

2ª ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PPENT

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

2ª ENCUESTA
NACIONAL
DE FACTORES
DE RIESGO
DE ENFERMEDADES
NO TRANSMISIBLES

AUTORIDADES

Ministerio de Salud Pública

Dr. Jorge Basso

Ministro de Salud Pública

Dra. Cristina Lustemberg

Subsecretaría de Salud Pública

Dr. Jorge Quian

Dirección General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Subdirectora de la Dirección General de la Salud

Responsable Subcomponente 1.1 PPENT: Fortalecimiento

de las Funciones de Inteligencia en Salud

Dra. Laura Solá

Directora de la División Epidemiología

COMITÉ TÉCNICO COORDINADOR DE LA ENCUESTA

Mag. Ramón Álvarez Vaz

Epidemiología, MSP

Lic. Soc. Soledad Bonapelch

UCAP/PPENT, MSP

Lic. Soc. Franco González Mora

Subcomponente 1.1/PPENT, MSP

Dra. María José Rodríguez

Epidemiología, MSP

EJECUCIÓN

Subcomponente 1.1, proyecto PPENT

FINANCIAMIENTO

Proyecto de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT)
financiamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
(BIRF) N° 7486-UR

DISEÑO MUESTRAL

Mag. Ramón Álvarez Vaz

RELEVAMIENTO

Consorcio RADAR-INDRA

PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO

Mag. Ramón Álvarez Vaz

Lic. Soc. Soledad Bonapelch

Lic. Soc. Franco González Mora

Dra. María José Rodríguez

PARTICIPANTES

Instituto Nacional de Estadística

Administración Nacional de Correos

Consorcio RADAR-INDRA

COLABORADORES

Organización Panamericana de la Salud

Dra. Branka Legetic

Organización Mundial de la Salud

Melanie Cowan

UdelaR

Lic. Estela Skapino, Dra. Alicia Olascoaga,

Dr. José Boggia, Dra. Leonella Luzardo

Junta Nacional de Drogas

Lic. Héctor Suárez, Lic. Jessica Ramírez

UNASEV

Ing. Gustavo Arbiza

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Dr. Enrique Barrios

Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular

Dr. Mario Zelarayan, Dra. Cecilia del Campo

Fondo Nacional de Recursos

Dra. Rosana Gambogi

Programas del MSP

Dra. Clara Niz, Dra. Laura Solá, Lic. Ximena Moratorio,

Lic. Gabriela Berri, Lic. Margarita Sánchez

Servicio 0800 MSP

Valeria Valazza, Verónica Fernández, Marianela Burgueño

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “os/as”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o el uso tanto del femenino como masculino, en conjunto o alternadamente.

ÍNDICE

Índice de tablas	8
1. Resumen	12
2. Introducción	13
3. Objetivos	15
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
4. Metodología	15
5. Resultados	22
5.1 Consumo de tabaco	22
5.2 Consumo de alcohol	30
5.3 Dieta	35
5.4 Actividad física	41
5.5 Sobrepeso y obesidad	46
5.6 Presión arterial elevada	50
5.7 Glucemia elevada	52
5.8 Colesterolemia elevada	57
5.9 Riesgo	59
5.10 Tamizaje de cáncer	60
5.11 Lesiones	63
6. Consideraciones finales	76
7. Referencias bibliográficas	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de consumo diario de tabaco por edad según sexo. Uruguay, 2013	24	Tabla 17. Frecuencia de agregado de sal a la comida preparada por edad según sexo. Uruguay, 2013	37
Tabla 2. Prevalencia de consumo diario de tabaco por tramos etarios. Uruguay, 2013	24	Tabla 18. Prevalencia actividad física por edad según sexo y nivel de actividad física. Uruguay, 2013	40
Tabla 3. Promedio de edad de inicio de consumo de tabaco, en fumadores diarios, por edad según sexo. Uruguay, 2013	25	Tabla 19. Prevalencia de nivel bajo de actividad física según edad. Uruguay, 2013	40
Tabla 4. Porcentaje de fumadores diarios que fuman cigarrillos por edad según sexo. Uruguay, 2013	26	Tabla 20. Prevalencia de comportamiento sedentario por edad según sexo. Uruguay, 2013	41
Tabla 5. Promedio de consumo diario de cigarrillos manufacturados, en fumadores diarios, por edad según sexo. Uruguay, 2013	26	Tabla 21. Prevalencia de sobrepeso y obesidad por edad según sexo. Uruguay, 2013	42
Tabla 6. Distribución de exposición al humo de tabaco en lugares cerrados en no fumadores por edad según sexo y días de exposición. Uruguay, 2013	27	Tabla 22. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según edad. Uruguay, 2013	43
Tabla 7. Distribución de exposición al humo de tabaco en el hogar en no fumadores por edad según sexo y días de exposición. Uruguay, 2013	27	Tabla 23. Promedio de índice de masa corporal (IMC) por edad según sexo. Uruguay, 2013	44
Tabla 8. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por edad según sexo. Uruguay, 2013	29	Tabla 24. Prevalencia de perímetro de cintura de riesgo por edad según sexo. Uruguay 2013	44
Tabla 9. Prevalencia de consumo diario de alcohol, en bebedores actuales, por edad según sexo. Uruguay, 2013	31	Tabla 25. Prevalencia de hipertensión arterial por edad según sexo. Uruguay, 2013	46
Tabla 10. Prevalencia de consumo problemático de alcohol en consumidores de los últimos 12 meses ≥ 8 puntos escala AUDIT por edad según sexo. Uruguay, 2013	31	Tabla 26. Prevalencia de presión arterial elevada según edad. Uruguay, 2013	46
Tabla 11. Prevalencia de consumo puntual excesivo de alcohol (<i>binge drinking</i>) por edad según sexo. Uruguay, 2013	32	Tabla 27. Porcentaje de hipertensos no diagnosticados y/o no tratados por edad según sexo. Uruguay, 2013	46
Tabla 12. Prevalencia de consumo puntual excesivo de alcohol (<i>binge drinking</i>) por tramos etarios. Uruguay, 2013	33	Tabla 28. Prevalencia de diabetes por edad según sexo. Uruguay, 2013	48
Tabla 13. Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras por edad según sexo. Uruguay, 2013	33	Tabla 29. Prevalencia de diabetes según edad. Uruguay, 2013	48
Tabla 14. Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras por tramos etarios. Uruguay, 2013	35	Tabla 30. Prevalencia de glucemia de ayuno alterada por edad según sexo. Uruguay, 2013	49
Tabla 15. Porcentaje que utiliza aceite vegetal para preparar la comida por edad según sexo. Uruguay, 2013	35	Tabla 31. Prevalencia de glucemia de ayuno alterada y diabetes por edad según sexo. Uruguay, 2013	49
Tabla 16. Promedio de N° de días de consumo de bebidas azucaradas por edad según sexo. Uruguay, 2013	36	Tabla 32. Porcentaje de diabéticos no diagnosticados y/o no tratados por edad según sexo. Uruguay, 2013	50
		Tabla 33. Prevalencia de colesterolemia elevada por edad según sexo. Uruguay, 2013	51
		Tabla 34. Prevalencia de colesterolemia elevada según edad. Uruguay, 2013	51
		Tabla 35. Prevalencia de riesgo bajo por edad según sexo. Uruguay, 2013	52
		Tabla 36. Prevalencia de riesgo alto por edad según sexo. Uruguay, 2013	53
		Tabla 37. Distribución de mujeres 40 a 64 años de acuerdo a cuándo se realizó por última vez una mamografía. Uruguay, 2013	53

Tabla 38. Distribución mujeres 21 a 64 años según frecuencia de realización del PAP. Uruguay, 2013	54
Tabla 39. Distribución población de 50 a 64 años por realización de tamizaje cáncer de colon según sexo. Uruguay, 2013	55
Tabla 40. Distribución de uso del cinturón de seguridad por frecuencia de uso según sexo. 15 a 64 años. Uruguay, 2013	57
Tabla 41. Distribución de uso del cinturón de seguridad por frecuencia de uso según edad. Uruguay, 2013	58
Tabla 42. Distribución de uso de casco por frecuencia de uso según sexo. 15 a 64 años. Uruguay, 2013	59
Tabla 43. Distribución de uso de casco por frecuencia de uso según edad. Uruguay, 2013	60
Tabla 44. Prevalencia de personas que condujeron o viajaron en un vehículo con consumo de alcohol según sexo. 15 a 64 años. Uruguay, 2013	60
Tabla 45. Prevalencia de personas que condujeron o viajaron en un vehículo en el que el conductor consumió alcohol según edad. Uruguay 2013	61
Tabla 46. Prevalencia de personas que condujeron un vehículo habiendo consumido alcohol (2 o más tragos) según sexo. 18 a 64 años. Uruguay 2013	61
Tabla 47. Prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron atención médica según sexo. 15 a 64 años. Uruguay 2013	62
Tabla 48. Prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron atención médica según edad. Uruguay, 2013	62
Tabla 49. Prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron hospitalización según sexo. Uruguay, 2013	63
Tabla 50. Prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron hospitalización según edad. Uruguay, 2013	63
Tabla 51. Prevalencia de lesionados (excluyendo siniestros de tránsito) en los últimos 12 meses que requirieron atención médica por sexo. Uruguay, 2013	63
Tabla 52. Prevalencia de lesionados (excluyendo siniestros de tránsito) en los últimos 12 meses que requirieron atención médica por edad. Uruguay, 2013	64

Tabla 53. Prevalencia de lesionados (excluyendo siniestros de tránsito) en los últimos 12 meses que requirieron hospitalización según sexo. 15 a 64 años Uruguay, 2013	64
Tabla 54. Prevalencia de lesionados (excluyendo siniestros de tránsito) en los últimos 12 meses que requirieron hospitalización según edad. Uruguay, 2013	65

1

RESUMEN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de enfermedad y muerte en Uruguay y son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. Estudios recientes indican que el 87% de la carga global de enfermedad (medidos a través del indicador AVISA¹) para el conjunto de la población está explicado por las ENT (MSP-PPENT 2015).

Como parte de la estrategia de vigilancia de estas enfermedades, el Ministerio de Salud Pública realizó por primera vez la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT) en el año 2006. La encuesta permitió contar con una línea de base para fijar prioridades en la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y desarrollar políticas en esta área (MSP 2006). En 2013, con financiamiento del Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT-BIRF), se realizó la segunda ENFRENT, lo cual permite evaluar el impacto de las políticas de promoción de salud y prevención implementadas hasta el momento.

La metodología empleada para estas encuestas surge de las recomendaciones elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la aplicación de

tres pasos: 1) cuestionario, 2) medición de peso, talla y presión arterial y 3) mediciones bioquímicas de una muestra de sangre.

Al comparar los resultados que arroja la encuesta 2013 en relación a la primera encuesta en el año 2006 (en la población adulta de 25 a 64 años residente en áreas urbanas de todo el país), se observa una disminución en el consumo diario de tabaco, una mejora en el nivel de actividad física y una disminución del colesterol elevado. En cambio, la prevalencia de bajo consumo de frutas y verduras, de sobrepeso/obesidad y de presión arterial elevada registró un aumento en 2013. El consumo nocivo de alcohol y la glicemia elevada se han mantenido estables (o bien las diferencias registradas en las estimaciones puntuales no son significativas).

En la encuesta 2013 se amplió el universo de estudio y por primera vez se cuenta con información de la población entre 15 y 24 años; esto posibilita contar con una línea de base para futuras investigaciones. En esta población se destaca una alta prevalencia en los factores de riesgo relacionados con estilos de vida no saludables (bajo nivel de actividad física, bajo consumo de frutas y verduras, y consumo puntual excesivo de alcohol).

¹ Años de vida saludables perdidos (AVISA): años de vida perdidos por discapacidad y por muerte prematura.

2

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT)² son la principal causa de muerte en el Uruguay. La OMS considera como ENT prevalentes las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias (OMS 2013). Si bien existen otras enfermedades de importancia en salud pública (por ejemplo, trastornos mentales), no comparten los mismos factores de riesgo y por lo tanto se abordan con otras estrategias y planes de acción. Las ENT son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. Estudios recientes indican para Uruguay que el 87% de la carga global de enfermedad (medidos a través del indicador AVISA) para el conjunto de la población está explicado por las ENT (MSP-PPENT 2015).

Un alto porcentaje de estas enfermedades se puede prevenir, o puede enlentecerse su evolución a través de intervenciones de promoción de la salud, así como de prevención y tratamiento oportuno. Por esta razón se hace necesario incorporar estrategias de vigilancia para contar con información sobre su magnitud, características y tendencias. Esta información aporta insumos al momento de planificar e implementar acciones de promoción de la salud, prevención de

estas enfermedades y sus complicaciones, así como evaluar el impacto de dichas acciones (OMS 2014). Las encuestas son en general insumos relevantes para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica. Estas proporcionan un método para obtener información uniforme, sistemática, comparable y flexible a las necesidades de cada país.

En la ENFRENT fueron seleccionados para su medición los factores de riesgo que: 1) son los que tienen el mayor peso en la mortalidad y la morbilidad de las ENT; 2) es posible lograr su modificación mediante acciones de prevención; 3) se cuenta con instrumentos válidos para realizar su medición; y 4) su medición no presenta problemas éticos.

En base a esos criterios se identificaron los siguientes: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta no saludable, bajo nivel de actividad física, presión arterial elevada, sobrepeso/obesidad, glucemia elevada y colesterolemia elevada.

² Si bien al momento de la realización de la primera encuesta (año 2006) para hacer referencia a este tipo de enfermedades se hablaba de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, recientemente la OMS ha adoptado la denominación de Enfermedades No Transmisibles. Si bien las dos opciones son adecuadas, en este informe adoptamos la denominación más reciente.

Para que este tipo de encuestas fueran realizadas con metodología validada y en una forma estandarizada que permitiera la comparabilidad de los resultados a lo largo del tiempo y con respecto a otros países, la OMS desarrolló la Metodología STEPS (pasos), que más tarde también fue incorporada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta estrategia debe su nombre a que la medición de estos factores de riesgo se realiza en diferentes pasos, de acuerdo a los recursos y a las posibilidades de cada país:

- Paso 1 – Medición de los cuatro factores de riesgo conductuales (consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta no saludable y bajo nivel de actividad física) mediante la aplicación de un cuestionario.
- Paso 2 – Realización de mediciones físicas (peso, talla y presión arterial) para la determinación de sobrepeso/obesidad y presión arterial elevada.
- Paso 3 – Recolección de muestras de sangre para medición de glucemia y colesterolemia.

La 2a ENFRENT realizada en el año 2013 se enmarca en el Proyecto de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT) y contó con el financiamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF). El relevamiento de la información fue realizado por el Consor-

cio INDRA-RADAR, seleccionado en la Licitación Pública Internacional PPENT-LPI-SNC-1. Para esta encuesta se realizó una muestra representativa de la población de 15 a 64 años residente en localidades de 10.000 o más habitantes. Como marco muestral se utilizaron los datos del Censo 2011 (INE).

La realización de esta segunda encuesta es de suma importancia porque permite comparar y determinar la evolución de los factores de riesgo y evaluar las políticas implementadas, así como constituye una herramienta para la toma de decisiones en políticas sanitarias.

Resulta necesario asegurar la sostenibilidad de su realización en forma periódica (aproximadamente cada cinco años), ya que junto a otras fuentes de datos constituye el sistema de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, una de las líneas de acción que forma parte de las estrategias para su prevención y control.

3

OBJETIVOS

3.1

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT en la población de 15 a 64 años de edad residente en localidades urbanas (de 10.000 y más habitantes) de Uruguay en el año 2013.

3.2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia y características de los factores de riesgo conductuales de las ENT.
- Determinar las tasas de cobertura de estudios de tamizaje de salud.
- Conocer la prevalencia y características de los factores de riesgo biológicos de las ENT.
- Conocer la prevalencia de ocurrencia de lesiones.

4

METODOLOGÍA

Metodología STEPS

En esta segunda encuesta, al igual que en el año 2006, se midieron los ocho factores de riesgo mediante la aplicación de los tres pasos ya mencionados, recolectando información complementaria sobre lesiones y tamizaje de salud.

Se utilizó una modalidad de encuesta “cara a cara” al igual que en 2006.

La persona a encuestar dentro del hogar se seleccionaba entre los integrantes de 15 a 64 años utilizando un procedimiento aleatorio (tabla Kish). No se realizó sustitución de casos y se encuestó hasta agotar la muestra.

Principales diferencias respecto a la 1ª ENFRENT (2006)

A continuación se detallan las principales diferencias con respecto a la 1ª ENFRENT (2006):

- Se amplía el universo de estudio incorporando el grupo etario de 15 a 24 años. Este cambio permite contar con información sobre prevalencia de factores de riesgo en los jóvenes residentes en el país. Esto implicó una estrategia distinta en el momento del relevamiento de la información de menores de edad (15 a 17 años), para quienes se previó un contacto inicial con un adulto responsable en el hogar así como la firma de un consentimiento informado específico.
- Como marco muestral se utilizaron los datos del Censo 2011 (INE) para el muestreo a nivel de direcciones (domicilios); en el año 2006 se utilizó como marco el Censo 2004 Fase 1 (INE). Esto permitió además notificar e informar mediante correo postal a las viviendas seleccionadas la visita y sus motivos.
- En la ENFRENT 2013 el diseño muestral utilizado permite presentar

datos desagregados en Montevideo e Interior.

- Se realizó el paso 1 y 2 en forma conjunta, lo cual permitió mejorar la tasa de respuesta del paso 2. En la 1ª ENFRENT esto no fue posible por temas logísticos.
- Se realizó extracción de la muestra de sangre para el Paso 3 mediante punción digital, a diferencia del año 2006 en que la extracción fue intravenosa. Este aspecto tuvo incidencia en la mejor tasa de respuesta que se obtuvo para el paso 3 en 2013.

Diseño muestral

La encuesta se realizó en una muestra representativa de la población de 15 a 64 años residente en localidades urbanas de Uruguay, de 10.0000 y más habitantes.

Se llevó a cabo un muestreo probabilístico multietápico, con estratificación por conglomerados sin reposición.

Como marco muestral se utilizó el directorio de domicilios resultante del último censo nacional (INE 2011). El tamaño de la muestra originalmente calculado fue de 3.600 personas, considerando una tasa de no respuesta del 20% y un efecto diseño (Deff) de 1,5. El tamaño fue

calculado para poder tener estimaciones en los dominios que aparecen en el Cuadro 1 (según grupos de edades y área geográfica), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

CUADRO 1
Dominios de la muestra

Dominio / Grupos de edad	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	Total
Montevideo	N ₁₁	N ₁₂	N ₁₃	N ₁₄	N ₁₅	N _{1.}
Interior	N ₂₁	N ₂₂	N ₂₃	N ₂₄	N ₂₅	N _{2.}
Total	N _{.1}	N _{.2}	N _{.3}	N _{.4}	N _{.5}	N _{..}

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro 1 admite una lectura en dos dominios o subpoblaciones (Montevideo e Interior), en cinco dominios por edad o en 10 subpoblaciones, si se considera conjuntamente edad y región. Si bien los dominios por región tienen restricción de tamaño, no ocurre lo mismo para los dominios por edad o por edad y región; en estos casos los tamaños son aleatorios, ya que solamente existe restricción de tamaño para Montevideo e Interior. El procedimiento de selección de personas en la tercera etapa mediante tabla Kish permite controlar la distribución por sexo y por edad.

Sobre los casos seleccionados se calcularon los expansores a partir de las probabilidades de inclusión de cada etapa. Estos expansores fueron calibrados mediante la técnica de posestratificación, usando para eso la librería survey (LUMLEY, 2012) del sistema estadístico R (R Core Team, 2013) lo que permite reproducir los siguientes totales poblacionales.

CUADRO 2
Tamaños poblacionales de los dominios por sexo y grupos etarios

Dominio / Grupos de edad	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	Total
Montevideo hombres	99.958	95.945	80.699	73.861	58.781	409.244
Montevideo mujeres	102.312	100.949	87.527	85.296	73.369	449.453
Interior hombres	101.239	86.884	81.735	74.079	59.466	403.403
Interior mujeres	98.400	89.309	86.133	79.491	66.595	419.928
Total	401.909	373.087	336.094	312.727	258.211	1.682.028

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo INE 2011.

Muestreo teórico por etapas

En la **etapa 1**, previa al llamado a licitación, se propuso contar con al menos 150 casos en cada una de las 12 localidades del Interior y 1.800 para Montevideo (constituido por una única localidad). De esta manera se totalizaban 3.600 casos en una muestra sin reposición.

Las localidades del Interior, previamente al sorteo, fueron reagrupadas en estratos que responden a características socioeconómicas y geográficas, que fueron determinadas por el INE y que se utilizan en los diseños de muestreo de las encuestas que lleva adelante este instituto, en particular la Encuesta Continua de Hogares (ECH). Los 12 estratos originales (cinco de Montevideo, uno de zona metropolitana y seis del resto del Interior) fueron reagrupados en 6 estratos tal como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 3.
Estratos definidos para etapa 1 de la muestra

Descripción del estrato original	Estrato nuevo
Montevideo bajo	1
Montevideo medio bajo	1
Montevideo medio	1
Montevideo medio alto	1
Montevideo alto	1
Zona metropolitana (estrato 6 del INE)	2
Estrato 7 del INE	3
Estratos 8 y 10 del INE	4
Estrato 9 del INE	5
Estratos 11 y 12 del INE	6

Fuente: Elaboración propia.

En esos nuevos estratos estipulados para la primera etapa se seleccionaron 12 localidades repartidas en forma proporcional al peso de cada estrato nuevo. Las localidades dentro de cada estrato fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al número de habitantes que cada una registra.

En la etapa 2 quedaron definidas seis muestras independientes (Montevideo y los cinco estratos restantes del Interior) con al menos 150 casos para cada estrato del Interior y al menos 1.800 casos para Montevideo, tal como se mencionó anteriormente.

En la etapa 3 se seleccionan los hogares (las unidades terciarias de muestreo, UTM), mediante muestreo aleatorio simple (MAS), a partir del marco de domicilios del INE, considerando solamente los domicilios donde reside alguna persona de 15 a 64 años.

La unidad secundaria de muestreo (USM) para las muestras del Interior y Montevideo son las manzanas, las que fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al número de viviendas ocupadas. Para el caso de las 12 localidades del Interior la selección de manzanas (equivalentes a zonas del INE) se hizo sin considerar ninguna estratificación. Para el caso de Montevideo, las unidades primarias de muestreo (UPM) se dividieron previamente en cinco estratos (que fueron creados por el INE, tomando en cuenta información socioeconómica de los hogares agrupados), por lo cual, en el caso de Montevideo, se seleccionaron cinco muestras independientes, en forma proporcional al peso de cada estrato.

En la etapa 4 se seleccionaron personas mediante un procedimiento

aleatorio (tabla de Kish) al momento de visitar la vivienda seleccionada.

En la etapa 4 se seleccionaron personas mediante un procedimiento aleatorio (tabla Kish) al momento de visitar la vivienda seleccionada. (Tillé, 2013)

Muestra final

Luego de realizado el relevamiento a partir de la muestra teórica, se identificaron casos que no formaban parte del universo de estudio, como por ejemplo viviendas inubicables o desocupadas de manera permanente, viviendas en las que no residían hogares particulares o no había personas elegibles³. Una vez excluidos estos casos, la muestra final quedó conformada por 3.204 hogares con personas elegibles.

De los 3.204 casos de la muestra final, se logró aplicar el paso 1 a 2.462, lo que representa una tasa de respuesta de 76,8%. Entre los casos no realizados las causas que se registran con mayor frecuencia fueron a) ausencias temporales del hogar o persona seleccionada por un lapso superior al período de relevamiento y b) rechazo del hogar y/o del informante seleccionado.

Respecto del paso 2, se logró concretar 2.200 casos, lo que representa un 89,4% del total de casos en los que se realizó el paso 1. Finalmente,

³ Personas entre 15 y 64 años residentes de forma permanente en el hogar, que no estuvieran embarazadas en caso de ser mujeres, y estuvieran intelectualmente aptos para responder a la encuesta.

fueron realizados 1.331 casos en el paso 3: 54,1% del total de casos a los que se les aplicó el paso 1.

A continuación se muestran, en los cuadros 4 y 5, la distribución por estratos y departamentos de los casos realizados en el paso 1.

CUADRO 4
Frecuencia y porcentaje de personas seleccionadas
en la muestra por estratos

Estratos	Frecuencia	Porcentaje
Montevideo bajo	225	9,1
Montevideo medio bajo	252	10,2
Montevideo medio	287	11,7
Montevideo medio alto	259	10,5
Montevideo alto	97	3,9
Ciudad de la Costa, Ciudad del Plata, Las Piedras	344	14,0
Melo, Treinta y Tres	242	9,8
Dolores, Paysandú	250	10,2
Colonia del Sacramento, Maldonado, San Carlos	267	10,8
Minas, Trinidad	239	9,7
Total	2.462	100,0

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 5
Frecuencia y porcentaje de personas encuestadas
en la muestra por departamento

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Montevideo	1.120	45,5
Canelones	254	10,3
Cerro Largo	128	5,2
Colonia	68	2,8
Flores	124	5,0
Lavalleja	115	4,7
Maldonado	199	8,1
Paysandú	123	5,0
San José	90	3,7
Soriano	127	5,2
Treinta y Tres	114	4,6
Total	2.462	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Por último, se muestra la distribución de los casos realizados del paso 1 por edad y según dominios de región y sexo.

CUADRO 6
Frecuencia de personas seleccionadas en la muestra por edad
según dominios de región y sexo

Departamento	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	Total
Montevideo hombres	80	87	100	87	93	447
Montevideo mujeres	89	127	146	138	173	673
Interior hombres	77	81	98	102	118	476
Interior mujeres	125	166	177	195	203	866
Total	371	461	521	522	587	2.462

Fuente: Elaboración propia.

Período de recolección de la información

Todas las etapas que implican el trabajo de campo de la encuesta tuvieron lugar entre los meses de julio de 2013 a mayo de 2014. En ese período se llevó a cabo la planificación y ejecución del relevamiento de la encuesta.

Análisis de datos

Se opta por presentar las estimaciones puntuales, con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%, de los principales indicadores medidos en la encuesta para el conjunto de la población de 15 a 64 años y también para subconjuntos poblacionales: desagregaciones por sexo y por grupos de edad.

Debe tenerse en cuenta que la infor-

mación sobre los factores de riesgo conductuales, tamizaje en salud y lesiones surge de la declaración de las personas a partir de un cuestionario. Mientras que la información para los cuatro factores biológicos de riesgo fue relevada a partir de mediciones de peso, talla, circunferencia de cintura, presión arterial, y glucosa y colesterol en una muestra de sangre capilar.

5

RESULTADOS

A continuación se presentan los principales resultados para los factores de riesgo de las ENT en la población de 15 a 64 años de edad residente en localidades urbanas de Uruguay en el año 2013. Primeramente, se des-

criben los resultados de los factores de riesgo conductuales, luego los biológicos, la sección siguiente refiere a estudios de tamizaje de salud y, finalmente, la prevalencia de ocurrencia de lesiones.

5.1

CONSUMO DE TABACO

En la actualidad el consumo de tabaco se mantiene entre los principales factores de riesgo para la salud de

las personas en nuestra región y Uruguay no es la excepción. Por lo que gran parte de las ENT pueden evitar-

se desalentando el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. En Uruguay, entre 1998 y 2006 la prevalencia del consumo de tabaco en personas de 15 a 64 años se mantuvo en el orden del 34%; a partir de ese año la prevalencia ha ido en descenso hasta ubicarse en el entorno del 25% (Abascal et al. 2012). Estos cambios en el consumo ocurren en un contexto de implementación de un conjunto importante de acciones desde el Estado, que fue adoptando las medidas propuestas por el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS 2003b), que había sido ratificado por el país en el año 2004.

En esta sección se presentan, para el total del país, los siguientes indicadores:

- prevalencia de consumo diario de tabaco.
- promedio de edad de inicio de consumo de tabaco en fumadores diarios.
- cantidad promedio de consumo de cigarrillos manufacturados en fumadores diarios.
- porcentual de exposición al humo de tabaco en lugares cerrados en no fumadores.

Consumo diario

La prevalencia de consumo diario de tabaco para personas entre 25 y 64 años (ambos sexos) alcanza al 28,8% de la población en 2013. Esto representa un descenso de casi cuatro puntos porcentuales respecto al año 2006 (en la 1ª ENFRENT la prevalencia fue de 32,7%). En el análisis por sexo la prevalencia es mayor entre los hombres, tendencia también observada en otras investigaciones (OPS-MSP-INE 2009; Observatorio Uruguayo de Drogas, JND, 2012). Nótese, sin embargo, que la brecha entre sexos (cerca de siete puntos) es menor a la registrada en el año 2006 (aproximadamente nueve puntos), dado que el descenso en el consumo de tabaco fue mayor entre los hombres.

Para el conjunto de la población adulta de 15 a 64 años la prevalencia de consumo de tabaco es de 25,9%. Entre los más jóvenes la prevalencia alcanza el 16,7% y un dato a resaltar en este tramo etario es que no se observan diferencias entre hombres y mujeres.

TABLA 1

Prevalencia de consumo diario de tabaco* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 %(IC)	25 a 64 %(IC)	15 a 64 %(IC)
Hombres	16,6% (10,3–22,8)	32,5% (29,0–36,0)	28,6% (25,5–31,6)
Mujeres	16,9% (11,6–22,2)	25,4% (22,8–28,0)	23,4% (21,0–25,8)
Ambos sexos	16,7% (12,7–20,8)	28,8% (26,6–30,9)	25,9% (24,0–27,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Refiere a fumar a diario algún producto de tabaco.

La prevalencia de consumo diario de tabaco es menor entre los más jóvenes (15 a 24) si se compara con todos los demás grupos de edades. En la comparación con la población entre 55 y 64 años, la diferencia en las estimaciones puntuales se aproxima a los 10 puntos porcentuales⁴.

TABLA 2

Prevalencia de consumo diario de tabaco* por tramos etarios. Uruguay, 2013

Grupo de edad (en años)	Consumo diario de tabaco % (IC)
15 a 24	16,7% (12,7–20,8)
25 a 34	27,6% (23,0–32,2)
35 a 44	30,7% (26,2–35,1)
45 a 54	30,3% (25,9–34,7)
55 a 64	26,1% (22,1–30,1)
15 a 64	25,9% (24,0–27,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Refiere a fumar a diario algún producto de tabaco.

Edad de inicio de consumo diario de tabaco

El inicio temprano de consumo diario de tabaco suele asociarse a consumos de mayor intensidad y duración en el tiempo. Por tal motivo resulta importante seguir la evolución de este indicador. Para el año 2013, la edad media de inicio de consumo para la población de 25 a 64 años es de 17,8 años. Esta cifra no arroja diferencias estadísticamente significativas respecto del valor del indicador para el año 2006 (17,9 años).

⁴ Tal como surge de la lectura de los intervalos de confianza, las diferencias entre este y los demás grupos etarios son estadísticamente significativas.

En el análisis por sexo y para todos los grupos etarios, tanto para el año 2013 como para el año 2006, no se evidencian diferencias en la edad media de inicio del consumo entre hombres y mujeres. Sí existe diferencia significativa en la edad de inicio entre los más jóvenes respecto de los adultos.

TABLA 3

Promedio de edad de inicio de consumo de tabaco, en fumadores diarios, por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 años (IC)	25 a 64 años (IC)	15 a 64 años (IC)
Hombres	15,3 AÑOS (14,3–16,3)	17,5 AÑOS (16,8–18,1)	17,1 AÑOS (16,6–17,8)
Mujeres	15,8 AÑOS (15,2–16,4)	18,2 AÑOS (17,6–18,8)	17,8 AÑOS (17,3–18,3)
Ambos sexos	15,5 AÑOS (15,0–16,1)	17,8 AÑOS (17,4–18,3)	17,4 AÑOS (17,0–17,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Cantidad promedio de consumo cigarrillos manufacturados

El producto del tabaco más consumido en Uruguay es el cigarrillo manufacturado (ver tabla 4), que se encuentra en la categoría de los productos de tabaco “con humo” y puede definirse como “una pequeña porción de tabaco seco y picado, enrollado en papel fino, industrializado, el cual puede disponer o no de filtro” (GATS, INE 2009). Entre los fumadores diarios de algún producto de tabaco, más de 7 cada 10 personas de 15 a 64 años fuma cigarrillos manufacturados. Esta situación es aun más clara entre los jóvenes (15 a 24 años), donde casi 9 de cada 10 fumadores diarios consume cigarrillos manufacturados.

TABLA 4

Porcentaje de fumadores diarios que fuman cigarrillos por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	87,7% (82,0–93,3)	73,3% (69,9–76,7)	76,9% (74,0–79,8)
Mujeres	84,4% (79,3–89,5)	75,7% (73,1–78,2)	77,7% (75,3–80,0)
Ambos sexos	86,0% (82,3–89,8)	74,5% (72,5–76,6)	77,3% (75,4–79,2)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Para el año 2013 el promedio diario de consumo de cigarrillos manufacturados para la población entre 25 y 64 años fue de 13,2 cigarrillos. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación al año 2006, cuando se registró una estimación puntual de 14,8 (13,9–15,7) cigarrillos consumidos diariamente.

En el año 2013, si se toma en cuenta la población joven (15 a 24 años), el promedio de consumo diario de este producto fue de 9,7 cigarrillos, lo que implica un promedio de 3,5 cigarrillos menos que los adultos. Se destaca que para todos los tramos etarios considerados –o sea, tanto en población joven como en población adulta–, la cantidad promedio de cigarrillos consumidos no arroja diferencias significativas por sexo.

TABLA 5
Promedio de consumo diario de cigarrillos manufacturados
(en fumadores diarios) por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 cigarrillos (IC)	25 a 64 cigarrillos (IC)	15 a 64 cigarrillos (IC)
Hombres	9,3 cigarrillos (6,5–12,0)	14,0 cigarrillos (12,4–15,6)	13,3 cigarrillos (11,9–14,7)
Mujeres	10,1 cigarrillos (7,0–13,2)	12,3 cigarrillos (11,3–13,4)	11,9 cigarrillos (10,9–12,9)
Ambos sexos	9,7 cigarrillos (7,6–11,7)	13,2 cigarrillos (12,3–14,2)	12,7 cigarrillos (11,8–13,6)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Exposición al humo de tabaco en lugares cerrados

Además de las medidas para desestimular el consumo de tabaco entre los fumadores, una de las acciones recomendadas por la OMS, a través del Convenio Marco (OMS 2003b) para la reducción del daño que produce el humo de tabaco es la de proteger a los no fumadores de la exposición al humo ambiental de tabaco.

Una de las estrategias más efectivas para evitar la exposición al humo de segunda mano en el caso de los espacios públicos de trabajo y/o estudio, es la de prohibir el consumo de tabaco en lugares cerrados. En estos casos se sostiene

que la legislación resulta efectiva y el acatamiento es importante. Además, esta estrategia tiene como emergente deseado contribuir a la desnaturalización del hábito de fumar como actividad inocua para la salud, ya que la razón de la prohibición se sustenta en el hecho de que el consumo de tabaco es altamente nocivo tanto para la persona que fuma como para quienes se exponen al humo de tabaco.

En el año 2013 poco más de 2 cada 10 personas de entre 25 y 64 años que no fumaban estuvo expuesto al humo de tabaco en lugares cerrados. Uno de cada 10 aproximadamente estuvo expuesto 5 o más días.

Tal como se aprecia en la tabla 6, los hombres de 25 a 64 años no fumadores están en mayor medida expuestos al humo de tabaco ajeno respecto de las mujeres. Para la comparación por grupo de edades no se observan diferencias estadísticamente significativas, sin embargo las estimaciones puntuales para la población no expuesta es menor entre los adultos (25 a 64 años) en relación a los jóvenes (15 a 24 años).

TABLA 6
Distribución de exposición al humo de tabaco en lugares cerrados*
en no fumadores por edad según sexo y días de exposición. Uruguay, 2013

Días de la semana	Edad		
	15 A 24 años %(IC)	25 a 64 años %(IC)	15 A 64 años %(IC)
Hombres			
0	67,9% (58,5–77,3)	73,9% (69,4–78,4)	72,2% (68,0–73,3)
1 a 4	7,4% (2,8–12,0)	7,2% (4,7–9,6)	7,2% (5,1–9,4)
5 a 7	12,3% (5,8–18,9)	13,6% (9,8–17,4)	13,2% (10,0–16,5)
No trabaja o estudia en espacio cerrado	12,4% (6,3–18,6)	5,3% (3,2–7,4)	7,4% (5,0–9,7)
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Días de la semana	Edad		
	15 a 24 años %(IC)	25 a 64 años %(IC)	15 a 64 años %(IC)
Mujeres			
0	73,3% (66,2-80,5)	82,1% (79,3-84,9)	80,0% (77,2-82,8)
1 a 4	7,9% (3,4-12,4)	4,8% (3,2-6,4)	5,5% (3,8-7,2)
5 a 7	8,0% (3,6-12,3)	4,5% (3,0-6,0)	5,4% (3,7-7,0)
No trabaja o estudia en espacio cerrado	10,9% (5,8-15,9)	8,6% (6,6-10,6)	9,1% (7,1-11,2)
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Ambos sexos			
0	70,6% (64,7-76,4)	78,4% (76,0-80,9)	76,3% (73,9-78,7)
1 a 4	7,6% (4,4-10,8)	5,9% (4,4-7,3)	6,3% (5,0-7,7)
5 a 7	10,2% (6,3-14,0)	8,6% (6,8-10,5)	9,0% (7,3-10,8)
No trabaja o estudia en espacio cerrado	11,7% (7,7-15,6)	7,1% (5,6-8,6)	8,3% (6,8-9,8)
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Se refiere a lugar de trabajo o estudio.

Cuando consideramos espacios cerrados domésticos, la regulación de la calidad del aire es mucho más difícil y las estrategias deben estar orientadas principalmente a la educación y a desestimular el consumo de tabaco entre los fumadores. El hacinamiento y la presencia de niños y/o adultos mayores entre los integrantes del hogar son algunos de los escenarios posibles en los hogares con personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco ajeno en su lugar de residencia.

Se destaca que, entre los no fumadores de entre 25 y 64 años, poco más del 80% no está expuesto al humo de tabaco de segunda mano en sus hogares. En cambio, algo más del 10% sí está expuesto diaria o casi diariamente. Si se compara con el año 2006, la población no expuesta era algo menor (75,8%) y la población expuesta 5 o más días al humo de tabaco ajeno en el hogar era algo mayor (16,0%).

En el año 2013 fue la población joven no fumadora (15 a 24 años) la que registró valores más altos de exposición al humo de tabaco ajeno si se compara con la población adulta (25 a 64 años). Esta situación puede deberse en parte a cómo están constituidos los hogares que conforman estas personas si se toma en cuenta:

- que la prevalencia de fumadores es mayor entre los adultos;
- que existe evidencia de la mayor prevalencia entre las personas de nivel socioeconómico bajo (OPS-MSP-INE 2009), siendo estas las que integran en general hogares más numerosos y con mayor presencia de población joven.

TABLA 7
Distribución de exposición al humo de tabaco en el hogar en no fumadores por edad según sexo y días de exposición. Uruguay, 2013

Días de la semana	Edad		
	15 a 24 años %(IC)	25 a 64 años %(IC)	15 a 64 años %(IC)
Hombres			
0	59,3% (50,0-68,5)	82,1% (78,3-86,0)	75,6% (71,7-79,4)
1 a 4	10,3% (4,0-16,6)	5,1% (3,2-7,0)	6,6% (4,2-9,0)
5 a 7	28,9% (20,2-37,5)	10,8% (7,5-14,0)	16,0% (12,5-19,5)
No sabe	1,6% (0,0-3,8)	2,0% (0,5-3,5)	1,9% (0,6-3,1)
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Días de la semana	Edad		
	15 a 24 años %(IC)	25 a 64 años %(IC)	15 a 64 años %(IC)
Mujeres			
0	66,4% (58,5-74,3)	82,1% (79,4-84,8)	78,2% (75,4-81,0)
1 a 4	9,9% (4,9-14,9)	6,5% (4,7-8,4)	7,4% (5,6-9,1)
5 a 7	23,4% (16,4-30,4)	10,4% (8,3-12,5)	13,6% (11,3-15,9)
No sabe	0,3% (0,0-1,0)	1,0% (0,4-1,6)	0,8% (0,3-1,3)
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Ambos sexos			
0	62,8% (56,9-68,7)	82,1% (79,9-84,4)	77,0% (74,7-79,3)
1 a 4	10,1% (6,2-14,0)	5,9% (4,6-7,2)	7,0% (5,6-8,4)
5 a 7	26,2% (20,5-31,8)	10,6% (8,7-12,4)	14,7% (12,6-16,8)
No sabe	1,0% (0,0-2,1)	1,4% (0,7-2,2)	1,3% (0,7-2,0)
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

5.2
CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo abusivo de alcohol también representa uno de los principales factores de riesgo para la salud de las personas en la mayoría de los países de América Latina y es uno de los principales problemas de salud pública en la región, principalmente por el impacto que tiene el consumo ocasional excesivo. A ello debe agregarse que diversos estudios han demostrado la asociación entre el abuso prolongado del alcohol y el padecimiento de enfermedades como

la cirrosis y la hepatitis, además de pérdida de la memoria, úlceras, anemia, malnutrición, depresión, entre otras (OPS 2007).

A su vez, el consumo problemático de alcohol no solo implica un aumento del riesgo de desarrollar alguna enfermedad crónica no transmisible, sino que también aumenta el riesgo de sufrir lesiones por accidentes y/o violencia. La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es más alta que otras sustancias psicoactivas como la marihuana, la cocaína, los estimulantes, la pasta base, los tranquilizantes o el éxtasis (OPS 2007).

Existe una diversidad de indicadores que se adoptan para el estudio y seguimiento de la problemática del alcohol, algunos de ellos asociados a la intensidad del consumo y otros que tratan de dar cuenta de los problemas relacionados al consumo. En esta sección se presentan, para el total del país, los siguientes indicadores:

- prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días;
- prevalencia de consumo diario;
- prevalencia de consumo nocivo:
 - problemático,
 - puntual excesivo (*binge drinking*).

Consumo de alcohol
en los últimos 30 días

Este indicador mide la frecuencia de consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días previos a la encuesta. En el año 2013 aproximadamente una de cada dos personas entre 25 y 64 años había consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días previos a la encuesta. Estas cifras son similares a las registradas en el año 2006, cuando el 52,6% de la población adulta manifestó haber consumido alguna bebida alcohólica en igual período.

Si se observa la prevalencia según el sexo, en ambas mediciones (2013 y 2006), para la población adulta, la brecha en la estimación es superior a los 25 puntos porcentuales entre hombres y mujeres: un poco más de 6 cada 10 hombres han consumido en el último mes en relación a menos de 4 cada 10 mujeres.

Para el caso de los jóvenes, la prevalencia del consumo en los últimos 30 días es menor respecto a los adultos de 25 a 64 años. Se destaca el hecho de que no se identifiquen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

TABLA 8
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días*
por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	48,8% (40,5–57,0)	64,2% (60,4–68,0)	60,4% (56,8–63,9)
Mujeres	40,2% (32,8–47,5)	37,4% (34,4–40,4)	38,0% (35,1–41,0)
Ambos sexos	44,5% (38,6–50,4)	50,2% (47,8–52,6)	48,8% (46,5–51,2)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Son los que se consideran consumidores actuales o habituales.

Consumo diario de alcohol

La prevalencia de consumo diario de alcohol en el año 2013 para la población de 25 a 64 años es de 3,9%. En este indicador se constata una disminución de más de 3 puntos porcentuales en relación al año 2006 (7,1% IC: 5,5–8,7).

En 2013 la población joven registra una prevalencia de consumo diario que se ubica en el entorno de 1%, siendo mayor entre los varones al igual de lo que ocurre entre los adultos.

TABLA 9
Prevalencia de consumo diario de alcohol, en bebedores actuales,
por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	2,1% (0,0–5,3)	5,4% (3,8–7,1)	4,7% (3,2–6,2)
Mujeres	0,0% (0,0–0,0)	1,8% (0,9–2,8)	1,4% (0,6–2,1)
Ambos sexos	1,1% (0,0–2,7)	3,9% (2,9–4,9)	3,2% (2,3–4,1)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

El criterio adoptado en la presente encuesta para la medición del consumo problemático de alcohol es el llamado Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, creado por la OMS, que puntúa las respuestas de los entrevistados en relación a una batería de preguntas tomando como referencia una escala de puntuación (AUDIT) (Thomas, Higgins–Biddle, Saunders y Monteiro 2001). Consiste en 10 preguntas y los valores posibles van de 0 a 40. La OMS define un valor de 8 o más como el punto de corte para identificar personas con algún tipo de consumo problemático de alcohol.

CUADRO 7
Referencias sobre puntuación AUDIT

Nivel de riesgo	Tipo de consumo	Puntuación
I	ABSTINENCIA O CONSUMO DE BAJO RIESGO	0 A 7
II	CONSUMO DE RIESGO	8 A 19
III	CONSUMO PERJUDICIAL	16 A 19
IV	DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	20 A 40

Fuente: Manual AUDIT, OMS.

La prevalencia del consumo problemático de alcohol para el año 2013 en la población de 25 a 64 años es de 8,1%, siendo claramente mayor entre los hombres (12,9%) en relación a las mujeres (1,8%). En la población joven (15 a 24 años) la prevalencia es de 9,5% siendo la brecha de género aun mayor en relación a la población adulta. Esto último implica que casi 2 de cada 10 jóvenes varones tienen problema con el alcohol.

TABLA 10
Prevalencia de consumo problemático de alcohol en consumidores
de los últimos 12 meses ≥ 8 puntos escala AUDIT,
por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	17,2% (9,0–25,4)	12,9% (10,1–15,8)	13,9% (11,0–16,7)
Mujeres	1,4% (0,0–3,0)	1,8% (0,7–2,8)	1,6% (0,7–2,6)
Ambos sexos	9,5% (5,2–13,8)	8,1% (6,4–9,8)	8,4% (6,8–10,1)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Consumo puntual excesivo de alcohol

Otra forma de consumo nocivo de alcohol lo constituye el consumo puntual excesivo (binge drinking o consumo excesivo episódico), que se define como la ingesta de cinco o más tragos estándar (cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro) por ocasión para el hombre, y cuatro o más tragos para el caso de la mujer. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

“El consumo excesivo episódico es especialmente prevalente entre jóvenes en varios países de la región. El patrón de ingesta promedio de los adultos en la mayoría de los países de las Américas es de riesgo para la salud” (OPS 2007).

En el año 2013 registramos para la población de 25 a 64 años una prevalencia de 9,5%. Si bien la estimación puntual para el año 2006 es algo mayor (12,1%), no es posible hacer referencia a diferencias significativas entre las dos mediciones. Tampoco es posible identificar diferencias significativas en las estimaciones entre hombres y mujeres, ni entre jóvenes (15 a 24 años) y adultos (25 a 64 años).

TABLA 11

Prevalencia de consumo puntual excesivo de alcohol (binge drinking)* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	9,3% (2,2-16,3)	11,4% (8,2-14,5)	10,9% (8,1-13,8)
Mujeres	13,2% (6,0-20,4)	6,6% (3,8-9,3)	8,2% (5,5-10,9)
Ambos sexos	11,0% (5,9-16,2)	9,5% (7,3-11,7)	9,8% (7,8-11,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Sin embargo, si se observan las estimaciones puntuales por tramos etarios con una mayor desagregación, se vislumbra una tendencia a mayor prevalencia entre la población más joven (15 a 24 años) respecto de la población de mayor edad (55 a 64 años), lo cual está en sintonía con lo que ocurre en la región.

TABLA 12

Prevalencia de consumo puntual excesivo de alcohol (binge drinking)* por tramos etarios. Uruguay, 2013

Grupos de edad (en años)	Consumo puntual excesivo de alcohol. % (IC)
15 a 24	11,0% (5,9-16,2)
25 a 34	12,6% (7,7-17,5)
35 a 44	9,9% (5,7-14,1)
45 a 54	7,2% (3,6-10,8)
55 a 64	6,3% (2,6-10,0)
15 a 64	9,8% (7,8-11,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Ingesta en una misma oportunidad igual o mayor a 5 tragos (en hombres) o 4 tragos (en mujeres) en la última semana

5.3

DIETA

Una alimentación inadecuada es otro factor que incide en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles.

La transición nutricional se caracteriza por cambios tanto cuantitativos como cualitativos que llevan a una dieta inadecuada. Esta se caracteriza por incluir una dieta con mayor densidad energética, lo que significa más grasa y más azúcar añadido en los alimentos, una mayor ingesta de grasas saturadas (principalmente de origen animal) unida a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra, y una reducción del consumo de frutas y verduras (OMS 2003a).

En esta sección se presentan, para el total del país, los siguientes indicadores:

- prevalencia consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras,
- prevalencia tipo de grasa o aceite utilizado para cocinar,
- promedio de días de consumo de bebidas azucaradas,
- distribución porcentual de frecuencia de agregado de sal a la comida preparada.

Consumo de frutas y verduras

La OMS recomienda el hábito de una dieta saludable porque ayuda a proteger contra la malnutrición en todas sus formas y ayuda a prevenir enfermedades no transmisibles como la diabetes, las enfermedades del corazón, los derrames cerebrales y el cáncer (OMS 2004). Las prácticas alimentarias saludables promueven el crecimiento saludable y la mejora del desarrollo cognitivo, y pueden tener beneficios para la salud a largo plazo, como la reducción del riesgo de tener sobrepeso u obesidad. Dentro de las recomendaciones de la OMS se encuentra la de aumentar el consumo de frutas y verduras, dado que su consumo es fundamental para garantizar una dieta diversificada y nutritiva (OMS 2003a). Se sugiere la ingesta de al menos 400 gramos de frutas y verduras al día (unas 5 porciones).

La prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras para el tramo de 25 a 64 años no solo se mantiene en cifras de 9 cada 10 personas adultas, sino que, comparando con el año 2006, se registra un aumento significativo en 2013, pasando de 84,9% a 90,9%. De hecho, en este indicador no se observan diferencias significativas para el conjunto de la población de 15 a 64 años: aproximadamente 9 cada 10 personas, sin importar edad o sexo, consumen menos de 5 porciones diarias de frutas y verduras.

TABLA 13
Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	90,7% (85,4-96,0)	92,7% (90,8-94,6)	92,2% (90,3-94,1)
Mujeres	88,8% (84,1-93,4)	89,2% (87,3-91,0)	89,1% (87,3-90,8)
Ambos sexos	89,8% (86,3-93,2)	90,9% (89,6-92,2)	90,6% (89,3-91,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Tal como se observa en la tabla 14, para todos los grupos de edades la prevalencia en el consumo menor a 5 porciones de frutas y/o verduras no registra diferencias significativas, siendo alta para todos los tramos.

TABLA 14
Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras por tramos etarios. Uruguay, 2013

Grupos de edad (en años)	Consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras % (IC)
15 A 24	89,8% (86,3-93,2)
25 A 34	93,6% (91,1-96,0)
35 A 44	90,9% (88,2-93,5)
45 A 54	89,8% (86,9-92,6)
55 A 64	88,3% (85,7-91,0)
15 A 64	90,6% (89,3-91,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Aceite utilizado para cocinar

Otro aspecto indagado en la encuesta con el objetivo de conocer más cabalmente las prácticas asociadas a la dieta de la población residente en Uruguay, fue el uso de aceite o grasa para cocinar. Se destaca que, al igual que lo mencionado para el consumo de frutas y verduras, no se registran diferencias significativas por edad y/o sexo y la amplia mayoría de la población (prácticamente el 100%) declara utilizar aceite vegetal para preparar la comida.

TABLA 15
Porcentaje que utiliza aceite vegetal para preparar la comida por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	94,8% (90,7-98,9)	98,2% (97,2-99,1)	97,3% (96,1-98,6)
Mujeres	98,0% (96,0-99,9)	98,4% (97,6-99,1)	98,3% (97,6-99,0)
Ambos sexos	96,4% (94,1-98,6)	98,3% (97,7-98,9)	97,8% (97,1-98,6)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Consumo de bebidas azucaradas

El efecto de los azúcares refinados en la salud ha sido objeto de intenso escrutinio científico en los últimos años. La OPS destaca que el consumo de bebidas azucaradas se ha asociado con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2, el síndrome metabólico y el aumento de peso. Los mecanismos fisiológicos incluyen, entre otros, la hiperinsulinemia, la resistencia a la insulina, la arterioesclerosis y la hipertensión arterial. Se ha sugerido que la fructosa es el componente del azúcar que causa estos cambios fisiológicos (OPS 2014).

En la tabla 16 se observa que en el tramo etario de 25 a 64 años para ambos sexos el promedio de número de días de consumo de bebidas azucaradas es de 3. Mientras que para el tramo de 15 a 24 son 5 días, lo que muestra que las nuevas generaciones tienen incorporada a su dieta diaria este tipo de bebidas.

TABLA 16
Promedio de número de días de consumo de bebidas azucaradas* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
Hombres	5 DÍAS	4 DÍAS	4 DÍAS
Mujeres	5 DÍAS	3 DÍAS	3 DÍAS
Ambos sexos	5 DÍAS	3 DÍAS	4 DÍAS

Fuente de datos: 2º ENFRENT (MSP 2013).

* Se refiere a refrescos no dietéticos, jugos con azúcar, jugos en polvo, mate con azúcar.

Consumo de sal

El consumo aumentado de sodio se asocia con diversas enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, ataques cerebrovasculares, etc.) por lo cual lograr una disminución del consumo reducir la prevalencia de estas patologías. Se considera que en el mundo se consume mucho más sodio del necesario para la actividad fisiológica. En muchos casos, el consumo supera con creces lo recomendado en la actualidad por la OMS (5 gramos de sal al día).

La forma recomendada por OMS para medir ingesta de sodio es la medición de sodio en orina de 24 horas. Dada las dificultades que implica adoptar este método, al igual que en la mayoría de los países de la región, se optó por aproximarse a la ingesta de sodio mediante preguntas estandarizadas incluidas en el cuestionario (paso 1) orientadas al uso de sal⁵ al momento de la cocción de comidas y en comidas preparadas, así como sobre la frecuencia de consumo de productos con alto contenido de sodio.

Si se hace foco en la frecuencia con que se agrega sal a la comida preparada, se obtiene que poco más de 1 cada 10 adultos (15 a 64 años) lo hacen siempre o casi siempre (14,1%), mientras que casi 8 de cada 10 lo hace raramente o nunca (75,1%).

Si se toma en cuenta al total de personas adultas (25 a 64 años) que le agregan sal a la comida preparada, o sea, excluyendo quienes declaran no agregarle “nunca”, se alcanza casi al 30% de la población: 29,9%⁶ (27,4–32,4). Si se compara este dato con los resultados para el año 2006, no se observan diferencias significativas, dado que en ese entonces el 28,6% (26,0–31,2) de la población declaró agregarle sal a la comida.

⁵ Como sal se incluye: sal común, sal marina, sal de ajo, sal de apio, sal de cebolla, salsa de soja, sales dietéticas con sodio y saborizadores con sodio.

⁶ El dato surge de sumar los porcentajes de población que declara agregarle sal a la comida preparada siempre, casi siempre, algunas veces o raramente.

TABLA 17
Frecuencia de agregado de sal a la comida preparada por edad según sexo.
Uruguay, 2013

Frecuencia agregado de sal a la comida preparada	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres			
Siempre /	22,4%	14,5%	16,5%
Casi siempre	(15,2-29,6)	(11,6-17,4)	(13,6-19,3)
Algunas	15,3%	11,4%	12,4%
veces	(9,6-21,1)	(8,8-13,9)	(10,0-14,7)
Raramente /	62,3%	73,9%	71,0%
nunca	(54,4-70,2)	(70,3-77,5)	(67,8-74,3)
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Mujeres			
Siempre /	16,3%	10,7%	12,0%
Casi siempre	(11,3-21,2)	(8,8-12,6)	(10,1-13,9)
Algunas	10,8%	8,5%	9,0%
veces	(6,2-15,4)	(6,7-10,2)	(7,3-10,7)
Raramente /	73,0%	80,6%	78,8%
nunca	(66,6-79,3)	(78,1-83,1)	(76,4-81,3)
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Frecuencia agregado de sal a la comida preparada	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Ambos sexos			
Siempre /	19,3%	12,5%	14,1%
Casi siempre	(14,9-23,7)	(10,7-14,3)	(12,4-15,9)
Algunas	13,1%	9,9%	10,6%
veces	(9,4-16,8)	(8,3-11,5)	(9,1-12,1)
Raramente /	67,6%	77,4%	75,1%
nunca	(62,5-72,7)	(75,2-79,6)	(73,0-77,1)
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

5.4
ACTIVIDAD FÍSICA

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La “actividad física” no debe confundirse con el “ejercicio”. Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (OMS 2010).

La inactividad física o actividad física insuficiente es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos reduce el riesgo de hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, es un determinante clave del gasto energético y, es por tanto, fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso (OMS 2010).

Se presentan dos indicadores relacionados con la actividad física:

- el nivel de actividad física,
- el comportamiento sedentario.

Para medir el nivel de actividad física, la encuesta STEPS utiliza el Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) que es un cuestionario desarrollado por OMS para medir actividad física en encuestas poblacionales. El GPAQ mide la actividad física que desarrolla una persona en el trabajo, en el tiempo libre y en los desplazamientos de un lugar a otro. En base al tiempo y al tipo de actividad (moderada, intensa) que se desarrolla en cada situación, se calculan los Equivalentes Metabólicos (MET). El MET se define como 1kcal/kg/hora y equivale a la energía que se consume estando sentado tranquilo.

De acuerdo a la OPS, los valores MET para el cálculo de la actividad física total, son los siguientes:

CUADRO 8
Valores MET para medición de la actividad física

Dominio	Moderada	Intensa
Trabajo	4	8
Desplazamiento	4	X
Recreación	4	8

Fuente: GPAQ Analysis Guide (OMS 2015).

Esto significa que, una vez calculado el total de minutos semanales destinados a cada “dominio”, el valor final surge de la sumatoria de los productos entre los tiempos y el valor MET para cada caso (moderada/intensa).

Si bien la primera ENFRENT en nuestro país (MSP 2006) adoptó el método de cálculo recomendado por OMS en ese momento, que definía umbrales para identificar tres niveles de actividad física (alto, moderado y bajo), en el presente informe se adopta la nueva metodología de cálculo recomendada por la OMS y actualmente vigente (OMS 2015). El nuevo método establece únicamente un umbral para clasificar a las personas de acuerdo a criterios que se detallan a continuación, con un nivel adecuado o bajo/inadecuado de actividad física.

De esta manera, a partir del cuestionario GPAQ se categoriza la actividad física en dos niveles:

- nivel de actividad física bajo o inadecuado cuando se registra menos de 600 MET-minutos/semana,
- nivel de actividad física adecuado cuando se registra al menos 150 minutos/semana de actividad física de intensidad moderada o al menos 75 minutos/semana de actividad física de intensidad vigorosa o cualquier combinación con al menos 600 MET-minutos/semana.

En la tabla 18 se muestra la prevalencia de los niveles de actividad física por sexo y tramo etario. La prevalencia de nivel bajo de actividad física para personas de entre 25 y 64 años es de 22,8. Si se compara dicha prevalencia con la obtenida en 2006, se observa una mejora de este indicador debido a un descenso significativo, de 7,1 puntos porcentuales (en el año 2006 la prevalencia fue de 29,9%).

Al analizar la prevalencia por sexo, para la población total (15 a 64 años) y para el grupo de los adultos, se observa un comportamiento diferencial (estadísticamente significativo) entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que presentan una prevalencia más alta de bajo nivel de actividad física. Casi 1 de cada 4 mujeres tiene un bajo nivel de actividad física. Sin embargo, no se registran diferencias significativas entre varones y mujeres entre los jóvenes (15 a 24 años), ni en la comparación entre jóvenes y adultos de ambos sexos.

TABLA 18
Prevalencia actividad física por edad según sexo y nivel de actividad física.
Uruguay, 2013

Nivel de actividad física	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres			
Bajo *	14,5% (8,5–20,5)	19,8% (16,8–22,9)	18,5% (15,8–21,2)
Adecuado **	85,5% (79,5–91,5)	80,2% (77,1–83,2)	81,5% (78,8–84,2)

Nivel de actividad física	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Mujeres			
Bajo *	21,2% (15,3–27,2)	25,5% (22,9–28,1)	24,5% (22,1–26,9)
Adecuado **	78,8% (72,8–84,7)	74,5% (71,9–77,1)	75,5% (73,1–77,9)
Ambos sexos			
Bajo *	17,9% (13,6–22,2)	22,8% (20,8–24,8)	21,6% (19,8–23,4)
Adecuado **	82,1% (77,8–86,4)	77,2% (75,2–79,2)	78,4% (76,6–80,2)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* <600 MET-min./semana.

** Al menos 150 minutos/semana de actividad física de intensidad moderada o al menos 75 minutos/semana de actividad física de intensidad vigorosa o cualquier combinación con al menos 600 MET-min./semana.

Si se toma en cuenta un nivel mayor de desagregación etario, se destaca que entre los más jóvenes existe una diferencia significativa entre las personas de 15 a 24 años en relación a las personas de 55 a 64 años (poco más de 10 puntos porcentuales).

TABLA 19

Prevalencia de bajo nivel de actividad física según edad. Uruguay, 2013

Grupos de edad (en años)	Bajo nivel de actividad física* % (IC)
15 a 24	17,9% (13,6–22,2)
25 a 34	17,3% (13,9–20,7)
35 a 44	22,9% (19,0–26,9)
45 a 54	24,9% (20,8–28,9)
55 a 64	28,0% (24,0–32,1)
15 a 64	21,6% (19,8–23,4)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* <600 MET-min./semana.

Comportamiento sedentario

Un segundo indicador de actividad física es la prevalencia de comportamiento sedentario. Para este informe se definió como el tiempo ≥ 7 horas que una persona suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Incluye tiempo que pase ante una mesa de trabajo, sentado con amigos, viajando en ómnibus, jugando a las cartas o viendo la televisión, excluyendo el tiempo dedicado a dormir.

La prevalencia en 2013 en adultos es de 25,3% (tabla 20), mostrando un aumento de 7,1 puntos porcentuales respecto a 2006 (18,2%). No se registran diferencias significativas entre la población joven y la población adulta, ni entre varones y mujeres.

TABLA 20

Prevalencia comportamiento sedentario* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 %(IC)	25 a 64 %(IC)	15 a 64 %(IC)
Hombres	30,6% (22,1–39,1)	28,9% (25,3–32,6)	29,4% (25,9–32,8)
Mujeres	32,6% (25,9–39,4)	22,0% (19,3–24,6)	24,4% (21,8–27,1)
Ambos sexos	31,6% (26,0–37,3)	25,3% (23,0–27,6)	26,8% (24,6–29,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Tiempo ≥ 7 horas que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Incluye tiempo que pase ante una mesa de trabajo, sentado con amigos, viajando en ómnibus, jugando a las cartas o viendo la televisión, entre otras actividades. No incluye tiempo durmiendo.

Aquí se ve lo importante de las dos miradas: la relativa al nivel de actividad física y la relativa al comportamiento sedentario. Si bien mejoró una, la otra empeoró y esto, junto a la dieta no saludable, explicaría entonces el aumento de sobrepeso y obesidad observado que se presenta a continuación.

5.5
SOBREPESO Y OBESIDAD

La obesidad casi se duplicó entre 1980 y el 2008 en todo el mundo. En comparación con otras regiones de la OMS, en la región de las Américas la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es más alta: 62% para el sobrepeso en ambos sexos y 26% para obesidad en la población adulta de más de 20 años de edad (OPS 2014).

El sobrepeso, obesidad y las enfermedades relacionadas con la nutrición (patologías cardiocirculatorias, metabólicas, de salud mental, oncológicas, osteoarticulares entre otras) son causa de los principales factores de riesgo que inciden en la morbilidad que registra nuestro país. Su prevalencia ha crecido en forma alarmante en las últimas décadas y se presentan en todos los grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico, aunque su frecuencia aumenta conforme aumenta la edad.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad

Para determinar el indicador se tomó la medición de peso y talla realizada en el paso 2 y se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) obtenido por la relación entre el peso expresado en kilogramos y la altura en metros al cuadrado mediante el índice de Quetelet⁷ (OMS 2015).

Tomando en cuenta este índice, se definió:

- sobrepeso el IMC \geq 25 Kg/m² y < a 30kg/m²,
- obesidad el IMC \geq 30 Kg/m².

En 2013 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 25 a 64 años (tabla 21), definida como los valores de IMC iguales o mayores a 25 Kg/m², es de 64,9%. Es decir que casi dos de cada tres personas registran sobrepeso/obesidad. En el año 2006 este valor era de 56,6% 52,8-60,4, existiendo di-

⁷ La OMS ha definido este índice de masa corporal como el estándar para la evaluación de los riesgos asociados con el exceso de peso en adultos.

ferencias significativas entre 2006 y 2013; esto representa un aumento de 8,1 puntos porcentuales respecto al año 2006. También se registran diferencias significativas entre la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre jóvenes y adultos: 37,7% entre los jóvenes respecto a 68,3% entre los adultos.

En cuanto a sobrepeso se observa una diferencia significativa para la población adulta (25 a 64 años) entre hombres y mujeres.

TABLA 21
Prevalencia de sobrepeso y obesidad por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sobrepeso / Obesidad	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres			
Sobrepeso *	27,5% (19,1-36,0)	42,1% (38,0-46,2)	38,6% (34,9-42,2)
Obesidad **	10,2% (4,4-16,0)	26,0% (22,5-29,4)	22,1% (19,2-25,1)
Sobrepeso y obesidad ***	37,7% (28,4-47,0)	68,3% (64,4-72,1)	60,9% (57,3-64,4)
Mujeres			
Sobrepeso *	27,1% (20,2-34,0)	32,7% (29,6-35,7)	31,3% (28,4-34,2)
Obesidad **	12,0% (7,1-17,0)	29,2% (26,4-31,9)	25,1% (22,7-27,4)
Sobrepeso y obesidad ***	39,1% (31,8-46,5)	61,8% (58,6-65,0)	56,4% (53,3-59,4)
Ambos sexos			
Sobrepeso *	27,3% (21,6-33,0)	37,2% (34,6-39,7)	34,8% (32,4-37,1)
Obesidad **	11,1% (7,3-15,0)	27,6% (25,5-29,8)	23,7% (21,8-25,5)
Sobrepeso y obesidad ***	38,5% (32,4-44,4)	64,9% (62,3-67,5)	58,5% (56,1-61,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

- * IMC \geq 25 kg/m² y < 30 kg/m²
- ** IMC \geq 30 kg/m²
- *** IMC \geq 25 kg/m²

Si observamos la prevalencia de sobrepeso, obesidad según edad, existe una tendencia de a mayor edad, mayor sobrepeso y obesidad. Entre los tramos de edad de los extremos (el de 15 a 24 con el de 55 a 64 años) las diferencias son significativas: el grupo etario de mayor edad registra más del doble de prevalencia de sobrepeso y obesidad que los más jóvenes y son los que tienen la mayor prevalencia en la comparación con los demás grupos etarios.

TABLA 22
Prevalencia de sobrepeso y obesidad* según edad. Uruguay, 2013

Grupos de edad (en años)	Sobrepeso y obesidad % (IC)
15 a 24	38,5% (32,4-44,4)
25 a 34	56,9% (51,6-62,1)
35 a 44	61,8% (57,0-66,7)
45 a 54	66,8% (62,2-71,4)
55 a 64	78,1% (74,2-82,1)
15 a 64	58,5% (56,1-61,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* IMC ≥ 25 kg/m

Índice de Masa Corporal

El promedio de IMC en 2006 para ambos sexos era de 26,4 kg/m², no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. Para el año 2013 el promedio de IMC para personas de 25 a 64 años para ambos sexos es de 27,7% kg/m² (tabla 23), lo que implicó un aumento significativo respecto al 2006.

Los jóvenes tienen un promedio de IMC menor al de los adultos en 3 kg/m², lo que va en consonancia con lo que muestran los resultados de sobrepeso y obesidad analizados en la sección anterior.

TABLA 23
Promedio de Índice de Masa Corporal (IMC) por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 kg/m² (IC)	25 a 64 kg/m² (IC)	15 a 64 kg/m² (IC)
Hombres	23,9 kg/m² (23,0-24,7)	27,5 kg/m² (27,1-27,9)	26,6 kg/m² (26,3-27,0)
Mujeres	24,5 kg/m² (23,7-25,4)	27,7 kg/m² (27,3-28,0)	26,9 kg/m² (26,6-27,3)
Ambos sexos	24,2 kg/m² (23,6-24,8)	27,6 kg/m² (27,3-27,9)	26,8 kg/m² (26,5-27,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Circunferencia de la cintura

El contorno de la cintura es una medida cómoda y sencilla, independiente de la talla, que está muy correlacionada con el IMC y con la relación cintura/cadera, y constituye un índice aproximado de la masa de grasa intraabdominal y de la grasa corporal total. Además, las diferencias en la circunferencia de la cintura reflejan las diferencias en los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y otras afecciones. Aunque los riesgos parecen variar en distintas poblaciones, hay un mayor riesgo de complicaciones metabólicas en los varones con una circunferencia de cintura ≥ 102 cm y en las mujeres con una circunferencia de cintura ≥ 88 cm (Revista Esp Cardiol, 2012). Para ambos sexos, de 25 a 64 años la prevalencia de perímetro de cintura de riesgo es de 41,0%. Existen diferencias significativas entre ambos sexos: para el caso de las mujeres el 51,1% posee un perímetro de cintura de riesgo, mientras que en los hombres es de 29,9%.

En los jóvenes también hay diferencia significativa entre ambos sexos, siendo la brecha de casi un 20%.

TABLA 24
Prevalencia de perímetro de cintura de riesgo* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	6,1% (1,9-10,3)	29,9% (26,4-33,3)	24,0% (21,2-26,8)
Mujeres	23,9% (17,7-30,2)	51,1% (48,1-54,2)	44,8% (42,0-47,7)
Ambos sexos	15,0% (11,2-18,8)	41,0% (38,7-43,3)	34,8% (32,8-36,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* ≥ 102cm en hombre y ≥ 88cm en mujeres.

5.6
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA

De acuerdo a la OMS uno de cada tres adultos en el mundo es hipertenso. Se estima que la hipertensión arterial es responsable de la mitad de las muertes por ataque cerebrovascular y cardiopatía. Debido a que muchas veces las personas hipertensas no presentan sintomatología, hay un alto porcentaje que permanece no diagnosticado y por lo tanto no recibe el tratamiento adecuado. Se considera que la presión arterial está elevada cuando la presión sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y/o la presión diastólica es mayor o igual a 90 mmHg.

En esta sección se presentan los siguientes indicadores relacionados con presión arterial elevada:

- prevalencia de hipertensión arterial,
- porcentaje de hipertensos no diagnosticados y/o no tratados.

Prevalencia de hipertensión arterial

Se consideró hipertensas:

- a las personas encuestadas que presentaron cifras de presión sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o presión diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg;
- a las personas encuestadas que reportaron estar en tratamiento medicamentoso para la presión arterial elevada.

Para el conjunto de la población del país (15 a 64 años) la prevalencia de hipertensión arterial es de aproximadamente 3 cada 10 personas. Es claramente entre los adultos donde la prevalencia es mayor, alcanzando a más de un tercio de la población de 25 a 64 años. Si se observa la prevalencia según el sexo, aunque las diferencias no son significativas en términos estadísticos para todos los grupos etarios (sí lo es para la población de 25 a 64 años), se observa que las estimaciones puntuales son sistemáticamente mayores entre los hombres.

Si comparamos el dato para la población adulta (25 a 64 años) en relación al año 2006, este indicador ha registrado un aumento significativo, de aproximadamente 6 puntos porcentuales (36,6% en 2013 respecto a 30,4% en 2006).

TABLA 25
Prevalencia de hipertensión arterial* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	9,0% (3,9–14,0)	40,4% (36,7–44,1)	32,6% (29,5–35,7)
Mujeres	8,5% (4,3–12,6)	33,1% (30,6–35,7)	27,4% (25,3–29,6)
Ambos sexos	8,7% (5,6–11,9)	36,6% (34,4–38,8)	29,9% (28,1–31,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg, y/o tomando medicación para hipertensión arterial

La evidencia indica que la prevalencia de hipertensión arterial está relacionada con la edad: a mayor edad mayor prevalencia de hipertensión arterial. La siguiente tabla refleja claramente esta situación: la prevalencia en las personas de 55 a 64 años es casi 9 veces mayor a la registrada en el grupo etario más joven (15 a 24 años).

TABLA 26
Prevalencia de presión arterial elevada* según edad. Uruguay, 2013

Grupos de edad (en años)	Presión arterial elevada % (IC)
15 a 24	8,7% (5,6–11,9)
25 a 34	18,9% (14,8–23,1)
35 a 44	25,6% (21,3–29,9)
45 a 54	47,9% (42,9–52,9)
55 a 64	62,8% (58,8–67,4)
15 a 64	29,9% (28,1–31,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg, y/o tomando medicación para hipertensión arterial.

Porcentaje de hipertensos no diagnosticados y/o no tratados

Se consideró hipertenso no diagnosticado y/o no tratado a la persona que refirió no ser hipertenso en tratamiento medicamentoso y presentó cifras alteradas. Casi 6 de cada 10 personas presentaron cifras alteradas en la medición de hipertensión arterial al tiempo que manifestaron no estar en tratamiento alguno. Esta cifra es mayor entre los hombres.

TABLA 27
Porcentaje de hipertensos no diagnosticados y/o no tratados*
por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	**	65,6 (59,6–71,6)	68,0 (62,2–73,7)
Mujeres	**	50,1 (45,0–55,3)	52,4 (47,3–57,4)
Ambos sexos	**	58,4 (54,3–62,5)	60,7 (56,7–64,7)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* No refirieron ser hipertensos en tratamiento medicamentoso y presentaron cifras alteradas.
** Los casos de la muestra no son suficientes para estimar prevalencia con una precisión estadística recomendable.

5.7
GLUCEMIA ELEVADA

Se estima que en el mundo hay aproximadamente 370 millones de personas con diabetes y que en el año 2012 fallecieron 1,5 millones como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas (ALAD, 2013). Más del 80% de esas muertes se registran en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (OMS, 2014).

Diabetes de tipo 1

La diabetes de tipo 1, también llamada insulín dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una deficiencia absoluta de insulina debido a la destrucción de las células beta, generalmente de causa autoinmune, por lo que se requiere la administración diaria de insulina.

Diabetes de tipo 2

La diabetes de tipo 2, también llamada no insulín dependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe, en gran medida, a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

A continuación se presentan los siguientes indicadores:

- prevalencia de diabetes,
- prevalencia de glucemia de ayuno alterada,
- prevalencia glucemia de ayuno alterada y diabetes,
- porcentaje de diabéticos no diagnosticados y/o no tratados.

En 2006 la muestra se obtuvo por punción venosa y en 2013 por punción digital. Los valores de sangre capilar fueron calibrados a valores plasmáticos.

Prevalencia de diabetes

Para la estimación de la prevalencia de diabetes se consideraron las mediciones de glucemia ≥ 126 mg/dl, incluyendo las personas encuestadas que refirieron ser diabéticos y estar en tratamiento medicamentoso.

La prevalencia de diabetes se ubica en el orden del 6% para la población de 15 a 64 años y es mayor en la población adulta (25 a 64 años) en relación a la población joven (15 a 24 años). No se registran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Si se compara el dato con la estimación puntual obtenida para este indicador en el año 2006 (5,3%) esta es mayor en 2013, aunque las diferencias no son significativas en términos estadísticos.

TABLA 28
Prevalencia de diabetes* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	1,3% (0,0-3,1)	7,4% (5,5-9,4)	5,9% (4,4-7,5)
Mujeres	0,4% (0,0-1,3)	7,8% (6,2-9,4)	6,1% (4,9-7,4)
Ambos sexos	0,8% (0,0-1,8)	7,6% (6,4-8,9)	6,0% (5,0-7,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* ≥ 126 mg/dl y/o en tratamiento medicamentoso por diabetes.

También es este un indicador que está fuertemente asociado con la edad: a mayor edad más alto es el indicador. Mientras que la prevalencia para el tramo de edad más joven (15 a 24) se ubica en una cifra menor al punto porcentual, entre las personas de 55 a 64 años la estimación puntual es de 16,8%.

TABLA 29
Prevalencia de diabetes* según edad. Uruguay, 2013

Grupos de edad (en años)	Glucemia elevada % (IC)
15 a 24	0,8% (0,0-1,8)
25 a 34	3,8% (1,5-6,1)
35 a 44	4,0% (2,2-5,8)
45 a 54	8,5% (5,9-11,2)
55 a 64	16,8% (13,3-20,2)
15 a 64	6,0% (5,0-7,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* ≥ 126 mg/dl y/o en tratamiento medicamentoso por diabetes.

Prevalencia de glucemia de ayuno alterada

Se consideró glucemia de ayuno alterada las mediciones ≥ 110 mg/dl y < 126 mg/dl, excluyendo las personas encuestadas que refirieron ser diabéticos y estaban en tratamiento medicamentoso por ello.

En esta situación se encuentra aproximadamente el 3% de la población entre 15 a 64 años, resultando también en este caso cifras menores entre los más jóvenes.

TABLA 30
Prevalencia de glucemia de ayuno alterada* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	1,2% (0,0-2,7)	3,9% (2,5-5,4)	3,2% (2,1-4,4)
Mujeres	1,1% (0,0-2,7)	3,0% (2,0-4,0)	2,5% (1,7-3,4)
Ambos sexos	1,2% (0,1-2,2)	3,4% (2,6-4,3)	2,9% (2,2-3,6)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* ≥ 110 mg/dl y < 126 mg/dl, excluyendo los que refieren ser diabéticos en tratamiento.

Prevalencia de glucemia de ayuno alterada y diabetes

Si se considera a la población con diabetes y/o con glucemia de ayuno alterada, la prevalencia se ubica en el entorno de 9% para la población de 15 a 64 años y afecta a aproximadamente 1 cada 10 personas entre 25 y 64 años. La cifra es claramente menor entre los más jóvenes: 2%.

TABLA 31
Prevalencia de glucemia de ayuno alterada y diabetes*
por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	2,5% (0,1-4,8)	11,4% (9,0-13,7)	9,2% (7,3-11,0)
Mujeres	1,6% (0,0-3,3)	10,8% (8,9-12,7)	8,7% (7,1-10,2)
Ambos sexos	2,0% (0,5-3,5)	11,1% (9,6-12,5)	8,9% (7,7-10,1)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* ≥ 110 mg/dl y/o en tratamiento por diabetes

Porcentaje de diabéticos no diagnosticados y/o no tratados

Para elaborar los indicadores que se presentan a continuación se consideraron solamente los casos en que se contaba con el dato de la glucemia. Al igual de lo que ocurre con otros indicadores, una proporción importante de la población (alcanza a la mitad de los diabéticos entre 15 y 64 años) presentó cifras alteradas de glucemia y no se encuentra realizando tratamiento medicamentoso. Si se observan los datos según el sexo, esta cifra es claramente mayor entre los hombres.

TABLA 32
Porcentaje de diabéticos no diagnosticados y/o no tratados*
por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	**	66,3% (51,8-80,8)	68,8% (55,0-82,5)
Mujeres	**	30,7% (18,5-43,0)	29,9% (17,9-41,9)
Ambos sexos	**	48,9% (38,2-59,7)	50,2% (39,6-60,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Refirieron no estar en tratamiento medicamentoso por ser diabéticos y presentaron glucemia ≥ 126 mg/dl.
** El N° de casos de la muestra no permite realizar la estimación del dato.

5.8
COLESTEROLEMIA ELEVADA

Las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las primeras causas de muerte no solo en Uruguay sino en la región y en la mayoría de los países occidentales. Gran parte de estas están explicadas por las enfermedades cerebrovasculares y a la cardiopatía isquémica. Existe evidencia científica para señalar que la disminución del colesterol sanguíneo poblacional es efectiva para disminuir el riesgo coronario.

En el presente estudio, se definió como colesterolemia elevada a los valores de colesterol ≥ 200 mg/dl. Se incluyen las personas que reportaron tener colesterol alto y están en tratamiento medicamentoso.

El indicador seleccionado para arrojar luz sobre la problemática es la prevalencia de colesterolemia elevada.

Más de 1 cada 5 personas entre 25 y 64 años presenta colesterolemia elevada en el año 2013. Esta cifra es menor a la registrada en el año 2006, donde aproximadamente 3 de cada 10 personas se encontraba en igual situación (33,9%). Entre los jóvenes, en el año 2013 la prevalencia es claramente menor, ubicándose aproximadamente 13 puntos porcentuales por debajo en relación a la población adulta de 25 a 64 años.

TABLA 33
Prevalencia de colesterolemia elevada* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	4,5% (0,8-8,2)	22,1% (18,9-25,4)	17,8% (15,1-20,4)
Mujeres	12,7% (7,9-17,5)	20,9% (18,7-23,1)	19,0% (17,0-21,0)
Ambos sexos	8,6% (5,6-11,6)	21,5% (19,5-23,5)	18,4% (16,7-20,1)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* ≥ 200 mg/dl y/o en tratamiento por colesterolemia elevada.

Tal como se viene observando en los factores de riesgo biológicos, las diferencias en las prevalencias de los indicadores considerados son contundentes en función de la edad. En este caso la diferencia entre el tramo etario más joven (15 a 24 años) y la población de 55 a 64 años es de casi 30 puntos porcentuales.

TABLA 34
Prevalencia de colesterolemia elevada* según edad. Uruguay, 2013

Grupos de edad (en años)	Glucemia elevada % (IC)
15 a 24	8,6% (5,6-11,6)
25 a 34	11,1% (7,8-14,5)
35 a 44	17,4% (13,9-20,9)
45 a 54	27,1% (22,7-31,5)
55 a 64	35,0% (30,7-39,3)
15 a 64	18,4% (16,7-20,1)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* ≥ 200 mg/dl y/o en tratamiento por colesterolemia elevada.

5.9
RIESGO

A continuación se presentan las prevalencias de factores de riesgo combinados. Se optó por considerar a los indicadores de los 5 factores de riesgo que pueden medirse mediante la aplicación de los pasos 1 y 2, siguiendo la recomendación de la OMS. Es este un indicador de referencia porque refiere a los factores de riesgo medido por la mayoría de los países. Para ello se consideró la presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo:

- F1 - fumador diario
- F2 - consumo menor a 5 porciones de frutas y/o vegetales por día
- F3 - bajo nivel de actividad física (<600 MET-min/semana)
- F4 - sobrepeso, obesidad (IMC ≥25kg/m²)
- F5 - presión arterial elevada (sistólica ≥140 mmHg y /o diastólica ≥90 mmHg y/o actualmente en tratamiento por hipertensión arterial).

En la tabla 35 se muestran las prevalencias globales y por sexo de los personas con bajo riesgo (no presentan ninguno de los factores F1 a F5) y de las personas con riesgo alto (presentan 3 o más de los factores F1 a F5). Se observa que solamente un 2,2% de la población presenta riesgo bajo, no existiendo diferencias entre hombres y mujeres pero sí entre jóvenes y adultos: hay una proporción mayor de jóvenes que presentan riesgo bajo, lo cual parece razonable teniendo en cuenta que muchos de los factores de riesgo muestran una mayor prevalencia conforme aumenta la edad.

TABLA 35
Prevalencia de riesgo bajo* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	4,0% (0,0-7,9)	0,6% (0,1-1,2)	1,4% (0,4-2,5)
Mujeres	5,6% (2,2-9,0)	2,1% (1,2-3,0)	2,9% (1,9-3,9)
Ambos sexos	4,8% (2,2-7,3)	1,4% (0,9-1,9)	2,2% (1,5-2,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* No presentan ninguno de los 5 factores de riesgo.

La prevalencia de personas con riesgo alto es de 36,6%, sin diferencias entre hombres y mujeres. En cambio sí se registran diferencias significativas entre jóvenes y adultos: casi 30 puntos porcentuales es la diferencia.

TABLA 36
Prevalencia de riesgo alto* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Edad		
	15 a 24 % (IC)	25 a 64 % (IC)	15 a 64 % (IC)
Hombres	12,6% (6,7-18,4)	47,2% (43,1-51,3)	38,6% (34,9-42,3)
Mujeres	17,5% (12,1-22,9)	39,9% (37,4-42,8)	34,7% (32,2-37,3)
Ambos sexos	15,1% (11,2-18,9)	43,4% (40,8-46,0)	36,6% (34,3-38,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Presentan 3 o más factores de riesgo.

5.10
TAMIZAJE DE CÁNCER

A. Cáncer de mama

El cáncer de mama posee el primer lugar en la tasa de incidencia y también de mortalidad de cánceres en la población femenina de nuestro país. En Uruguay la tasa de incidencia del cáncer de mama es de 73,1/100.000, con una mortalidad del 21,1/100.000 mujeres, según datos reportados por el Registro Nacional de Cáncer para el período 2007-2011⁸. La estrategia para disminuir la mortalidad por este cáncer se centra en la detección temprana, utilizando técnicas de tamizaje y diagnóstico precoz, dentro de las que se encuentra la realización de mamografía.

A nivel nacional (tabla 37), 73,2% de las mujeres de 40 a 64 años admite haberse realizado una mamografía dentro de los últimos dos años previos a la entrevista. Mientras que 11,7% de las mujeres de dicho grupo etario refirió no haberse realizado nunca ese estudio.

⁸ CHLCC (2014) IV Atlas de Incidencia del Cáncer en el Uruguay. 2007-2011.

TABLA 37
Distribución de mujeres 40 a 64 años de acuerdo a cuándo se realizó por última vez una mamografía. Uruguay, 2013

Frecuencia de realización de mamografía	% (IC)
Menos de 1 año	51,7% (48,0-55,3)
Entre 1 año y menos de 2 años	21,5% (18,5-24,5)
Entre 2 años y menos de 3 años	7,0% (5,3-8,6)
3 o más años	8,1% (6,1-10,1)
Nunca	11,7% (9,3-14,2)
Total	100,0

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

B. Cáncer de cuello uterino

En Uruguay el tercer lugar en la tasa de incidencia de cánceres en las mujeres, corresponde al de cuello de útero con un 15,7/100.000. Este tipo de cáncer ocupa el quinto lugar en la mortalidad por cánceres femeninos (5,6/100.000 mujeres)⁹. El cribado de cáncer de cuello de útero, mediante la citología de Papanicolaou (PAP), ha demostrado su efectividad, estableciéndose como una estrategia capaz de reducir la mortalidad poblacional por cáncer de cuello de útero, siempre que se asocie con una participación elevada de la población y se mantenga una buena calidad del sistema. En la Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero, elaborada por el MSP en 2014, se recomienda el inicio del tamizaje a los 21 años y cada 3 años. En la tabla 38 se observa que el 78,4% de las mujeres cumple con los requisitos establecidos en la pauta, es decir, se ha realizado al menos un PAP en los últimos tres años. Un 11,5% de las mujeres se ha realizado algún PAP aunque en un período mayor al recomendado. Y se constata que un 10,1% admite nunca haberse realizado un PAP.

⁹ Op. cit.

TABLA 38
Distribución mujeres 21 a 64 años según frecuencia de realización del PAP*. Uruguay, 2013

Frecuencia de realización de PAP	% (IC)
Menos de 1 año	51,1% (48,1-54,2)
Entre 1 año y menos de 2 años	19,9% (17,7-22,1)
Entre 2 años y menos de 3 años	7,4% (5,8-9,0)
3 o más años	11,5% (9,6-13,4)
Nunca	10,1% (8,3-11,9)
Total	100%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Citología de Papanicolaou.

C. Cáncer de colon

El cáncer colorrectal (CCR) constituye un importante problema sanitario al ocupar los primeros lugares en incidencia y mortalidad por cáncer, tanto en hombres (tercer lugar) como mujeres (segundo lugar). La búsqueda de sangre oculta en heces se utiliza como prueba de rastreo de cáncer de colon. La presencia de sangre oculta en heces indica sangrado oculto debido a cualquier patología (benigna o maligna) y debe ser seguida de estudios más específicos para determinar la causa del sangrado (colonoscopia). La población que debe ser incluida en el tamizaje para la detección precoz comprende las personas entre 50 y 70 años de acuerdo al manual de oncología vigente¹⁰. La encuesta muestra (tabla 39) que el 41,6% de las personas de 50 a 64 alguna vez se ha realizado una muestra de materias fecales para buscar sangre. El dato es importante ya que implica que el 58,4% de la población en mayor edad de riesgo no se ha realizado el instrumento de tamizaje para la detección de cáncer de colorrectal. Si lo diferenciamos por sexo, manteniendo el mismo tramo etario, se observa que la diferencia es estadísticamente significativa: las mujeres se realizan el estudio en mayor proporción (46,3%) que los hombres (36,0%).

¹⁰ MSP (2008) Manual de oncología para el primer nivel de atención.

TABLA 39
Distribución población de 50 a 64 años por realización de tamizaje cáncer de colon* según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Realización de tamizaje		Total % (IC)
	Si % (IC)	No % (IC)	
Hombres	36,0% (30,0-42,0)	64,0% (58,0-70,0)	100,00%
Mujeres	46,3% (42,1-50,4)	53,7% (49,6-57,9)	100,00%
Ambos sexos	41,6% (38,1-45,1)	58,4% (54,9-61,9)	100,00%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Detección de sangre oculta en heces.

5.11
LESIONES

Las lesiones producidas por circunstancias accidentales (tránsito, ahogamientos, intoxicaciones, caídas, quemaduras) o intencionales (agresiones y auto-infligidas) causan la muerte de más de 5 millones de personas por año en el mundo. Según las estimaciones, este tipo de lesiones es responsable del 9% de la mortalidad mundial (OMS 2015). Por cada muerte se estiman docenas de hospitalizaciones, cientos de consultas en servicios de emergencia y miles de consultas médicas. A su vez, una gran proporción de las personas queda con discapacidad temporal o permanente.

La evidencia indica que determinadas intervenciones pueden prevenir las lesiones accidentales o intencionales:

- uso del cinturón de seguridad y de casco,
- límites en los niveles de alcoholemia en conductores,
- acciones orientadas a minimizar situaciones de riesgos en el hogar para evitar caídas de niños y adultos mayores,
- uso de recipientes seguros (con fines de almacenar medicamentos y/o artículos diversos) para evitar intoxicaciones en niños,

- cercado de piscinas para evitar ahogamientos,
- tratamiento de la depresión para evitar suicidios,
- programas en centros educativos para evitar situaciones de violencia entre estudiantes,
- programas de visitas a hogares para reducir el maltrato infantil.

En cuanto a los importantes efectos que tienen las lesiones en la morbimortalidad de la población, Uruguay no es la excepción y la situación es similar a la descrita a nivel mundial. Las causas externas representan la cuarta causa de muerte luego de las enfermedades del sistema circulatorio, cáncer y enfermedades del sistema respiratorio y constituyen algo más del 6% de las muertes (9% en hombres y 4% en mujeres). A su vez dentro de las muertes por esa causa el mecanismo más frecuente se debe a los accidentes de tránsito (Presidencia de la República-OPS, 2013).

Por esta razón se incorporó en la 2ª ENFRENT un módulo para estimar prevalencia de algunos factores de riesgo asociados a siniestros de tránsito (uso de cinturón de seguridad, uso de casco y consumo de alcohol al conducir un vehículo), estimar la prevalencia de lesiones e indagar sobre los principales mecanismos y la intencionalidad.

A continuación se presentan los principales resultados del análisis realizado. En este capítulo, a diferencia del criterio adoptado hasta el momento en cuanto a la presentación de resultados, la información es presentada por sexo y por edad en forma separada, dadas las restricciones en el número de casos de la muestra.

La sección se divide en dos módulos. Un primer módulo se centra en indicadores relacionados con los siniestros de tránsito:

- frecuencia de uso de cinturón de seguridad,
- frecuencia de uso de casco,
- frecuencia de consumo de alcohol y conducción de un vehículo,
- prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito que requirieron atención médica,
- prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito que requirieron hospitalización.

En el **segundo módulo** de esta sección se presentan indicadores sobre lesiones

no asociadas a siniestros de tránsito:

- prevalencia de lesionados que requirieron atención médica,
- prevalencia de lesionados que requirieron hospitalización.

PRIMER MÓDULO
LESIONES VINCULADAS A SINIESTROS DE TRÁNSITO

Uso de cinturón de seguridad

Algunas de las preguntas indagadas en relación a la experiencia y comportamiento de las personas en el tránsito tuvieron que ver con el uso de cinturón de seguridad y el uso de casco al conducir o ser acompañante en un vehículo motorizado.

De las personas que estuvieron en un vehículo en algún momento de los 30 días previos a la entrevista, poco más de 7 cada 10 manifestó haber utilizado el cinturón de seguridad todo el tiempo y 1 cada 10 admitió no haberlo utilizado nunca. No se verifican diferencias significativas por sexo.

TABLA 40
Distribución de uso del cinturón de seguridad* por frecuencia de uso según sexo. 15 a 64 años. Uruguay, 2013

Sexo	Uso de cinturón % (IC)
Hombres	
Todo el tiempo	73,6% (70,1-77,1)
Algunas veces	17,0% (13,9-20,2)
Nunca	8,1% (5,8-10,4)
El automóvil que utilizó no está equipado con cinturón de seguridad	1,1% (0,3-1,9)
No sabe/rehúsa	0,2% (0-0,4)
Total	100%

TABLA 41
Distribución de uso del cinturón de seguridad* por frecuencia de uso según edad. Uruguay, 2013

Edad	Uso de cinturón % (IC)
15 a 24 años	
Todo el tiempo	60,4% (53,9-66,9)
Algunas veces	20,9% (15,7-26,1)
Nunca	17,0% (12,1-21,8)
El automóvil que utilizó no está equipado con cinturón de seguridad	1,2% (0,2-2,6)
No sabe/rehúsa	0,5% (0,0-1,2)
Total	100%
25 a 64 años	
Todo el tiempo	79,3% (77,1-81,5)
Algunas veces	11,7% (9,9-13,5)
Nunca	7,4% (6,0-8,9)
El automóvil que utilizó no está equipado con cinturón de seguridad	1,1% (0,5-1,7)
No sabe/rehúsa	0,5% (0,0-0,5)
Total	100%
15 a 64 años	
Todo el tiempo	75,0% (72,7-77,3)
Algunas veces	13,8% (12,0-15,6)
Nunca	9,6% (8,0-11,2)
El automóvil que utilizó no está equipado con cinturón de seguridad	1,1% (0,6-1,7)
No sabe/rehúsa	0,4% (0,1-0,6)
Total	100%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Como conductor o pasajero de un automóvil.

Uso de casco

El uso del casco como medida de seguridad ha sido y es una medida prioritaria de prevención en el tránsito. Conocer en qué medida este comportamiento es adoptado por la población permite el diseño y ajuste de acciones desde el Estado.

Sexo	Uso de cinturón % (IC)
Mujeres	
Todo el tiempo	76,4% (73,6-79,2)
Algunas veces	10,5% (8,5-12,5)
Nunca	11,1% (8,9-13,2)
El automóvil que utilizó no está equipado con cinturón de seguridad	1,2% (0,5-1,9)
No sabe/rehúsa	0,8% (0-1,0)
Total	100%
Ambos sexos	
Todo el tiempo	75,0% (72,7-77,3)
Algunas veces	13,8% (12-15,6)
Nunca	9,6% (8-11,2)
El automóvil que utilizó no está equipado con cinturón de seguridad	1,1% (0,6-1,7)
No sabe/rehúsa	0,4% (0,1-0,6)
Total	100%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Como conductor o pasajero de un automóvil.

Al considerar los datos según la edad de las personas que estuvieron en un vehículo en algún momento de los 30 días previos a la entrevista, se constata un menor uso de cinturón de seguridad entre los jóvenes. En comparación con los adultos, los jóvenes usan el cinturón todo el tiempo en menor proporción y no usan nunca el cinturón en mayor proporción.

Tal como se aprecia en el siguiente cuadro, menos del 60% de la población entre 15 y 64 años manifiesta usar el casco todo el tiempo. Y casi un tercio de la población reconoce no haber usado nunca el casco durante los 30 días previos a la entrevista habiendo estado en condiciones para ello (como conductor o pasajero). Las mujeres son quienes hacen un uso menos frecuente del casco.

TABLA 42
Distribución de uso de casco* por frecuencia de uso según sexo. 15 a 64 años. Uruguay, 2013

Sexo	Uso de casco % (IC)
Hombres	
Todo el tiempo	58,3% (53,2–63,4)
Algunas veces	14,5% (10,0–18,0)
Nunca	26,8% (21,8–31,8)
No sabe/rehúsa	0,5% (0–0,9)
Total	100,00%
Mujeres	
Todo el tiempo	55,9% (51,7–60,1)
Algunas veces	8,6% (6,1–11,0)
Nunca	34,9% (31–38,8)
No sabe/rehúsa	0,6% (0–0,8)
Total	100,00%
Ambos sexos	
Todo el tiempo	57,2% (53,8–60,6)
Algunas veces	11,7% (9,4–13,9)
Nunca	30,7% (27,3–34,0)
No sabe/rehúsa	0,6% (0–0,7)
Total	100,00%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Como conductor o acompañante de bicicleta, moto o similar (cuadriciclo, etc.) en los últimos 30 días.

A diferencia del comportamiento de la población en cuanto al uso del cinturón según la edad, en el caso del casco la comparación entre jóvenes y adultos no va en una misma línea: si bien son los adultos quienes en mayor proporción declaran usar casco todo el tiempo (aproximadamente 6 de cada 10), el porcentaje de jóvenes y adultos que declaran no usar nunca el casco se ubica en el entorno del 30%.

TABLA 43
Distribución de uso de casco* por frecuencia de uso según edad. Uruguay, 2013

Edad	Uso de casco % (IC)
15 a 24 años	
Todo el tiempo	52,3% (45,8–55,8)
Algunas veces	19,9% (14,3–25,5)
Nunca	27,8% (21,7–34,0)
No sabe/rehúsa	0,0% (**)
Total	100,00%
25 a 64 años	
Todo el tiempo	59,2% (55,5–63,0)
Algunas veces	8,2% (6,1–10,2)
Nunca	31,9% (28,1–35,6)
No sabe/rehúsa	0,7% (0–0,5)
Total	100,00%
15 a 64 años	
Todo el tiempo	57,2% (53,8–60,6)
Algunas veces	11,7% (9,4–13,9)
Nunca	30,7% (27,3–34,0)
No sabe/rehúsa	0,6% (0–0,7)
Total	100,00%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Como conductor o acompañante de bicicleta, moto o similar (cuadriciclo, etc.) en los últimos 30 días.
** Los casos de la muestra no son suficientes para estimar prevalencia con una precisión estadística recomendable.

Experiencia como conductor/acompañante y consumo de alcohol

Al observar la conducta de las personas respecto al consumo de alcohol y el manejo de vehículos motorizados, se destaca que aproximadamente 9 de cada 100 personas viajaron en un vehículo cuyo conductor (fueran ellos o no) había consumido alcohol.

TABLA 44

Prevalencia de personas que condujeron o viajaron en un vehículo con consumo de alcohol* según sexo. 15 a 64 años. Uruguay, 2013

Sexo	Condujeron o viajaron en un vehículo con consumo de alcohol % (IC)
Hombres	10,6% (7,3–13,8)
Mujeres	6,8% (4,1–9,4)
Ambos sexos	8,8% (6,7–10,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Al menos una vez en el último mes

La situación planteada es más notoria entre los jóvenes, donde aproximadamente el 13% manifiesta haber viajado en un vehículo (como conductor o acompañante) cuyo conductor bebió alcohol.

TABLA 45

Prevalencia de personas que condujeron o viajaron en un vehículo en el que el conductor consumió alcohol* según edad. Uruguay, 2013

Edad	Frecuencia % (IC)
15 a 24 años	12,8% (8,0–17,7)
25 a 64 años	7,2% (5,1–9,3)
15 a 64 años	8,8% (6,7–10,9)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Al menos una vez en el último mes

La gran mayoría de las personas que condujeron un vehículo en los 30 días previos a la entrevista declaran no haberlo hecho habiendo consumido alcohol: aproximadamente el 95%. Aproximadamente 1 de cada 100 personas manifiestan haber bebido alcohol 3 veces o más al momento de conducir.

TABLA 46

Prevalencia de personas que condujeron un vehículo habiendo consumido alcohol (2 o más tragos) según sexo. 18 a 64 años*. Uruguay, 2013

Sexo	Consumo de alcohol % (IC)
Hombres	
Nunca	92,8% (90,1–95,4)
1 o 2 veces	3,9% (1,9–5,8)
3 o más	1,6% (0,5–2,8)
No sabe/rehúsa	1,7% (0,1–3,3)
Total	100,00%
Mujeres	
Nunca	96,9% (95,1–98,7)
1 o 2 veces	1,3% (0–2,5)
3 o más	0,5% (0–1,0)
No sabe/rehúsa	1,4% (0,2–2,6)
Total	100,00%
Ambos sexos	
Nunca	94,7% (93,1–96,3)
1 o 2 veces	2,7% (1,5–3,8)
3 o más	1,1% (0,4–1,8)
No sabe/rehúsa	1,6% (0,6–2,6)
Total	100,00%

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Para el cálculo de este indicador no se toma en cuenta la población de 15 a 17 años.

Prevalencia lesionados en siniestros de tránsito

La encuesta permitió abordar aspectos referidos a la gravedad de las lesiones que pudieron haber recibido las personas que experimentaron siniestros de tránsito en algún momento de los 12 meses previos a la entrevista. Se constata que en torno al 2% de la población entre 15 y 64 años sufrió algún tipo de lesiones que requirió atención médica luego de un siniestro de tránsito. Se observa una mayor prevalencia en hombres y en jóvenes respecto a los adultos. Si se toma en cuenta la edad, en el caso de los jóvenes¹¹ el porcentaje de personas que no tomó nunca alcohol al manejar un vehículo es similar a la media global (91,4% respecto a 94,7%).

¹¹ Se refiere a la población de 18 a 24 años, dado que para el cálculo de este indicador no se toma en cuenta la población de 15 a 17 años.

TABLA 47
Prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron atención médica según sexo. 15 a 64 años. Uruguay, 2013

Sexo	Lesionados en siniestros de tránsito con atención médica % (IC)
Hombres	2,4% (1,2-3,5)
Mujeres	1,7% (1,0-2,4)
Ambos sexos	2,0% (1,3-2,7)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

TABLA 48
Prevalencia de lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron atención médica según edad. Uruguay, 2013

Edad	Lesionados en siniestros de tránsito con atención médica % (IC)
15 a 24 años	2,3% (0,6-4,0)
25 a 64 años	1,9% (1,2-2,6)
15 a 64 años	2,0% (1,3-2,7)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Si te toma en cuenta los lesionados por siniestro de tránsito que requirieron hospitalización, la cifra se reduce a aproximadamente el 1% de la población entre 15 y 64 años, con una leve diferencia en detrimento de los hombres. Por edad, también en este caso, la prevalencia es mayor entre los jóvenes.

TABLA 49
Prevalencia lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron hospitalización* según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Lesionados en siniestros de tránsito con hospitalización % (IC)
Hombres	1,6% (0,6-2,5)
Mujeres	0,9% (0,4-1,4)
Ambos sexos	1,2% (0,1-1,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Requirió estar internado al menos 1 noche. No cuenta la atención puntual en el servicio de emergencia de un centro de salud.

TABLA 50
Prevalencia lesionados en siniestros de tránsito en los últimos 12 meses que requirieron hospitalización* según edad. Uruguay, 2013

Edad	Lesionados en siniestros de tránsito con atención médica % (IC)
15 a 24 años	1,7% (0,1-3,11)
25 a 64 años	1,1% (0,6-1,6)
15 a 64 años	1,2% (0,1-1,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

* Requirió estar internado al menos 1 noche. No cuenta la atención puntual en el servicio de emergencia de un centro de salud.

SEGUNDO MÓDULO
LESIONADOS VINCULADOS A OTRAS CAUSAS
(EXCLUYENDO SINIESTROS DE TRÁNSITO)

La encuesta también indagó respecto a lesiones graves provocadas por situaciones no vinculadas a siniestros de tránsito. Los mecanismos de estas lesiones son variados, incluyendo caídas, quemaduras, intoxicación, heridas con objeto

cortante, mordida de animales, disparo de arma de fuego, golpizas, entre otras.

Aproximadamente el 11% de la población requirió atención médica debido a lesiones. La prevalencia es similar para hombres y mujeres.

TABLA 51
Prevalencia de lesionados (excluyendo siniestros de tránsito) en los últimos 12 meses que requirieron atención médica por sexo. Uruguay, 2013

Sexo	Lesionados con atención médica % (IC)
Hombres	8,6% (6,4–10,8)
Mujeres	6,1% (4,7–7,5)
Ambos sexos	7,3% (6,0–8,6)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Lesionados en los últimos 12 meses, sin incluir lesionados en siniestros de tránsito que requirieron estar internados al menos 1 noche. No cuenta la atención puntual en el servicio de emergencia de un centro de salud.

Los adultos registran una mayor proporción de lesionados que requirieron atención médica en comparación con los jóvenes.

TABLA 52
Prevalencia de lesionados (excluyendo siniestros de tránsito) en los últimos 12 meses que requirieron atención médica por edad. Uruguay, 2013

Sexo	Lesionados con atención médica % (IC)
15 a 24 años	6,2% (3,5–9,0)
25 a 64 años	7,6% (6,2–9,1)
15 a 64 años	7,3% (6,0–8,6)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).

Si se considera las lesiones más graves, que no solo requirieron atención médica sino también hospitalización, esta situación afecta a aproximadamente al 2% de la población, con una leve diferencia en detrimento de los hombres y de los adultos.

TABLA 53
Prevalencia de lesionados* (excluyendo siniestros de tránsito) que requirieron hospitalización según sexo. 15 a 64 años Uruguay, 2013

Sexo	Lesionados con hospitalización % (IC)
Hombres	2,2% (0,9–3,3)
Mujeres	1,7% (0,9–2,4)
Ambos sexos	1,9% (1,2–2,6)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Lesionados en los últimos 12 meses, sin incluir lesionados en siniestros de tránsito que requirieron estar internados al menos 1 noche. No cuenta la atención puntual en el servicio de emergencia de un centro de salud.

Los adultos registran una mayor proporción de lesionados que requirieron atención médica en comparación con los jóvenes.

TABLA 54
Prevalencia de lesionados* (excluyendo siniestros de tránsito) que requirieron hospitalización según edad. Uruguay, 2013

Sexo	Lesionados con hospitalización % (IC)
15 a 24 años	1,1% (0–2,4)
25 a 64 años	2,2% (1,3–2,9)
15 a 64 años	1,9% (1,2–2,6)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT (MSP 2013).
* Lesionados en los últimos 12 meses, sin incluir lesionados en siniestros de tránsito que requirieron estar internados al menos 1 noche. No cuenta la atención puntual en el servicio de emergencia de un centro de salud.

Mecanismo e intencionalidad

En relación a los mecanismos y la intencionalidad de las lesiones, debido a que los números son muy pequeños no fue posible realizar un análisis más detallado. Solamente se pudo observar que en su gran mayoría son accidentales y que el principal mecanismo son las caídas (representan el 50,1% del total de las lesiones).

6

CONSIDERACIONES FINALES

Tal como se ha mencionado en el presente informe, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de enfermedad y de muerte en el Uruguay. Además, son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. La evidencia demuestra que un alto porcentaje de estas enfermedades se puede prevenir o enlentecer su evolución a través de intervenciones de promoción de la salud, así como de prevención y tratamiento oportuno.

Las ENT se caracterizan por la presencia de factores de riesgo mucho antes de que se declare la enfermedad. Estos factores de riesgo pueden ser comportamentales (asociados a estilos de vida y a prácticas sistemáticas y cotidianas de las personas), tales como el consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, bajo nivel de actividad física y alimentación no saludable; y factores metabólico/fisiológicos como la hipertensión arterial, el sobrepeso/obesidad, la diabetes y la colesterolemia.

Si se considera la prevalencia de múltiples factores de riesgo (3 o más), o sea, personas que presentan, alguna combinación de factores de riesgo comportamentales (consumo diario de tabaco, consumo menor a 5 porciones de frutas y/o vegetales por día y bajo nivel de actividad física), y/o factores de riesgo biológicos (sobrepeso/obesidad y presión arterial elevada), aproximadamente 4 cada 10 personas se encuentra en tal situación. Esto representa un riesgo alto de padecer alguna enfermedad crónica no trasmisible. Esta prevalencia aumenta a casi 1 cada 2 personas entre los adultos (25 a 64 años) y disminuye a menos de 2 cada 10 personas entre los jóvenes (15 a 24 años).

Solamente el 2,2% de la población entre 15 y 64 años no presenta ningún factor de riesgo entre los mencionados. Si bien no se registran diferencias entre hombres y mujeres, sí las hay entre jóvenes y adultos: es mayor la proporción de personas con bajo riesgo entre los más jóvenes.

Tabaco

La prevalencia de consumo diario de tabaco para personas entre 25 y 64 años (ambos sexos) alcanza al 28,8% de la población. Se registra un descenso de casi 4 puntos porcentuales respecto al año 2006. La brecha entre sexos en el año 2013 (cerca de 7 puntos) es menor a la registrada en el año 2006 (aproximadamente 9 puntos). Entre los 35 y los 50 años se observan los valores más altos de prevalencia de fumador diario (en el orden del 30%).

Alcohol

En el año 2013, aproximadamente una de cada dos personas entre 25 y 64 años consumió alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días previos a la encuesta. Estas cifras son similares a las registradas en el año 2006, cuando el 52,6% de la población adulta manifestó haber consumido alguna bebida alcohólica en igual período. A diferencia de lo que ocurre con el consumo diario de tabaco, el consumo episódico excesivo de alcohol registra una tendencia mayor en la población joven.

Dieta

En Uruguay la prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras para el tramo de 25 a 64 años no solo se mantiene en cifras superiores a 8 de cada 10 personas adultas sino que, comparando con el año 2006, se registra un aumento significativo en 2013, pasando de 84,9% a 90,8%. Si consideramos la prevalencia por sexo y tramos etarios, se observa que aproximadamente 9 cada 10 personas, sin importar su edad y sexo, consumen menos de 5 porciones diarias de frutas y verduras.

Como determinante próximo al consumo de sodio, poco más de 1 cada 10 per-

sonas le agrega sal a la comida preparada siempre o casi siempre y más de tres cuartas partes de la población no le agrega nunca.

A ello se agrega un consumo frecuente de bebidas azucaradas durante una semana habitual: entre las personas adultas el promedio de número de días de consumo de bebidas azucaradas es de 3 y entre los jóvenes de 5 días.

Actividad física

El 22,8% de la población adulta registra un nivel bajo de actividad física. Se constata una mejora de este indicador debido a un descenso significativo en relación al año 2006 (7,1 puntos porcentuales). Al analizar la prevalencia por sexo, se mantiene la tendencia respecto al comportamiento diferencial entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que presentan una prevalencia más alta de bajo nivel de actividad física. Entre los jóvenes la prevalencia también es menor y se registran diferencias significativas, de aproximadamente 10 puntos porcentuales entre las personas de 15 a 24 años (17,9%) y quienes tienen entre 55 y 64 años (28,0%).

En cambio, la prevalencia del sedentarismo aumenta en la comparación con el año 2006: pasa de 18,2% a 25,3% (un aumento de 7,1 puntos porcentuales).

Sobrepeso/obesidad

Se destaca que en 2013 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 25 a 64 años es de 64,7%. Es decir que casi dos de cada tres personas registran sobrepeso/obesidad. Estas cifras representan un aumento de 8,1 puntos porcentuales en relación a la medición del año 2006 (en ese entonces la prevalencia alcanzaba al 56,6% de dicha población).

Se constatan diferencias significativas en la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre jóvenes y adultos: 37,7% entre los jóvenes respecto a 68,3% entre los adultos. La tendencia de a mayor edad, mayor sobrepeso y obesidad es muy clara, las diferencias entre las personas que se ubican en los extremos etarios (15-24/55-64) es muy gráfica en este sentido: 40 puntos porcentuales.

Hipertensión arterial

Para el conjunto de la población del país (15 a 64 años) la prevalencia de hipertensión arterial es de aproximadamente 3 cada 10 personas. Entre los adultos la prevalencia es mayor, alcanzando a más de un tercio de la población de 25 a 64 años. En comparación con el año 2006, este indicador ha registrado un aumento significativo, de aproximadamente 6 puntos porcentuales (36,6% en 2013 y 30,4% en 2006).

Se destaca que la prevalencia en las personas de 55 a 64 años es casi 9 veces mayor a la registrada en el grupo etario más joven (15 a 24 años).

A la alta prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta debe sumarse el hecho de que una proporción elevada de la población desconoce que es hipertenso y no está en tratamiento por ello. Casi 6 de cada 10 personas estaban en esa situación. Esta cifra es mayor entre los hombres.

Diabetes

La prevalencia de diabetes se ubica en el orden del 6% para la población de 15 a 64 años y es mayor en la población adulta (15 a 64 años) en relación a la población joven (15 a 24 años). No se registran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Si se compara el dato con la estimación puntual obtenida para este indicador en el año 2006 (5,3%) esta es mayor en 2013, aunque las diferencias no son significativas en términos estadísticos.

También es este un indicador que está fuertemente asociado con la edad: a mayor edad más alto es el indicador: mientras que la prevalencia para el tramo de edad más joven (15 a 24) se ubica en una cifra menor al punto porcentual, entre las personas de 55 a 64 años la estimación puntual es de 16,8%.

Al igual de lo que ocurre con la hipertensión arterial, una proporción importante de la población (alcanza a la mitad de los diabéticos entre 15 y 64 años) presentó cifras alteradas de glucemia y no había sido diagnosticada o estaba en tratamiento. Si se observan los datos según el sexo, esta cifra es claramente mayor entre los hombres.

Colesterolemia

Más de 1 cada 5 personas entre 25 y 64 años presenta colesterolemia elevada en el año 2013. Esta cifra es menor a la registrada en el año 2006, donde aproximadamente 4 de cada 10 personas se encontraba en igual situación (33,9%). Entre los jóvenes, en el año 2013 la prevalencia es claramente menor, ubicándose aproximadamente 13 puntos porcentuales por debajo en relación a la población adulta de 25 a 64 años.

Tal como se viene observando en los factores de riesgo biológicos, las diferencias en las prevalencias de los indicadores considerados son contundentes en función de la edad. En este caso la diferencia entre el tramo etario más joven (15 a 24 años) y la población de 55 a 64 años es de casi 30 puntos porcentuales.

Tamizaje de cáncer

A nivel país, el 73,2% de las mujeres de 40 a 64 años se realizó una mamografía en los dos últimos dos años. Mientras que en el otro extremo, el 11,7% de las mujeres de dicho grupo etario expresa nunca haberse hecho una. El 78,4% de las mujeres (de 21 a 64 años) cumple con los requisitos establecidos en la pauta, es decir, se ha realizado al menos un PAP en los últimos tres años. El 10,1% de las mujeres manifiesta no haberse realizado nunca un PAP.

Para el conjunto de la población, tenemos que el 41,6% de las personas de 50 a 64 alguna vez se le ha realizado búsqueda de sangre en una muestra de materias fecales. El dato es importante ya que implica que el restante 58,4% de la población en mayor edad de riesgo no se ha realizado el instrumento de tamizaje para la detección de cáncer de colorrectal. Las mujeres se realizan el estudio en mayor proporción (46,3%) que los hombres (36,0%).

Lesiones

De las personas que estuvieron en un vehículo en algún momento de los 30 días previos a la entrevista, poco más de 7 cada 10 manifestó haber utilizado

el cinturón de seguridad todo el tiempo y 1 cada 10 admitió no haberlo utilizado nunca. No se verifican diferencias significativas por sexo.

Al considerar los datos según la edad de las personas que estuvieron en un vehículo en algún momento de los 30 días previos a la entrevista, se constata un menor uso de cinturón de seguridad entre los jóvenes. En comparación con los adultos, los jóvenes usan el cinturón todo el tiempo en menor proporción y no usan nunca el cinturón en mayor proporción.

Menos del 60% de la población entre 15 y 64 años manifiesta usar el casco todo el tiempo. Y casi un tercio de la población reconoce no haber usado nunca el casco durante los 30 días previos a la entrevista habiendo estado en condiciones para ello (como conductor o pasajero). El porcentaje de jóvenes y adultos que declaran no usar nunca el casco se ubica en el entorno del 30%.

La gran mayoría de las personas que condujeron un vehículo los 30 días previos a la entrevista declaran no haber consumido alcohol nunca: aproximadamente el 95%. Visto de manera conjunta, aproximadamente 9 de cada 100 personas viajaron en un vehículo cuyo conductor (fueran ellos o no) había tomado alcohol.

Se constata que en torno al 2% de la población entre 15 y 64 años sufrió algún tipo de lesiones que requirió atención médica luego de un siniestro de tránsito. Y, si se toma en cuenta los lesionados por siniestro de tránsito que requirieron hospitalización, la cifra se reduce a aproximadamente el 1% de la población entre 15 y 64 años.

La encuesta también indagó respecto de lesiones graves provocadas por situaciones no vinculadas a siniestros de tránsito. Las causas de estas lesiones son variadas, incluyendo caídas, quemaduras, intoxicación, heridas con objeto cortante, mordida de animales, disparo de arma de fuego, golpes, entre otras. Aproximadamente el 11% de la población requirió atención médica luego de sufrir alguna de estas lesiones. La prevalencia es similar para hombres y mujeres.

7

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abascal, W., Esteves, E., Goja, B., González Mora, F., Lorenzo, A., Sica, A., y otros. (2012). Tobacco Control Campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet*.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes ALAD. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, Control y Tratamiento sobre la Diabetes Mellitus tipo 2 con la Medicina basada en la evidencia. *Revista de la ALAD*.
- Comisión de Vigilancia en Salud-MERCOSUR. (2011). *Primer Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT)*. Ministerio de Salud-Chile, Epidemiología. Santiago de Chile: NC.
- Lumley (2012) "Survey: Analisis of complex survey sample: R package version 3.282"
- MSP. (2006). *1a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Montevideo. 2010.
- MSP-PPENT. (2015). Carga de enfermedad en Uruguay. Montevideo.
- Observatorio Uruguayo de Drogas-JND. (2012). *5a Encuesta Nacional en Hogares Sobre Consumo de Drogas*. Montevideo.
- OMS. (2003a). *Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas*. Ginebra: Publicaciones OMS.
- OMS. (2003b). *www.who.int*. Recuperado el 03 de octubre de 2015, de http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf.
- OMS. (2004). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: Publicaciones OMS.
- OMS. (2010a). *Estrategia Mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol*. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS. (2010b). *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS. (2013). *Plan de Acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Publicaciones OMS.
- OMS. (2014). *Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles*. Ginebra: Publicaciones OMS.
- OMS. (noviembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 07 de agosto de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

- OMS. (2015). Recuperado el 03 de octubre de 2015, de *www.who.int*: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
- OMS. (enero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el Agosto de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS. (mayo de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el Agosto de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
- OPS. (2014). *Plan de Acción para la Prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Washington DC: Publicaciones OMS.
- OPS. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción*. Washington: Publicaciones OPS.
- OPS-MSP-INE. (2009). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos*. GATS. OPS.
- Presidencia de la República-OPS. (2013). *Informe de Sinietralidad Vial*. Montevideo.
- R. Core Team (2012) R: A language and environment for statistical computing R Foundation for statistical computing, Vienn, Austria. <http://www.Rproject.org/>.
- Revista Esp Cardiol. (2012). <http://www.revespcardiol.org/>. Obtenido de http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90154893&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=102&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=25v65n10a90154893pdf001.pdf.
- Thomas, B., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de alcohol*. OMS-Generalitat Valenciana.
- Tillé, Y., Matei, A. (2013) "Sampling: Survey sampling. R package version 2.6" <https://cran.r-project.org/web/packages/sampling/index.html>



PPENT

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES



PPENT

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES