

La mortalidad por causas en personas mayores en Uruguay: desafíos para el sistema de salud y las políticas de cuidado

Palabras claves: mortalidad, vejez, Uruguay

Raquel Pollero – Mariana Paredes¹

Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de la República - URUGUAY

¹ Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y XX Encuentro Nacional de Estudios Populacionais. Foz de Iguazú. Brasil. 17 a 22 de octubre 2016.

Introducción

Uruguay es actualmente uno de los países más envejecidos del continente latinoamericano. Esta situación se produce por un temprano proceso de transición demográfica - que se inicia a fines del siglo XIX en paralelo con muchos países europeos- y es por ello que adquiere un perfil específico que lo separa del comportamiento demográfico del continente. Para 1900, la esperanza de vida al nacer era de 48 años, pasando a 54 en 1930, a 66 años en 1950 y a 77,4 en 2016. De este modo, hacia 1908 el porcentaje de población de más de 65 años era 2,8%, llega a casi 8% para 1963, 12,8% en 1996 ubicándose según el último censo (2011) en 14%.

Igualmente, la estructura de la mortalidad por causas cambió radicalmente a lo largo del siglo XX. Mientras que en 1900 las enfermedades infecciosas eran predominantes y llegaban al 22% de las defunciones,² y alcanzando apenas un 3% hacia fin de siglo. Por su parte, entre los años 1900 y 2000 los neoplasmas y las enfermedades cardiovasculares fueron responsables del 14% al 58% de las muertes, respectivamente, lo que muestra un crecimiento del 103%. Ello significa que a lo largo del siglo XX, en cada cohorte una mayor proporción de población ha ido sobreviviendo a edades en las cuales las enfermedades no transmisibles reemplazan a las transmisibles.

Los diversos desarrollos teóricos sobre el descenso de la mortalidad han contribuido a comprender e interpretar estos resultados. En 1971 Omran presenta su teoría de la transición epidemiológica como el pasaje por una sucesión de etapas en el perfil de la salud de una población, desde la edad de “pestilencias y hambrunas”, a una segunda de “descenso y desaparición de las pandemias” y a la etapa de las “enfermedades degenerativas y producidas por el hombre (o enfermedades de la sociedad)” (Omran 1971). En esta última fase disminuye el ritmo de descenso de la mortalidad, se reduce el peso de las enfermedades infecciosas y se incrementa el de las enfermedades degenerativas y las producidas por el hombre. Es decir, la transición epidemiológica implica cambios en los patrones de mortalidad, de morbilidad y de discapacidad que refieren a la composición de la mortalidad por causas, a la estructura de la mortalidad por edad (que junto al descenso de la fecundidad produce el envejecimiento de la población) y a una situación de salud donde predomina la morbilidad frente a la mortalidad. Cuando la revolución cardiovascular de la década de 1970 llevó a un nuevo período de progreso, Olsahnsky y Ault (1986) propusieron una

² Seguramente el porcentaje de las defunciones por enfermedades infecciosas sea mayor, y esté sesgado por el alto porcentaje de las causas mal definidas, que alcanzan un 33%.

cuarta etapa, de “enfermedades degenerativas tardías”, donde el riesgo de morir por estas enfermedades gradualmente se traslada a las edades avanzadas, y las ganancias relativamente rápidas en la esperanza de vida también benefician a la población de mayor edad.

En la década de 1980 se desarrolla un marco analítico más amplio propuesto inicialmente por Frenk et al. (1991) que se denomina la transición sanitaria y relaciona las transformaciones epidemiológicas de los patrones de la mortalidad con cambios sociales. De este modo, la transición sanitaria se divide en tres componentes: la transición epidemiológica, la transición de riesgos y la transición de la atención a la salud. Se entiende por este último al proceso de cambio en los patrones de respuesta social organizada a las condiciones de salud (Robles González et al., 1996). Finalmente, para explicar los cambios en las tendencias de la esperanza de vida de los distintos países, Vallin y Meslé (2004) proponen una teoría que consiste en ciclos de divergencia-convergencia vinculados a los grandes cambios sucesivos en las tecnologías y estrategias de salud. Estos autores identifican tres ciclos de divergencia-convergencia: el de las enfermedades infecciosas, el de las enfermedades cardiovasculares y el de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento.

Este trabajo se propone, en primer lugar, estudiar la evolución de la mortalidad en la vejez a lo largo del siglo XX, por edad, sexo y causas de muerte. Asimismo, nos proponemos observar las tendencias recientes en políticas públicas en el contexto político y económico del país y la incidencia de la acción en políticas de salud y de vejez.

Las fuentes utilizadas para el análisis de la mortalidad son bases de datos de la información de las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud Pública. Hemos empleado dos estimaciones, una para el período 1908-1950 (Adela Pellegrino, 2001) y otra para 1950-2014 (INE-CELADE).³ Para estudiar la evolución de las causas de muerte por sexo y edad entre 1905 y 2014, hemos realizado un trabajo de homologación de las distintas clasificaciones de enfermedades aplicadas a lo largo del siglo XX, a la CIE-10. De esta forma podremos visualizar la evolución en el largo plazo de las causas de muerte en las personas mayores en Uruguay en el marco de la transición demográfica y epidemiológica.

³ Consideramos a la serie del siglo obtenida como preliminar, y actualmente se está trabajando en la armonización de ambas proyecciones.

Posteriormente se realizará un análisis del contexto político del país, las políticas aprobadas recientemente en materia de salud, cuidados y vejez, la incidencia de la dependencia y la discapacidad en la población de personas mayores y su potencial vinculación con las tendencias de morbimortalidad analizadas.

La mortalidad en el Uruguay en el largo siglo XX

A inicios del siglo XX el Uruguay podía considerarse dentro del privilegiado grupo de países con bajo nivel de mortalidad. La esperanza de vida al nacer en 1900 era de 48 años con valores superiores a los de España, Italia e Inglaterra (cuadro 1).

Estos resultados exitosos coinciden con la consolidación de un sistema político democrático en el marco del cual se producen una serie de reformas de corte social. En el marco del denominado “período batllista”⁴ se afirma el rol preponderante del Estado en la vida social, económica y productiva del país. Dicho proceso implicó un conjunto de cambios estructurales en diversas áreas. El incipiente Estado social o de bienestar que surgía en este contexto se estructuraba sobre cuatro pilares: la creación de la Asistencia Pública en 1910; la expansión de la instrucción pública en el marco de un proceso de secularización intensivo; la aprobación de leyes y resoluciones vinculadas al mercado laboral; y las políticas de retiro y pensiones a la vejez (Filgueira, 1994).

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer (años). 1900-2000. Países seleccionados

Países	1900	1930	1950	1980	2000
Uruguay	47,9	54,4	66,3	70,3	74,9
España	41,5	49,3	61,9	75,5	79,3
Italia	41,7	55,2	65,8	74,1	79,7
Inglaterra y Gales	46,3	61,4	69	73,9	78,3
Suecia	52,3	63,2	71,1	75,8	79,8
Argentina*	40	53	63,8	69,6	73,3
Brasil*	-	-	50,9	62,6	70,4
Chile*	-	-	54,8	69	75,8
Cuba*	-	-	59,5	73,7	76,2
Costa Rica*	-	-	57,3	74,7	77,3

Fuente: Pellegrino et al., 2008: 20. * Los datos son de 1950-1955 y en el caso de Argentina, Chile, Costa Rica y Cuba de 1995-2000

⁴ Denominación surgida a raíz de la presidencia de José Batlle y Ordóñez en dos períodos 1903-1907 y 1911-1915.

Sin embargo, como se puede observar en el cuadro, treinta años después la ventaja registrada en los niveles de mortalidad a principios de siglo se había perdido respecto a los países europeos. Es justamente en la década de 1930 que cambia el escenario económico mundial y deja de ser favorable la exportación de productos primarios. Se produce también una crisis política que inicia una nueva fase del Estado social.

En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial se reafirman muchos de los logros de las primeras décadas del siglo, consolidándose el estado de bienestar. Son los *años dorados* para la economía, política y sociedad uruguaya. No obstante, pasada la mitad del siglo XX el país vuelve a atravesar una crisis que deviene, en el aspecto económico, del fracaso de modelo de sustitución de importaciones implementado en la década de 1950 y en el aspecto social en la reducción del salario, el desempleo y la violencia en una población tradicionalmente pacífica.

La esperanza de vida al nacer aumenta entre 1950 y 1980 únicamente cuatro años y ya los valores empiezan a equilibrarse con varios de los países de la región. Veinte años después, habiendo pasado el país por un contexto político complejo de dictadura militar (1973-1985) y recuperación de la vida democrática, la esperanza de vida al nacer se ubica en 75 años, valor inferior al de Chile, Cuba y Costa Rica.

En relación a la evolución por sexo y edad de las defunciones a lo largo del siglo se pueden constatar dos cosas: el incremento de la brecha en la esperanza de vida entre los sexos; y el aumento del peso proporcional de las defunciones de las personas mayores en relación con otras edades. Hacia 1908, cuando el nivel de la mortalidad era alto ($e_0 = 50,8$ años para ambos sexos), las mujeres vivían en promedio 2,7 años más que los hombres; a mediados de siglo la brecha era de 5 años y de 6,8 años en el 2016. Por su parte, debido al temprano proceso de transición demográfica y el consecuente envejecimiento de la población, el peso relativo de las defunciones de personas mayores de 60 años sobre el total de defunciones pasa de 23% a 78% para los hombres y de 22% a 87% en las mujeres entre 1905 y 2014.

Un análisis de la mortalidad por causas en las edades más avanzadas

El análisis de la mortalidad por causa de muerte es fundamental para visualizar el proceso de transición epidemiológica, por la estrecha relación entre el nivel de la mortalidad y el comportamiento de las causas o grupos de causas de muerte.

Hemos utilizado la información de defunciones por edad, sexo y causa del INE-MSP para el período 1905-2014.⁵ Para estudiar la evolución de las causas en el marco de la transición epidemiológica a lo largo del siglo XX hemos realizado, en primer lugar, un exhaustivo trabajo de homologación de las distintas clasificaciones internacionales de enfermedades aplicadas en el país a la CIE-10.⁶ Posteriormente, dado que la división por capítulos de esta clasificación es insuficiente para distinguir entre enfermedades infecciosas y no infecciosas, las distintas causas se reagruparon en cuatro grandes categorías: infecciosas, no infecciosas, causas externas y causas mal definidas.⁷ También hemos realizado el análisis de las causas más importantes de estas.

Los gráficos 1 y 2 nos permiten observar la distribución de las defunciones por grandes causas de la población de 60 años y más por sexo. La primera observación es que, -a diferencia de la estructura de causas del total de la población donde las enfermedades infecciosas son responsables del mayor porcentaje de las muertes-, entre los hombres y mujeres ancianos el principal grupo de causas de muerte lo constituyen las enfermedades no infecciosas, a lo largo de todo el período.⁸ Sin embargo, para las primeras décadas del siglo XX el dato puede estar sesgado por el alto porcentaje de causas mal definidas; en esos años la suma de infecciosas y mal definidas prácticamente igualan a las no infecciosas.

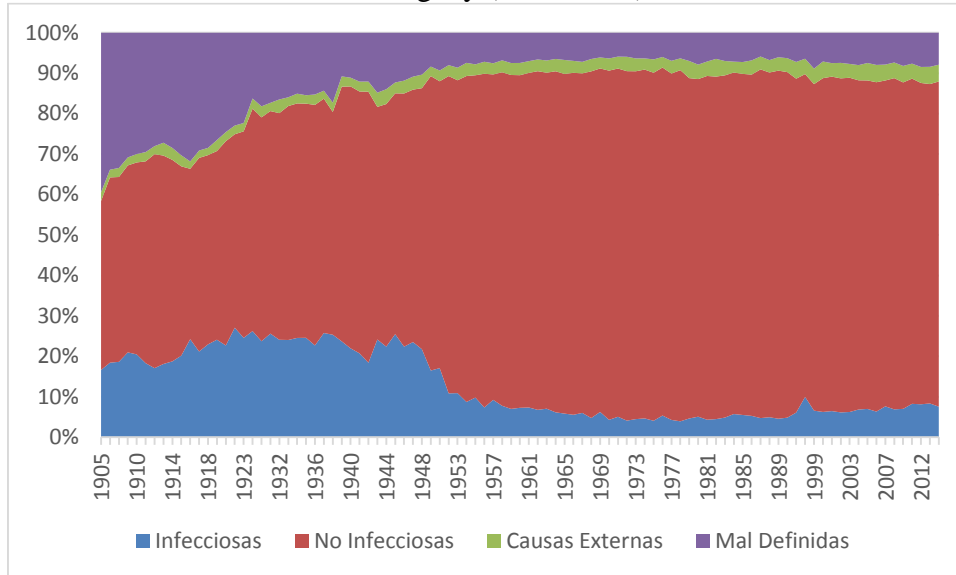
⁵ Las bases anteriores a 1905 y las de 1908, 1922, 1925-28 y 1949 no están disponibles por sexo, por consiguiente fueron excluidas de nuestro análisis. Tampoco están disponibles las de 1993-1997 y 2011. No obstante, hemos obtenido los datos de defunciones de enfermedades del sistema circulatorio entre 1993-1997 en una publicación del MSP (2000), por lo tanto, solamente serán utilizadas en el estudio de dichas enfermedades.

⁶ Se señalan las listas de clasificación de causas de muerte utilizadas en Uruguay y los años en que estas fueron aplicadas: primera revisión (1901-1925); ICD-3 (1926-1943); ICD-5 (1944-1951); ICD-6 (1952-1959); ICD-7 (1960-1967); ICD-8 (1968-1978); ICD-9 (1979-1996) and ICD-10 (1997 en adelante).

⁷ Inicialmente se intentó desagregar las enfermedades infecciosas según sus mecanismos de transmisión (aeróbica, por el agua y alimentos, vectores y otras infecciosas), como señalara McKeown (1976), pero no fue posible por la forma de presentación de las planillas de datos del INE-MSP.

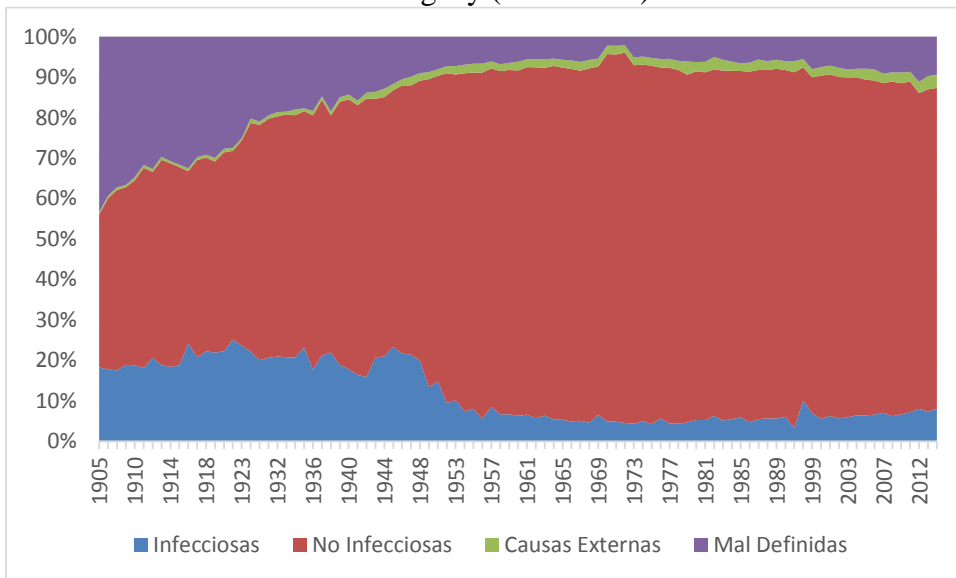
⁸ En base a los códigos de la CIE-10, se incluyen como enfermedades infecciosas a: **Capítulo I** *Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias*: todas las causas; **cap. VI** *Enfermedades del sistema nervioso*: G00- G09 Enfermedades inflamatorias del SNC; **cap. VIII** *Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides*: H65-H70 Enfermedades del oído medio y de la mastoides; **cap. IX** *Enfermedades del sistema circulatorio*: I00-I02 Fiebre reumática aguda; **cap. X** *Enfermedades del sistema respiratorio*: J00-J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, J10-J18 Influenza [gripe] y neumonía, J22-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, J85-J86 Afecciones supurativas y necróticas de las vías respiratorias inferiores; **cap. XI** *Enfermedades del sistema digestivo*: K35-K38 Enfermedades del apéndice, K65-K67 Enfermedades del peritoneo; **cap. XII** *Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo*: L00-L08 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo; **cap. XIV** *Enfermedades del sistema genitourinario*: N10-N16 Enfermedad renal tubulointersticial, N70-N77 Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos.

Gráfico 1. Distribución de las defunciones de hombres de 60 y más por grandes grupos de causas. Uruguay (1905-2014).



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales MSP

Gráfico 2. Distribución de las defunciones de mujeres de 60 y más por grandes grupos de causas. Uruguay (1905-2014)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales MSP

En el largo plazo de 1905 a 2014, las enfermedades no infecciosas se incrementan un 93% y 110% entre hombres y mujeres, respectivamente. No obstante, las ganancias distan mucho de ser uniformes en el tiempo. La variación entre 1905 y 1955 crece sustantivamente, con incrementos de 91% y 120% para hombres y mujeres. Evidentemente, esto se relaciona con la caída del peso

relativo de las enfermedades infecciosas. Entre 1955 y 2014, ya avanzada la transición epidemiológica, los incrementos en el peso de las enfermedades no infecciosas son más modestos, -un 1% para los hombres-, e incluso sorprendentemente negativos en el caso de las mujeres (-4,6%).

Las enfermedades infecciosas, por su parte, es el segundo grupo relevante de causas de muerte. Como es de esperar, tienen un comportamiento descendente en la segunda mitad del siglo XX, quizá asociado en parte a las mejoras en el nivel de vida de las décadas de 1940 y 1950, y seguramente a la expansión de los antibióticos luego de terminada la Segunda Guerra Mundial. También debe señalarse el probable impacto de políticas específicas relacionadas con el mejoramiento del sistema de salud en la primera mitad del siglo XX, particularmente a partir de acciones vinculadas a las enfermedades contagiosas⁹. En todo el período, la reducción de mortalidad por causas infecciosas es de 55% y 56% para hombres y mujeres. No obstante, consideramos que las variaciones deberían ser mayores, y que el alto porcentaje de causas mal definidas de principios de siglo las opaca (en torno al 30-40%).

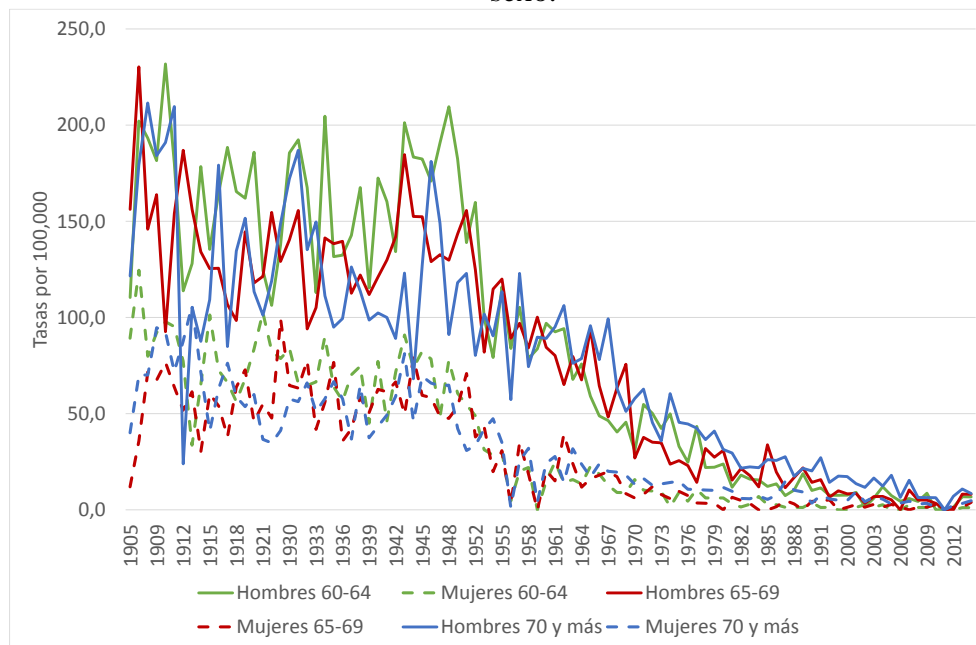
Finalmente, las causas externas, a pesar de ser el de menor peso relativo es el otro grupo que aumenta a lo largo del período en ambos sexos.

Continuaremos el análisis, seleccionando las causas más importantes de estos grupos.¹⁰ Las principales causas de muerte por enfermedades infecciosas para la población de más edad fueron la tuberculosis y las enfermedades infecciosas respiratorias.

⁹ Nos referimos específicamente a las acciones provenientes del Estado en la creación de la Asistencia Pública Nacional en 1910, el Ministerio de Salud Pública en 1934 y una serie de políticas que contribuyen al control de las enfermedades infectocontagiosas

¹⁰ Como se señaló anteriormente, como denominador de las tasas de mortalidad se utilizaron dos series de proyecciones de población la de Pellegrino (2001) de 1885-1962 y INE-CELADE (1998) de 1950-2025. Actualmente el Programa de Población (FCS-Universidad de la República) está en proceso de revisión y armonización de las dos series de proyecciones. También se debe señalar que la proyección de Pellegrino tiene como grupo abierto final a la población de 70 y más años. Por consiguiente para armonizar los datos con las proyecciones de 1950 en adelante, y poder observar la tendencia de más de 100 años, se decidió mantener el mismo grupo abierto. Solamente se utilizan grupos más desagregados cuando el análisis refiere al período 1998-2014.

Gráfico 3. Evolución de la mortalidad por tuberculosis. Uruguay, 1905-2014, según grupos de edad y sexo.

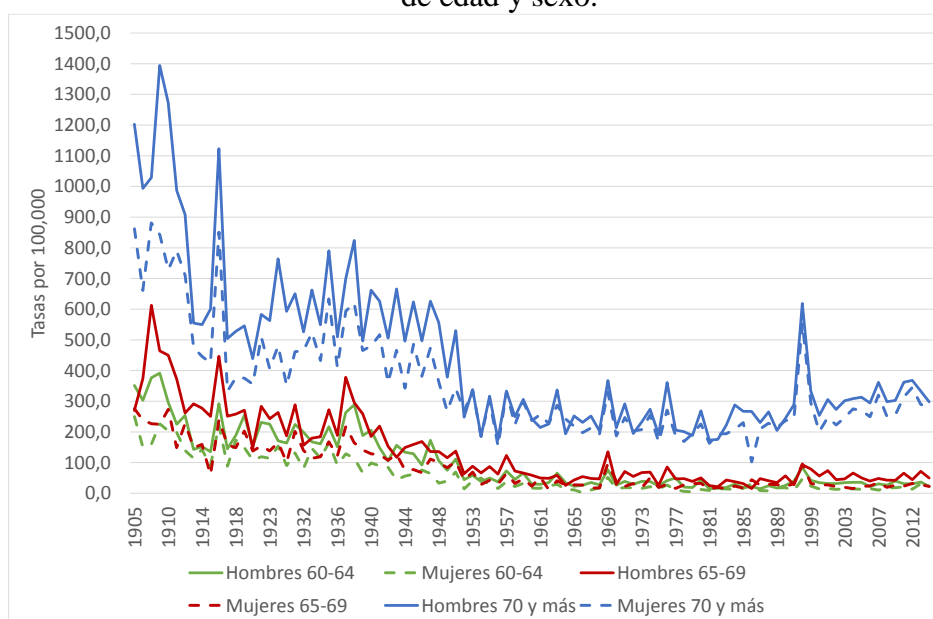


Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales del MSP y proyecciones de población (1905-1949 Pellegrino, A.; 1950-2014: CELADE-INE).

A nivel general, la tuberculosis fue la enfermedad que cobraba más vidas, al menos hasta mediados del siglo XX, para el total de la población. Nuestro análisis sobre las edades avanzadas nos permite observar que la mortalidad por tuberculosis (gráfico III) muestra un comportamiento muy fluctuante que denota cierta declinación al principio del período, un estancamiento en la primera mitad del siglo, y una marcada tendencia descendente en la segunda parte. Es inevitable hacer referencia a los argumentos habitualmente señalados para explicar la declinación de la mortalidad por esta causa, tales como el mejoramiento del estatus nutricional, las condiciones higiénicas de los hogares y el aislamiento de los enfermos, antes de la aparición de una nueva terapéutica (Pérez Moreda et al. 2015). Los resultados hasta la década de 1950 hacen difícil pensar que estas mejoras hayan impactado favorablemente en la reducción de la tuberculosis entre los más viejos. A partir de la década de 1950 la tendencia descendente seguramente esté relacionada con la expansión de la estreptomycin, terapéutica específica para lidiar con la enfermedad. No obstante, la prosperidad económica y las mejoras en el nivel de vida de mediados del siglo XX no deben pasarse por alto. Se observa con claridad que la mortalidad ha sido de mayor intensidad entre los hombres, aunque no presenta diferencias sustantivas entre los grupos de edades. Si bien aquí se incluyen los distintos tipos de tuberculosis, la pulmonar es la que recoge el mayor número de casos. Con tasas muy

superiores a las de la tuberculosis, la evolución de las enfermedades infecciosas respiratorias (gráfico IV) muestra un comportamiento diferencial por edad.¹¹ A lo largo de todo el período los más afectados son los hombres y mujeres más viejos. Las primeras décadas del siglo muestran una tendencia descendente, particularmente en el grupo de 70 y más años. La pandemia de gripe de 1918-1919, tan relevante a nivel mundial, si bien observa un incremento en año 1919, queda opacada por el aumento de las neumonías y bronconeumonías en 1916. Luego se observa un estancamiento hasta mediados de los años de 1940 y una mejora en los resultados posteriores. Nuevamente, como en todas las enfermedades infecciosas, la terapéutica antibiótica que se expande en la década de 1950 podría explicar parte de este descenso. Sin embargo, el comportamiento de los indicadores en la segunda mitad del siglo XX en las edades más altas no muestra avances sustantivos, y se destaca un brote de influenza en 1998. Igualmente, si se toma el inicio y el final del período la reducción es espectacular en todas las edades.

Gráfico 4. Evolución de la mortalidad por infecciones respiratorias. Uruguay, 1905-2014 según grupos de edad y sexo.

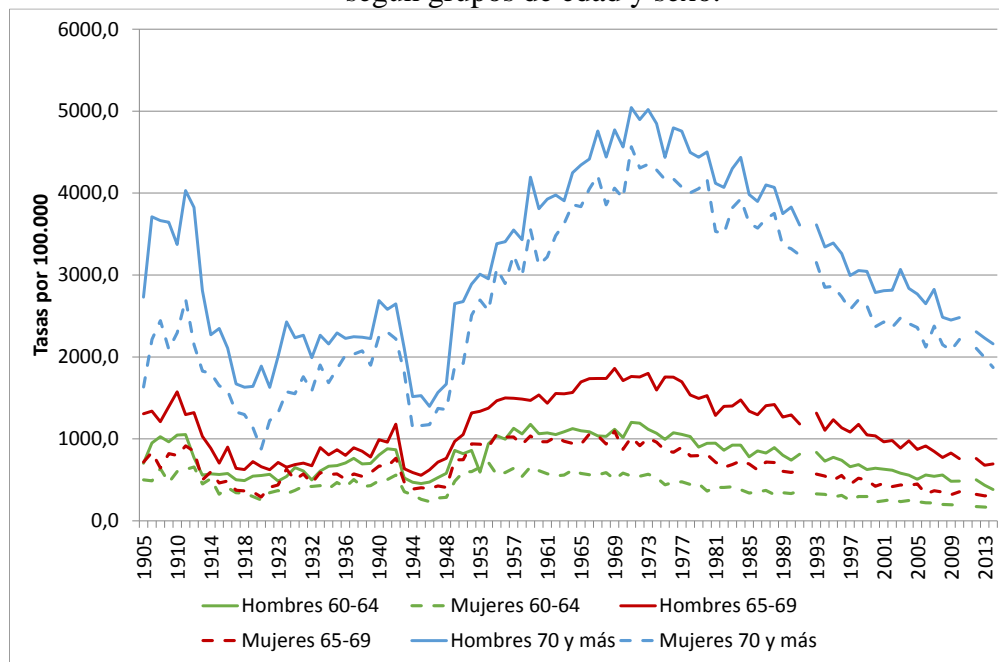


Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales del MSP y proyecciones de población (1905-1949 Pellegrino, A.; 1950-2014: CELADE-INE).

¹¹ En las enfermedades infecciosas respiratorias se incluyen las siguientes causas: gripe influenza, bronquitis aguda, bronco-neumonía, neumonía, pleuresía y gangrena de pulmón (hasta 1942). En 1952 se agrega la causa “empiema y absceso de pulmón”, de muy pocos casos. Desde 1980 incluyen infecciones respiratorias agudas, bronquitis y bronqueolitis agudas, neumonía e influenza.

El segundo gran grupo de causas consideradas es el de las enfermedades no infecciosas. Dentro de ellas, se seleccionaron las enfermedades del sistema circulatorio y los neoplasmas.

Gráfico 5. Evolución de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Uruguay, 1905-2014 según grupos de edad y sexo.



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales del MSP y proyecciones de población (1905-1949 Pellegrino, A.; 1950-2014: CELADE-INE).

Las enfermedades del aparato circulatorio son las responsables de la mayor parte de las muertes de enfermedades no infecciosas (gráfico V). En este grupo la mortalidad es diferencial a la edad – fundamentalmente- y al sexo. Es así que el grupo de más de 70 años, y en particular los hombres, tiene las tasas de valores más altos. A su vez, los hombres de 65-69 y de 60-64 muestran una mortalidad mayor que las mujeres de ambos grupos de edad.

El comportamiento de las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio a lo largo del siglo es difícil de explicar. En algunos casos, es posible considerar cambios de nomenclatura, como 1929 y 1944. Lo más complejo, y que aún no hemos logrado encontrar una explicación satisfactoria es el incremento de las tasas en las décadas de 1950 y 1960. En todo caso, entre principios de la década de 1970 y el final del período las tasas masculinas se redujeron 68% en los más jóvenes, 61% en los de 65-69 años y 57% en los mayores de 70; mientras que las tasas femeninas disminuyen en torno al 70% entre las de 60 a 69 años y 59% en las mujeres más ancianas. El descenso de los últimos años podría explicarse por los progresos en el tratamiento

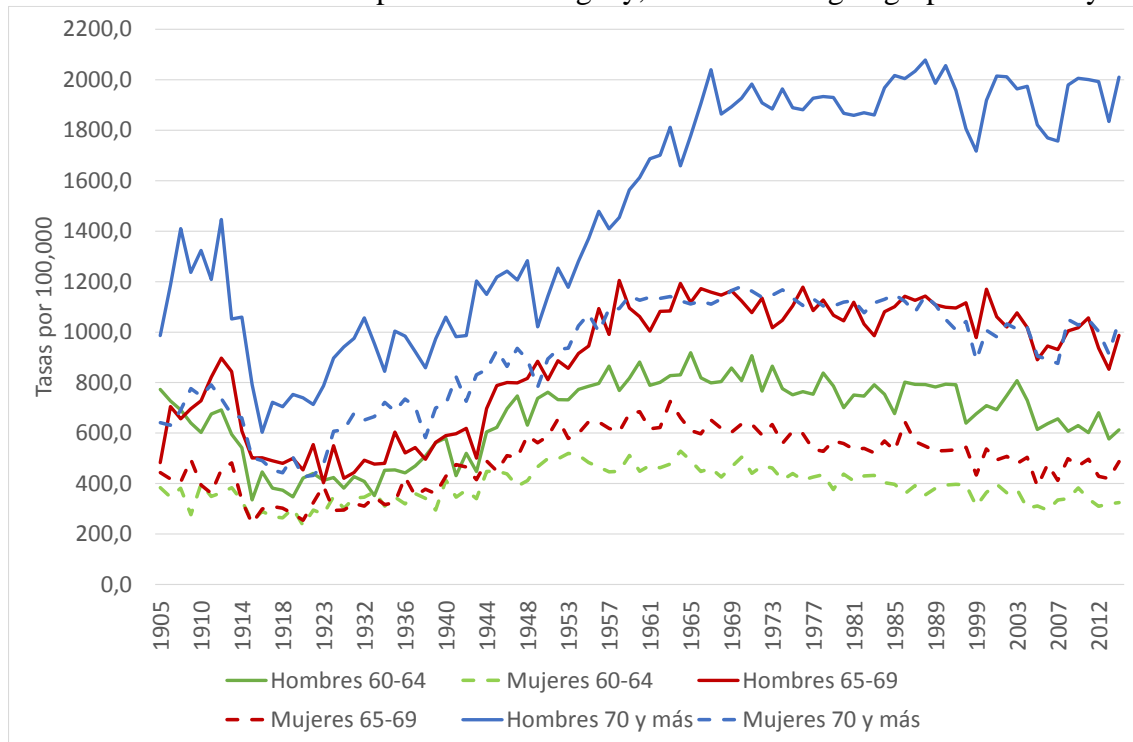
de las enfermedades cardiovasculares, mejoras en el equipamiento sanitario y un cambio en las pautas y comportamientos perjudiciales a la salud de las personas.

Dentro de este grupo de causas, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón son las responsables de la mayor parte de las muertes. El análisis de la tendencia desde 1998 a 2014 permite observar diferencias por sexo. En el caso de las cerebrovasculares, la mortalidad de los hombres duplica a la de las mujeres, prácticamente en todos los grupos de edad, fundamentalmente entre los de 85 y más años.¹² La tendencia es descendente en todos los casos, excepto el último año para hombres y mujeres de 75-79 años y los hombres más viejos. En las enfermedades isquémicas del corazón, también las mujeres tienen un mejor desempeño, con tasa inferiores a las de los hombres. Al igual que en las cerebrovasculares, la tendencia es descendente para ambos sexos y los distintos grupos de edades.

La mortalidad por cáncer, en líneas generales, se ha incrementado a lo largo del período. No obstante, su evolución observa un desempeño diferente por sexo y grupos de edad. También en esta oportunidad las mujeres muestran una mortalidad más baja. Los datos de la segunda década del siglo señalan un comportamiento descendente, -perturbación probablemente influida por el bajo número de casos- y una tendencia creciente prácticamente desde ese momento hasta principios de la década de 1960. En el período 1960-2014 la mortalidad se reduce un 31% entre los hombres de 60-64 y un 7% en el grupo siguiente, pero crece un 25% entre los más viejos. Si acortamos el período de análisis de estos últimos a la tendencia desde la década de 1970, se puede observar cierto estancamiento. Al contrario, entre las mujeres de las distintas edades los logros son positivos, disminuyendo 28-29% en los grupos más jóvenes y 19% en el último. Seguramente en este desempeño hayan incidido las mejoras en las técnicas de diagnóstico, de medicina preventiva y de diagnóstico precoz. A ello se le contrapone un cambio en los estilos de vida y la extensión de hábitos poco saludables a lo largo del siglo (Pérez Moreda et al. 2015).

¹² Para el período 1998-2014 hemos desagregado más las edades, y el grupo abierto es de 85 y más años.

Gráfico 6. Evolución de la mortalidad por cáncer. Uruguay, 1905-2014 según grupos de edad y sexo.



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales del MSP y proyecciones de población (1905-1949 Pellegrino, A.; 1950-2014: CELADE-INE).

Finalmente, las causas externas, si bien son las de menor importancia, tuvieron un comportamiento creciente en casi todos los grupos de edad. La excepción es de los hombres de 60-64, donde la mortalidad por causas externas se reduce un 2%. En el resto de las edades tanto en hombres como en mujeres se da un incremento de estas causas, especialmente un espectacular 538% entre las mujeres más viejas.

En suma, el extenso período que abarca nuestro estudio, desde principios del siglo XX a mediados de la primera década del siglo XXI, nos ha permitido observar -a partir del comportamiento de las causas de muerte-, cómo se desarrolló el proceso de la transición epidemiológica en las edades más avanzadas de la población. Por un lado, quedó en evidencia la disminución del peso relativo de las enfermedades infecciosas, así como la declinación de las tasas de las principales enfermedades de esta categoría. Por otro lado se destaca el crecimiento del peso de las enfermedades crónicas y degenerativas, propias del deterioro del organismo por envejecimiento. Al igual que el resto de los países en esta etapa de la transición demográfica y epidemiológica, es

en este grupo de enfermedades, principalmente aquellas del aparato circulatorio y los neoplasmas que se debe enfocar la atención para continuar el descenso.

En el contexto de una población con la transición demográfica avanzada y con un envejecimiento poblacional ya instalado y consolidado como es el del caso uruguayo surge el reto de responder a nuevas necesidades propias que genera este proceso y qué forma adquieren entrado el siglo XXI. Para ello realizaremos a continuación un repaso de los principales cambios recientes ocurridos en Uruguay a nivel de políticas públicas que abordan la problemática del cuidado, la vejez y el sistema de salud.

Las políticas públicas en Uruguay: Salud, Sistema de cuidados y Plan de Vejez

El creciente número de personas mayores genera varios desafíos a nivel de políticas públicas tanto en el área económica como social y de salud. Un mayor envejecimiento avanzado de la población genera problemáticas asociadas a la dependencia, la autovalidez y la demanda de cuidados así como incide de manera diferencial en la mortalidad por causas.

En los últimos períodos de gobierno, Uruguay ha avanzado en materia de políticas sociales en general y de vejez en particular. Se ha enunciado además la implementación de un sistema de cuidados como política prioritaria del actual gobierno y se encuentra en vías de ejecución progresiva.¹³

El sistema de cuidados se ubica en la agenda pública desde fines de la década de 1990, de la mano de la agenda feminista y de iniciativas de la sociedad civil. En el año 2010 se crea un Grupo de Trabajo en el ámbito presidencial y durante el 2011 se inicia una etapa de debate donde participan varios actores estatales y de la sociedad civil. A partir de allí se trabajó en una propuesta de Sistema Nacional de Cuidados que se propone como política social principal en este gobierno.

A partir del reconocimiento por ley de las personas a ser cuidadas,¹⁴ se implementa el Sistema con el objetivo de generar un modelo corresponsable de cuidados que integra familia, comunidad,

¹³ El nuevo gobierno asumió en marzo del año 2015. El sistema de cuidados constituye un eje central en las políticas sociales y está comenzando a implementarse en este año 2016. Tiene por objetivos a la primera infancia (0 a 3 años), las personas con dependencia entre las que se incluyen las personas mayores. (más información en sistemadecuidados.gub.uy).

¹⁴ Ley 19353 que reconoce el derecho de niños, niñas, personas con discapacidad y personas mayores a ser cuidadas.

Estado y mercado. El Sistema cuenta con una Junta Nacional de Cuidados que define los lineamientos, objetivos y políticas y está integrado por varios Ministerios y organismos del Estado competentes en la materia. Esta Junta opera en el marco del Ministerio de Desarrollo Social donde la Secretaría Nacional de Cuidados articula y coordina las acciones del Sistema¹⁵.

Paralelamente, y en relación específica con las acciones en salud cabe mencionar que desde 2008 se encuentra vigente en Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud que implicó una reforma general del sistema anterior. Este sistema cuenta con dos grandes fuentes de financiamiento, pública y privada. El principal proveedor de servicios públicos es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), y atiende la salud de las personas de escasos recursos sin cobertura de la seguridad social. Por su parte, los servicios privados están cubiertos principalmente por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro, que atienden a los beneficiarios de la seguridad social.

A partir de los avances del Sistema Nacional Integrado de Salud, si bien la cobertura ha alcanzado prácticamente a toda la población de personas mayores según distintos prestadores, se han señalado algunas debilidades en relación con las políticas específicas de salud hacia esta población. En particular estas debilidades se vinculan a la temática de las denominadas en Uruguay *casas de salud o residenciales* (residencias de larga estadía) en donde vive cerca del 2% de la población de personas mayores.¹⁶ Estas residencias presentan en general dificultades para seguir lineamientos en políticas de salud. Se requeriría una mayor formación en recursos humanos en cuidados y en las normativas para las inspecciones de los residenciales. Por otra parte también se han encontrado obstáculos desde la formulación de políticas públicas hasta su aplicación vinculadas al centralismo de la capital y a la dificultad de formular y diseñar políticas de salud a nivel local en los distintos departamentos del país.¹⁷

Otro cambio a tener en cuenta en relación con las políticas públicas y con la población de personas mayores es la creación del Inmayores (Instituto Nacional del Adulto Mayor) en el año 2012. Esto

¹⁵ www.sistemadecuidados.gub.uy

¹⁶ Las casas de salud estaban bajo la injerencia del Ministerio de Salud Pública. Desde el año 2013 la regulación, habilitación y fiscalización de estos establecimientos pasa a ser compartida por el Ministerio de Desarrollo Social. El MSP mantiene potestades sobre las condiciones sanitarias en estas residencias que además deben estar dirigidas técnicamente exclusivamente por un médico.

¹⁷ Paredes et al “Políticas Públicas de vejez en Uruguay: un balance de la primera década del siglo XXI” en 2013. *La sociedad Uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Montevideo. CSIC Biblioteca Plural.

constituye un hito en el país a nivel de regulación de políticas de personas mayores. La participación de la sociedad civil organizada es, desde la perspectiva del Instituto, un eje central de funcionamiento y favorece la incorporación de un nuevo paradigma de políticas públicas basado en un enfoque de derechos humanos¹⁸. El INAM se propone como una institución articuladora de las políticas dirigidas a esta población y su principal objetivo ha sido la puesta en marcha del Plan Nacional de Vejez que delinea acciones para el período 2013-2015¹⁹ contemplando derechos y demandas de los adultos mayores uruguayos. Los ejes analíticos en los que se basa este plan para la ejecución de políticas son: la centralidad de los derechos humanos, la equidad de género y la integración del sistema de protección social. Las líneas prioritarias de acción se plantean en torno a la inclusión social, la educación, la vivienda y la salud. (Paredes, 2016)

En relación con la salud específicamente, el Plan de Acción de Vejez promueve líneas estratégicas definidas en relación con las políticas sanitarias, promoción de la participación de las personas mayores en las políticas de salud, formación de recursos humanos en salud y atender las situaciones particulares de mayor vulnerabilidad. Asimismo promueve el derecho a la no discriminación en el acceso a la salud así como la promoción de hábitos saludables vinculados con la realización de actividades físicas.

Los objetivos para cumplir estas líneas son amplios y variados y se proponen llevar a cabo desde varios aspectos. En lo que refiere a políticas sanitarias se parte de un primer objetivo que consiste en definir prioridades en temas de vejez y envejecimiento en las cuales se trabaje en coordinación con el Ministerio de Salud Pública para producir metas asistenciales en los prestadores de salud. También existen objetivos vinculados a la formación de recursos humanos desde las perspectivas de la gerontología, la geriatría y los derechos, sensibilización de los profesionales de la salud con la temática del envejecimiento y la vejez eliminando prejuicios y estereotipos de las personas mayores en el ámbito asistencial así como la revisión de protocolos de diagnóstico y tratamiento de patologías geriátricas. Se delinearán también objetivos puntuales vinculados a la prevención del suicidio como política de salud mental, la comprensión de la dimensión sexual y la promoción de

¹⁸ Desde el año 2008 las organizaciones de la sociedad civil son convocadas por el MIDES para desarrollar una serie de acciones en distintos organismos de acción nacional como el Parlamento y de acción regional como el Mercosur. La misma creación del INAM es considerada un logro por parte de las propias personas mayores que son nucleadas en la Red Nacional de Adultos Mayores (REDAM).

¹⁹ Actualmente se encuentra en marcha la elaboración de un nuevo Plan de Vejez.

estilos de vida y hábitos saludables, todos desde la perspectiva longitudinal del ciclo de vida y desde la promoción del derecho a la información sobre diagnósticos y tratamientos de los usuarios del sistema de salud. Para esto existe una línea estratégica específica sobre la participación de las personas mayores en las políticas de salud estimulando la promoción de derechos asegurando la no discriminación por edad en el acceso al sistema sanitario en todo el país. Se plantea asimismo la sistematización de datos sobre salud de las personas mayores que permita dar seguimiento y monitoreo y producir insumos para las políticas sanitarias.

La promoción de hábitos saludables constituye -además de objetivos específicos dentro de las líneas estratégicas- una línea específica para promover el deporte, la actividad física y la recreación. Estas actividades están planteadas en coordinación con el Ministerio de Deporte y la Intendencia de Montevideo²⁰.

Finalmente cabe destacar el desarrollo de la línea estratégica respecto al Sistema Nacional de Cuidados. En el marco del Plan de Vejez en materia de sistema de cuidados se plantean varios objetivos específicos: a) Garantizar los derechos y promover la autonomía de las personas mayores a través de la mejora de la calidad de los servicios de cuidado en los centros de larga estadía, b) generar experiencias innovadoras en el apoyo a la mejora de gestión en la mismas instituciones, c) conocer la demanda de cuidados de la población adulta mayor tanto desde el punto de vista cuantitativo que cualitativo, d) impulsar la profesionalización de cuidadores que realizan tareas de cuidados, e) evaluar la situación de dependencia de la población adulta mayor y por último f) elaborar un marco normativo referido al Sistema Nacional de Cuidados. Estos objetivos se plantean llevar a cabo a través de acciones diversas intersectoriales e interinstitucionales. Entre ellas se destacan varias vinculadas a los servicios de cuidados en los centros de larga estadía destacando mecanismos de articulación, fiscalización y sistematización de información.

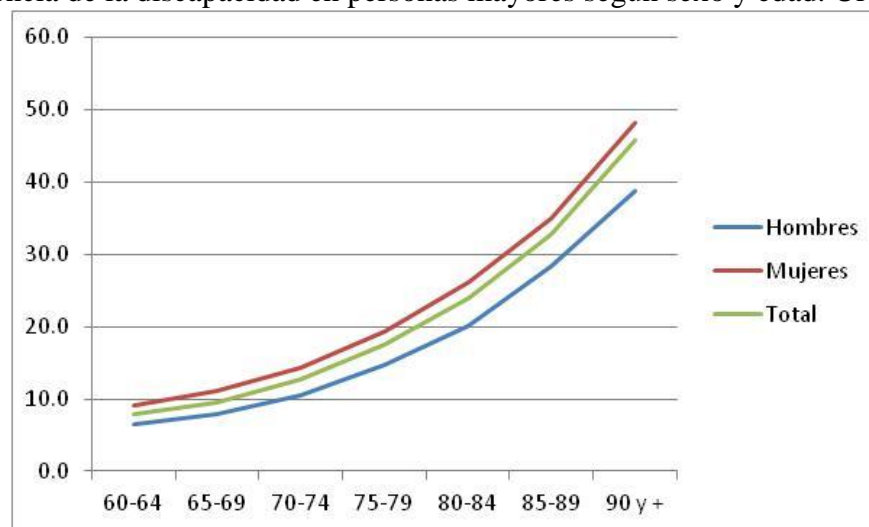
Como podemos observar, a nivel de agenda pública, existe la visualización de la problemática de la vejez, la salud y los cuidados. Sin embargo los avances que se han registrado a nivel de Sistema de Cuidados han sido hasta ahora dirigidos a la población infantil y se espera que avancen hacia la población de personas mayores en el futuro.

²⁰ Gobierno Departamental de la capital del país.

La situación de las personas mayores en Uruguay debe ser contemplada en relación con los procesos de morbimortalidad, la generación de nuevas situaciones de dependencia en el contexto de envejecimiento poblacional y la capacidad de la población de responder a la demanda de cuidados.

En el caso de Uruguay –y bajo esta mirada- cabe mencionar que, si bien a nivel de sistema de salud la problemática no parece ser la cobertura ni el acceso al mismo sino una mirada que atienda la realidad de las personas mayores desde una perspectiva integral. En este sentido pasa a jugar un papel primordial los vínculos familiares, la capacidad de cuidado y la situación de dependencia de las personas mayores además de los perfiles ya recorridos de problemáticas asociadas a las causas de muerte.

Gráfico 7. Prevalencia de la discapacidad en personas mayores según sexo y edad. Uruguay. 2011



Fuente: Observatorio de Envejecimiento y Vejez en base a Censo 2011

La población en situación de dependencia en Uruguay alcanza, según datos del año 2012,²¹ a un 16% de la población de personas mayores, de las cuales un 6% padece dependencia severa y un 11% dependencia leve,²² cifras que aumentan a partir de los 75 años alcanzando valores de 10% y 13% respectivamente. Por otra parte -y de acuerdo al Censo realizado en 2011- se puede observar

²¹ Encuesta de Detección de Dependencia. NIEVE-MIDES. 2012. Uruguay

²² La dependencia severa refiere a no poder realizar algún tipo de actividades de la vida diaria (bañarse o lavarse; vestirse y desvestirse; usar el baño; acostarse y levantarse de la cama/sentarse y levantarse de la silla; llevarse comida a la boca; caminar dentro de su casa.) La dependencia leve refiere a no poder realizar actividades instrumentales de la vida diaria (hacer las compras; realizar quehaceres ligeros; realizar quehaceres pesados; manejo del dinero; desplazarse a lugares fuera de la casa solo/a; organizar y tomar medicamentos).

que la prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad y se incrementa particularmente a partir de los 75 años, en que el 60% de las personas presenta algún tipo de discapacidad.²³

En este contexto cabe preguntarse por las posibilidades que tienen las personas mayores de cubrir la demanda de cuidados generada en el contexto de envejecimiento poblacional y mayor incidencia de la discapacidad y la dependencia. Para apuntar información en esta dirección debemos anotar que las personas mayores en Uruguay viven mayormente solas (30%) o en hogares constituidos por una persona más de su misma generación (generalmente la pareja abarcando a otro 25%).²⁴

La capacidad de cuidado en el hogar por parte de otras generaciones por tanto es reducida y -si bien se ha demostrado que las redes potenciales de apoyo más allá del hogar en Uruguay son fuertes y las personas mayores mantienen relación fluida con sus hijos y nietos- esto no implica que este sostén familiar potencial pueda activarse en situaciones de dependencia crítica (Paredes y Pérez, 2014).

Por lo tanto las políticas deben contemplar las necesidades de esta nueva realidad: las personas mayores en Uruguay presentan niveles de dependencia y discapacidad considerables que afectan en mayor medida a las mujeres y a las edades más avanzadas y la configuración familiar no parece favorecer el cuidado en estas situaciones.

A modo de conclusión

Nuestro trabajo pretendió estudiar la evolución de la mortalidad en la vejez para un período de más de 100 años. El tema es verdaderamente relevante puesto que, a consecuencia de una transición demográfica temprana, la población de estas edades se ha incrementado de manera muy significativa, y plantea un reto sustantivo para nuestra sociedad. Las tendencias de largo plazo siempre ofrecen un panorama amplio y clarificador respecto a los procesos y permiten visualizar los fenómenos con mayor perspectiva. En este contexto nos ha sido posible observar los cambios en los patrones de morbimortalidad y de discapacidad como efecto del proceso de transición epidemiológica. Es así como a partir de la segunda mitad del siglo XX se reduce la incidencia de

²³ Personas con dificultades permanentes graves en al menos uno de los dominios de la discapacidad entendidos como ver, oír, caminar o entender.

²⁴ Datos provenientes de Censo 2011, ECH 2014 y Encuesta de Detección de Dependencia, 2012

las enfermedades infecciosas en tanto que aumentan las enfermedades no transmisibles, grupo de causas que también vimos que ya era muy relevante para estas edades a principios del siglo XX.

Como era de esperar, dentro de las enfermedades crónicas y degenerativas los neoplasmas y las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte. En ambos casos el comportamiento diferencial por sexo y edad –con un peor desempeño en los hombres y las edades avanzadas- constituye un insumo relevante para la definición de políticas públicas. Esta desigualdad en la muerte efectivamente se refleja en la incidencia diferencial por sexo del proceso de envejecimiento en donde la supervivencia de mujeres mayores obliga a delinear también objetivos específicos en materia de salud y cuidados. Nos encontramos frente a la paradoja de la salud de los países con bajos niveles de mortalidad, los hombres se mueren antes y las mujeres tienen más años de vida con alguna discapacidad.

En los últimos años ha cambiado en Uruguay el panorama de las políticas en relación con la salud, los cuidados y la vejez. Se ha ampliado la cobertura de salud, se encuentra en proceso de implantación un sistema de cuidados y se delinear políticas específicas hacia la vejez bajo un paradigma más orientado a contemplar las personas mayores como sujetos de derechos. Si bien no hemos incluido un análisis de los factores de riesgo también podemos notar que hay acciones específicas por parte del Estado en el consumo de tabaco y alcohol y en la promoción de actividades físicas.

Aún así, la prolongación de la duración de la vida también tiene costos en las últimas etapas. Como ya señalamos, la incidencia de la dependencia y la discapacidad es mayor en las mujeres y en las edades avanzadas. Paralelamente la capacidad de cuidado de la sociedad uruguaya se reduce, las mujeres viven mayormente solas, muchas veces son cuidadoras de sus propias parejas y no necesariamente cuentan con redes de apoyo que se puedan activar a la hora de incrementarse el deterioro físico y de salud. Si bien Uruguay ha empezado a avanzar en este camino, la articulación entre las políticas de salud, cuidados y dependencia se hará en el futuro más necesaria para reducir la incidencia de la morbimortalidad.

Bibliografía

COMISIÓN HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR. **Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Uruguay 1993-1997**. Montevideo. Comisión Honoraria Para la Salud Cardiovascular. 2000.

FILGUEIRA, F. Un estado social centenario El crecimiento hasta el límite del estado social batllista en **El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay**. Filgueira C. y Filgueira, F. Montevideo, Editorial ARCA, 1994.

FRENK, J; BOBADILLA, JL; STERN, C; FREJKA, T y LOZANO, R. Elementos para una teoría de la transición en salud. **Salud Pública de México**, 33, 5, pp 448-462. 1991.

MCKEOWN, T. **The Modern rise of population**. London, Edward Arnold Publishers. 1976.

MIDES. **Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez**. Montevideo. MIDES, 2012.

OLSHANSKY, S.J. y AULT, A.B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. **The Milbank Quarterly**, 64, n.3: 355-391, 1986

OMRAN, A. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology of population change, **The Milbank Quarterly** 49, pp: 321-345, 1971.

PAREDES, M., LLADÓ, M. y GONZÁLEZ, D. Políticas Públicas de vejez en Uruguay: un balance de la primera década del siglo XXI en PAREDES et al. **La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población**. Montevideo, CSIC Biblioteca Plural. 2013.

PAREDES, M. (2016). Políticas de vejez en Uruguay: el tránsito hacia un paradigma de derechos en MARTINEZ, J; ROJAS, E.; SANTILLÁN, M. (eds) **El Consenso de Montevideo y la agenda de investigación sobre población y desarrollo: algunos temas seleccionados**. ALAP. Serie Investigaciones (en prensa). 2016.

PAREDES, M y PÉREZ, R. “Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia” en **Las personas mayores ante el cuidado**. INAM. MIDES. Montevideo, 2014.

PELLEGRINO, A., CABELLA, W., PAREDES, M., POLLERO, R. y VARELA, C.. “De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX.” En: NAHUM, B. **El Uruguay del siglo XX. La sociedad**: 11-43, Montevideo, Banda Oriental- FCS 2008.

PÉREZ MOREDA, V., REHER, D. y SANZ GIMENO, A. **La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea**. Madrid, Marcial Pons Historia, 2015.

ROBLES GONZÁLEZ E. BERNABEU MESTRE, J. BENAVIDES, F.G. La transición sanitaria: una revisión conceptual. **Boletín de la Asociación de Demografía Histórica**, XIV, 1: 117-144. 1996.

VALLIN, J y MESLÉ, F. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition **Demographic Research Special Collection V2, 2**, pp11-44. 2004.