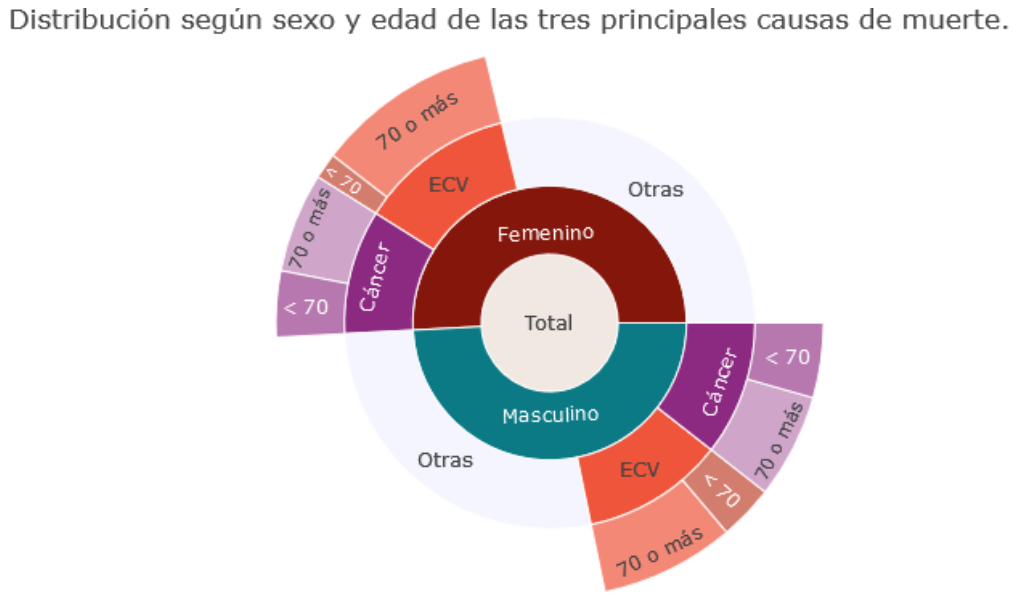

Figura 1.3: Distribución según sexo y edad de las dos principales causas de fallecimiento. Uruguay 2022. Fuente MSP.

Del estudio de la mortalidad global se observa que las primeras cinco causas de muerte en 2022 (61,0% del total) en el país fueron ECV, cáncer, enfermedades respiratorias, COVID-19 y causas externas, registrándose diferencias según el tramo etario. En la Figura 1.4 se representa la distribución de estas primeras cinco causas de mortalidad global según tramo etario: 15 a 34, 35 a 54, 55 a 74 y de 75 años en adelante.

En el tramo de 15 a 34 años el primer lugar lo ocuparon las causas externas, donde se destacan los suicidios (CIE-10 X60-X84), responsables de más de un quinto del total de fallecimientos en ese rango etario (n=261, 22,9%[10]), las muertes violentas (CIE-10 X85-Y09) (n=232, 20,4%) y los accidentes de transporte, (CIE-10 V00-V98)

[10] Los porcentajes son calculados respecto al total de fallecidos de cada tramo etario.

(n=152, 13,4%). La segunda causa de muerte en este tramo etario es el cáncer pero con un carga de mortalidad menor (n=80, 7,0%).

Las ECV son una de las primeras causas de mortalidad en todos los tramos etarios analizados, aumentando con la edad la proporción de fallecidos con respecto a las otras causas.

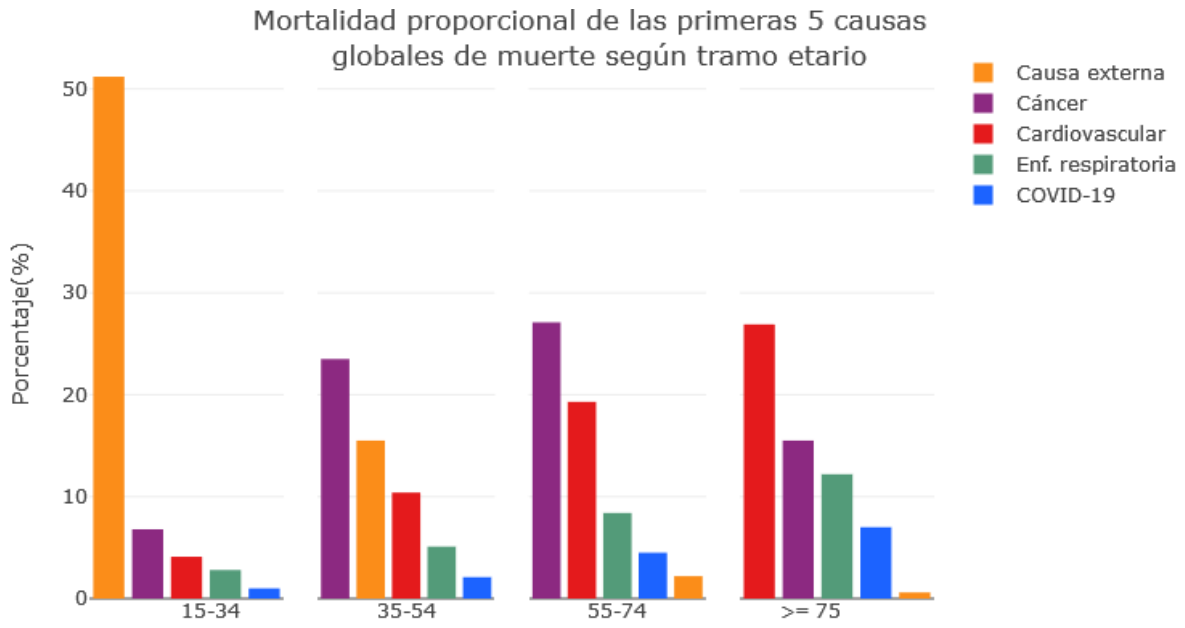

Figura 1.4: Distribución de las primeras cinco causas de mortalidad global según tramo etario. Uruguay 2022. Fuente MSP.

1.2 Años de vida perdidos.

Tal como se ha planteado en el apartado metodológico, este indicador nos permite dimensionar el impacto que tiene a nivel poblacional las diferentes causas de muerte. Se expresa en años de vida perdidos por una población en un año determinado y en relación con la Eo[11]. A modo de ejemplo, entre las mujeres, para el año 2022 se han perdido un total de 15.468 años de vida a nivel poblacional debido a ECV (si asumimos que el total de mujeres en el país ronda aproximadamente 1.700.000, entonces estamos hablando de 0,02 años de vida promedio perdido por mujer). La diferencia en la cantidad de AVP si comparamos cáncer y ECV, podría

[11] Esperanza de vida al nacer.

explicarse por una estructura más envejecida de la población expuesta a ECV. Nótese, asimismo, que, mientras no se observan diferencias entre varones y mujeres en AVP por ECV, sí se constatan diferencias importantes en los AVP por cáncer (es mayor entre las mujeres). Esto puede explicarse por el hecho de que las muertes por cáncer en mujeres ocurren de forma más temprana (se registran diferencias en los tipos de cáncer que padecen hombres y mujeres).

La Tabla 1.1 muestra los años de vida perdidos según causa y sexo en 2022.

Tabla 1.1: AVP según causa y sexo. Uruguay 2022. Fuente MSP.

	Causa	
	Cardiovascular	Cáncer
Sexo		
Femenino	15.468	38.130
Masculino	15.206	21.946

Tabla 1.1: AVP según causa y sexo. Uruguay 2022. Fuente MSP.

En la siguiente tabla puede apreciarse lo señalado anteriormente. En el sexo femenino los AVP por cáncer triplicaron a los AVP por ECV. En el sexo masculino la relación entre los AVP por cáncer y los AVP por ECV fue de 1,5 (Tabla 1.2).

Tabla 1.2: Razón entre AVP y total de fallecidos según causa y sexo. Uruguay 2022. Fuente MSP.

	Causa	
	Cardiovascular	Cáncer
Sexo		
Femenino	3,20	9,93
Masculino	3,46	5,28

Tabla 1.2: Razon de los AVP según causa y sexo. Uruguay 2022. Fuente MSP.

1.3 Exceso de mortalidad.

Este indicador permite estimar el número adicional de muertes ocurridas en una población en comparación con lo que se habría esperado en circunstancias normales. En este caso, la razón entre la tasa correspondiente al año 2022 (1.106

cada 100.000 hab.) y la tasa para el período 2017-2019 (970 cada 100.000 habitantes) es de 1,14, es decir, que en el año 2022 se constata un exceso de mortalidad del 14%.

La Figura 1.5 muestra en el año 2022 un exceso de mortalidad hasta la semana epidemiológica 27 respecto a los años prepandemia (2017-2019), observándose dos picos de mayor mortalidad en las primeras 10 semanas y otro entre las semanas 20 y 27.

La Figura 1.6 muestra en los años 2020 a 2022 el exceso de mortalidad, el mismo se expresa tras el cálculo tomando como referencia el promedio mensual de muertes en los años 2017-2019.

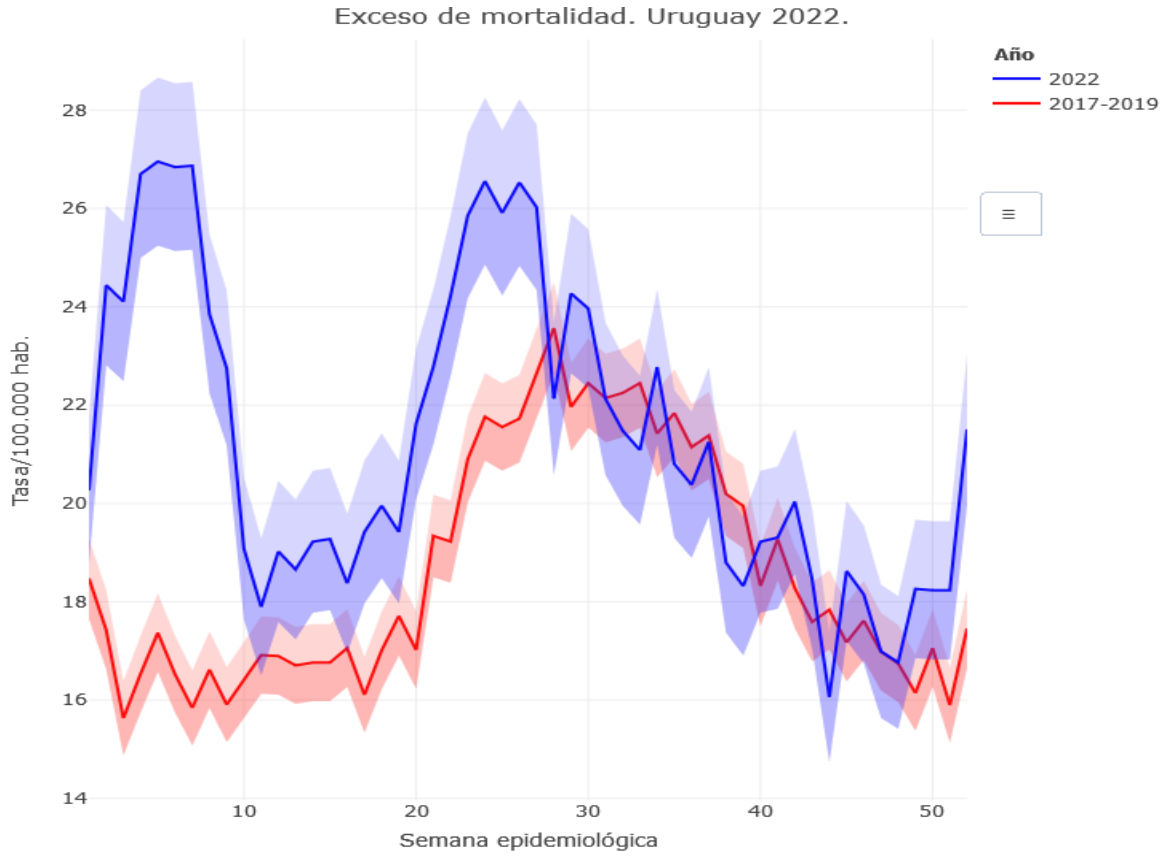

Figura 1.5: Exceso de mortalidad. Uruguay 2022. Fuente MSP.

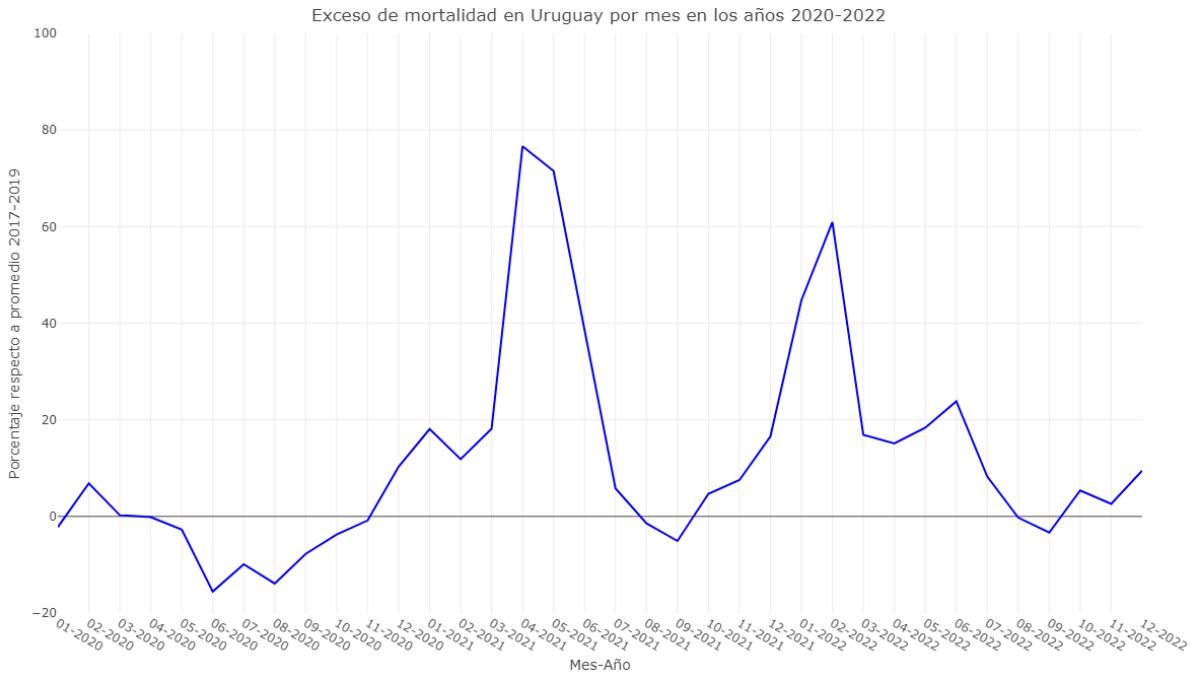

Figura 1.6: Exceso de mortalidad. Uruguay 2022. Fuente MSP.

Si se toman en cuenta únicamente las defunciones por ECV, se obtiene que la razón entre la tasa de mortalidad por ECV cada 100.000 habitantes del año 2022 (259,9 (IC: 254,6 - 265,2)) y la del período 2017-2019 (257,6 (IC: 252,3 - 262,9)), equivale a un exceso de mortalidad de 1,0%.

Sección 2.- Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el año 2022.

2.1 Mortalidad por enfermedades cardiovasculares por tramo etario.

Cuando se analiza la mortalidad por causa cardiovascular según edad y sexo se observa que, independientemente del tramo etario hay mayor tasa de mortalidad por ECV en el sexo masculino (ver Figura 2.1).

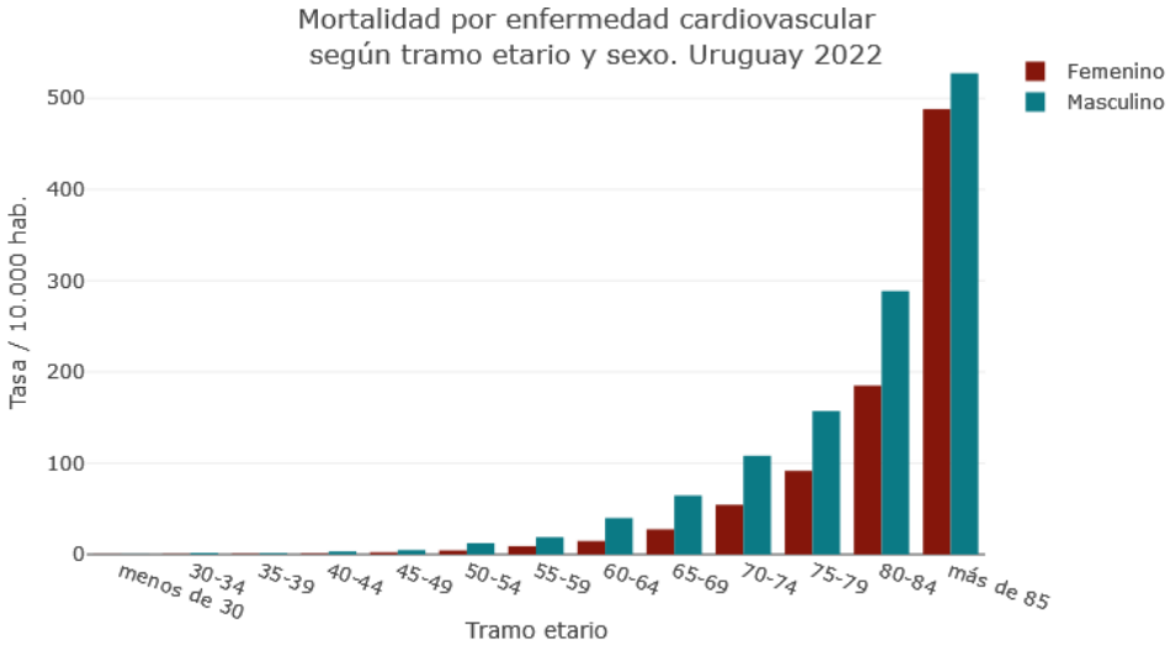

Figura 2.1: Mortalidad por ECV según tramo etario y sexo. Uruguay 2022. Fuente MSP.

2.2 Distribución geográfica de la mortalidad por enfermedad cardiovascular.

En la Tabla 2.1 se muestra la distribución de fallecidos por ECV cada 100.000 personas por región y sexo. En el mapa (Figura 2.2) se puede observar la mortalidad por departamento de residencia para el año 2022.

	Región			
	Interior	Montevideo	Interior/Montevideo	Total
Sexo				
Masculino	270,9	229,2	1,18	256,1
Femenino	262,6	266,9	0,98	265,1
Total	266,7	249,1	1,07	260,7

Tabla 2.1: Tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes por enfermedades cardiovasculares según región de residencia. Uruguay 2022. Fuente MSP.

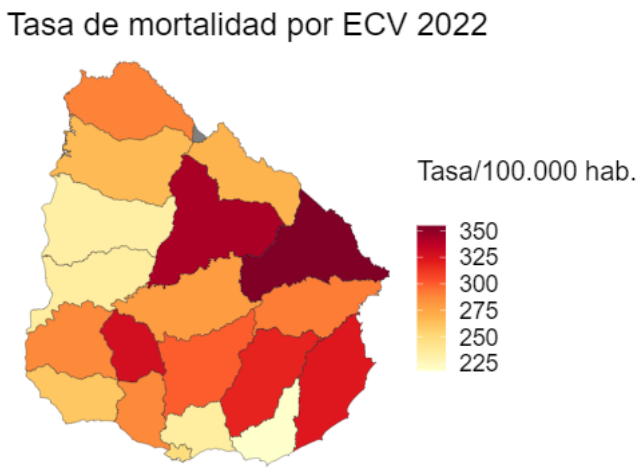

Figura 2.2: Mortalidad por departamento de residencia. Uruguay 2022. Fuente MSP.

2.3 Estacionalidad de la mortalidad por enfermedad cardiovascular.

La Figura 2.2 muestra las muertes diarias por ECV en números absolutos y la Figura 2.3 muestra la mortalidad cada 100.000 habitantes para tres causas de muerte, aquellas que registran una estacionalidad más marcada. Estas son: las muertes por ECV, enfermedades respiratorias y COVID-19.

En el año 2022 se observa un pico de aumento de mortalidad por COVID-19 en los meses de enero y febrero y la marcada estacionalidad de las ECV y enfermedades respiratorias, dado que se concentran en los meses fríos del año.

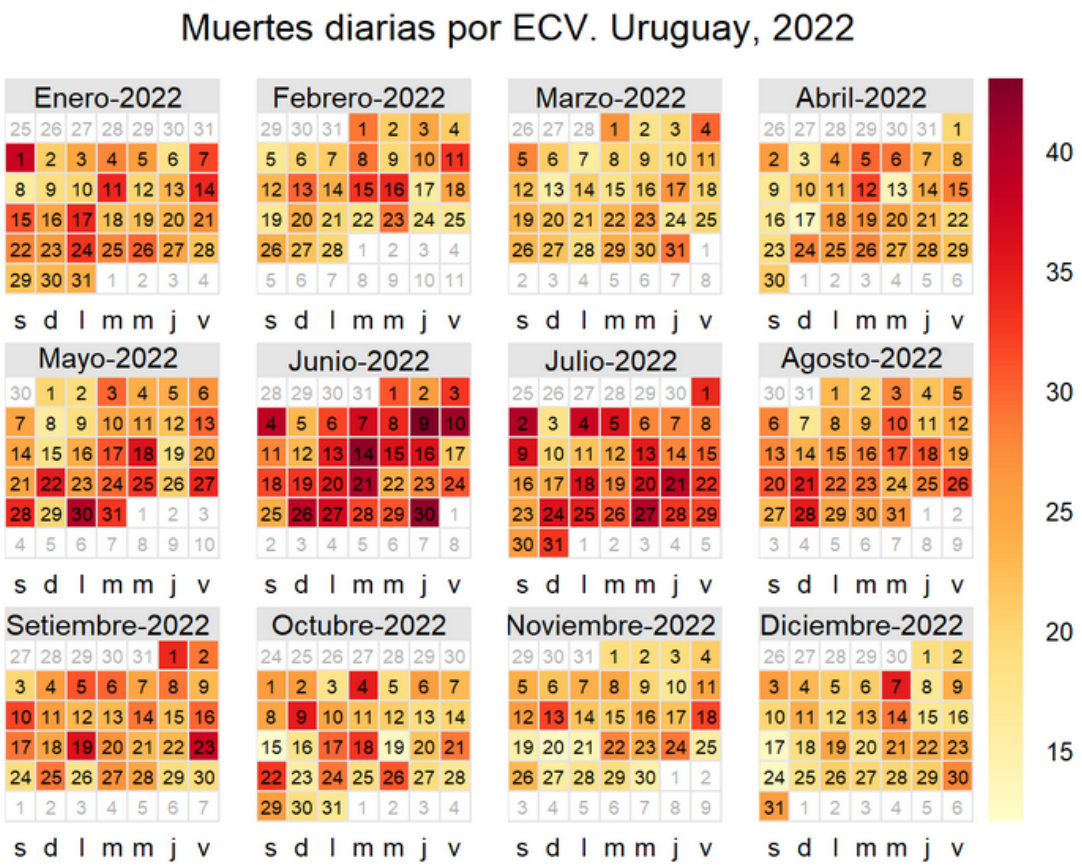

Figura 2.3: Fallecimientos por ECV por mes. Uruguay, 2022. Fuente MSP

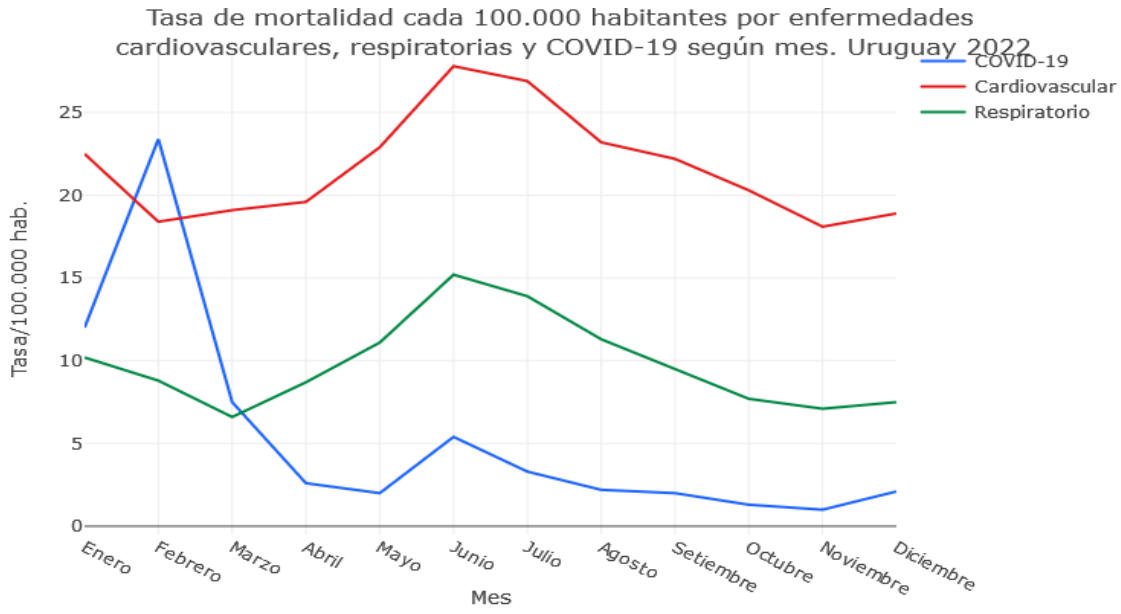

Figura 2.4: Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y COVID-19 según mes. Uruguay 2022. Fuente MSP.

2.4 Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según causa.

En 2022 fallecieron 9.238 personas por ECV. La Tabla 2.2 y la Figura 2.4 muestran las tasas de mortalidad cada 100.000 habitantes, según causa. El grupo de enfermedades cerebrovasculares (CIE-10, I60-I69) resultó ser la primera causa de muerte, seguido por el grupo de las enfermedades isquémicas del corazón (CIE-10, I20-I25). Entre ambos, son responsables del 46,7% del total de fallecimientos por ECV.

La tasa de mortalidad por paro cardíaco en 2022 fue de 31,7 cada 100.000 habitantes, superior a la registrada en el año 2019, 2020 y 2021 que fueron de 13,7, 16,7 y 25,8 cada 100.000 habitantes, respectivamente.

CIE-10	Femenino	Masculino	Global
Enf. cerebrovasculares	68,7	55,2	62,2
Enf. isquémicas del corazón	47,8	71,2	59,2
Paro cardíaco	33,2	30,0	31,7
Insuficiencia cardíaca	34,3	25,6	30,1
Enfermedades hipertensivas	29,8	20,8	25,5
Enf. pericardio/miocardio/otras mal definidas	10,9	15,8	13,3
Enf. de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares	8,2	13,0	10,5
Enf. valvular y endocarditis	10,5	10,5	10,5
Enf. del sistema de conducción y arritmias	9,6	7,9	8,8
Enf. cardiopulmonar	7,2	2,8	5,0
Enf. de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	2,7	1,5	2,1
Otros trastornos	0,7	0,5	0,6
Enf. cardíacas reumáticas crónicas	0,7	0,2	0,5
Fiebre reumática aguda	0,1	0,0	0,0

Tabla 2.2: Tasa de mortalidad por ECV cada 100.000 personas según causa. Uruguay 2022. Fuente MSP.

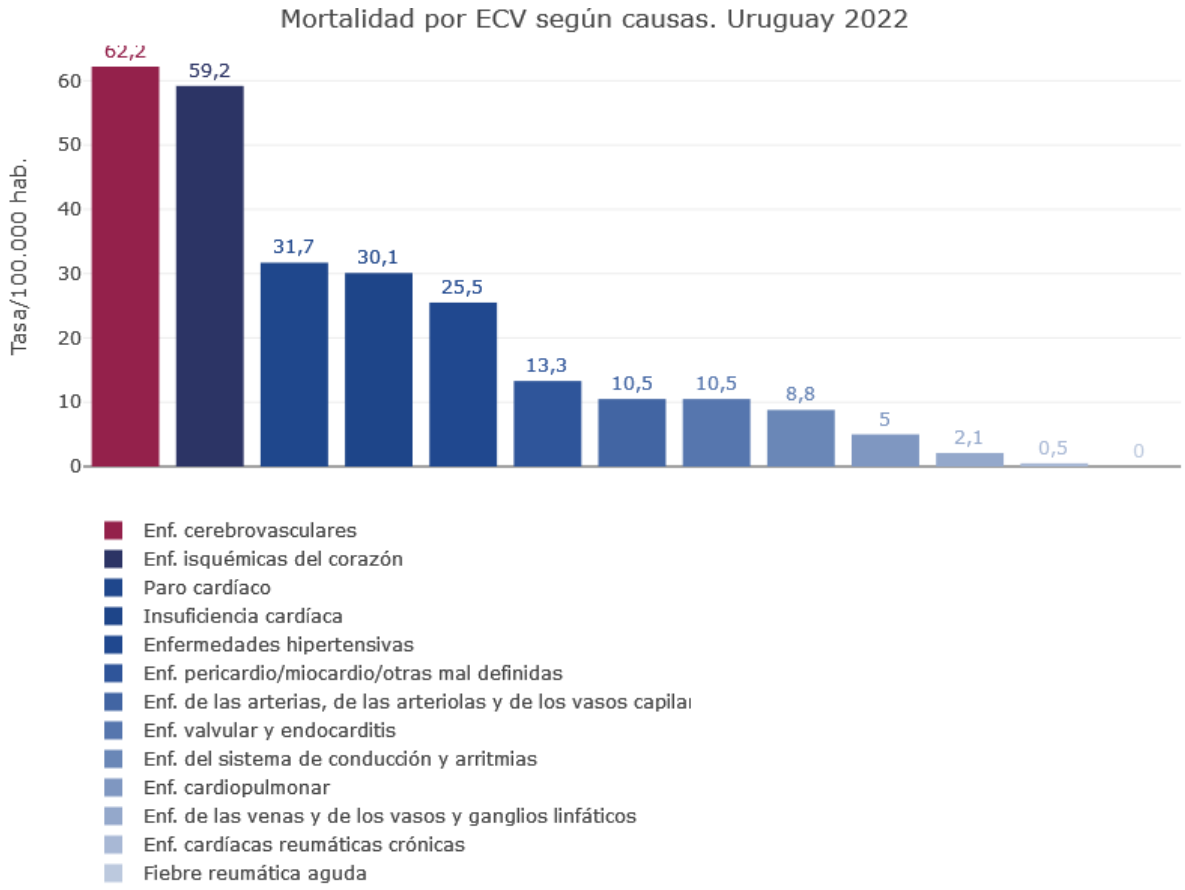

Figura 2.5: Mortalidad por ECV según causas. Uruguay 2022. Fuente MSP.

En el análisis de la tasa de mortalidad por ECV discriminada según causa y sexo, se observa que la enfermedad cerebrovascular fue la primera causa de muerte para las mujeres y la enfermedad isquémica del corazón lo fue para los hombres. La Figura 2.5 representa la tasa de mortalidad por ECV discriminada según causa y sexo.

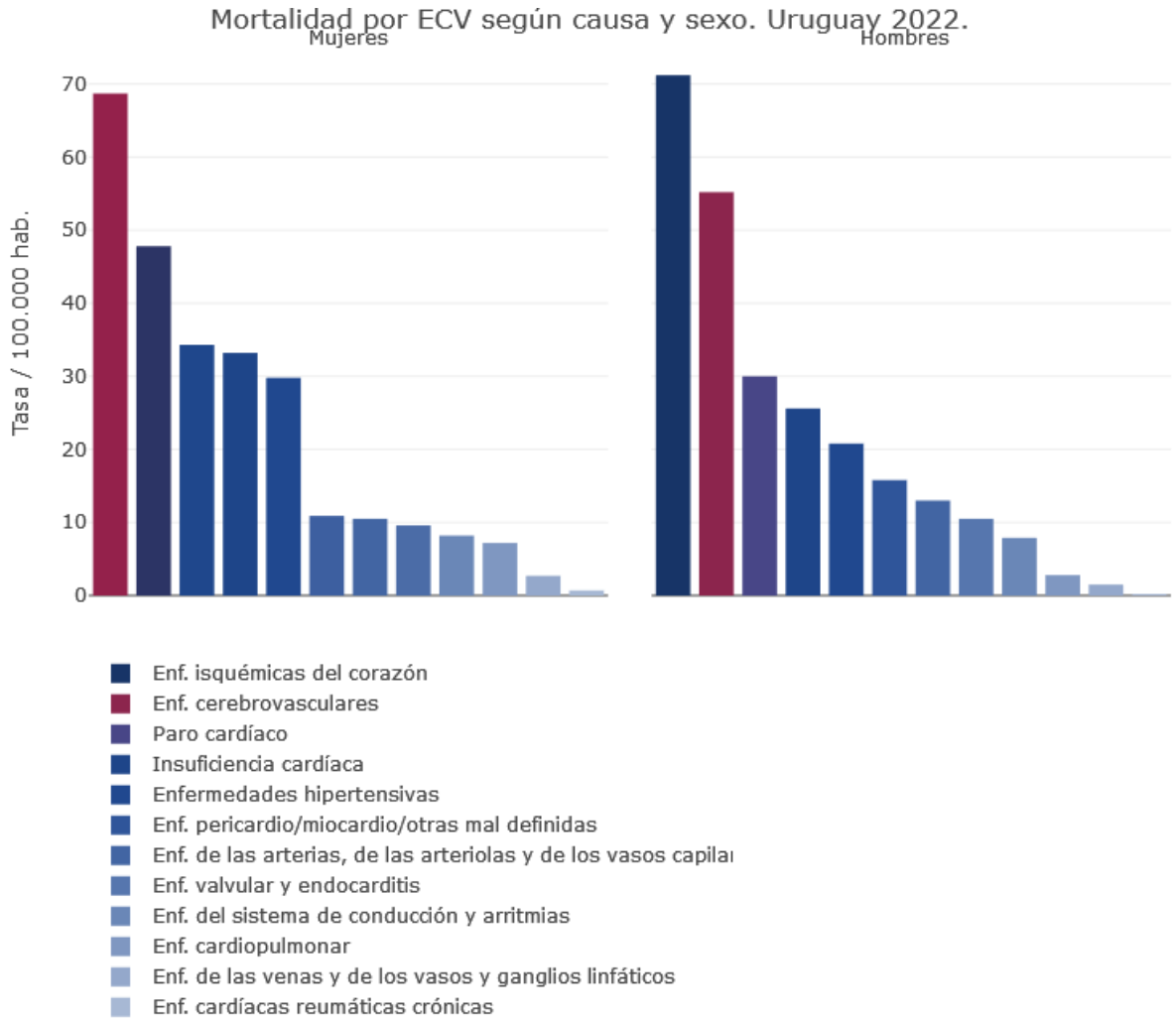

Figura 2.6: Mortalidad por ECV segun causa y sexo, en Uruguay 2022. Fuente MSP.

Sección 3.- Evolución histórica de la Mortalidad.

En esta sección se describe la evolución de la mortalidad global y por ECV en Uruguay entre los años 2OO5 y 2O22. Se comparan con las principales causas de mortalidad, se analiza la mortalidad por ECV global, por sexo y la evolución de las ECV con mayor tasa de mortalidad en dicho período. Se describe también, la evolución de la mortalidad prematura por ECV global y por las principales causas de mortalidad cardiovascular en Uruguay 2OO5-2O22.

3.1 Evolución de la mortalidad por enfermedad cardiovascular, Uruguay 2005-2022.

La Figura 3.1 describe el comportamiento de la mortalidad global en Uruguay en el período 2005-2019 donde la tasa de mortalidad se mantuvo aproximadamente constante con 960 defunciones cada 100.000 habitantes por año. En el 2020, año en que se declara la emergencia sanitaria debido a la pandemia por COVID-19, se registró una mortalidad de 920 cada 100.000 habitantes. En los años 2021 y 2022 se observó una mayor mortalidad respecto a los años prepandemia, con 1.160 y 1.106 defunciones cada 100.000 habitantes respectivamente.

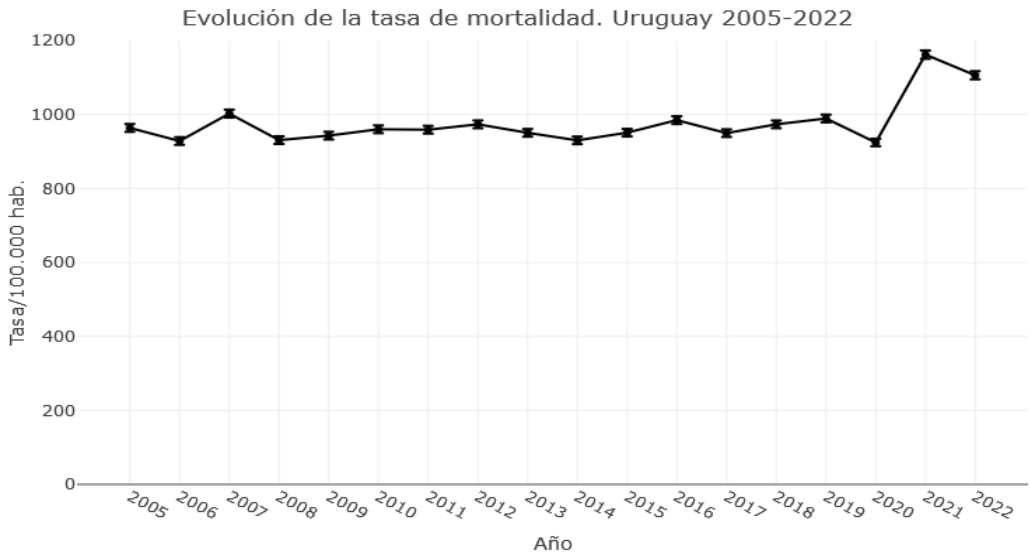

Figura 3.1: Evolución de la tasa de mortalidad. Uruguay 2005-2022. Fuente: MSP.

Las principales causas de muerte en el período 2005-2022 fueron: ECV, cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio (Figura 3.2). En las causas “otras” se acumulan todas las causas de mortalidad excluyendo las ya mencionadas, excepto

para los años 2021 y 2022 donde el COVID-19 fue una causa significativa de muerte.

En la Figura 3.2 se observa que la disminución hasta el año 2020 de la tasa de mortalidad por ECV llevó a valores similares de mortalidad por cáncer. Sin embargo, en los años 2021 y 2022 la mortalidad por ECV presenta un aumento alejándose de la tasa de mortalidad por cáncer.

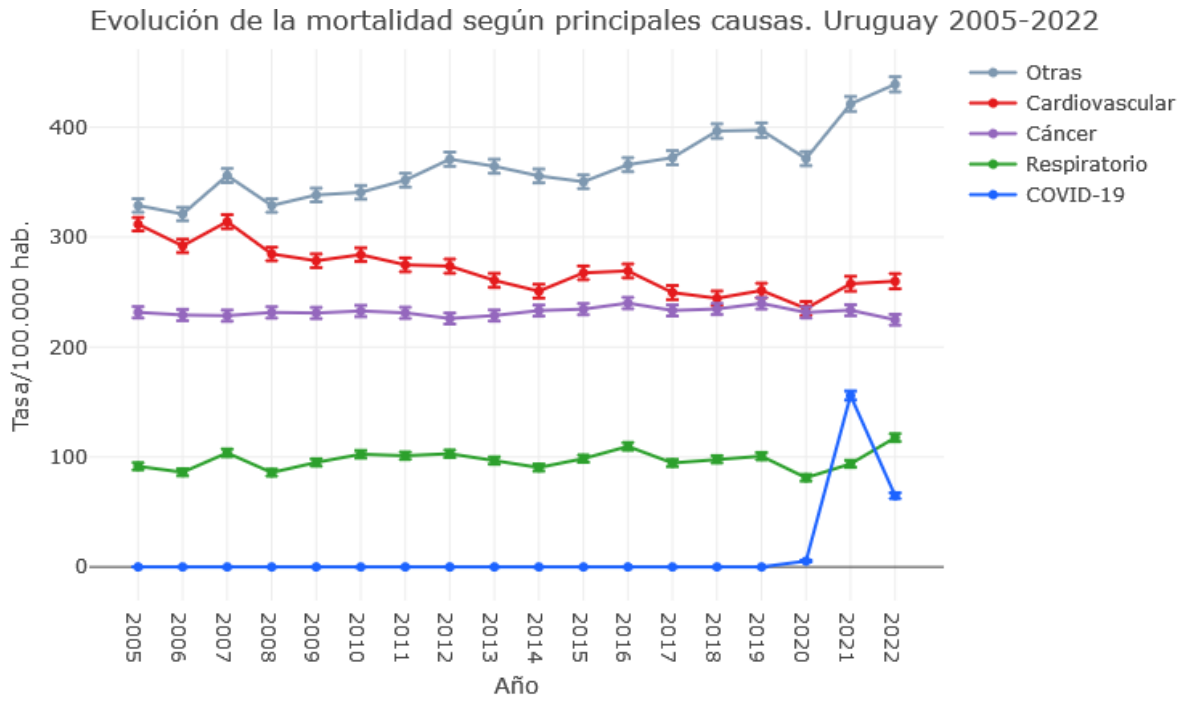

Figura 3.2: Evolución de la mortalidad según principales causas. Uruguay 2005-2022. Fuente: MSP.

En la Figura 3.3 y Tabla 3.1 se observa una tendencia decreciente de la mortalidad por ECV hasta 2017, observándose que luego de ese año la mortalidad por ECV se mantiene en una constante.

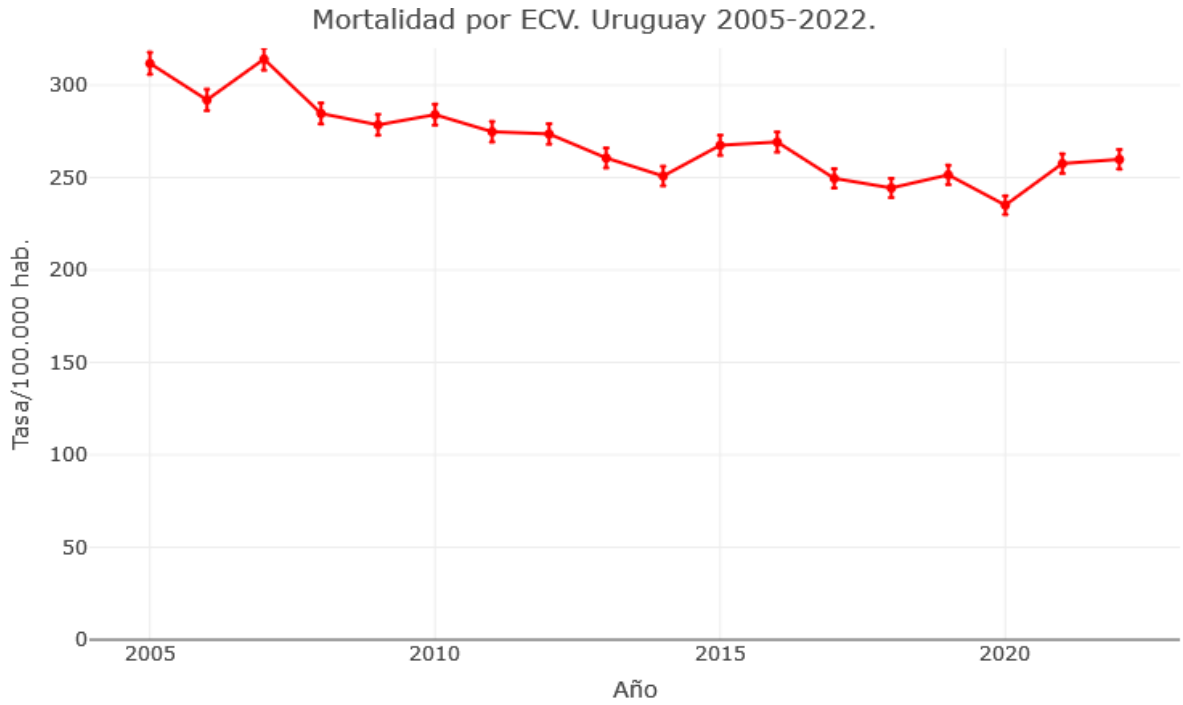

Figura 3.3: Mortalidad por ECV (CIE-10: I00 - I99). Uruguay 2005-2022. Fuente: MSP.

Año	Tasa	EE	LI	LS
2005	311,8	3,0	305,9	317,7
2006	292,0	2,9	286,3	297,7
2007	314,1	3,1	308,0	320,2
2008	284,7	2,9	279,0	290,4
2009	278,5	2,9	272,8	284,2
2010	284,0	2,9	278,3	289,7
2011	274,8	2,8	269,3	280,3
2012	273,6	2,8	268,1	279,1
2013	260,6	2,8	255,1	266,1
2014	250,8	2,7	245,5	256,1
2015	267,5	2,8	262,0	273,0
2016	269,2	2,8	263,7	274,7
2017	249,6	2,7	244,3	254,9
2018	244,4	2,6	239,3	249,5
2019	251,5	2,7	246,2	256,8
2020	235,1	2,6	230,0	240,2
2021	257,6	2,7	252,3	262,9
2022	259,9	2,7	254,6	265,2

Tabla 3.1: Tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes por ECV. Uruguay 2005-2022. Fuente MSP.
Nota: EE: error estándar, LI: límite inferior, LS: límite superior

En la Figura 3.4 y en la Figura 3.5 se representa la evolución temporal de la mortalidad por ECV según sexo que presenta el mismo comportamiento que la mortalidad global por ECV.

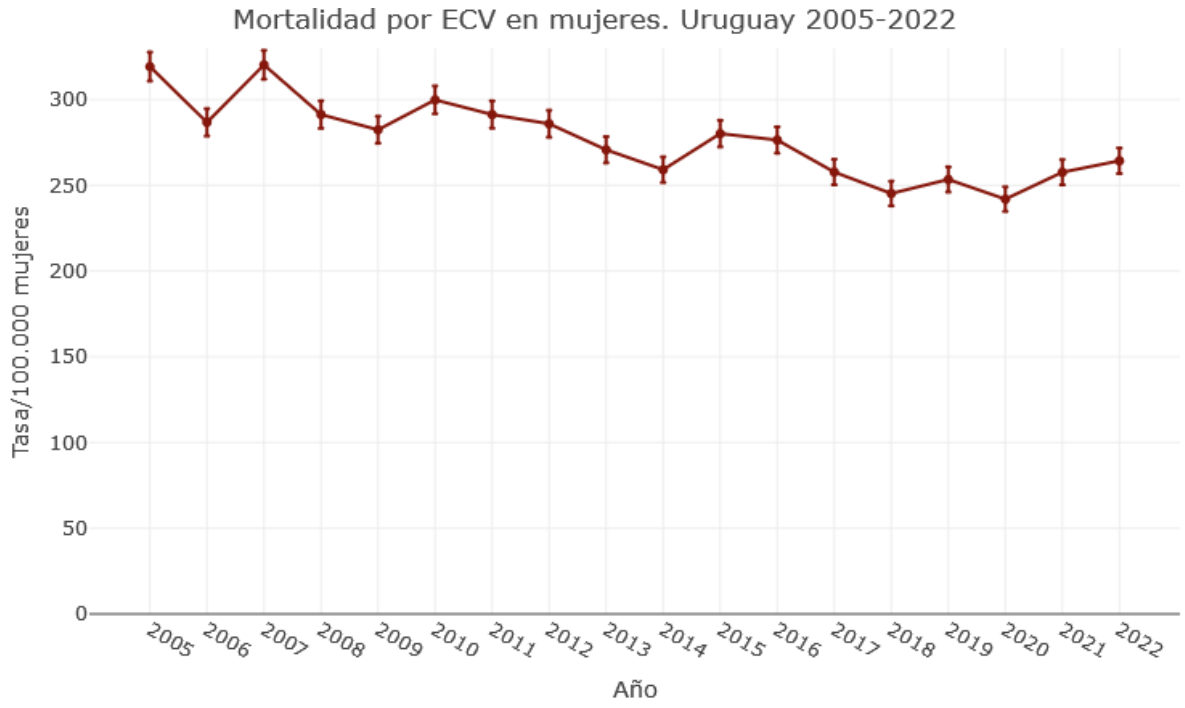

Figura 3.4: Mortalidad por ECV en mujeres. Uruguay 2005-2022. Fuente: MSP.

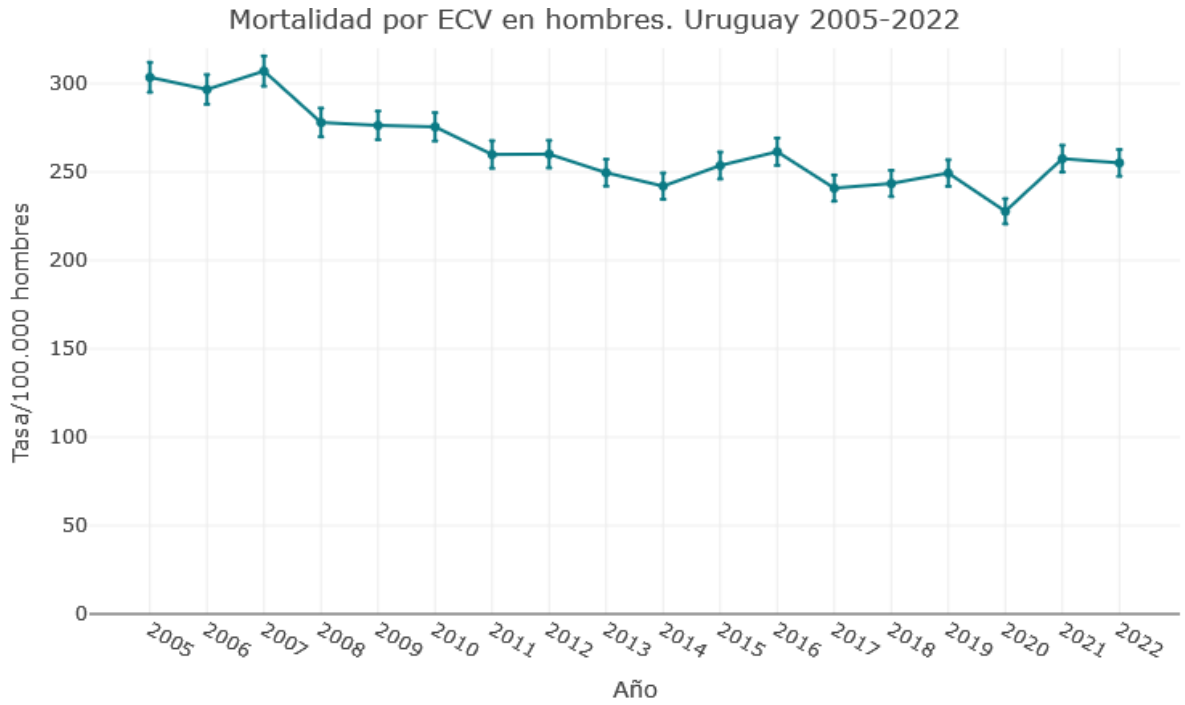

Figura 3.5: Mortalidad por ECV en hombres. Uruguay 2005-2022. Fuente: MSP.

3.2.- Evolución de las primeras causas de muerte por ECV, en Uruguay 2005-2022.

Entre las causas de mortalidad cardiovascular se analizan la evolución temporal de las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, paro cardíaco, enfermedades hipertensivas, insuficiencia cardíaca y otras ECV.

En la Figura 3.6 puede observarse la tendencia descendente para enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas. Observándose que la tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca no presenta variaciones estadísticamente significativas. La tasa de mortalidad por paros cardiacos presenta un cambio de tendencia a partir del 2017, con valores actuales que superan los máximos del periodo analizado.

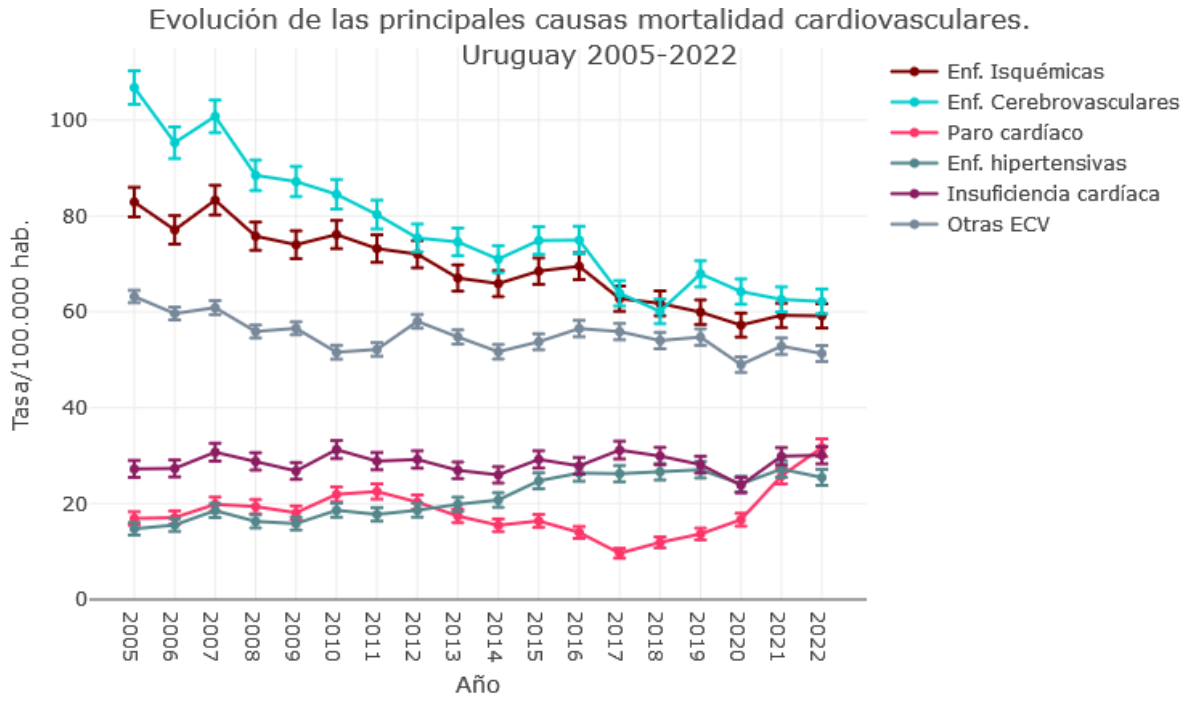

Figura 3.6: Evolución de primeras causas de muerte por ECV. Uruguay 2005-2022. Fuente: MSP.

Otra forma de representación de la evolución de las principales causas de mortalidad ECV se muestra en la figura 3.7. Se toma como referencia la tasa de mortalidad de diez años atrás y se grafica la variación tomando como base el registro del año 2013. Mientras las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca registran una tendencia a la baja en el periodo analizado, las enfermedades isquémicas e hipertensivas muestran una evolución más oscilante. Lo observado para el paro cardíaco requiere un análisis en mayor profundidad.

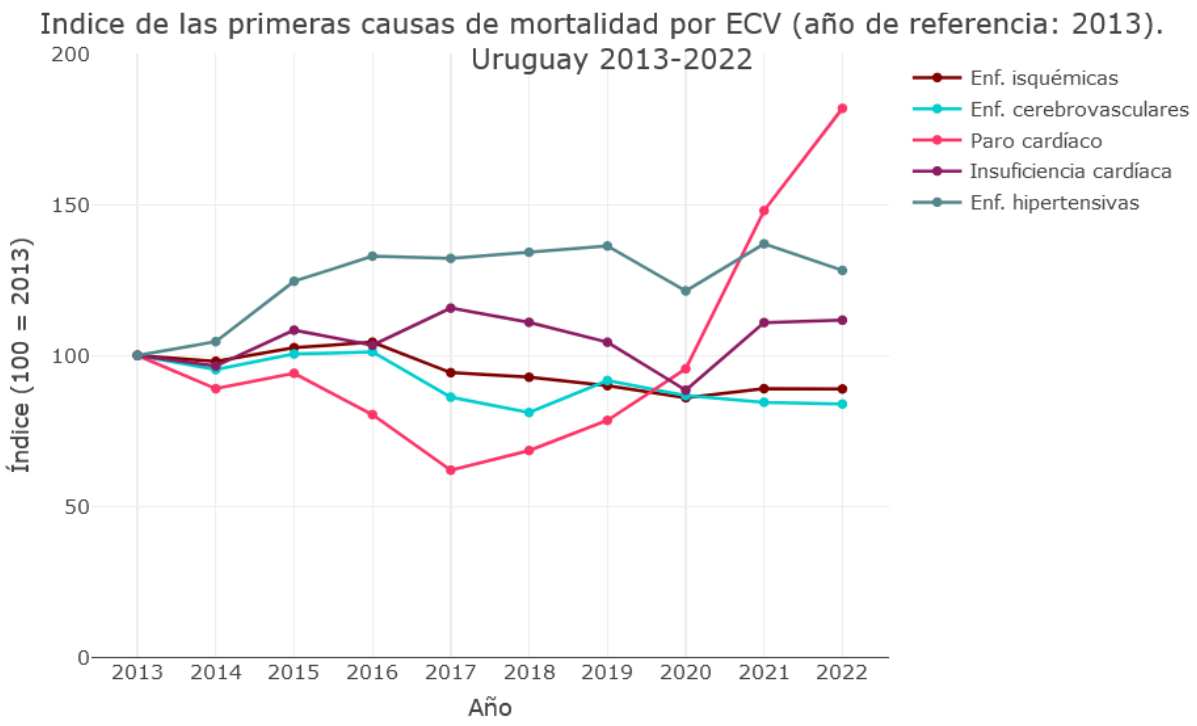

Figura 3.7: Índice de las primeras causas de mortalidad por ECV, tomando como referencia la tasa de mortalidad en el año 2013. Fuente MSP.

3.3.- Evolución de la mortalidad prematura por las primeras causas de mortalidad cardiovascular en Uruguay 2005-2022.

Como muestra la Figura 3.8 la tasa de mortalidad prematura por ECV presenta una tendencia descendente en el período 2005-2020. Sin embargo, se observa un aumento en los años 2021 y 2022.

La tasa de mortalidad prematura por ECV es mayor en hombres que en mujeres, con una relación en el entorno de 2:1 para el período analizado. El transcurso evolutivo muestra una tendencia decreciente para ambos sexos (Figura 3.9) hasta el año 2020.

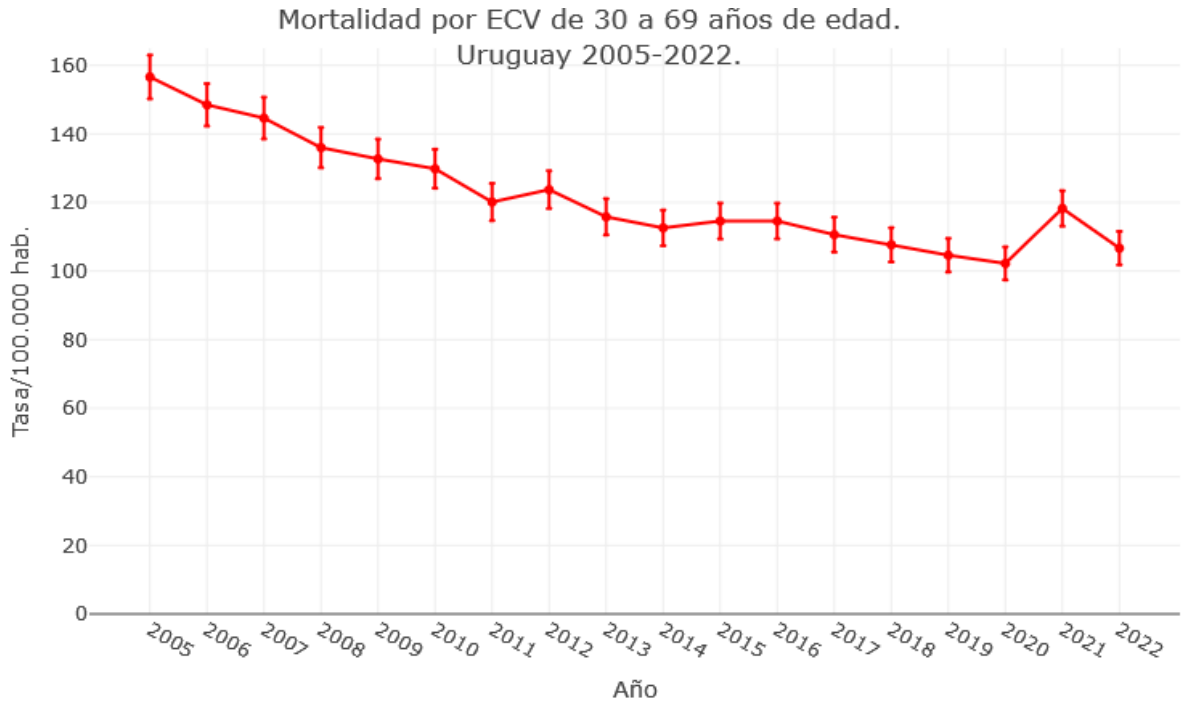

Figura 3.8: Evolución de la mortalidad prematura por ECV. Uruguay 2005-2022. Fuente MSP.

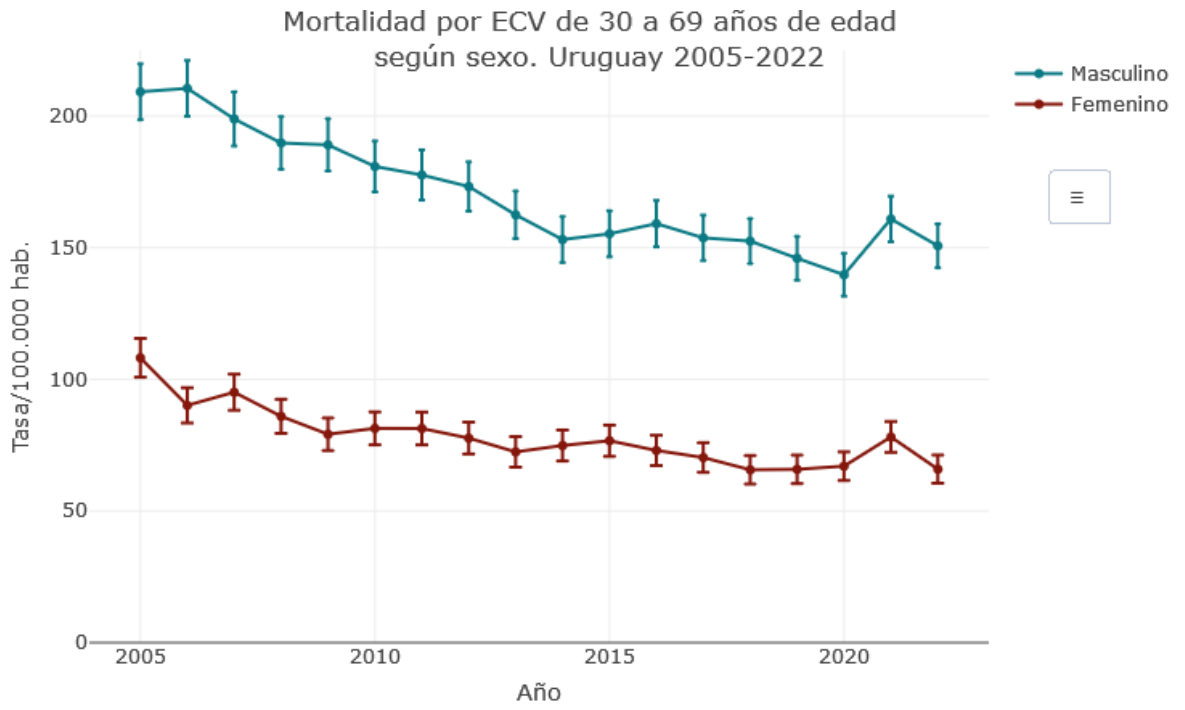

Figura 3.9: Tasa de mortalidad prematura por ECV para ambos sexos. Uruguay 2005-2022. Fuente MSP.

La tasa de mortalidad prematura por enfermedades isquémicas del corazón disminuye en el período analizado hasta el año 2020, observándose un aumento significativo en el año 2021. En el 2022 recupera la tendencia decreciente siendo similar a los años prepandemia. Para las enfermedades cerebrovasculares en el tramo etario de 30 a 69 años, se constata un aumento en los años 2019 y 2020 recuperando la tendencia descendente en los años 2021 y 2022 Figura 3.10.

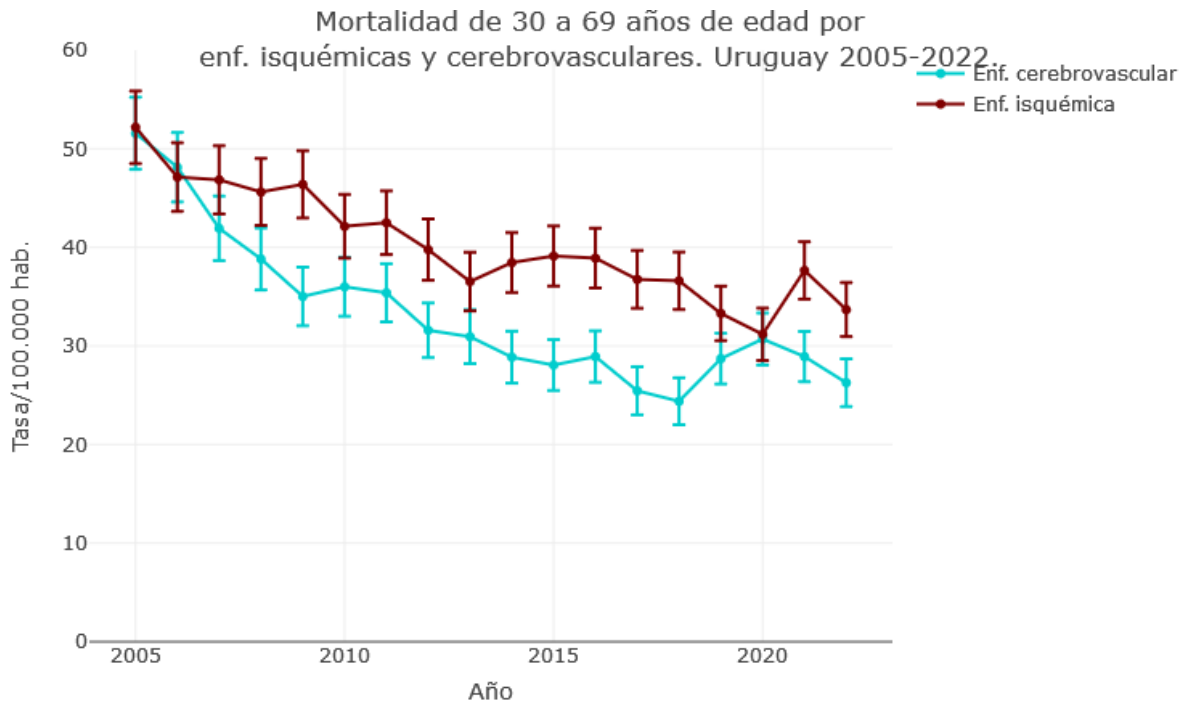

Figura 3.10: Evolución de las enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares en la población de 30 a 69 años de edad. Uruguay 2005-2022. Fuente MSP.

En el año 2022 la mortalidad prematura por enfermedades isquémicas del corazón disminuyó respecto al 2021 estando por debajo a los años prepandemia. La mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares evidenció una tendencia decreciente y se mantuvo en niveles similares a los años pre-pandemia. (Figura 3.11).

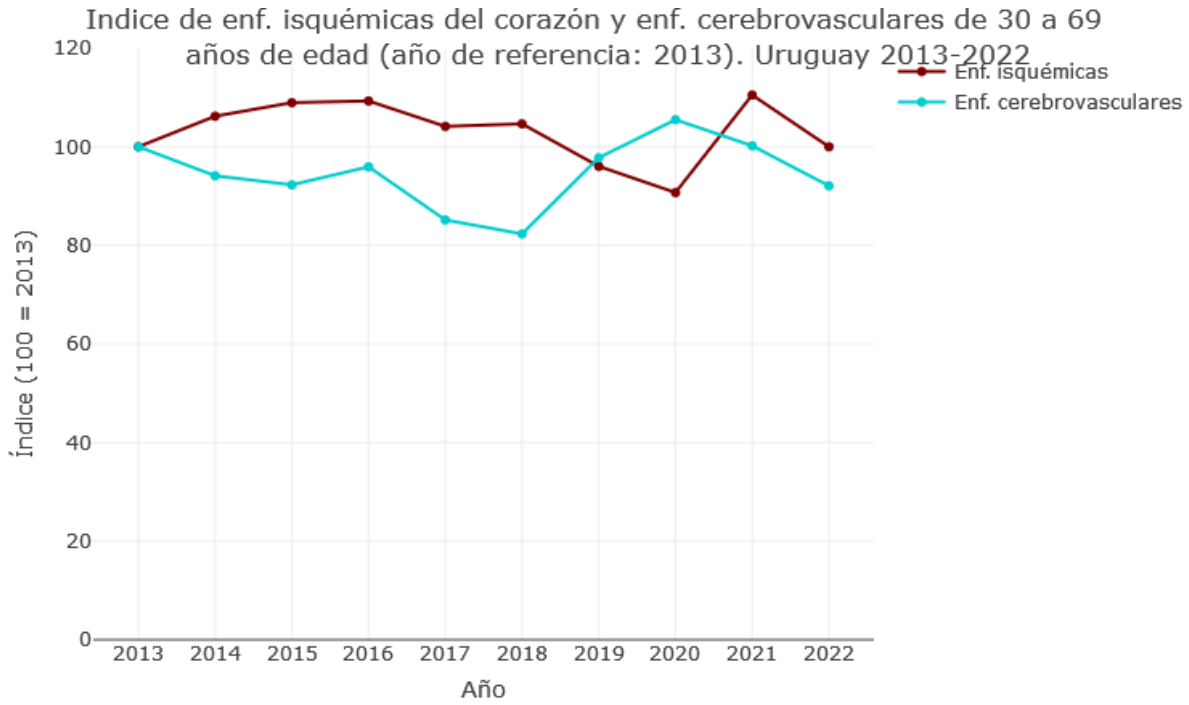

Figura 3.11: Índice de enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares de 30 a 69 años de edad, tomando como referencia la tasa de mortalidad en el año 2013. Fuente MSP.

Sección 4.- Mortalidad evitable.

4.1.- Mortalidad evitable según principales causas.

Durante el año 2022 se registró en el país 15.404 defunciones de personas menores de 75 años. El 61,2% de esos decesos representan, de acuerdo con la literatura ya mencionada, muertes evitables si se mitigan los factores que las provocan.

Al observar la distribución de la mortalidad evitable por principales causas de muerte, se constata que representan casi la totalidad de las defunciones por causas externas[12] (accidentes de tránsito, lesiones autoinfligidas, agresiones), casi el 60% del total de defunciones por cáncer y casi el 70% del total de muertes por enfermedades cardiovasculares (ECV).

Principales causas de Muerte	Muertes evitables (ME)	Muertes totales	Porcentaje ME
Cáncer	2.550	4.330	58,9
Enfermedades Cardiovasculares	1.938	2.864	67,7
Enfermedades del Sistema Respiratorio	965	1.282	75,3
Causas Externas	1.902	1.918	99,2
COVID-19	652	652	100
Demás causas	1.422	2.822	50,4
Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas	0	1.536	0
Total	**9.429**	**15.404**	**61,2**

Tabla 4.1: Cantidad de defunciones y porcentaje de mortalidad evitable según principales causas. Año 2022. Fuente: MSP 2022.

Nota: en las “demás causas” están agrupadas todas las causas de muerte según CIE-10 que no se corresponden con las 5 denominadas principales.

[12] Sólo no se consideran las secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad (categorías Y85–Y89, por ejemplo). Las secuelas incluyen las afecciones notificadas como tales, o que ocurren como “efectos tardíos” un año o más después del acontecimiento inicial.

Del total de muertes consideradas evitables, dos tercios corresponden al componente “muertes prevenibles” (66,3%) y el tercio restante al componente “muertes tratables” (33,7%). Con relación al total de defunciones, las muertes prevenibles representan el 40,6% y las muertes tratables el 20,7%.

En la mirada por causas principales, se destaca que casi la totalidad de las causas externas son muertes evitables dentro del componente “prevenibles”, al igual que casi un tercio de las defunciones por ECV y poco más de un tercio de las enfermedades por cáncer.

Más de un tercio de las muertes por ECV y casi una de cada cuatro de las muertes por cáncer, son consideradas evitables en la categoría “tratables”.

Principales causas de Muerte	**Muertes prevenibles (MP)**	**Muertes Tratables (MT)**	**Muertes evitables (ME)**
Cáncer	1.550	1.001	2.550
Enfermedades Cardiovasculares	931	1.007	1.938
Enfermedades del Sistema Respiratorio	626	339	965
Causas Externas	1.848	54	1.902
COVID-19	652	0	652
Otras causas	641	782	1.422
Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas	0	0	0
Total	**6.247**	**3.182**	**9.429**

Tabla 4.2. Cantidad de defunciones por muertes evitables -prevenibles y tratables- según principales causas. Año 2022. Fuente: MSP 2022.

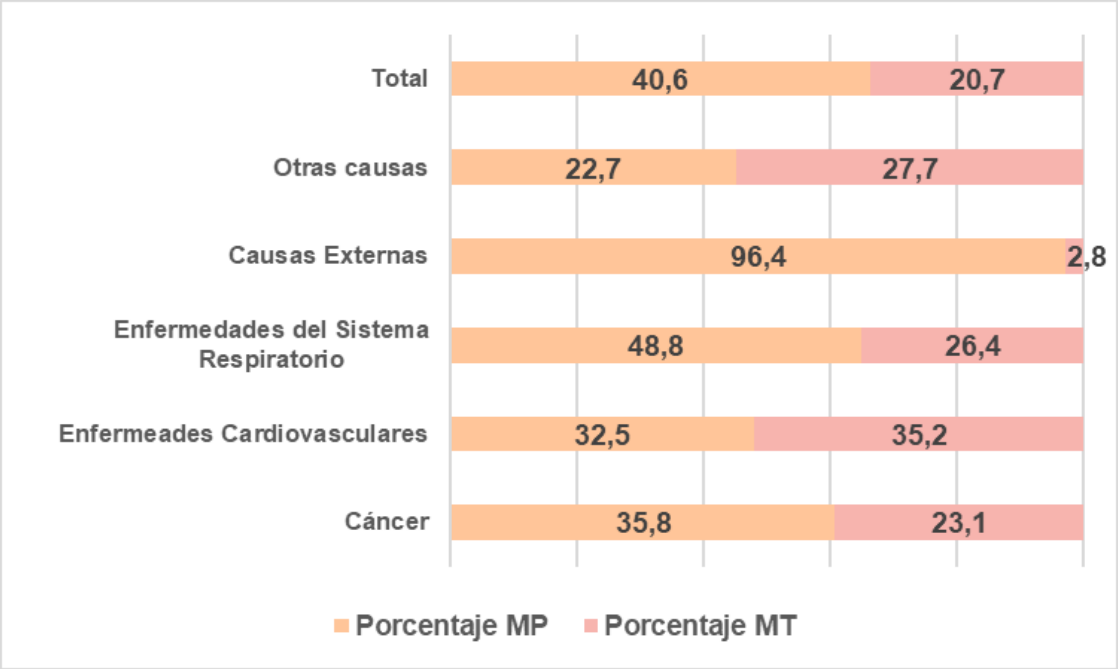

Figura 4.1:. Distribución porcentual de muertes evitables según componentes (prevenibles y tratables). Año 2022. Fuente: MSP 2022

4.2.- Mortalidad evitable según grupos de edad.

Si bien, dada la estructura etaria de la mortalidad, las personas jóvenes tienen un peso relativo "bajo" en el total de defunciones por año (menos del 10%), se advierte el alto peso que tienen las muertes evitables en estos tramos etarios. Entre las personas fallecidas en edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, las muertes evitables representan casi el 80% del total. Y entre los fallecimientos de menores de 15 años, más de la mitad son consideradas muertes evitables.

Grupos etarios	ME	Muertes totales
Menor 15 años	181	345
15 a 34 años	900	1.138
35 a 54 años	1.754	2.679
55 a 74 años	6.594	11.242

Total	**9.429**	**15.404**

Tabla 4.3: Cantidad de defunciones por muertes evitables según grupos de edad. Año 2022. Fuente: MSP 2022

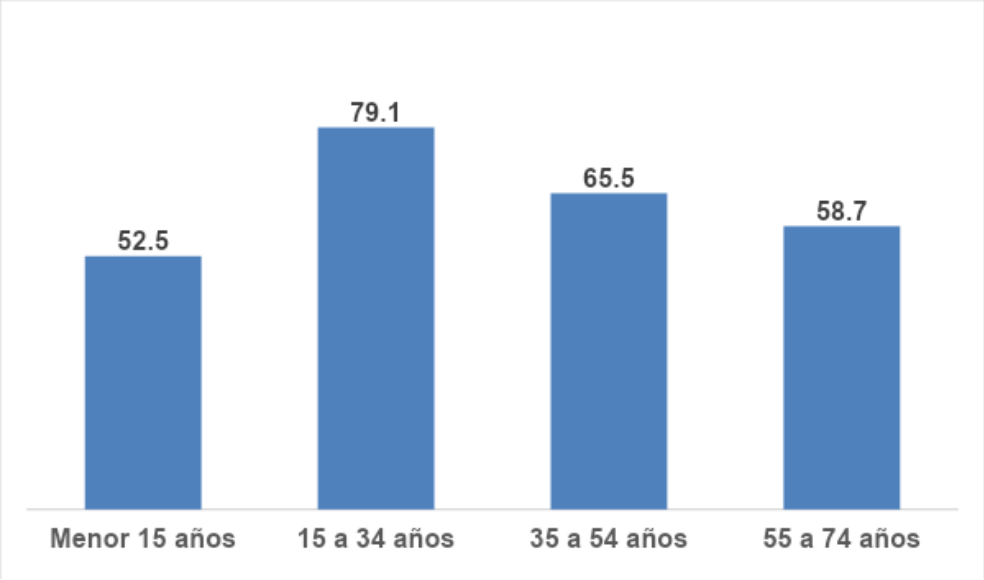

Figura 4.2:. Porcentaje de muertes evitables sobre el total de defunciones según grupos etarios. Año 2022. Fuente: MSP 2022

En el grupo de personas fallecidas con menos de 15 años, casi tres cuartas partes de las muertes consideradas evitables corresponden al componente "mortalidad tratable"[13]. En el siguiente grupo etario (15 a 34 años) la relación se invierte drásticamente: casi el 90% se corresponden a defunciones prevenibles. También es ampliamente mayoritaria la muerte prevenible (entre el total de muertes evitables) en los demás grupos etarios.

Grupos etarios	MP	MT	Total
Menor 15 años	51	131	181
15 a 34 años	807	93	900
35 a 54 años	1.244	511	1.754

[13] La mayoría de las muertes en este caso (MT) tienen como causa enfermedades del sistema respiratorio y ciertas afecciones perinatales.

55 a 74 años	4.146	2.448	6.594
Total	**6.247**	**3.182**	**9.429**

Tabla 4.4: Cantidad de defunciones de muertes evitables por componentes según grupos de edad. Año 2022. Fuente: MSP 2022

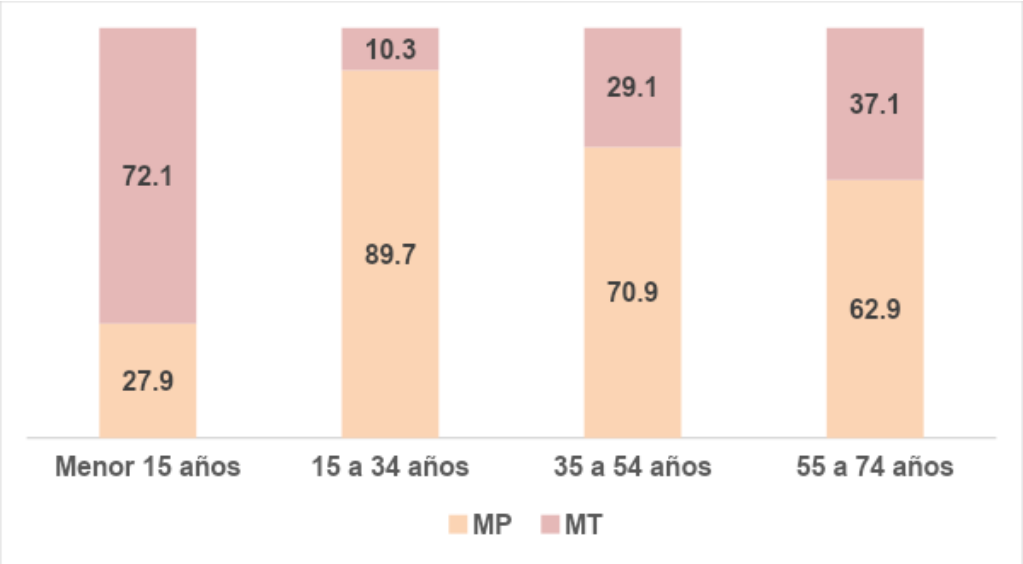

Figura 4.3:. Distribución porcentual de muertes evitables por componentes según grupos etarios. Año 2022. Fuente: MSP 2022

Tal como se ha venido observando, entre las defunciones por causas externas se registra la mayor proporción de muertes evitables, esto se puede constatar en todos los grupos etarios. Las diferencias entre los grupos etarios en el peso que tienen las muertes evitables se pueden observar en las defunciones por cáncer y por ECV. En ambas causas, la ME representa una proporción mucho mayor para los fallecidos mayores de 35 años.

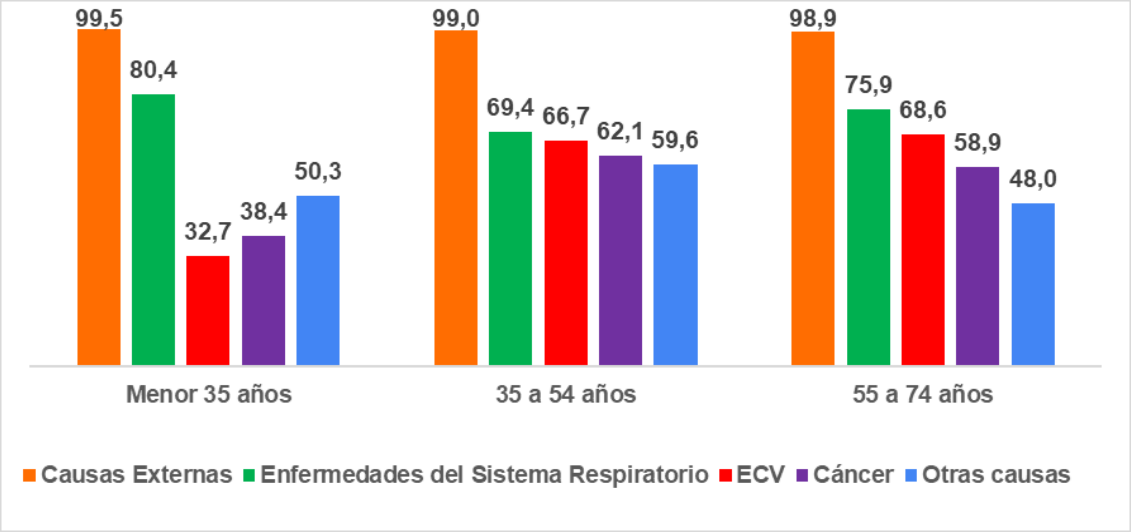

Figura 4.4. Porcentaje de muertes evitables por causas principales según grupos etarios. Año 2022. Fuente: MSP 2022.

4.3.- Mortalidad evitable según sexo.

Si bien el patrón de la mortalidad evitable por causas es similar entre hombres y mujeres, éstas últimas registran una proporción mayor de muertes evitables entre las defunciones por cáncer y por ECV.

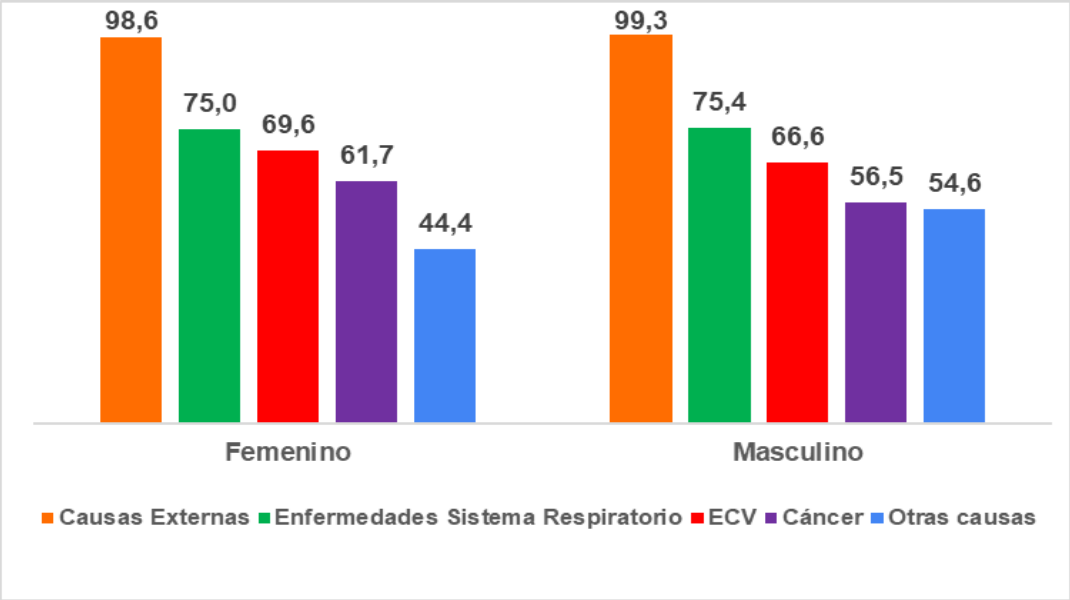

Figura 4.5: Porcentaje de muertes evitables por causas principales según sexo. Año 2022. Fuente: MSP 2022.

Las diferencias entre hombres y mujeres se constatan principalmente entre las personas fallecidas con edades menores a 35 años, Entre los varones jóvenes, la

proporción de muertes consideradas evitables es claramente mayor a la registrada para las mujeres en igual tramo etario (hay una diferencia de casi 10 puntos porcentuales entre los menores de 15 años y de casi 14 puntos porcentuales entre las personas de 15 a 34 años). A partir de los 35 años, la situación se vuelve más pareja entre ambos sexos.

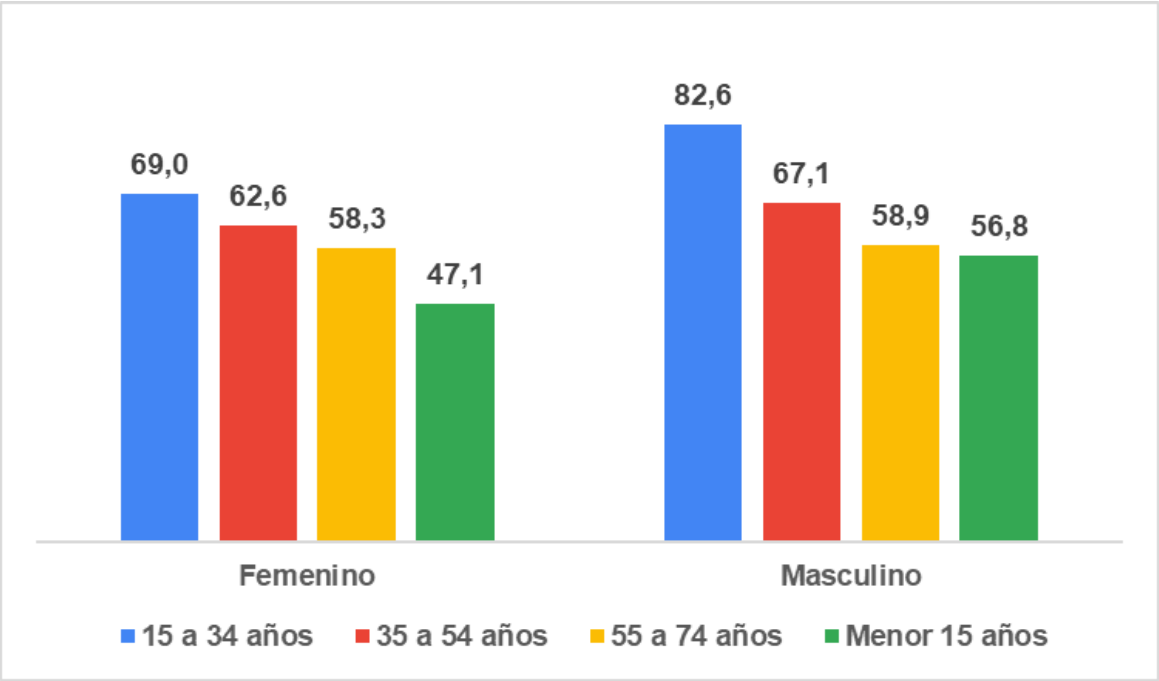

Figura 4.6: Porcentaje de muertes evitables por grupos de edad según sexo. Año 2022. Fuente: MSP 2022

En cuanto a cómo se distribuye por componentes la mortalidad evitable según sexo, se observan claras diferencias: el peso del componente “muertes prevenibles” es claramente mayor entre los hombres.

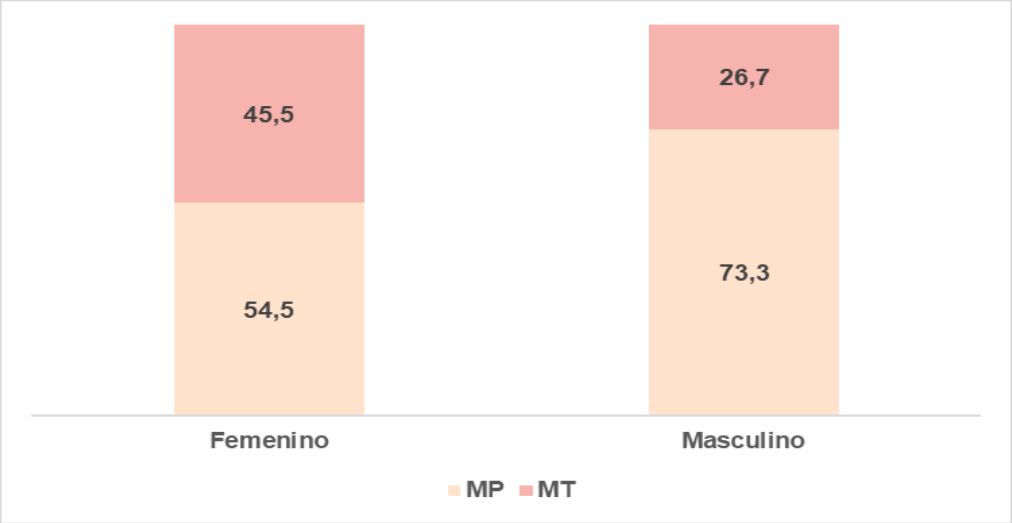

Figura 4.7: . Distribución porcentual de muertes evitables según componentes por sexo. Año 2022. Fuente: MSP 2022.

Mortalidad evitable por sexo según componentes:

Si se observa cómo se distribuyen porcentualmente en hombres y mujeres las defunciones consideradas evitables según componentes, se constatan algunas diferencias a destacar en las defunciones por cáncer y causas externas.

En el primer caso (muertes por cáncer), aproximadamente cuatro de cada diez defunciones consideradas evitables se clasifican como “prevenibles” entre las mujeres, en tanto, entre los varones representan casi 8 de cada diez. En cuanto a las causas externas, si bien es ampliamente mayoritario el componente “mortalidad prevenible” entre las defunciones evitables, esto es prácticamente el 100% de los casos entre los varones.

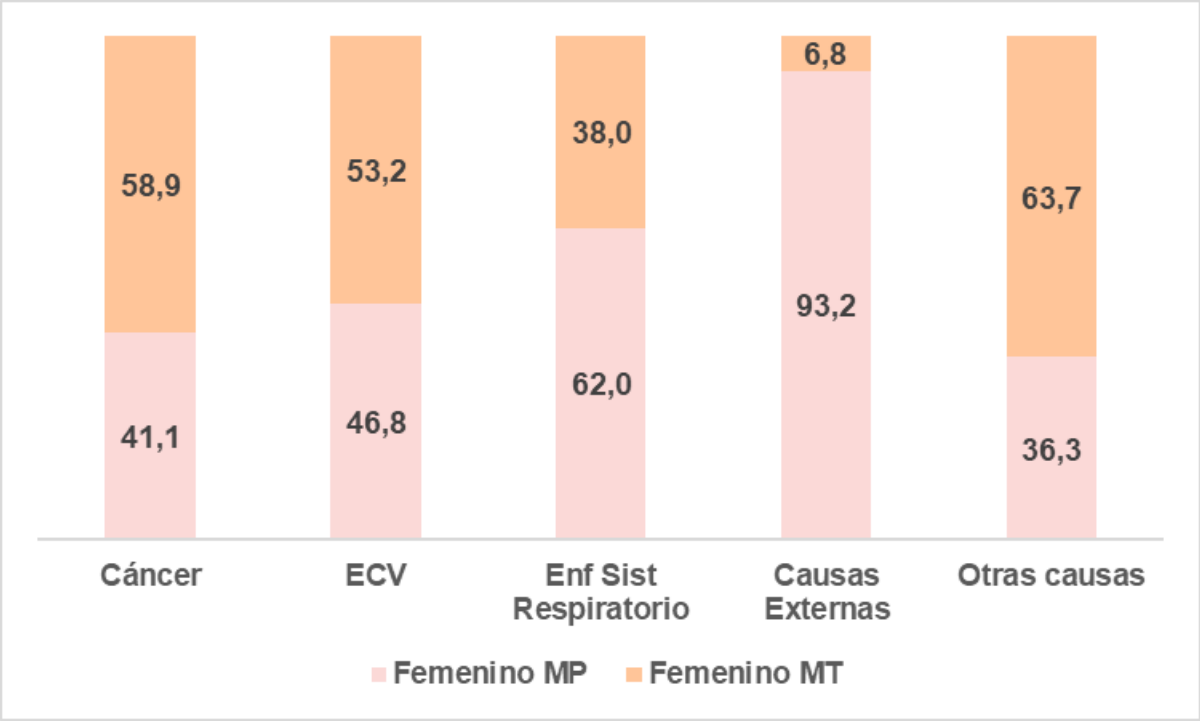

Figura 4.8: Distribución porcentual de muertes evitables según componentes. Mujeres. Año 2022. Fuente: MSP 2022

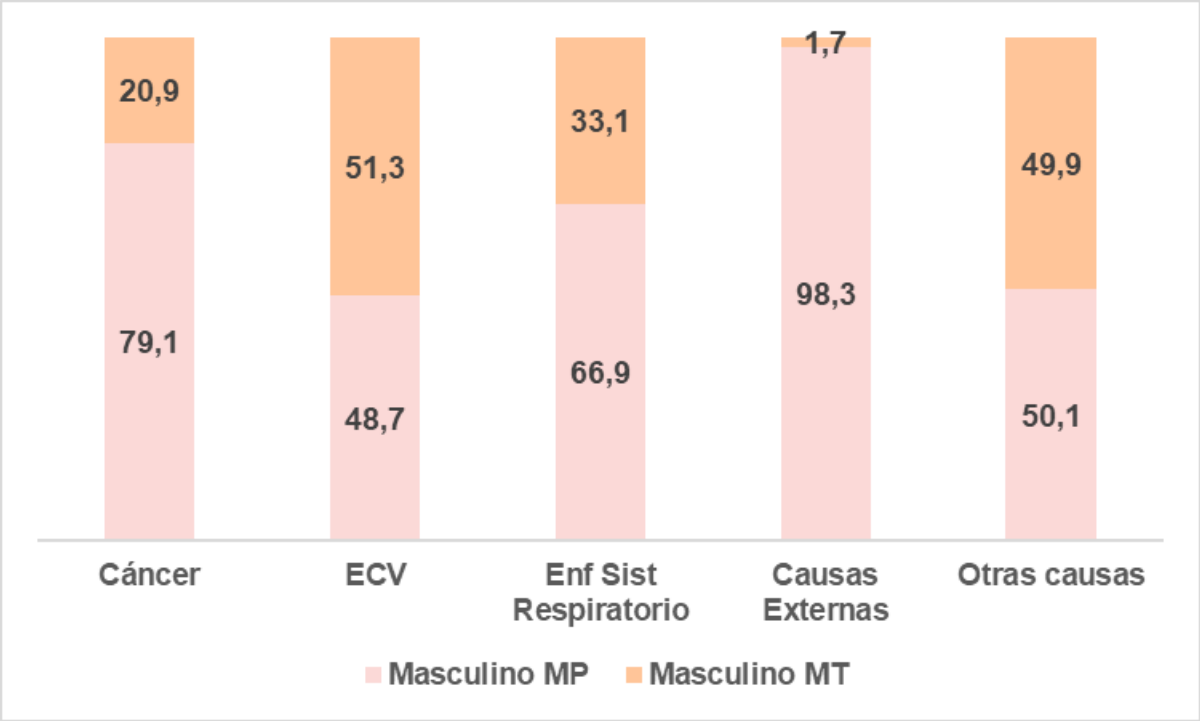

Figura 4.9: Distribución porcentual de muertes evitables según componentes. Hombres. Año 2022. Fuente: MSP 2022

Tasas de mortalidad evitable y por componentes:

Otro modo de dimensionar las muertes consideradas potencialmente evitables es calcular tasas de mortalidad. A estas tasas se las puede descomponer entre muertes prevenibles y tratables. Y también contrastarlas con las tasas de mortalidad general.

Tasa de mortalidad evitable por grupos quinquenales de edad:

Tal como podría esperarse, las TME por edad siguen un patrón similar a la TMG, es decir, aumenta de manera sistemática con la edad (luego de registrar una caída en la infancia temprana, debido a que la mortalidad infantil en el primer año es siempre más alta que los años subsiguientes). Este comportamiento de la mortalidad, que se incrementa a medida que aumenta la edad, se explica fundamentalmente por el hecho de que, a mayor edad, mayor probabilidad de morir. Los procesos de envejecimiento poblacional generan el paulatino aumento de la población de mayor edad y, por consiguiente, un aumento de la mortalidad global.

Ambos sexos	Población proyectada INE (0 a 74 años)	Defunciones consideradas evitables (0 a 74 años)	Tasa ME cada 100 mil hab.	Tasa Mortalidad global cada 100 mil hab.
Total	**3.311.704**	**9.429**	**284,7**	**465,1**
0-4	224.957	142	63,1	111,6
5-9	228.902	15	6,6	19,2
10-14	234.105	24	10,3	21,4
15-19	245.976	137	55,7	73,6
20-24	262.089	232	88,5	110,6
25-29	268.699	279	103,8	124,7
30-34	251.895	252	100	131,8
35-39	239.427	293	122,4	163,7
40-44	238.973	365	152,7	217,6
45-49	231.407	470	203,1	319,8
50-54	208.689	626	300	492,1
55-59	197.963	954	481,9	784,5
60-64	188.381	1419	753,3	1261,8

65-69	161.946	1913	1181,3	2030,9
70-74	128.296	2308	1799	3135,7

Tabla 4.5: Tasa de mortalidad evitable (TME) y Tasa de mortalidad global (TMG) por grupos quinquenales de edad. Año 2022. Fuente: MSP 2022, Proyecciones de población INE, rev. 2013

En el siguiente gráfico se muestra el porcentaje que representa la TME sobre la TMG por grupos quinquenales de edad. Son las edades "centrales", es decir, entre los 15 y los 44 años las que en mayor proporción registran defunciones consideradas evitables (éstas superan el 70% del total de las muertes).
En cambio, la población de 5 a 14 años es la que menor proporción de muertes consideradas evitables registra. Nótese que en la población que va de los 50 a los 74 años, las muertes evitables alcanzan en torno al 60% del total de defunciones.

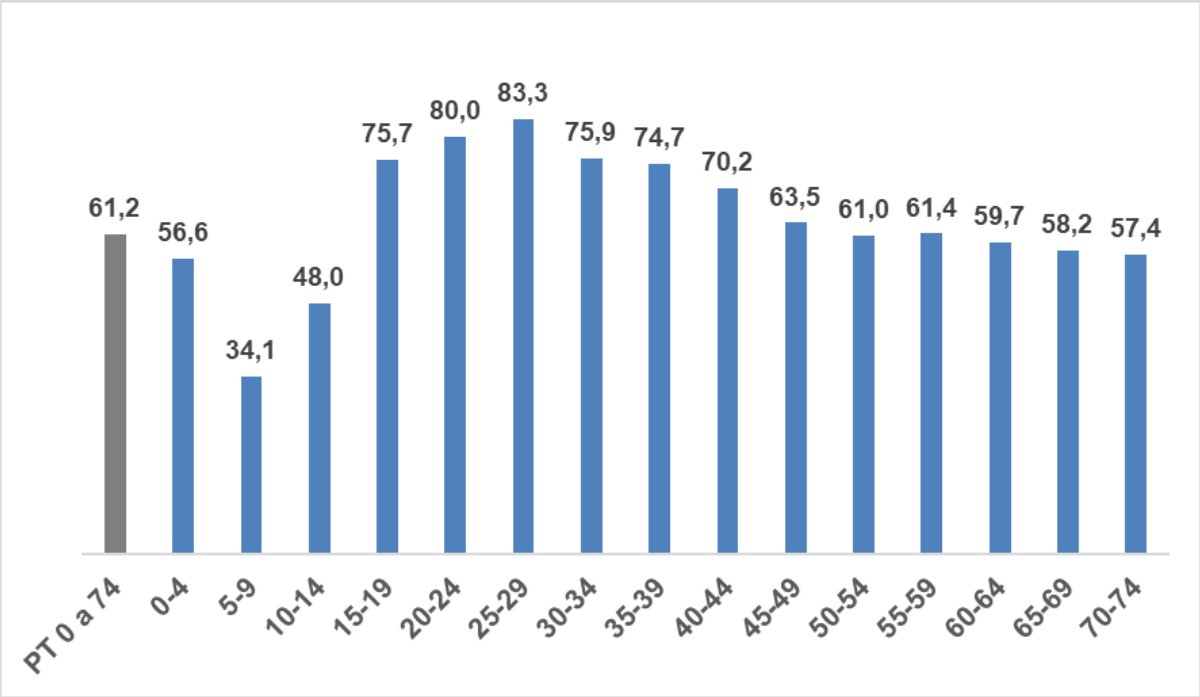

Figura 4.10: Porcentaje que representa la TME (tasa mortalidad evitable) sobre la TMG (tasa mortalidad global) por grupos quinquenales de edad. Fuente: MSP 2022, Proyecciones de población INE, rev. 2013

A continuación, se muestran las tasas de mortalidad evitable, prevenible y tratable, es decir, por componentes de la mortalidad evitable. Como puede apreciarse, en la población de 55 a 74 años se estarían registrando, aproximadamente 613 defunciones evitables cada cien mil habitantes a partir de acciones prevenibles y unas 362 a partir de mejorar las acciones una vez se manifiesta la enfermedad. Asimismo, aproximadamente 135 muertes cada cien mil habitantes entre los 35 a 54 años podrían ser consideradas potencialmente evitables por ser prevenibles y 56 evitables por ser tratables.

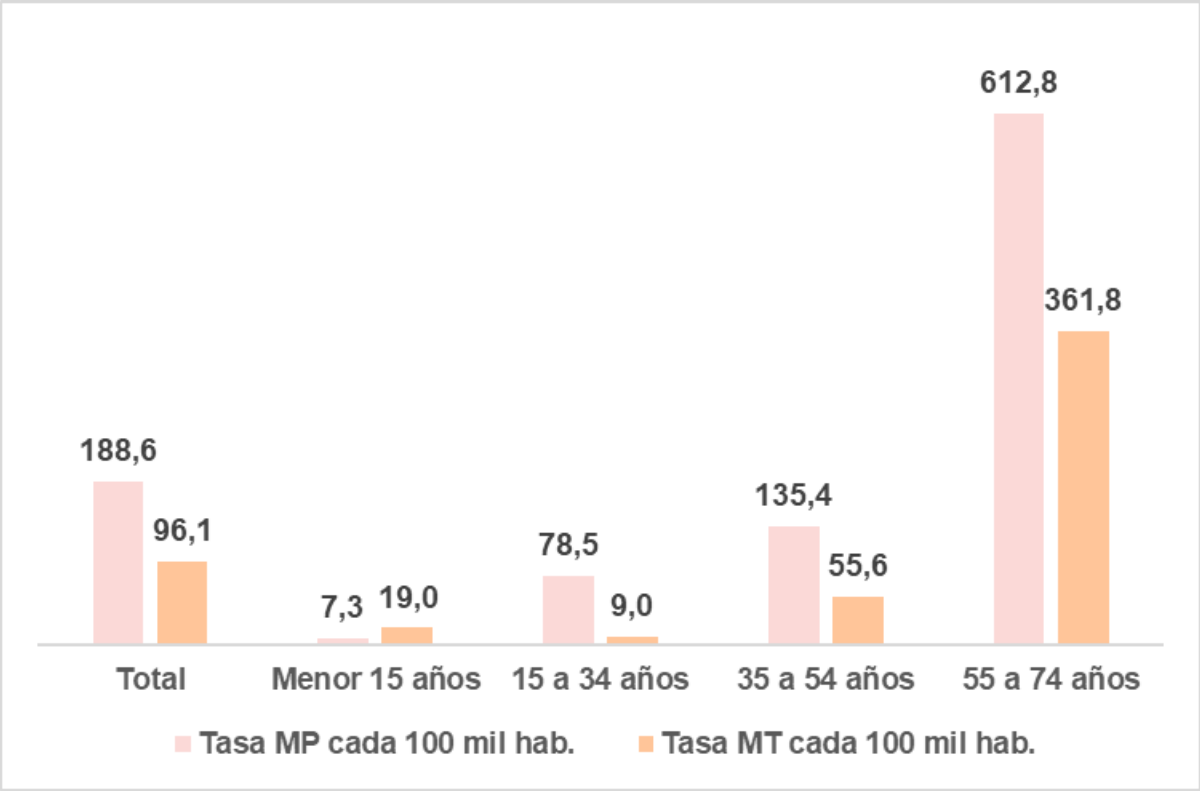

Figura 4.11:. TME por componentes según grupo de edades. Año 2022 Fuente: MSP 2022, Proyecciones de población INE, rev. 2013.

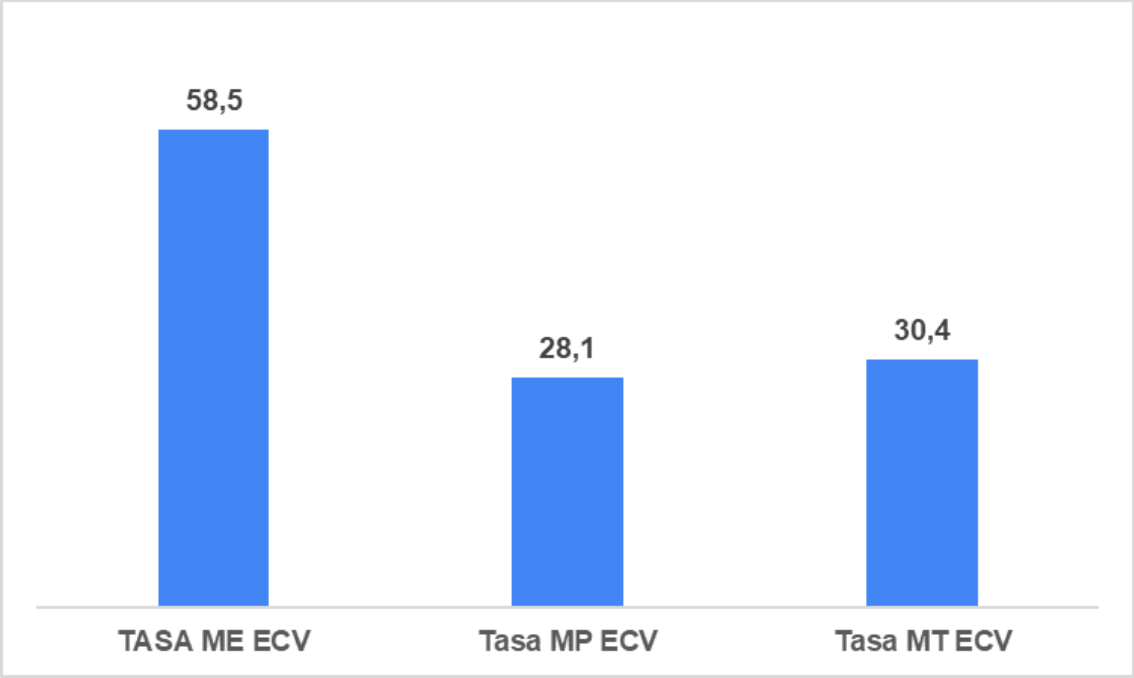

Figura 4.12:. TME por componentes según grupo de edades por ECV. Año 2022. MSP 2022, Proyecciones de población INE, rev. 2013

Sección 5.- Una aproximación a los patrones de desigualdad en la mortalidad: un análisis socio territorial en Montevideo.

La figura 5.1 muestra la incidencia de la pobreza identificando tres regiones en el departamento de Montevideo: una que agrupa a los barrios con mayores niveles de incidencia de la pobreza (tercil 3), en el otro extremo una región conformada por los barrios con menor incidencia de la pobreza (tercil 1), y una zona intermedia (tercil 2).

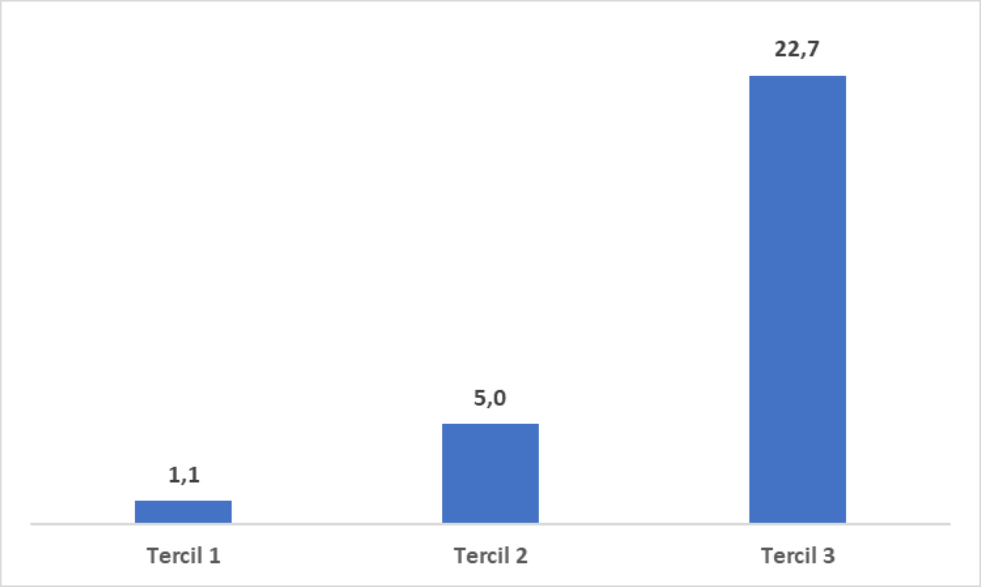

Figura 5.1: TME por componentes según grupo de edades por ECV. Año 2022 Incidencia promedio de la pobreza (en porcentaje) para grupos de barrios por terciles. Montevideo, año 2022. Fuente: elaboración propia en base a la ECH, INE 2022.

A continuación, se muestra el mapa de Montevideo con el contorno de los 62 barrios de Montevideo de acuerdo al INE y la regionalización en terciles según incidencia de la pobreza. Tal como puede apreciarse, el tercil 1 conforma una región que agrupa principalmente a los barrios de la costa capitalina y la zona céntrica hasta el barrio Prado. El tercil 3, concentra a los barrios de la periferia montevideana del oeste, norte y noreste. El tercil 2 es una zona intermedia que agrupa a los barrios restantes.

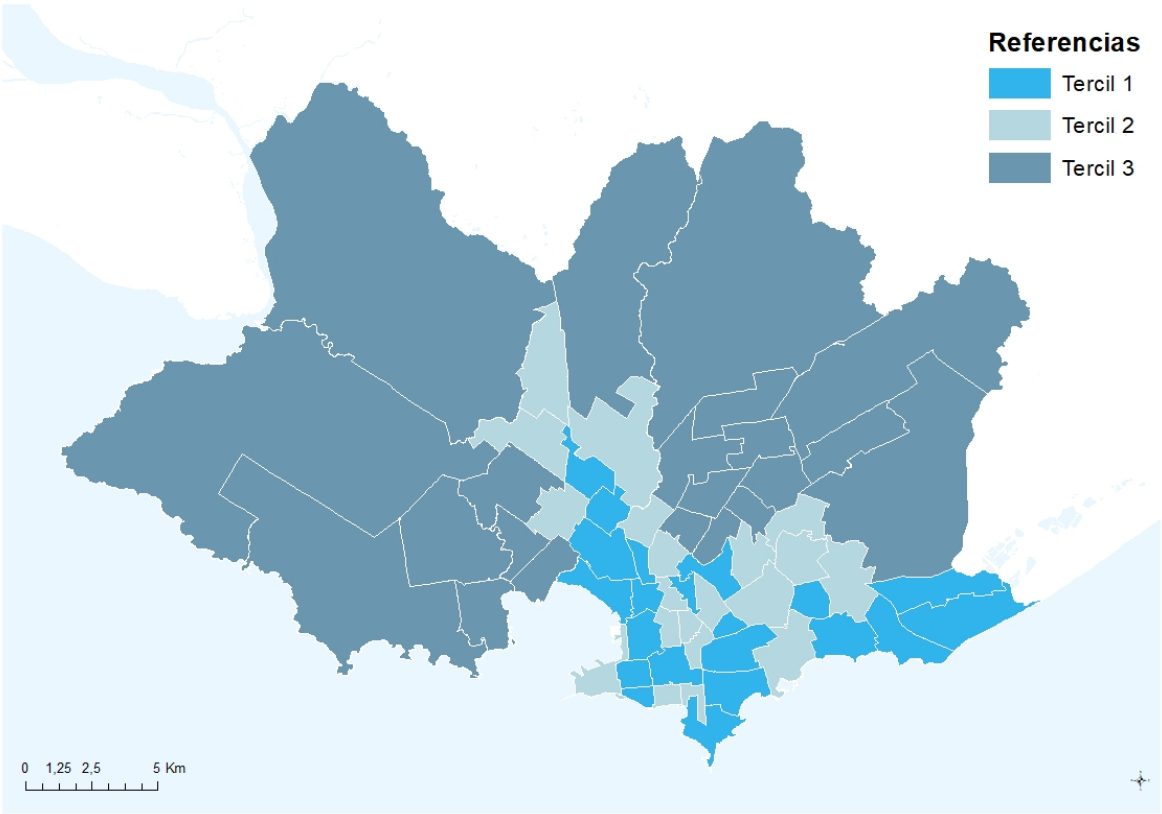

Figura 5.2: Regionalización de Montevideo en terciles de barrios según nivel de incidencia de la pobreza. Fuente: elaboración propia en base a datos de la ECH del INE

Un primer aspecto para subrayar en una aproximación al análisis de las desigualdades en los patrones de mortalidad es la diferencia en la composición etaria y por sexo de la población dividida en regiones. A continuación, se presentan las pirámides de población para la región de menor vulnerabilidad (tercil 1, gráfica de la derecha) y de mayor vulnerabilidad (tercil 3, gráfico de la izquierda) respectivamente. Se puede apreciar que la población del tercil 3 es más joven y menos feminizada.

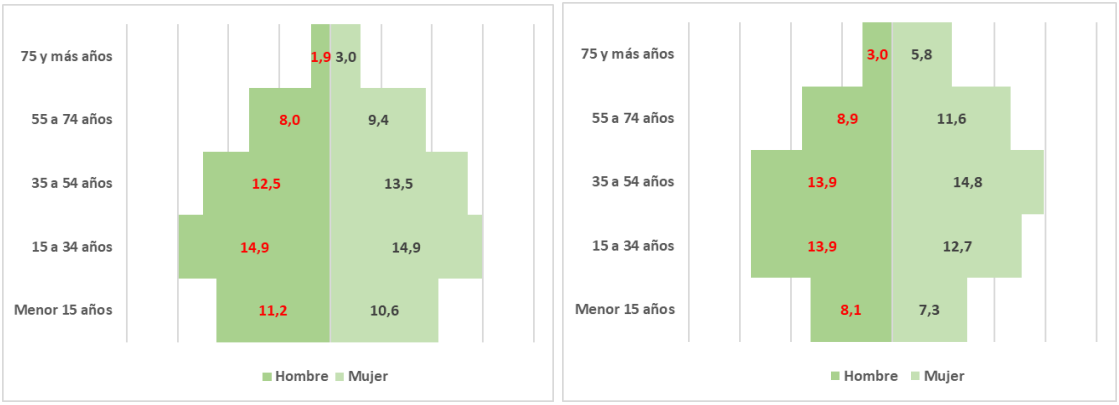

Figura 5.3: Pirámides de población de las regiones de mayor (tercil 3, gráfico izquierda) y menor vulnerabilidad social (tercil 1, gráfico derecha).

Nota: la unidad de medida para los valores que se presentan es el porcentaje y se calculan con relación al total de la población en esa región. Asimismo, se advierte que los rangos etarios son variables en relación a la cantidad de años que agrupa.

Los siguientes gráficos (pirámides de población) se construyen a partir de las defunciones de personas residentes en los barrios agrupados por terciles. La región con mayores niveles de incidencia de la pobreza (tercil 3), tiene una composición etaria con mayor presencia de personas menores de 54 años y una feminización menos marcada en comparación con las demás agrupaciones territoriales. A modo de ejemplo, mientras las defunciones de mujeres con 75 y más años superan el 40% del total de defunciones entre las personas residentes en los barrios con menor incidencia de la pobreza (tercil 1), en el otro extremo (tercil 3), representan el 31,5%. En las figuras siguientes se puede observar que la masculinización de la mortalidad está más marcada entre las personas que residen en las regiones de mayor vulnerabilidad social. La excepción es el grupo de personas que fallecieron con 75 o más años. En este último caso, están sobrerrepresentadas las mujeres y esto es más notorio entre las personas que al momento de su fallecimiento residían en zonas con menor incidencia de la pobreza.

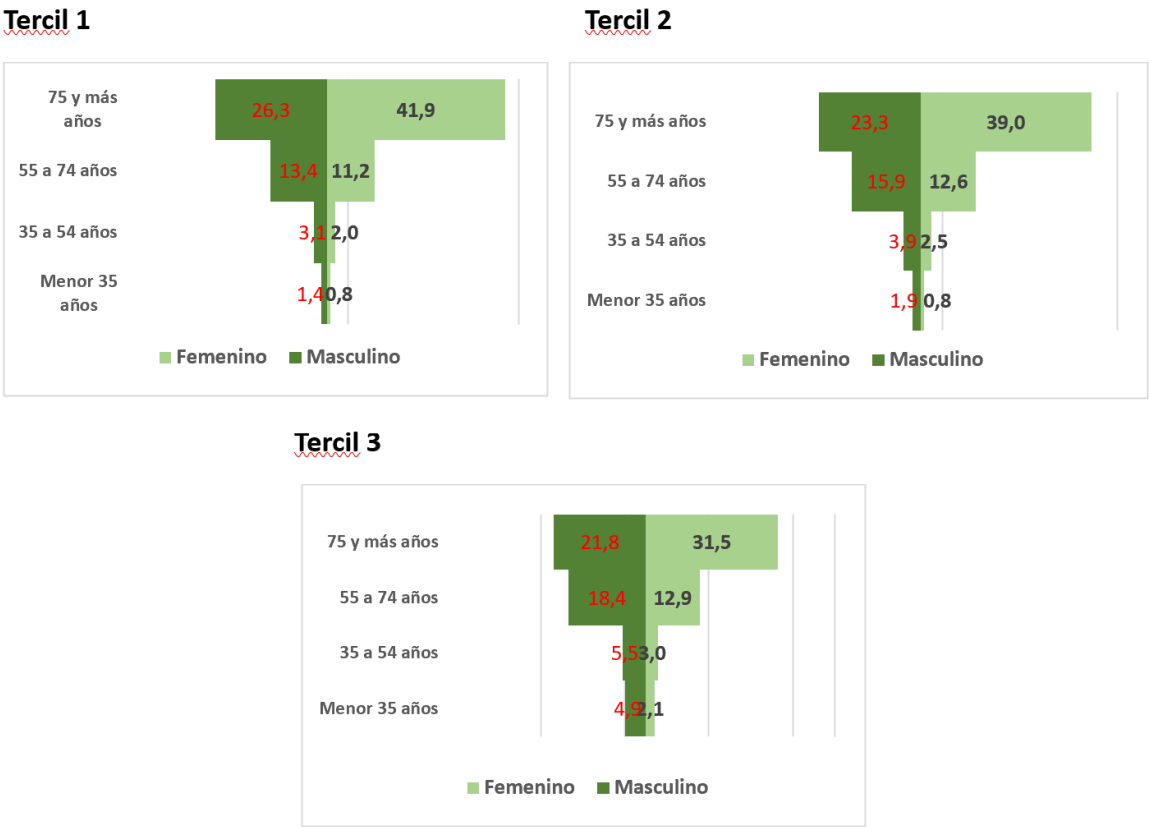

Figura 5.4: Pirámides de población de las defunciones por sexo y edad según terciles socio territoriales

Las figuras 5.5 y 5.6 muestran lo anteriormente planteado respecto a las diferencias entre varones y mujeres.

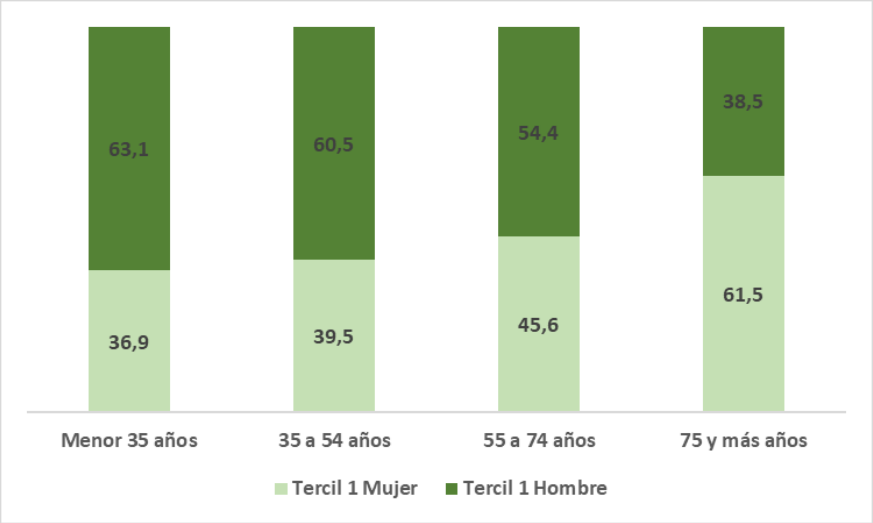

Figura 5.5:. Distribución porcentual de la mortalidad por sexo según grupo de edades. Montevideo, tercil 1. 2022.

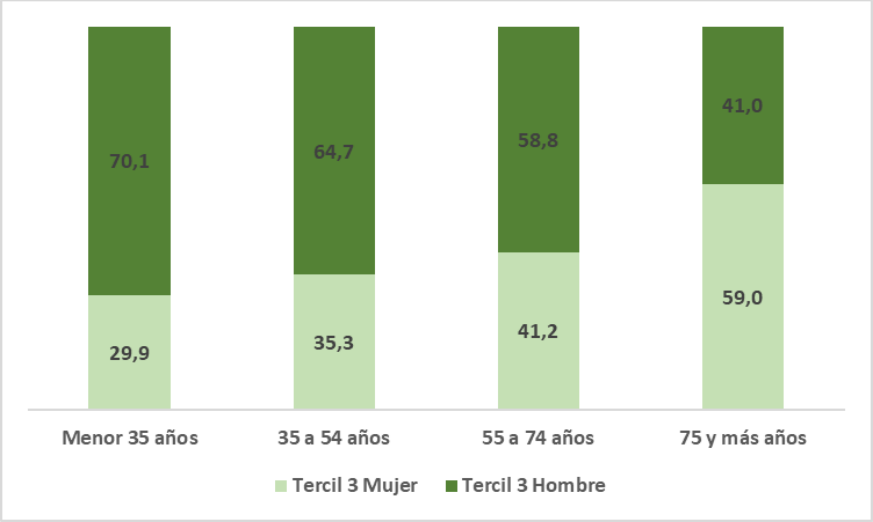

Figura 5.6:. Distribución porcentual de la mortalidad por sexo según grupo de edades. Montevideo, tercil 3. 2022

A modo de dimensionar las desigualdades socio territoriales en relación con la mortalidad, a continuación, se muestran estimaciones de tasas específicas de mortalidad por grupo de edades según región de residencia de las personas fallecidas.

La tasa de mortalidad para los menores de 15 años en la región de mayor vulnerabilidad social (tercil 3) es aproximadamente 8 veces mayor que la registrada

en la región de menor vulnerabilidad social. La tasa de mortalidad del tramo 15 a 34 años es 2,6 veces mayor en el tercil 3 respecto al tercil 1 y la tasa de mortalidad del tramo 35 a 54 años correspondiente al tercil 3 duplica a la tasa registrada en la región de menor vulnerabilidad (tercil 1).

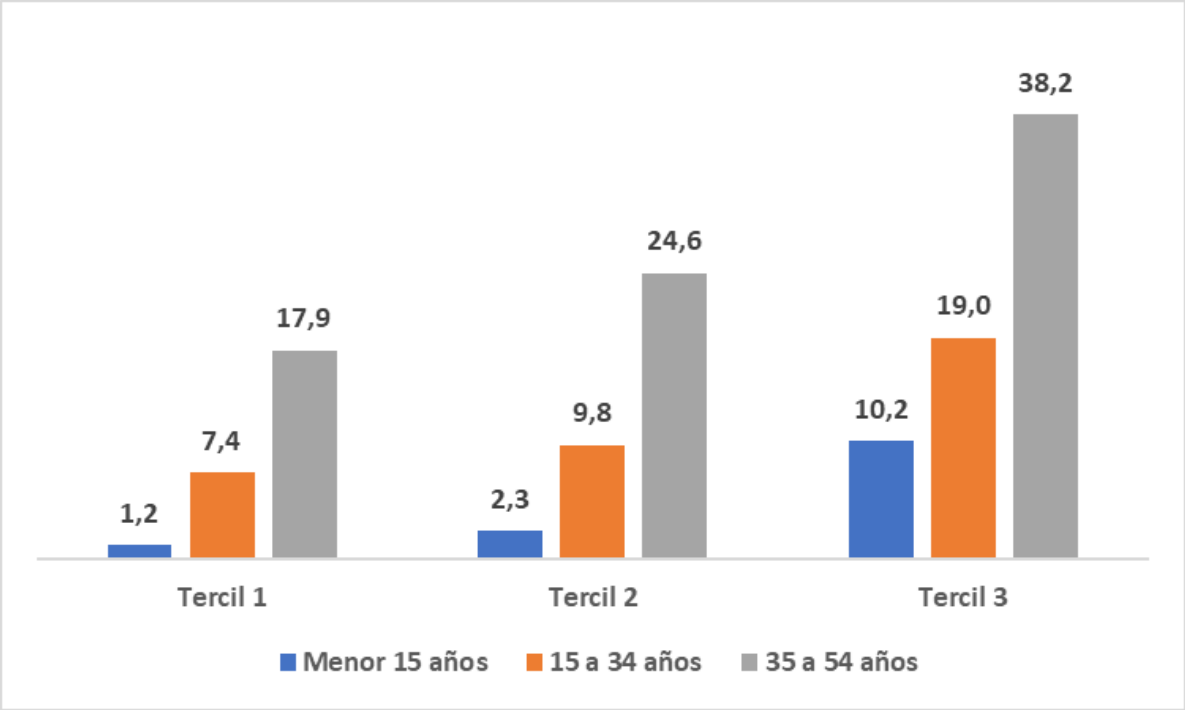

Figura 5.7:. Tasas específicas de mortalidad por edad (cada 10 mil habitantes) según terciles de regiones de acuerdo a incidencia de la pobreza (menores de 15 años, 15 a 34 años y 35 a 54 años). Montevideo, año 2022.

En los tramos de mayor edad (55 a 74 años y 75 y más años) las tasas registradas mantienen la tendencia ya observada: a peor contexto de vulnerabilidad social, mayores tasas de mortalidad cada 10 mil habitantes.

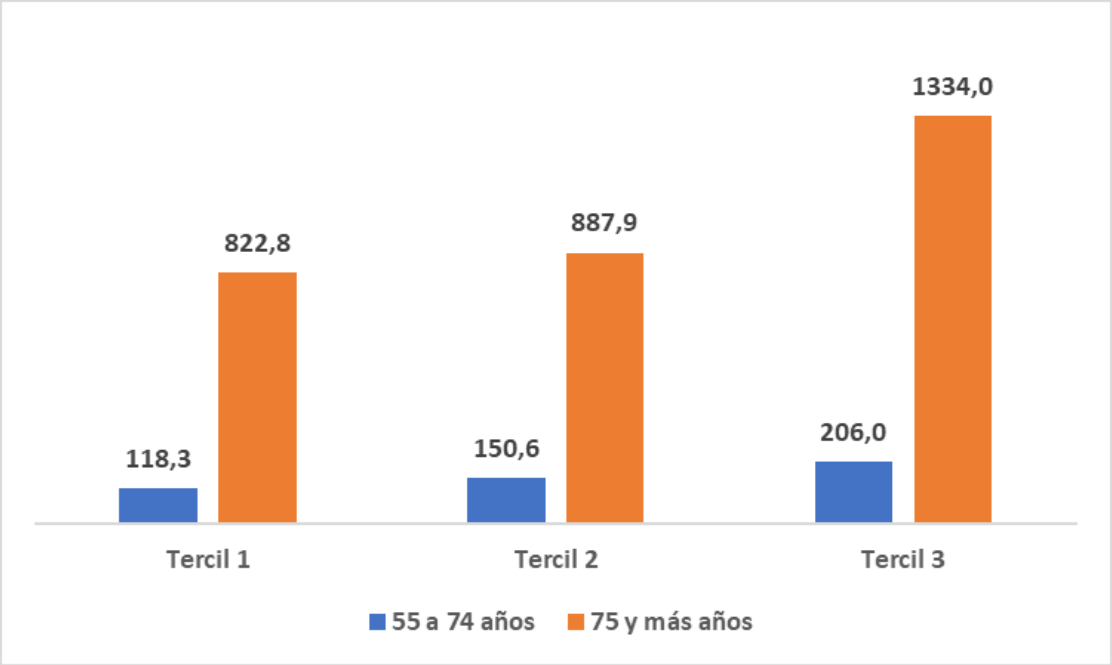

Figura 5.8: Tasas específicas de mortalidad por edad (cada 10 mil habitantes) según terciles de regiones de acuerdo a incidencia de la pobreza (55 a 74 años y 75 y más años). Montevideo, año 2022

A continuación, se muestra la distribución porcentual de la mortalidad por principales causas tomando en cuenta, en primer lugar, todas las defunciones y posteriormente a dos grupos según la edad: personas menores de 55 años y personas con 55 y más años.

La distribución de la mortalidad por causas según terciles de incidencia de la pobreza sin controlar por edad ni sexo, no arroja diferencias de entidad entre los grupos. Tal como puede apreciarse en los gráficos anteriores, las características demográficas de las personas fallecidas presentan diferencias entre los grupos considerados. Es decir, en la región de mayor vulnerabilidad la población fallecida es, en términos generales, algo más joven y más masculinizada.

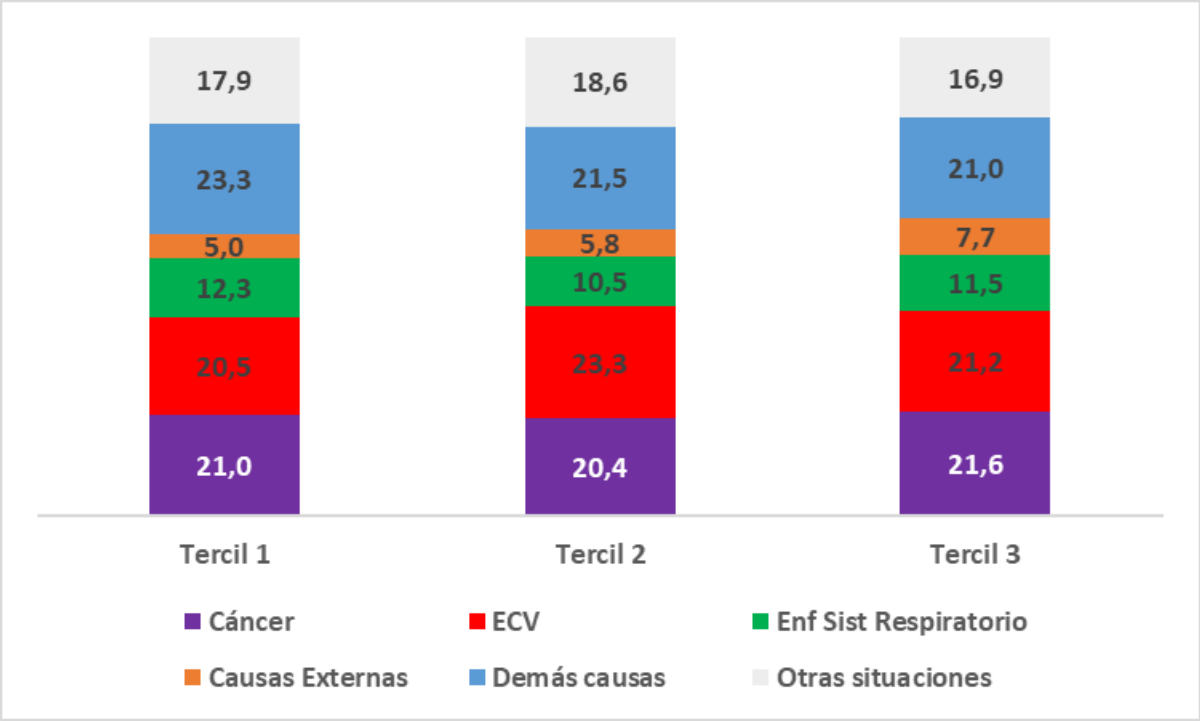

Figura 5.9: Distribución porcentual de la mortalidad por principales causas según terciles de barrios por incidencia de la pobreza. Ambos sexos, Montevideo 2022.

Nota: en la categoría "Otras situaciones" se incluyen los códigos CIE10 para situaciones especiales y los códigos sobre síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

Si se toma en cuenta todas las defunciones de las personas menores de 55 años ocurridas en Montevideo en el año 2022 por principales causas de muerte según la región en la que residían, se pueden destacar algunos aspectos. En la región que registra la menor incidencia de la pobreza (tercil 1), la mortalidad por cáncer tiene un peso relativo mayor y la mortalidad por causas externas un peso relativo menor. Visto para ambos sexos, la mortalidad por ECV no parece tener un patrón claro por zonas socio territoriales.

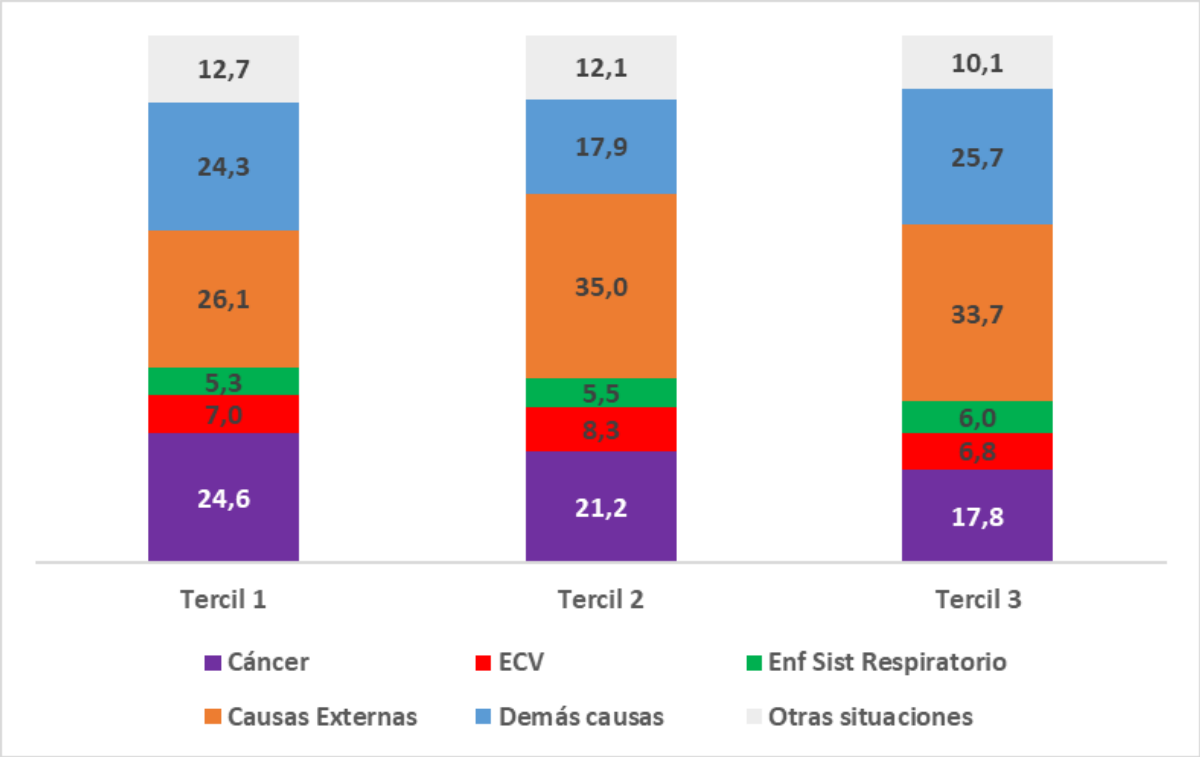

Figura 5.10: Distribución porcentual de la mortalidad por principales causas entre las personas menores de 55 años según terciles de barrios por incidencia de la pobreza. Ambos sexos, Montevideo 2022.

Nota: en la categoría "Otras situaciones" se incluyen los códigos CIE10 para situaciones especiales y los códigos sobre síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

Ahora bien, al introducir la variable "sexo" de la persona, se constatan diferencias a considerar entre las regiones de residencia de las personas agrupadas según el nivel de incidencia de la pobreza. Las defunciones por cáncer entre las mujeres son menores (en términos relativos) entre las que residían en la región con menor incidencia de la pobreza. En tanto, el peso relativo de las muertes por ECV y causas externas es similar entre ambos grupos.

Sin embargo, entre los hombres, hay un aumento contundente del peso que tienen las defunciones por causas externas al comparar la situación de la región con mayor incidencia de la pobreza respecto a la región con menor incidencia de la pobreza. A su vez, la relación de frecuencia relativa de defunciones por esta causa entre varones y mujeres pasa de 2 a 1 en la región de baja incidencia de la pobreza

(16,4% y 32,2% respectivamente), a 3 a 1 en la región de alta incidencia de la pobreza (14,8% y 43% respectivamente). En tanto, las defunciones por ECV mantienen un patrón similar entre ambos grupos: mayor peso relativo entre los hombres con umbrales muy parecidos (en el entorno de 5% para mujeres y del 8% para los hombres).

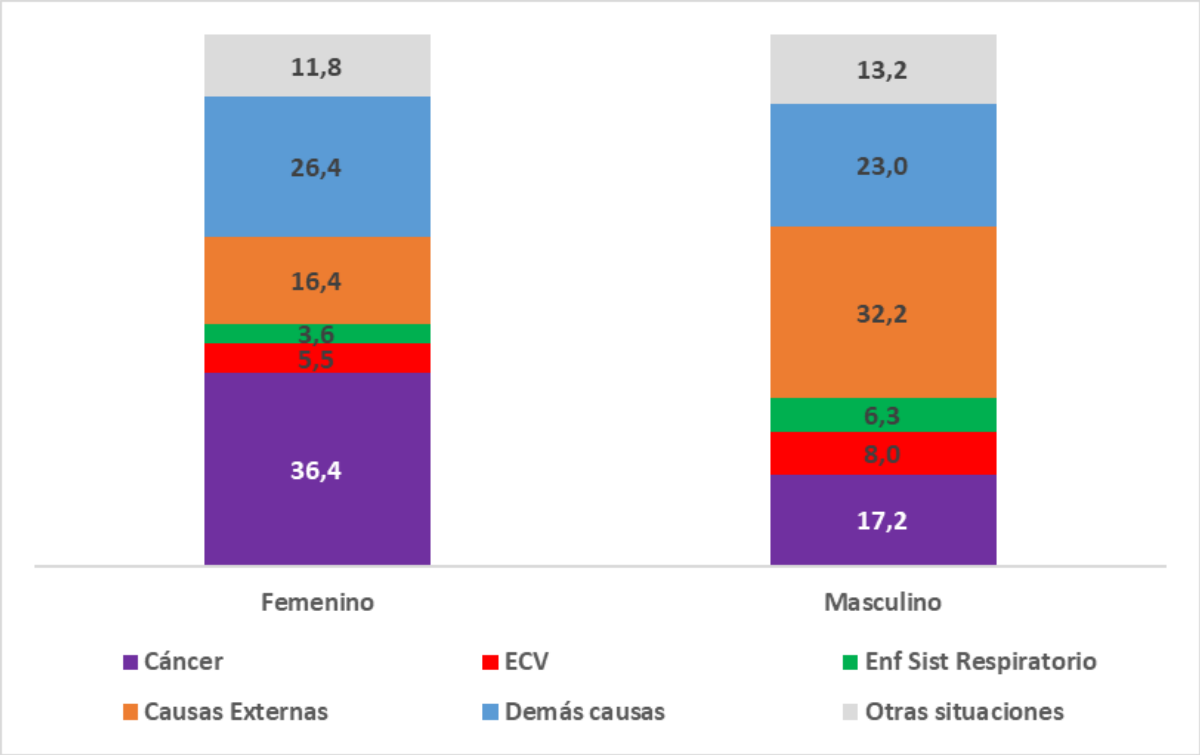

Figura 5.11: Distribución porcentual de la mortalidad por principales causas entre las personas menores de 55 años por sexo, Tercil 1, Montevideo 2022.

Nota: en la categoría "Otros*" se incluyen los códigos CIE 10 para situaciones especiales y los códigos sobre síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

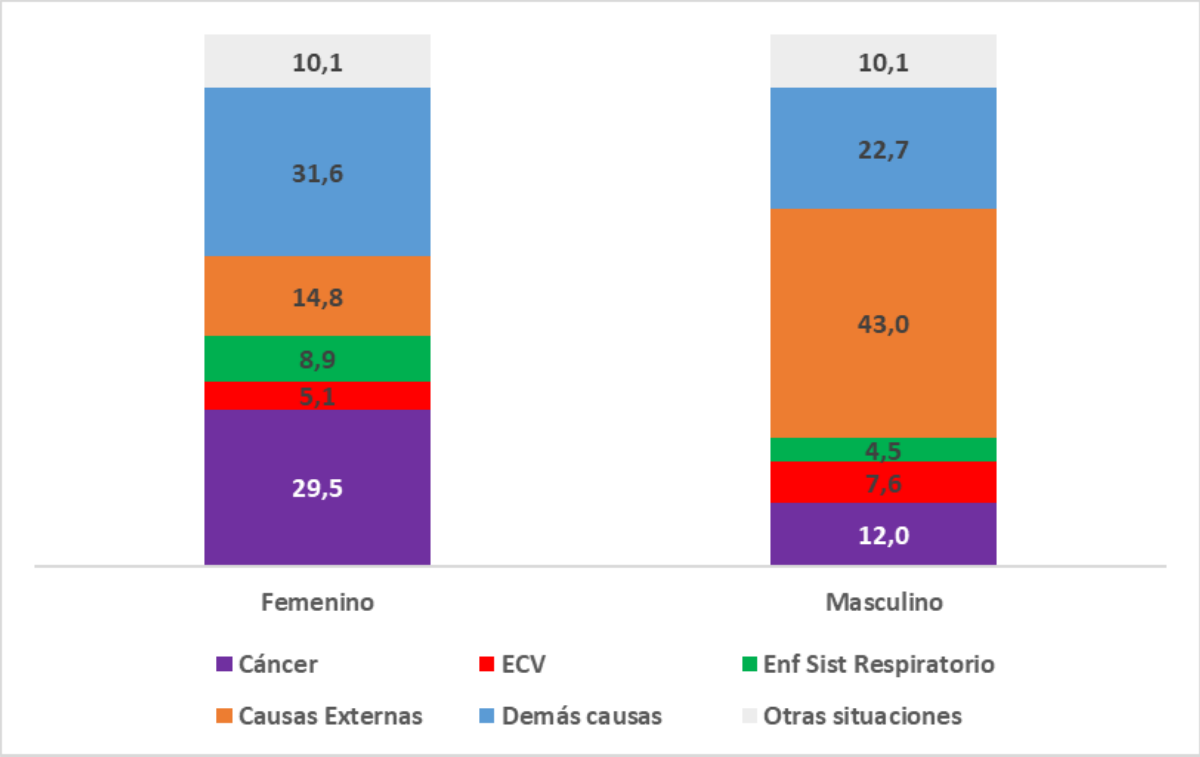

Figura 5.12: Distribución porcentual de la mortalidad por principales causas entre las personas menores de 55 años por sexo, Tercil 3, Montevideo 2022.

Nota: en la categoría "Otras situaciones" se incluyen los códigos CIE 10 para situaciones especiales y los códigos sobre síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

A efectos de ilustrar los patrones de la mortalidad según regiones, a continuación, se presentan los datos para mujeres y hombres por separado. Para el caso de las defunciones de mujeres, se puede destacar que el peso relativo de las muertes por cáncer desciende a medida que el contexto de vulnerabilidad social es mayor. Explicado fundamentalmente por el aumento relativo de las causas por enfermedades del sistema respiratorio y por "otras causas". En relación a las muertes por ECV, llama la atención el mayor peso que adquieren en la región "intermedia" en términos de nivel de incidencia de la pobreza. Aspecto que amerita profundizar en mayor detalle.

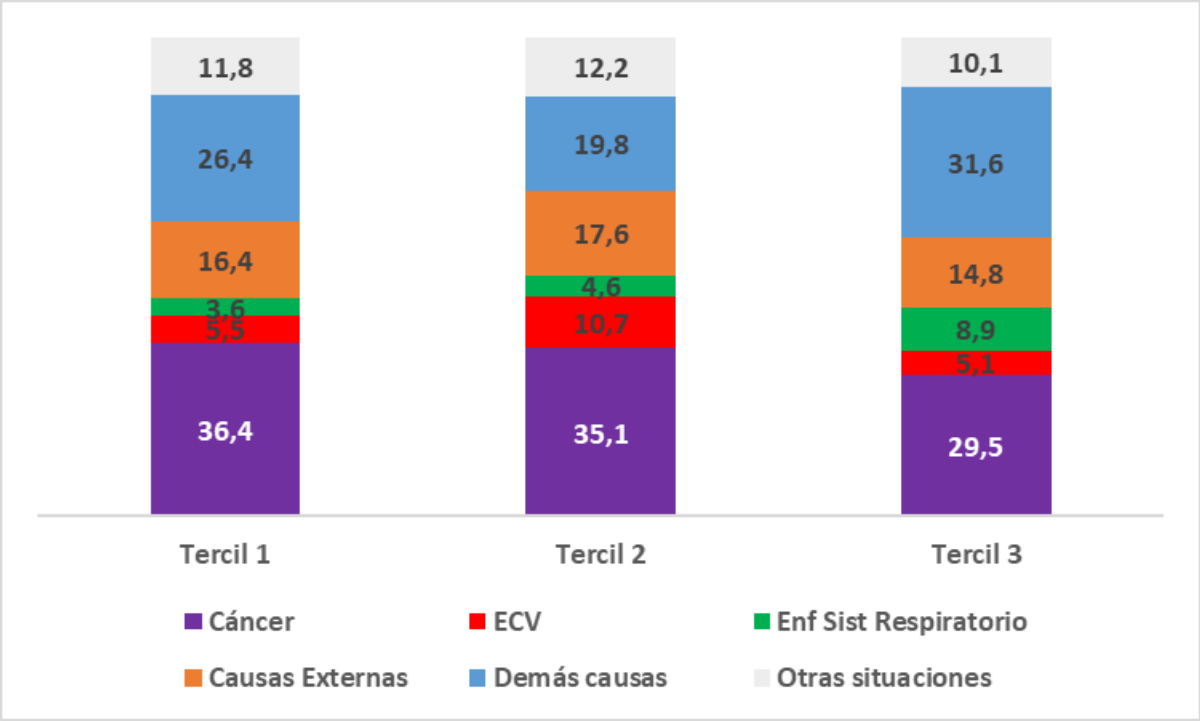

Figura 5.13: Distribución porcentual de la mortalidad por principales causas entre las personas menores de 55 años por sexo según terciles. Mujeres, Montevideo 2022.

Nota: en la categoría "Otras situaciones" se incluyen los códigos CIE 10 para situaciones especiales y los códigos sobre síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

En el caso de los hombres, las muertes por cáncer registran un patrón similar a las mujeres, es decir, una disminución de su peso relativo a medida que aumenta el nivel de vulnerabilidad social. La mortalidad por causas externas, a diferencia de lo observado en el caso de las mujeres, es claramente más alta en las zonas de mayor vulnerabilidad social. Entre los varones menores de 55 años que residían en zonas de menor incidencia de la pobreza,

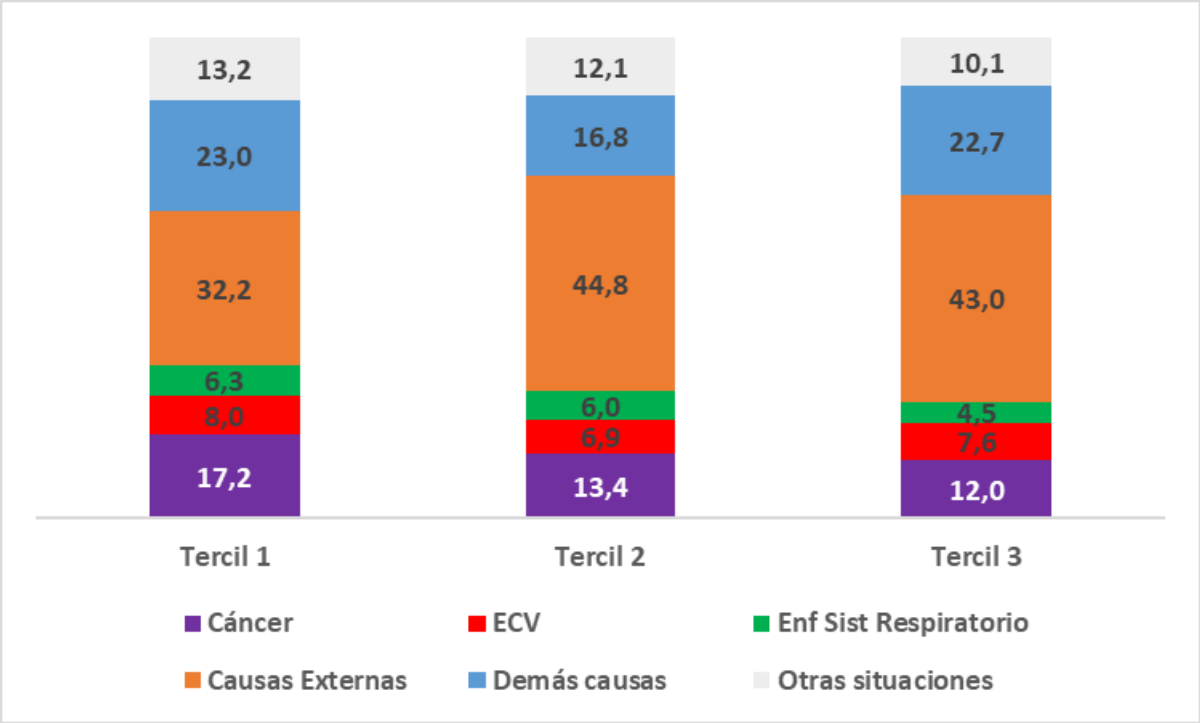

Figura 5.14. Distribución porcentual de la mortalidad por principales causas entre las personas menores de 54 años por sexo según terciles. Hombres, Montevideo 2022.

Nota: en la categoría "Otras situaciones*" se incluyen los códigos CIE10 para situaciones especiales y los códigos sobre síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

Síntesis final del informe:

- En el año 2022 se registraron 39.321 defunciones, las ECV fueron la primera causa de muerte con 23,5% (9.238) del total de defunciones, las enfermedades oncológicas el 20,2% (7.993), las enfermedades del sistema respiratorio el 10,6% (4.179), en cuarto lugar, causas externas con el 6,6% (2. 580) y en quinto lugar aparece la COVID-19 con el 5,9% (2.305) del total de las defunciones.
- Se evidenció durante el 2022 un exceso de mortalidad del 14% similar a otros países de la región.
- Las ECV siguen siendo la principal causa de muerte seguido del cáncer y enfermedades respiratorias. En la comparación por sexo, las defunciones por ECV en personas menores de 70 años es 2,3 veces mayor en el sexo masculino.
- Dentro de las causas de muerte por ECV, las enfermedades cerebrovasculares, isquémicas, paro cardiaco, insuficiencia cardiaca y enfermedades hipertensivas son las más frecuentes
- El exceso de mortalidad por ECV en el 2022 fue de 1% (no significativo).
- Si bien no se observan diferencias entre varones y mujeres en AVP por ECV, sí se constatan diferencias importantes en los AVP por cáncer (es mayor entre las mujeres).
- Dentro de las causas de muerte evitables, predominan aquellas prevenibles.
- Si bien, dada la estructura etaria de la mortalidad, las personas jóvenes tienen un peso relativo “bajo” en el total de defunciones por año (menos del 10%), se advierte el alto peso que tienen las muertes evitables en estos tramos etarios. Entre las personas fallecidas en edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, las muertes evitables representan casi el 80% del total.
- En el hombre predominan las muertes por cáncer PREVENIBLES mientras que en las mujeres son muertes por cáncer TRATABLES
- Las tasas de mortalidad global aumentan en barrios con mayor incidencia de pobreza. La tasa de mortalidad para los menores de 15 años en la región de mayor vulnerabilidad social (tercil 3) es aproximadamente 8 veces mayor que

la registrada en la región de menor vulnerabilidad social. La tasa de mortalidad del tramo 15 a 34 años es 2,6 veces mayor en el tercil 3 respecto al tercil 1 y la tasa de mortalidad del tramo 35 a 54 años correspondiente al tercil 3 duplica a la tasa registrada en la región de menor vulnerabilidad (tercil 1).

- Al aumentar el nivel de pobreza barrial, mayor la incidencia de muertes en menores de 54 años y mayor predominio masculino.

ANEXOS

Anexo I: 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Cap.	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Tumores - Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio

XI	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales ⁕

⁕ El COVID-19 fue registrado por el MSP, según el capítulo XXII del CIE-10 (U 07.1 - U 07.2):

Capítulo IX: I00-I99 - Enfermedades del Sistema Circulatorio

IOO-IO2 Fiebre reumática aguda
IO5-IO9 Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
I1O-I15 Enfermedades hipertensivas
I2O-I25 Enfermedades isquémicas del corazón
I26-I28 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
I3O-I52 Otras formas de enfermedad del corazón
I6O-I69 Enfermedades cardiovasculares
I7O-I79 Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares
I8O-I89 Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificadas en otra parte
I95-I99 Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio

https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf

Capítulo XXII: U00 - U99 - Códigos para situaciones especiales
Nuevos códigos de CIE-10 para COVID-19

U07.1 COVID-19 Virus identificado

U07.2 COVID-19 Virus no identificado

Diagnóstico clínico-epidemiológico de COVID-19

Caso probable de COVID-19

Caso sospechoso de COVID-19

https://icd.who.int/browse10/2019/en#/U07.1

Anexo II: intervalos de confianza

Para el cálculo de los intervalos de confianza de las tasas de mortalidad se utilizó el método propuesto en National Vital Statistics Reports, Volume 65, Number 4 (30/06/2016), (Kochanek et al. 2016)

El error estándar (*EE*) asociado con la tasa de mortalidad cruda y específica por edad, *R*, asume que la población en el denominador, *P*, es constante:

$$EE(R) = \sqrt{var\left(\frac{D}{P}\right)} = \sqrt{\frac{1}{P^2} var(D)} = \sqrt{\frac{D}{P^2}} = \frac{R}{\sqrt{D}}$$

Anexo III: tabla de códigos mortalidad evitable

Grupo	Causa de muerte	Mortalidad prevenible	Mortalidad tratable	Código CIE-10
Enfermedades infecciosas	Enfermedades intestinales	x		A00-A09
	Difteria, Tétanos, Poliomielitis	x		A35, A36, A80
	Tos ferina o tos convulsiva	x		A37
	Enfermedad meningocócica	x		A39
	Sepsis debida a *Streptococcus pneumoniae y* Sepsis debida a *Haemophilus influenzae*	x		A40.3, A41.3
	Infección por *Haemophilus influenzae*	x		A49.2
	Infecciones de transmisión sexual (excepto VIH/SIDA)	x	A50-A60, A63, A64	
	Varicela	x	B01	
	Sarampión	x	B05	
	Rubéola	x	B06	
	Hepatitis viral	x	B15-B19	
	VIH/SIDA	x	B20-B24	
	Malaria	x	B50-B54	
	Meningitis por *Haemophilus influenzae*y Meningitis neumocócica	x	G00.0, G00.1	
	Tuberculosis	x (50%)	x (50%)	A15-A19, B90, J65
	Escarlatina		x	A38
	Sepsis estreptocócica, Otras sepsis		x	A40 (excl. A40.3), A41 (excl. A41.3)
	Erisipela Celulitis y linfangitis aguda		x	A46, L03
	Enfermedad de los legionarios		x	A48.1
	Infección estreptocócica		x	A49.1
	Otras meningitis		x	G00.2, G00.3, G00.8, G00.9

	Meningitis debida a otras causas y a causas sin especificar		x	G03
Cáncer	Cáncer de labio, cavidad oral y faringe	x		C00-C14
	Cáncer de esófago	x		C15
	Cáncer de estómago	x		C16
	Cáncer de hígado	x		C22
	Cáncer de pulmón	x		C33-C34
	Mesotelioma maligno	x		C45
	Cáncer de piel (melanoma)	x		C43
	Cáncer de vejiga	x		C67
	Cáncer de cuello uterino	x(50%)	x(50%)	C53
	Cáncer colorrectal		x	C18-C21
	Cáncer de mama (en mujeres)		x	C50
	Cáncer de útero		x	C54, C55
	Cáncer testicular		x	C62
	Cáncer de tiroides		x	C73
	Enfermedad de Hodgkin		x	C81
	Leucemia linfoide		x	C91.0, C91.1
	Neoplasias benignas		x	D10-D36
Enfermedades endocrinas y metabólicas	Anemias nutricionales	x		D50-D53
	Diabetes mellitus	x (50%)	x (50%)	E10-E14
	Trastornos de la glándula tiroides		x	E00-E07
	Trastornos de las glándulas suprarrenales		x	E24-E25 (excepto E24.4), E27
Enfermedades del sistema nervioso	Epilepsia		x	G40, G41
Enfermedades del sistema circulatorio	Aneurisma y disección aórtica	x (50%)	x (50%)	I71
	Enfermedades hipertensivas	x (50%)	x (50%)	I10-I13, I15
	Enfermedades isquémicas del corazón	x (50%)	x (50%)	I20-I25
	Enfermedades cerebrovasculares	x (50%)	x (50%)	I60-I69

	Otras aterosclerosis	x (50%)	x (50%)	I70, I73.9
	Fiebre reumática aguda y otras cardiopatías reumáticas crónicas		x	I00-I09
	Tromboembolismo venoso		x*	I20, I80, I82.9
Enfermedades del sistema respiratorio	Influenza	x		J09-J11
	Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae* o a *Haemophilus influenzae*	x		J13-J14
	Enfermedades respiratorias inferiores crónicas	x		J40-J44
	Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	x		J60-J64, J66-J70, J82, J92
	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores		x	J00-J06, J30-J39
	Neumonía , no clasificada en otra parte o de organismo sin especificar		x	J12, J15, J16-J18
	Enfermedades respiratorias inferiores agudas		x	J20-J22
	Asma y Bronquiectasia		x	J45-J47
	Síndrome de distrés respiratorio agudo		x	J80
	Edema agudo de pulmón		x	J81
	Absceso de pulmón y mediastino, Piotórax		x	J85, J86
	Otras enfermedades de la pleura		x	J90, J93, J94
Enfermedades del sistema digestivo	Úlcera gástrica y duodenal		x	K25-K28
	Apendicitis		x	K35-K38
	Hernia abdominal		x	K40-K46
	Colelitiasis y colecistitis		x	K80-K81
	Otras enfermedades de la vesícula biliar o del tracto biliar		x	K82-K83
	Pancreatitis aguda		x	K85
	Otras enfermedades del páncreas		x	K86
	Nefritis y nefrosis		x	N00-N07

Enfermedades del sistema genitourinario	Uropatía obstructiva		x	N13,N20-N21, N35
	Falla renal		x	N17-N19
	Cólico renal		x	N23
	Trastornos resultantes de la función tubular renal alterada		x	N25
	Riñón contraído, no especificado, riñón pequeño de causa desconocida		x	N26-N27
	Enfermedades inflamatorias del sistema genitourinario		x	N34.1, N70-N73, N75.0, N75.1, N76.4,6
	Hiperplasia prostática		x	N40
Embarazo, parto y período perinatal	Tétanos neonatal	x		A33
	Tétanos obstétrico	x		A34
	Embarazo, parto y puerperio		x	O00-O99
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal		x	P00-P96
Malformaciones congénitas	Ciertas malformaciones congénitas, Espina bífida	x		Q00, Q01, Q05
	Enfermedades congénitas del sistema circulatorio		x	Q20-Q28
Efectos adversos de tratamientos y procedimientos quirúrgicos	Efectos secundarios de los medicamentos		x*	Y40-Y59
	Incidentes adversos durante tratamientos		x*	Y60-Y69, Y83-Y84
	Dispositivos médicos de diagnóstico y uso terapéutico asociados con incidentes adversos		x*	Y70–Y82
Lesiones	Accidentes de transporte	x		V01-V99
	Heridas accidentales	x		W00-X39, X46-X59
	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	x		X66-X84
	Eventos de intención no determinada	x		Y16-Y34
	Agresiones	x		X86-Y09

Muertes relacionadas al alcohol y a las drogas	Muertes relacionadas al alcohol	Muertes relacionadas al alcohol	x		E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, Q86.0, R78.0, X45, X65, Y15
		Otros trastornos relacionados al alcohol	x		K73, K74.0-K74.2, K74.6
	Muertes relacionadas a las drogas**	Trastornos por drogas y envenenamientos	x		F11-F16, F18-F19, X40-X44, X85, Y10-Y14
		Intoxicaciones voluntarias con drogas	x		X60-X64
Códigos para situaciones especiales	COVID-19		x		U07.1- U07.2

* Algunas de estas afecciones, que se adquieren principalmente durante la hospitalización o el contacto con los servicios sanitarios, podrían
también podrían considerarse prevenibles, en el sentido de que la incidencia de estas infecciones o problemas de salud asociados a la atención sanitaria podría reducirse mediante una mayor prevención en los centros sanitarios.
** Las muertes relacionadas a drogas incluyen tanto drogas legales como ilegales.

Anexo IV: Listado de barrios de Montevideo agrupados en terciles según incidencia de la pobreza de acuerdo a ECH-INE, 2022

Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3
Aguada	Aires Puros	Bañados de Carrasco
Atahualpa	Belvedere	Casabo, Pajas Blancas
Barrio Sur	Brazo Oriental	Casavalle
Capurro, Bella	Buceo	Castro, P. Castellanos
Carrasco	Ciudad Vieja	Cerrito
Carrasco Norte	Colón Centro y Noroeste	Cerro
Centro	Conciliación	Colon Sureste, Abayuba
Cordón	Flor de Maroñas	Ituzaingó
Jacinto Vera	La Comercial	Jardines del Hipódromo
La Blanqueada	La Figurita	La Paloma, Tomkinson
Malvin	Larrañaga	La Teja
Malvin Norte	Las Canteras	Las Acacias
Mercado Modelo, Bolívar	Maroñas, Parque Guaraní	Lezica, Melilla
Paso de las Duranas	Palermo	Manga
Pocitos	Parque Rodó	Manga, Toledo Chico
Parque Batlle, V. Dolores	Peñarol, Lavalleja	Nuevo París
Prado, Nueva Savona	Tres Cruces	Paso de la Arena
Punta Carretas	Unión	Piedras Blancas
Punta Gorda	Villa Española	Pta. Rieles, Bella Italia
Reducto	Villa Muñoz, Retiro	Tres Ombúes, Victoria
Sayago		Villa García, Manga Rur.