

Epidemiología

Aportes para la profundización

Prof. Adj. Carlos Güida
Niveles de Atención en Salud
Área Salud
Facultad de Psicología
Universidad de la República

Algunas definiciones sobre Epidemiología

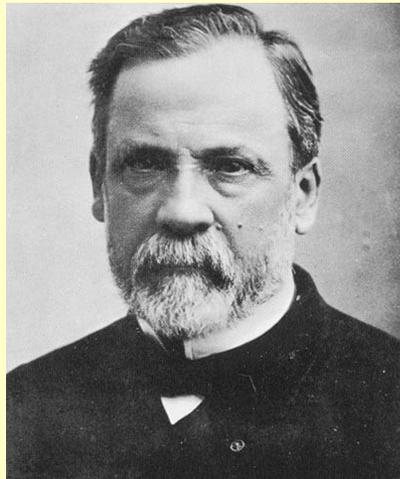
- “La Epidemiología es una disciplina fundada en la ecología, en la estadística y en el método científico de análisis (hipotético –deductivo) cuyo objeto básico es el estudio descriptivo (epidemiología descriptiva) y analítico (epidemiología analítica) de la salud – enfermedad, como fenómenos no solamente biológicos – ecológicos, sino también como fenómenos sociales, económicos y políticos” (San Martín, 1983).
- “Ciencia que estudia el proceso de salud-enfermedad en la sociedad, analizando la distribución poblacional y los factores determinantes del riesgo de enfermedades, lesiones y eventos asociados a la salud, proponiendo medidas específicas de prevención, control o erradicación de enfermedades, daños o problemas relacionados con la Salud individual o colectiva, produciendo información y conocimiento para apoyar la decisiones en la planificación, administración y evaluación de los sistemas, programas, servicios y acciones de salud” Almeida Filho (2008).

- Según diversos autores la relación entre la epidemiología y las ciencias sociales que comienza a fines del siglo XIX, fue aplazada por las *teorías de multi-causalidad simplificada*, basadas en las teorías del papel de los gérmenes, la tríada ecológica (Leavell y Clark), entre otras formulaciones que se ubican en el campo de la biomedicina.
- Recordemos: agente, medio ambiente y huésped (1965): la historia natural de las enfermedades

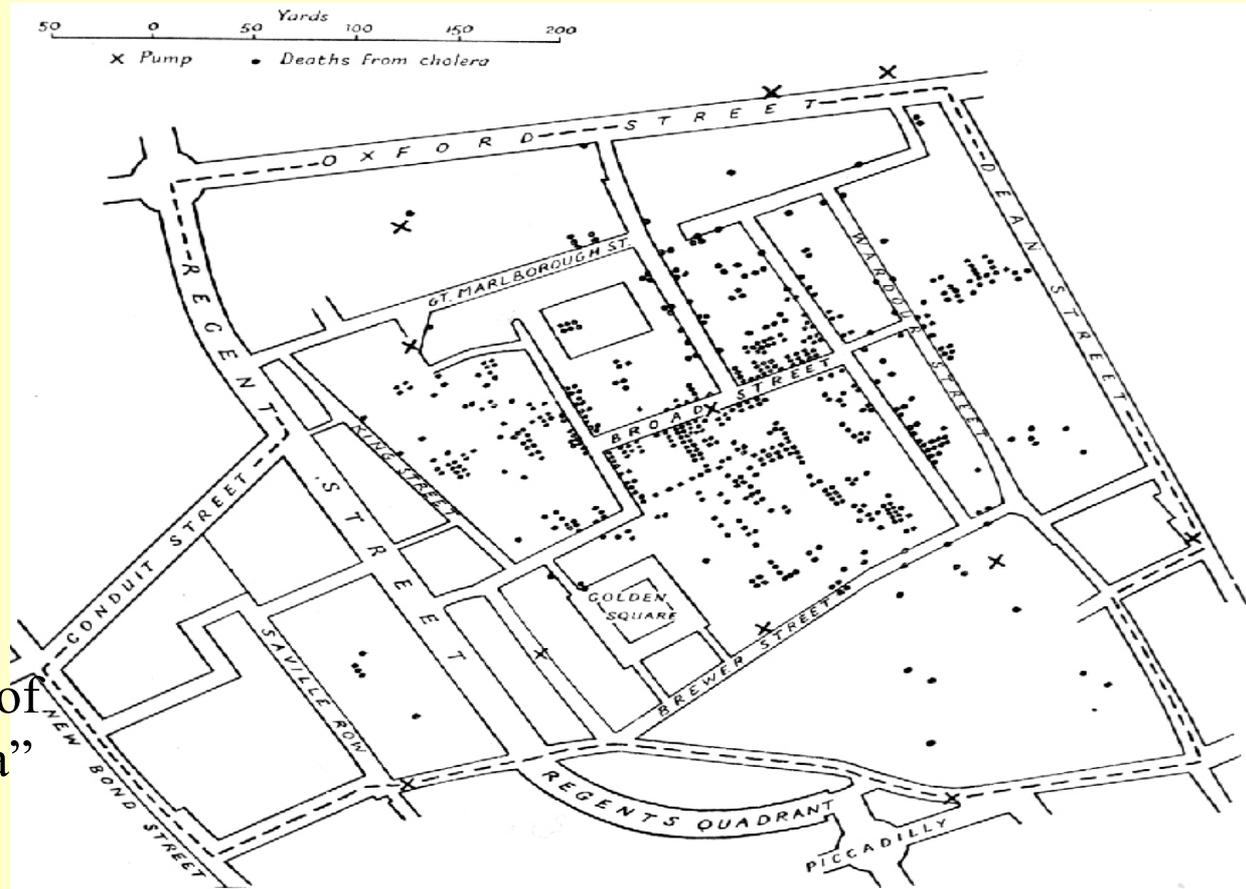
- Thomas Sydenham (Inglaterra, 1624 - 1689): Miasmas, conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, causantes de enfermedades



- Louis Pasteur (1822 - 1895): teoría germinal de las enfermedades infecciosas (vacunas contra ántrax, rabia, etc.). Microbiología moderna



Casos de cólera durante la epidemia en Londres (Soho, 1854).
Las cruces representan los pozos de agua de los que bebieron los enfermos.



John Snow “On the Mode of Communication of Cholera” (1854)

De la epidemiología reduccionista a la epidemiología social

- El surgimiento y expansión de las teorías basadas en los “factores de riesgo” causa el desplazamiento ideológico y el debate sobre las causas estructurantes de los problemas de salud poblacionales.
- El tema no es acusar a los pioneros de la epidemiología, sino al reduccionismo y mala interpretación, descontextuación de sus aportes.
- Las “conductas” de los individuos, los “niveles de exposición”, de los grupos a noxas en un determinado ambiente, excluye del análisis la incidencia de los factores sociales y políticos en la situación de salud de las poblaciones, de los determinantes sociales de la salud. De una u otra forma, para algunos planteos dominantes de la epidemiología, la pobreza es un factor leído como un problema del medio ambiente, de los estilos de vida de determinados grupos humanos, y otros factores de riesgo, que no consideran a la pobreza económica como un problema en sí mismo.

- Sin duda, aún con estos reduccionismos, los estudios epidemiológicos han contribuido a caracterizar aspectos sanitarios cada vez más complejos y multicausales.
- El análisis estadístico y demográfico han aportado potencialidad para entender algunos procesos poblacionales en lo que refiere a los procesos de salud y enfermedad.
- Sin embargo, población no es sinónimo de grupo humano (en sus dimensiones antropológica y sociológica, psico - social), por lo cual muchos de los estudios epidemiológicos basados en las “ciencias duras”, han encontrado un límite para comprender actitudes y prácticas de los grupos humanos.

Las expresiones biológicas de la inequidad social, según Nancy Krieger (PhD de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard) son:

- “Manera como las personas literalmente encarnan y expresan biológicamente las experiencias de las desigualdades económicas y sociales, desde el período intrauterino hasta la muerte, con lo cual se producen desigualdades sociales relacionadas con la salud que se reflejan en una amplia variedad de resultados”
- Para esta autora, “en vez de limitarse a agregar “factores biológicos” a los análisis “sociales” o “factores sociales” a los análisis “biológicos”, el marco ecosocial empieza por formular un enfoque integrado más sistemático capaz de generar nuevas hipótesis; es decir, no basta simplemente con reinterpretar los factores identificados mediante un solo criterio (por ejemplo, el biológico) en función del otro (por ejemplo, el social)”.

Expresiones biológicas de la inequidad social

- Este término se refiere a la manera como las personas literalmente encarnan y expresan biológicamente las experiencias de las desigualdades económicas y sociales, desde el periodo intrauterino hasta la muerte, con lo cual se producen desigualdades sociales relacionadas con la salud que se reflejan en una amplia variedad de resultados.(1, 2, 6) El concepto de *expresiones biológicas de las desigualdades sociales* ocupa un lugar central en la epidemiología social y ha estado presente en el pensamiento epidemiológico — aunque no siempre de manera explícita— desde el surgimiento de esta disciplina a comienzos del siglo XIX, como lo ejemplifican las investigaciones pioneras (como las realizadas por Louis René Villermé [1782-1863]) sobre los gradientes socioeconómicos en la mortalidad, la morbilidad y la talla, y los efectos de la pobreza sobre aquellos

Factor de riesgo

- Según Almeida Filho (2008) *“Un factor de riesgo puede ser definido como el atributo de un grupo de la población que presenta mayor incidencia de una enfermedad o agravio a la salud en comparación con otros grupos definidos por la ausencia de menor exposición a tal característica.”*

Impacto de las políticas en la pobreza y la distribución del ingreso (MIDES, 2009)

Extraído del Informe “ Lo que todo uruguayo y uruguaya debe saber”

- Desde el comienzo de este período de gobierno hasta el año 2008 la cantidad de personas pobres ha disminuido en un 34%, el Producto Bruto Interno ha aumentado un 33% y la distribución del ingreso se ha mantenido relativamente estable
- Esto se debe a la implementación de diversas políticas realizadas, - como demuestra el cuadro de micro simulación del economista Rodrigo Arim:

Impactos en la pobreza de las reformas del gobierno.

Reformas	Pobreza		
	Antes	Después	Variación
Todas Reformas	26.4	21.7	-18%
Reforma Tributaria (IRPF)	26.4	26.1	-1%
Reforma Salud	26.4	24.0	-9%
Red de Asistencia e Integración Social	26.4	24.2	-8%

Fuente: OPP, El impacto conjunto de las Reformas estructurales y algunos componentes de la Red de Asistencia e Integración Social del Plan de Equidad, sobre la pobreza y la distribución del ingreso.

El impacto de la Reforma del Sistema de Salud es el de mayor impacto en la reducción de la pobreza.

Años	% Personas Pobres (LP2002) Loc. + 5.000 hab.	% Personas Indigentes (LI2002) Loc. + 5.000 hab.
2004	31,9	3,9
2005	29,8	3,4
2006	26,8	2,1
2007	25,5	2
Primer semestre 2008	21,4	1,7

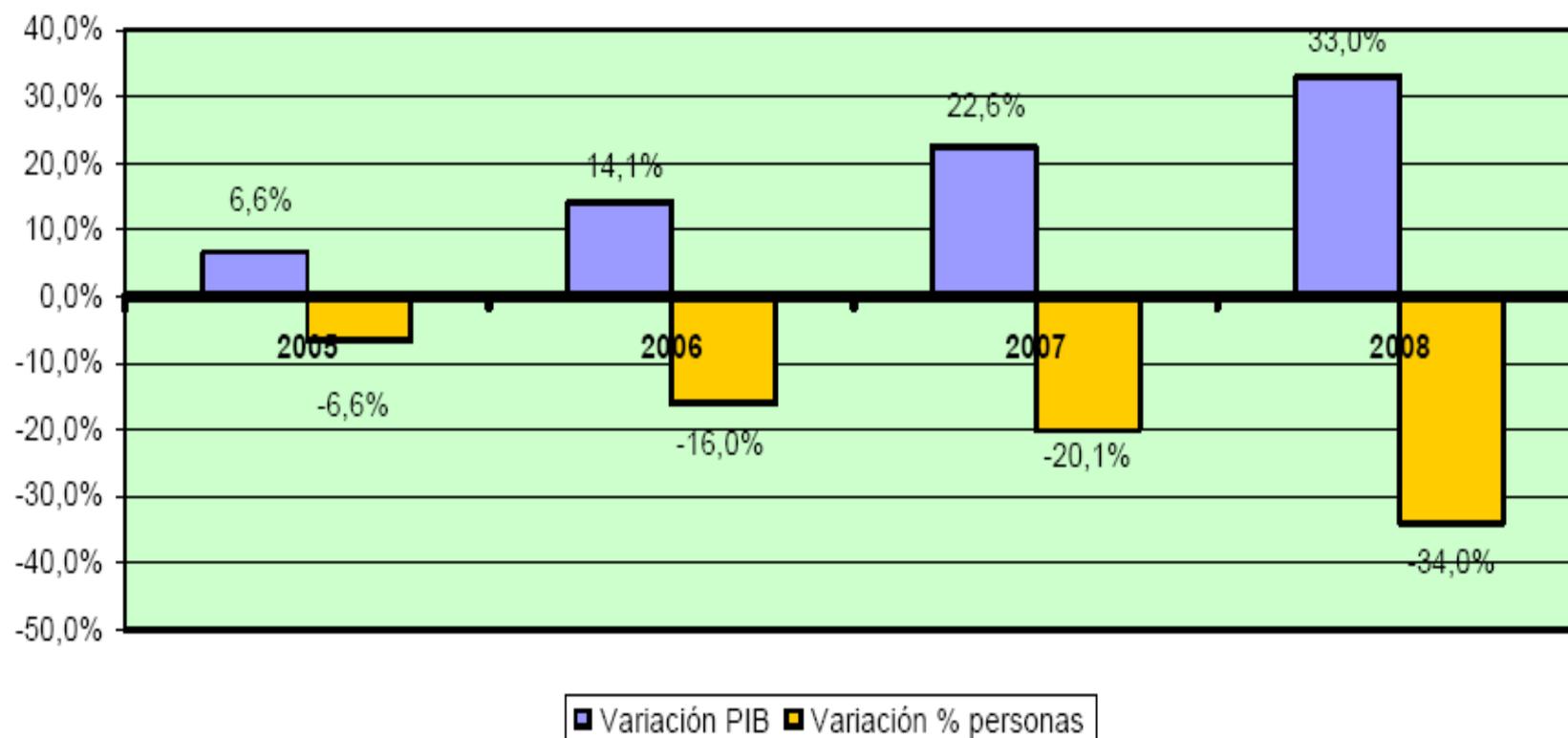
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Año	Incidencia de la pobreza por tramos de edades (personas)				
	menores de 6	entre 6 a 12 años	entre 13 a 17 años	entre 18 a 64 años	65 y mas años
1998	34,7	29,2	26,7	13,1	4,1
1999	32,5	28,3	22,7	12,1	3,4
2000	37,4	32,2	25,8	14,5	3,9
2001	38,5	35,6	27,8	15,2	3,9
2002	47,7	42,3	35,7	21	5,6
2003	56,8	50,9	43,2	28,2	9,9
2004	56,5	54	44,8	28,4	10,7
2005	53,6	50,7	42,3	25,6	9,3
2006	49	47,8	40,2	22,5	7,4
2007	46	46,3	39,4	20,9	6,9

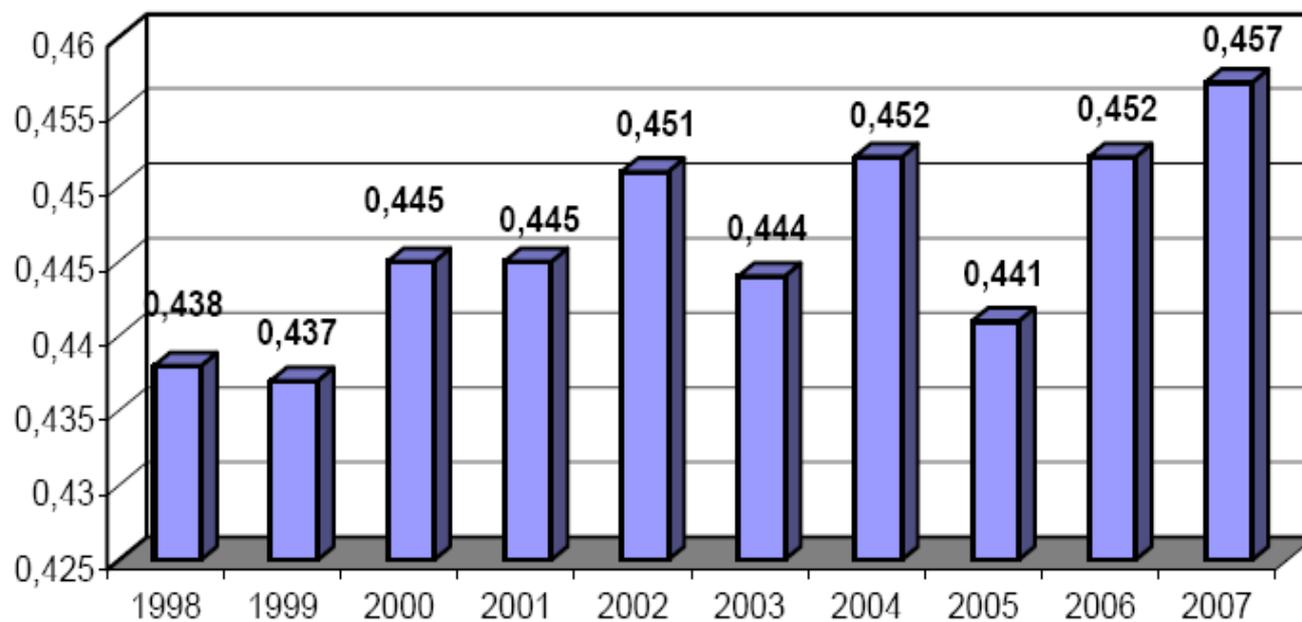
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: Al año 2008 el INE todavía no había desagregado los datos por tramo etario.

Evolución anual acumulada del PBI y del % de Personas pobres desde el 2005 al 2008 respecto de 2004



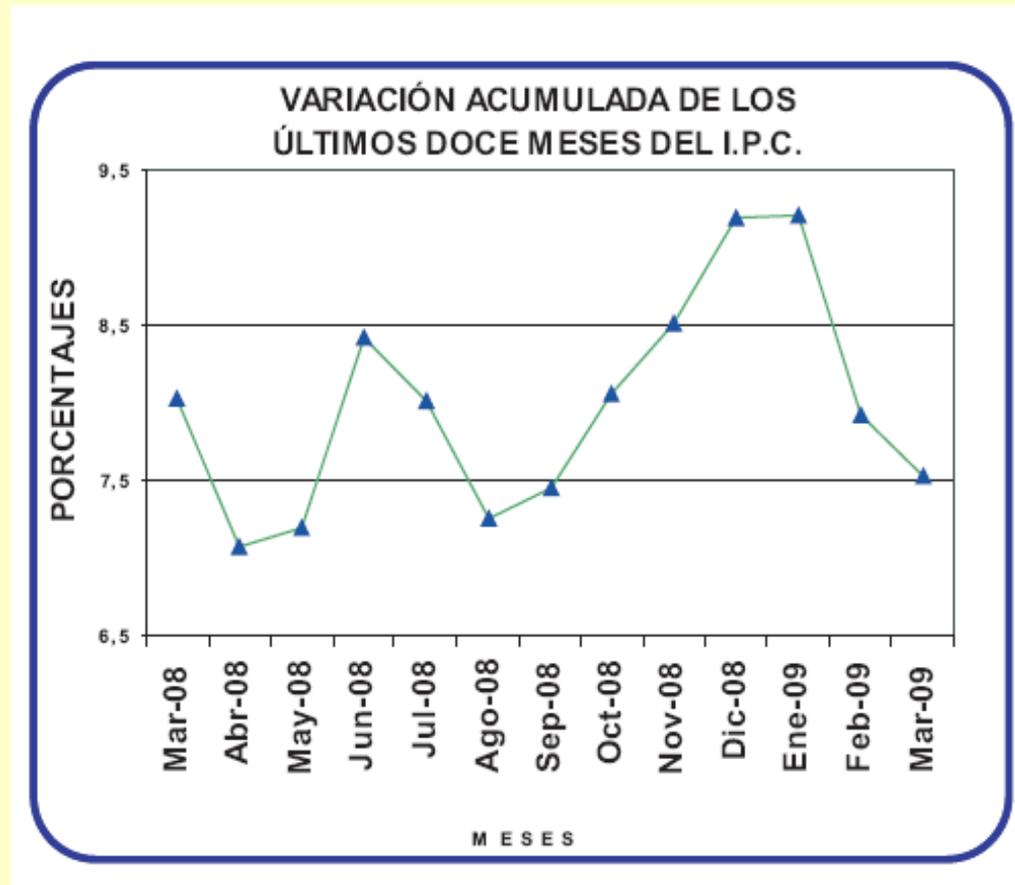
Evolución Coeficiente de Gini



“Referido a la evolución del coeficiente de Gini, que intenta medir la desigualdad de ingresos que existe en una sociedad se aprecia como en el período de gobierno 2005-2010 la desigualdad en la distribución del ingreso aumentó. Si bien la pobreza y la indigencia han disminuido en este período de gobierno no se ha logrado disminuir la brecha de la Desigualdad” (MIDES, 2009).

Vinculando la Economía, los Determinantes Sociales de la Salud y la Epidemiología. INE, 2009

- Análisis del Informe del IPC (marzo de 2009)



Comentarios

El índice de Precios del Consumo (IPC) que elabora este Instituto aumentó 0,77% en marzo de 2009 y su número índice se fijó en 270,14. La variación anual acumulada fue de 1,29% y en los últimos doce meses de 7,53%.

Para iguales períodos del año anterior, las variaciones fueron de 1,14%; 2,86% y 8,03% respectivamente.

Los Rubros con mayor incidencia en la variación del nivel general son ALIMENTOS Y BEBIDAS (0,10%), VESTIMENTA Y CALZADO (0,11%), TRANSPORTE Y COMUNICACIONES (0,10%), ESPARCIMIENTO, EQUIPOS RECREATIVOS Y CULTURALES (0,08%) y ENSEÑANZA (0,20%).

"ALIMENTOS Y BEBIDAS"

"Carnes y derivados": En conjunto aumentan 3,82%, destacándose subas en falda (11,31%), aguja (9,57%), pesceto (7,14%) y nalga o cuadril (5,82%).

"Verduras, legumbres y tubérculos": En conjunto descienden 3,72%, destacándose bajas en zapallitos (-25,82%), boniatos (-19,45%) y tomates (-8,14%) y subas en lechugas (10,32%).

"Frutas frescas": En conjunto descienden 5,02%, destacándose bajas en manzanas (-23,18%) y peras (-23,01%) y subas en uvas (18,84%) y naranjas (4,47%).

"VESTIMENTA Y CALZADO": El incremento en este rubro se explica fundamentalmente por la suba en vestimenta exterior (2,69%) y calzado (3,19%) debido al inicio de temporada.

"TRANSPORTE Y COMUNICACIONES": La variación en este rubro se explica fundamentalmente por subas en automóvil (1,90%) y en boleto de ómnibus local (4,69%) debido al ajuste de tarifas vigente desde el 11 de marzo y baja en taxi (-6,20%) debido al ajuste de tarifas vigente desde el 20 de febrero .

"ESPARCIMIENTO, EQUIPOS RECREATIVOS Y CULTURALES": La variación en este rubro se explica por aumentos en excursiones (4,25%) y en hoteles (3,82%).

"ENSEÑANZA": La variación en este rubro se explica fundamentalmente por aumentos en enseñanza preescolar (4,71%), enseñanza primaria (3,98%), enseñanza secundaria (3,90%) y enseñanza terciaria (7,24%).

Números Índice, Variaciones e Incidencia

(Continuación)

Base Mar.1997 = 100

Montevideo

RUBROS Y SUBRUBROS	Nº ÍNDICE Marzo '09	VARIACIONES (en%)			
		Acumuladas INCID.			
		Mes	Año-09	12 meses	
CUID. MÉDICOS Y CONSERV. DE LA SALUD	251,97	0,21	1,22	4,53	0,03
PRODUCTOS MEDICINALES Y FARMACÉUTICOS	257,02	0,46			
APARATOS Y EQUIPOS TERAPÉUTICOS	224,57	0,21			
SERVICIOS MÉDICOS	251,92	0,18			
Servicios médicos no mutuales	192,39	1,83			
Servicios médicos mutuales y colect.	263,29	0,00			
Internaciones e intervenciones quir.	182,97	0,00			

Algunos ejemplos de términos utilizados en Epidemiología tomado de Glosarios de Epidemiología, OPS

- **A.12- Esperanza de vida al nacer**
- **Definición:** Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.
Nota Técnica: La esperanza de vida al nacer se deriva de tablas de vida y se basa en tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Los valores de esperanza de vida al nacer de las Naciones Unidas representan estimados de mitad de año, consistentes con las correspondientes proyecciones quinquenales de población de Naciones Unidas que usan la variante media de fecundidad.
Tipo: Índice
Unidades de Medida: Años
Categorías: Hombres, Mujeres

- **B.1- Disponibilidad de calorías**

- Definición: Contenido nutricional energético promedio de la provisión alimentaria diaria total por persona, para un país, territorio o área geográfica dado, en un periodo específico de tiempo, usualmente un año.

Nota Técnica: La disponibilidad de calorías proviene de hojas de balance alimentario estandarizadas para un conjunto de productos alimentarios primarios para consumo humano, originadas a partir de las cuentas nacionales de provisión/utilización y mantenidas por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Tipo: Índice

Unidades de Medida: Kcal/día por habitante

- **Tasa de mortalidad infantil**

- Definición: Cociente entre N^a de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y N^o de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional.
- La tasa de mortalidad neonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad postneonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional.
- Tipo: Tasa
Unidades de Medida: Por 1.000 nacidos vivos
Categorías: Reportada, Estimada
Subcategorías: neonatal (de 0 a 27 días), postneonatal (de 28 días a <1 año)

- **Razón de mortalidad materna reportada**
- Definición: Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por la autoridad sanitaria nacional. Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (principalmente códigos 630-676 de la CIE-9; códigos O00-O99, A34 de la CIE-10), pero no por causas accidentales o incidentales.

Tipo: Razón

Unidades de Medida: Por 100.000 nacidos vivos

Categorías: Mujeres

- Número de defunciones registradas por SIDA

Definición: El número de muertes totales o de un determinado sexo cuya causa básica de muerte seleccionada fue SIDA para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tipo: Magnitud Absoluta

Unidades de Medida: Defunciones

Categorías: Hombres, Mujeres

- Razón hombre:mujer de casos de SIDA

Definición: Cociente entre el número de casos nuevos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en hombres con respecto al número de casos en mujeres, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Tipo: Razón

Unidades de Medida: Razón

- **Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad**
- Definición: Número de niños que, desde el nacimiento hasta el final del cuarto mes de vida, son alimentados exclusivamente con leche materna, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
Nota Técnica: Los datos son proporcionados por las oficinas de país y programas técnicos regionales OMS/OPS con base en la información reportada por los sistemas nacionales de información en salud.
Tipo: Proporción
Unidades de Medida: Por ciento

- **Razón de enfermeras profesionales**
- Definición: Número de enfermeras diplomados disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Enfermeras diplomadas no incluye personal auxiliar de enfermería.
Tipo: Razón
Unidades de Medida: Por 10.000 habitantes

Conceptos utilizados en Epidemiología con relación a la difusión de enfermedades (OMS, 2009)

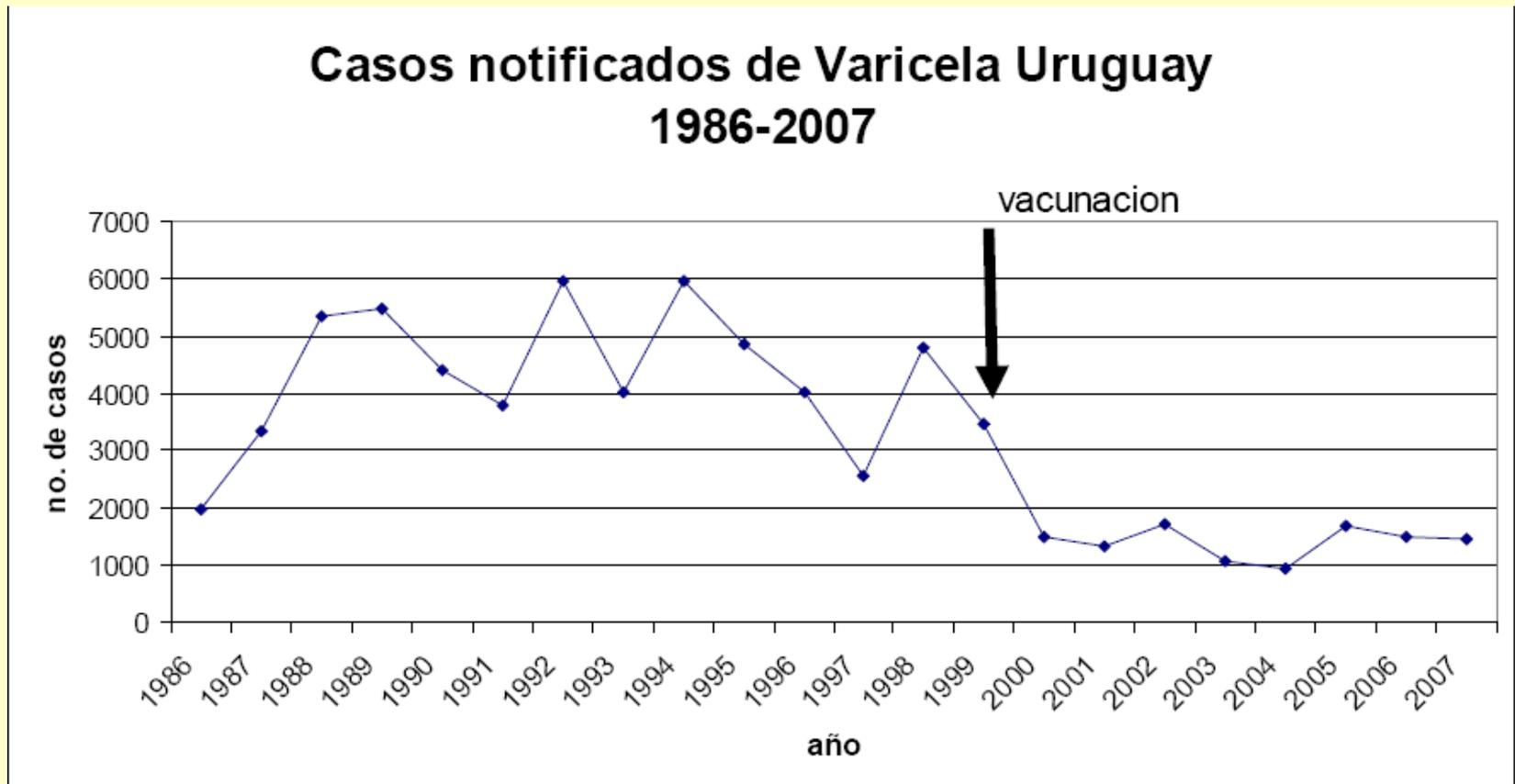
- **Endemia:** Es la presencia continua de una enfermedad en una zona geográfica con la detección permanente de casos en un volumen significativo.
- **Casos esporádicos:** Presentación de casos aislados en el tiempo y en el espacio sin relación entre sí.
- **Brote epidémico:** Es el aumento inusual en el número de casos o la presencia de 2 o más casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un espacio específico. Se define también como una situación epidémica limitada a un espacio localizado.
- **Epidemia:** Es la ocurrencia de casos de enfermedad u otros eventos de salud con una incidencia mayor a la esperada para un área geográfica y período determinados. El número de casos que indican la presencia de epidemia varía según el agente, el tamaño y tipo de población expuesta, su experiencia previa o ausencia de exposición a la enfermedad y el lugar y tiempo de ocurrencia.

- **Pandemia:** Es cuando una epidemia afecta a varios países o continentes.

Para poder analizar adecuadamente el comportamiento de una enfermedad es necesario:

a- Establecer una comparación entre lo observado y lo esperado b- Si se constata un aumento, determinar que este se debe a un aumento de la transmisión de la enfermedad y no a otra razón

Boletín epidemiológico. MSP (2008)



Algunas precisiones sobre Gripe A H1N1, de acuerdo a información de OMS

Síntesis de la situación actual

Hasta el **10 de julio de 2009**, se han notificado un total de **76,761 casos confirmados**, incluidas **505 defunciones**, durante la pandemia H1N1 2009, en **31 países** de la Región de las Américas (**Figura 1**).

Los siguientes territorios confirmaron casos causados por la pandemia H1N1 2009: Guam, U.S. (1); Puerto Rico, U.S. (18); Islas Vírgenes, U.S. (15); Bermuda, UK (1); Islas Caimán, UK (14); Islas Vírgenes Británicas, UK (2); Martinica, Departamento Francés (3); Guadalupe, Departamento Francés (2); Saint-Martin, Departamento Francés (1); Antillas Holandesas, Curaçao (9)^a; Antillas Holandesas,

Aruba (13); Antillas Holandesas, St. Eustacius (1) y Antillas Holandesas, St. Maarten (8).

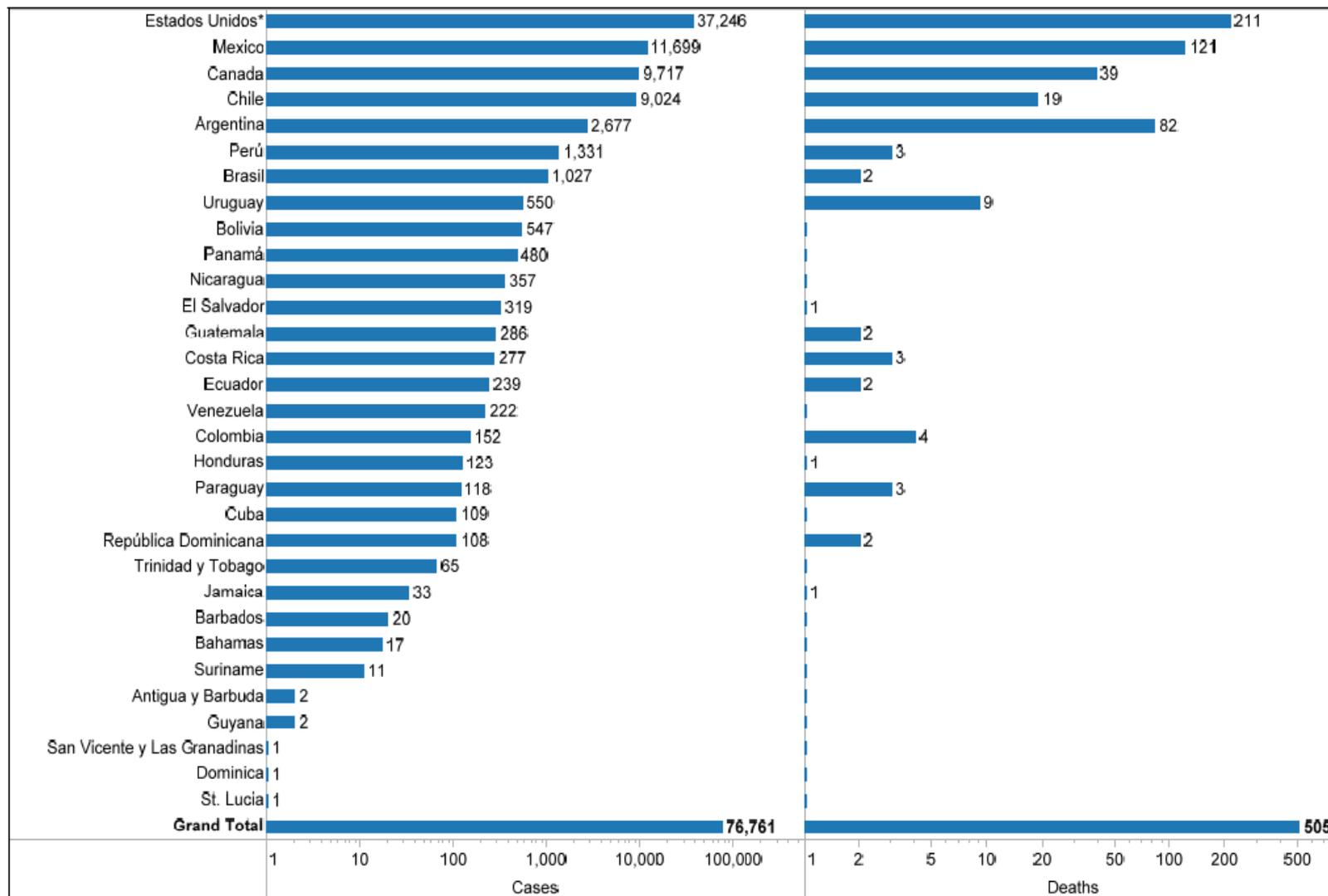
La OMS no recomienda ninguna restricción de los viajes ni el cierre de fronteras en relación con la pandemia H1N1 2009.

^a Tres casos se registraron en un crucero.

En la Región de las Américas, hubo un **incremento de 4,370 casos confirmados y 75 defunciones** respecto al día anterior.

Ecuador notificó las primeras defunciones causadas por influenza A (H1N1)pdm.

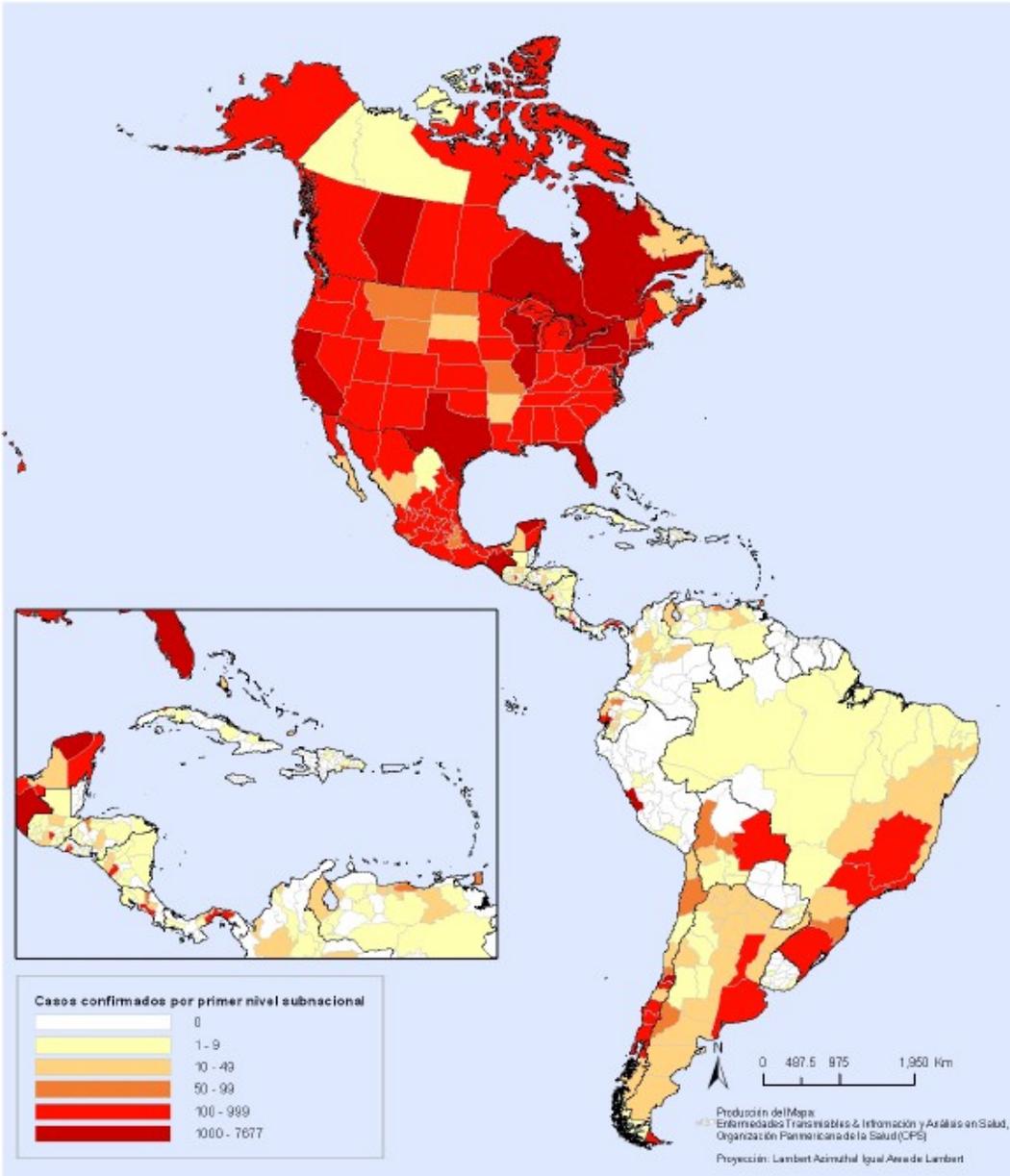
Figura 1. No. de casos confirmados y defunciones por la pandemia H1N1 2009.
Países de las Américas -Actualizado al 10 de julio del 2009.



Fuente: Ministerios de Salud de los países de la Región.

*Total de casos confirmados y probables; incluye Guam, Islas Vírgenes y Puerto Rico.

Influenza A (H1N1). Región de las Américas. 10 de julio del 2009 (23 h GMT; 18 h EST)





World Health
Organization

Organización Mundial de la Salud

Weekly epidemiological record
Boletín epidemiológico semanal

29 MAY 2009, 84th YEAR / 29 MAYO 2009, 84th AÑO
No. 22, 2009, 84, 197212
<http://www.who.int/wer>

Consideraciones para evaluar la gravedad de una pandemia de gripe

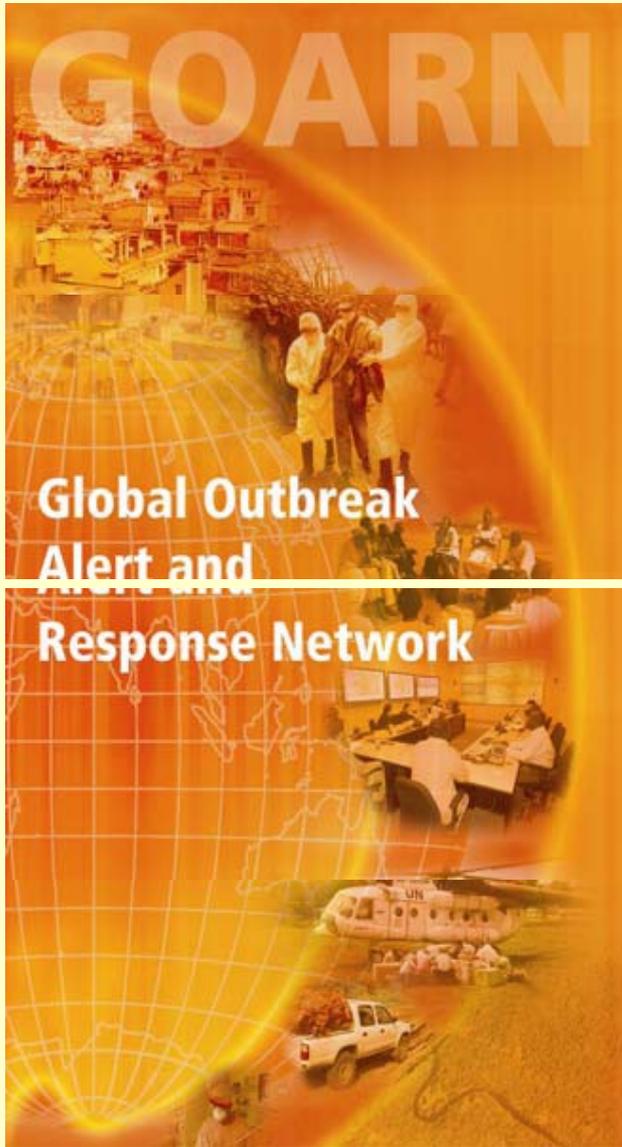
Fases de pandemia (OMS, rev. 2009)

- Fase 1: no hay entre los animales virus circulantes que hayan causado infecciones humanas.
- Fase 2: circulación entre los animales domésticos o salvajes de un virus gripal animal que ha causado infecciones humanas, posible amenaza de pandemia.
- Fase 3: existencia de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal que ha causado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona suficiente para mantener brotes a nivel comunitario. La transmisión limitada de persona a persona puede producirse en algunas circunstancias como, por ejemplo, cuando hay un contacto íntimo entre una persona infectada y un cuidador que carezca de protección. Sin embargo, la transmisión limitada en estas circunstancias restringidas no indica que el virus haya adquirido el nivel de transmisibilidad de persona a persona necesario para causar una pandemia.

- **Fase 4:** transmisión comprobada de persona a persona de un virus animal o un virus reagrupado humano-animal capaz de causar "brotes a nivel comunitario". La capacidad de causar brotes sostenidos en una comunidad señala un importante aumento del riesgo de pandemia. Todo país que sospeche o haya comprobado un evento de este tipo debe consultar urgentemente con la OMS a fin de que se pueda realizar una evaluación conjunta de la situación y el país afectado pueda decidir si se justifica la puesta en marcha de una operación de contención rápida de la pandemia. La fase 4 señala un importante aumento del riesgo de pandemia, pero no significa necesariamente que se vaya a producir una pandemia.
- **Fase 5:** propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS. Aunque la mayoría de los países no estarán afectados en esta fase, la declaración de la fase 5 es un indicio claro de la **inminencia de una pandemia** y de que queda poco tiempo para organizar, comunicar y poner en práctica las medidas de mitigación planificadas.

- **Fase 6**, es decir la **fase pandémica**, se caracteriza por los criterios que definen la **fase 5**, acompañados de la **aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta**. La declaración de esta fase indica que está en marcha una pandemia mundial.
- En el **periodo posterior al de máxima actividad**, la intensidad de la pandemia en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada habrá disminuido por debajo de la observada en el momento álgido. En este periodo, la pandemia parece remitir; sin embargo, no pueden descartarse nuevas oleadas, y los países han de estar preparados para una segunda ola.

- Las pandemias anteriores se han caracterizado por oleadas de actividad repartidas durante varios meses. Cuando el número de casos disminuye, se requiere una gran habilidad comunicadora para compaginar esa información con la advertencia de que puede producirse otro ataque. Las olas pandémicas pueden sucederse a intervalos de meses, y cualquier señal de "relajación" puede resultar prematura.
- En el **periodo pospandémico**, los casos de gripe habrán vuelto a ser comparables a los habituales de la gripe estacional. Cabe pensar que el virus pandémico se comportará como un virus estacional de tipo A. En esta fase es importante mantener la vigilancia y actualizar en consecuencia la preparación para una pandemia y los planes de respuesta. Puede requerirse una fase intensiva de recuperación y evaluación.



Global Outbreak Alert and Response Network-GOARN

- Los epidemiólogos trabajan en redes



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
División de Epidemiología
Departamento de Vigilancia en Salud



Formulario notificación caso sospechoso de GRIPE A H1N1.

Información del notificador

Fecha de notificación:	Nombre del notificador:	Institución	Teléfono:
------------------------	-------------------------	-------------	-----------

Información del caso

Nombre y Apellido:	CI:	Edad (años)	Sexo
Dirección/Barrio:	Ciudad/Departamento:	Teléfono:	
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	Fecha consulta: ____/____/____	Internado: SI ____ NO ____	Fecha de ingreso: ____/____/____

Antecedentes epidemiológicos

Viaje fuera del país: SI ____ NO ____	Especifique país:	Tiempo de permanencia:días. Fecha de regreso: ____/____/____
Trabajador de salud: SI ____ NO ____	Especifique dónde trabaja:	Contacto con casos sospechosos: SI ____ NO ____
Contacto con caso confirmado o sospechoso de gripe A H1N1, en otra situación (hogar, comunidad, trabajo excepto área de la salud): SI ____ NO ____ Especifique el caso:		

Síntomas

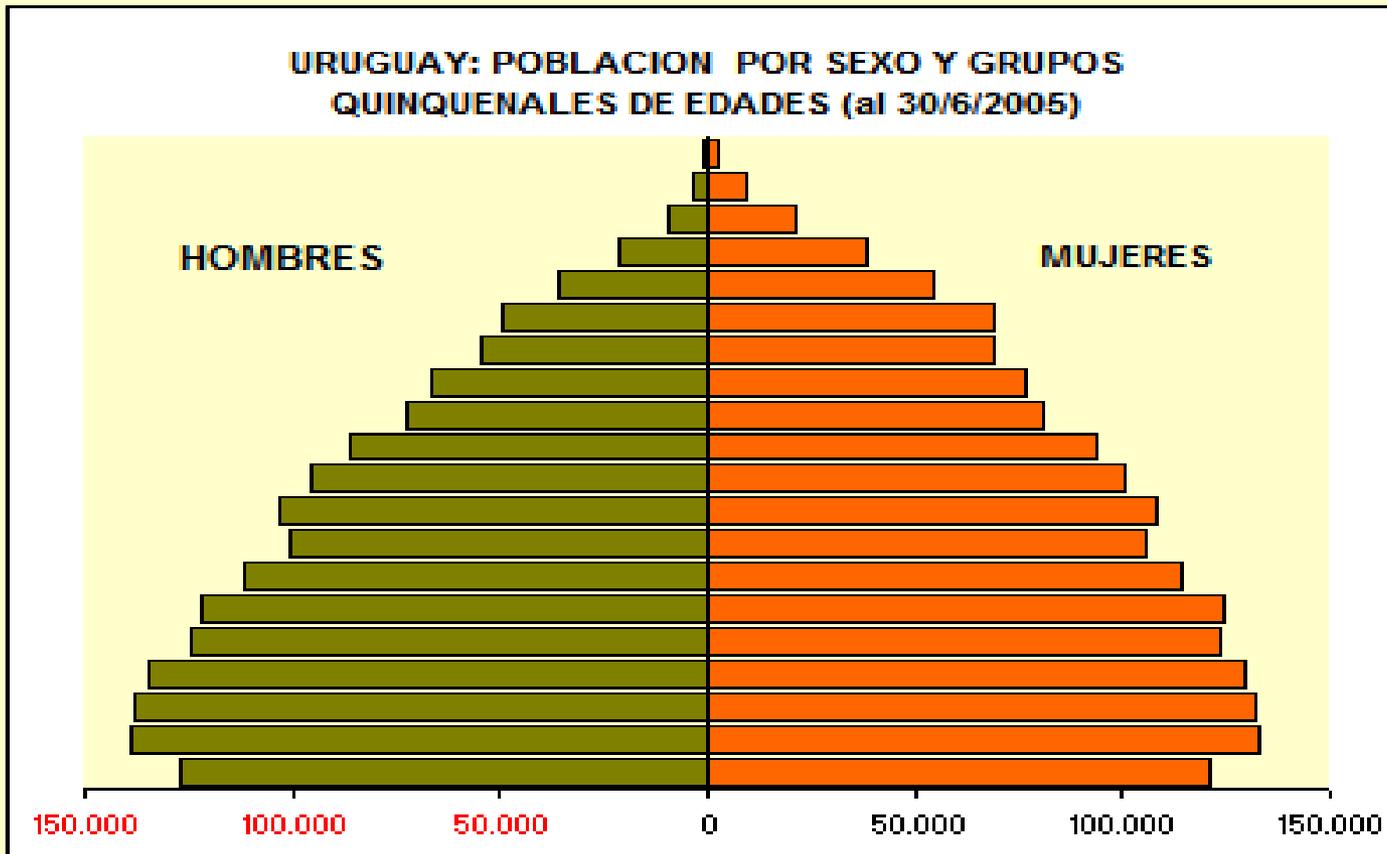
	Si	No	NO SABE	Síntomas	Si	No	NO SABE
Fiebre > 38°C				Conjuntivitis			
Odinofagia				Diarrea			
Rinorrea				Náusea			
Disnea				Vómitos			
Tos				Cefalea			
Mialgias				Otros (específica)			

Tomar muestra: SI ____ NO ____	Fecha de toma de muestra:
--------------------------------	---------------------------

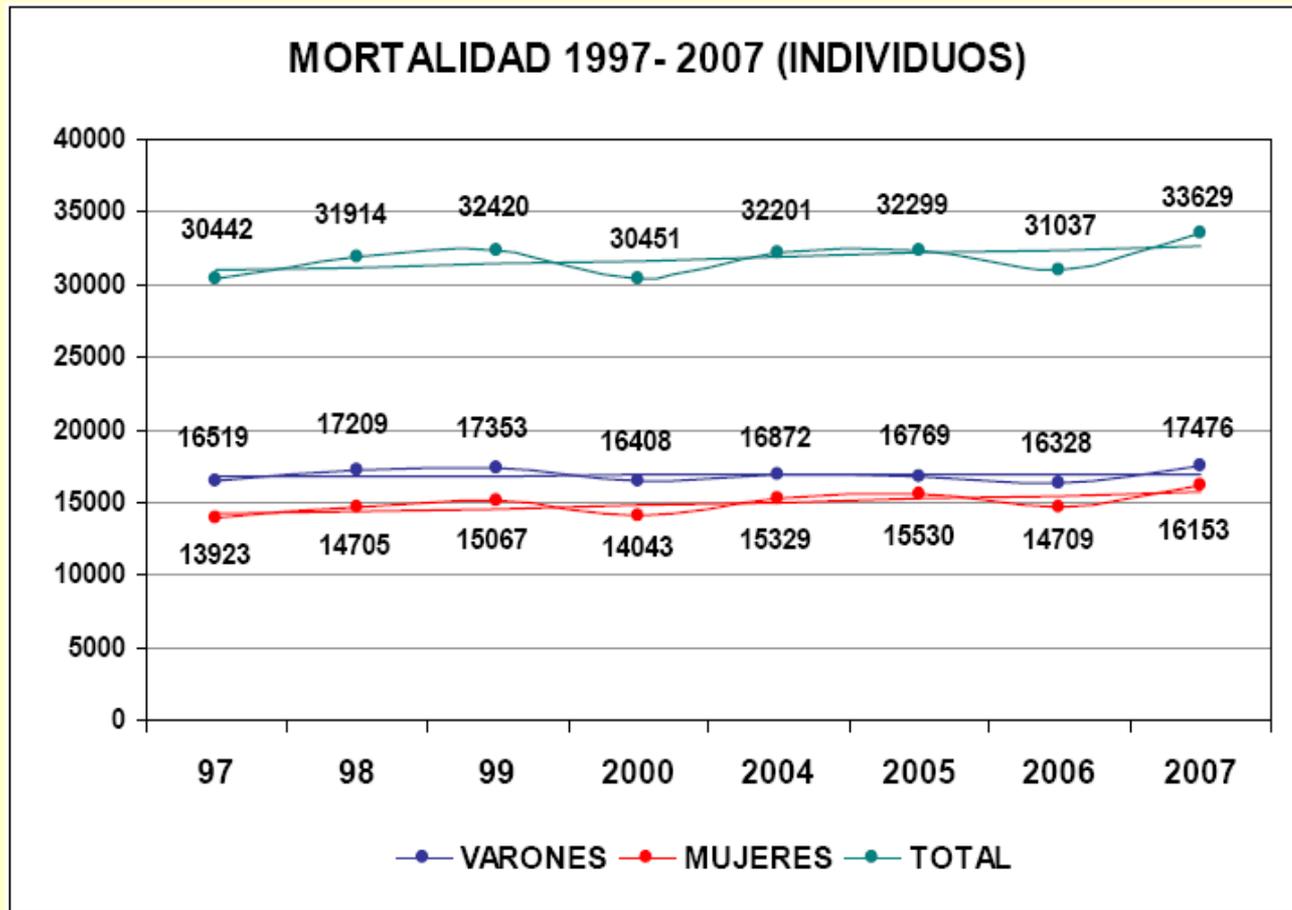
Clasificación final del diagnóstico

Confirmado: ____	Sospechoso: ____	Descartado: ____ Especifique porqué:
------------------	------------------	--------------------------------------

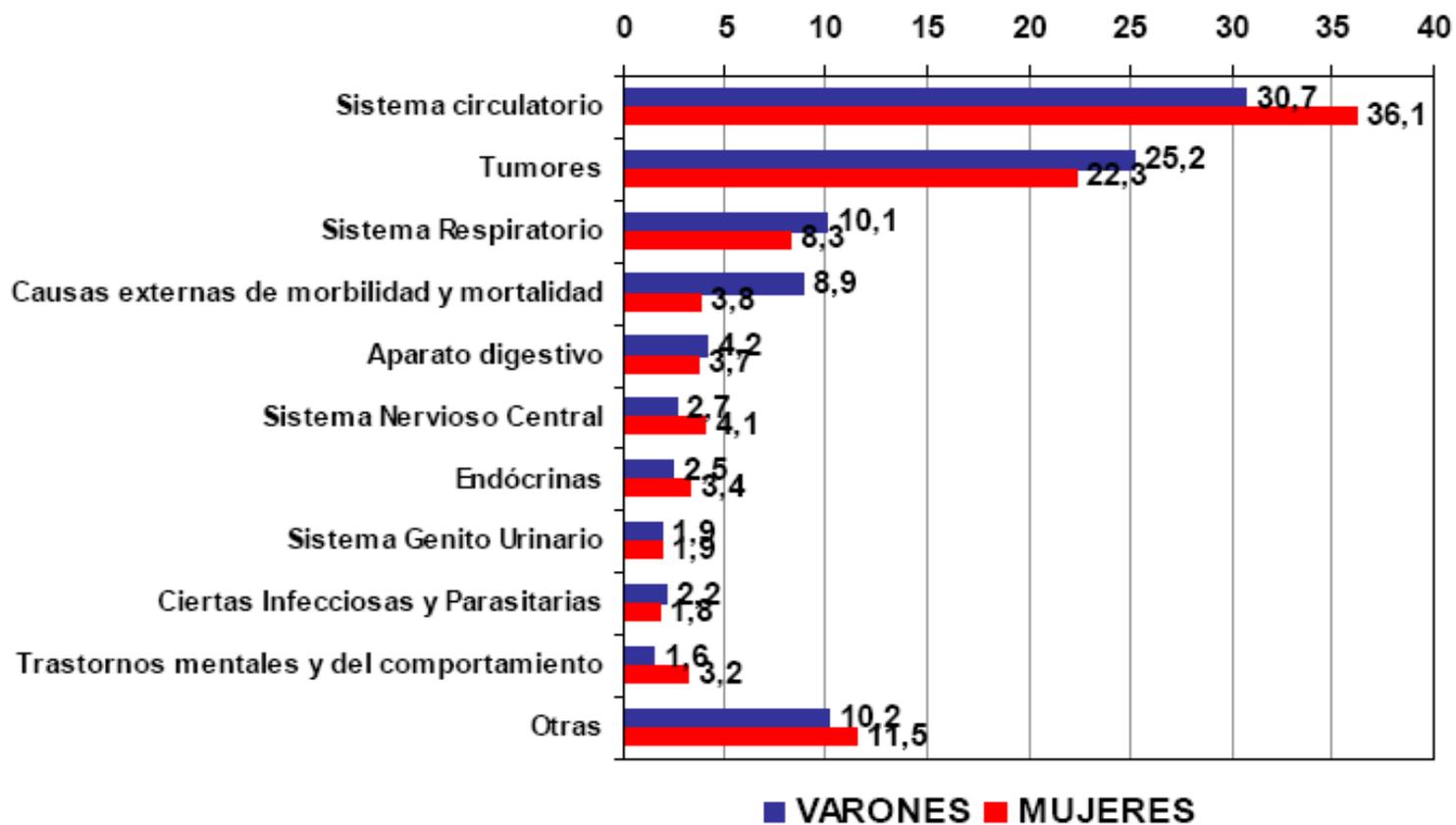
Epidemiología: transición demográfica, transición epidemiológica: paradigmas en cuestión



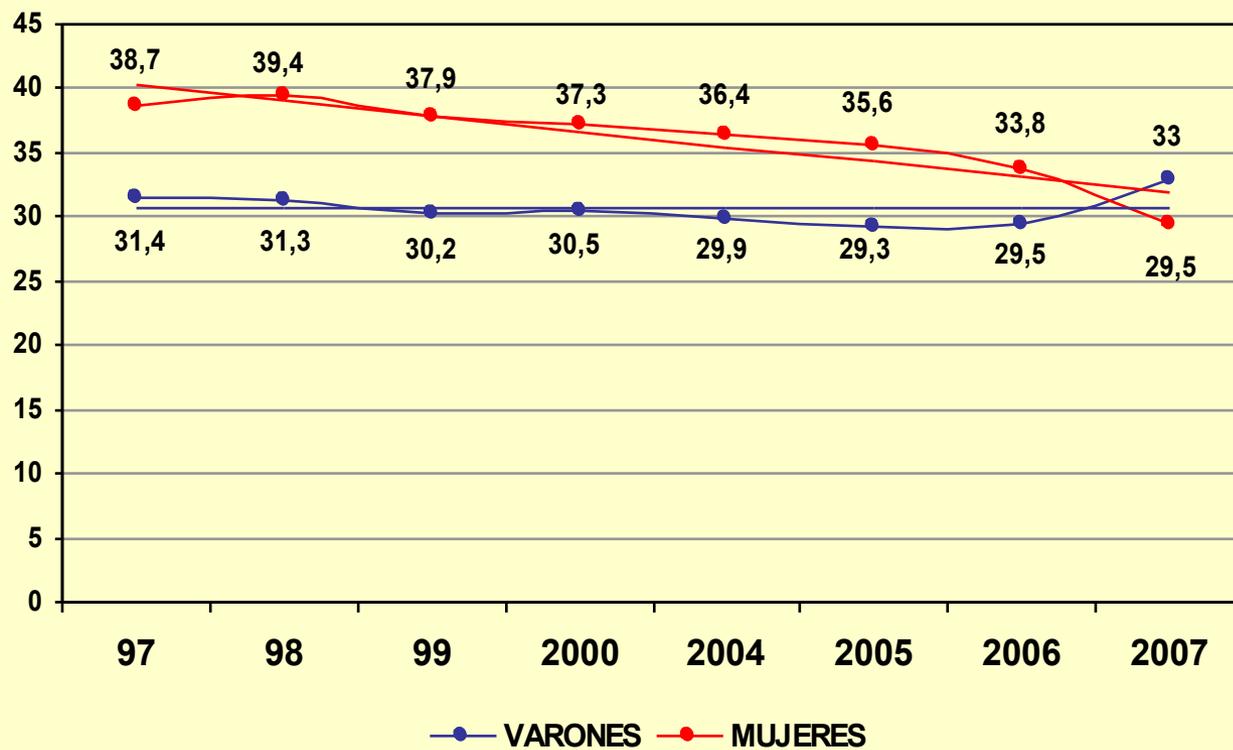
Información sobre causas de mortalidad en Uruguay (Herrera,T; Güida, C, Meré, J. Basado en DIGESA- 2009



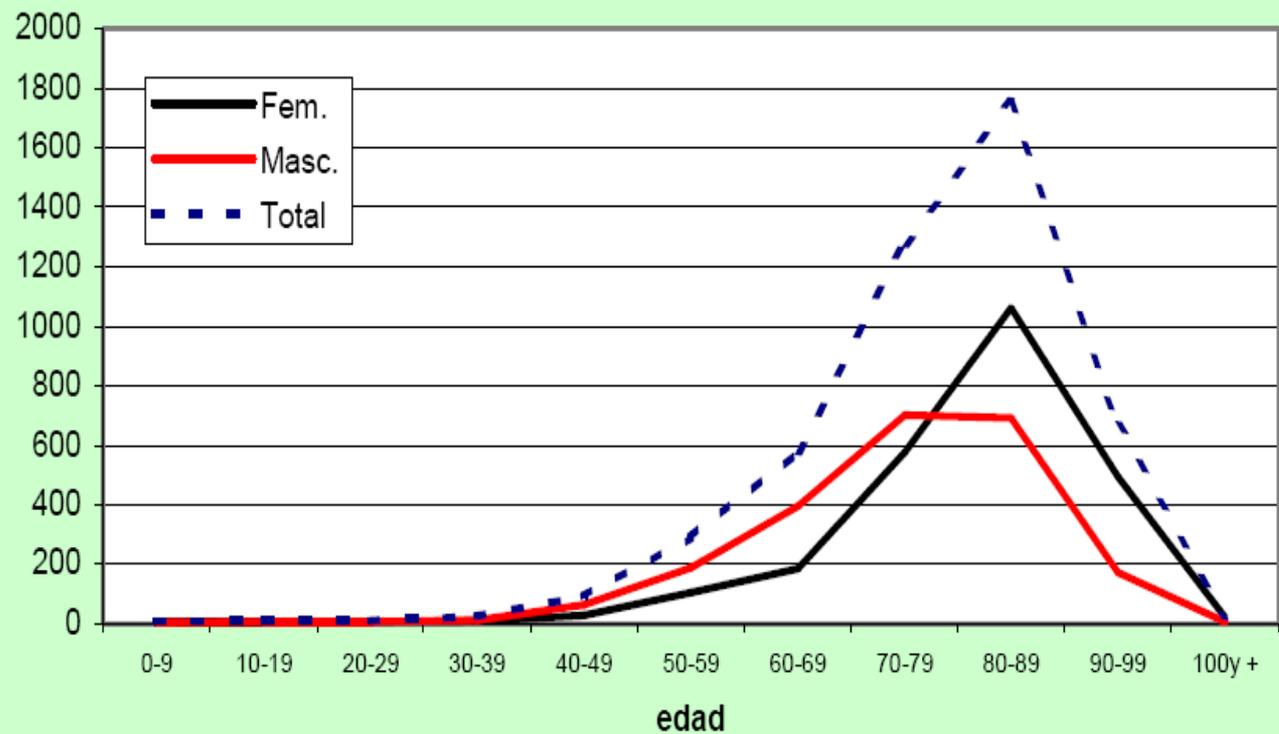
CAUSAS DE MORTALIDAD (% PROMEDIO 1997-2007)



ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (%)



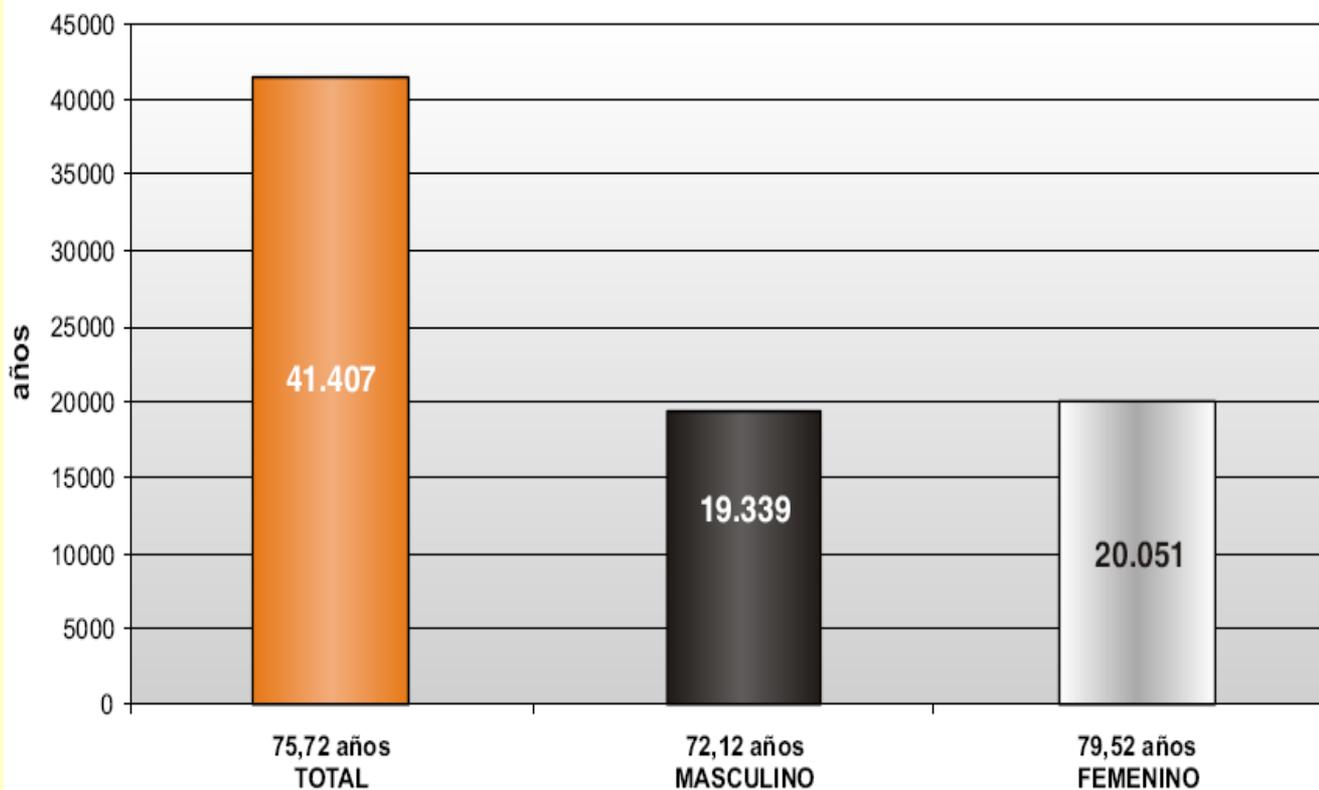
Uruguay 2007. Defunciones cardiovasculares según sexo y edad



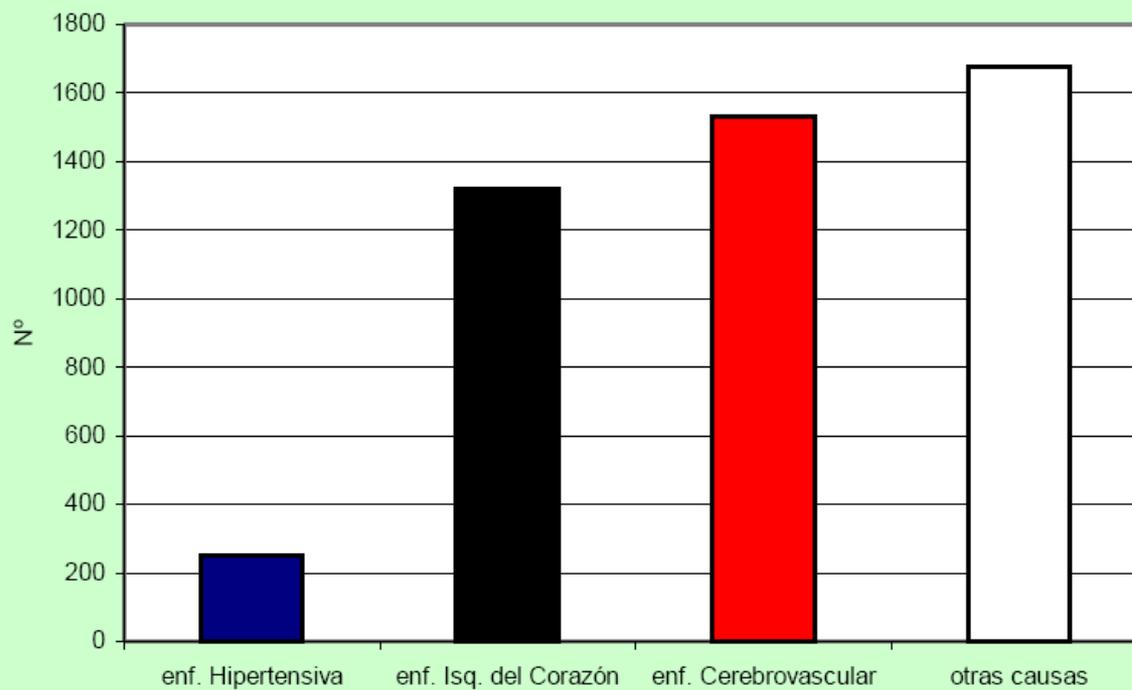
Fuente: Comisión Honoraria de Lucha Contra Enfermedades Cardiovasculares

Gráfica 13:

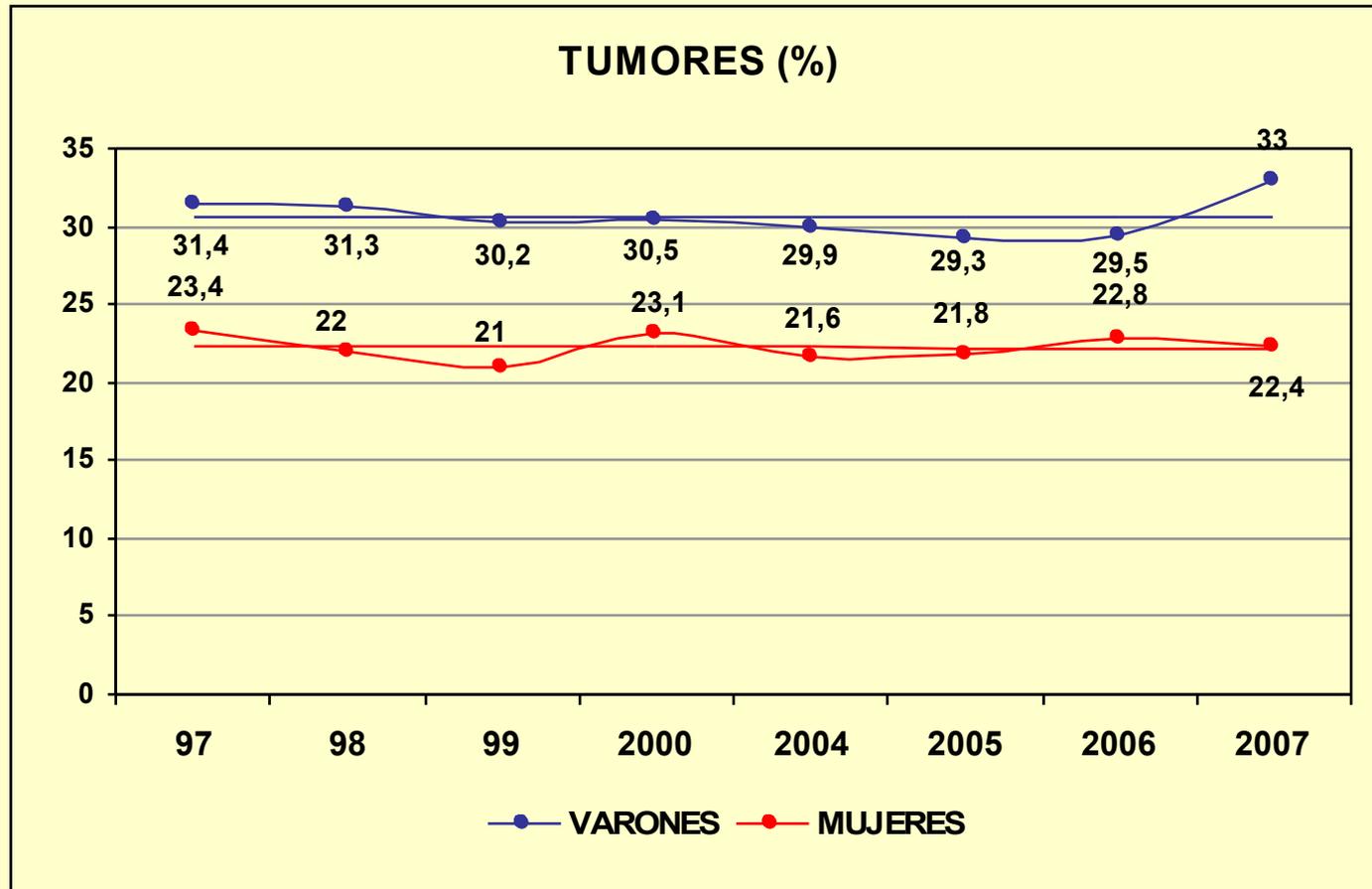
Años de vida potencial perdidos (AVPP) por causa cardiovascular. Uruguay (2006)



Uruguay 2007. Principales causas de defunciones cardiovasculares



Información sobre causas de mortalidad en Uruguay (Herrera,T; Güida, C, Meré, J. Basado en DIGESA- 2008



Información sobre causas de mortalidad en Uruguay (Herrera,T; Güida, C, Meré, J. Basado en DIGESA- 2008

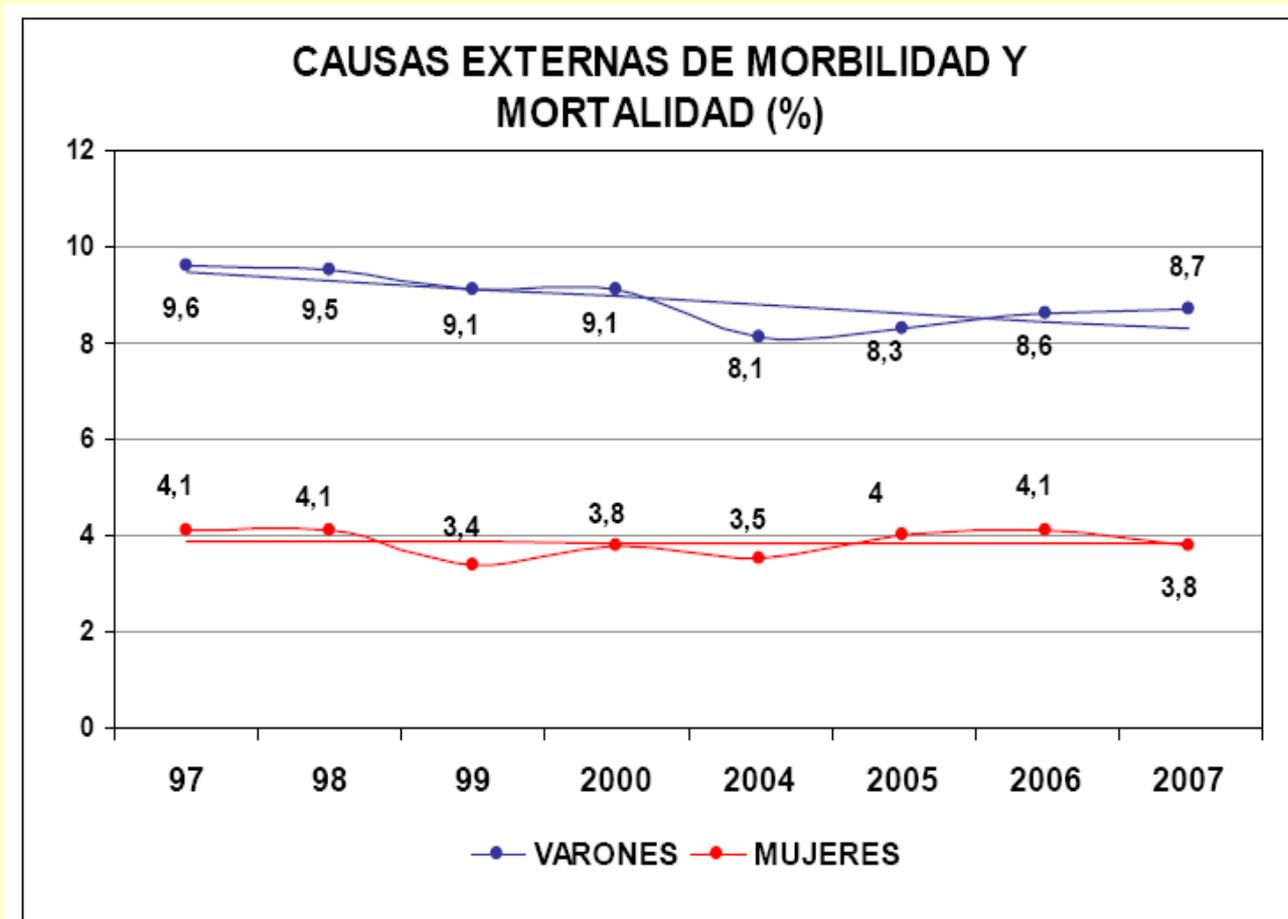
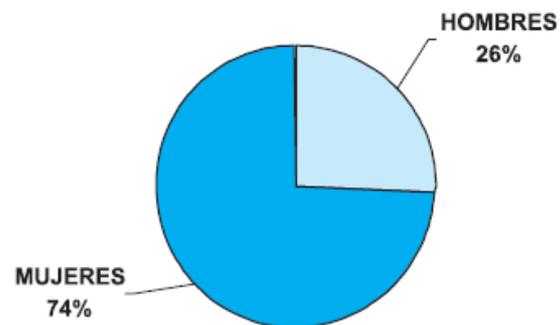
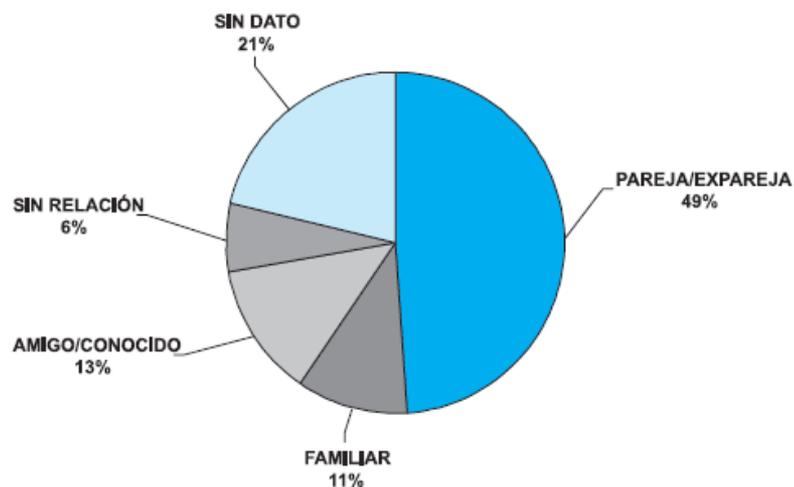


Gráfico 23. **PERSONAS VÍCTIMAS DE SU PAREJA O DE UNA EXPAREJA, POR SEXO**
(Montevideo, 2003 - 2005)



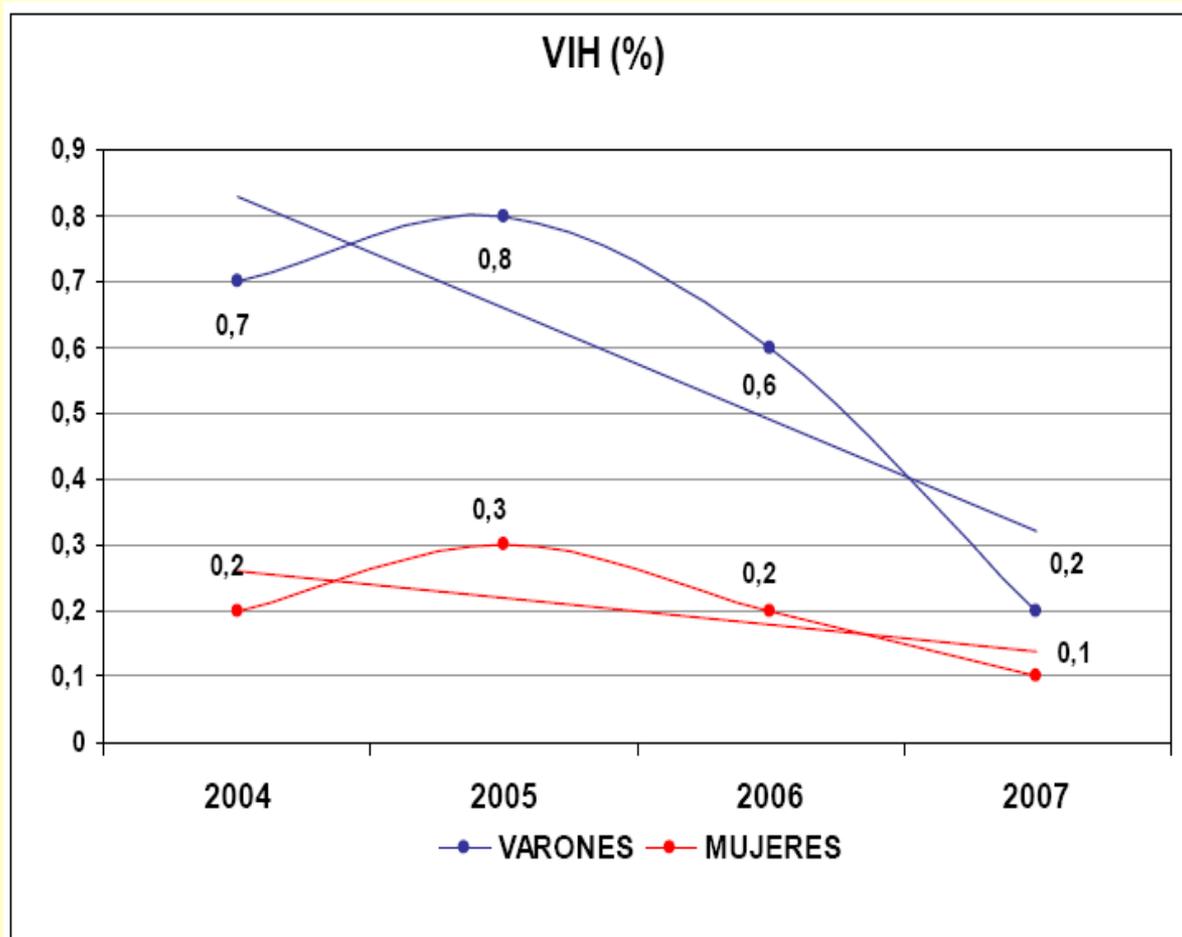
Fuente: elaboración en base a datos tomados de partes policiales – Min. Interior.
Notas: basado en 31 homicidios.

Gráfico 24. **MUJERES VÍCTIMAS DE HOMICIDIO, POR TIPO DE RELACIÓN CON EL AUTOR**
(Montevideo, 2003 - 2005)

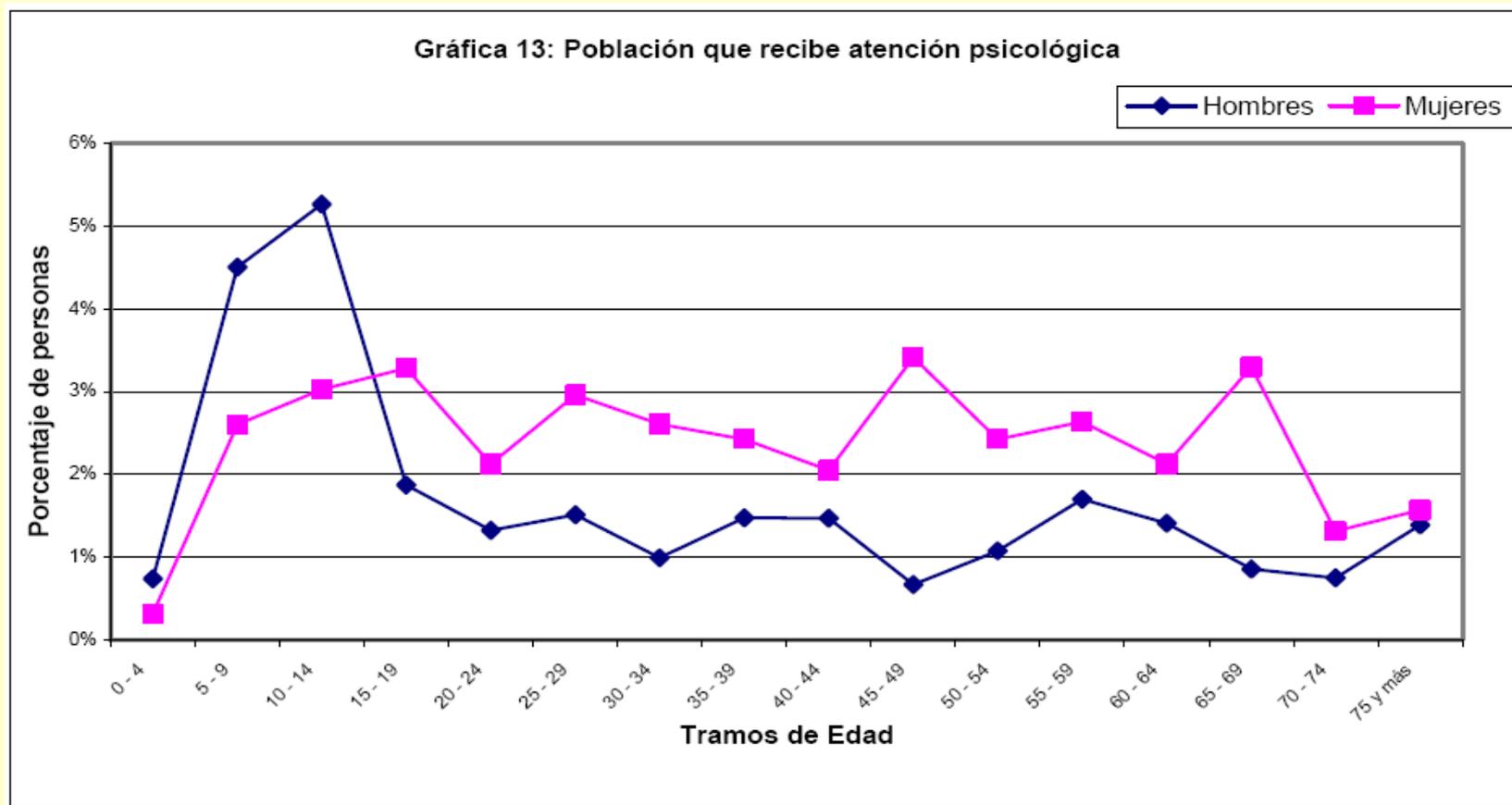


Fuente: elaboración en base a datos tomados de partes policiales – Min. Interior.
Notas: basado en 47 homicidios; la relación es la de la víctima hacia el autor.

Información sobre causas de mortalidad en Uruguay (Herrera,T; Güida, C, Meré, J. Basado en DIGESA- 2008

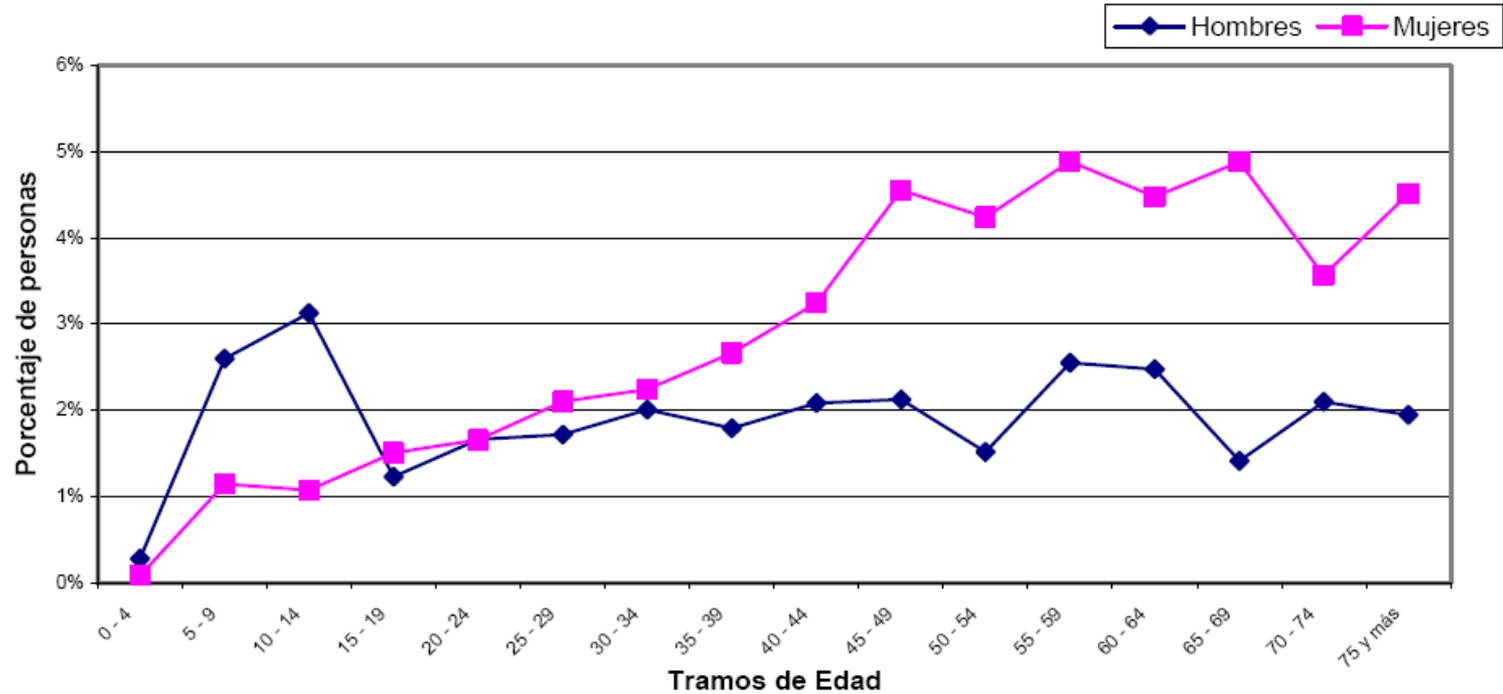


Fuente: Encuesta Continua de Hogares (2006)



Encuesta Continua de Hogares (2006)

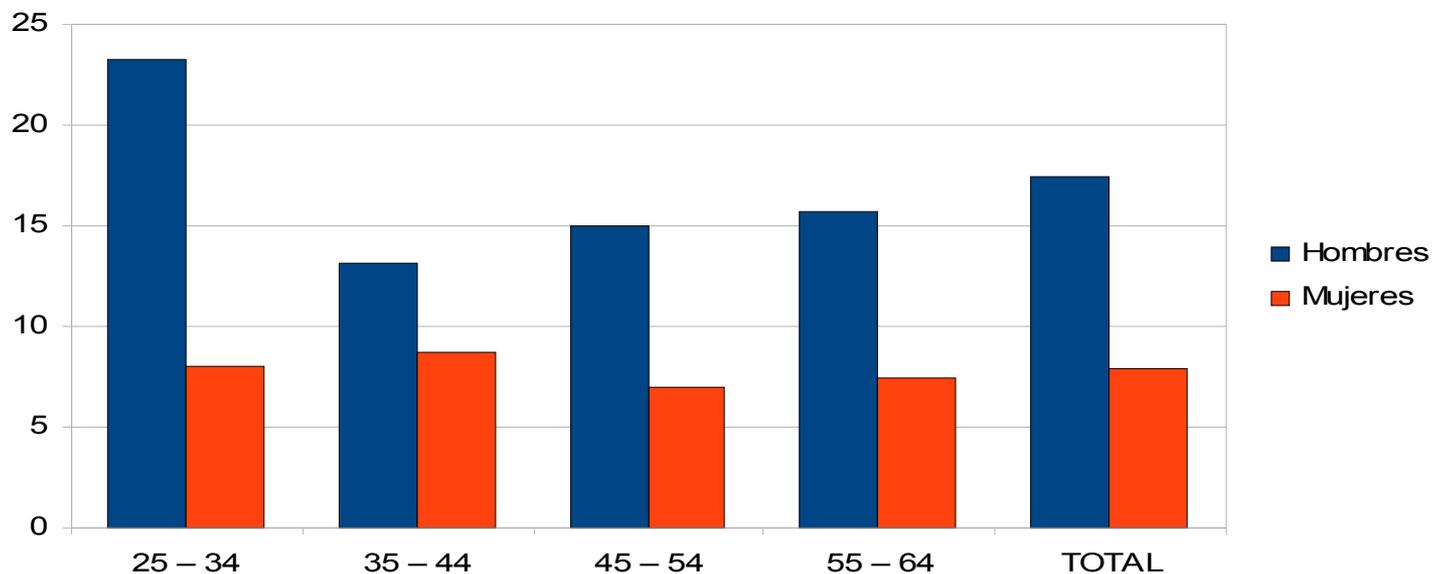
Gráfica 14: Población que recibe tratamiento psiquiátrico



Encuesta Enfermedades Crónicas No Transmisibles

(DIGESA, 2009)

**% de personas con abuso por ingesta de alcohol
(binge drinking)
en bebedores de los últimos 7 días por sexo según
edad**



- ¿Es posible pensar en una psico – epidemiología, integrada al paradigma de la epidemiología social?
- ¿Qué dificultades y que potencialidades implicaría pensar aspectos de la psicología desde una mirada epidemiológica?
- ¿Qué aportes podría realizar la psicología universitaria a la salud pública?