

Informe de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el Uruguay, 2023.

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. Dra. Lucia Florio
Vicepresidente
Delegado de la Facultad de Medicina

Dr. Jorge Estigarribia
Secretario
Delegado de la Sociedad Uruguaya de Cardiología

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

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

Dra. Annasofía Trentini
Delegado de Gremiales Médicas - FEMI

Dra. Laura Roballo
Delegado del Ministerio de Salud Pública

Lic. Alma Ramos
Delegado del Banco de Previsión Social

Dra. Laura Garré
Directora ejecutiva

Autores

Soc. Franco González Mora
Auxiliar estadístico Matías Muñoz
Dra. Laura Garré
Asesoramiento en cardiología: Dra. Gabriela Fajardo

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: Esperanza de Vida

INE: Instituto Nacional de Estadística

MSP: Ministerio Salud Pública

NSE: Nivel Socioeconómico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

SIIA: Sistema de Información Integrada del Área Social

TME: Tasa de mortalidad evitable

WHO: World Health Organization

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	5
PROPÓSITO DEL INFORME	6
METODOLOGÍA.....	7
FUENTE DE DATOS Y CRITERIO PARA LA CODIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD	7
SOBRE LOS INDICADORES PRESENTADOS	7
SECCIÓN 1.....	9
1.1 MORTALIDAD GLOBAL EN 2023	9
1.2 AÑOS DE VIDA PERDIDOS.....	13
1.3 DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.....	15
1.4 CAUSAS DE MORTALIDAD POR ECV	18
1.5 ESTACIONALIDAD DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.....	22
SECCIÓN 2.....	25
2.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR CAUSA.....	25
2.2 EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ECV	29
2.3 EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD PREMATURA POR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR ENTRE LOS AÑOS 2005-2023	32
SECCIÓN 3.....	36
3.1 MORTALIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD.....	36
SECCIÓN 4.....	39
4.1. MORTALIDAD EVITABLE SEGÚN PRINCIPALES CAUSAS	39
4.2. MORTALIDAD EVITABLE SEGÚN GRUPOS DE EDAD	43
4.3. MORTALIDAD EVITABLE SEGÚN SEXO.....	46
4.4. MORTALIDAD EVITABLE POR SEXO SEGÚN COMPONENTES.....	48
4.5. TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE Y POR COMPONENTES	49
4.6. EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA MORTALIDAD EVITABLE POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. AÑOS 2016- 2019 Y 2023	53
SECCIÓN 5.....	55
5.1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD	58
5.2. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES POR SEXO SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD	60
5.3. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD	61
5.4. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD Y SEXO	62
5.5. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES POR CAUSAS PRINCIPALES SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD.....	64
5.6. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR EDAD SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD.....	65
5.7 EVOLUCIÓN RECIENTE DE LAS TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR EDAD SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD. AÑOS 2016, 2019 Y 2023	67
SÍNTESIS FINAL DEL INFORME.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	77
ANEXO I: 10ª REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE- 10).....	77
ANEXO II	80
ANEXO III: TABLA DE CÓDIGOS MORTALIDAD EVITABLE	81

Introducción

El informe anual sobre mortalidad en el Uruguay, se ha constituido, en conjunto con el Informe sobre enfermedades y lesiones que afectan a la población, en un insumo importante para la política pública en el campo de la salud. El nivel y las características de la mortalidad aportan evidencia clave para dimensionar los principales desafíos que tiene un Estado en materia de salud colectiva. En el informe se pone especial énfasis en las defunciones por enfermedades no transmisibles (ENT), y en particular, en las defunciones por enfermedades cardiovasculares (ECV).

En la actualidad, las ENT son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Tienen un impacto significativo en la salud a largo plazo y son responsables de una parte importante de la morbimortalidad en las sociedades modernas. Refieren a un conjunto de enfermedades que no se transmiten de persona a persona, que son de curso prolongado y que surgen de la interacción entre factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (1).

Entre las ENT más prevalentes se encuentran las ECV, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (1), las ENT fueron responsables de 31 millones de muertes en 2019, lo que representa el 74% de las muertes mundiales. De éstas, se les atribuyen a las causas de ECV 18 millones de defunciones. Las ECV abarcan un grupo de enfermedades del corazón y del sistema circulatorio, que incluyen enfermedades congénitas, hereditarias y aquellas adquiridas a lo largo de la vida, como la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca.

Pese a este preocupante escenario, se identifican mejoras en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ENT. En tal sentido, la mortalidad

prematura (en personas menores de 74 años) por ENT a nivel global ha pasado de representar el 22,9% en el año 2000 al 17,8% en 2019 (1).

En el Uruguay, con un perfil demográfico que se caracteriza por tener una población envejecida (2), las ENT y particularmente las ECV, adquieren una dimensión preponderante. De hecho, son la principal causa de muerte y discapacidad en la vida adulta.

Dando continuidad a las series estadísticas presentadas en anteriores ediciones, el presente informe da cuenta de la mortalidad global y por principales causas, pone el foco en la mortalidad por ECV e incorpora dos secciones enfocadas en la mortalidad evitable y en las desigualdades socioeconómicas en los patrones de mortalidad.

Propósito del Informe

- Describir la mortalidad global en el Uruguay correspondiente al año 2023 y su evolución entre los años 2005-2023
- Reportar la mortalidad por ECV correspondiente al año 2023 y su evolución entre los años 2005-2023
- Analizar la información sobre mortalidad por ECV en perspectiva comparada con las restantes causas de mortalidad.
- Describir la mortalidad evitable por componentes y describir las tendencias recientes para años seleccionados: 2016-2019 y 2023
- Aproximarse a la desigualdad en los patrones de mortalidad y describir las tendencias recientes para años seleccionados: 2016-2019 y 2023

Metodología

Fuente de datos y criterio para la codificación de la mortalidad

La principal fuente de datos utilizada para el informe es la base de datos de mortalidad proporcionada por el Ministerio de Salud Pública (MSP). También se toma en cuenta información consultada al Sistema de Información Integrada del Área Social (SIAS) sobre cobertura de salud, datos sobre proyecciones de población y estadísticas vitales (Esperanza de vida la nacer total y por sexo) del Instituto Nacional de Estadística (INE) y datos provenientes de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del INE referente a incidencia de la pobreza a nivel poblacional.

En Uruguay, el modelo de registro de las defunciones es a través del certificado de defunción. El [certificado de defunción](#) es el 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). La CIE-10 adjudica una categoría y un código específico para cada causa de muerte que se registra en el certificado de defunción¹. Las patologías asociadas a ECV, son las definidas como “*Enfermedades del Sistema Circulatorio*” por la OMS en la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). (Ver Anexo I). La mortalidad por COVID-19 es codificada según el capítulo XXII del CIE-10 (U07.1-U07.2): Códigos para situaciones especiales.

Sobre los indicadores presentados

Los años de vida perdidos (AVP) es un indicador utilizado para evaluar el impacto de distintas causas de muerte con respecto a la expectativa de vida de la población (3). Se calcula como la sumatoria de las diferencias entre la esperanza de vida al nacer (E_0) y la edad de la persona al morir. En el cálculo,

¹ No es objetivo del presente informe el análisis de las defunciones fetales.

las defunciones de personas que superan el valor poblacional de la E_0 suman cero.

En el reporte de **las tasas de mortalidad** presentadas en los gráficos de evolución histórica, se estiman los intervalos de confianza (se detalla en el Anexo II).

Medición de la **desigualdad según tipo de cobertura de salud**. El capítulo se centra en el análisis de la mortalidad según la cobertura de salud que tenían las personas al momento de su fallecimiento. Para ello, se realiza una tipología que agrupa, según el tipo de institución y el tipo de cobertura, en cinco categorías a las diferentes situaciones. Éstas son:

1. Usuarios ASSE gratuito (no cotizan a la seguridad social)
2. Usuarios ASSE FONASA
3. Usuarios de Hospital Militar o Hospital Policial
4. Usuarios de Instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC)
5. Usuarios de Seguros privados

Para el procesamiento de la información se utilizó, principalmente, el lenguaje de programación y software estadístico (R Core Team 2022), usando la interfaz gráfica RStudio (RStudio Team 2022). Para la generación de gráficos también se utilizó hojas de cálculo de Google Drive.

Sección 1

En esta sección se describe la mortalidad global del año 2023 según las principales causas, la mortalidad cardiovascular desglosada por diferentes patologías y también se presenta información sobre la mortalidad prematura, los años de vida perdidos por causas cardiovasculares y la estacionalidad de la mortalidad.

1.1 Mortalidad global en 2023

En el año 2023 se registraron 34.678 defunciones en el Uruguay. Las ECV fueron la primera causa de muerte con 23,1% (7.998) del total de defunciones (Figura 1.1), seguidas por las enfermedades oncológicas con 23,0% (7.983) y las enfermedades del sistema respiratorio el 11,1% (3.846).

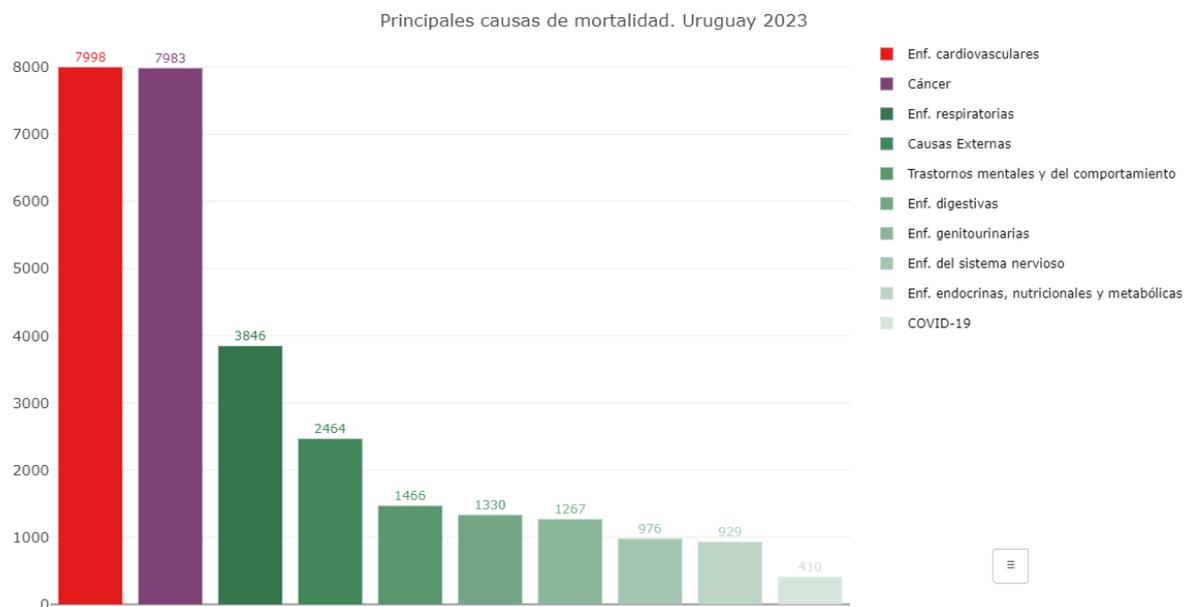
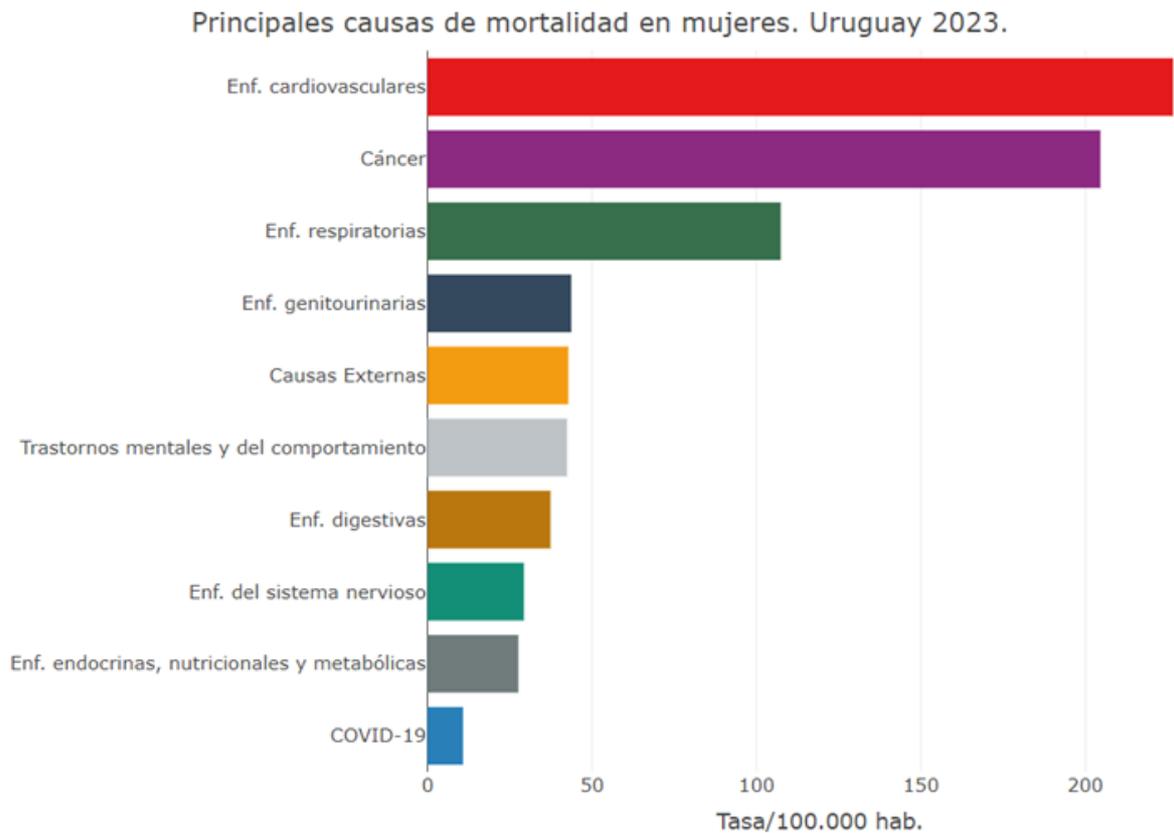


Figura 1.1: Principales causas de mortalidad. Uruguay 2023. Elaboración propia en base a datos MSP.

Del total de fallecimientos en el año 2023, 17.408 (50,2%) fueron de sexo femenino y 17.268 (49,8%) de sexo masculino. El análisis de las principales

causas de muerte, desglosado por sexo, muestra que las enfermedades cardiovasculares (ECV) fueron la primera causa de muerte entre las mujeres, con 4.162 fallecimientos (23,9% del total de muertes femeninas), y la segunda entre los hombres, con 3.836 fallecimientos (22,2% del total de muertes masculinas). Ver Figura 1.2.



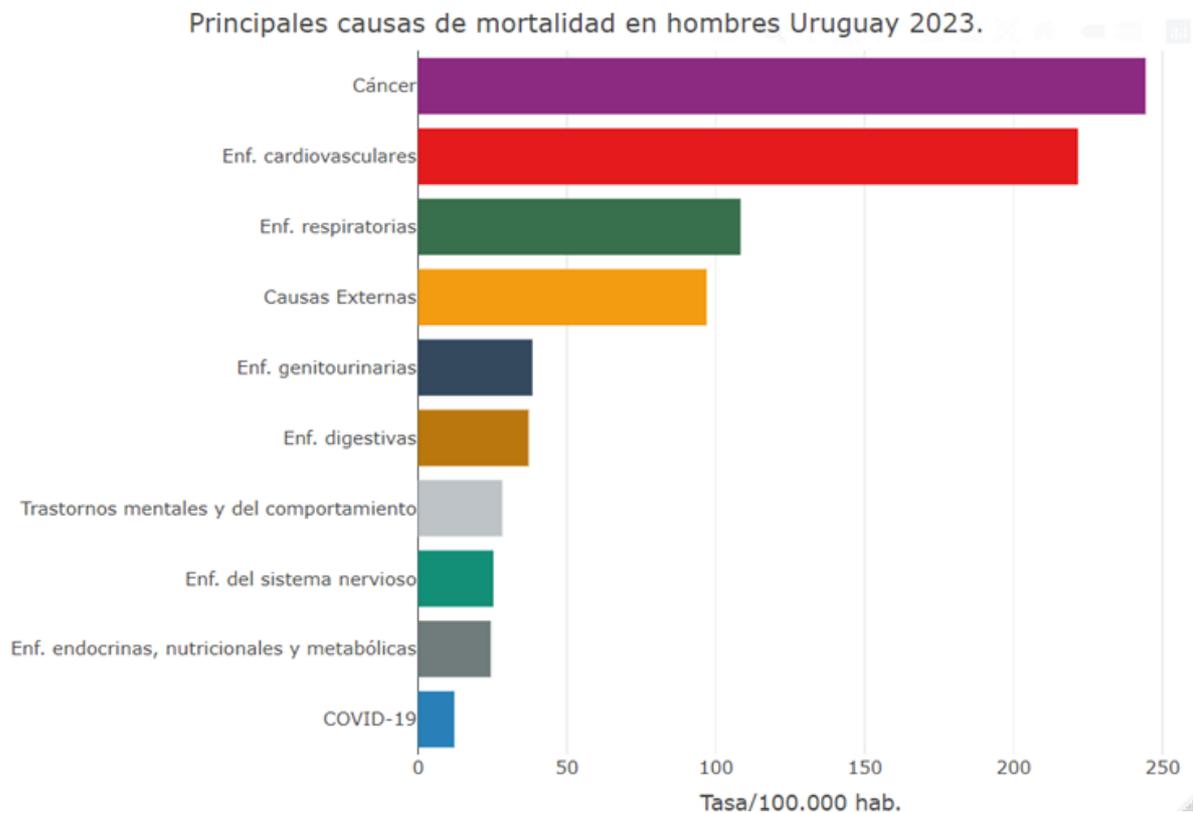


Figura 1.2: Principales causas de mortalidad según sexo. Uruguay 2023. Elaboración propia en base a datos MSP.

Las primeras cinco causas de muerte en 2023 en el país fueron ECV, cáncer, enfermedades respiratorias, causas externas y trastornos mentales y del comportamiento; éstas representan conjuntamente, el 68,5% del total de defunciones. En la Figura 1.3 se muestran las diferencias por tramos etarios. La cantidad de personas fallecidas por tramo etarios es la siguiente:

- 15 a 34 años: 1.176
- 35 a 54 años: 2.578
- 55 a 74 años: 10.187
- 75 años en adelante: 20.365

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se encuentran entre las cinco principales causas de mortalidad en todos los grupos etarios analizados, con

una proporción que aumenta a medida que avanza la edad en comparación con otras causas de muerte.

En el grupo etario de 15 a 34 años, las causas externas ocuparon el primer lugar, destacándose los suicidios (CIE-10 X60-X84), responsables de más de una quinta parte de los fallecimientos en este rango (n=278, 23,6%). Les siguen los homicidios (CIE-10 X85-Y09) con 239 casos (20,3%) y los accidentes de tránsito (CIE-10 V00-V98) con 184 fallecimientos (15,6%). La segunda causa de muerte en este grupo fue el cáncer, aunque con una carga de mortalidad considerablemente menor (n=98, 8,3%).

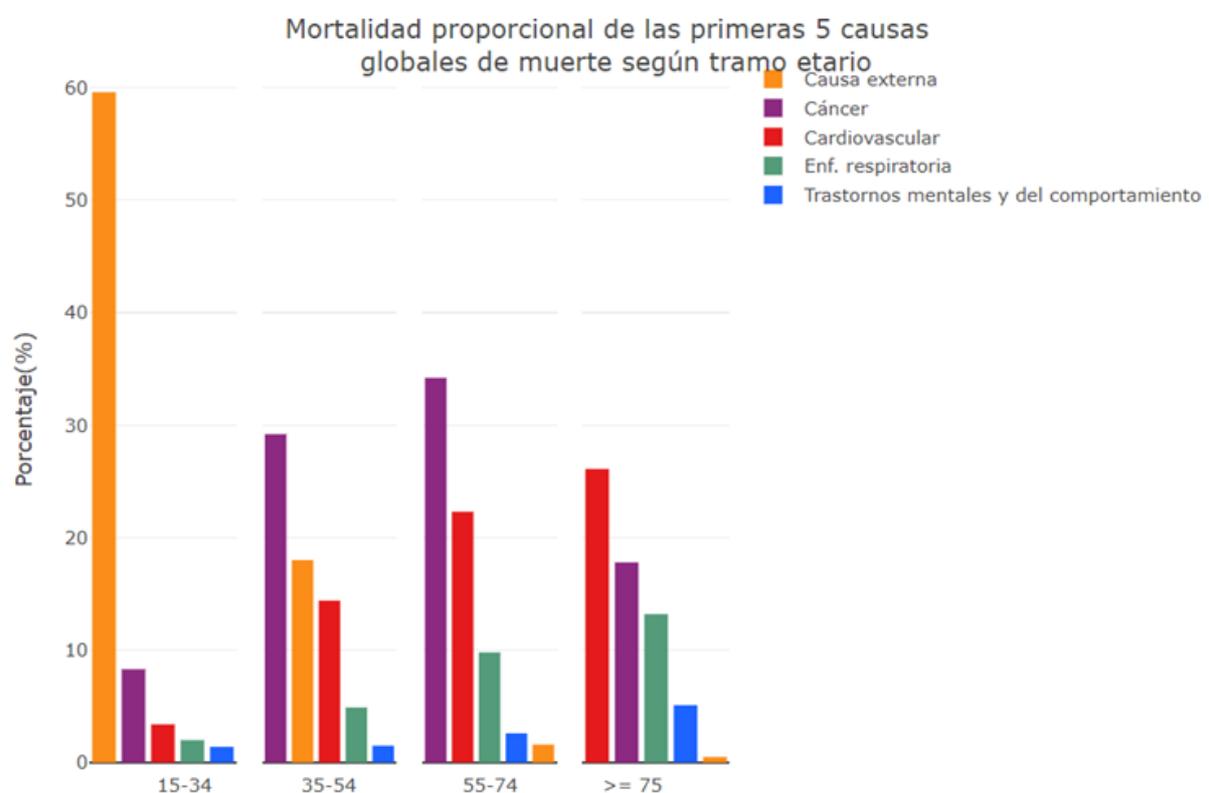


Figura 1.3: Principales causas de mortalidad según tramos etarios. Uruguay 2023. Elaboración propia en base a datos MSP.

Del total de defunciones por ECV, el 31,7% corresponde a hombres menores de 70 años, mientras que en mujeres esta cifra es del 15,1%, lo que implica que la mortalidad en los hombres es 2,1 veces mayor. Además, se observa que la proporción de muertes por cáncer en mujeres menores de 70 años

es 2,4 veces mayor que las defunciones por ECV en el mismo sexo y grupo etario.

Distribución según sexo y edad de las tres principales causas de muerte.

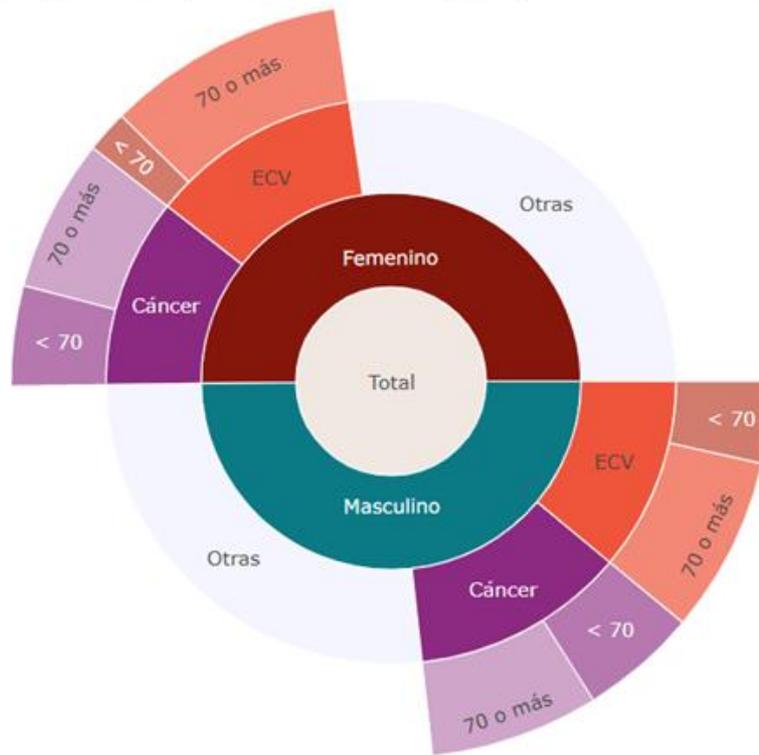


Figura 1.4. Distribución según sexo y edad de las dos principales causas de fallecimiento. Uruguay 2023. Elaboración propia en base a datos MSP.

1.2 Años de vida perdidos

Tal como se ha mencionado, este indicador es útil para evaluar el impacto de distintas causas de muerte con respecto a la Esperanza de vida (E_0) de la población analizada.

Entre las mujeres, para el año 2023 se han perdido un total de 19.744 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 0,01 años de vida promedio perdido por mujer). La diferencia en la cantidad de AVP si comparamos cáncer y ECV, podría explicarse por una estructura más envejecida de la población expuesta a ECV. Las diferencias entre varones y mujeres en AVP por ECV son muy bajas, en

cambio, se constatan diferencias importantes en los AVP por cáncer (es claramente 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).

Sexo	Causa	
	Cardiovascular	Cáncer
Femenino	19.744	43.158
Masculino	20.645	30.275

Tabla 1.5: AVP según causa y sexo. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP. Nota: De acuerdo a INE, E₀ para el hombre (75,1 años) y para mujeres (81,5 años).

En el sexo femenino los AVP por cáncer resultaron 2,2 veces superiores 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.

Sexo	Causa	
	Cardiovascular	Cáncer
Femenino	4,74	11,5
Masculino	5,38	7,16

Tabla 1.5: Razón entre AVP y total de fallecidos según causa y sexo. Uruguay 2023. Fuente MSP.

1.3 Distribución regional de la mortalidad por enfermedad cardiovascular

En la siguiente tabla (Tabla 1.6) se muestra las tasas de mortalidad por ECV cada 100.000 personas según sexo y región (Montevideo e interior del país). Tanto para hombres como para mujeres, la tasa de mortalidad por ECV es mayor en el interior que en Montevideo. Sin embargo, la diferencia entre interior y Montevideo es más pronunciada en los hombres (1,24 veces) en comparación con las mujeres (1,05 veces). Esto sugiere que los hombres en el interior enfrentan un mayor riesgo relativo de morir por ECV que las mujeres en la misma región.

	Región			Total
	Interior	Montevideo	Interior/Montevideo	
Sexo				
Masculino	239,1	192,8	1,24	221,6
Femenino	230,9	220,5	1,05	226,7
Total	234,9	207,4	1,13	224,4

Tabla 1.6: Tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes por enfermedades cardiovasculares según sexo y región de residencia. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

En la siguiente figura (Figura 1.5) y tabla se muestran las tasas de mortalidad por departamento.

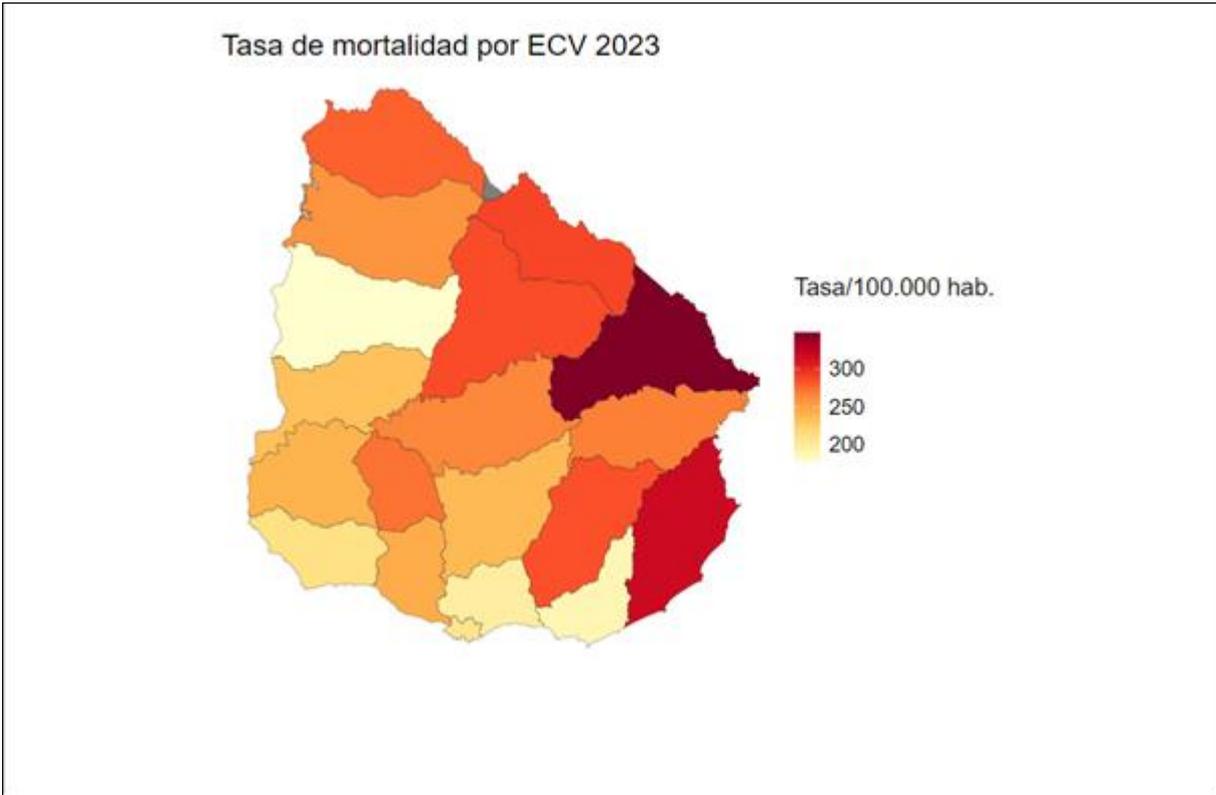


Figura 1.5. Tasa de mortalidad por ECV según departamento. Uruguay 2023. Elaboración propia en base a datos MSP.

Departamento	Total	Tasa
ARTIGAS	204	278,3
CANELONES	1235	197,4
CERRO LARGO	312	348,0
COLONIA	280	211,3
DURAZNO	156	264,7
FLORES	72	272,1
FLORIDA	164	236,6
LAVALLEJA	165	283,1
MALDONADO	380	187,9
MONTEVIDEO	2871	207,4
PAYSANDU	213	176,7
RIO NEGRO	137	232,6
RIVERA	316	288,2
ROCHA	237	318,2
SALTO	349	258,7
SAN JOSE	295	243,9
SORIANO	200	239,9
TACUAREMBO	264	284,7
TREINTA Y TRES	135	267,5

Tabla 1.4: Tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes por enfermedades cardiovasculares según departamento. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

1.4 Causas de mortalidad por ECV

En 2023 fallecieron 7.998 personas por ECV. La Tabla 1.5 y la Figura 1.6 muestra la tasa 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 46,4% del total de fallecimientos por ECV.

La tasa de mortalidad por paro cardíaco en 2023 fue de 25,7 cada 100.000 habitantes (28,3 para el sexo femenino y 22,9 para el masculino). En este informe no se expresan los valores de mortalidad por PCR en tablas ni en gráficos debido a que codificación según la CIE-10 como I46 para PCR se considera un código no informativo de la causa de subyacente de fallecimiento (8).

CIE-10	Femenino	Masculino	Global
Enf. cerebrovasculares	56,1	50,1	53,2
Enf. isquémicas del corazón	39,1	63,2	50,8
Insuficiencia cardíaca	31,0	21,1	26,2
Enfermedades hipertensivas	24,8	19,1	22,0
Enf. pericardio/miocardio/otras mal definidas	9,3	13,0	11,1
Enf. valvular y endocarditis	10,4	9,9	10,1
Enf. de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares	8,8	10,5	9,6
Enf. del sistema de conducción y arritmias	8,6	5,5	7,1
Enf. cardiopulmonar	5,4	3,6	4,6
Enf. de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	3,1	1,1	2,1
Enf. cardíacas reumáticas crónicas	1,0	0,9	0,9
Otros trastornos	0,9	0,6	0,8

Tabla 1.5: Tasa de mortalidad por ECV cada 100.000 personas según causa. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

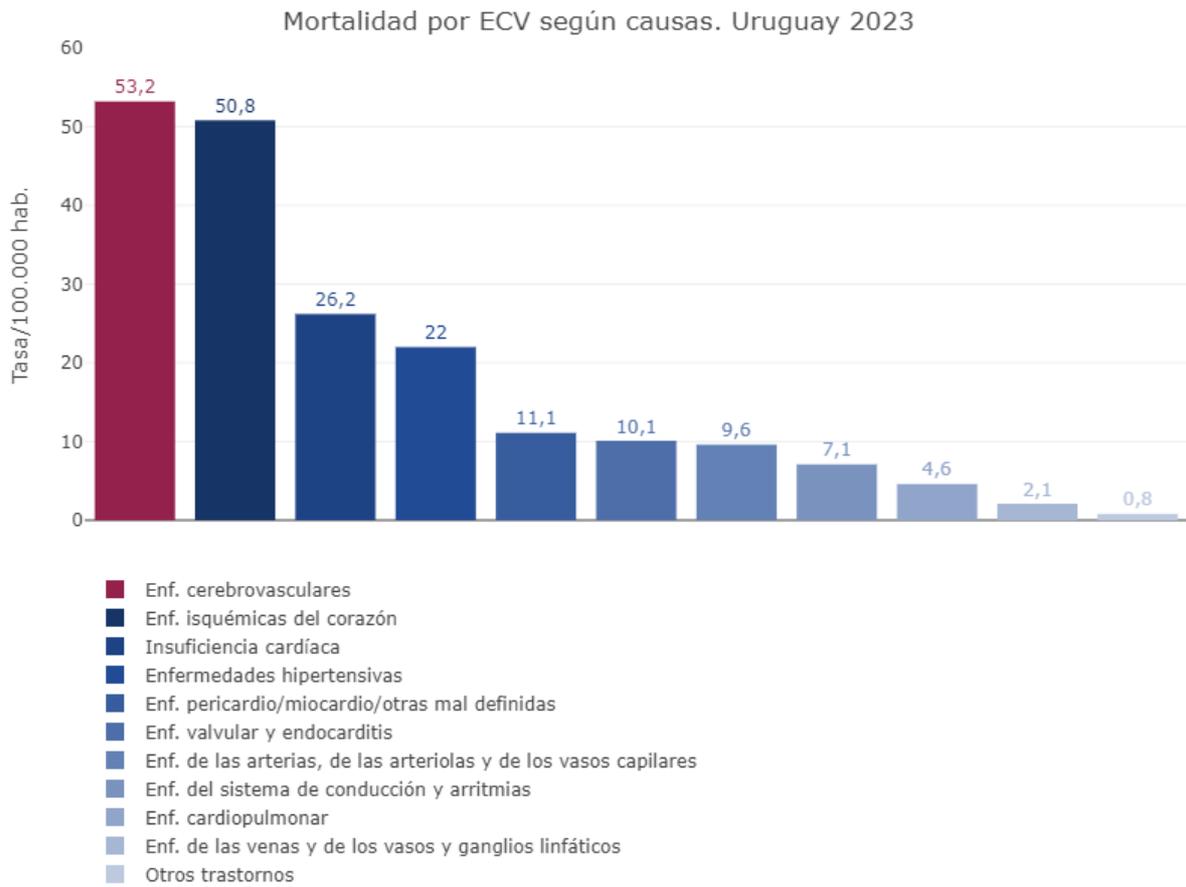


Figura 1.6: Mortalidad por ECV según causa. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP

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 1.7 representa la tasa de mortalidad por ECV discriminada según causa y sexo.

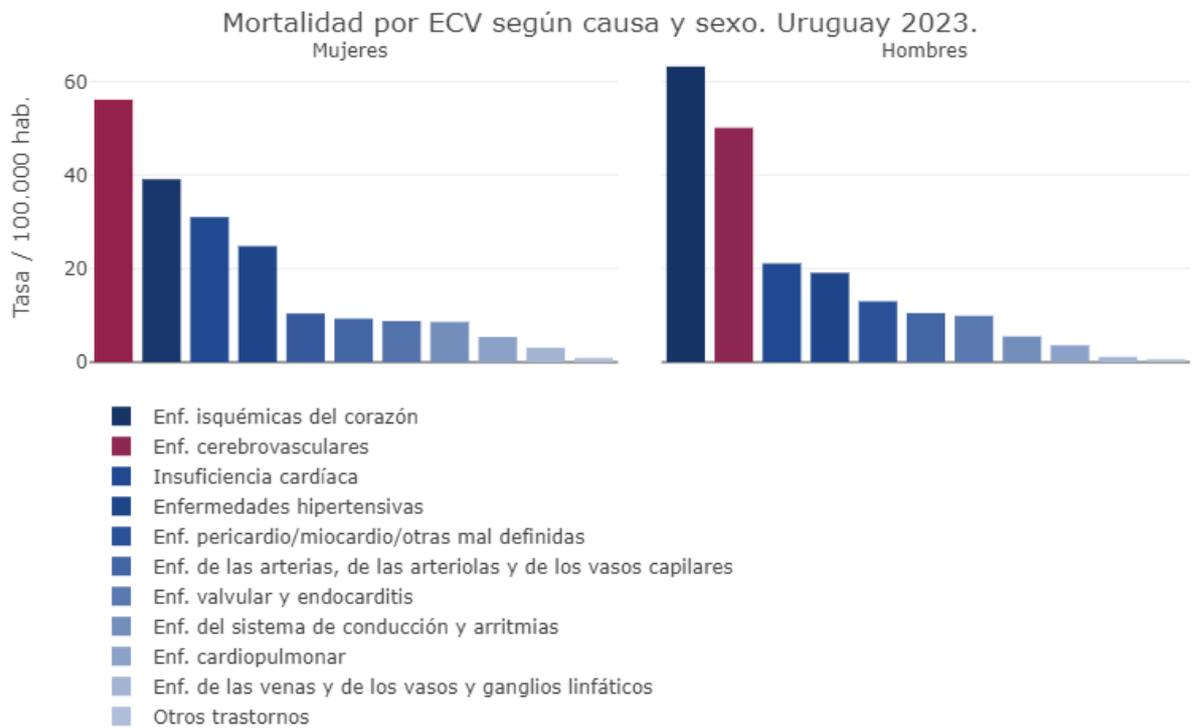


Figura 1.7: Mortalidad por ECV según causa y sexo. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP

1.5 Estacionalidad de la mortalidad por enfermedad cardiovascular

La Figura 1.9 presenta los fallecimientos diarios por enfermedades cardiovasculares (ECV) en números absolutos, mientras que la Figura 1.10 muestra la mortalidad cada 100.000 habitantes por ECV, cáncer y enfermedades respiratorias, desglosada por mes del año. En ambas figuras, se observa un patrón de estacionalidad, destacándose un aumento en la mortalidad por ECV y enfermedades respiratorias en determinados meses del año. El calendario de muertes diarias por ECV en 2023 evidencia un patrón estacional, con picos claros en los meses más fríos (junio, julio y agosto) y una tendencia a una menor mortalidad durante los meses más cálidos (enero y febrero). Estos resultados resaltan la importancia de la estacionalidad en la mortalidad cardiovascular y representan un insumo importante para la definición de estrategias de prevención y manejo de ECV, especialmente durante los meses de invierno.

Muertes diarias por ECV. Uruguay, 2023

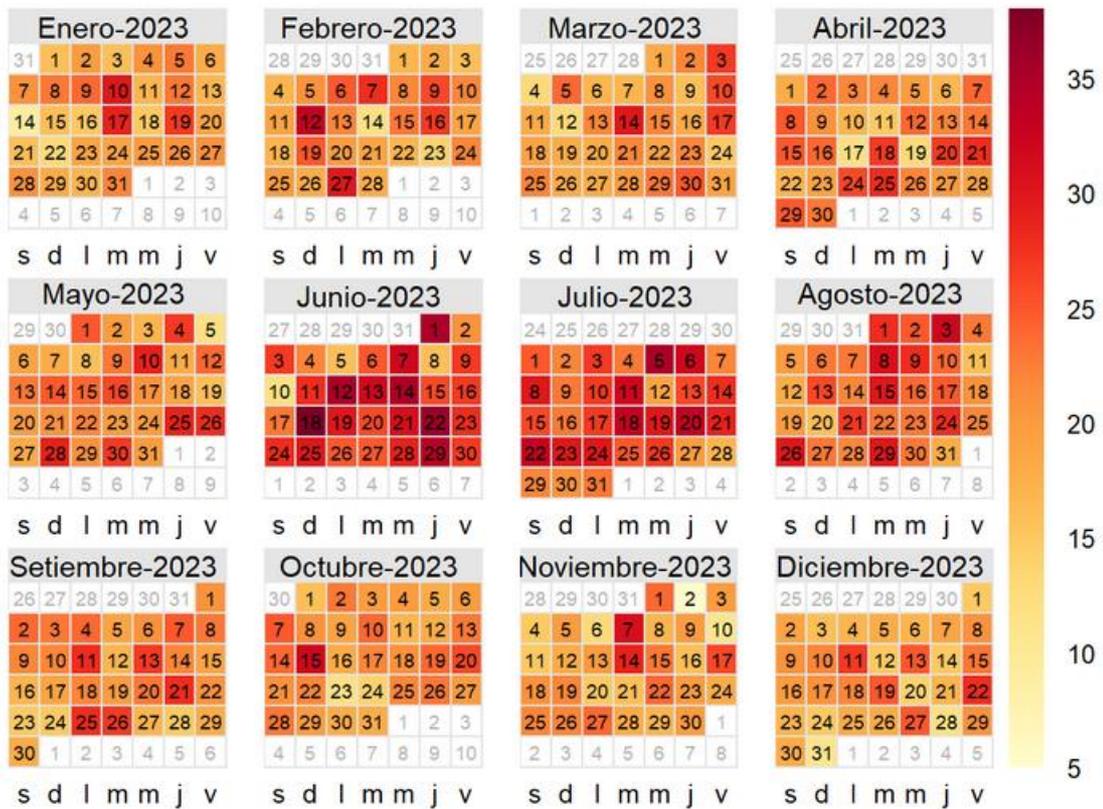


Figura 1.9: Fallecimientos por ECV por mes. Uruguay, 2023. Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP

La figura 1.10 muestra una clara estacionalidad en las muertes por enfermedades respiratorias y cardiovasculares, con picos en los meses de invierno (junio y julio). Por otro lado, la mortalidad por cáncer sigue un patrón más estable, sin fuertes fluctuaciones estacionales.

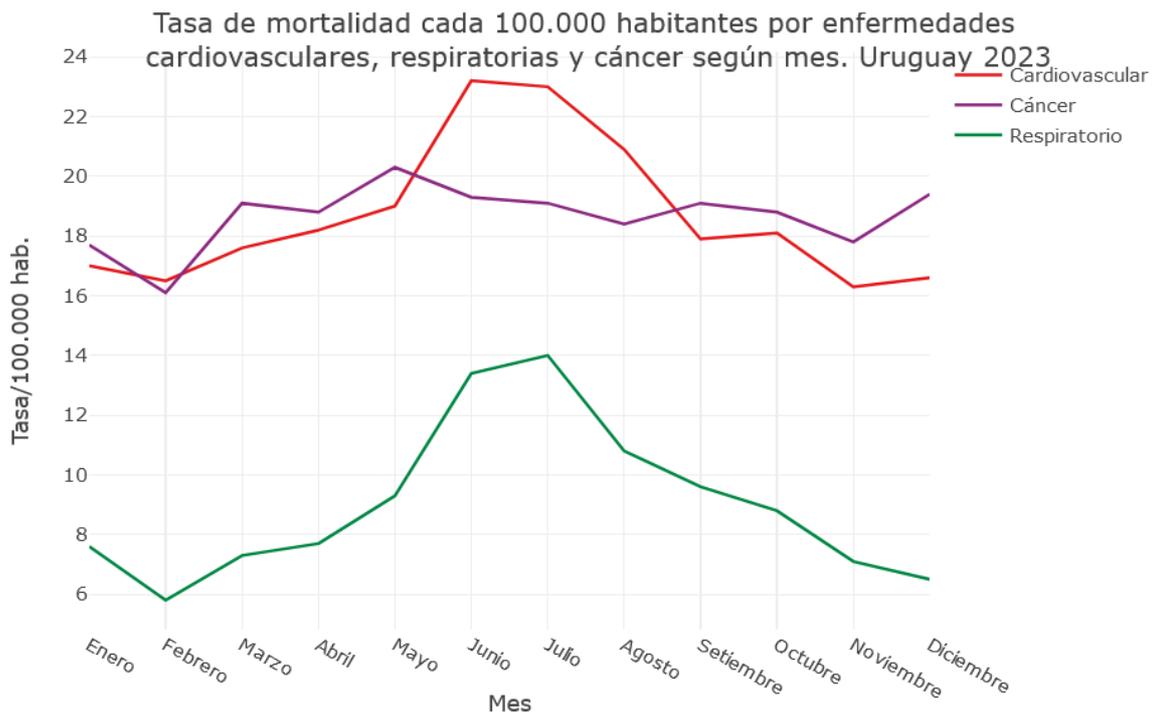


Figura 1.10: Tasa de mortalidad por ECV y enfermedades respiratorias y cáncer según el mes. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP y proyecciones de población del INE

Sección 2

En esta sección se describe la evolución de la mortalidad por ECV en Uruguay entre los años 2005 y 2023. Se comparan las ECV con las principales causas de mortalidad y se analiza la mortalidad global por ECV, desglosada por sexo, así como la evolución de las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares en dicho período. También se detalla la evolución de la mortalidad prematura por ECV, tanto a nivel global como en relación con las principales causas de mortalidad cardiovascular en Uruguay durante el período 2005-2023.

2.1. Evolución histórica de la tasa de mortalidad por causa

Entre 2005 y 2019, la mortalidad en Uruguay se mantuvo constante, con un promedio de 960 defunciones por cada 100.000 habitantes al año. En 2020, cuando se declaró la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, la tasa de mortalidad fue de 920 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, en 2021 y 2022 se registró un aumento significativo respecto a los años previos a la pandemia, alcanzando 1.160 y 1.106 defunciones por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Para 2023, la tasa de mortalidad descendió a 972 por cada 100.000 habitantes, un valor que se aproxima a los niveles observados antes de la pandemia.

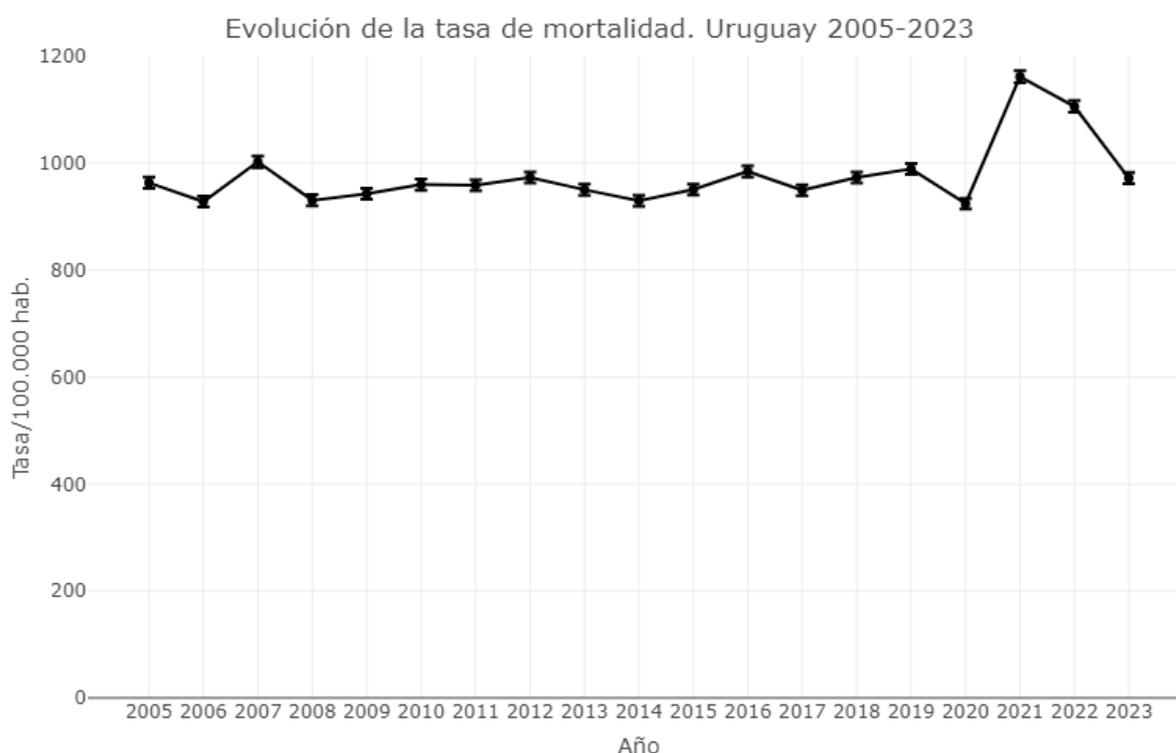


Figura 2.1: Evolución de la tasa de mortalidad. Uruguay 2005-2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

Las ECV y el Cáncer son las principales causas de muerte en el período analizado. Ambas se han mantenido como las principales causas de mortalidad en el país, con variaciones más marcadas en las ECV (tendencia al descenso), pero sin grandes descensos o aumentos a lo largo de los años. La categoría “Otras causas” muestra un aumento leve y sostenido a lo largo del período, con una tendencia ascendente que culmina con un incremento significativo en 2021. Se destaca el fuerte impacto de la pandemia de COVID-19 en 2021 y una recuperación gradual en 2022 y 2023.

En el año 2020, la mortalidad total muestra una ligera disminución. Esto puede explicarse por la combinación de medidas sanitarias implementadas debido a la pandemia (confinamiento, uso de mascarillas, reducción de la movilidad), que también redujeron otras causas de muerte, como las relacionadas con accidentes o infecciones respiratorias comunes.

En 2022 y 2023, la mortalidad por COVID-19 disminuye drásticamente, prácticamente desapareciendo de la gráfica en 2023. Las tasas de

mortalidad por enfermedades respiratorias, ECV y cáncer comienzan a retornar a niveles similares a los observados antes de la pandemia, aunque las tasas por otras causas aún muestran un ligero aumento.

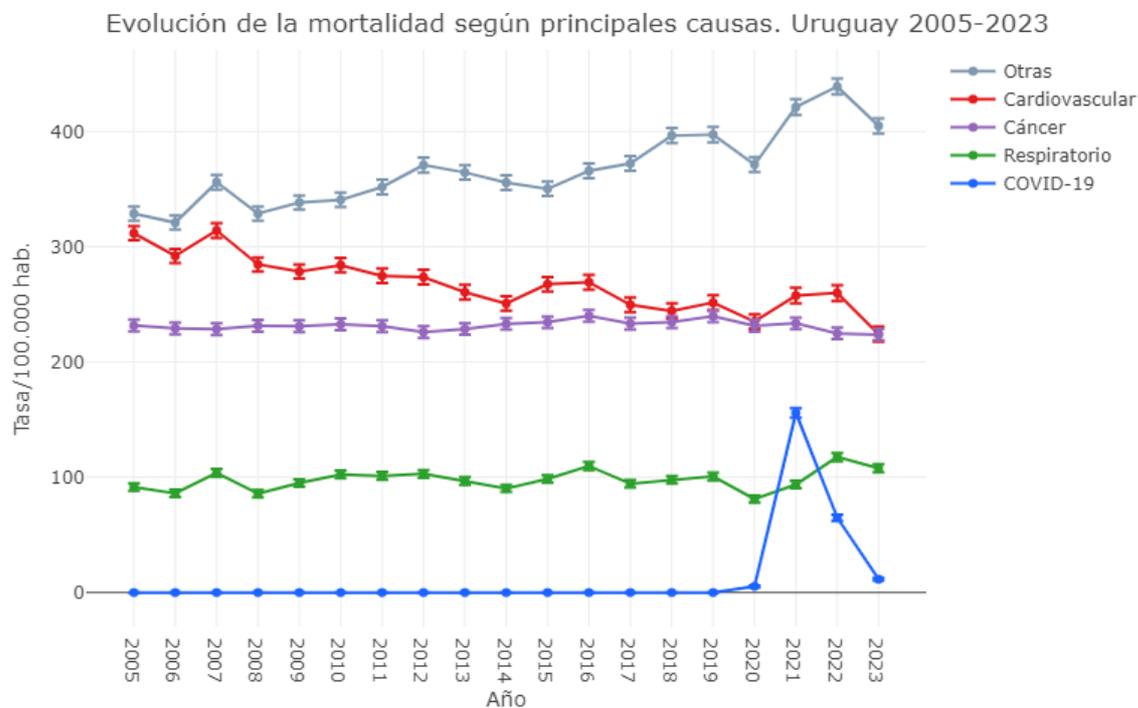


Figura 2.2. Evolución de la mortalidad por principales causas. Uruguay 2005-2023.

Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

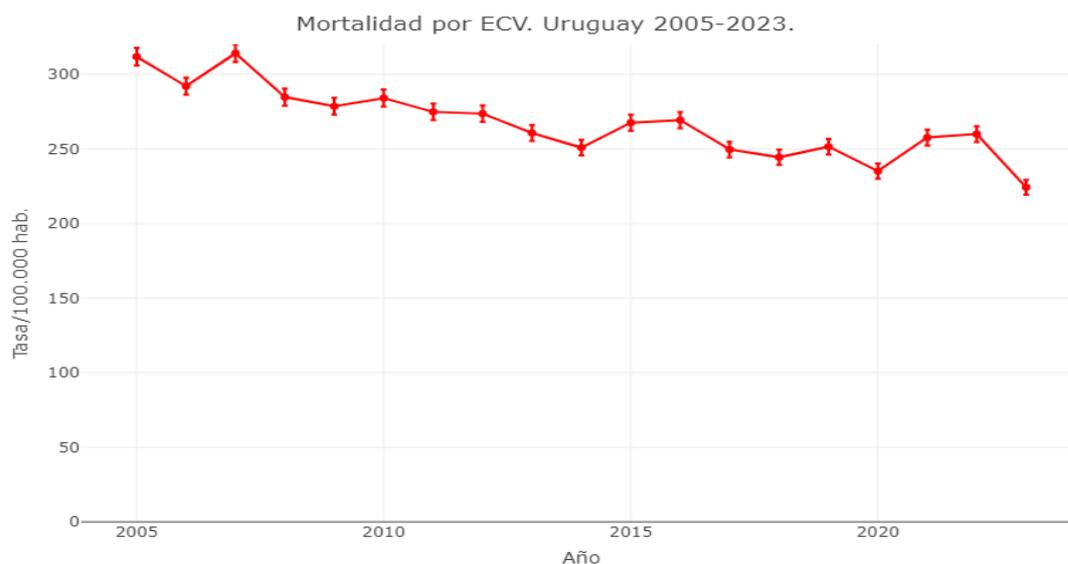


Figura 2.3: Mortalidad por ECV (CIE-10: I00 - I99). Uruguay 2005-2023. Fuente:

Elaboración propia en base a datos del MSP.

Año	Tasa	EE	LI	LS
2005	311,8	3	305,9	317,7
2006	292	2,9	286,3	297,7
2007	314,1	3,1	308	320,2
2008	284,7	2,9	279	290,4
2009	278,5	2,9	272,8	284,2
2010	284	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	273
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	240,2
2021	257,6	2,7	252,3	262,9
2022	259,9	2,7	254,6	265,2
2023	224,3	2,5	219,4	229,2

Tabla 2.1: Evolución de la tasa de mortalidad por ECV cada 100.000 habitantes entre los años 2005 y 2023. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP. ¹ EE:Error Estándar. ² LI: Límite Inferior.³ LS: Límite Superior.

La figura 2.3 muestra la evolución temporal de la mortalidad por ECV según sexo. El gráfico evidencia una disminución progresiva en la mortalidad por ECV en Uruguay entre 2005 y 2023, con una tendencia hacia la igualdad en las tasas de mortalidad entre sexos. A lo largo del período, las tasas de mortalidad por ECV entre hombres y mujeres son relativamente cercanas, con ligeras variaciones. En algunos años, la tasa en mujeres supera la de los hombres (por ejemplo, 2007, 2010, 2015), mientras que en otros años la tasa en hombres es mayor (por ejemplo, 2016, 2019, 2022).

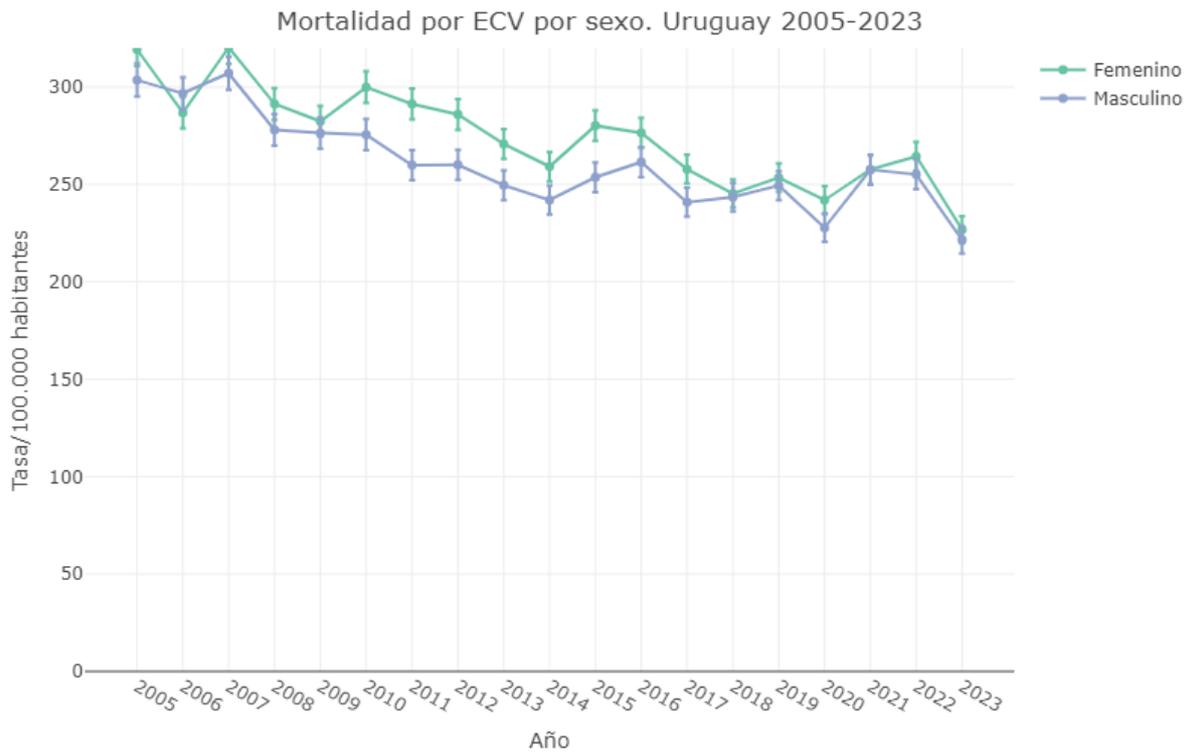


Figura 2.4: Mortalidad por ECV según sexo. Uruguay 2005-2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

2.2 Evolución de las principales causas de ECV

El gráfico destaca una disminución notable en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares e isquémicas, lo que sugiere avances en la atención médica y en la prevención de estos eventos. Sin embargo, otras causas, como la insuficiencia cardíaca, muestran una tendencia ascendente. Las enfermedades hipertensivas siguen siendo una causa estable pero persistente de mortalidad.

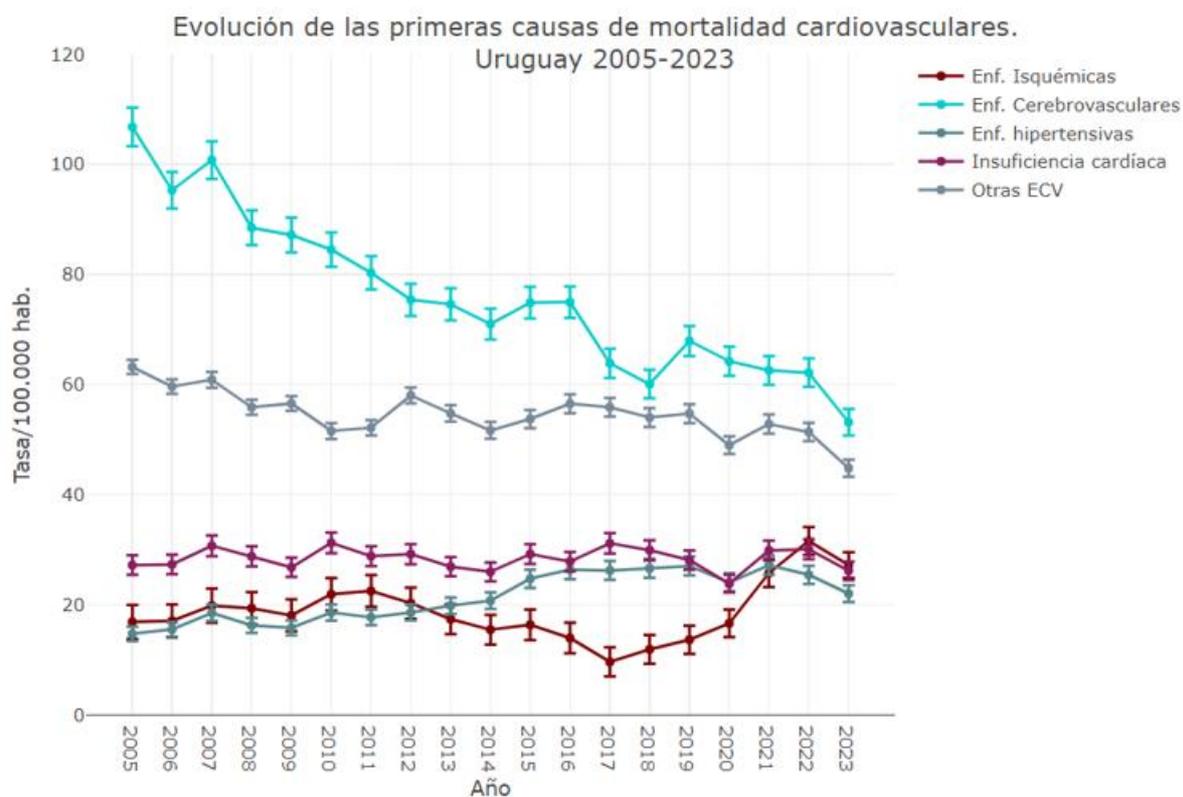


Figura 2.5: Evolución de las primeras causas de mortalidad cardiovasculares. Uruguay 2005-2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

En la siguiente figura se pueda apreciar una tendencia descendente en la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares desde 2005 hasta 2023. Asimismo, la tasa de mortalidad en mujeres es consistentemente más alta que en hombres durante todo el período.

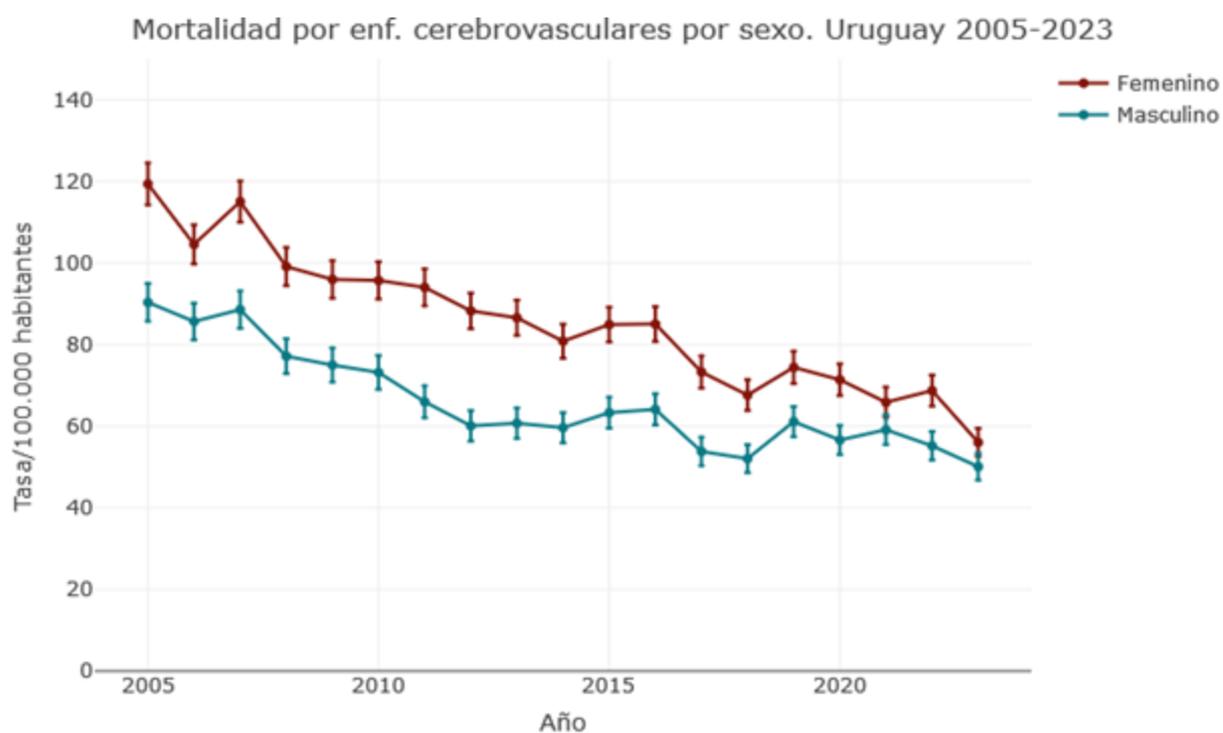


Figura 2.6: Evolución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular según sexo. Uruguay 2005-2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

Tanto la mortalidad en hombres como en mujeres por enfermedades isquémicas del corazón ha disminuido a lo largo del tiempo. Los hombres presentan una tasa de mortalidad más alta que las mujeres durante todo el período.

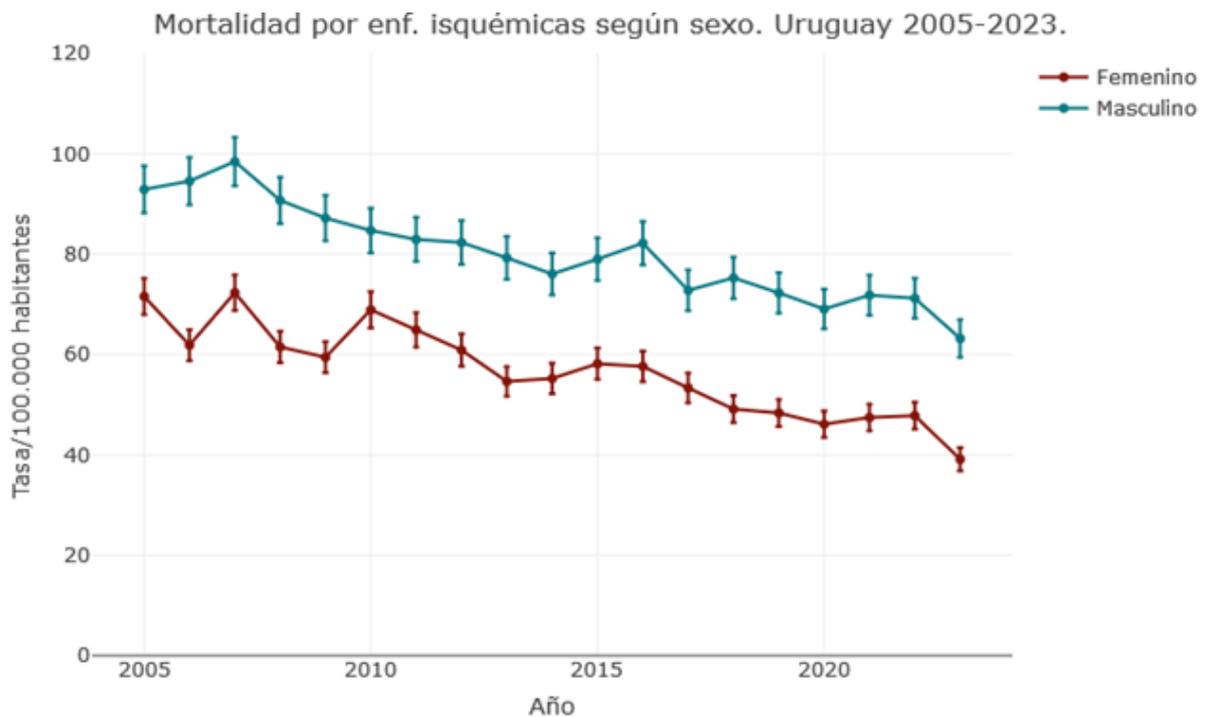


Figura 2.7: Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica según sexo. Uruguay 2005-2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

2.3 Evolución de la mortalidad prematura por las principales causas de mortalidad cardiovascular entre los años 2005-2023

Como muestra la Figura 2.6 la tasa de mortalidad prematura por ECV presenta una tendencia descendente en el período 2005-2020. Sin embargo, en los años 2021 y 2022 se observa un aumento, seguido de una estabilización en 2023, cuando la tasa vuelve a un valor similar al registrado en 2019.

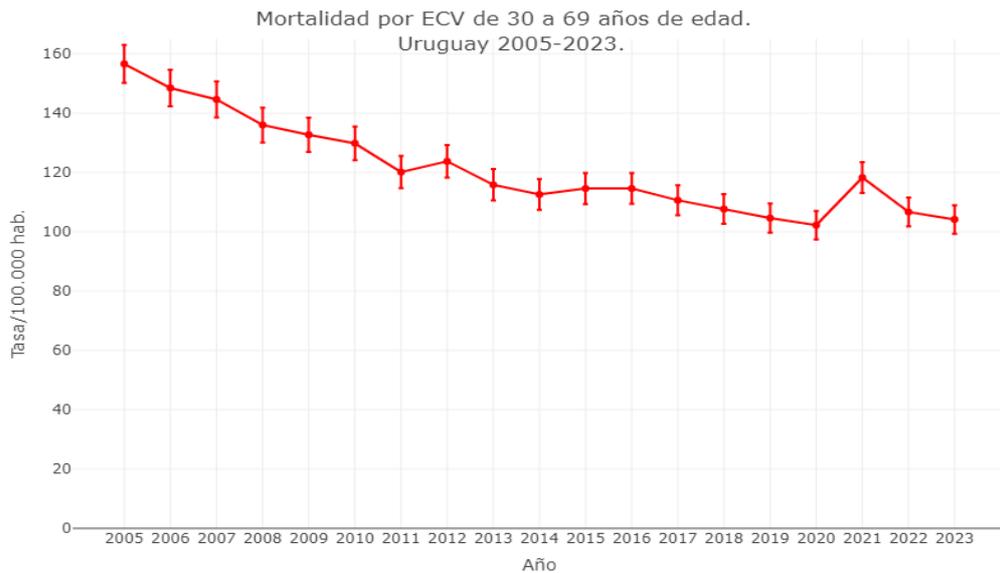


Figura 2.6: Evolución de la mortalidad prematura por ECV. Uruguay 2005-2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

La tasa de mortalidad prematura por ECV es mayor en hombres que en mujeres, con una relación en el entorno de 2 a 1 para el período analizado. Se evidencia una tendencia decreciente del indicador para ambos sexos hasta el año 2020, observándose un aumento en el año 2021 (Figura 2.7).

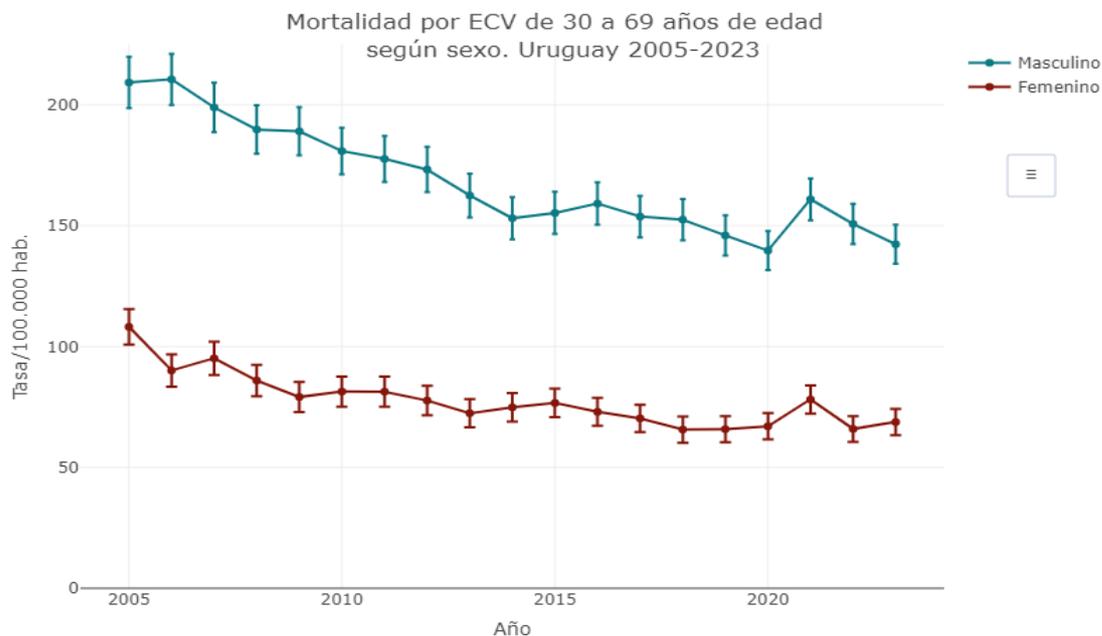


Figura 2.7: Tasa de mortalidad prematura por ECV para ambos sexos. Uruguay 2005-2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

La tasa de mortalidad prematura por enfermedades isquémicas del corazón disminuye en el período analizado hasta el año 2020, observándose un aumento en el año 2021 y volviendo a los valores prepandemia en el 2023. Para las enfermedades cerebrovasculares en el tramo etario de 30 a 69 años, se constata un aumento en los años 2019 y 2020, descendiendo en los años 2022 y 2023.

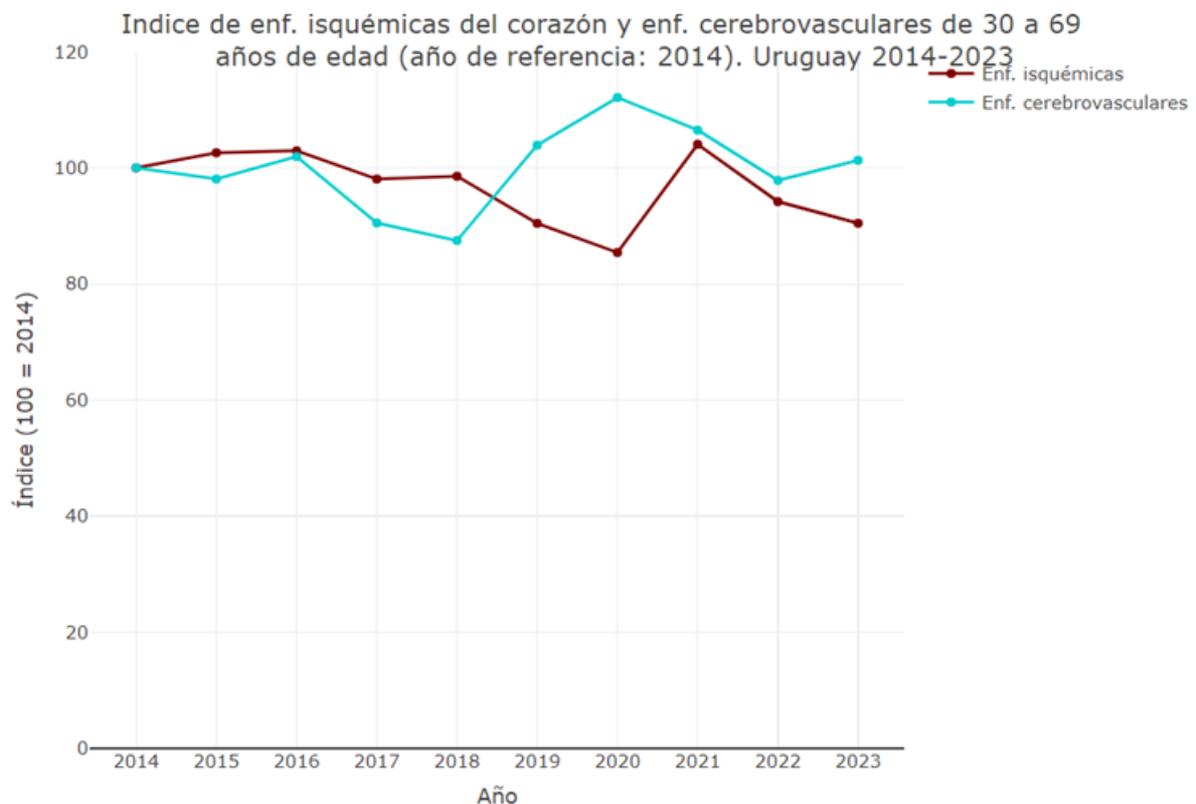


Figura 2.8: Índice de enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares de 30 a 69 años de edad, tomando como referencia el año 2014. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

La figura 2.9 muestra un aumento de las defunciones prematuras por paro cardíaco y un aumento moderado en insuficiencia cardíaca. Estas dos causas muestran picos en 2021 que podrían estar vinculados a las complicaciones cardiovasculares asociadas con la pandemia de COVID-19. Las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas e hipertensivas se han mantenido relativamente estables en comparación con 2014. En general, se observa una tendencia

descendente en 2022 y 2023 para varias causas, lo que podría reflejar una recuperación del sistema de salud y un mejor manejo de los pacientes cardiovasculares tras los efectos de la pandemia.

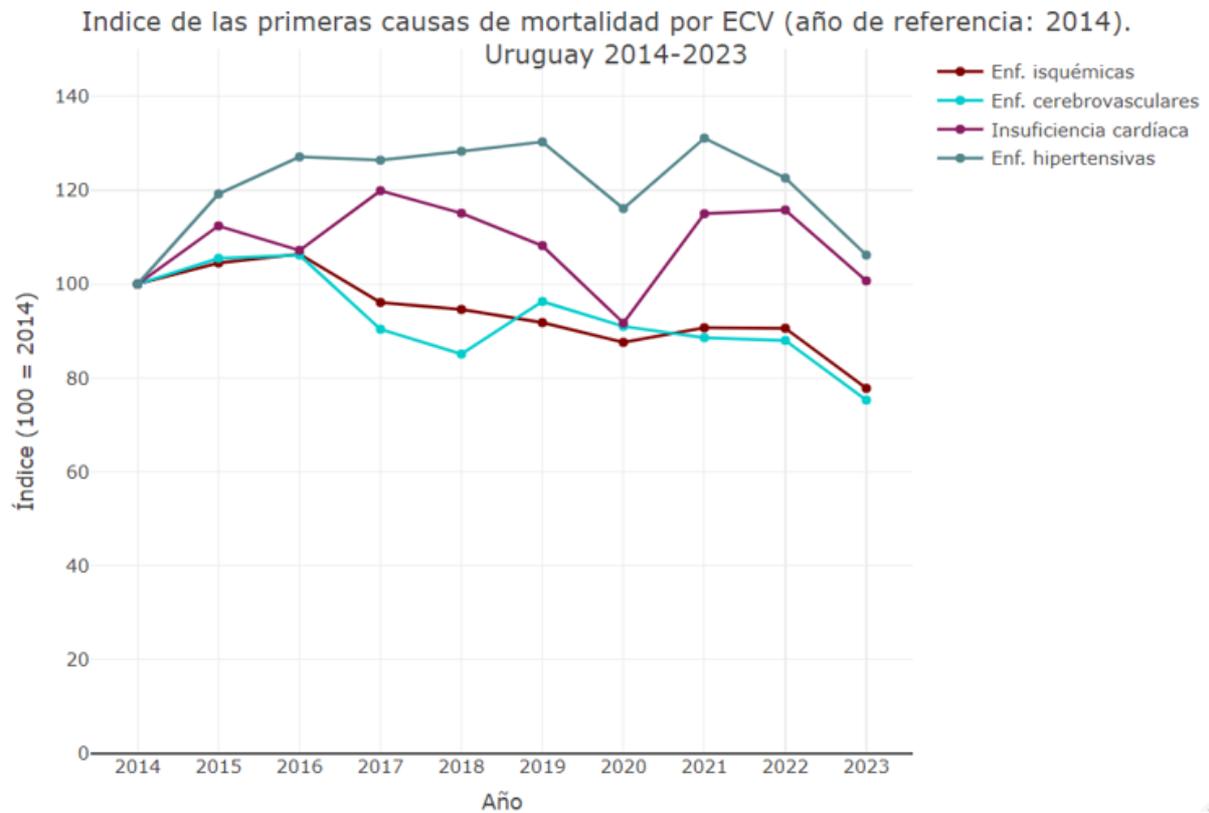


Figura 2.9: Índice de las primeras causas de mortalidad por ECV, tomando como referencia el año 2014. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

Sección 3.

En esta sección se describe la mortalidad en el año 2023 en menores de 15 años. Se realiza el análisis en tres tramos etarios, menores de 1 año, de 1 a 4 años y de 5 a 14 años.

3.1 Mortalidad en menores de 15 años de edad

En 2023 hubo 367 fallecidos menores de 15 años, distribuidos en 229 fallecimientos de menores de 1 año, 50 entre 1 y 4 años y 88 entre 5 y 14 años.

Como muestra la Figura 3.1, entre los menores de 1 año, predomina ampliamente la mortalidad originada en el periodo perinatal.

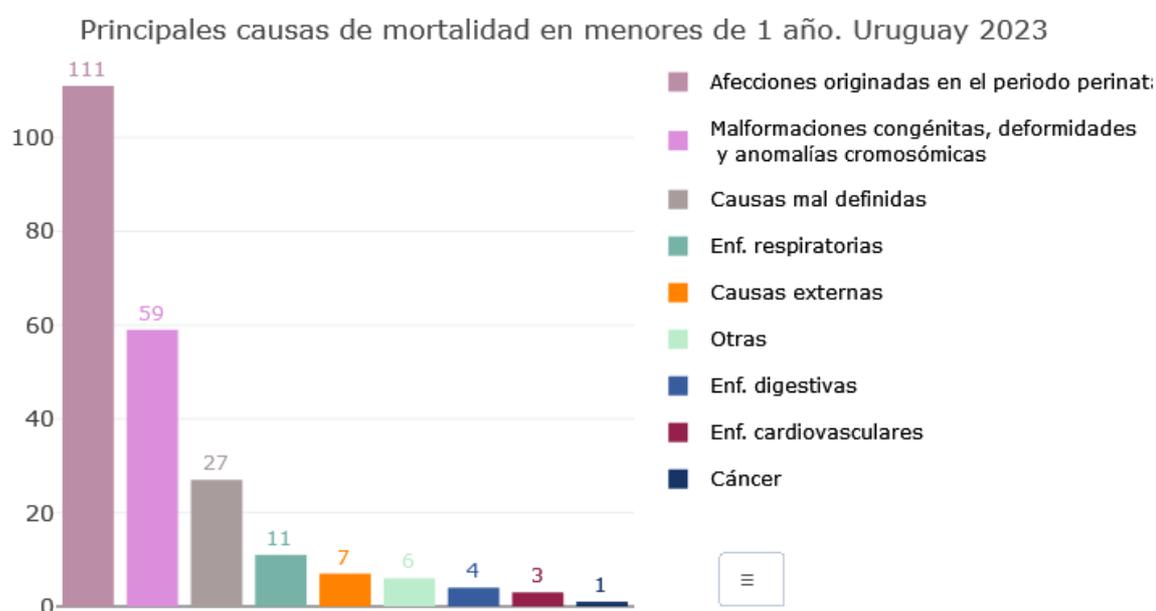


Figura 3.1: Principales causas de mortalidad en menores de 1 año. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

En el caso de la franja etérea de 1 a 4 años la principal causa de muerte son las malformaciones congénitas. Deformidades y anomalías cromosómicas seguidas de causas externas. Fig 3.2.

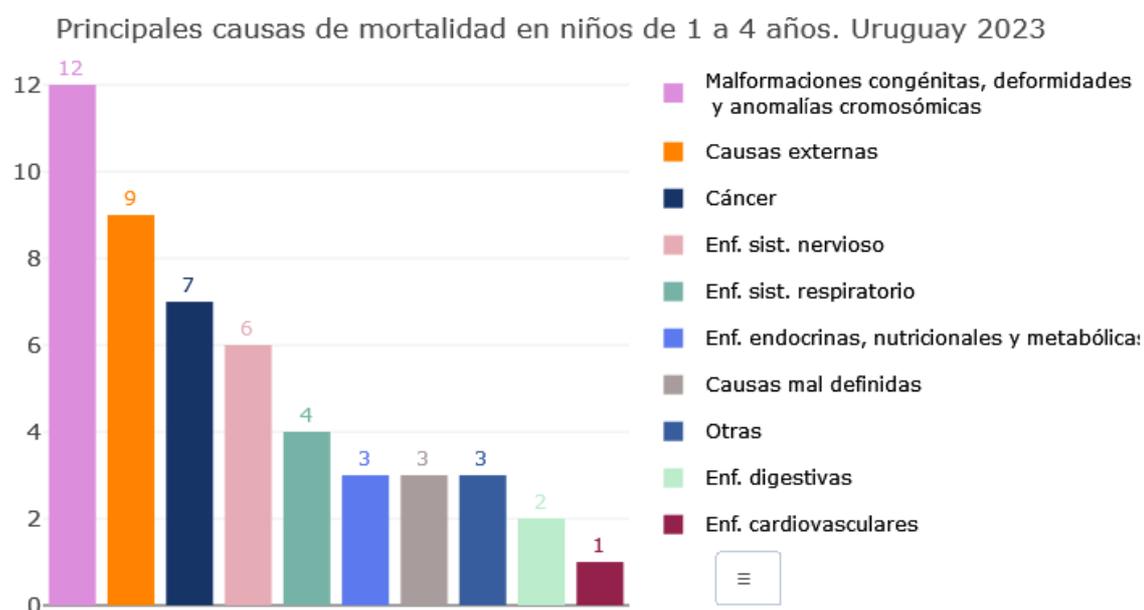


Figura 3.2: Principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años (números absolutos). Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP.

Para los mayores de 5 años y menores de 14 años predomina la mortalidad por causas externas seguida de cáncer. Fig 3.3.

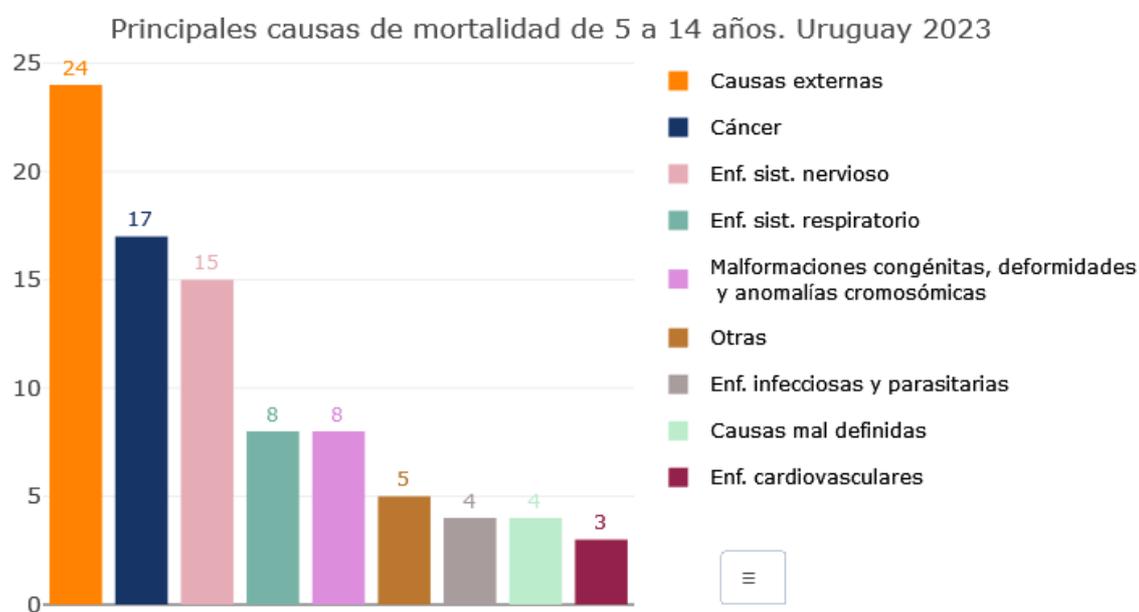


Figura 3.3: Principales causas de mortalidad de 5 a 14 años. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

Sección 4.

4.1. Mortalidad evitable según principales causas

La noción de **mortalidad evitable** 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 las posibles acciones y los grupos poblacionales a jerarquizar en la lucha contra la mortalidad precoz. Dimensionar y especificar la mortalidad evitable, conocer las 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.

La medición y análisis de la **mortalidad evitable** se descompone en dos grupos: la **mortalidad prevenible** y la **mortalidad tratable**. 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 factores de riesgo conductuales, biológicos o ambientales y/o a la falta de acceso a servicios de atención médica, entre otros. Algunos ejemplos son las defunciones a causa de enfermedades cardiovasculares, de ciertos tipos de cáncer relacionados con el tabaco o la dieta y los accidentes de tránsito. 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. 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. Para este informe, la medición de la mortalidad evitable se basa en las definiciones de la OCDE y Eurostat (OECD/Eurostat (2019)). 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 prevención 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. En la sección de anexos (Anexo III) se incluye el listado completo de códigos de mortalidad evitable según sean consideradas prevenibles o tratables y su respectivo código según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE-10).

En el año 2023, se registraron en el país 8.287 defunciones potencialmente evitables en personas menores de 75 años. Al analizar la distribución de la mortalidad evitable según las principales causas de defunción, se observa que los fallecimientos por cáncer, causas externas y ECV son las que registran la mayor prevalencia, con tasas que van de 53,9 a 76,3 defunciones cada cien mil habitantes menores de 75 años.

Principales causas de Muerte	Muertes evitables (ME)	Tasa ME cada 100 mil hab
Cáncer	2.533	76,3
Causas Externas	1.819	54,8
Enfermedades Cardiovasculares	1.790	53,9
Demás causas	1.200	36,1
Enfermedades del Sistema Respiratorio	848	25,5
COVID-19	103	3,1
Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas	0	0,0
Total	8.293	249,6

Tabla 4.1: Cantidad de defunciones y tasas de mortalidad evitable según principales causas cada 100 mil habitantes menores de 75 años. Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP. **Nota:** en las "demás causas" están agrupadas todas las causas de muerte según CIE-10 que no se corresponden con las 5 denominadas causas principales.

Si consideramos el total de muertes evitables como un 100% y tomamos en cuenta sus dos componentes, se advierte que casi dos tercios corresponden al componente de "muertes prevenibles" (60,3%) y el tercio restante al componente de "muertes tratables" (36,3%).

Al analizar las principales causas, destaca que casi la totalidad de las muertes por causas externas se agrupan en el componente de "prevenibles", al igual que aproximadamente un tercio de las muertes por enfermedades cardiovasculares (ECV) y algo más de un tercio de las muertes por cáncer.

Más de la mitad de las defunciones por ECV son consideradas evitables en la categoría de "tratables", mientras que más del 60% de las muertes por cáncer se clasifican como "prevenibles".

Principales causas de Muerte	Muertes prevenibles (MP)	Muertes Tratables (MT)	Muertes evitables (ME)
Cáncer	1.528	1.005	2.533
Enfermedades Cardiovasculares	851	939	1.790
Enfermedades del Sistema Respiratorio	530	318	848
Causas Externas	1.754	65	1.819
COVID-19	103	0	103
Otras causas	519,5	680,5	1.200
Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas	0	0	0
Total	5.286	3.008	8.293

Tabla 4.2. Cantidad de defunciones por muertes evitables -prevenibles y tratables- según principales causas, personas menores de 75 años. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

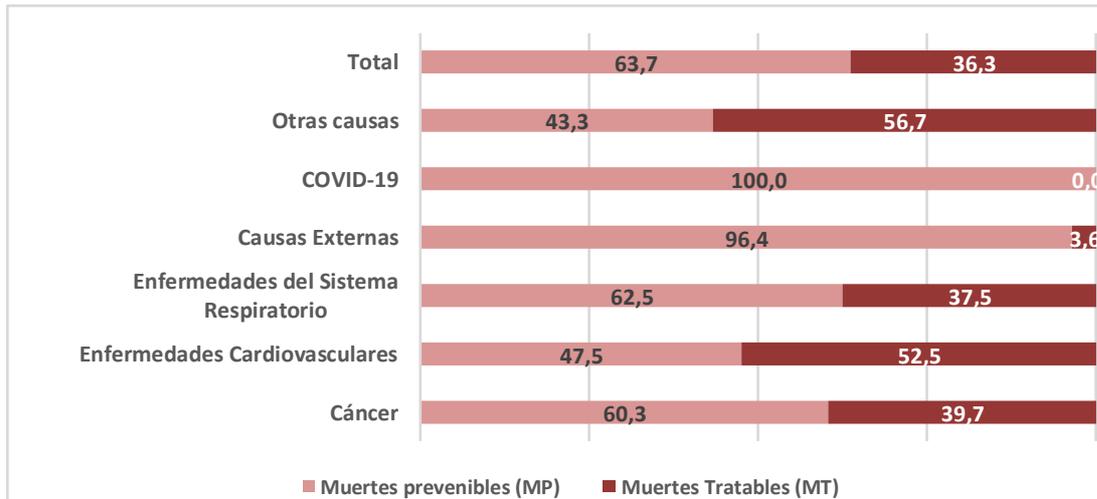


Figura 4.1. Distribución porcentual de muertes evitables según componentes (prevenibles y tratables). Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

4.2. Mortalidad evitable según grupos de edad

Dada la estructura etaria de la mortalidad, las personas jóvenes tienen un peso relativo “bajo” en el total de defunciones anuales (menos del 10%). Esta situación también queda reflejada al observar las tasas de mortalidad evitable por tramos etarios, donde los valores más bajos se registran en las edades más jóvenes. En el tramo de 55 a 74 años, la mortalidad potencialmente evitable es algo superior a las 800 defunciones cada cien mil habitantes.

Grupos etarios	ME	Proyecciones INE	Tasa ME cada 100 mil hab
Menor 15 años	191	684.962	27,9
15 a 34 años	935	1.025.478	91,2
35 a 54 años	1.632	926.312	176,2
55 a 74 años	5.535	683.425	809,9
Total	8.293	3.320.177	249,8

Tabla 4.3. Cantidad de defunciones por muertes evitables y defunciones totales según tramos etarios. Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población del INE Rev, 2013 año 2023.

En el grupo de personas fallecidas menores de 15 años, más de tres cuartas partes de las muertes evitables corresponden al componente de 'mortalidad tratable'. Sin embargo, en el siguiente grupo etario (15 a 34 años), la situación cambia drásticamente: casi el 90% de las defunciones evitables son prevenibles. Este predominio de la mortalidad prevenible se mantiene en los demás grupos etarios.

Grupos etarios	MP	MT	Total
Menor 15 años	41	151	191
15 a 34 años	826	110	935
35 a 54 años	1.139	493	1.632
55 a 74 años	3.281	2.255	5.535
Total	5.286	3.008	8.293

Tabla 4.4: Cantidad de defunciones de muertes evitables por componentes según grupos de edad. Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP.

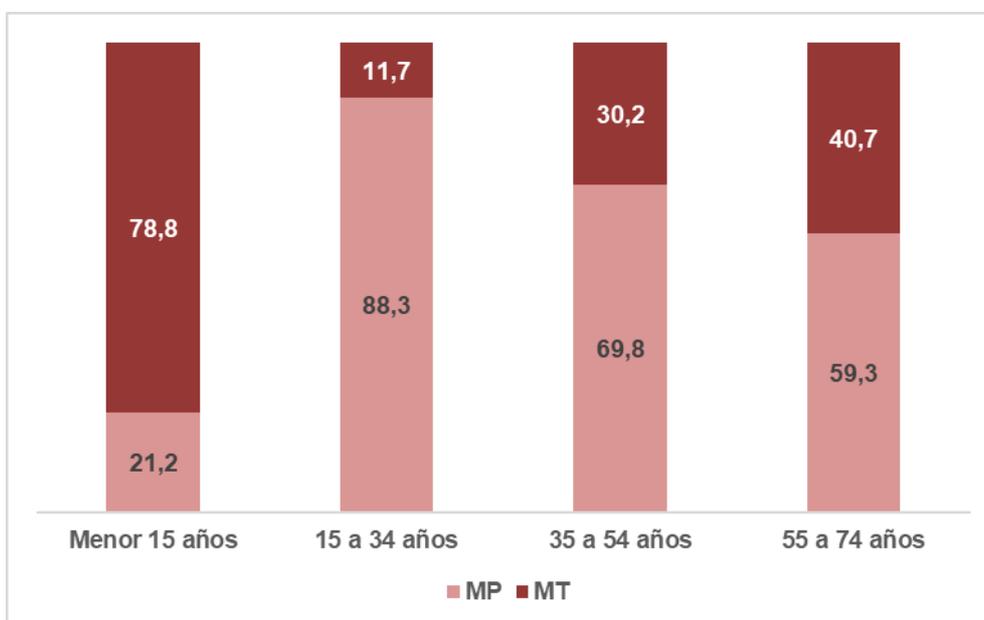


Figura 4.2. Distribución porcentual de muertes evitables por componentes según grupos etarios. Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP.

Tal como puede apreciarse en el siguiente gráfico (figura 4.4), en los tramos etarios superiores, es mayor la proporción de muertes por cáncer y enfermedades cardiovasculares, lo que resalta la importancia de considerar no solo la prevención de estas enfermedades, sino también la mejora en la atención y tratamiento. Este patrón sugiere que el sistema de salud debe centrarse en el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado. En las edades más jóvenes, las causas externas se vuelven preponderantes como muertes potencialmente evitables. Entre los menores de 15 años, donde la mortalidad es baja, la mayoría de los casos de muertes potencialmente evitables se ubican en “otras causas”, lo cual sugiere que hay una carga importante de muertes que podrían ser evitadas por intervenciones en salud pública, como la mejora de la atención materno-infantil, el acceso a servicios básicos de salud, entre otros.

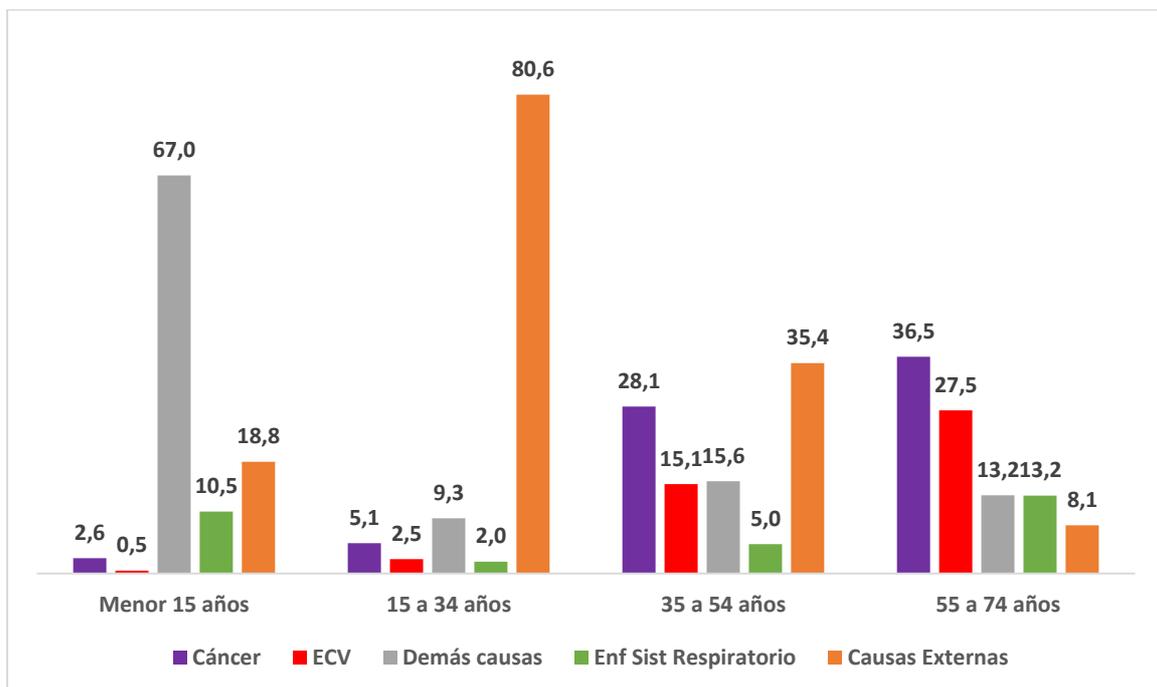


Figura 4.4. Distribución porcentual de muertes evitables por causas principales según grupos etarios. Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP.

4.3. Mortalidad evitable según sexo

Las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las muertes potencialmente evitables por causas principales indican que hay áreas donde se pueden implementar o fortalecer políticas y estrategias de salud pública específicas según el género. En particular, las causas externas en los hombres y el cáncer en las mujeres destacan como áreas prioritarias. Los datos también sugieren que las enfermedades cardiovasculares afectan de manera similar a ambos géneros.

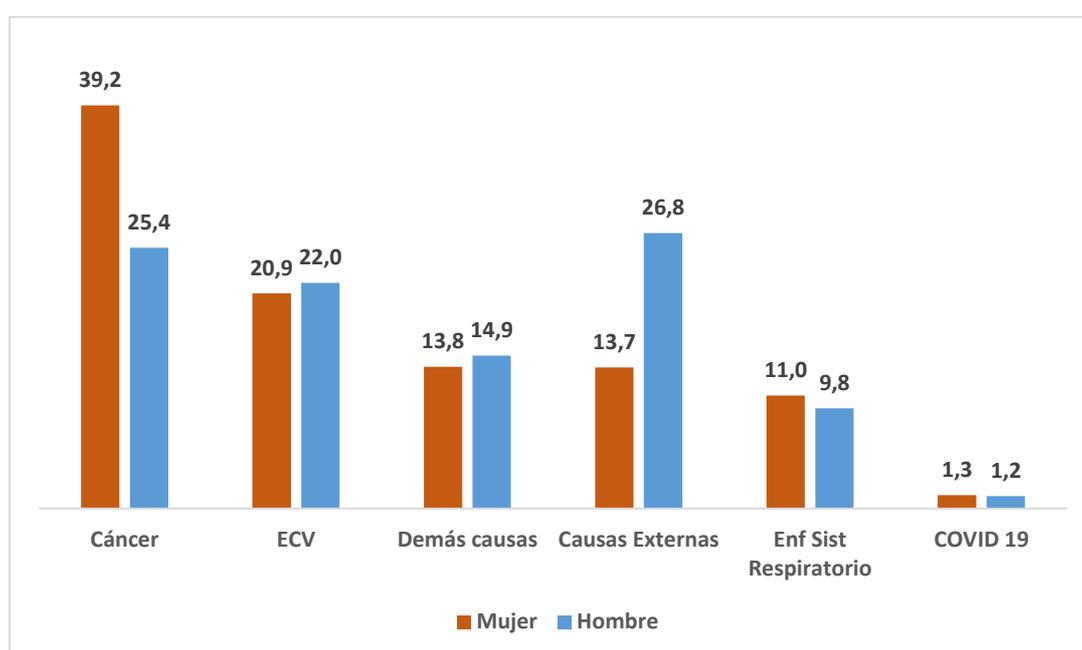


Figura 4.5: Distribución porcentual de muertes evitables por causas principales según sexo. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

La distribución de las muertes evitables sigue un patrón claro, con la mayoría de las mismas concentradas en el grupo de 55 a 74 años. Las mujeres presentan una proporción más alta en este grupo y los hombres en los grupos de edad más jóvenes, especialmente en el de 15 a 34 años.

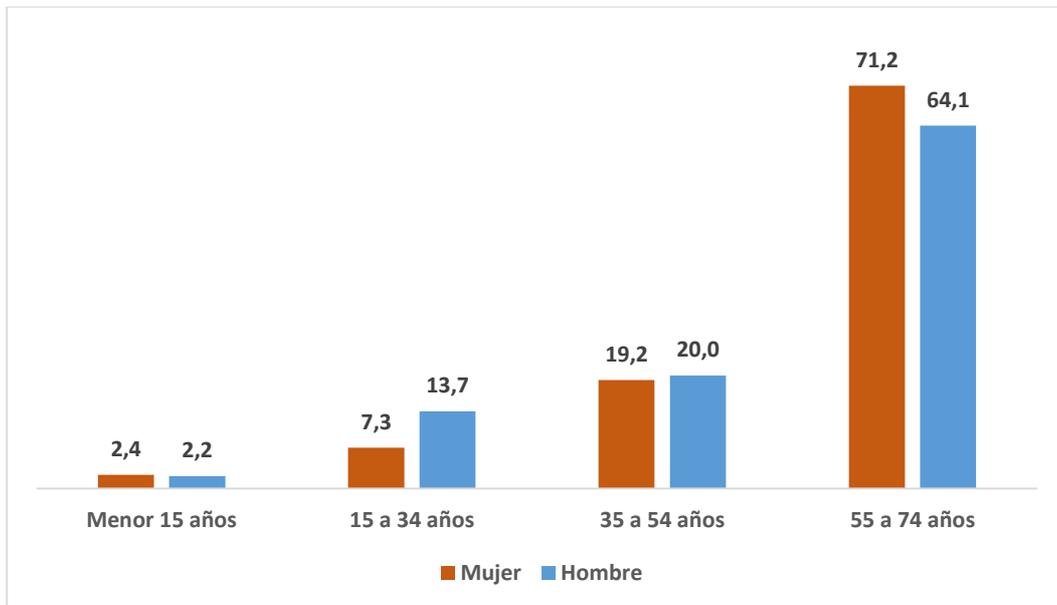


Figura 4.6: Distribución porcentual de muertes potencialmente evitables por grupos de edad según sexo. Año 2023. Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP.

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.

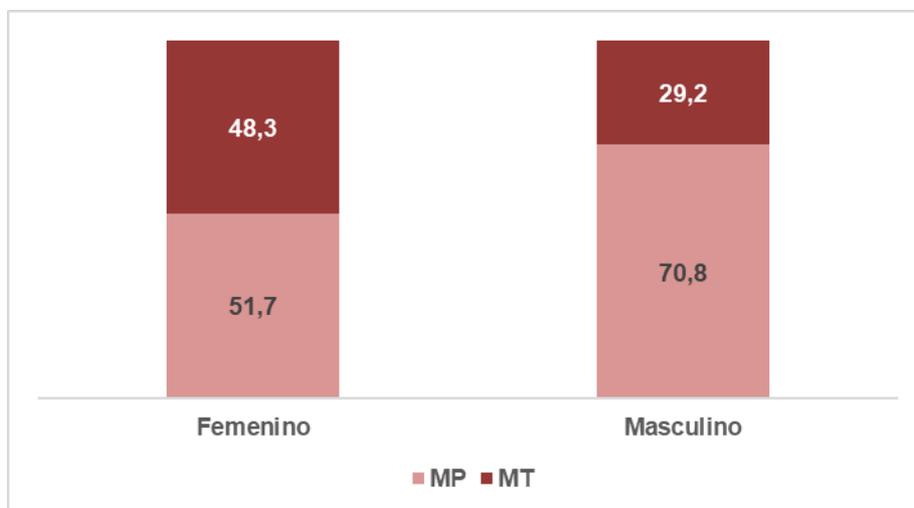


Figura 4.7. Distribución porcentual de muertes evitables según componentes por sexo. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

4.4. Mortalidad evitable por sexo según componentes

Al analizar la distribución porcentual de las defunciones evitables por componentes entre hombres y mujeres, se observan algunas diferencias destacables en las muertes por cáncer y causas externas. En el caso de las defunciones por cáncer, aproximadamente cuatro de cada diez muertes evitables en mujeres se clasifican como 'prevenibles', mientras que entre los hombres esta proporción asciende a casi ocho de cada diez. En cuanto a las causas externas, el componente de 'mortalidad prevenible' es mayoritario entre los varones, representando prácticamente el 100% de las muertes evitables. El comportamiento por género es muy similar en las enfermedades cardiovasculares (ECV) y en las del sistema respiratorio.

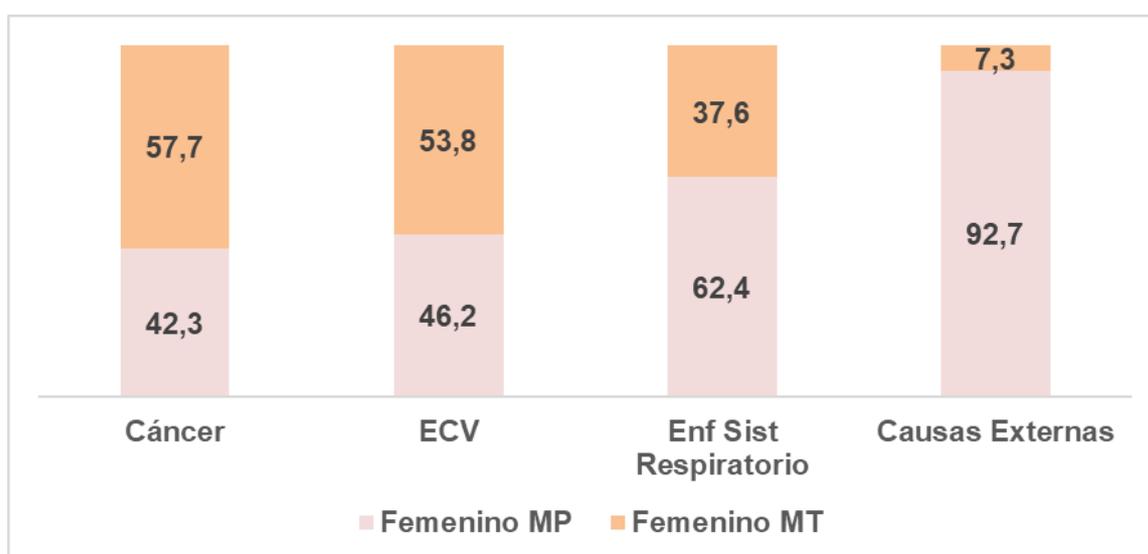


Figura 4.8: Distribución porcentual de muertes evitables según componentes. Mujeres. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

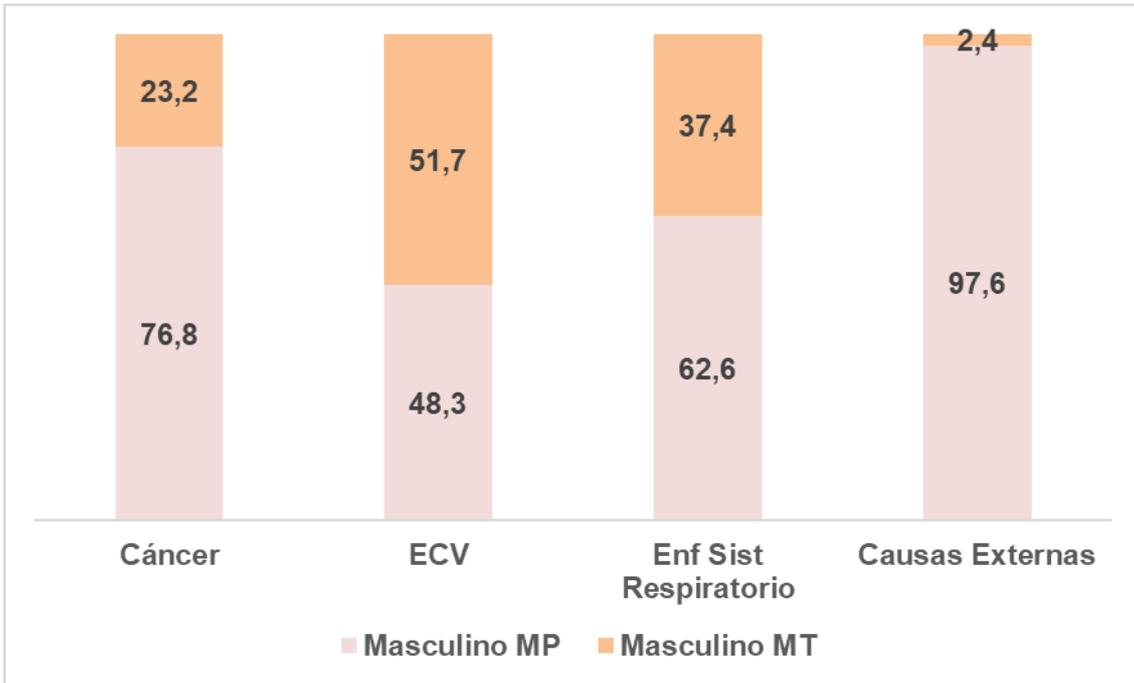


Figura 4.9: Distribución porcentual de muertes evitables según componentes. Hombres. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

4.5. Tasas de mortalidad evitable y por componentes

Otra forma de dimensionar las muertes consideradas potencialmente evitables es mediante el cálculo de tasas de mortalidad específicas por grupos de edad. El cálculo de tasas no solo permite entender mejor la magnitud del problema, sino también identificar áreas prioritarias para la intervención.

Tasa de mortalidad evitable por grupos quinquenales de edad

La TME aumenta con la edad, mostrando un crecimiento progresivo desde los 15 años, mostrando un incremento más acelerado a partir de los 45 años. Las tasas más bajas se encuentran en los niños y adolescentes. A medida que se envejece, el impacto acumulativo de enfermedades crónicas y la posible falta de intervenciones preventivas eficaces elevan considerablemente la mortalidad evitable.

Ambos sexos	Población proyectada (0 a 74)	ME (0 a 74 años)	Tasa ME cada 100 mil hab.
Total	3.320.177	8.293	249,8
0-4	224.026	152	67,8
5- 9	228.104	18	7,9
10-14	232.832	21	9,0
15-19	242.307	108	44,6
20-24	258.898	244	94,2
25-29	270.497	302	111,6
30-34	253.776	281	110,7
35-39	241.824	270	111,7
40-44	236.794	361	152,5
45-49	235.672	445	188,8
50-54	212.022	556	262,2
55-59	196.367	777	395,7
60-64	190.472	1.225	643,1
65-69	165.886	1.684	1015,2
70-74	130.700	1.849	1414,7

Tabla 4.5: Tasa de mortalidad evitable (TME) por grupos quinquenales de edad. Uruguay 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población INE, rev. 2013, año 2023.

A continuación, se presentan las tasas de mortalidad evitable desglosadas en sus dos componentes: prevenible y tratable, según los diferentes grupos etarios. Como se puede observar, en el grupo de 55 a 74 años, las defunciones evitables alcanzan cifras elevadas, con aproximadamente 485 muertes por cada 100 mil habitantes atribuibles a causas prevenibles y 333 a causas tratables, lo que sugiere un alto potencial de intervención en esta franja de edad, tanto a nivel preventivo como en la mejora de los tratamientos existentes. Este grupo concentra las mayores tasas de mortalidad evitable en ambos componentes.

En el grupo de 35 a 54 años, si bien las tasas son más bajas que en el grupo de mayor edad, siguen siendo significativas: 124 muertes prevenibles y 54 tratables por cada 100 mil habitantes. Esto evidencia la importancia de

mantener y reforzar las políticas de prevención y acceso a tratamiento oportuno en esta población, que podría beneficiarse de intervenciones en etapas más tempranas del curso de las enfermedades.

En contraste, en los grupos etarios más jóvenes, las tasas de mortalidad evitable son considerablemente menores. Entre la población menor de 15 años, se registran solo 5,9 muertes prevenibles y 21,9 muertes tratables por cada 100 mil habitantes, lo que sugiere que en esta franja de edad la mayoría de las defunciones evitables están más vinculadas al acceso y calidad del tratamiento médico que a la prevención.

A nivel general, se observa un patrón claro: la mortalidad prevenible es mayor que la tratable en todos los grupos de edad, especialmente en los adultos mayores, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias preventivas. Sin embargo, en la población más joven, la mortalidad tratable, aunque baja en términos absolutos, tiene un peso relativamente mayor, lo que subraya la necesidad de mejorar la atención médica y el acceso al tratamiento para reducir estas muertes.

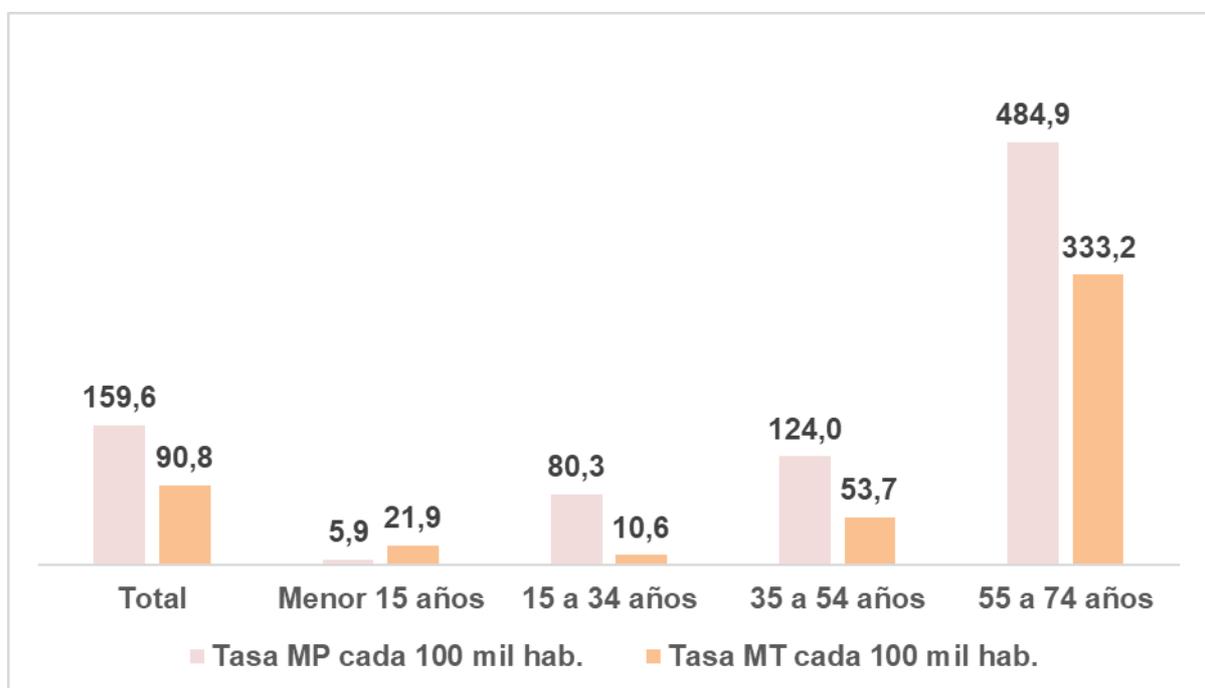


Figura 4.11. TME por componentes según grupo de edades. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población INE, rev. 2013.

El siguiente gráfico muestra las tasas de mortalidad evitable (ME) por enfermedades cardiovasculares (ECV), desglosadas en sus componentes: mortalidad prevenible (MP) y mortalidad tratable (MT).

La tasa de mortalidad evitable total por enfermedades cardiovasculares es de 54,1 por cada 100 mil habitantes. Esto indica que las enfermedades cardiovasculares representan una proporción significativa de las muertes evitables, lo que subraya la importancia de abordar estas causas tanto desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento médico.

La mortalidad prevenible por ECV es de 25,7 por cada 100 mil habitantes. Este valor refleja que un gran número de defunciones relacionadas con enfermedades cardiovasculares podrían haberse evitado mediante intervenciones de salud pública, como la promoción de hábitos de vida saludables (ejercicio, dieta adecuada, control del tabaquismo y la hipertensión). Esto sugiere la necesidad de continuar reforzando las políticas preventivas, dado que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo una causa importante de muerte prevenible.

A partir de la información proporcionada por el gráfico, se destaca la necesidad de un abordaje equilibrado en la lucha contra la mortalidad evitable por enfermedades cardiovasculares, con intervenciones tanto preventivas como terapéuticas.

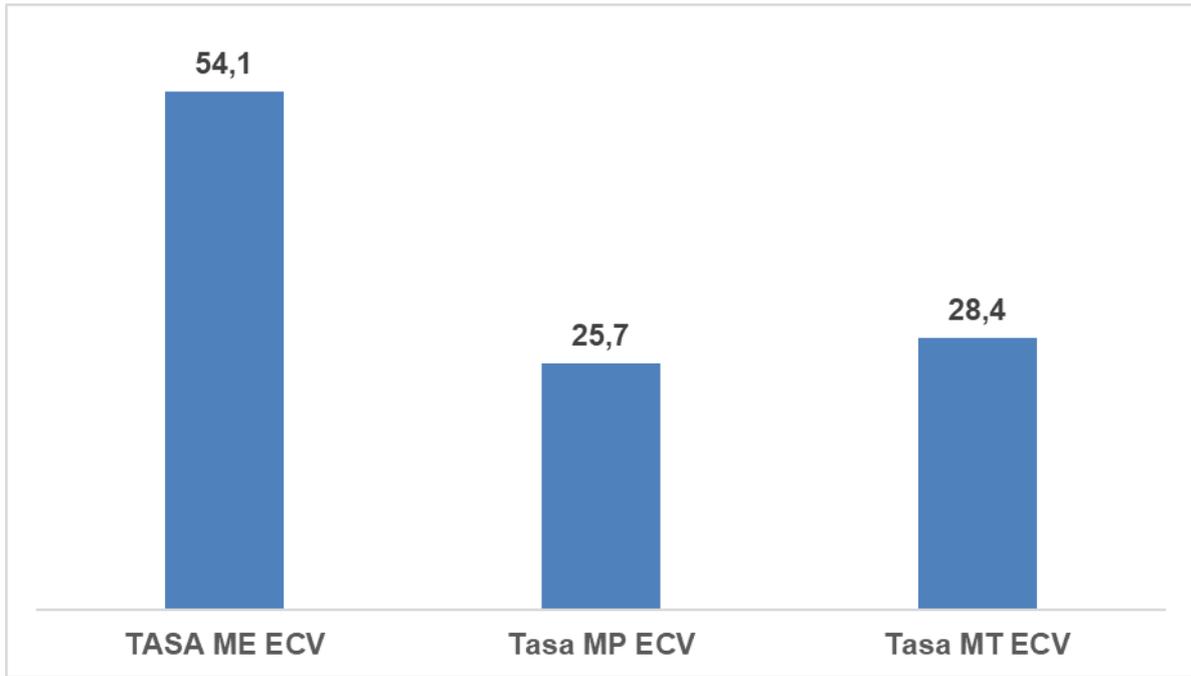


Figura 4.12. TME por ECV según componentes. Población de 0 a 74 años. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población INE, rev. 2013

4.6. Evolución reciente de la mortalidad evitable por grupos quinquenales de edad. Años 2016-2019 y 2023

La tasa de mortalidad evitable muestra una leve disminución en el período reciente, pasando de 262,6 en 2016 a 249,8 en 2023, con un ligero aumento intermedio en 2019 (265,8). Si bien esto sugiere una mejora global en la reducción de las muertes evitables, el progreso es desigual entre grupos etarios.

Entre los menores de 15 años la TME disminuyó, pasando de 34,9 defunciones potencialmente evitables cada 100 mil personas en 2016 a 27,9 en 2023. En el grupo de 15 a 34 años se constata un incremento constante en la TME, pasando de 74,8 en 2016 a 91,2 en 2023, lo que podría estar relacionado principalmente con causas externas como accidentes o violencia. En la población de 35 a 54 años la TME permanece relativamente

estable, con ligeras fluctuaciones. Finalmente, en el grupo etario de 55 a 74 años, si bien son los que registran las tasas más altas, son los que muestran una mejora apreciable al disminuir de 953,6 en 2016 a 809,9 en 2023.

Grupos etarios	2016	2019	2023
Menor 15 años	34,9	30,3	27,9
15 a 34 años	74,8	82,3	91,2
35 a 54 años	177,1	182,4	176,2
55 a 74 años	953,6	921,6	809,9
Total	262,6	265,8	249,8

Tabla 4.6: Tasa de mortalidad evitable (TME) por grupos quinquenales de edad para años seleccionados. Uruguay 2016, 2019 y 2023. **Fuente:** elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población INE, rev. 2013.

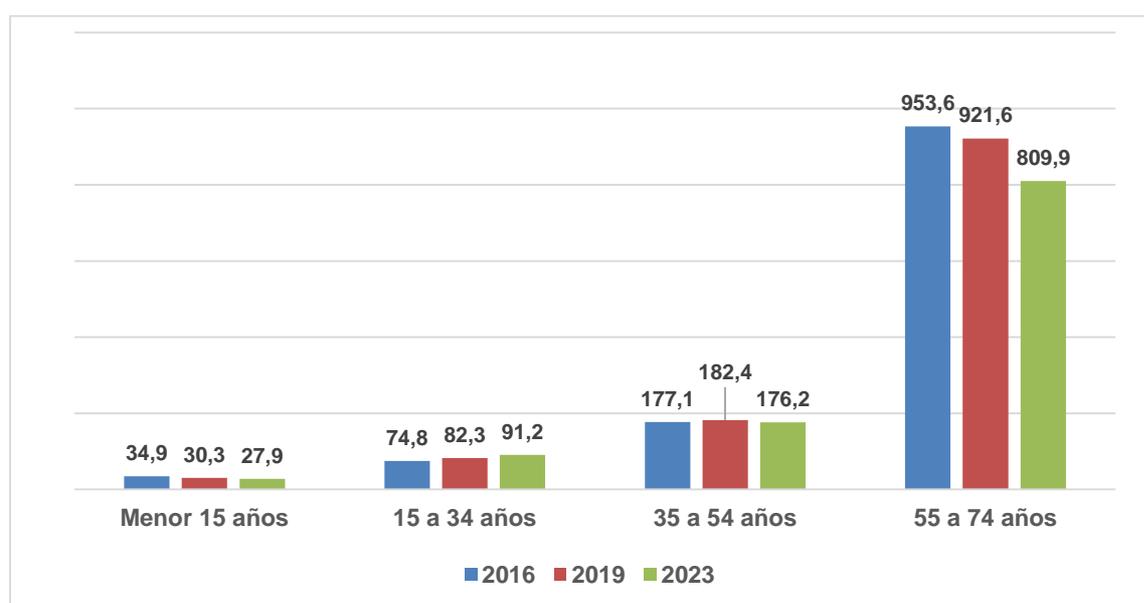


Figura 4.13. TME por grupos de edad para años seleccionados. Población de 0 a 74 años. Uruguay 2016, 2019 y 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población INE, rev. 2013

Sección 5

El análisis de la **desigualdad en los patrones de mortalidad** resulta una información esencial en el campo de la salud pública y la epidemiología. Saber que la mortalidad no es uniforme para todos los individuos y grupos dentro de una sociedad, siendo mayor en niveles socioeconómicos bajos, 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. Principalmente cuando se pretende dar cuenta de la desigualdad social 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 y 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.

En 2023, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) concentraron el mayor porcentaje de cobertura de salud a nivel poblacional, con cerca del 60% de la población declarando estar afiliada a estas instituciones. Un poco más de un tercio de las personas manifestó tener derechos de atención a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), siendo el grupo mayoritario (19,3%) quienes acceden de forma gratuita. Por su parte, los usuarios con cobertura en el Hospital Militar

o el Hospital Policial representan el 4% del total, mientras que aquellos con seguros privados son menos del 3%.

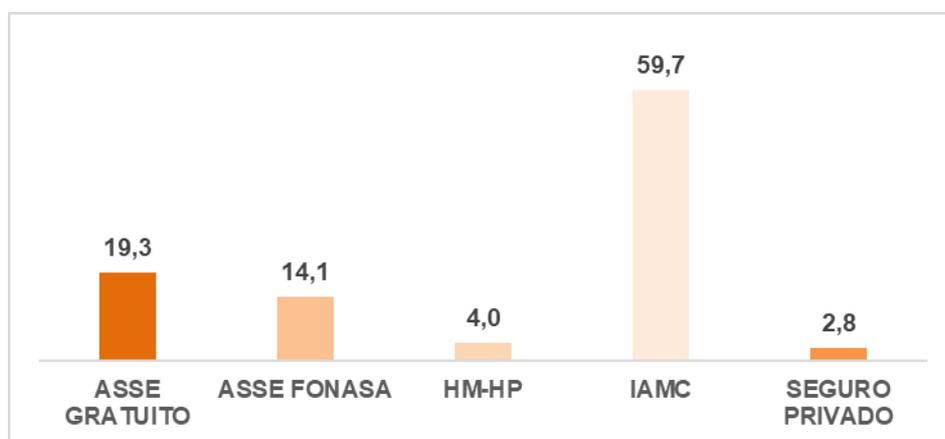


Figura 1. Distribución porcentual de personas en el país según tipo de cobertura de salud. Año 2023. Fuente: Elaboración propia en base a ECH-INE 2023.

Existe una amplia evidencia que demuestra diferencias importantes en el tipo y la calidad de la cobertura de salud según el nivel socioeconómico (4). Las personas en situación de pobreza suelen tener un acceso limitado a los seguros privados de salud y, en su mayoría, dependen de los sistemas públicos, como es el caso de ASSE en Uruguay. Esta dependencia se debe, entre otros factores, a la incapacidad para costear seguros privados o a la falta de aportes a la seguridad social debido a condiciones de precariedad laboral. Además, diversos estudios indican que quienes acceden a sistemas públicos de salud enfrentan tiempos de espera más prolongados, menor acceso a especialistas y una calidad de atención inferior en comparación con quienes tienen cobertura privada (5).

En países como Estados Unidos, las personas de bajos ingresos o en situación de pobreza tienen una mayor probabilidad de carecer de seguro o estar cubiertas por el sistema Medicaid, que ofrece atención a este grupo, pero con limitaciones en cobertura y acceso a tratamientos especializados (6). De manera similar, en América Latina, la pobreza está estrechamente

vinculada a la dependencia de los sistemas públicos de salud, como el SUS en Brasil o el sistema público en Argentina. En Uruguay, los sectores de menores ingresos dependen mayormente de ASSE, mientras que los sectores de ingresos medios y altos acceden a cobertura en las IAMC o a seguros privados (7).

Esta situación se confirma en Uruguay cuando se analiza la incidencia de la pobreza según el tipo de cobertura de salud. Como se observa en el siguiente gráfico, más de un tercio de las personas con cobertura gratuita en ASSE (36,5%) se encuentran por debajo de la línea de pobreza. En contraste, menos del 3% de las personas con cobertura en IAMC y menos del 1% de quienes poseen seguros privados están en igual situación. Estos datos resaltan la importancia de observar los patrones de mortalidad en función del tipo de cobertura de salud, considerando esta variable como un indicador indirecto del nivel socioeconómico.

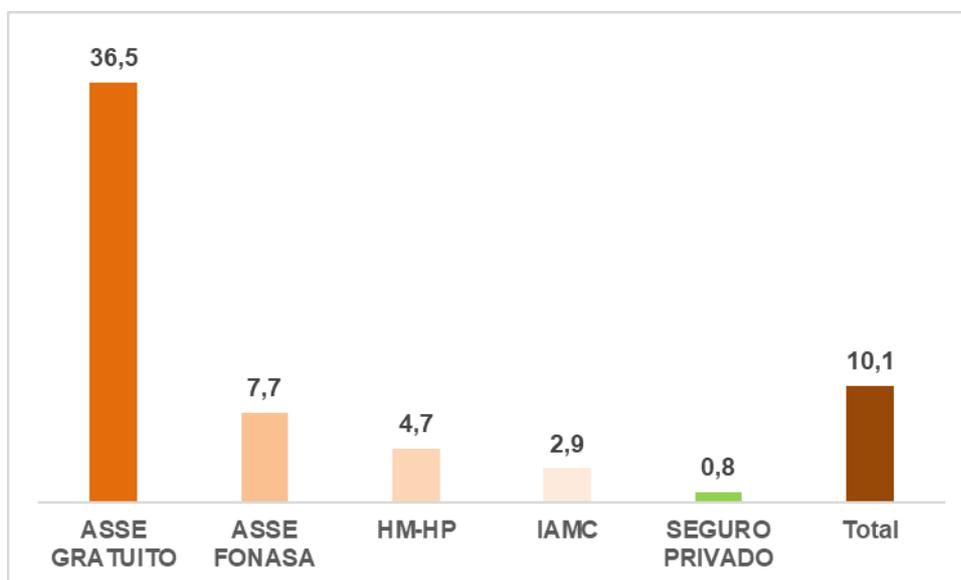


Figura 2. Incidencia de la pobreza a nivel país (%) según tipo de cobertura de salud. Año 2023. Fuente: Elaboración propia en base a ECH-INE 2023.

5.1 Distribución porcentual de personas según tipo de cobertura de salud

En la siguiente tabla se describe la distribución de defunciones según la tipología a partir de la cobertura de salud de la población.

Tipología Cobertura salud	Hombre	Mujer	Total
ASSE GRATUITO	2.538	1.271	3.809
ASSE FONASA	4.450	4.697	9.147
HM-HP	1.072	1.264	2.336
IAMC	8.921	9.979	18.900
SEGURO PRIVADO	197	177	374
SD	90	20	110
Total	17.268	17.408	34.676

Tabla 5.1. Cantidad total de defunciones y por sexo según tipo de cobertura de salud. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

En la figura 5.1 se muestra la distribución porcentual de la población por tipo de cobertura de salud y la distribución porcentual de defunciones según tipo de cobertura de salud. La subrepresentación de defunciones en ASSE gratuito puede deberse a que es un grupo con una población más joven, mientras que la sobrerrepresentación en ASSE FONASA y HM-HP puede estar relacionada con una población más envejecida en comparación con la primera. IAMC, con una distribución etaria más balanceada, refleja una mortalidad levemente menor, lo que podría estar vinculado tanto a la calidad de los servicios como a la composición demográfica.

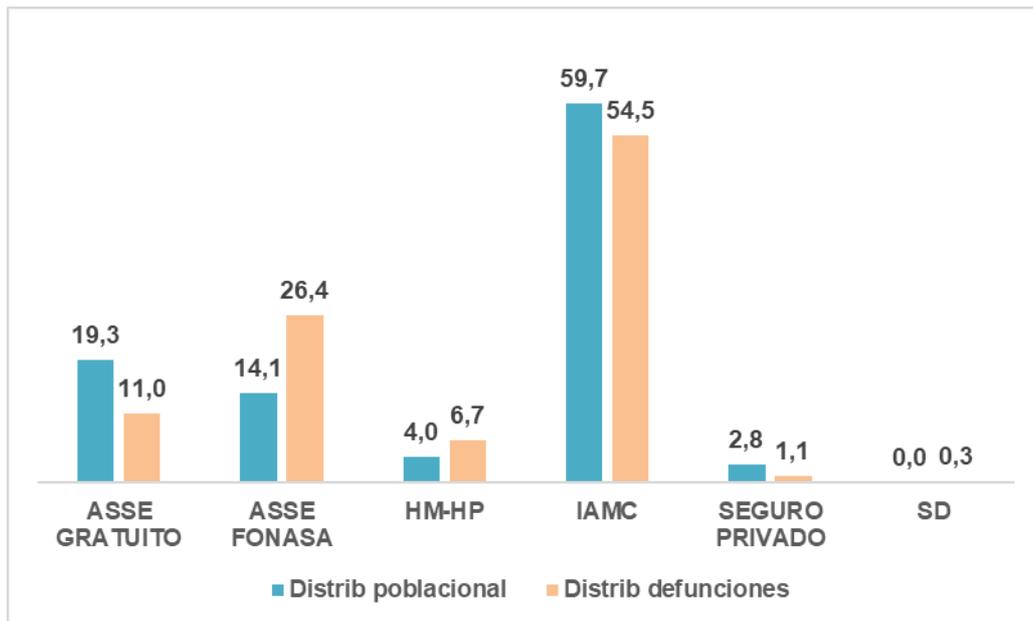


Figura 5.1. Distribución porcentual de personas según tipo de cobertura de salud y de defunciones según tipo de cobertura de salud. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP y ECH del INE.

El siguiente gráfico (figura 5.2) refleja cómo el tipo de cobertura de salud en Uruguay se distribuyen en función de las características demográficas, particularmente la edad, lo que, tal como se ha expresado en la sección metodológica, está relacionado con factores socioeconómicos. La cobertura de ASSE gratuito (barras azules) tiene su mayor concentración en personas jóvenes, con un claro pico entre los 15 y 24 años. Esto está relacionado con el mayor acceso a este tipo de cobertura en sectores de menores ingresos. En tanto, las personas con otras coberturas de salud, registran una distribución bastante más pareja a lo largo de todas las edades, con su pico entre los 40 y los 64 años.

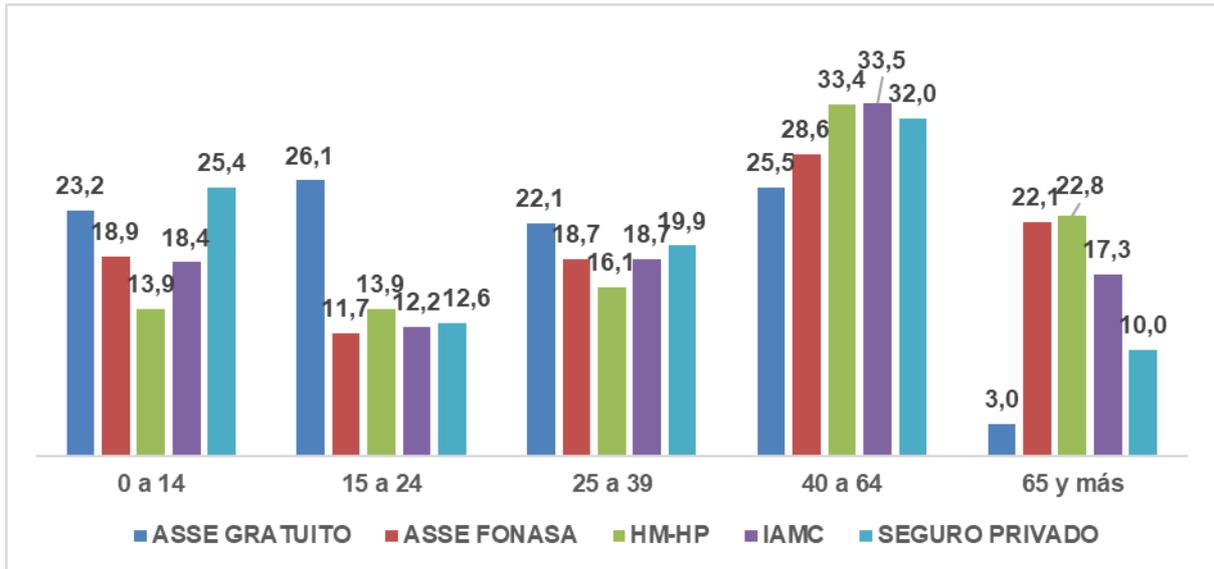


Figura 5.2. Distribución porcentual de personas por tramos etarios según tipo de cobertura de salud. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a ECH del INE.

5.2. Distribución de defunciones por sexo según tipo de cobertura de salud

La figura 4.3 muestra cómo las diferencias en la cobertura de salud y la composición por sexo afectan la mortalidad en Uruguay. En ASSE FONASA e IAMC, las mujeres tienden a representar una mayor proporción de las muertes que los hombres. Esto puede deberse a la mayor esperanza de vida de las mujeres, lo que lleva a una mayor proporción de muertes en edades más avanzadas. Los hombres, en cambio, tienen una mayor proporción de defunciones en ASSE gratuito, lo que sugiere que la mortalidad en este grupo está más masculinizada, posiblemente debido a mayores factores de riesgo y/o una menor esperanza de vida (masculinización de la mortalidad entre la población más vulnerable).

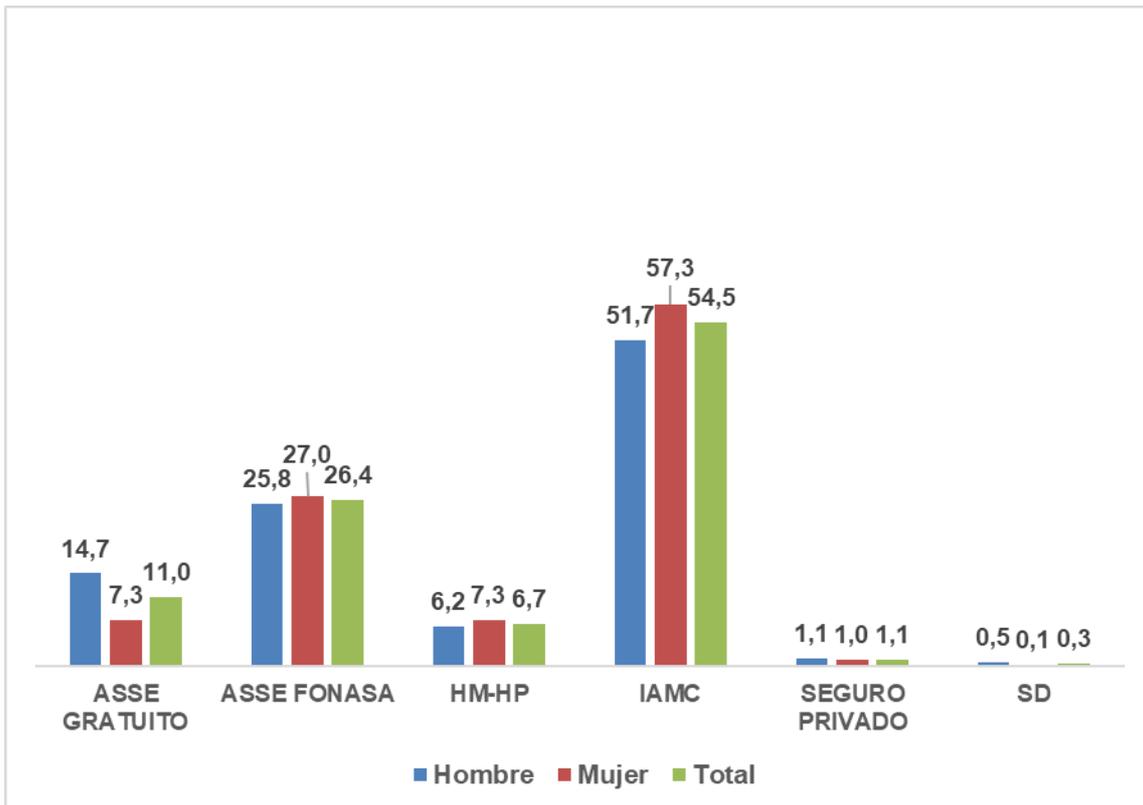


Figura 5.3. Distribución porcentual de muertes según tipo de cobertura por sexo. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

5.3. Distribución de defunciones por grupos de edad según tipo de cobertura de salud

En el gráfico siguiente muestra la distribución de las defunciones por grupos etarios según tipología de cobertura de salud. Como es esperable dado el patrón que ya observamos de la mortalidad general, las personas de 75 años y más representan el tramo mayoritario en todos los tipos de cobertura. Sin embargo, destacan especialmente en IAMC (68.3%) y en los seguros privados (65.5%), lo que sugiere que la mayoría de las muertes en estos casos corresponden a personas de edad avanzada. Esto refleja el impacto diferencial del envejecimiento poblacional y la concentración de la mortalidad más longeva en algunos sectores de la población. Si bien las defunciones en personas menores de 15 años y entre 15 y 34 años representan una pequeña proporción del total en todos los tipos de

cobertura, están sobrerrepresentados en ASSE gratuito. Esto refleja las desigualdades sociales a partir de una mayor mortalidad prematura en poblaciones de mayor vulnerabilidad social. En definitiva, arrojan luz sobre las variaciones en los patrones de mortalidad por edad, influenciados por factores sociales y económicos.

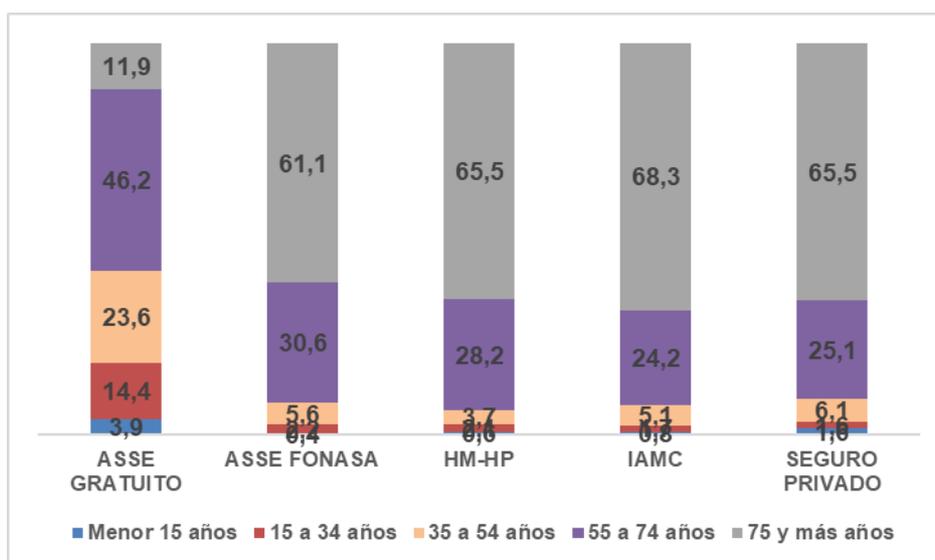


Figura 4.4. Distribución porcentual de muertes según tipo de cobertura por tramos de edad. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

5.4. Distribución de defunciones por grupos de edad según tipo de cobertura de salud y sexo

Si observamos la misma distribución, es decir, mortalidad por tramos de edad según tipo de cobertura de salud, pero considerando el género, encontramos algunas diferencias que vale destacar (figuras 4,5 y 4.6). La mortalidad de los varones es en mayor medida prematura, esta situación se hace más notoria entre las personas que atendían su salud en ASSE. Especialmente en los que tenían cobertura prevista para poblaciones de menores recursos (ASSE gratuito). Tal como puede apreciarse, la proporción de defunciones en mujeres de 75 y más años es mayor que en los varones en casi todos los tipos de cobertura. En los tramos más jóvenes, tanto en mujeres como en varones, ASSE gratuito tiene una mayor proporción de

muerres, lo que sugiere, tal como ya se planteado, desigualdades de acceso o condiciones de salud más adversas en algunos sectores de la población. En líneas generales, las mujeres tienden a concentrar la mortalidad en edades más avanzadas en comparación con los varones, lo que puede estar reflejando su mayor esperanza de vida. Se sostiene la conjetura respecto a que las diferencias en los patrones de mortalidad por género y tipo de cobertura pueden estar influidas por factores socioeconómicos, acceso a servicios de salud y diferencias en la carga de enfermedad a lo largo de la vida.

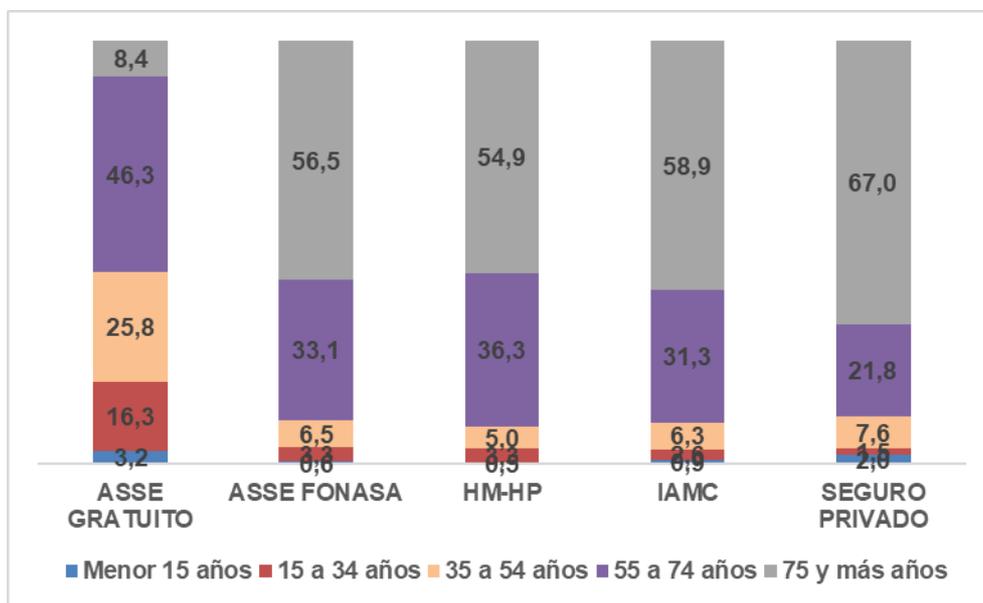


Figura 5.5. Distribución porcentual de muertes según tipo de cobertura por tramos de edad. Varones Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

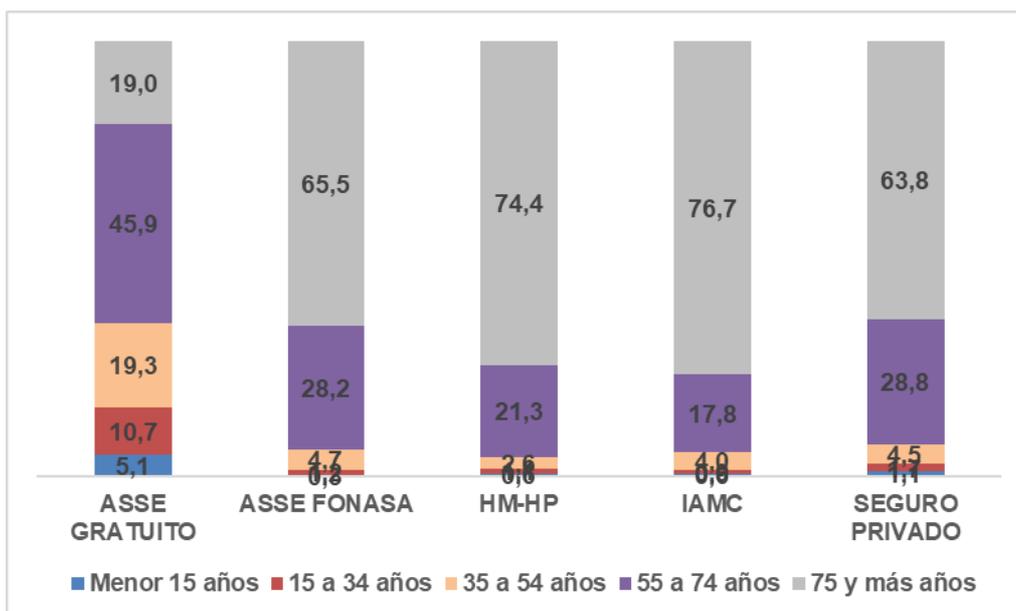


Figura 5.6 Distribución porcentual de muertes según tipo de cobertura por tramos de edad. Mujeres. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

5.5. Distribución de defunciones por causas principales según tipo de cobertura de salud

En la siguiente figura se muestra la distribución de muertes por causas principales y tipo de cobertura de salud. Se observan diferencias importantes en las causas de muerte según el tipo de cobertura de salud. Si bien la proporción de muertes por cáncer es considerablemente alta en todos los tipos de cobertura de salud, se destaca en el seguro privado con un 32.6%, seguido de IAMC con 24.1%. Las enfermedades cardiovasculares también tienen una alta incidencia en todos los grupos, aunque representan un porcentaje menor tanto en seguros privados como en ASSE gratuito. Las causas externas tienen un impacto más evidente en ASSE gratuito (12.7%) en comparación con otros tipos de cobertura.

En suma, el seguro privado muestra una mayor proporción de mortalidad por cáncer, mientras que ASSE gratuito y ASSE FONASA tienen proporciones más altas en causas externas y enfermedades respiratorias.

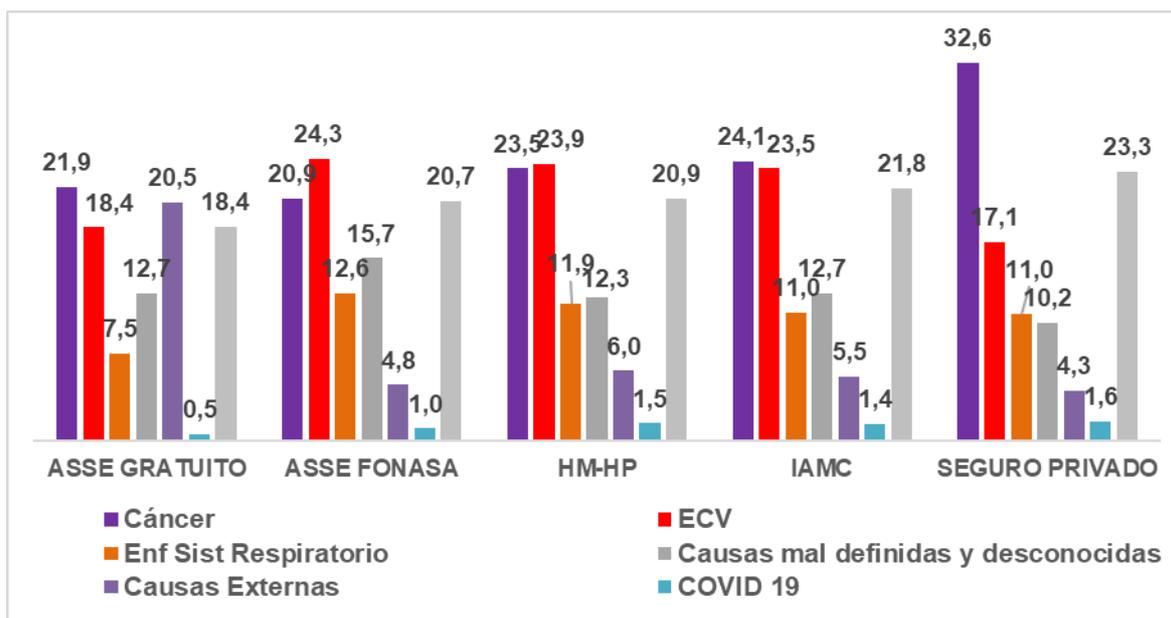


Figura 5.7. Distribución porcentual de muertes según tipo de cobertura por principales causas de muerte. Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

5.6. Tasas específicas de mortalidad por edad según tipo de cobertura de salud

Las figuras 4.8 y 4.9 muestran las tasas de mortalidad por grupos de edad según tipo de cobertura de salud. La mortalidad más alta en ASSE gratuito y ASSE FONASA, como ya fuera mencionado, puede estar relacionada con dificultades en el acceso a servicios de salud y otros determinantes socioeconómicos. Las tasas de mortalidad entre los más jóvenes (menores de 35) es aproximadamente 6 veces mayor entre quienes tenían cobertura en ASSE GRATUITO en comparación con SEGURO PRIVADO. Y en el grupo etario siguiente es aproximadamente 7 veces mayor. Entre las personas de 55 a 74 años las tasas de quienes tienen ASSE GRATUITO es poco más de 4 veces mayor y entre los más viejos (75 y más) la tasa es de aproximadamente 2,6 veces mayor que las personas con SEGURO PRIVADO.

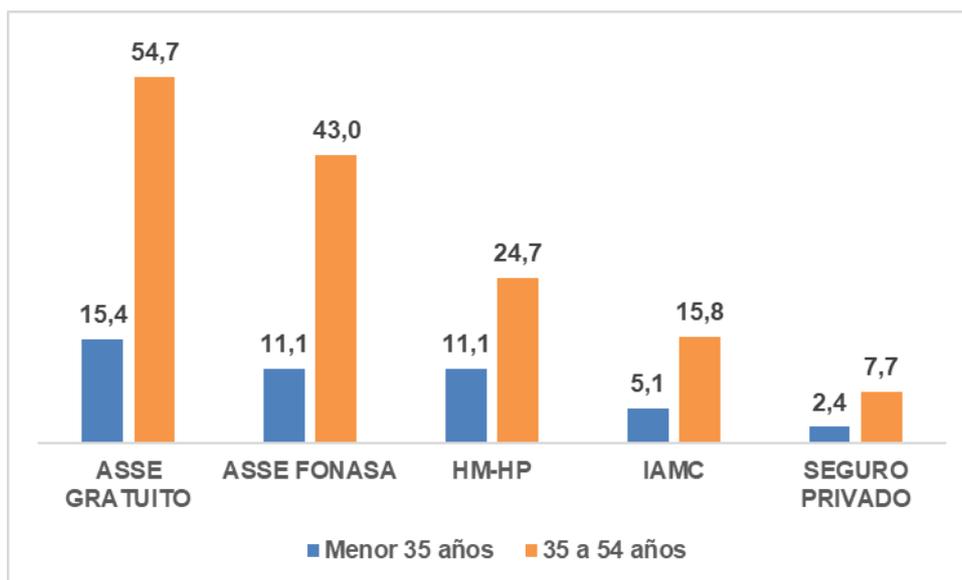


Figura 5.8. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad cada 10 mil habitantes según tipo de cobertura (menores de 35 años y 35 a 54 años). Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población del INE, Rev. 2013.

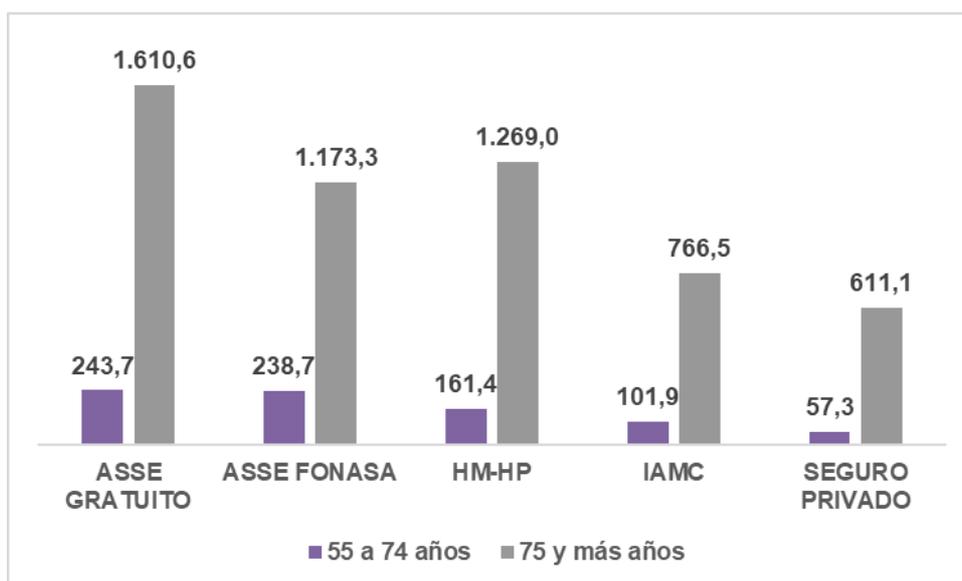


Figura 5.9. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad cada 10 mil habitantes según tipo de cobertura (55 a 74 años y 75 y más). Uruguay 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP y Proyecciones de población del INE, Rev. 2013.

5.7 Evolución reciente de las Tasas específicas de mortalidad por edad según tipo de cobertura de salud. Años 2016, 2019 y 2023

A continuación, se presentan un análisis reciente de la mortalidad según tipo de cobertura de salud, tomando en cuenta, además del año correspondiente al actual reporte (2023), dos años anteriores a la pandemia por COVID 19. Para la estimación de los subgrupos poblaciones (denominadores de las tasas) se toma en cuenta la distribución poblacional por tipo de cobertura de salud de acuerdo a la ECH-INE. El análisis se realiza por grupos etarios.

Entre los menores de 35 años, quienes tenían como cobertura ASSE Gratuito, registran un aumento sostenido en la mortalidad, pasando de 9,7 en 2016 a 12,0 en 2019, y alcanzando 15,4 en 2023. Algo similar ocurre con quienes tenían como cobertura ASSE FONASA. El incremento es evidente, aunque en menor magnitud, la tasa pasa de 4,8 en 2016 a 9,4 en 2023.

Las tasas de quienes tenían como cobertura las IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) mantuvieron cierta estabilidad entre 2016 y 2019 (3,7) y experimentaron un incremento en 2023, alcanzando 5,1. Finalmente, quienes tenían como cobertura de salud un seguro privado, la opción con las tasas más bajas, los valores oscilan entre 1,8 y 2,5 en los tres períodos.

Hay un claro gradiente de mortalidad según el tipo de cobertura, donde las personas con ASSE Gratuito tienen tasas más altas que aquellas con Seguro Privado. Cabe destacar que entre 2019 y 2023, el impacto de eventos como la pandemia de COVID-19 pudo haber afectado desproporcionadamente a ciertos grupos, especialmente entre las personas de menores recursos.

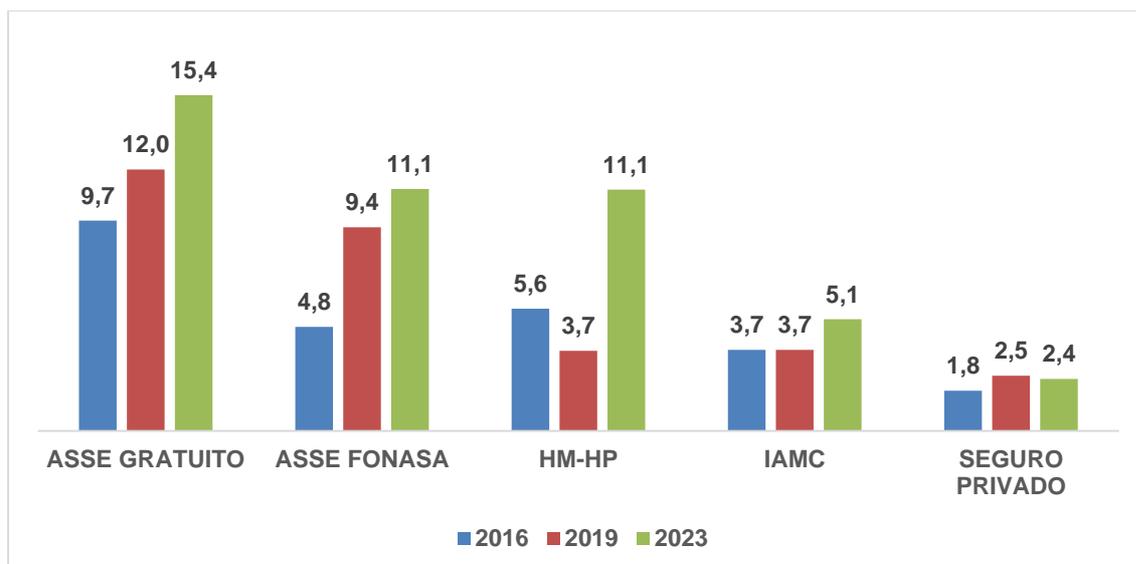


Figura 5.10. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad cada 10 mil habitantes según tipo de cobertura en menores de 35 años. Años seleccionados, Uruguay 2016,2019 y 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP, Proyecciones de población del INE, Rev. 2013 y ECH INE.

En la población de 35 a 54 años, se mantiene la tendencia respecto a quienes se atendían en ASSE Gratuito: registran las tasas más altas. Comienza con 53,7 en 2016, desciende a 45,1 en 2019 y vuelve a subir a 54,7 en 2023.

ASSE FONASA muestra una tendencia de aumento constante, de 21,9 en 2016 a 52,2 en 2023. IAMC presenta relativa estabilidad, aunque con una leve tendencia al alza. Pasa de 15,6 en 2016 a 17,2 en 2019 y a 15,8 en 2023. Y quienes tenían como cobertura el Seguro privado registran las tasas consistentemente más bajas, oscilando entre 8,7 en 2016 y 7,7 en 2023.

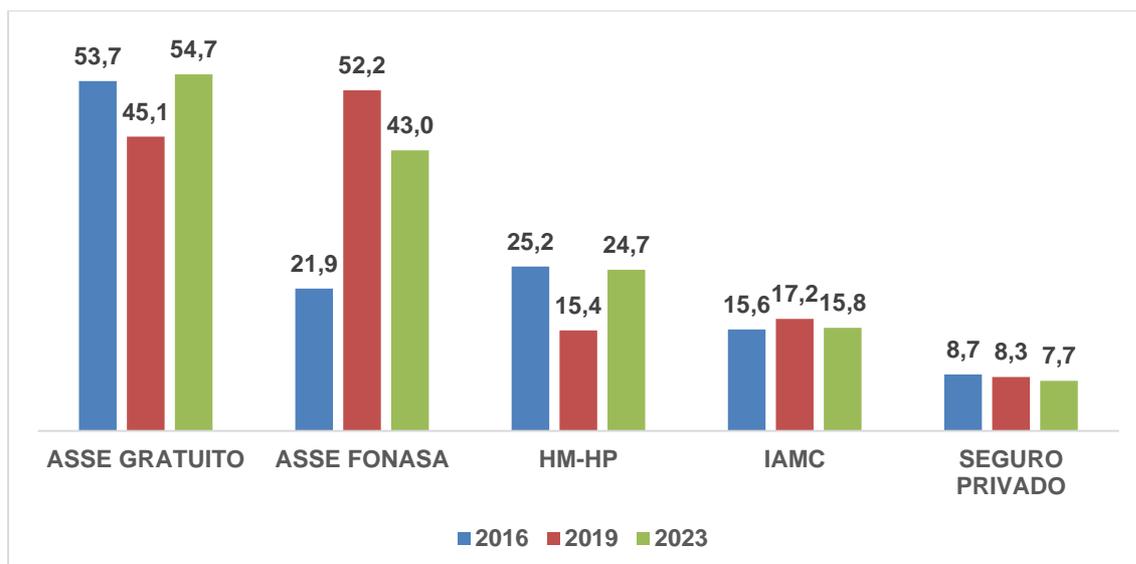


Figura 5.11. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad cada 10 mil habitantes según tipo de cobertura en personas de 35 a 54 años. Años seleccionados, Uruguay 2016,2019 y 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP, Proyecciones de población del INE, Rev. 2013 y ECH INE.

Entre las personas de 55 a 74 años, se mantiene la tendencia de ASSE Gratuito con las tasas más altas en todos los años, aunque con una disminución de 293,8 en 2016 a 243,7 en 2023. En el otro extremo, quienes se atendían en seguro privado presentan las tasas más bajas, manteniéndose estable alrededor de 60,8 a 57,3. En general, hay una ligera reducción de la mortalidad, aunque las tasas registradas entre quienes se atendían en ASSE FONASA y IAMC muestran una mejora continua.

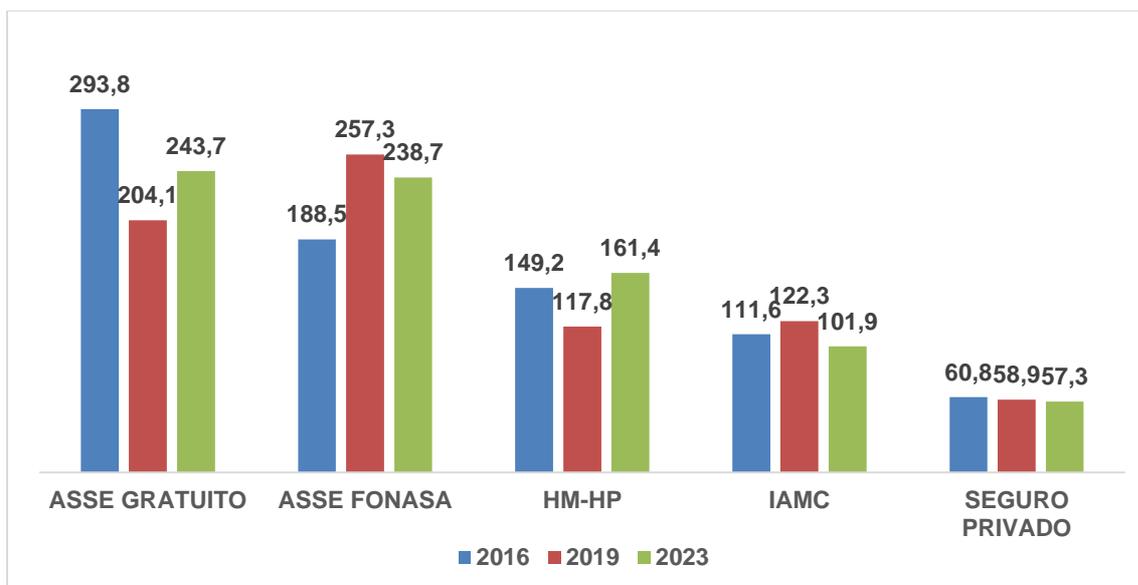


Figura 5.12. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad cada 10 mil habitantes según tipo de cobertura en personas de 55 a 74 años. Años seleccionados, Uruguay 2016,2019 y 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP, Proyecciones de población del INE, Rev. 2013 y ECH INE.

Personas de 75 y más años se advierte una disminución importante en las tasas de quienes tenían cobertura en ASSE Gratuito pasando de 2030,9 cada 10 mil personas en 2016 a 1610,6 en 2023. Sin embargo, sigue siendo el grupo más vulnerable. Se sostiene también en este grupo la desigualdad persistente entre los sistemas público gratuito y las IAMC y seguro privado.

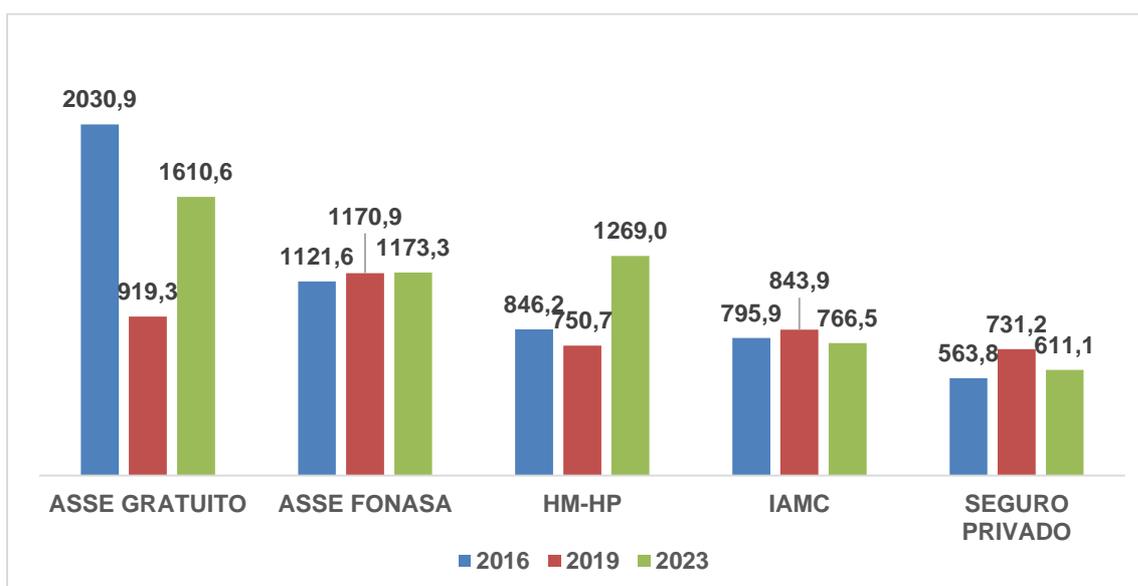


Figura 5.13. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad cada 10 mil habitantes según tipo de cobertura en personas de 75 y más años. Años seleccionados, Uruguay 2016,2019 y 2023. Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP, Proyecciones de población del INE, Rev. 2013 y ECH INE.

En suma, se evidencia una tendencia general de incremento en las tasas de mortalidad entre 2016 y 2023 donde las tasas de quienes tienen cobertura en ASSE Gratuito aumenta de 9,7 en 2016 a 15,4 en 2023. En contraste, se observa una relativa estabilidad, en un escenario de tasas bajas, entre quienes tienen seguro privado (2,4-2,5).

SÍNTESIS FINAL DEL INFORME

1. En el año 2023 se registraron 34.678 defunciones en el Uruguay. Las ECV fueron la primera causa de muerte con 23,1%, seguidas por las enfermedades oncológicas con el 23,0% y las enfermedades del sistema respiratorio con el 11,1%.
2. Las ECV fueron la primera causa de muerte entre las mujeres (23,9%) y la segunda causa entre los hombres (22,2%).
3. Las primeras cinco causas de muerte en 2023 en el país fueron ECV, cáncer, enfermedades respiratorias, causas externas y trastornos mentales y del comportamiento; éstas representan conjuntamente, el 68,5% del total de defunciones.
4. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se encuentran entre las cinco principales causas de mortalidad en todos los grupos etarios analizados, con una proporción que aumenta a medida que avanza la edad en comparación con otras causas de muerte.
5. Las diferencias entre varones y mujeres en AVP por ECV son muy bajas, en cambio, se constatan diferencias importantes en los AVP por cáncer (es claramente mayor entre las mujeres). En el sexo femenino los AVP por cáncer resultaron 2,2 veces superiores 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.
6. Tanto para hombres como para mujeres, la tasa de mortalidad por ECV es mayor en el interior que en Montevideo.
7. El calendario de muertes diarias por ECV en 2023 evidencia un patrón estacional, con picos claros en los meses más fríos (junio, julio y agosto) y una tendencia a una menor mortalidad durante los meses más cálidos (enero y febrero).
8. La tasa de mortalidad prematura por ECV es mayor en hombres que en mujeres, con una relación en el entorno de 2 a 1 para el período analizado.

9. Las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas e hipertensivas muestran un descenso en comparación con el año 2014.
10. La tasa de mortalidad prematura por ECV en 2023 vuelve a un valor similar al período pre pandemia. Lo mismo sucede para el caso de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares.
11. En el año 2023, se registraron en el país 13.920 defunciones de personas menores de 75 años. El 59,5% de estas muertes se consideran evitables. Si consideramos el total de muertes evitables como un 100%, casi dos tercios corresponden al componente de "muertes prevenibles" (60,3%) y el tercio restante al componente de "muertes tratables" (36,3%).
12. Cerca del 70% de los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares (ECV) son muertes evitables, con proporciones similares para ambos sexos.
13. Entre los menores de 1 año, predomina ampliamente la mortalidad originada en el periodo perinatal. En el caso de la franja etérea de 1 a 4 años la principal causa de muerte son las malformaciones congénitas. Deformidades y anomalías cromosómicas seguidas de causas externas. Entre los jóvenes de 5 a 14 años predomina la mortalidad por causas externas seguida de cáncer
14. La TME (tasa de mortalidad evitable) muestra un crecimiento progresivo desde los 15 años, mientras que la TMG (tasa de mortalidad global) registra un aumento más pronunciado a partir de los 55 años. Esto indica que, en edades jóvenes y adultas tempranas, una mayor proporción de las muertes son prevenibles o tratables, mientras que, en edades avanzadas, la mortalidad global está más influida por causas relacionadas con el envejecimiento.
15. Las tasas de mortalidad entre los más jóvenes (menores de 35) es aproximadamente 6 veces mayor entre quienes tenían cobertura en ASSE GRATUITO en comparación con SEGURO PRIVADO. Y en el

grupo etario siguiente es aproximadamente 7 veces mayor. Entre las personas de 55 a 74 años las tasas de quienes tienen ASSE GRATUITO es poco más de 4 veces mayor y entre los más viejos (75 y más) la tasa es de aproximadamente 2,6 veces mayor que las personas con SEGURO PRIVADO.

16. Según tipo de cobertura las ECV quedan dentro de las tres primeras causas de muerte en todas las categorías y se distribuyen de la siguiente forma:
 - a. ASSE-Gratis: ECV 18,4% (3.ª causa)
 - b. ASSE-FONASA: ECV 24,3% (1.ª causa)
 - c. HM-HP: ECV 23,9% (1.ª causa)
 - d. IAMC: ECV 23,5% (2.ª causa)
 - e. Seguro Privado: ECV 17,1% (2.ª causa)
17. Desigualdades persistentes: quienes tienen cobertura en ASSE Gratuito y ASSE FONASA tienen las tasas más altas en todos los años seleccionados, reflejando inequidades estructurales.
18. tendencia general de incremento en las tasas de mortalidad entre 2016 y 2023 donde las tasas de quienes tienen cobertura en ASSE Gratuito aumenta de 9,7 en 2016 a 15,4 en 2023.
19. Seguro Privado: Consistentemente presenta las tasas más bajas en todos los grupos etarios para todos los años seleccionados.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable. Geneva: Development Goals.; 2024. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.).
2. Brunet N, Márquez C. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay [Internet]. Diciembre 2016. TRILCE; 2016. (Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay). Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/atlas-sociodemografico-vejez-uruguay-envejecimiento-personas-mayores>
3. Martínez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Años de vida perdidos por muerte prematura: una medida versátil y abarcadora para el monitoreo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2019; Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50523/v43edyy2542019.pdf?sequence=1>
4. WHO. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. 2008.
5. Marinho ML, Dahuabe A, Arenas de Mesa A. Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe. Publ Las N U [Internet]. 2023; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b816a7eb-10d7-4f37-8eba-e6cb8feb91cc/content>
6. Dickman S, Himmelstein D, Woolhandler S. Inequality and the health-care system in the USA. Dep Med Univ Calif [Internet]. 2017;389. Disponible en: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/US-equity-and-equality-in-health-1491475717627.pdf>
7. Elaboración propia. Micro datos Encuesta Continua de Hogares de INE [Internet]. <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/datos-y-estadisticas/encuestas/encuesta-continua-hogares>; 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/datos-y-estadisticas/encuestas/encuesta-continua-hogares>

8. Ellingsen, C.L., Alfsen, G.C., Ebbing, M. et al. Garbage codes in the Norwegian Cause of Death Registry 1996–2019. *BMC Public Health* 22, 1301 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13693-w>

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

I00-I02	Fiebre reumática aguda
I05-I09	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
I10-I15	Enfermedades hipertensivas
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón
I26-I28	Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
I30-I52	Otras formas de enfermedad del corazón
I60-I69	Enfermedades cardiovasculares
I70-I79	Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares
I80-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

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:

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

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 <i>Streptococcus pneumoniae</i> y Sepsis debida a <i>Haemophilus influenzae</i>	x		A40.3, A41.3
	Infección por <i>Haemophilus influenzae</i>	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 <i>Haemophilus influenzae</i> 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	
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 <i>Streptococcus pneumoniae</i> o a <i>Haemophilus influenzae</i>	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, Piotorax		x	J85, J86
	Otras enfermedades de la pleura		x	J90, J93, J94
Enfermedades	Úlcera gástrica y duodenal		x	K25-K28

del sistema digestivo	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
Enfermedades del sistema genitourinario	Nefritis y nefrosis		x	N00-N07
	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 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.