

TERCERA ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES



Argentina 2013

TERCERA ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles.
COMPONENTE: Vigilancia

indec
Instituto Nacional de Estadística y Censos

Ministerio de Salud



**Presidencia
de la Nación**

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Daniel Gollan

Ministro de Economía y Finanzas Públicas
Dr. Axel Kicillof

**Secretario de Promoción
y Programas Sanitarios**
Dr. Federico Roberto Kaski Fullone

**Director del Instituto Nacional de
Estadística y Censos**
Lic. Norberto Itzcovich

**Subsecretario de Prevención
y Control de Riesgos**
Dr. Homero Federico Giles

**Director Nacional de Estadísticas de
Condiciones de Vida**
Dr. Claudio Comari

**Director Nacional de Prevención de
Enfermedades y Riesgos**
Dr. Jonatan Konfino

**Director de Estudios de Ingresos y Gastos
de los Hogares**
Mg. Alejandro Moyano

**Director de Promoción de la Salud y Control
de Enfermedades No Transmisibles**
Dr. Sebastián Laspiur

Coordinación de Encuestas Especiales
Lic. Dolores Ondarsuhu

**Coordinación Área de Vigilancia de
Enfermedades No Transmisibles**
Lic. Lucila Goldberg

Equipo de trabajo

Ministerio de Salud de la Nación

Elaboración del informe final

Dra. Carolina Begu, Dra. Mariana Galante, Dra. Magal Gaudio, Lic. Lucila Goldberg, Lic. Ana King, Lic. Victoria O'Donnell, Lic. Virginia Sciarretta

Revisión y aportes

Lic. Natalia Coton, Dr. Daniel Ferrante, Dra. Nathalia Katz, Dr. Jonatan Konfino, Lic. Oscar Incarbone, Dra. Luciana Valenti, Dra. Matilde Massa; Dr. Daniel Stecher; Dra. Carla Vizzotti (Ministerio de Salud de la Nación); Dr. Oscar Canel y Dr. Carlos Soratti (INCUCAI); Dr. Matías de Nicola (INAL); Dr. Javier Osatnik (INC); Dra. Ma. Guadalupe García (SEDRONAR); Lic. Celina Moreno (Ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca de la Nación)

Manejo de base de datos

Dra. Mariana Galante
Lic. Victoria O'Donnell

Revisores

Lic. Martín Bruzzone
Lic. Luciana Zarza

Revisión final

Dr. Sebastián Laspiur

Instituto Nacional de Estadística y Censos

Elaboración del informe final

Lic. Dolores Ondarsuhu, Srta. Giselle Pablovsky

Gestión de bases de datos y sistema de ingreso

Sr. Martín Anzorena

Coordinación de relevamiento

Sr. Ariel Rabasa

Diseño muestral

Lic. Augusto Hoszowski

Revisión del informe final

Dr. Claudio Comari, Mg. Alejandro Moyano

10 de julio de 2015. Buenos Aires, Argentina.
ISBN: 978-950-38-0218-2

La presente publicación está escrita usando el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que promovemos la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

**Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
para Enfermedades No Transmisibles.**

Primera Edición. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015
Impreso en Argentina

Dirección Postal
Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925 Piso 9º
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
www.msal.gov.ar/ent
vigilanciaent@msal.gov.ar

Instituto Nacional de Estadística y Censos
Av. Presidente Julio A. Roca 609 P.B
(C1067ABB) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
www.indec.gov.ar
ces@indec.mecon.gov.ar

Índice

Capítulo 1. Introducción	9
Capítulo 2. Aspectos metodológicos	15
Capítulo 3. Aspectos sociodemográficos	27
Capítulo 4. Salud general y calidad de vida	33
Capítulo 5. Actividad física	41
Capítulo 6. Alimentación	47
Capítulo 7. Peso corporal	59
Capítulo 8. Tabaco	67
Capítulo 9. Alcohol	77
Capítulo 10. Hipertensión arterial	85
Capítulo 11. Colesterol elevado	93
Capítulo 12. Diabetes	101
Capítulo 13. Prácticas preventivas	109
Capítulo 14. Afecciones crónicas	119
Capítulo 15. Seguridad vial	125
Capítulo 16. Vacunas	135
Anexos	
Anexo 1. Resumen ejecutivo	143
Anexo 2. Cuestionario	151

Capítulo 1

Introducción

Carga de enfermedad de las Enfermedades No Transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) agrupan a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y a las lesiones por causas externas. Las ECNT están representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Estas patologías se asocian a una serie de factores de riesgo comunes, dentro de los cuales los más importantes son: la alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol.

A nivel mundial se estima que 6 de cada 10 muertes y el 70% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se deben a las ECNT. Asimismo, se proyecta que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial. En nuestro continente aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se atribuye a las ECNT (1).

Esta problemática de salud era considerada una prioridad sólo para los países de ingresos altos. Sin embargo, se ha observado un incremento en la morbilidad y mortalidad por ECNT en los países de ingreso medio y bajo. Se estima que en estas naciones el 80% de las muertes y casi la mitad de la carga de enfermedad es consecuencia de este grupo de enfermedades, por lo que estos países necesitan priorizar políticas de prevención y control efectivas (2).

Por otro lado, las ECNT tienen un impacto económico enorme, no sólo por los costos derivados de la atención médica

sino también debido a la pérdida de productividad de las personas afectadas, ya que un cuarto de las muertes por estas causas ocurren en personas menores de 60 años. Asimismo, se prevé que la carga económica actual de las ECNT se incrementará considerablemente. Por ejemplo, se estima a nivel mundial que la pérdida de producción acumulada en las próximas dos décadas debida a la enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, cáncer, diabetes y trastornos de la salud mental será de US\$ 47 billones de dólares (el 75% del PIB mundial en 2010) (3).

La Argentina no está exenta de esta problemática. De acuerdo a publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (4). Por otro lado, de acuerdo a la información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, en 2013 la principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas por los tumores (5). La relevancia de los factores de riesgo de las ENT ya ha sido asimismo observada en ediciones anteriores de la ENFR en 2005 y 2009 (6) (7).

A pesar de este escenario desalentador, estas enfermedades son prevenibles en gran medida. Se estima que, en caso de eliminar los principales factores de riesgo de las ECNT, un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2 podrán evitarse, como así también un 40% de los cánceres (8) (9). Con dicho objetivo, existen intervenciones costoefectivas dirigidas tanto a la población en su conjunto como a las personas en particular (10) (11).

Por su parte, las lesiones por causa externa, representadas principalmente por las lesiones ocasionadas por el tránsito de vehículos a motor, los suicidios y los homicidios, han adquirido crucial relevancia en los últimos veinte años. Se estima que a nivel global actualmente el 10% de las muertes se producen por estas causas y que para el 2030 figurarán entre las veinte principales causas de muerte. Su importancia radica en que es una problemática que afecta particularmente a la población más joven, estando entre los tres principales motivos de defunción entre los 5 y 44 años (12) (13). A su vez, a nivel mundial, un 16% de todas las discapacidades se deben a las lesiones por causas externas (14). En Argentina, las lesiones ocasionadas por el tránsito de vehículos a motor representan el mayor porcentaje de mortalidad en este grupo (23%) y son la principal causa de muerte en personas de 15 a 34 años (5). Este tipo de lesiones se ha incrementado en forma exponencial durante los últimos años, principalmente la mortalidad en ocupantes de motos (15). Al igual que lo que ocurre con las ECNT, son prevenibles y las medidas más efectivas son aquellas destinadas a modificar las conductas de los usuarios del sistema vial creando entornos más seguros y controlando el uso de los elementos de seguridad y alcoholemia al conducir (16).

Abordaje de las Enfermedades No Transmisibles

El enorme impacto de esta problemática excede la capacidad de respuesta del sector salud exclusivamente, motivo por el cual la Organización de Naciones Unidas (ONU) generó una reunión con los jefes de estados de los 194 países miembros en septiembre de 2011. En la misma se aprobó una declaración donde los países firmantes se comprometieron a incrementar los esfuerzos e impulsar políticas y acciones intersectoriales para la prevención y control de las ENT (17). A partir de esto la OMS desarrolló el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las ENT 2013-2020,

incorporando nueve metas a alcanzar al final de ese periodo (18). A su vez, y en este marco, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las ENT en las Américas 2013-2019 (19). Este plan hace hincapié en cuatro líneas estratégicas de acción cuyos objetivos detallamos a continuación:

1. Políticas multisectoriales: fortalecer y promover medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno y la sociedad, incluida la integración en las agendas económicas, académicas y de desarrollo.
2. Factores de riesgo y factores protectores: reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo énfasis en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; emplear estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.
3. Respuesta de sistemas de salud: mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en el primer nivel de atención que incluya la prevención y un mejor manejo.
4. Vigilancia e investigación: fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de los programas.

Desde el año 2009, y en consonancia

con los lineamientos internacionales, Argentina ha desarrollado la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las ENT (20), la cual ha sido aprobada por la Resolución Ministerial 1083/09 (21). Esta estrategia, conducida por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, se propone como objetivos reducir la prevalencia de factores de riesgo para las ENT, disminuir la mortalidad por estas enfermedades y mejorar el acceso y la calidad de atención médica, a través de tres ejes de acción:

Promoción de la salud y control de factores de riesgo a nivel poblacional: incluye el Plan Nacional Argentina Saludable que integra el Programa Nacional de Control del Tabaco, el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo y la promoción de la alimentación saludable. El objetivo es canalizar las acciones de base poblacional tendientes a disminuir los factores de riesgo, lo que requiere del involucramiento de múltiples actores tanto estatales como de la sociedad civil y el sector privado, con el objeto de promover conductas y entornos saludables y la regulación de la oferta de productos y servicios.

Reorientación de los servicios de salud para el manejo integrado de las ENT: este eje se integra y articula con otras iniciativas y programas existentes y lleva adelante estrategias para el rediseño de los servicios de salud hacia un abordaje integral e integrado de las enfermedades crónicas. Dentro de ellas se encuentra el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica y el diseño e implementación de herramientas para la consulta, como una historia clínica para la atención ambulatoria del adulto, una planilla de monitoreo para el seguimiento de personas con factores de riesgo vascular, etc. También incluye el desarrollo de capacitaciones destinadas a mejorar las competencias del equipo de salud en el abordaje de las ENT y favorecer la reorientación de los servicios de salud en las distintas jurisdicciones.

Sistema de vigilancia de las ENT y factores de riesgo: el rol de este eje es aportar información válida y confiable para el diseño, evaluación y monitoreo de las acciones realizadas para prevenir y controlar estas enfermedades. A su vez, esta área promueve el desarrollo de la vigilancia de ENT a nivel jurisdiccional articulando con las Salas de Situación provinciales.

Implementación de la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

El área de vigilancia de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT basa su estrategia en tres grandes dimensiones: mortalidad, morbilidad y factores de riesgo. Por un lado, utiliza datos provenientes de estadísticas vitales con el fin de obtener información sobre mortalidad. Para la vigilancia de la morbilidad se utilizan diversas fuentes de información, como el conjunto mínimo de datos básicos (que contiene datos sobre egresos hospitalarios), registros de enfermedades como el Sistema de Vigilancia de Lesiones, datos secundarios provenientes de otras instituciones y estudios epidemiológicos específicos, entre otras. Por último, los factores de riesgo de ENT se vigilan a partir de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR), las encuestas de tabaquismo en adolescentes y adultos, la encuesta de salud escolar, así como desde otras fuentes de información secundarias.

En este contexto, la implementación y periodicidad de las ENFR forman parte de una estrategia coordinada de vigilancia que permite obtener información sobre la prevalencia y tendencia temporal de los factores de riesgo de ENT con representatividad provincial (6) (7). Desde el año 2005, y cada cuatro años, se vienen implementando de manera continua y progresiva conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y las Direcciones Provinciales de Estadística. Esta encuesta forma parte

del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares, que asegura la producción de información sociodemográfica sistemática y articulada (22) y que lleva adelante la Dirección de Estadísticas de Condiciones de Vida.

En esta tercera edición su implementación se desarrolló mediante un “Plan de Acción Conjunto” firmado entre la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud y el INDEC.

La 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo es una herramienta fundamental para la vigilancia de las ENT cuyos objetivos son:

-Proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, proceso de atención y prevalencias de las principales ENT en la población de 18 años y más residente en viviendas particulares de áreas urbanas

de 5.000 y más habitantes de la República Argentina.

-Monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT.

-Evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.

De esta manera, la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo permite analizar las tendencias de los principales factores de riesgo a los que está expuesta nuestra población, establecer prioridades y metas factibles, evaluar los resultados de las políticas implementadas y diseñar nuevas intervenciones a nivel nacional y en las distintas jurisdicciones. La información proveniente de esta encuesta constituye un insumo muy importante no solo para el sector salud sino también para otros sectores de gobierno y múltiples actores.

Referencias

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Ginebra, 2008. [acceso 15 de enero 2015] Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
2. Abegunde, et al. The burden and costs of chronic disease in low and middle income countries. *Lancet* 2007; 370: 1929–38. [acceso 15 de enero 2015] Disponible en: http://www.who.int/choice/publications/p_2007_Chronic_disease_burden_Lancet.pdf
3. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jan -Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
4. World Health Organization. Health statistics and health information systems. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Argentina 2014. . [acceso 15 de enero 2015] Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/arg_en.pdf?ua=1
5. Direcci3n de estad sticas e informaci3n de salud (DEIS). Estad sticas vitales-2013. Ministerio de Salud de la Naci3n. Argentina. Serie 5 - N mero 57.2014. [acceso 9 de enero 2015] Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>
6. Ministerio de Salud de la Naci3n. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. 2006. [acceso 9 de enero 2015] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>
7. Ministerio de Salud de la Naci3n. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. 2011. [acceso 9 de enero 2015] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>
8. World Health Organization. Informe sobre la situaci3n mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientaci3n. Ginebra, 2010. [acceso 15 de enero 2015] Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
9. World Health Organization Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Ginebra, 2005. [acceso 15 de enero 2015] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf
10. World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable disease: How much will it cost? Ginebra, 2011. [acceso 15 de enero 2015] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502313_eng.pdf
11. Rubinstein, A. et al. Estimation of the burden of cardiovascular disease attributable to modifiable risk factors and cost-effectiveness analysis of preventative interventions to reduce this burden in Argentina. *BMC Public Health*. 2010; 10: 627. [acceso 15 de enero 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2970607/>
12. Ministerio de Salud de la Naci3n. Argentina: Ministerio de Salud de la Naci3n, Direcci3n de Promoci3n y Control de Enfermedades No Transmisibles. Bolet3n de Vigilancia N3 6: Descripci3n Epidemiol3gica de la mortalidad por lesiones de causas externas en Argentina. Noviembre, 2013. [acceso 15 de diciembre de 2014] Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-03_boletin-epideomologia-06.pdf
13. Ministerio de Salud de la Naci3n. Argentina: Ministerio de Salud de la Naci3n, Direcci3n de Promoci3n y Control de Enfermedades No Transmisibles. Bolet3n de Vigilancia N3 7: Descripci3n epidemiol3gica de la morbimortalidad por lesiones de tr3nsito en Argentina. Noviembre, 2014. [acceso 9 de enero 2015] Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-12_boletin-epideomologia-7.pdf
14. World Health Organization. Injuries and violence: the facts, WHO Library Cataloguin-in-Publication Data, 2010. [acceso 9 de enero de 2015] Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/en/
15. Institute for Health Metrics and Evaluation. Marzo, 2013. [acceso 7 de diciembre de 2014] Disponible en http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_argentina.pdf
16. Organizaci3n Mundial de la Salud. Global Status Report. Road Safety 2013. Ginebra, OMS; 2013 [acceso 3 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013
17. ONU. Declaraci3n Pol tica de la Reuni3n de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevenci3n y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. A/66/L.1, 2011. [acceso 9 de enero de 2015] Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>
18. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. Ginebra, 2013. [acceso 9 de enero de 2015] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
19. Organizaci3n Panamericana de la Salud. Plan de acci3n para la prevenci3n y el control de las enfermedades no transmisibles en las Am3ricas 2013–2019. Washington DC, 2014. [acceso 9 de enero de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27520&Itemid=270&lang=en
20. Estrategia Nacional para la Prevenci3n y Control de Enfermedades No Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable. Noviembre, 2013. [acceso 9 de enero 2015] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-02_manual-acciones-municipio_preliminar.pdf
21. Estrategia Nacional para la Prevenci3n y Control de Enfermedades No Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable. In: P blica MdS, ed. Resoluci3n 1083/2009. Buenos Aires, 2009.
22. Comari C. y Moyano A. El Sistema Integrado de Encuestas a Hogares de Argentina. Claves para el sostenimiento de un sistema estad stico abarcativo, robusto, gil y coherente. XLI Coloquio Argentino de Estad stica. Facultad de Ciencias Econ3micas, Universidad Nacional de Cuyo. Octubre, 2013.

Capítulo 2

Aspectos metodológicos

La tercera ENFR es un estudio de corte transversal que permite vigilar la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y evaluar su evolución en comparación con las ediciones anteriores realizadas en los años 2005 y 2009.

Población objetivo y dominios de estimación

La población objetivo de esta encuesta comprende a las personas de 18 años y más residentes en viviendas particulares de localidades de 5.000 y más habitantes de la República Argentina.

La encuesta permite obtener estimaciones para los siguientes dominios:

- ⊙ Total país.
- ⊙ Cuatro agrupamientos según tamaño de la localidad (cantidad de habitantes).
 - De 5.000 a 100.000
 - De 100.001 a 500.000
 - De 500.001 a 1.500.000
 - Más de 1.500.000
- ⊙ Seis regiones estadísticas:
 - Gran Buenos Aires: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 24 Partidos del Conurbano Bonaerense.
 - Pampeana: La Pampa, Córdoba, Entre Ríos, Buenos Aires (sin incluir los Partidos del Conurbano Bonaerense) y Santa Fe
 - Noroeste: Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán
 - Noreste: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones.
 - Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis
 - Patagónica: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.
- ⊙ División política: 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).
 - ⊙ Ocho aglomerados urbanos de más de 500.000 habitantes
 - Gran Buenos Aires
 - Gran Rosario
 - Gran Córdoba
 - Gran La Plata
 - Mar del Plata-Batán
 - Gran Mendoza
 - Gran Tucumán-Tafel Viejo
 - Gran Salta

Diseño muestral

El diseño muestral de esta encuesta fue probabilístico, estratificado y multietapa. Contempló la selección de personas a través de cuatro etapas: aglomerados censales, áreas, viviendas e individuos de 18 años y más.

Las tres primeras –aglomerado, área y vivienda– correspondieron a la Muestra Maestra Urbana de Viviendas de la República Argentina (MMUVRA), una muestra probabilística maestra de áreas cuyo dominio es el total de las localidades de 2.000 y más habitantes. Para la cuarta etapa, se utilizó un método probabilístico de selección conocido como tabla de Kish.

En la primera etapa de selección se seleccionaron *aglomerados censales*, denominados a partir de ahora como UPS (unidades primarias de selección). Para la selección de las UPS, se las estratificó según su tamaño de población. Las UPS de mayor tamaño se seleccionaron con probabilidad igual a 1 y el resto de las UPS se seleccionaron con probabilidad proporcional a su tamaño de población.

La segunda etapa consistió en la selección probabilística de *reas* (unidades secundarias de selección o USS) en cada una de las UPS elegidas en la primera etapa. En general las reas son radios censales o conjuntos de radios censales. La selección de las USS se realizó mediante un muestreo probabilístico, estratificado según el nivel educativo de los jefes de hogar.

En la tercera etapa de muestreo se seleccionaron viviendas dentro de cada área seleccionada. Las viviendas fueron agrupadas en segmentos (conjunto de 5 viviendas consecutivas) y, dentro de las reas, la selección de segmentos se realizó mediante muestreo sistemático.

En las viviendas seleccionadas en la tercera etapa se encuestó a todos los hogares encontrados, según la definición

por la que hogar se considera toda persona o grupo de personas que comparte los gastos de alimentación y vive bajo el mismo techo, pudiendo haber entonces más de un hogar por vivienda. En cada hogar, se seleccionó una persona de 18 años o más mediante la tabla de Kish.

Análisis de la muestra

Tamaño muestral

Se obtuvo una muestra de 46.555 viviendas a nivel país. La distribución de la muestra por jurisdicción se detalla a continuación en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Distribución de la muestra de viviendas por jurisdicción n. 3° ENFR 2013.

Jurisdicción	Viviendas seleccionadas
Total	46.555
Ciudad de Buenos Aires	2.260
Partidos del Conurbano	4.230
Interior de Buenos Aires	5.345
Catamarca	1.185
Corrientes	1.425
Chaco	1.150
Chubut	1.725
Entre Ríos	1.700
Formosa	1.290
Jujuy	1.190
La Pampa	1.260
La Rioja	1.210
Mendoza	1.880
Misiones	1.220
Neuquén	1.535
Río Negro	1.750
Salta	1.470
San Juan	1.305
San Luis	1.255
Santa Cruz	1.320
Santa Fe	2.895
Santiago del Estero	1.485
Tucumán	1.800
Tierra del Fuego	1.500

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 (ENFR).

Rendimiento de la muestra No respuesta

En las 46.555 viviendas seleccionadas se obtuvo una tasa de respuesta del 70,7%.

Se presentan en el cuadro 2 los distintos indicadores de no respuesta a nivel de jurisdicción.

Jurisdicción	% respuesta ¹	% no respuesta		
		% no efectiva ²	% efectiva ³	% total no respuesta
Total	70,7	11,7	17,6	29,3
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	37,5	13,9	48,6	62,5
Catamarca	73,2	13,5	13,3	26,8
Chaco	79,9	7,2	12,9	20,1
Chubut	78,8	11,4	9,8	21,2
Córdoba	64,4	14,3	21,3	35,6
Corrientes	79,3	10,2	10,6	20,7
Entre Ríos	81,5	9,1	9,3	18,5
Formosa	84,9	9,9	5,2	15,1
Partidos del Conurbano Bonaerense	56,3	12,5	31,2	43,7
Interior de Buenos Aires	59,0	16,6	24,4	41,0
Jujuy	84,9	9,4	5,7	15,1
La Pampa	79,9	11,9	8,2	20,1
La Rioja	86,2	10,1	3,7	13,8
Mendoza	70,7	12,5	16,8	29,3
Misiones	78,0	12,7	9,3	22,0
Neuquén	61,3	10,7	28,0	38,7
Río Negro	93,9	3,0	3,1	6,1
Salta	83,7	9,8	6,5	16,3
San Juan	75,0	12,5	12,5	25,0
San Luis	82,1	12,2	5,7	17,9
Santa Cruz	74,2	7,5	18,3	25,8
Santa Fe	73,7	11,6	14,8	26,3
Santiago del Estero	72,0	10,7	17,3	28,0
Tierra del Fuego	68,0	11,4	20,5	32,0
Tucumán	75,9	11,1	13,0	24,1

Cuadro 2. Porcentaje de respuesta y no respuesta de vivienda sobre el total de viviendas detectadas, por jurisdicción. 3° ENFR 2013.

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 (ENFR).

¹Las viviendas *respuesta* hacen referencia a aquellas en donde un hogar contestó a la encuesta.

²La no respuesta es no efectiva en los casos donde no hay un hogar dentro de la vivienda. Por ejemplo, viviendas demolidas, deshabitadas, etc.

³La no respuesta *efectiva* se produce cuando se detecta la presencia de un hogar habitando dentro de la vivienda, pero la encuesta no se puede realizar.

Se presenta a continuación el cuadro 3 con los distintos indicadores de no respuesta a nivel de región.

Porcentaje de viviendas respuesta y no respuesta sobre el total de viviendas detectadas, por región. ENFR 2013.

Región	% respuesta	% no respuesta		
		% no efectiva	% efectiva	% total no respuesta
Total	70,7	11,7	17,6	29,3
GBA	54,0	14,6	31,4	46,0
Cuyo	75,1	12,4	12,5	24,9
NEA	80,5	10,0	9,4	19,5
NOA	79,0	10,8	10,2	21,0
Pampeana	71,6	12,2	16,3	28,4
Patagónica	76,5	9,2	14,4	23,5

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 (ENFR).

Expansión de la muestra y calibración de los factores de expansión

Una etapa crítica en toda encuesta con un diseño muestral complejo es la expansión de la información relevada para la muestra al universo de referencia o población objetivo.

Cálculo de los factores de expansión

El *factor de expansión de diseño* para la 3° ENFR es el producto de los factores de expansión de cada una de las etapas del diseño muestral. Entonces el factor de expansión de diseño será:

$$F_{Final} = F_1 \cdot F_2 \cdot F_3 \cdot F_4$$

Donde:

F_1 : es el factor de expansión de la primera etapa. Su fórmula está dada por:

$$F_1 = \frac{\sum_i P_{hi}}{n_h \cdot P_h}$$

Donde,

P_{hi} es la población de la UPS i del estrato h .

n_h es la cantidad de UPS a seleccionar en el estrato h .

F_2 : es el factor de expansión de segunda etapa. Su fórmula está dada por:

$$F_2 = \frac{\sum_i v_{hi}}{m_h v_h}$$

Donde,

v_{hi} es el total de viviendas del área i en el estrato h .

m_h es la cantidad de áreas a seleccionar en el estrato h .

F_3 : es el factor de expansión de tercera etapa surge de:

$$F_3 = \frac{v_i}{\sum_j I_{(j)} \cdot v_j}$$

Donde,

v_i es el total de viviendas del área i .

v_{ij} es la vivienda j en el área i .

I_{ij} es la variable que indica si una vivienda j pertenece o no a la muestra.

F_4 : es el factor de expansión de cuarta etapa. Se calcula a partir de la tabla de Kish.

No respuesta

Una vez obtenidos los factores de expansión para cada una de las etapas, se procedió al cálculo del factor de corrección por no respuesta. Este surge del cociente entre el total de viviendas encuestables y el total de viviendas que contestaron al cuestionario dentro de cada estrato de corrección. Su fórmula es dada por:

$$FCNR = \frac{\sum_i v_{efect_i}}{\sum_i v_{enc_i}}$$

Donde,

v_{enc_i} son las viviendas efectivas¹ del estrato i

v_{efect_i} son viviendas efectivas y que fueron encuestadas.

Calibración de los factores de expansión

Como es usual en muchas encuestas, al disponer de información auxiliar se pueden corregir los factores de expansión mediante la técnica de calibración de forma que la encuesta estime sin error ciertos totales que son conocidos por valores censales, por proyecciones de población o por una encuesta de mayor

tamaño. En este caso se utilizaron las proyecciones de población al 20 de noviembre de 2013 que proporcionaron los marginales poblacionales para cada uno de los dominios de estimación.

Algunos objetivos de la calibración son:

- Disminuir la varianza de los estimadores si las variables bajo estudio están *correlacionadas* con las variables auxiliares.
- Obtener los mismos totales poblacionales básicos en todas las encuestas en los mismos periodos de referencia. Esto facilita la tarea de los investigadores al analizar las encuestas: las diferencias estimadas no se deben a que la encuesta (por el error muestral) estime más o menos población.
- Corregir posibles sesgos por subestimación o sobreestimación de ciertas subpoblaciones.

Los marginales utilizados para la calibración de la ENFR estuvieron desagregados a nivel de aglomerado urbano de población y restos provinciales. Los totales marginales que se utilizaron son:

- Total de población de 18 años o más.
- Total de varones y de mujeres de 18 años o más.
- Totales de población en los cinco tramos de edad: 18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 49 años, 50 a 64 años, 65 años y más.

Para la ENFR se empleó el método de Huang y Fuller (1) (2).

A continuación se presenta el cuadro 4 con la mediana y percentiles del ajuste que se aplicó al factor de ponderación previo a la calibración:

1. Las viviendas efectivas son aquellas en las que se encuentran personas que conforman uno o más hogares.

Cuadro 4. Percentiles y mediana del ajuste aplicado al factor de expansión n. 3° ENFR 2013.

P5	P10	P25	Mediana	P75	P90	P95
0,776	0,819	0,916	1,034	1,203	1,393	1,611

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 (ENFR).

Según se observa, el ajuste se encuentra dentro de límites aceptables, por lo que no hicieron falta correcciones adicionales de los pesos.

Cuestionario

El cuestionario utilizado es semejante al utilizado en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009, intentándose minimizar los cambios para asegurar la comparabilidad. Además de las temáticas relevadas en ediciones anteriores de la encuesta, se agregaron tres que no habían sido incluidas anteriormente: afecciones crónicas, vacunación y prevención de cáncer colorrectal. El cuestionario contiene dos grandes bloques: el del hogar y el individual (ANEXO 2).

La encuesta incluye solamente el autorreporte, no realizándose mediciones antropométricas y bioquímicas. Existen diversos estudios que han evaluado la validez y confiabilidad del mismo en relación a hábitos, uso de servicios de salud y enfermedades, concluyendo que, para gran parte de los aspectos evaluados, el autorreporte constituye una metodología válida.

Bloque del hogar

Este bloque tiene por objetivo relevar información respecto de las características de la vivienda y el hogar y de cada uno de sus miembros. Es respondido por la persona identificada como quien ejerce la jefatura del hogar (el jefe o la jefa del hogar) o, de no encontrarse presente, por un miembro del hogar de 18 años o más.

En este apartado se listan los miembros del hogar y se indaga para cada uno de ellos: relación de parentesco con el jefe

del hogar, sexo, edad, situación conyugal, nivel de instrucción (en el sistema educativo formal) y cobertura de salud. Además, se relevan las características de la vivienda: tipo de vivienda, cantidad total de ambientes, material predominante de los pisos y techos, combustible usado principalmente para cocinar, tenencia y provisión de agua, tenencia de baño y servicios de saneamiento básico. En relación al hogar, se indaga el uso exclusivo del baño, cantidad de ambientes de uso exclusivo del hogar y cantidad de ambientes para dormir. Los aspectos socioeconómicos que se indagan en este bloque incluyen el ingreso total mensual de hogar y la condición de actividad del jefe del hogar.

Bloque individual

Este bloque se administra al individuo seleccionado de 18 años o más. Indaga acerca de las siguientes temáticas:

- Salud general

En esta sección se releva el estado de salud general (pregunta extraída del cuestionario de calidad de vida SF-36) e indicadores de calidad de vida sobre cinco perfiles: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión (versión validada para Argentina del cuestionario Euroqol-5D).

- Actividad física

En este módulo se indaga sobre la actividad física intensa, moderada y caminata durante la semana anterior a la entrevista y también la cantidad de horas sentado por día. Estas preguntas son las incluidas en el cuestionario International

Physical Activity Questionnaire (IPAQ) y permiten discriminar a la población en inactivos y activos.

Además, se relevó el motivo principal por el que no practicó actividad física, el motivo principal por el que no practicó más actividad física que la que realizó y si la actividad física realizada formó parte de la actividad doméstica, la actividad laboral, el desplazamiento o la intención de mejorar la condición física.

- Acceso a la atención médica

Se indagó sobre la consulta a profesionales de la salud y ocurrencia de problemas de salud en los últimos 30 días previos a la entrevista, interrupción de actividades habituales por problemas de salud y los motivos por los que no consultó en caso de no hacerlo, buscando información para determinar las barreras a la accesibilidad.

- Tabaco

En esta sección se relevó la prevalencia de fumadores actuales y ex fumadores, la edad de inicio, la cantidad de cigarrillos por día consumidos por parte de los fumadores, la cantidad de días en los que los fumadores no diarios fumaron en los 30 días anteriores a la entrevista, los intentos y la intención de dejar de fumar, la exposición al humo de tabaco ajeno en diferentes lugares cerrados, la advertencia de publicidad en puntos de venta, la advertencia de frases o imágenes sobre el riesgo de fumar en paquetes de cigarrillos y la intención de dejar de fumar por haber visto esas frases o imágenes.

- Presión arterial

Se indagó sobre la medición de presión arterial por parte de un profesional de la salud, el tiempo transcurrido desde la última toma, la prevalencia de diagnóstico de presión arterial elevada por un profesional de la salud, el tratamiento recibido (medicamentos,

no farmacológico o ambos) y el lugar y las características de la atención donde se realizan los controles de salud relacionados con la hipertensión arterial.

- Peso corporal

Los aspectos relevados en este módulo fueron la indicación de bajar de peso por parte de un profesional de la salud, acciones para controlar el peso, última vez que se pesó y peso y altura autorreportados.

- Alimentación

En este apartado se indagó respecto del uso de sal durante la cocción y una vez cocidos o al sentarse a la mesa, la observación o no del contenido de sodio en los envases de los productos, la cantidad de días y porciones por día en una semana típica en las que el entrevistado come frutas y verduras.

- Colesterol

Se indagó sobre la realización de la medición de colesterol, el tiempo transcurrido desde la última medición, el diagnóstico de colesterol elevado por parte de un profesional de la salud y el tratamiento recibido.

- Consumo de alcohol

En este módulo se relevó el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (frecuencia, tipo y cantidad) y se indagó si el entrevistado condujo algún vehículo habiendo bebido alcohol en los 30 días anteriores a la entrevista.

- Diabetes

Siguiendo la misma línea que la sección de presión arterial, se indagó sobre la medición de glucemia por parte de un profesional de la salud, el tiempo transcurrido desde la última medición, el diagnóstico de diabetes por un profesional de la salud, la ocurrencia del mismo durante el embarazo, el

tratamiento recibido (medicamentos, no farmacológico o ambos) y el lugar y las características de la atención donde se realizan los controles de salud relacionados con la diabetes.

- Seguridad vial

En esta sección se relevó el uso de cinturón de seguridad al viajar en auto y el uso de casco al viajar en bicicleta y/o en moto.

- Prácticas preventivas

Para las mujeres, se relevó la realización de mamografía y Papanicolaou y el tiempo transcurrido desde el último estudio realizado.

- Afecciones crónicas

Se indagó sobre el diagnóstico de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad renal alguna vez en la vida.

- Vacunación

En esta sección de indagó sobre la aplicación en los últimos 5 años de las siguientes vacunas: antitetánica, influenza, neumococo, hepatitis B y vacuna triple bacteriana. Además, se consultó respecto de la advertencia en los últimos 12 meses de información sobre vacunas en medios de comunicación y respecto de si un profesional de la salud brindó al entrevistado información sobre vacunas.

- Prevención de cáncer colorrectal

Para las personas de 50 años o más, se relevó la realización de estudios de prueba de sangre oculta en materia fecal, colonoscopia y radiografía de colon por enema y el tiempo transcurrido desde el último estudio.

Presentación de datos

A partir de las preguntas recabadas se construyeron indicadores que aportaron información de interés sobre los factores de riesgo de ENT de la población de estudio. Estos indicadores se construyeron de la misma manera que en ediciones anteriores de esta encuesta permitiendo su comparación.

Cada indicador fue estimado para la población total y según sexo, grupo de edad, nivel de instrucción, ingreso total del hogar por unidad de consumo, jurisdicción y región.

Se calcularon también intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para cada indicador considerando el diseño de muestra.

Al analizar las estimaciones provenientes de una muestra se debe tener presente que las mismas están afectadas por el llamado error muestral y que es importante conocer, aproximadamente, la magnitud de esos errores. Una medida de los mismos está dada por el desvío estándar (DS), llamado también error muestral, que se define como la raíz cuadrada de la varianza del estimador.

Con el desvío estándar el usuario puede construir un intervalo numérico que tiene una cierta confianza, medida en términos de probabilidad, de contener el valor verdadero que se desea estimar.

La teoría del muestreo indica que, con una confianza del 95%, el intervalo comprendido entre la estimación menos 1,96 veces el desvío estándar y la estimación más 1,96 veces el desvío estándar contiene el valor verdadero que se desea estimar. Es por eso que a este intervalo se lo denomina “intervalo de confianza del 95%” (IC 95%).

Para evaluar si las diferencias observadas en los indicadores de dos subgrupos de la muestra son estadísticamente

significativas se utilizaron los IC 95%. Si estos no se solapan, se puede decir, con un nivel de certeza elevado, que lo observado en la muestra representa verdaderas diferencias en la población. Por el contrario, si los IC 95% se solapan, se considera que no hay evidencia para afirmar que los subgrupos comparados son diferentes.

Para el cálculo de errores muestrales se utilizó el módulo Muestras Complejas del *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Este paquete permite, a través de un archivo de plan que contiene las características del diseño de la muestra, obtener una estimación de los errores de muestreo.

Imputación de las variables de ingreso

La imputación consiste en reemplazar un valor faltante (*missing*) por un valor válido.

La variable *monto de ingresos* se imputa con el método *hot-deck* jerárquico. El procedimiento consiste en imputar el valor faltante con un valor de otro registro que comparte características con el imputado. La selección del donante se realiza de manera aleatoria dentro de cada estrato, para lo cual se eligen variables 'explicativas' asociadas con la variable a imputar.

La imputación se realiza en niveles, ya que en el primer conjunto de variables 'explicativas' pueden quedar estratos sin donantes, por lo tanto valores sin imputar. En este caso, se van reduciendo las cantidades de variables 'explicativas', o sus categorías para lograr imputar todos los valores.

Serán donantes aquellos registros que tienen un monto total mensual del hogar que no es igual a nulo.

La imputación se realiza en dos etapas. En primer lugar, se imputan aquellos registros sin datos en la variable en la que se releva el monto, pero con respuesta en la variable del rango de ingresos. Luego,

se imputan los valores que no tienen datos en ninguna de las dos variables.

Primera etapa

El primer nivel de clasificación utiliza las siguientes variables: rango de ingresos; región; aglomerado; componentes del hogar recategorizada en 5 valores (1 miembro, 2 miembros, 3 miembros, 4 miembros y 5 miembros o más); nivel de instrucción del jefe de hogar; sexo del jefe de hogar; condición de actividad del jefe de hogar; rango de edad del jefe de hogar y tipo de vivienda.

En el segundo nivel, las variables de clasificación son: rango de ingresos, región, aglomerado, cantidad de componentes recategorizada, nivel de instrucción del jefe de hogar, sexo del jefe de hogar, condición de actividad del jefe de hogar, rango de edad del jefe de hogar.

Las variables que se tienen en cuenta para la clasificación del tercer nivel son: rango de ingreso; región recategorizada, donde se tiene por un lado GBA, región Patagónica y las cuatro restantes agrupadas en una categoría; cantidad de componentes recategorizada; nivel de instrucción del jefe de hogar y sexo del jefe de hogar.

El cuarto nivel, que logra imputar todos los registros faltantes, se compone de las siguientes variables: rango de ingreso; región recategorizada y cantidad de componentes del hogar recategorizada.

Segunda etapa

Luego de haber imputado los registros que no tienen datos en el monto exacto de ingreso total mensual del hogar, pero sí en el rango, quedan por imputar los casos en donde no se tiene ninguna de estas dos informaciones. La imputación se realiza en tres niveles de clasificación.

El primer nivel de clasificación se compone por: región, aglomerado, cantidad de componentes del hogar recategorizada, nivel de instrucción del jefe de hogar, sexo del jefe de hogar,

condición de actividad del jefe de hogar, rango de edad del jefe de hogar y tipo de vivienda.

Como segundo nivel, se utilizan las siguientes variables: región, aglomerado, cantidad de componentes del hogar recategorizada, nivel de instrucción del jefe de hogar, sexo del jefe de hogar, condición de actividad del jefe de hogar y rango de edad del jefe de hogar.

Finalmente, se logran imputar la totalidad de los casos utilizando las siguientes variables: región recategorizada, cantidad de componentes recategorizada, nivel de instrucción del jefe de hogar y sexo del jefe de hogar.

Ingreso por unidad de consumo

La medición de los ingresos monetarios de las personas y los hogares en las encuestas de condiciones de vida cumple un destacado rol en tanto permite una aproximación indirecta a los presumibles niveles de bienestar alcanzados, dado el rol de los ingresos como medio de adquisición de bienes y servicios. A pesar de la indiscutible utilidad de los ingresos monetarios como *proxy* del bienestar, y sin pretensión de ser exhaustivos, es necesario tener en cuenta algunas limitaciones.

En primer término, en las encuestas a hogares existe una marcada tendencia a la subdeclaración de los ingresos (por olvidos, omisiones o voluntariamente, algunos hogares declaran menos ingresos que los que realmente tienen). Esta problemática, de orden mundial, ha sido profundamente señalada para la Argentina (3) (4) (5) (6).

En segundo lugar, se señala que el bienestar material no se reduce a la medición de la capacidad de compra en el mercado de bienes y servicios. Si solo los ingresos monetarios dan cuenta del bienestar, quedan implícitamente excluidos como satisfactores los bienes y servicios provistos a través de la distribución secundaria de ingresos: educación, salud, y otros bienes como alimentos, computadoras, etc.

Finalmente y como reflexión central de la alternativa metodológica que se presenta se ubica la cuestión de las economías de escala. Se cita Mancero: “La medición económica del “bienestar” suele realizarse sobre la base de considerar el ingreso (o el consumo) del hogar como indicador del nivel de vida. Una posibilidad es utilizar el ingreso total, pero este no toma en cuenta el tamaño o ni la composición del hogar. En tal caso, dos hogares con el mismo ingreso tendrán igual nivel de bienestar, aunque uno estuviera conformado por dos personas y el otro por seis.” (7).

Es decir que las necesidades de un hogar crecen con cada miembro adicional pero, debido a las economías de escala en el consumo, no lo hacen de manera proporcional. Una forma de ajustar las diferencias en el tamaño de los hogares podría ser simplemente dividir el ingreso por la cantidad de miembros del hogar, de modo que la medida se presente per cápita. Sin embargo, esto supone que todas las personas tienen las mismas necesidades de recursos y que no existen economías de escala derivadas de la convivencia (8).

Con el objetivo de reconocer las diferencias en las necesidades de los individuos y de las economías que se derivan de los recursos compartidos, se han desarrollado escalas de equivalencia. El concepto de escalas de equivalencia agrupa el ya mencionado elemento de las economías de escala con la “equivalencia por unidad de consumidor”, que considera las diferentes necesidades entre miembros del hogar expresadas en términos de un miembro referencial. En la Argentina ha sido muy utilizado, además del ingreso per cápita, el ingreso según Unidad Adulto Equivalente, que está basada en requerimientos kilocalóricos (9).

Las unidades de consumo se calculan utilizando lo que se llama una escala de equivalencia. Existen múltiples opciones para la elección de las escalas de equivalencia (10). Para la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 se calculó el ingreso total del hogar por

unidad consumidora siguiendo el criterio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (8), es decir utilizando la escala de equivalencia igual a la raíz cuadrada de la cantidad de miembros del hogar. Posteriormente, para su análisis, los hogares fueron

agrupados en quintiles según los ingresos por unidad consumidora.

Se presenta a continuación un cuadro con información relativa al indicador “ingreso total del hogar por unidad de consumo” de la ENFR 2013.

	Ingresos por unidad de consumo del hogar		Hogares en miles		Personas en miles		Ingresos en miles de pesos		Ingresos por unidad de consumo del hogar
	Mínimo	Máximo	Suma	% del N de la tabla	Suma	% de la suma de tabla	Suma	% de la suma de tabla	Media
Grupo según quintil	1	1.768	2.350	20,0	9.491	25,8	5.478.337	7,2	1.217
	2	2.646	2.350	20,0	7.678	20,9	8.955.074	11,8	2.220
	3	3.753	2.350	20,0	7.259	19,8	12.663.439	16,7	3.180
	4	5.750	2.350	20,0	6.576	17,9	17.447.260	23,0	4.616
	5	80.000	2.350	20,0	5.742	15,6	31.414.813	41,4	8.995
Hogares con ingresos	41	80.000	11.749	99,7	36.747	99,8	75.958.923	100	4.046
Hogares sin ingresos	0	0	40	0,3	66	0,2	0	0	0

Referencias

- Huang, E.T y Fuller, W.A (1978). Nonnegative Regression Estimation for Sample Survey. *Proceedings of the Social Statistics Section*, American Statistical Association, 300-305.
- Jayasuriya, B, y Valliant, R. (1996). An Application of Restricted Regression Estimation in a Household Survey. *Survey Methodology*, Vol. 22, 127-137.
- Salvia A. y Donza E. Problemas de medición y sesgos de estimación derivados de la no respuesta a las preguntas de ingresos en la EPH (1990-1998). *Rev. Estudios del Trabajo*, N°. 18, AST, 1999.
- Camelo H. Subdeclaración de ingresos medios en las encuestas de hogares, según quintiles de hogares y fuentes de ingreso. 2do Taller Regional Medición de ingreso en las encuestas de hogares. MECOVI, Buenos Aires, 1998.
- Beccaria L. y Minujin A. Sobre la medición de la pobreza: enseñanzas a partir de la experiencia argentina. UNICEF, Buenos Aires, 1991.
- Llach J.J. y Montoya S. En pos de la equidad. La pobreza y la distribución del ingreso en el área Metropolitana de Buenos Aires: diagnóstico y alternativas de políticas. Buenos Aires, IERAL, 1999.
- Mancero, X. Escalas de equivalencia: reseña de conceptos y métodos. Santiago de Chile, CEPAL, 2001.
- OCDE, "OECD Framework for Statistics on the Distribution of Household Income, Consumption and Wealth", 2013. Disponible en <http://www.oecd.org/statistics/OECD-ICW-Framework-Chapter8.pdf>
- Minujin, A. y Scharf, A. Estructura del hogar y línea de pobreza: Algunas consideraciones en el empleo del concepto del adulto equivalente. Trabajo N° 8. INDEC/IPA. 1988.
- Buhmann B., et al. "Equivalence Scales, Well - Being, Inequality, and Poverty: Sensitivity Estimates across Ten Countries Using the Luxembourg Income Study (LIS) Database." *Review of income and wealth* 34.2, 1988.

Capítulo 3

Aspectos sociodemográficos

Introducción

Los aspectos sociodemográficos constituyen determinantes de relevancia en la incidencia y evolución de las enfermedades no transmisibles. La evolución de las ENT ha sido más desfavorable en sectores económicamente vulnerables; las personas con menores recursos tienen más probabilidad de estar expuestas a factores de riesgo de ENT as como un menor acceso a los servicios de salud (1). En nuestro país, se han descrito inequidades sociales en relación con la prevalencia y evolución de actividad física, obesidad, consumo de tabaco y diabetes (2) (3) (4).

Es por ello que resulta de especial interés conocer la distribución de los factores de riesgo tanto en relación con variables demográficas como sexo, grupos de edad y jurisdicciones como también relacionarlos con aspectos socioeconómicos como cobertura de salud, nivel educativo y quintil de ingreso total del hogar por unidad consumidora. Contar con estos datos permite diseñar intervenciones de mayor especificidad y efectividad en términos de políticas públicas.

Si bien el objetivo de esta encuesta no es evaluar en detalle estos aspectos -dado que existen encuestas específicas para este fin- la información que aportan tiene una utilidad significativa para determinar subgrupos de mayor incidencia.

En este capítulo se describen las características sociodemográficas de la población bajo estudio.

Métodos

Como se mencionó anteriormente, de cada componente del hogar se recogieron datos de sexo, edad, nivel educativo y cobertura de salud. En relación con la vivienda se relevó el tipo de vivienda, sus características -materiales, servicios de gas, agua y cloacas- y la disponibilidad de habitaciones de uso exclusivo y baño. Asimismo, se relevó el ingreso total mensual del hogar, la condición de actividad -ocupación, desocupación o inactividad- y la cantidad de horas trabajadas del jefe de hogar y de la persona seleccionada.

Estos aspectos fueron evaluados en conjunto con los indicadores de presencia de factores de riesgo, a fin de caracterizar a la población que pudiera constituirse en objetivo de intervenciones. Tanto las preguntas de esta encuesta como el cálculo de indicadores se adaptaron para la ENFR utilizando las preguntas y definiciones del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares del INDEC.

La edad se categorizó en los siguientes grupos: 18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 49 años, 50 a 64 años, 65 años y más. Para el nivel educativo se realizó una categorización en los siguientes niveles: sin instrucción, primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario/universitario incompleto, terciario/universitario completo y educación especial. Luego, para fines analíticos se reagrupó en tres categorías: hasta primario incompleto (incluyendo educación especial), primario completo

y secundario incompleto y secundario completo y más.

Para la caracterización de los hogares según el ingreso total mensual, se construyeron quintiles de ingreso por unidad de consumo, agregándolos en cinco grupos (para más información sobre la metodología utilizada, ver el capítulo 2. Aspectos metodológicos).

Para evaluar la relación con otras encuestas nacionales se compararon las estimaciones de ingresos y nivel educativo con la información arrojada por la Encuesta Permanente de Hogares para el mismo período, observándose resultados comparables.

Resultados

Para el total país, la distribución de los habitantes por jurisdicción concentra a la mayoría de la población en la provincia de Buenos Aires, con un 42,3%; un 8,8% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; un 8,3% en Córdoba y un 7,9% en Santa Fe. Entre las jurisdicciones menos pobladas se encuentran Tierra del Fuego con un 0,4%; La Pampa con un 0,6% y Santa Cruz, La Rioja y Catamarca con un 0,7% de la población total. Observado por regiones, Pampeana y GBA es la más significativa, concentrando a un 70,8% de la población, mientras que la región Patagónica representa solo un 5,2% del total país en cuanto a la cantidad de habitantes (Tabla 3.1).

La distribución por sexo para el conjunto de la población estudiada es de un 47,4% de varones y un 52,6% de mujeres. Para los grupos de edad definidos se observa un 16,5% de jóvenes (18 a 24 años), un 21,9% de adultos menores (25 a 34 años), un 26,6% de adultos de 35 a 49 años, un 19,8% adultos de 50 a 64 años y un 15,8% de personas de 65 años y más (Tabla 3.2).

A nivel nacional, los porcentajes de población por nivel educativo son los siguientes: hasta primario incompleto,

9,9%; primario completo y secundario incompleto, 38,3%; y un 51,9% que completa el nivel secundario o más. En relación a la cobertura de salud, un 69,5% manifestó contar con obra social o prepaga mientras que un 29,1% solo posee la cobertura pública. Por último, en relación a los quintiles de ingreso del hogar por unidad consumidora, un 25,8% del total de la población pertenece al primer quintil –el más bajo–; un 20,9% al segundo, un 19,8% al tercero, un 17,9% al cuarto y un 15,6% al quinto, el quintil más alto en la distribución de ingresos en la población total (Tabla 3.2).

Conclusiones

Las estimaciones de las distintas variables sociodemográficas y socioeconómicas son consistentes con los datos obtenidos de otras encuestas a hogares. Esta caracterización es una importante herramienta al momento de realizar comparaciones por subgrupos de población, detectando a los que presentan un mayor perfil de riesgo que amerite acciones diferenciadas.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta las distribuciones de las variables de caracterización como el nivel educativo y los grupos de edad a la hora de analizar e interpretar los resultados que se presentan, dado que por ejemplo un alto porcentaje de la población de menor nivel educativo tiene 65 años y más.

Un análisis más detallado que evalúe las asociaciones entre características sociodemográficas y la ocurrencia de factores de riesgo podrá considerar el potencial efecto confundidor de diferencias en las distribuciones de edad y sexo en la asociación de algunas variables con los factores de riesgo (por ejemplo ingreso). Sin embargo, un análisis de esta profundidad excede los objetivos de este informe.

Referencias

1. Abegunde, et al "the burden and costs of chronic disease in low and middle income countries".2007
2. Linetzky B, De Maio F, Ferrante D, Konfino J, Boissonnet C. Sex-stratified socio-economic gradients in physical inactivity, obesity, and diabetes: evidence of short-term changes in Argentina. *Int J Public Health*. 2013 Apr;58(2):277-84. PubMed PMID: 22615030.
3. Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, De Maio F. Socioeconomic gradients in chronic disease risk factors in middle-income countries: evidence of effect modification by urbanicity in Argentina. *Am J Public Health* 2011 Feb;101(2):294-301 PubMed PMID: 21164095 Epub 2010/12/18 eng. . 2011.
4. Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, Lantz PM. Socioeconomic patterning in tobacco use in Argentina. *Nicotine Tob Res*. 2005;Oct;13(10):894-902. PubMed PMID: 21622491. Pubmed Central PMCID: 3179667. Epub 2011/05/31. eng.

Tabla 3.1. Distribución de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013		
	% (IC 95%)	Ponderado	Muestral
Provincias y regiones			
Total	100,0 (100,0 - 100,0)	25.777.587	32.365
Ciudad de Buenos Aires	8,8 (8,0 - 9,7)	2.271.974	754
Buenos Aires	42,3 (39,9 - 44,8)	10.909.519	5.194
Córdoba	8,3 (6,5 - 10,4)	2.128.422	2.036
Entre Ríos	2,9 (2,1 - 3,8)	739.050	1.382
La Pampa	0,6 (0,5 - 0,8)	163.092	1.027
Santa Fe	7,9 (6,6 - 9,3)	2.029.197	2.087
Pampeana y GBA	70,8 (68,9 - 72,5)	18.241.254	12.480
Catamarca	0,7 (0,6 - 0,8)	179.289	858
Jujuy	1,5 (1,2 - 1,9)	385.940	1.005
La Rioja	0,7 (0,6 - 0,9)	187.944	1.048
Salta	2,7 (2,2 - 3,3)	696.603	1.250
Santiago del Estero	1,5 (1,1 - 2,0)	385.185	1.053
Tucumán	3,1 (2,4 - 4,0)	804.405	1.370
Noroeste	10,2 (9,2 - 11,4)	2.639.366	6.584
Corrientes	2,2 (1,6 - 2,8)	554.584	1.105
Chaco	2,2 (1,7 - 2,8)	568.349	893
Formosa	1,0 (0,8 - 1,2)	248.222	1.091
Misiones	2,0 (1,4 - 2,9)	521.053	925
Noreste	7,3 (6,3 - 8,5)	1.892.208	4.014
Chubut	1,3 (1,1 - 1,6)	335.593	1.382
Neuquén	1,3 (1,1 - 1,7)	346.865	915
Río Negro	1,5 (1,3 - 1,7)	384.326	1.673
Santa Cruz	0,7 (0,5 - 1,0)	183.769	970
Tierra del Fuego	0,4 (0,3 - 0,4)	94.284	1.008
Patagónica	5,2 (4,7 - 5,8)	1.344.837	5.948
Mendoza	3,9 (3,3 - 4,5)	1.001.653	1.312
San Juan	1,5 (1,4 - 1,7)	392.876	984
San Luis	1,0 (0,9 - 1,2)	265.393	1.043
Cuyo	6,4 (5,8 - 7,1)	1.659.922	3.339

Fuente: 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 3.2. Características sociodemográficas de la población de 18 años y más. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013	Ponderado	Muestral
	% (IC 95%)		
Total	100,0 (100,0 - 100,0)	25.777.587	32.365
Sexo			
Varón	47,4 (46,2 - 48,6)	12.227.013	14.317
Mujer	52,6 (51,4 - 53,8)	13.550.574	18.048
Grupo de edad			
18 a 24	16,5 (15,7 - 17,5)	4.265.308	4.341
25 a 34	21,9 (21,0 - 22,8)	5.646.258	7.028
35 a 49	26,6 (25,7 - 27,5)	6.851.520	9.013
50 a 64	19,8 (18,9 - 20,7)	5.109.447	6.607
65 y más	15,1 (14,3 - 16,0)	3.905.054	5.376
Nivel educativo			
Hasta primario incompleto	9,9 (9,2 - 10,6)	2.542.391	3.561
Primario completo y secundario incompleto	38,3 (37,1 - 39,5)	9.865.378	12.287
Secundario completo y más	51,9 (50,5 - 53,2)	13.369.818	16.517
Cobertura de salud			
Con obra social o prepaga	69,5 (68,3 - 70,7)	17.918.515	22.789
Cobertura sólo pública	29,1 (28,0 - 30,3)	7.506.142	9.274
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora			
1	21,4 (20,3 - 22,5)	5.496.574	7.121
2	20,1 (19,2 - 20,9)	5.158.037	6.292
3	20,6 (19,6 - 21,7)	5.311.522	6.246
4	19,3 (18,4 - 20,2)	4.952.615	5.936
5	18,7 (17,8 - 19,6)	4.806.575	6.669
Perdidos		52.264	101

Capítulo 4

Salud general y calidad de vida

Introducción

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) refiere a los efectos de una condición médica y/o de su tratamiento en la vida de las personas (1). Se trata de un concepto amplio y multidimensional que puede proporcionar información sobre la salud de las personas más allá de los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad. Esencialmente, incorpora la percepción del individuo como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, e incluye generalmente medidas autorreportadas de salud física y mental.

La medición de la CVRS puede ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas en el cuidado de la salud. Por un lado, permite evaluar de qué manera las enfermedades (en general crónicas) y sus tratamientos impactan en la vida cotidiana de las personas y, asimismo, identificar poblaciones vulnerables. Es también útil para estimar la carga de una enfermedad en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC). Además, proporciona información para realizar estudios de efectividad, eficacia, riesgo, evaluación económica y/o como indicador de calidad de atención médica (2) (3) (4).

La vigilancia de la CVRS a través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo resulta relevante para monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas públicas y focalizar los recursos con relación a las necesidades, a través de medidas de resultado más amplias que los indicadores de salud comúnmente utilizados.

Métodos

En este capítulo se analizaron indicadores sobre salud general y calidad de vida. El primer indicador que se evaluó fue el porcentaje de personas que refirió que su salud general era regular o mala. El mismo se construyó a partir de una pregunta de escala actitudinal de tipo Likert de autoevaluación del estado de salud general proveniente del cuestionario SF-36, un instrumento multipropósito, validado, disponible en español y ampliamente utilizado (5).

En segundo lugar, la calidad de vida se evaluó utilizando el cuestionario EQ-5D validado en Argentina (6). Se trata de un instrumento estandarizado que evalúa cinco dimensiones de la salud (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Cada una de ellas, a su vez, es relevada por una pregunta específica con tres niveles de respuesta: sin problemas, algún problema y severos problemas (7). Para la construcción de los indicadores utilizados en esta encuesta se agruparon los niveles de respuesta: ningún problema (aquellos que contestaron “sin problemas”) y algún problema (aquellos que contestaron tener “algún problema” o “ser incapaces”). De esta manera quedaron definidos los siguientes indicadores: algún problema de movilidad, algún problema en el cuidado personal, algún problema para realizar las actividades cotidianas, porcentaje de personas que refirió dolor/malestar y porcentaje de personas que refirió ansiedad/depresión.

Resultados

El 21,2% de la población refirió que su salud general era mala o regular, porcentaje que aumentó con respecto a la 2° ENFR (19,2%) (Tabla 4.1).

Se observaron variaciones según sexo, edad, nivel educativo y de ingresos. El porcentaje de mujeres que contestaron que su salud era mala o regular fue del 23,9%, mientras que los varones lo refirieron en un 18,3%. Asimismo, este indicador fue 5,5 veces mayor en personas de 65 años o más (42,1%) que en aquellos de 18 a 24 años (7,7%) y 3,8 veces mayor en personas con hasta primario incompleto (45,9%) en comparación con los que terminaron estudios secundarios o más (12,2%). Asimismo, la prevalencia de salud regular o mala fue 2,7 veces mayor en el primer quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora (29,7%) respecto del quinto (11,0%) (Tabla 4.2).

En cuanto a los indicadores de calidad de vida, se observó una disminución en el porcentaje de personas que refirieron estar ansiosas o deprimidas (2° ENFR 2009: 19,3%; 3° ENFR 2013: 16,3%) y aquellas con dolor o malestar (2° ENFR 2009: 30,1%; 3° ENFR 2013: 24,1%). El resto de los indicadores se mantuvo estable con respecto a ediciones anteriores (algún problema en la movilidad: 11%; algún problema en el cuidado personal: 2,5%; algún problema en la realización de actividades cotidianas: 7,1%) (Tabla 4.3).

Todos los indicadores de deterioro de CVRS fueron más frecuentes en mujeres (excepto problemas en el cuidado personal), en personas de mayor edad (excepto ansiedad/depresión que aumentó desde los 35 años), en aquellas con menor nivel educativo y en aquellos con menor nivel de ingresos. Así, por ejemplo, la prevalencia de dolor o malestar fue 10 puntos porcentuales mayor en mujeres (28,7%) que en varones (19%), 34 puntos mayor en personas de 65 años o más (44,2%) que en aquellos de 18 a 24 años (10,5%) y 21 puntos más

elevada en personas con hasta primario incompleto (39,3%) que entre aquellos con secundario completo o más (18,5%). La diferencia de este indicador entre el primer y último quintil de hogares según ingreso total por unidad consumidora fue de 7,9 puntos porcentuales (26,5% primer quintil vs. 18,6% último quintil) (Tabla 4.4).

Discusión

Dos de cada diez adultos refirieron que su salud general era mala o regular aumentando respecto de la segunda edición de la ENFR. Los indicadores referentes a ansiedad/depresión y dolor/malestar disminuyeron desde la última encuesta realizada en el 2009. Se evidenció, además que las mujeres, las personas de mayor edad y aquellas con menor nivel educativo y de ingresos fueron las más vulnerables.

Como se mencionó, los resultados de esta encuesta evidenciaron que las personas con menor nivel educativo tenían peor calidad de vida que aquellos con un nivel de instrucción más avanzado. Parte de esta asociación está explicada por el hecho de que la mayoría de las personas con primario incompleto tenían más de 65 años. Asimismo, estudios previos han indicado que diversos factores influyen en la calidad de vida de los adultos mayores. Entre ellos se han descrito el nivel educativo, la fuente de ingresos, la edad en sí misma, la presencia de comorbilidades, el entorno físico y social, el soporte emocional, y la realización de actividades relacionadas con hábitos saludables (8) (9) (10).

El Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores, promueve, mediante un trabajo transversal e intersectorial, mantener y/o mejorar la autonomía, la funcionalidad y la independencia de este grupo etario. Entre los objetivos del programa se incluyen la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la atención integral de los mayores de

60 años, la capacitación de recursos humanos en la temática, la sensibilización de la población general y abogacía para su priorización en la agenda pública y para la mejora en la accesibilidad al sistema de salud (11).

Dada la concepción de salud adscripta, se entiende que la CVRS implica no sólo el bienestar físico sino también el mental. En consonancia con esto, desde el año 2010, a partir de la sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Argentina define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones –autoridad de aplicación de la Ley 26.657- dirige sus acciones hacia el abordaje territorial como herramienta primordial tanto para la planificación como para la puesta en marcha de políticas de salud integrales, recuperando

los saberes de las personas para construir estrategias de desarrollo local que profundicen la organización comunitaria y la capacidad local para gestionar (12).

Por último, cabe señalar que el 8 de octubre de 2013 se presentó el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado mediante Resolución Ministerial 2177/2013. Se trata de una herramienta de gestión que, luego de consultas y debates con diversos actores institucionales y sociales, y a partir de la detección y priorización de los desafíos en el área, propone una serie de acciones y metas de trabajo para asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimientos mentales.

En conclusión, la evaluación de la CVRS puede ser útil para direccionar políticas públicas en base a indicadores que incluyen no sólo información de morbilidad, sino también la percepción de los individuos sobre el propio estado de salud.

Referencias

1. Health related-of-life evaluation in HIV-infected patients. DeBoer, JB, Van Dam, FS y Sprangers, MAG. 8, 1995, Pharmacoeconomics, p gs. 291-304.
2. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Alfonzo, Urz a. 2010, Rev Med Chile , Vol. 138, p gs. 358-365.
3. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Laura, Schwartzmann. 2, 2003, Ciencia y Enfermería , Vol. 9, p gs. 9-21.
4. Nuevos indicadores clínicos. la calidad de vida relacionada con la salud. Consiglio, Ezequiel y Bellosos, Waldo H. 2003, MEDICINA (Buenos Aires), Vol. 63, p gs. 172-178.
5. SF-36.org. SF-36 Health Survey Update. [acceso: 25 de noviembre de 2014.] <http://www.sf-36.org/>.
6. Argentine Valuation of the EQ-5D Health States. Augustovski, Federico Ariel, y otros. 4, 06 de 2009, Value Health, Vol. 12.
7. EuroQol. EQ-5D. [acceso: 25 de noviembre de 2014.] <http://www.euroqol.org/home.html>.
8. Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. Levasseur, M, St-Cyr Tribble, D y Desrosiers, J. 2, 2009, Arch Gerontol Geriatr., Vol. 49, p gs. 91-100.
9. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. Paskulin, LM y Molzahn, A. 1, 2007, West J Nurs Res., Vol. 29, p gs.10-26.
10. Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. Low, G y Molzahn, AE. 2, 2007, Res Nurs Health, Vol. 30, p gs. 141-50.
11. Nación, Ministerio de Salud de la. ProNEAS. [acceso: 03 de diciembre de 2014.] <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/proneas>.
12. Ministerio de Salud de la Nación. [acceso: 03 de diciembre de 2014.] www.msal.gov.ar/saludmental.

Tabla 4.1. Salud general regular o mala de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	19,9 (19,0 - 20,9)	19,2 (18,5 - 20,0)	21,2 (20,4 - 22,2)
Ciudad de Buenos Aires	15,3 (13,3 - 17,5)	14,9 (11,8 - 18,5)	14,5 (11,9 - 17,4)
Buenos Aires	18,5 (16,7 - 20,4)	19,6 (18,3 - 20,9)	23,3 (21,5 - 25,1)
Córdoba	21,9 (19,1 - 24,9)	16,2 (14,2 - 18,4)	20,7 (17,7 - 24,1)
Entre Ríos	19,6 (16,9 - 22,6)	16,4 (13,5 - 19,8)	19,7 (17,8 - 21,7)
La Pampa	14,2 (12,5 - 16,1)	15,1 (12,7 - 17,9)	14,0 (11,9 - 16,4)
Santa Fe	18,3 (16,4 - 20,4)	14,8 (13,0 - 16,8)	15,0 (13,4 - 16,7)
Pampeana y GBA	18,4 (17,2 - 19,6)	17,8 (16,9 - 18,8)	20,7 (19,6 - 22,0)
Catamarca	23,8 (20,5 - 27,4)	25,6 (23,2 - 28,2)	25,6 (21,3 - 30,3)
Jujuy	35,8 (30,6 - 41,3)	26,7 (23,7 - 29,8)	31,1 (28,2 - 34,2)
La Rioja	25,2 (22,6 - 28,1)	20,3 (16,6 - 24,5)	27,2 (23,7 - 31,1)
Salta	29,2 (26,1 - 32,5)	25,8 (23,3 - 28,5)	26,1 (22,5 - 30,0)
Santiago del Estero	26,6 (23,4 - 30,1)	26,5 (23,7 - 29,6)	22,7 (19,4 - 26,5)
Tucumán	27,6 (24,8 - 30,6)	24,3 (21,8 - 27,0)	24,5 (21,2 - 28,1)
Noroeste	28,6 (27,1 - 30,2)	25,2 (23,9 - 26,4)	25,9 (24,3 - 27,5)
Corrientes	20,8 (19,2 - 22,4)	20,6 (17,6 - 24,0)	21,1 (18,1 - 24,3)
Chaco	20,6 (16,7 - 25,1)	23,4 (19,0 - 28,3)	23,7 (20,1 - 27,8)
Formosa	29,3 (26,0 - 32,9)	27,8 (25,0 - 30,8)	25,7 (21,6 - 30,4)
Misiones	23,6 (20,7 - 26,9)	25,8 (21,9 - 30,0)	25,8 (21,3 - 30,8)
Noreste	22,6 (21,2 - 24,1)	23,8 (21,8 - 25,9)	23,8 (21,8 - 25,9)
Chubut	16,1 (12,3 - 20,6)	12,8 (10,6 - 15,4)	17,0 (14,6 - 19,6)
Neuquén	23,9 (19,5 - 28,9)	21,6 (17,9 - 26,0)	20,2 (17,6 - 23,0)
Río Negro	22,3 (19,8 - 25,0)	20,5 (17,2 - 24,3)	20,8 (18,2 - 23,7)
Santa Cruz	20,9 (19,2 - 22,8)	15,3 (13,2 - 17,7)	16,0 (13,5 - 19,0)
Tierra del Fuego	16,5 (13,7 - 19,7)	13,9 (11,8 - 16,3)	13,9 (11,4 - 16,7)
Patagónica	20,6 (17,9 - 23,7)	17,9 (16,3 - 19,6)	18,6 (17,2 - 19,9)
Mendoza	17,7 (14,9 - 20,9)	19,8 (17,7 - 22,1)	16,5 (14,2 - 19,1)
San Juan	24,5 (21,7 - 27,6)	23,1 (20,4 - 26,0)	24,3 (21,0 - 27,8)
San Luis	23,6 (20,7 - 26,8)	24,4 (21,7 - 27,2)	18,4 (15,1 - 22,1)
Cuyo	20,3 (18,3 - 22,5)	21,4 (19,8 - 22,9)	18,6 (16,9 - 20,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 4.2. Salud general regular o mala de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	21,2 (20,4 - 22,2)
Sexo	
Varón	18,3 (17,1 - 19,6)
Mujer	23,9 (22,7 - 25,1)
Grupo de edad	
18 a 24	7,7 (6,3 - 9,4)
25 a 34	11,5 (10,1 - 13,2)
35 a 49	17,8 (16,2 - 19,5)
50 a 64	32,0 (30,0 - 34,1)
65 y más	42,1 (39,7 - 44,5)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	45,9 (42,4 - 49,4)
Primario completo y secundario incompleto	27,1 (25,4 - 28,8)
Secundario completo y más	12,2 (11,3 - 13,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	29,7 (27,6 - 32,0)
2	25,0 (22,9 - 27,2)
3	22,5 (20,4 - 24,6)
4	16,2 (14,5 - 18,1)
5	11,0 (9,7 - 12,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 4.3. Calidad de vida relacionada con la salud de la población de 18 años y más por tipo de problema. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total			
Algún problema en la movilidad	10,8 (10,1 - 11,5)	10,9 (10,4 - 11,5)	11,0 (10,3 - 11,7)
Algún problema en el cuidado personal	2,9 (2,5 - 3,4)	2,3 (2,1 - 2,5)	2,5 (2,2 - 2,8)
Algún problema en relación a las actividades cotidianas	8,0 (7,4 - 8,7)	7,4 (7,0 - 7,9)	7,1 (6,6 - 7,6)
Tiene dolor o malestar	30,9 (29,8 - 32,1)	30,1 (29,3 - 31,0)	24,1 (23,1 - 25,0)
Está ansioso o deprimido	22,8 (21,8 - 23,9)	19,3 (18,5 - 20,0)	16,3 (15,6 - 17,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 4.4. Calidad de vida relacionada con la salud de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora, según tipo de problema. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	Algún problema en la movilidad	Algún problema en el cuidado personal	Algún problema en relación a las actividades cotidianas	Tiene dolor o malestar	Está ansioso o deprimido
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	11,0 (10,3 - 11,7)	2,5 (2,2 - 2,8)	7,1 (6,6 - 7,6)	24,1 (23,1 - 25,0)	16,3 (15,6 - 17,1)
Sexo					
Varón	9,1 (8,1 - 10,1)	2,1 (1,7 - 2,5)	5,3 (4,6 - 6,1)	19,0 (17,8 - 20,2)	13,9 (12,9 - 15,0)
Mujer	12,7 (11,9 - 13,7)	2,8 (2,4 - 3,3)	8,7 (8,0 - 9,5)	28,7 (27,4 - 30,0)	18,5 (17,5 - 19,6)
Grupo de edad					
18 a 24	2,6 (1,9 - 3,7)	0,3 (0,2 - 0,6)	1,7 (1,1 - 2,5)	10,5 (8,9 - 12,3)	12,4 (10,4 - 14,7)
25 a 34	3,7 (2,8 - 4,7)	0,8 (0,5 - 1,3)	2,5 (1,9 - 3,3)	15,0 (13,4 - 16,8)	13,4 (12,0 - 15,1)
35 a 49	5,7 (4,8 - 6,6)	1,0 (0,8 - 1,4)	4,4 (3,7 - 5,3)	22,0 (20,3 - 23,7)	17,2 (15,7 - 18,8)
50 a 64	17,6 (15,9 - 19,4)	3,2 (2,5 - 4,0)	10,1 (8,9 - 11,5)	32,8 (30,7 - 35,0)	19,6 (17,8 - 21,5)
65 y más	31,5 (29,3 - 33,7)	8,9 (7,6 - 10,5)	20,4 (18,3 - 22,7)	44,2 (41,9 - 46,6)	19,1 (17,2 - 21,1)
Nivel educativo					
Hasta primario incompleto	24,8 (22,0 - 27,7)	6,4 (5,2 - 7,8)	17,5 (15,1 - 20,2)	39,3 (36,2 - 42,5)	20,5 (17,8 - 23,6)
Primario completo y secundario incompleto	13,8 (12,7 - 15,1)	3,2 (2,7 - 3,8)	8,3 (7,4 - 9,2)	27,6 (26,1 - 29,2)	17,6 (16,2 - 19,0)
Secundario completo y más	6,3 (5,6 - 7,0)	1,2 (0,9 - 1,5)	4,3 (3,7 - 4,9)	18,5 (17,4 - 19,7)	14,7 (13,6 - 15,7)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora					
1	12,7 (11,4 - 14,2)	2,8 (2,2 - 3,5)	8,9 (7,8 - 10,3)	26,5 (24,5 - 28,6)	18,4 (16,8 - 20,1)
2	12,0 (10,6 - 13,6)	2,9 (2,3 - 3,6)	8,3 (7,1 - 9,6)	27,0 (25,1 - 29,1)	17,5 (15,7 - 19,4)
3	13,4 (11,7 - 15,4)	3,0 (2,4 - 3,8)	7,7 (6,7 - 8,9)	25,3 (23,4 - 27,4)	16,2 (14,6 - 18,0)
4	9,0 (7,8 - 10,5)	2,1 (1,5 - 2,9)	6,0 (5,0 - 7,1)	22,1 (20,2 - 24,2)	15,5 (13,8 - 17,4)
5	7,1 (6,0 - 8,3)	1,4 (1,0 - 1,9)	4,0 (3,3 - 4,8)	18,6 (16,8 - 20,5)	13,4 (11,9 - 15,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 5

Actividad física

Introducción

La actividad física baja constituye un importante problema de salud, generando una elevada carga de enfermedad, discapacidad y muerte. Actualmente, se ubica en el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial (1) (2). Se estima que 5,3 millones del total de muertes que se produjeron en 2008 pueden atribuirse a la falta de actividad física; lo que representa el 9% de la carga mundial de muerte prematura (3). En Argentina se calcula que mueren cada año 39.000 personas de entre 40 y 79 años a causa de la inactividad física (4).

El desarrollo de hábitos poco saludables como la actividad física baja puede vincularse con los cambios socioculturales y del entorno que vienen desarrollándose durante los últimos años, como la creciente urbanización, el sostenido incremento del parque automotor y motovehicular, la prolongación de la jornada laboral, la utilización de computadoras en el lugar de trabajo y la aparición de tecnologías que produjeron nuevas formas de recreación y entretenimiento (5).

Existe suficiente evidencia sobre la efectividad de la actividad física en la prevención primaria y secundaria de muchas enfermedades (6). La realización en forma regular de actividad física disminuye la morbimortalidad mediante la reducción de la incidencia de enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular, enfermedad

coronaria, hipertensión, enfermedad vascular renal, enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, obesidad), locomotoras (osteopenia, osteoporosis) y algunos cánceres como el de colon y mama; también disminuye el riesgo de padecer depresión y suicidas (1) (7).

La promoción de la actividad física debe ser impulsada en las diferentes etapas de la vida, desde la temprana edad hasta la vejez, para fomentar estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de las personas (8) (9). Por ello, en este capítulo se describen los indicadores de actividad física y su comportamiento a través de los años, lo que permitirá orientar y fortalecer las políticas de promoción de hábitos de vida saludables.

Métodos

En el presente capítulo se analizó el indicador de actividad física baja. Para ello se utilizaron preguntas adaptadas del cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) (10), que permitieron discriminar a la población en activos e inactivos y medir el nivel de actividad en la última semana.

Se categorizó el nivel de actividad física de acuerdo con las recomendaciones del cuestionario IPAQ de la siguiente forma:

Nivel bajo: sin actividad reportada o no incluido en niveles moderado o alto.

Nivel moderado: cumple alguno de los siguientes criterios:

- 3 o más días de actividad intensa de al menos 20 minutos por día; o

- 5 o más días de actividad moderada y/o caminata acumulando al menos 30 minutos; o

- 5 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 600 METs-minutos por semana.

Nivel intenso (o elevado): cumple alguno de los siguientes criterios:

- 3 o más días de actividad intensa acumulando al menos 1500 METs-minuto por semana

- 7 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 3000 METs-minutos por semana.

Los METs (equivalente metabólico) semanales se calcularon utilizando la siguiente fórmula:

METs totales por semana = (3,3 x minutos totales por semana de caminata) + (4 x minutos totales por semana de actividad moderada) + (8 x minutos totales por semana de actividad intensa)

Las actividades moderadas fueron consideradas aquellas que requieren respirar más rápido y realizar algún esfuerzo (por ejemplo tareas domésticas, andar en bicicleta lentamente, natación recreativa, etc). Las actividades intensas son las que requieren respirar mucho más rápido y realizar un esfuerzo físico mayor (por ejemplo correr, trabajos manuales como construcción, deportes como fútbol o tenis, etc.).

También se analizaron las barreras para la realización de actividad física en la población que no realizó actividad física intensa, ni moderada, ni caminata durante la última semana.

Los resultados del indicador de actividad física baja no se presentan para la Encuesta de Factores de Riesgo realizada en 2005 por razones de comparabilidad con las ediciones posteriores de la encuesta. No obstante, los resultados arrojados constituyen un importante insumo para identificar tendencias,

fortalecer políticas y para la toma de decisiones.

Resultados

A nivel nacional la prevalencia de actividad física baja fue de 54,7%, manteniéndose estable respecto de la registrada en la 2° ENFR 2009 (54,9%) (Tabla 5.1).

Asimismo, y en concordancia con los resultados de la 2° edición de la encuesta, se observó que las mujeres registraron mayor prevalencia de actividad física baja (57,4%) en comparación con los varones (51,8%); se evidenció también que este indicador fue mayor en el grupo de 65 años y más (67,6%). La prevalencia de actividad física baja aumentó a menor nivel educativo y no se registraron diferencias en cuanto al ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 5.2).

En cuanto a las razones por las cuales las personas refirieron no haber realizado ningún tipo de actividad física durante la última semana, el 38,7% mencionó no haberlo hecho por falta de tiempo, el 26,8% no lo hizo por razones de salud, y un 14,2% refirió falta de voluntad.

Discusión

Para el análisis de los resultados es necesario reconocer las limitaciones del instrumento de relevamiento del indicador, e interpretar los resultados con cautela. Esto tiene particular relevancia en lo que respecta a la desagregación por jurisdicciones, dado el menor tamaño muestral en estos dominios en relación con el total nacional.

La prevalencia de actividad física abarcó a más de la mitad de la población nacional, siendo mayor entre mujeres, en la población de mayor edad y a menor nivel educativo. La falta de tiempo fue la principal barrera para la realización de actividad física.

En la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud y su adaptación para América Latina y el Caribe (16), a través de la Organización Panamericana de la Salud, se recomienda a la población adulta realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada, la mayoría de los días de la semana; mientras que para los niños y adolescentes el nivel recomendado es de 60 minutos diarios.

Existe suficiente evidencia para recomendar estrategias de intervención para la promoción de actividad física que han demostrado ser costo efectivas (11). La OMS recomienda que las estrategias orientadas a incrementar la actividad física deben focalizarse en: fomentar campañas masivas de comunicación para la promoción de estilos de vida saludables (12); desarrollar intervenciones en el ámbito escolar que garanticen espacios e instalaciones en las escuelas para que los niños y jóvenes realicen actividad física; y garantizar la accesibilidad a instalaciones deportivas y de recreación (13). Los programas de promoción de actividad física en los lugares de trabajo han reportado beneficios como disminuciones en el ausentismo (14). En cuanto a los medios de transporte, pueden propiciarse comportamientos saludables y estilos de vida activos proporcionando los medios e instalaciones adecuadas para utilizar múltiples alternativas como caminar y trasladarse en bicicleta (13) (15).

En nuestro país el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles con el Plan Nacional Argentina Saludable, viene llevando a cabo diferentes estrategias dirigidas a la población para estimular la realización de actividad física (17). En el año 2013 se creó el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo, cuyo propósito es disminuir la prevalencia de inactividad física (18) llevando a cabo estrategias en el nivel local, a partir del trabajo conjunto con el Programa

Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, para la promoción de la actividad física en los lugares de trabajo, estudio y espacios al aire libre; también se brinda asesoramiento técnico para la instalación de gimnasios al aire libre y se realizan actividades de promoción para la utilización de transporte no motorizado y ciclovías. Asimismo, se publicó el Primer Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina, el cual contiene herramientas para la implementación de intervenciones del equipo de salud en el marco del primer nivel de atención. Finalmente, cabe mencionar la creación de un DVD interactivo, que se instala en la computadora laboral, y ejecuta de manera automática un programa que brinda indicaciones a medida del usuario para realizar pausas activas durante la jornada de trabajo.

En conclusión, si bien los resultados de esta encuesta demuestran que todavía hay mucho trabajo por realizar para disminuir el sedentarismo en la población, su análisis y monitoreo permite impulsar futuras estrategias en materia de promoción de estilos de vida saludables y fortalecer las políticas y acciones que se vienen llevando a cabo.

Referencias

1. World Health Organization. Global Status Report on Non Communicable Diseases, 2010. Switzerland: OMS. WHO Library Cataloguing in Publication Data. [acceso 28 de octubre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
2. World Health Organization. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: OMS, 2011. [acceso 15 de noviembre de 2014] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf
3. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, et al. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380: 219–229.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Información Pública y Comunicación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2013. [acceso 20 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/prensa/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción Para Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Washington, D.C OPS 2007. [acceso 25 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncds.pdf>
6. Darren E.R. Warburton, Crystal Whitney Nicol, Shannon S.D. Bredin. (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 174(6) 801–808. [acceso 5 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/174/6/801.full.pdf+html>
7. World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: OMS, 2009. [acceso 15 de noviembre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS, 2003. Serie de Documentos Técnicos: 916 [acceso 24 de octubre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre Actividad Física para la salud. Ginebra: OMS, 2010. [acceso 10 de noviembre de 2014] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf?ua=1
10. IPAQ. Cuestionario Internacional de Actividad Física. [acceso 20 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/>
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Increasing physical activity. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR* 2001;50 (RR-18):1-16.
12. World Health Organization. Global Status Report on Non Communicable Diseases, 2010. Switzerland: OMS. WHO Library Cataloguing in Publication Data. [acceso 21 de noviembre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
13. World Health Organization. February, 2014. [acceso 9 de diciembre de 2014] media center. Physical Activity. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
14. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física: informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto [acceso 28 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-spanish.pdf>
15. Organización Panamericana para la Salud: Defensa del transporte público, seguro y saludable. Fomento de la participación del sector sanitario en un marco multisectorial, OPS, 2010.
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS, 2004. [acceso 15 de noviembre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
17. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Argentina Saludable, 2007 [acceso 18 de noviembre de 2014]. Claves para vivir mejor: actividad física. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/lineas/empresas.html>
18. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo [acceso 29 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/programa-de-lucha-contra-el-sedentarismo>

Tabla 5.1. Prevalencia de actividad física baja en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009-2013*.

	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total	54,9 (53,7 - 56,1)	54,7 (53,2 - 56,2)
Ciudad de Buenos Aires	43,3 (40,0 - 46,7)	53,2 (48,0 - 58,4)
Buenos Aires	55,6 (53,2 - 58,0)	56,1 (53,2 - 58,9)
Córdoba	59,8 (56,3 - 63,2)	56,7 (52,0 - 61,3)
Entre Ríos	64,4 (60,3 - 68,3)	53,3 (48,9 - 57,8)
La Pampa	56,5 (45,5 - 66,8)	60,0 (55,1 - 64,7)
Santa Fe	58,4 (55,4 - 61,4)	52,3 (47,8 - 56,7)
Pampeana y GBA	55,1 (53,5 - 56,7)	55,3 (53,3 - 57,3)
Catamarca	57,4 (47,1 - 67,2)	61,8 (56,5 - 66,9)
Jujuy	31,5 (27,9 - 35,4)	39,3 (35,3 - 43,5)
La Rioja	62,6 (57,9 - 67,1)	53,8 (49,2 - 58,3)
Salta	35,8 (31,9 - 39,9)	47,7 (42,2 - 53,4)
Santiago del Estero	62,8 (53,3 - 71,4)	82,2 (78,9 - 85,2)
Tucumán	41,9 (38,2 - 45,6)	47,4 (40,7 - 54,3)
Noroeste	44,3 (42,1 - 46,5)	52,8 (49,7 - 55,9)
Corrientes	60,5 (50,1 - 70,1)	52,4 (48,3 - 56,5)
Chaco	73,8 (69,4 - 77,8)	50,2 (43,1 - 57,2)
Formosa	68,7 (65,0 - 72,2)	59,7 (53,6 - 65,6)
Misiones	50,8 (46,2 - 55,4)	51,2 (45,0 - 57,3)
Noreste	63,3 (59,6 - 66,8)	52,4 (49,3 - 55,4)
Chubut	62,5 (58,6 - 66,3)	50,2 (46,3 - 54,1)
Neuquén	51,5 (47,3 - 55,7)	57,2 (52,7 - 61,7)
Río Negro	51,9 (45,9 - 57,9)	45,3 (41,6 - 49,0)
Santa Cruz	57,9 (53,4 - 62,2)	54,2 (48,0 - 60,3)
Tierra del Fuego	56,2 (52,1 - 60,2)	58,5 (53,1 - 63,6)
Patagónica	55,4 (52,9 - 57,8)	51,7 (49,6 - 53,9)
Mendoza	61,5 (56,9 - 66,0)	56,7 (52,0 - 61,3)
San Juan	64,6 (59,2 - 69,6)	60,6 (55,1 - 65,9)
San Luis	45,6 (41,3 - 49,9)	50,6 (44,7 - 56,4)
Cuyo	59,7 (56,6 - 62,7)	56,7 (53,4 - 59,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

(*) Los resultados del indicador de actividad física baja no se presentan para la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 por razones de comparabilidad con las ediciones posteriores de la encuesta. Para el análisis de los resultados es necesario reconocer las limitaciones del instrumento de relevamiento del indicador, e interpretar los resultados con cautela. Esto tiene particular relevancia en lo que respecta a la desagregación por jurisdicciones, dado el menor tamaño muestral en estos dominios en relación con el total nacional. No obstante, los resultados arrojados constituyen un importante insumo para identificar tendencias, fortalecer políticas y para la toma de decisiones.

Tabla 5.2. Prevalencia de actividad física baja en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	54,7 (53,2 - 56,2)
Sexo	
Varón	51,8 (49,7 - 53,9)
Mujer	57,4 (55,8 - 58,9)
Grupo de edad	
18 a 24	46,3 (43,1 - 49,5)
25 a 34	49,0 (46,4 - 51,6)
35 a 49	54,2 (51,9 - 56,5)
50 a 64	58,9 (56,4 - 61,4)
65 y más	67,6 (65,1 - 70,1)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	63,3 (59,6 - 66,7)
Primario completo y secundario incompleto	56,4 (54,3 - 58,4)
Secundario completo y más	51,9 (50,1 - 53,7)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	53,4 (50,8 - 56,0)
2	56,7 (54,1 - 59,3)
3	56,1 (53,2 - 58,9)
4	55,0 (52,2 - 57,7)
5	52,2 (49,7 - 54,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 6

Alimentación

Introducción

La alimentación saludable es fundamental para mantener una buena salud y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, en la actualidad una importante carga de enfermedad está asociada a una nutrición y alimentación inadecuadas. Desde hace varios años, la alimentación no saludable se ubica como el factor de riesgo más importante en todo el mundo (1).

A lo largo de las últimas décadas se fue desarrollando una transición nutricional, caracterizada por una dieta con gran densidad energética y un consumo relativamente elevado de alimentos con alto contenido de grasas saturadas (principalmente de origen animal), azúcares y sodio. Otro factor relevante es el alto consumo de productos ultraprocesados como las bebidas azucaradas, los snacks con alta densidad calórica y las comidas rápidas (2). A esto también se suma el escaso consumo de frutas, verduras, granos y cereales integrales (3) (4). En suma, todo esto predispone a la aparición de factores de riesgo y enfermedades como la hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, algunos cánceres, osteoporosis, sobrepeso y obesidad (4) (5) (6).

La mortalidad mundial atribuible al bajo consumo de frutas y verduras se estima en 2,6 millones de muertes al año. Se calcula que el aumento del consumo de frutas y verduras podría reducir la carga mundial de morbilidad en un 1,8%, la carga de cardiopatía isquémica en un 31% y la de ictus isquémico en un 19%; mientras que para los cánceres de esófago, estómago, pulmón y colorrectal,

las reducciones serían del 20%, 19%, 12% y 2%, respectivamente (7).

La elevada ingesta de sodio está asociada a enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y mayor riesgo de hipertensión arterial. Por esta razón, la OMS recomienda consumir menos de 5 gramos diarios de sal. Se estima que en Argentina el consumo promedio diario de sal por persona asciende a 11 gramos aproximadamente. Se calcula que con una disminución de 3 gramos de la ingesta diaria de sal se evitarían en nuestro país unas 6.000 muertes y podrían prevenirse alrededor de 60.000 eventos cardiovasculares y cerebrovasculares cada año (8).

La alimentación saludable se ha identificado como un determinante clave en la prevención de enfermedades crónicas, constituyéndose en un componente fundamental de las actividades de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo. Con la finalidad de orientar las políticas sanitarias, en este módulo se describen los indicadores vinculados con la alimentación, comparándolos con las ediciones anteriores de la encuesta.

Métodos

En el presente capítulo se analizaron los siguientes indicadores: promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas; porcentaje de consumo promedio de 5 o más porciones de frutas o verduras al día; siempre/casi siempre utiliza sal después de la comida o sentarse a la mesa.

Resultados

Consumo de frutas y verduras

A nivel nacional, el promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas por persona fue de 1,9 sin evidenciarse cambios respecto de la 2° ENFR y ubicándose muy por debajo de la cantidad recomendada por la OMS (5 porciones diarias de frutas y/o verduras) (4) (Tabla 6.1).

No se observaron diferencias del indicador según sexo. Los promedios más elevados del consumo diario de frutas o verduras se registraron en el grupo de mayor edad (2,4), en el de mayor nivel educativo (2,1) y a mayor nivel de ingresos, si bien estos valores continúan siendo muy inferiores con relación al promedio recomendado (Tabla 6.2). Tampoco se evidenciaron diferencias sustanciales entre las jurisdicciones (Tabla 6.1).

En cuanto al porcentaje de personas que consumieron la cantidad diaria de porciones recomendada, se observó que solo el 4,9% de los encuestados refirió consumir al menos 5 porciones diarias de frutas o verduras. Este indicador se mantuvo estable respecto de lo evidenciado en la 2° ENFR (Tabla 6.3). No se presentaron diferencias hacia el interior de los segmentos, a excepción de la edad y los ingresos donde se observaron diferencias entre los extremos (Tabla 6.4). Las diferencias geográficas para este indicador no fueron sustanciales y se observó que ninguna de las jurisdicciones superó el 10% del consumo promedio de 5 más porciones de frutas o verduras (Tabla 6.3).

Consumo de sal

Los resultados de la 3° ENFR evidenciaron que a nivel nacional el 17,3% de la población agregó siempre o casi siempre sal a las comidas luego de la cocción o al sentarse a la mesa. Se observó una disminución en este indicador respecto de la 2° ENFR (25,3%) (Tabla 6.5).

Por su parte, los varones agregaron sal siempre/casi siempre a las comidas en mayor medida que las mujeres (20,2% vs. 14,7%). Con relación a la edad, se observó que el grupo de de 18 a 24 años (23,7%) registró una prevalencia casi tres veces superior a la del grupo de 65 años y más (8,4%). Fue mayor el porcentaje del indicador entre aquellos que completaron el secundario o más (18,4%) respecto de aquellos con hasta primario completo (10,9%); no se evidenciaron diferencias según ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 6.6).

Las jurisdicciones donde se registró un porcentaje de uso de sal mayor que el valor nacional fueron Catamarca (24,5%), Santa Cruz (23,1%), CABA (22,1%), La Rioja (21,9%) y Provincia de Buenos Aires (20,4%). Mientras tanto, Misiones (7,2%), Entre Ríos (8,9%), Chaco (9,2%) y Jujuy (10,8%) registraron los porcentajes más bajos del indicador respecto del total país (Tabla 6.5).

Discusión

Los resultados de la 3° ENFR evidenciaron que el consumo promedio de frutas o verduras en Argentina continúa siendo muy inferior al promedio diario recomendado por la Organización Mundial de la Salud. En la última encuesta realizada no se observaron diferencias sustanciales respecto de la 2° ENFR 2009 ni en cuanto al sexo o jurisdicciones. Estos resultados sugieren la necesidad de orientar las intervenciones a incrementar el consumo de frutas y verduras en la población.

Por otro lado, se evidenció una importante disminución en el porcentaje de personas que utilizaron sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa en comparación a la 2° ENFR. Entre los varones la prevalencia de uso de sal fue mayor que entre mujeres, al igual que en el menor nivel educativo respecto del más alto.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, en el marco de la Estrategia

Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, se implementaron diversas acciones orientadas a la promoción de una alimentación adecuada focalizándose en: incrementar el consumo diario de frutas y verduras; reducir el consumo de azúcares y grasas en la alimentación; disminuir la ingesta de sal y aumentar el acceso y disponibilidad de productos de menor contenido en sodio; disminuir el consumo de grasas saturadas y reducir al mínimo el consumo de grasas trans de origen industrial; y empoderar a la población para tomar decisiones saludables a partir de información suministrada en el rótulo de los productos alimenticios (9).

El cambio cultural observado en la utilización del salero en la mesa (que registró una disminución del 31,6% respecto de la 2ª ENFR) evidenció el impacto de las políticas sanitarias que se vienen desarrollando en nuestro país. Un ejemplo de ellas es la implementación de la iniciativa “Menos Sal Más Vida” del Ministerio de Salud de la Nación, cuyo propósito es disminuir el consumo de sodio en la población. Esta estrategia se focaliza principalmente sobre tres componentes: 1) concientización a la población para disminuir la ingesta de sal en las comidas, 2) reducción del contenido de sodio en alimentos procesados, por medio de acuerdos voluntarios y progresivos con la industria alimentaria. Con dicho fin, en el 2010 el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación junto con la Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios (COPAL), las Cámaras Alimentarias y varias empresas, suscribieron un convenio para lograr una reducción del 5% al 18% de sodio en los productos alimenticios (10).; 3) promover la adhesión a la ley nacional N° 26.905 de Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio en la Población a través de sanciones legislativas provinciales y ordenanzas municipales. Entre otras medidas, la ley propone la limitación de la oferta espontánea de saleros de mesa en establecimientos gastronómicos y el suministro de sal en sobres (que no

deben exceder los 500mg) para quienes lo soliciten, la disponibilidad de sal con bajo contenido de sodio, la oferta de opciones de preparaciones sin sal para personas hipertensas o para aquellos que las soliciten y la difusión de mensajes sobre el riesgo del consumo de sal en productos, publicidades y menús (11).

En relación con las grasas trans, bajo la campaña “Argentina 2014 Libre de Grasas Trans” se trabajó para la modificación del Código Alimentario Argentino (CAA), de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación, los representantes de los niveles provinciales de control de alimentos y de la industria de alimentos. A partir de esta modificación el CAA establece que “el contenido de ácidos grasos trans de producción industrial en los alimentos no debe ser mayor a: 2% del total de grasas en aceites vegetales y margarinas destinadas al consumo directo y a 5% del total de grasas en el resto de los alimentos. Estos límites no se aplican a las grasas provenientes de rumiantes, incluyendo la grasa láctea” (Código Alimentario Argentino. Capítulo III - Artículo 155 tris). Por otra parte se desarrolló una campaña de comunicación que tuvo como objetivo informar al consumidor que son las grasas trans, sus efectos perjudiciales para la salud y la necesidad de disminuir su consumo (12). Además, con el fin de complementar y acompañar a los elaboradores medianos y pequeños en la adecuación a la nueva normativa y lograr así el objetivo propuesto, se elaboró una guía para PyMEs, a fin de brindar recomendaciones de reemplazo por alternativas de grasas más saludables.

El Instituto Nacional de Alimentos (INAL - ANMAT) en articulación con las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales en control de alimentos desarrolla la Estrategia Federal e Intersectorial para el Fortalecimiento de Acciones de Promoción, Control y Vigilancia de la Reducción del Contenido de Grasas Trans en Alimentos, en el marco del Programa

Federal de Control de Alimentos (13). Su principal objetivo consiste en fortalecer las acciones que se implementan en todos los niveles (nacional, provincial y municipal) orientadas a promover la mejora de la calidad nutricional de los alimentos que consume la población argentina. Esta estrategia se sustenta mediante la construcción de consenso a nivel federal para la adopción de criterios técnicos y procesos de gestión armonizados.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles se llevan a cabo estrategias de comunicación destinadas a fomentar hábitos saludables y educar a la población, como la actualización de las Guías Alimentarias para la Población Argentina, campañas masivas de comunicación y materiales

informativos para la población; promoción de entornos saludables (kioscos y comedores saludables en las escuelas, universidades y lugares de trabajo) y estrategias coordinadas con el Plan Nacional Argentina Saludable y la Red de Municipios Saludables para la promoción y el consumo de frutas y verduras.

En resumen, en la Argentina ha habido un avance importante dirigido a reducir el consumo de sal y grasas trans en la población a partir de un modelo de trabajo basado en el consenso y el compromiso intersectorial. No obstante, se evidencia la necesidad de profundizar las políticas destinadas a aumentar el consumo de frutas y verduras.

Referencias

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Washington: March, 2013 [acceso 1 de octubre de 2014] Data Visualization. Disponible en <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública. (OPS/OMS) [acceso 10 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/ciudadanos/docs/2014-10_OPS_alimentos-bebidas-ultraprocesados-obesidad-americalatina.docx
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción Para Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Washington, D.C OPS 2007. [acceso 9 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncds.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS, 2003. Serie de Documentos Técnicos: 916 [acceso 24 de septiembre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
5. World Health Organization. Global Status Report on Non Communicable Diseases, 2010. Switzerland: OMS. WHO Library Cataloguing in Publication Data. [acceso 21 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS, 2004. [acceso 15 de octubre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
7. Karen Lock, Joceline Pomerleau, Louise Causer, Dan R. Altmann, Martin McKee Bull. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. World Health Organ. Feb 2005; 83(2): 100–108. Published online Feb 24, 2005. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/2/100arabic.pdf>
8. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [acceso 18 de marzo de 2014]. Menos Sal Más Vida. [acceso 21 de octubre de 2014] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/ciudadanos/pdf/2012-07_acuerdos-voluntarios-industria-reduccion-sodio.pdf
9. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Argentina Saludable, 2007 [acceso 18 de octubre de 2014]. Claves para vivir mejor: alimentación sana. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/lineas/alimentacion.html>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [acceso 20 de octubre de 2014] Menos Sal Más Vida. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/ciudadanos/pdf/2012-07_acuerdos-voluntarios-industria-reduccion-sodio.pdf
11. Ley Nacional de Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio en la Población. Ley 26.905. Boletín Oficial, 16 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26905-promocion-reduccion-consumo-sodio.htm?2>
12. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, "Campaña Argentina 2014 Libre de Grasas Trans" [acceso 20 de octubre de 2014]. Materiales e información de interés. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/index.php?option=com_content&view=article&id=348:campana-qargentina-2014-libre-de-grasas-trans&catid=9
13. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Resolución 241/2011. Boletín Oficial, 24 de Noviembre del 2011. Disponible en: <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/Index.castle>

Tabla 6.1. Promedio de consumo diario de porciones de frutas o verduras de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009-2013.

	ENFR 2009	ENFR 2013
	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total	2,0 (1,9 - 2,0)	1,9 (1,9 - 2,0)
Ciudad de Buenos Aires	2,2 (2,1 - 2,4)	2,1 (1,9 - 2,2)
Buenos Aires	2,0 (1,9 - 2,0)	2,0 (1,9 - 2,1)
Córdoba	2,2 (2,0 - 2,4)	2,0 (1,8 - 2,3)
Entre Ríos	1,9 (1,7 - 2,0)	2,0 (1,8 - 2,1)
La Pampa	2,0 (1,7 - 2,2)	1,7 (1,6 - 1,9)
Santa Fe	1,9 (1,8 - 2,0)	2,0 (1,9 - 2,2)
Pampeana y GBA	2,0 (2,0 - 2,1)	2,0 (1,9 - 2,1)
Catamarca	1,9 (1,6 - 2,3)	1,4 (1,3 - 1,5)
Jujuy	2,3 (2,1 - 2,4)	1,8 (1,6 - 1,9)
La Rioja	1,5 (1,4 - 1,7)	1,2 (1,1 - 1,3)
Salta	1,9 (1,8 - 2,0)	1,9 (1,8 - 2,0)
Santiago del Estero	1,7 (1,6 - 1,8)	1,7 (1,5 - 1,8)
Tucumán	1,8 (1,7 - 1,9)	1,7 (1,6 - 1,8)
Noroeste	1,9 (1,8 - 1,9)	1,7 (1,7 - 1,8)
Corrientes	1,8 (1,6 - 1,9)	1,5 (1,4 - 1,6)
Chaco	1,8 (1,7 - 1,8)	1,7 (1,5 - 1,9)
Formosa	2,3 (2,2 - 2,5)	2,0 (1,8 - 2,3)
Misiones	1,9 (1,6 - 2,2)	1,7 (1,6 - 1,8)
Noreste	1,9 (1,8 - 2,0)	1,7 (1,6 - 1,8)
Chubut	1,8 (1,7 - 1,9)	2,3 (2,1 - 2,5)
Neuquén	2,0 (1,9 - 2,1)	2,0 (1,9 - 2,1)
Río Negro	1,9 (1,8 - 2,0)	1,8 (1,7 - 1,9)
Santa Cruz	2,0 (1,7 - 2,3)	1,9 (1,8 - 2,1)
Tierra del Fuego	1,6 (1,5 - 1,8)	2,1 (1,8 - 2,4)
Patagónica	1,9 (1,8 - 2,0)	2,0 (1,9 - 2,1)
Mendoza	2,0 (1,9 - 2,2)	1,9 (1,8 - 2,0)
San Juan	1,9 (1,8 - 2,0)	1,9 (1,8 - 2,1)
San Luis	1,8 (1,7 - 1,9)	1,5 (1,4 - 1,6)
Cuyo	2,0 (1,9 - 2,0)	1,8 (1,8 - 1,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013

Tabla 6.2. Promedio de consumo diario de porciones de frutas o verduras de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013 Media (IC 95%)
Total	1,9 (1,9 - 2,0)
Sexo	
Varón	1,8 (1,7 - 2,0)
Mujer	2,0 (2,0 - 2,1)
Grupo de edad	
18 a 24	1,7 (1,6 - 1,9)
25 a 34	1,8 (1,7 - 1,8)
35 a 49	1,9 (1,8 - 1,9)
50 a 64	2,1 (2,0 - 2,2)
65 y más	2,4 (2,3 - 2,5)
Nivel educativo	
Hasta primario completo	1,7 (1,6 - 1,8)
Primario completo y secundario incompleto	1,8 (1,7 - 1,9)
Secundario completo y más	2,1 (2,0 - 2,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	1,7 (1,6 - 1,7)
2	1,8 (1,7 - 1,9)
3	2,0 (1,8 - 2,1)
4	2,1 (2,0 - 2,2)
5	2,3 (2,2 - 2,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 6.3. Consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009-2013.

	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total	4,8 (4,4 - 5,3)	4,9 (4,3 - 5,5)
Ciudad de Buenos Aires	6,1 (4,6 - 8,0)	6,1 (4,4 - 8,5)
Buenos Aires	4,7 (3,9 - 5,7)	5,1 (4,1 - 6,3)
Córdoba	6,8 (5,4 - 8,6)	6,5 (3,7 - 11,3)
Entre Ríos	4,5 (2,9 - 6,8)	4,2 (2,6 - 6,5)
La Pampa	4,2 (2,8 - 6,5)	1,7 (1,0 - 2,9)
Santa Fe	4,6 (3,6 - 5,9)	5,7 (4,4 - 7,4)
Pampeana y GBA	5,1 (4,5 - 5,8)	5,4 (4,6 - 6,3)
Catamarca	6,7 (3,6 - 12,3)	1,7 (0,9 - 3,1)
Jujuy	6,8 (5,3 - 8,6)	2,6 (1,6 - 4,1)
La Rioja	2,6 (1,4 - 4,9)	0,7 (0,3 - 1,7)
Salta	4,4 (3,0 - 6,5)	4,5 (3,2 - 6,3)
Santiago del Estero	2,0 (1,2 - 3,3)	3,1 (1,9 - 5,1)
Tucumán	3,2 (2,0 - 4,9)	2,0 (1,4 - 3,0)
Noroeste	4,1 (3,4 - 4,9)	2,8 (2,3 - 3,4)
Corrientes	4,4 (2,9 - 6,4)	2,6 (1,7 - 4,1)
Chaco	4,0 (2,9 - 5,6)	3,6 (2,0 - 6,3)
Formosa	5,6 (4,1 - 7,7)	5,9 (3,6 - 9,6)
Misiones	4,0 (1,9 - 8,1)	1,8 (1,1 - 2,8)
Noreste	4,4 (3,5 - 5,5)	3,1 (2,4 - 4,1)
Chubut	3,7 (2,6 - 5,3)	8,4 (6,2 - 11,4)
Neuquén	4,5 (3,3 - 6,1)	5,8 (4,1 - 8,0)
Río Negro	4,1 (2,5 - 6,6)	3,7 (2,5 - 5,4)
Santa Cruz	5,5 (3,8 - 8,1)	4,2 (3,2 - 5,5)
Tierra del Fuego	2,2 (1,3 - 3,6)	6,0 (3,7 - 9,5)
Patagónica	4,1 (3,4 - 5,0)	5,6 (4,8 - 6,6)
Mendoza	5,0 (3,6 - 6,8)	3,8 (2,8 - 5,3)
San Juan	2,7 (1,8 - 4,0)	4,6 (2,9 - 7,3)
San Luis	3,1 (2,3 - 4,2)	1,8 (1,1 - 2,9)
Cuyo	4,1 (3,2 - 5,2)	3,7 (2,9 - 4,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013

Tabla 6.4. Consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	4,9 (4,3 - 5,5)
Sexo	
Varón	4,2 (3,4 - 5,3)
Mujer	5,4 (4,8 - 6,2)
Grupo de edad	
18 a 24	3,8 (2,7 - 5,2)
25 a 34	3,8 (2,9 - 4,9)
35 a 49	4,5 (3,7 - 5,5)
50 a 64	5,5 (4,4 - 6,8)
65 y más	7,5 (6,2 - 9,0)
Nivel educativo	
Hasta primario completo	4,0 (2,8 - 5,6)
Primario completo y secundario incompleto	3,8 (3,0 - 4,8)
Secundario completo y más	5,8 (5,1 - 6,6)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	3,4 (2,6 - 4,5)
2	4,1 (3,3 - 5,0)
3	4,3 (3,2 - 5,8)
4	5,8 (4,7 - 7,2)
5	7,0 (5,8 - 8,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 6.5. Prevalencia de utilización de sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa en la población de 18 años y más, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	23,1 (21,9 - 24,5)	25,3 (24,4 - 26,3)	17,3 (16,4 - 18,2)
Ciudad de Buenos Aires	29,9 (26,7 - 33,4)	32,7 (29,3 - 36,3)	22,1 (18,4 - 26,4)
Buenos Aires	25,0 (22,4 - 27,7)	28,7 (26,9 - 30,6)	20,4 (18,7 - 22,3)
Córdoba	23,1 (19,6 - 27,0)	21,6 (19,2 - 24,2)	15,7 (12,7 - 19,3)
Entre Ríos	18,3 (15,8 - 21,2)	24,3 (20,2 - 28,9)	8,9 (6,9 - 11,3)
La Pampa	22,4 (18,8 - 26,5)	24,6 (21,3 - 28,3)	14,1 (11,2 - 17,6)
Santa Fe	22,0 (19,5 - 24,8)	23,8 (20,8 - 27,0)	14,7 (12,8 - 16,7)
Pampeana y GBA	24,8 (23,2 - 26,6)	27,6 (26,4 - 28,9)	18,9 (17,7 - 20,2)
Catamarca	26,1 (23,2 - 29,3)	26,9 (21,8 - 32,6)	24,5 (20,2 - 29,3)
Jujuy	13,8 (11,8 - 16,0)	15,7 (13,6 - 17,9)	10,8 (8,3 - 14,1)
La Rioja	26,6 (23,8 - 29,7)	30,1 (25,6 - 35,1)	21,9 (18,6 - 25,6)
Salta	17,1 (13,5 - 21,4)	16,7 (14,3 - 19,4)	11,0 (8,7 - 13,8)
Santiago del Estero	14,1 (11,8 - 16,7)	20,7 (17,4 - 24,3)	11,6 (9,6 - 14,0)
Tucumán	16,5 (12,2 - 22,0)	16,8 (14,3 - 19,6)	12,4 (10,2 - 15,1)
Noroeste	17,3 (15,4 - 19,4)	18,8 (17,6 - 20,2)	13,2 (12,0 - 14,4)
Corrientes	17,7 (10,7 - 27,9)	23,4 (16,7 - 31,8)	13,1 (10,4 - 16,2)
Chaco	17,0 (13,0 - 21,9)	19,0 (14,9 - 23,8)	9,2 (6,9 - 12,2)
Formosa	17,4 (11,5 - 25,5)	11,0 (8,8 - 13,6)	12,3 (9,1 - 16,3)
Misiones	11,5 (8,9 - 14,7)	12,1 (8,0 - 18,0)	7,2 (5,1 - 10,2)
Noreste	15,8 (13,1 - 19,1)	17,4 (14,7 - 20,5)	10,2 (8,7 - 11,9)
Chubut	29,8 (26,9 - 32,9)	24,6 (21,4 - 28,2)	17,7 (15,2 - 20,5)
Neuquén	24,5 (20,6 - 28,8)	23,4 (20,5 - 26,7)	17,4 (13,4 - 22,3)
Río Negro	17,6 (14,3 - 21,5)	22,4 (19,0 - 26,3)	16,3 (14,2 - 18,6)
Santa Cruz	26,8 (24,5 - 29,2)	20,1 (17,5 - 22,9)	23,1 (19,9 - 26,6)
Tierra del Fuego	19,0 (16,3 - 22,0)	21,7 (18,4 - 25,5)	16,0 (13,3 - 19,2)
Patagónica	23,6 (21,1 - 26,3)	22,9 (21,3 - 24,6)	17,9 (16,4 - 19,5)
Mendoza	18,1 (15,6 - 20,9)	18,5 (15,6 - 21,8)	12,3 (10,1 - 14,8)
San Juan	21,2 (18,7 - 23,8)	23,0 (20,1 - 26,2)	16,3 (13,0 - 20,2)
San Luis	26,8 (22,8 - 31,3)	26,2 (23,0 - 29,7)	13,9 (11,0 - 17,3)
Cuyo	20,2 (18,4 - 22,1)	20,9 (18,9 - 23,0)	13,5 (11,8 - 15,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 6.6. Prevalencia de utilización de sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	17,3 (16,4 - 18,2)
Sexo	
Varón	20,2 (18,8 - 21,6)
Mujer	14,7 (13,6 - 15,8)
Grupo de edad	
18 a 24	23,7 (21,3 - 26,4)
25 a 34	22,1 (20,1 - 24,2)
35 a 49	18,1 (16,5 - 19,8)
50 a 64	12,3 (10,8 - 14,1)
65 y más	8,4 (7,1 - 9,9)
Nivel educativo	
Hasta primario completo	10,9 (9,1 - 13,1)
Primario completo y secundario incompleto	17,4 (15,9 - 19,0)
Secundario completo y más	18,4 (17,2 - 19,7)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	17,4 (15,6 - 19,4)
2	17,5 (15,7 - 19,5)
3	15,1 (13,5 - 17,0)
4	18,1 (16,1 - 20,2)
5	18,5 (16,6 - 20,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 7

Peso corporal

Introducción

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se encuentran entre los principales factores de riesgo de muerte y de carga de enfermedad a nivel mundial. Cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del exceso de peso. Además, gran parte de la carga de enfermedades no transmisibles pueden atribuirse al exceso de peso como el caso de la diabetes (44%) y las cardiopatías isquémicas (23%), y entre el 7% y el 41% de la carga de ciertos tipos de cánceres (1) (2).

Si bien el sobrepeso y la obesidad solo han sido considerados un problema propio de los países de ingresos altos, desde hace algunos años este fenómeno está aumentando de manera significativa en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en las regiones urbanas (1) (3).

La causa fundamental del exceso de peso es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas (1). En el mundo se han producido dos fenómenos complementarios que acentúan este desequilibrio: un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización, y un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasas, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes (1) (4).

Para el control del exceso de peso, las intervenciones poblacionales resultan una herramienta fundamental en la constitución de entornos y hábitos de vida saludables (5) (6). En este sentido los datos de la 3ª edición de ENFR resultan un insumo fundamental para orientar las intervenciones dirigidas al abordaje de esta problemática.

Métodos

En el presente capítulo se analizaron los indicadores de peso corporal teniendo en cuenta el índice de Masa Corporal (IMC). El mismo se calcula a partir de medidas de peso y altura autorreportadas por las personas encuestadas; este es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos y se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Los indicadores evaluados fueron: prevalencia de sobrepeso, definido como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 25 e inferior a 30, y prevalencia de obesidad, definido como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 30. También se analizó el porcentaje de personas que habían recibido indicación de bajar de peso por parte de algún profesional de la salud y, entre ellas, el porcentaje que realizaba dieta o ejercicios con ese fin.

Resultados

De acuerdo a los resultados de la 3ª edición de la ENFR, la prevalencia de sobrepeso fue de 37,1%, valor que se

mantuvo constante con respecto a la 2° ENFR realizada en 2009, aunque creció respecto de la evidenciada en la 1° ENFR 2005 (34,4%) (Tabla 7.1). Se observó una mayor proporción del indicador entre varones (43,3% vs. 31,3% mujeres) y un aumento de la prevalencia a mayor edad. En cuanto al nivel educativo, las personas con nivel hasta primario incompleto tuvieron mayor prevalencia de sobrepeso (41,8%) que el grupo que completó secundario o más (35,4%). No se observaron diferencias en la prevalencia de sobrepeso según ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 7.3).

Por otra parte, la prevalencia de obesidad en la última ENFR fue del 20,8%, resultando un 15,6% mayor que en 2009 (18%) y un 42,5% mayor que en 2005 (14,6%) (Tabla 7.2). Al igual que el indicador de sobrepeso, la obesidad fue mayor entre los varones (22,9% vs. 18,8% mujeres). En cuanto a la edad, el grupo de personas de entre 50 a 64 años fue el que presentó mayor prevalencia del indicador (29,6%), mientras que entre los más jóvenes se registraron los menores valores (7,7% entre los de 18 a 24 años y 15,8% entre los de 25 a 34 años). En los niveles de instrucción más bajos (hasta primario incompleto y hasta secundario incompleto) la prevalencia fue mayor (28,1% y 24,5% respectivamente) que en el nivel más alto (17%). No se observaron diferencias en la prevalencia de obesidad según ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 7.3).

En la última edición, las jurisdicciones que evidenciaron mayor prevalencia de obesidad que el total nacional fueron: La Rioja (27,9%), Chubut (24,8%) y Santa Fe (24,5%). En contraposición, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (16%) presentó valores inferiores al nacional (Tabla 7.2).

Por último, se observó que al 28,9% de las personas con sobrepeso, el profesional de la salud le recomendó bajar de peso; de estos el 66% se encontraba a

dieta o realizando ejercicios con dicho fin. Mientras tanto, al 66,4% de las personas con obesidad un profesional de la salud le recomendó bajar de peso y, de estos, el 54,2% realizaba dieta o ejercicios con ese objetivo.

Discusión

Los resultados de la 3° edición de la ENFR evidenciaron que casi 4 de cada 10 personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, y 2 de cada 10 presentaron obesidad. Mientras que el sobrepeso se mantuvo estable con respecto a la ENFR 2009, la prevalencia de obesidad continuó en aumento desde la 1ª ENFR realizada en 2005.

En el análisis por segmentos fue posible advertir que los varones presentaron mayor prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad, respecto de las mujeres, al igual que las personas de 50 años y más en comparación con los más jóvenes. Respecto al nivel educativo se evidenció mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en el nivel más bajo.

El exceso de peso es un fenómeno mundial que no ha mostrado signos de retroceso a pesar de ser, en gran parte, prevenible. La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, adoptada en septiembre de 2011, reconoce la importancia crucial de reducir el nivel de exposición de las poblaciones a dietas poco sanas y al sedentarismo. En dicha Declaración se manifiesta el compromiso de promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, incluidas las políticas y medidas orientadas a promover la alimentación saludable e incrementar la actividad física en toda la población (1).

Existe evidencia de la efectividad de políticas específicas y acciones

regulatorias diseñadas para que las opciones saludables sean accesibles y estén respaldadas por programas educativos. Entre las estrategias recomendadas se incluyen la regulación de la publicidad de alimentos a los niños, políticas fiscales para regular el mercado de bebidas y alimentos (como la aplicación de impuestos a bebidas azucaradas), la mejora del etiquetado, y la inclusión de advertencias sanitarias, la descripción del contenido calórico de las porciones mediante señales en comercios y servicios de comida, la promoción de kioscos y comedores saludables en las escuelas y otras instituciones y la protección de la agricultura familiar (4) (6).

Siguiendo estos lineamientos, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, y en el marco del Plan Nacional Argentina Saludable, implementa acciones dirigidas a promover la alimentación saludable y la actividad física para controlar el avance de la obesidad y el sobrepeso en toda la población (niños, jóvenes y adultos). A través de dicho Plan se llevan a cabo estrategias de promoción de la salud, cuyos ejes se centran en la promoción de la alimentación saludable y la actividad física. Las acciones para llevar a cabo sus objetivos se enmarcan en continuas campañas masivas de comunicación (7).

También desde la misma Dirección se elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. La misma se fundamenta en la necesidad de reconocer a la obesidad como problema de salud y brinda herramientas para mejorar su diagnóstico y tratamiento, contribuyendo a su disminución y acortando las brechas entre el conocimiento y la práctica de los diferentes actores implicados en el abordaje de esta problemática (8). Por otra parte, se actualizaron las Guías Alimentarias para la población argentina, una herramienta educativa para mejorar los hábitos alimentarios de la población argentina.

En suma, el incremento de la obesidad representa un verdadero desafío intersectorial para detener y revertir su avance. Se vuelve indispensable fomentar el debate de políticas regulatorias con relación a la oferta de alimentos y la actividad física, y el afianzamiento de acciones destinadas a diferentes públicos, todos expuestos al crecimiento continuo de esta epidemia a nivel mundial.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Obesidad y Sobrepeso, Nota descriptiva N°311, Agosto de 2014 [acceso: 1 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), GBD 2010 Arrow Diagram [acceso: 3 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>.
3. Harvard School of Public Health, Obesity Trends [acceso: 1 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-trends/>.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Niederdeppe J, Roh S, Shapiro MA, Kim HK. Effects of Messages Emphasizing Environmental Determinants of Obesity on Intentions to Engage in Diet and Exercise Behaviors. *Prev Chronic Dis* 2013;10:130163 [acceso: 1 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130163>.
6. Ministerio de Salud de la Nación, Sobrepeso y obesidad – Información para ciudadanos, [acceso: 1 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/obesidad>
7. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Argentina Saludable, 2007 [acceso 18 de marzo de 2014]. Campañas. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentinasaludable/>
8. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf

Tabla 7.1. Prevalencia de sobrepeso en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	34,4 (33,4 - 35,5)	35,4 (34,6 - 36,3)	37,1 (36,0 - 38,2)
Ciudad de Buenos Aires	32,7 (30,1 - 35,4)	32,2 (29,1 - 35,6)	32,0 (27,6 - 36,8)
Buenos Aires	35,4 (33,2 - 37,6)	35,4 (33,8 - 37,0)	37,5 (35,4 - 39,6)
Córdoba	31,7 (28,7 - 35,0)	36,2 (33,3 - 39,1)	39,3 (36,1 - 42,5)
Entre Ríos	32,5 (29,8 - 35,4)	36,0 (33,1 - 39,0)	37,1 (34,4 - 39,9)
La Pampa	35,4 (32,5 - 38,3)	38,1 (35,4 - 40,8)	40,4 (37,3 - 43,7)
Santa Fe	35,3 (32,4 - 38,4)	35,9 (33,2 - 38,6)	35,1 (32,5 - 37,7)
Pampeana y GBA	34,5 (33,0 - 35,9)	35,2 (34,0 - 36,3)	36,7 (35,3 - 38,2)
Catamarca	33,7 (30,6 - 36,9)	35,1 (31,2 - 39,3)	34,8 (30,8 - 38,9)
Jujuy	34,6 (32,3 - 37,1)	36,7 (33,8 - 39,7)	40,1 (35,7 - 44,6)
La Rioja	35,6 (32,6 - 38,8)	36,9 (33,8 - 40,0)	36,5 (32,8 - 40,4)
Salta	32,2 (29,9 - 34,7)	37,3 (34,5 - 40,2)	38,1 (35,4 - 40,8)
Santiago del Estero	38,3 (36,1 - 40,5)	33,2 (29,7 - 36,9)	37,7 (33,0 - 42,7)
Tucumán	34,2 (31,5 - 37,1)	38,5 (34,9 - 42,2)	39,8 (36,5 - 43,3)
Noroeste	34,5 (33,1 - 35,8)	36,8 (35,3 - 38,3)	38,5 (36,9 - 40,2)
Corrientes	29,9 (27,6 - 32,3)	34,9 (31,8 - 38,2)	35,6 (32,5 - 38,8)
Chaco	35,7 (32,9 - 38,6)	37,7 (35,3 - 40,2)	38,5 (34,9 - 42,2)
Formosa	34,8 (32,2 - 37,4)	33,4 (30,1 - 36,9)	38,5 (34,3 - 42,8)
Misiones	32,0 (29,7 - 34,3)	33,7 (30,4 - 37,1)	36,2 (32,1 - 40,5)
Noreste	32,9 (31,2 - 34,6)	35,3 (33,7 - 36,9)	37,1 (35,1 - 39,1)
Chubut	36,1 (32,1 - 40,4)	34,6 (31,6 - 37,8)	36,6 (33,6 - 39,8)
Neuquén	36,4 (34,3 - 38,6)	35,3 (30,8 - 40,1)	39,2 (35,5 - 43,0)
Río Negro	33,3 (30,6 - 36,2)	38,9 (36,1 - 41,8)	38,3 (35,1 - 41,6)
Santa Cruz	37,4 (34,8 - 40,1)	37,4 (34,2 - 40,7)	39,8 (35,4 - 44,4)
Tierra del Fuego	34,9 (31,7 - 38,2)	35,4 (31,7 - 39,2)	38,0 (33,9 - 42,3)
Patagónica	35,4 (34,0 - 36,9)	36,5 (34,7 - 38,3)	38,3 (36,6 - 40,0)
Mendoza	35,5 (32,6 - 38,6)	35,1 (32,1 - 38,3)	35,7 (32,5 - 39,1)
San Juan	33,0 (30,4 - 35,6)	38,6 (34,9 - 42,4)	42,0 (38,0 - 46,2)
San Luis	36,5 (33,4 - 39,7)	35,6 (32,5 - 38,8)	35,8 (32,4 - 39,4)
Cuyo	35,1 (33,1 - 37,1)	36,1 (34,0 - 38,2)	37,2 (35,0 - 39,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 7.2. Prevalencia de obesidad en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	14,6 (13,9 - 15,5)	18,0 (17,4 - 18,7)	20,8 (19,9 - 21,8)
Ciudad de Buenos Aires	11,5 (9,6 - 13,7)	13,5 (11,6 - 15,7)	16,0 (13,0 - 19,5)
Buenos Aires	14,3 (12,8 - 15,9)	18,9 (17,6 - 20,2)	21,1 (19,3 - 23,1)
Córdoba	14,3 (11,9 - 16,9)	16,0 (14,3 - 17,9)	21,4 (18,5 - 24,5)
Entre Ríos	13,6 (11,2 - 16,4)	15,9 (12,8 - 19,7)	18,6 (16,6 - 20,7)
La Pampa	15,5 (12,5 - 19,1)	17,3 (15,2 - 19,6)	16,5 (13,5 - 19,9)
Santa Fe	16,8 (13,8 - 20,1)	20,2 (18,1 - 22,6)	24,5 (22,1 - 27,1)
Pampeana y GBA	14,1 (13,1 - 15,2)	17,8 (16,9 - 18,7)	20,7 (19,4 - 22,1)
Catamarca	18,9 (16,8 - 21,2)	23,2 (19,8 - 26,9)	22,8 (18,7 - 27,6)
Jujuy	14,6 (12,1 - 17,6)	17,7 (15,6 - 20,0)	23,3 (19,4 - 27,7)
La Rioja	16,9 (14,7 - 19,4)	21,1 (18,9 - 23,5)	27,9 (24,2 - 32,0)
Salta	13,8 (10,9 - 17,3)	16,3 (13,7 - 19,3)	18,5 (16,0 - 21,2)
Santiago del Estero	16,2 (14,5 - 18,1)	19,7 (17,3 - 22,2)	19,6 (16,2 - 23,6)
Tucumán	17,2 (14,7 - 20,0)	19,6 (17,2 - 22,3)	21,6 (18,9 - 24,6)
Noroeste	16,0 (14,8 - 17,2)	18,8 (17,6 - 20,0)	21,3 (19,8 - 22,8)
Corrientes	15,6 (14,0 - 17,5)	17,9 (15,1 - 21,1)	19,4 (15,7 - 23,7)
Chaco	14,7 (12,6 - 17,1)	16,5 (14,3 - 19,0)	21,1 (18,1 - 24,5)
Formosa	17,8 (15,9 - 19,9)	19,6 (16,9 - 22,7)	19,2 (16,0 - 22,8)
Misiones	12,4 (10,7 - 14,2)	13,9 (11,4 - 16,8)	20,4 (16,9 - 24,4)
Noreste	14,7 (13,5 - 16,0)	16,6 (15,3 - 18,1)	20,2 (18,4 - 22,1)
Chubut	16,3 (13,7 - 19,4)	21,9 (19,3 - 24,7)	24,8 (22,3 - 27,4)
Neuquén	15,8 (13,7 - 18,3)	18,2 (15,4 - 21,3)	22,3 (19,4 - 25,5)
Río Negro	17,3 (15,4 - 19,4)	18,3 (16,3 - 20,5)	20,1 (17,5 - 22,9)
Santa Cruz	21,2 (18,9 - 23,8)	23,5 (21,0 - 26,3)	25,5 (21,3 - 30,3)
Tierra del Fuego	21,8 (19,1 - 24,7)	20,9 (18,5 - 23,5)	23,0 (20,0 - 26,3)
Patagónica	17,4 (16,3 - 18,6)	19,9 (18,6 - 21,3)	22,8 (21,4 - 24,2)
Mendoza	16,2 (14,2 - 18,3)	20,7 (17,9 - 23,8)	20,5 (18,1 - 23,1)
San Juan	17,9 (15,8 - 20,4)	17,7 (15,3 - 20,4)	21,1 (17,8 - 25,0)
San Luis	15,3 (13,4 - 17,6)	17,1 (14,8 - 19,6)	17,5 (14,7 - 20,6)
Cuyo	16,5 (15,1 - 17,9)	19,4 (17,6 - 21,3)	20,1 (18,4 - 22,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 7.3. Prevalencia de sobrepeso u obesidad en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2013	
	Sobrepeso	Obesidad
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	37,1 (36,0 - 38,2)	20,8 (19,9 - 21,8)
Sexo		
Varón	43,3 (41,7 - 44,9)	22,9 (21,5 - 24,4)
Mujer	31,3 (29,9 - 32,7)	18,8 (17,7 - 20,0)
Grupo de edad		
18 a 24	25,4 (22,7 - 28,3)	7,7 (6,3 - 9,4)
25 a 34	35,0 (32,6 - 37,4)	15,8 (14,3 - 17,5)
35 a 49	39,8 (37,8 - 41,8)	24,3 (22,5 - 26,1)
50 a 64	40,9 (38,7 - 43,2)	29,6 (27,5 - 31,9)
65 y más	42,6 (39,7 - 45,6)	24,3 (22,0 - 26,7)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	41,8 (38,5 - 45,1)	28,1 (24,7 - 31,8)
Primario completo y secundario incompleto	38,3 (36,5 - 40,1)	24,5 (23,0 - 26,0)
Secundario completo y más	35,4 (34,0 - 36,9)	17,0 (15,8 - 18,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	35,5 (33,2 - 37,8)	21,4 (19,4 - 23,4)
2	38,2 (35,8 - 40,5)	22,3 (20,3 - 24,5)
3	38,1 (35,8 - 40,4)	21,5 (19,6 - 23,6)
4	37,3 (34,8 - 39,9)	20,1 (18,1 - 22,2)
5	36,3 (34,0 - 38,6)	18,8 (17,0 - 20,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 8

Tabaco

Introducción

El tabaquismo es una epidemia a nivel mundial cuyas consecuencias nocivas en la salud de las personas siguen en aumento. En el mundo mueren alrededor de 6 millones de personas al año por cuestiones relacionadas con el tabaco: aproximadamente el 10% de estas defunciones están asociadas a la exposición al humo de tabaco ajeno y el resto al consumo directo de algún producto de tabaco. Se estima que, de mantenerse la tendencia de los indicadores de tabaquismo, para el 2030 la cantidad de muertes asociadas ascenderá más de 8 millones anuales en el mundo (1).

Al analizar el tabaco como uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, se evidencia que más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco, así como el 11% de las muertes por cardiopatía isquémica (2). Lo paradigmático de esta temática es que, de todos, el tabaquismo es el factor de riesgo más prevenible (1) (2).

En la Argentina, cada año mueren aproximadamente 40.000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco. Los últimos datos relevados sobre tabaquismo evidencian que la epidemia ha disminuido en los últimos 8 años, tanto en la población joven (13 a 15 años) (3) como adulta (18 años y más) (4). Sin embargo, sus efectos siguen siendo preocupantes, no solo por su impacto en la salud de los individuos sino porque también representan un alto costo para la economía nacional (4).

En el presente capítulo se describen los indicadores asociados al tabaco y se analizan diferencias con relación a las ediciones anteriores de la ENFR, lo que servirá como insumo para el fortalecimiento de las políticas existentes y el diseño de nuevas estrategias.

Metodología

Se analizaron los siguientes indicadores: prevalencia de consumo de tabaco (definida a partir de quienes fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente); exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, trabajo y bares/restaurantes durante los últimos 30 días (entre aquellos que estuvieron en cada uno de estos sitios); y si pensó en dejar de fumar por las frases o imágenes de los paquetes de cigarrillos en los últimos 30 días (entre fumadores diarios y ocasionales). Este último indicador se relevó por primera vez en la 3ª edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Resultados

La prevalencia de consumo de tabaco, según los resultados de la 3ª ENFR, fue de 25,1%, continuando el descenso con relación a las ediciones anteriores de la encuesta (29,7% 2005 - 27,1% 2009) (Tabla 8.1). El indicador resultó mayor entre varones (29,9%) respecto de las mujeres (20,9%) y en el menor quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora (28,2%) en comparación con el mayor (23,0%). La distribución del indicador según edad evidenció mayor prevalencia en el grupo etario de 25 a 34 años (30,8%) (Tabla 8.2)

A nivel jurisdiccional, se observó que Misiones, Chaco y Formosa presentaron los porcentajes más bajos del indicador con respecto al total nacional (20,8% - 20,2% y 20,0% respectivamente) (Tabla 8.1).

A partir de la ENFR 2009 se evaluó el indicador de exposición al humo de tabaco ajeno en los distintos ámbitos en los que las personas pudieron haber estado expuestas como: el hogar, el lugar de trabajo y bares/restaurantes. Los datos relevados en la última ENFR evidenciaron importantes cambios: el 27,6% de las personas que en los últimos 30 días estuvieron en su hogar declararon que alguien fumó allí en su presencia; un 25,0% de quienes estuvieron en el trabajo en el último mes notaron que alguien fumó dentro de este ámbito y un 23,5% de quienes estuvieron en bares/restaurantes en los últimos 30 días notaron personas fumando allí. En los tres casos se evidenció una disminución respecto de la ENFR 2009 (Tabla 8.3).

Hacia el interior de los grupos estudiados, se observó que la exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo y en bares/restaurantes resultó mayor entre varones (31,5% y 27,3% respectivamente) respecto de las mujeres (17,5% y 20,0% respectivamente). En relación con la edad, los más jóvenes fueron los que estuvieron más frecuentemente expuestos al humo de tabaco ajeno tanto en el hogar (37,3%) como en bares y restaurantes (39,6%). No se observaron variaciones en la exposición al humo de tabaco ajeno según nivel educativo en ninguno de los tres ámbitos analizados. En cambio, sí se registró una asociación de estos indicadores con el nivel de ingreso total del hogar por unidad consumidora: en el primer quintil se evidenció mayor exposición en todos los espacios analizados (Tabla 8.4).

En Río Negro, Tierra del Fuego y CABA se evidenciaron menores porcentajes de exposición al humo de tabaco ajeno en los lugares de trabajo, respecto del total país (15,7%, 18,7% y 19,5% respectivamente).

En las provincias de la región patagónica se observaron menores porcentajes de exposición en bares/restaurantes, en relación con el valor nacional, y en las de Cuyo y muchas del NOA se evidenciaron valores por encima del mismo (Tabla 8.3).

En la 3ª edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se indagó por primera vez acerca del impacto de las advertencias sanitarias/pictogramas impresos en los paquetes de cigarrillos: el 54,5% de los fumadores actuales de cigarrillos declaró que, en los últimos 30 días, estas advertencias lo hicieron pensar en dejar de fumar. No se registraron diferencias según sexo ni edad mientras que sí se evidenció mayor impacto en las personas con menor nivel educativo y de menores ingresos (Tabla 8.5).

Discusión

Los resultados de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo evidenciaron que los indicadores relacionados con el tabaquismo continúan mejorando. La prevalencia de tabaquismo disminuyó respecto de ediciones anteriores, registrándose mayores valores entre varones y entre los jóvenes.

También se observó una disminución en la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, trabajo y bares/restaurantes respecto de la ENFR realizada en 2009. Los jóvenes y las personas de menor nivel de ingresos estuvieron más expuestos.

Asimismo, la 3ª ENFR permitió por primera vez evaluar el impacto de las advertencias sanitarias/pictogramas impresos en los paquetes de cigarrillos, medida dispuesta desde junio de 2012 (RM 497/2012). La mitad de los fumadores, ya sean diarios u ocasionales, declaró que las mismas lo hicieron pensar en dejar de fumar.

Desde hace más de una década se llevan a cabo en nuestro país una multiplicidad de iniciativas nacionales, provinciales y municipales cuyos efectos se observan en

un cambio de conducta de la población. Entre estas se destacan: las acciones del Programa Nacional de Control de Tabaco, el desarrollo de un sistema de vigilancia que permite la evaluación sistemática de la prevalencia de los indicadores de tabaquismo y de la efectividad de las políticas de control de tabaco, la sanción de la Ley N° 26.687 de Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco y su decreto reglamentario N° 602/2013, la fiscalización y registro de denuncias por infracción a la ley (RM 425/2014) y las regulaciones locales con sitios 100% libres de humo, entre otras.

Sin embargo, para que las políticas existentes y futuras continúen siendo efectivas es necesario alentar también la regulación del precio de los productos elaborados con tabaco. La Organización Mundial de la Salud promueve el incremento de impuestos de estos productos, recomendando que los mismos representen al menos un 70% del valor final (5). En nuestro país, si bien los impuestos a los productos elaborados con

tabaco representan el 68% del valor, el precio inicial es muy bajo, lo que genera que el precio final de los cigarrillos, por ejemplo, sea uno de los más bajos del continente. Por ello es necesario garantizar la plena implementación efectiva de la ley en todo el territorio nacional.

En conclusión, si bien nuestro país demuestra importantes avances en el control del tabaquismo que se evidencian en la disminución progresiva del consumo y la exposición al humo de tabaco, es necesario profundizar las acciones, incrementando el precio relativo de los productos elaborados con tabaco, intensificando las estrategias de comunicación y educación, y garantizando la implementación de la ley y su reglamentación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Ginebra: OMS; Marzo de 2013. Nota descriptiva: 339 [acceso 27 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Liberarse del Tabaco. Ginebra: OMS; Marzo 2014. "¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?" [acceso 28 de noviembre de 2014] Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/
3. Ministerio de Salud de la Nación. 4° Encuesta Mundial de Tabaquismo en J. venes. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: http://www.who.int/fctc/text_download/es/

Tabla 8.1. Prevalencia de consumo de tabaco en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	29,7 (28,7 - 30,8)	27,1 (26,3 - 27,9)	25,1 (24,2 - 26,2)
Ciudad de Buenos Aires	27,4 (24,4 - 30,7)	26,1 (22,8 - 29,7)	24,3 (20,6 - 28,5)
Buenos Aires	29,5 (27,4 - 31,6)	28,0 (26,4 - 29,6)	25,8 (23,8 - 27,9)
Córdoba	31,2 (28,2 - 34,3)	27,4 (25,1 - 29,8)	26,5 (24,3 - 28,8)
Entre Ríos	28,0 (24,7 - 31,4)	25,2 (23,0 - 27,5)	24,1 (21,3 - 27,2)
La Pampa	35,7 (31,4 - 40,1)	27,3 (24,3 - 30,4)	24,0 (20,5 - 27,9)
Santa Fe	27,3 (24,2 - 30,6)	26,6 (24,4 - 29,0)	26,5 (24,0 - 29,2)
Pampeana y GBA	29,1 (27,7 - 30,6)	27,4 (26,3 - 28,5)	25,7 (24,3 - 27,1)
Catamarca	34,3 (31,3 - 37,5)	30,7 (27,6 - 33,9)	23,6 (19,8 - 27,8)
Jujuy	27,4 (24,4 - 30,7)	19,2 (16,6 - 22,1)	21,9 (19,4 - 24,6)
La Rioja	32,8 (30,1 - 35,6)	30,1 (27,7 - 32,6)	26,9 (23,6 - 30,4)
Salta	32,1 (25,8 - 39,2)	26,1 (23,1 - 29,3)	21,8 (18,8 - 25,1)
Santiago del Estero	28,1 (24,9 - 31,5)	21,3 (18,1 - 24,9)	21,9 (19,2 - 24,8)
Tucumán	34,3 (32,0 - 36,7)	30,0 (27,6 - 32,5)	22,2 (19,3 - 25,3)
Noroeste	31,8 (29,7 - 33,9)	26,2 (24,9 - 27,5)	22,4 (21,0 - 23,8)
Corrientes	29,2 (26,3 - 32,3)	21,6 (19,2 - 24,3)	24,6 (20,8 - 28,7)
Chaco	27,9 (25,4 - 30,6)	22,2 (19,5 - 25,0)	20,2 (17,1 - 23,7)
Formosa	22,6 (21,1 - 24,2)	20,5 (18,2 - 23,1)	20,0 (17,2 - 23,2)
Misiones	27,5 (24,7 - 30,5)	24,1 (21,4 - 27,1)	20,8 (18,2 - 23,6)
Noreste	27,5 (26,0 - 29,1)	22,3 (20,9 - 23,7)	21,6 (19,9 - 23,4)
Chubut	35,4 (32,8 - 38,1)	29,4 (26,4 - 32,7)	26,1 (23,6 - 28,9)
Neuquén	35,5 (33,2 - 37,9)	29,1 (25,2 - 33,3)	27,1 (23,2 - 31,3)
Río Negro	32,6 (30,1 - 35,3)	29,7 (27,2 - 32,4)	24,3 (21,5 - 27,3)
Santa Cruz	41,1 (38,4 - 43,9)	32,1 (28,9 - 35,4)	29,9 (26,0 - 34,2)
Tierra del Fuego	38,1 (34,9 - 41,3)	30,9 (27,6 - 34,4)	26,9 (23,5 - 30,7)
Patagónica	35,4 (34,0 - 36,8)	29,8 (28,3 - 31,5)	26,4 (24,9 - 28,0)
Mendoza	31,5 (28,8 - 34,4)	29,1 (25,6 - 32,9)	26,5 (23,4 - 29,8)
San Juan	31,8 (28,8 - 35,0)	25,2 (21,7 - 29,1)	27,4 (23,9 - 31,3)
San Luis	34,3 (31,5 - 37,2)	35,0 (31,9 - 38,2)	25,8 (22,4 - 29,4)
Cuyo	32,0 (30,2 - 33,9)	29,1 (26,7 - 31,5)	26,6 (24,5 - 28,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 8.2. Prevalencia de consumo de tabaco en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013		
	Fumador	Ex fumador	No fumador
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	25,1 (24,2 - 26,2)	17,6 (16,8 - 18,5)	57,2 (56,0 - 58,4)
Sexo			
Varón	29,9 (28,4 - 31,4)	20,5 (19,3 - 21,8)	49,6 (47,9 - 51,4)
Mujer	20,9 (19,7 - 22,1)	15,1 (14,0 - 16,2)	64,1 (62,5 - 65,5)
Grupo de edad			
18 a 24	26,7 (24,1 - 29,4)	6,8 (5,5 - 8,5)	66,5 (63,6 - 69,3)
25 a 34	30,8 (28,7 - 32,9)	13,9 (12,4 - 15,5)	55,3 (52,9 - 57,7)
35 a 49	26,7 (24,9 - 28,6)	15,0 (13,6 - 16,5)	58,3 (56,1 - 60,4)
50 a 64	26,2 (24,1 - 28,4)	26,3 (24,3 - 28,5)	47,5 (45,2 - 49,7)
65 y más	11,2 (9,6 - 13,0)	28,1 (25,8 - 30,6)	60,7 (57,8 - 63,4)
Nivel educativo			
Hasta primario incompleto	21,6 (19,1 - 24,4)	19,9 (17,4 - 22,6)	58,5 (55,4 - 61,6)
Primario completo y secundario incompleto	29,7 (28,0 - 31,4)	17,0 (15,7 - 18,4)	53,3 (51,5 - 55,1)
Secundario completo y más	22,5 (21,2 - 23,8)	17,7 (16,6 - 18,9)	59,9 (58,2 - 61,5)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora			
1	28,2 (26,1 - 30,4)	14,6 (12,9 - 16,3)	57,2 (54,8 - 59,6)
2	25,2 (23,2 - 27,4)	15,5 (13,9 - 17,2)	59,3 (56,9 - 61,7)
3	25,2 (23,0 - 27,4)	17,2 (15,2 - 19,3)	57,7 (55,1 - 60,2)
4	23,8 (21,6 - 26,1)	19,5 (17,7 - 21,5)	56,7 (54,1 - 59,2)
5	23,0 (21,0 - 25,1)	22,0 (20,1 - 23,9)	55,1 (52,7 - 57,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 8.3. Exposición al humo de tabaco ajeno en los últimos 30 días en el hogar, trabajo y/o bares/restaurantes de la población de 18 años y más que estuvo en cada uno de esos lugares, por provincia y región según lugar de exposición. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009-2013.

	ENFR 2009			ENFR 2013		
	Hogar	Trabajo	Bares/ restaurantes	Hogar	Trabajo	Bares/ restaurantes
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones						
Total	33,9 (33,0 - 34,9)	34,0 (32,8 - 35,2)	47,2 (45,6 - 48,7)	27,6 (26,5 - 28,6)	25,0 (23,9 - 26,2)	23,5 (22,3 - 24,9)
Ciudad de Buenos Aires	28,0 (25,1 - 31,1)	27,8 (24,4 - 31,6)	36,6 (32,7 - 40,6)	28,3 (24,8 - 32,0)	19,5 (16,1 - 23,4)	15,7 (12,5 - 19,6)
Buenos Aires	36,6 (34,9 - 38,4)	35,1 (32,7 - 37,5)	50,6 (47,7 - 53,6)	30,0 (27,9 - 32,1)	26,2 (24,0 - 28,7)	22,7 (20,2 - 25,3)
Córdoba	35,7 (33,1 - 38,4)	32,9 (29,6 - 36,5)	35,1 (31,0 - 39,4)	32,3 (29,0 - 35,8)	23,1 (20,3 - 26,1)	22,7 (19,6 - 26,2)
Entre Ríos	32,1 (28,3 - 36,2)	31,7 (28,3 - 35,3)	47,0 (37,5 - 56,7)	20,5 (17,8 - 23,5)	24,6 (20,3 - 29,4)	39,6 (34,1 - 45,4)
La Pampa	37,1 (32,0 - 42,6)	32,6 (28,2 - 37,4)	39,1 (31,8 - 46,9)	21,9 (18,8 - 25,3)	23,3 (19,9 - 27,0)	16,6 (12,9 - 21,1)
Santa Fe	32,0 (29,2 - 35,0)	27,8 (24,5 - 31,3)	38,8 (34,7 - 43,1)	25,4 (22,8 - 28,2)	24,6 (21,7 - 27,8)	21,0 (18,1 - 24,3)
GBA y Pampeana	34,6 (33,4 - 35,9)	32,9 (31,3 - 34,5)	44,9 (42,9 - 46,9)	29,1 (27,6 - 30,5)	24,7 (23,1 - 26,2)	21,9 (20,2 - 23,6)
Catamarca	36,4 (32,3 - 40,8)	42,2 (38,4 - 46,2)	46,2 (41,4 - 51,0)	25,2 (21,2 - 29,6)	36,1 (30,5 - 42,2)	29,1 (23,4 - 35,5)
Jujuy	22,9 (20,1 - 26,1)	38,6 (35,1 - 42,2)	73,1 (69,1 - 76,8)	19,4 (16,6 - 22,6)	35,0 (30,2 - 40,2)	56,4 (51,2 - 61,3)
La Rioja	37,0 (34,2 - 39,9)	45,4 (40,8 - 50,0)	60,9 (51,8 - 69,3)	28,7 (24,3 - 33,6)	34,1 (29,2 - 39,4)	46,4 (37,2 - 55,9)
Salta	32,3 (28,9 - 35,9)	39,7 (35,9 - 43,6)	80,4 (76,0 - 84,1)	25,7 (23,0 - 28,7)	31,8 (27,4 - 36,6)	41,3 (34,5 - 48,4)
Santiago del Estero	32,3 (28,5 - 36,5)	43,1 (39,2 - 47,1)	78,6 (74,4 - 82,3)	21,4 (18,2 - 25,0)	29,4 (24,2 - 35,2)	34,2 (28,1 - 40,8)
Tucumán	37,0 (33,5 - 40,6)	35,4 (31,7 - 39,3)	20,7 (16,7 - 25,4)	24,8 (21,5 - 28,3)	24,2 (20,5 - 28,2)	13,8 (9,8 - 19,1)
Noroeste	33,0 (31,3 - 34,6)	39,4 (37,6 - 41,2)	56,5 (54,1 - 59,0)	24,0 (22,6 - 25,6)	29,9 (27,8 - 32,1)	32,1 (28,9 - 35,5)
Corrientes	32,8 (27,4 - 38,6)	35,7 (32,2 - 39,3)	57,1 (51,9 - 62,1)	26,1 (22,2 - 30,5)	25,7 (21,8 - 30,0)	26,0 (19,1 - 34,4)
Chaco	30,9 (28,6 - 33,4)	37,7 (32,4 - 43,2)	64,9 (59,0 - 70,4)	18,2 (14,8 - 22,1)	23,5 (18,7 - 28,9)	37,8 (29,3 - 47,0)
Formosa	23,5 (19,8 - 27,6)	31,6 (27,9 - 35,7)	56,0 (48,0 - 63,7)	20,3 (16,9 - 24,2)	21,6 (17,5 - 26,3)	27,2 (20,3 - 35,5)
Misiones	29,0 (25,4 - 32,8)	23,8 (20,1 - 28,0)	44,9 (28,3 - 62,8)	19,6 (16,8 - 22,9)	22,5 (18,2 - 27,5)	31,5 (25,1 - 38,6)
Noreste	29,9 (27,8 - 32,1)	32,4 (30,3 - 34,6)	57,1 (52,2 - 61,9)	21,2 (19,3 - 23,2)	23,6 (21,3 - 26,2)	30,6 (26,7 - 34,9)
Chubut	36,8 (33,6 - 40,1)	46,1 (41,8 - 50,5)	52,4 (45,7 - 59,0)	25,6 (22,2 - 29,4)	23,3 (19,5 - 27,6)	10,1 (7,5 - 13,5)
Neuquén	30,1 (26,5 - 34,1)	31,1 (26,4 - 36,2)	19,1 (14,9 - 24,2)	17,8 (14,6 - 21,4)	22,7 (19,3 - 26,4)	12,5 (9,1 - 17,0)
Río Negro	29,3 (26,3 - 32,6)	31,4 (26,6 - 36,6)	41,7 (33,7 - 50,1)	20,1 (17,1 - 23,4)	15,7 (12,3 - 19,7)	8,2 (5,8 - 11,5)
Santa Cruz	40,5 (37,4 - 43,7)	57,9 (52,6 - 62,9)	76,4 (72,5 - 79,9)	33,0 (29,9 - 36,3)	28,3 (24,7 - 32,2)	13,8 (11,2 - 16,9)
Tierra del Fuego	36,0 (32,5 - 39,7)	40,2 (35,7 - 44,8)	27,9 (23,5 - 32,7)	22,9 (19,4 - 26,7)	18,7 (14,9 - 23,3)	5,2 (3,6 - 7,5)
Patagónica	33,1 (31,5 - 34,8)	38,4 (36,2 - 40,8)	41,0 (37,5 - 44,6)	22,8 (21,1 - 24,6)	21,4 (19,8 - 23,2)	10,3 (8,9 - 11,9)
Mendoza	30,0 (26,8 - 33,4)	31,6 (27,9 - 35,5)	51,6 (46,4 - 56,7)	26,9 (23,6 - 30,5)	26,1 (22,4 - 30,1)	35,2 (31,1 - 39,4)
San Juan	36,2 (32,1 - 40,4)	46,5 (41,4 - 51,6)	62,0 (56,0 - 67,6)	31,4 (27,7 - 35,3)	29,7 (25,4 - 34,4)	35,1 (28,6 - 42,3)
San Luis	37,3 (34,6 - 40,0)	36,7 (32,4 - 41,2)	69,2 (64,8 - 73,3)	26,9 (23,9 - 30,2)	23,7 (19,4 - 28,6)	38,3 (32,6 - 44,4)
Cuyo	32,8 (30,5 - 35,0)	36,0 (33,4 - 38,8)	56,6 (52,9 - 60,1)	28,0 (25,7 - 30,4)	26,6 (24,0 - 29,4)	35,5 (32,4 - 38,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013

Tabla 8.4. Exposición al humo de tabaco ajeno en los últimos 30 días en el hogar, trabajo y/o bares/restaurantes de la población de 18 años y más que estuvo en cada uno de esos lugares por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora según lugar de exposición. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2013		
	Hogar	Trabajo	Bares/ restaurantes
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	27,6 (26,5 - 28,6)	25,0 (23,9 - 26,2)	23,5 (22,3 - 24,9)
Sexo			
Varón	27,7 (26,1 - 29,3)	31,5 (29,8 - 33,2)	27,3 (25,4 - 29,2)
Mujer	27,5 (26,2 - 28,9)	17,5 (16,2 - 19,0)	20,0 (18,4 - 21,6)
Grupo de edad			
18 a 24	37,3 (34,3 - 40,3)	26,6 (23,4 - 30,0)	39,6 (36,3 - 43,0)
25 a 34	29,2 (26,9 - 31,6)	29,0 (26,8 - 31,3)	27,8 (25,2 - 30,6)
35 a 49	25,1 (23,3 - 26,9)	27,3 (25,3 - 29,4)	20,3 (18,3 - 22,4)
50 a 64	28,2 (26,1 - 30,3)	22,4 (20,2 - 24,7)	14,8 (12,6 - 17,2)
65 y más	18,3 (16,3 - 20,6)	8,9 (6,7 - 11,8)	9,1 (7,3 - 11,2)
Nivel educativo			
Hasta primario incompleto	28,7 (25,8 - 31,9)	24,6 (20,6 - 29,1)	19,3 (15,2 - 24,2)
Primario completo y secundario incompleto	31,0 (29,3 - 32,8)	29,2 (27,2 - 31,2)	22,8 (20,7 - 25,0)
Secundario completo y más	24,8 (23,4 - 26,2)	22,5 (21,1 - 24,0)	24,4 (22,9 - 26,0)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora			
1	31,1 (28,9 - 33,3)	27,2 (24,8 - 29,6)	27,7 (24,7 - 31,0)
2	28,1 (26,1 - 30,3)	26,9 (24,3 - 29,6)	23,6 (20,9 - 26,4)
3	27,6 (25,3 - 30,0)	26,7 (24,0 - 29,6)	23,6 (21,0 - 26,3)
4	26,0 (23,8 - 28,2)	23,4 (21,1 - 25,8)	22,1 (19,6 - 24,7)
5	24,8 (22,7 - 27,0)	21,5 (19,4 - 23,6)	21,3 (19,1 - 23,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 8.5. Población de 18 años y más fumadora diaria u ocasional que pensó en dejar de fumar por las frases o imágenes impresas en los paquetes de cigarrillos en los últimos 30 días por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	54,5 (52,1 - 56,8)
Sexo	
Varón	53,4 (50,3 - 56,4)
Mujer	56,0 (52,7 - 59,1)
Grupo de edad	
18 a 24	53,5 (47,3 - 59,7)
25 a 34	53,5 (49,1 - 57,9)
35 a 49	54,6 (50,6 - 58,5)
50 a 64	56,2 (51,1 - 61,2)
65 y más	55,5 (48,2 - 62,5)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	66,7 (59,3 - 73,5)
Primario completo y secundario incompleto	58,4 (54,6 - 62,0)
Secundario completo y más	48,5 (45,5 - 51,5)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	60,1 (55,9 - 64,1)
2	57,7 (52,5 - 62,7)
3	55,3 (50,0 - 60,5)
4	52,8 (47,7 - 57,9)
5	43,5 (39,2 - 48,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 9

Alcohol

Introducción

A nivel mundial el uso nocivo del alcohol causa aproximadamente 3,3 millones de muertes por año, lo que representa el 5,9% de todas las muertes, mientras que el 5,1% de la carga mundial de morbilidad es atribuible al consumo de esta sustancia. Si bien la relación entre el consumo de alcohol y la salud es compleja, la evidencia científica demuestra que el uso nocivo del alcohol es la principal causa de traumatismos involuntarios por lesiones, de trastornos neuropsiquiátricos, depresión, malnutrición y, en casos muy severos, puede generar daño cerebral. También es un importante factor de riesgo para la prevalencia de múltiples enfermedades, como las hepáticas, cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, úlceras, anemia, coagulación defectuosa y de enfermedades de transmisión y funcionamiento sexual (1).

En nuestro continente el consumo promedio de alcohol per cápita es superior al promedio mundial. Asimismo el patrón de consumo de alcohol es más peligroso ya que se bebe de manera episódica e intensa, lo cual está directamente relacionado con los traumatismos, sobre todo entre los jóvenes de 15 a 34 años (2). En la Argentina según datos de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el año 2011 (3), la mitad de la población de entre 16 y 65 años refirió haber consumido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días y un 26,4 % presentó conductas de un consumo episódico excesivo. A su vez, se registró este tipo de consumo con

mayor proporción en los varones y entre los jóvenes, al igual que lo evidenciado en estudios anteriores realizados por la SEDRONAR para la población general (4).

Este capítulo tiene como objetivo describir los resultados de la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo acerca de los indicadores de consumo regular de riesgo y consumo episódico excesivo de alcohol de forma comparativa con los resultados de ediciones anteriores.

Metodología

En este módulo se analizaron los siguientes indicadores: prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo, definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días; y prevalencia de consumo de alcohol episódico excesivo, definido como el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días.

Resultados

El consumo de alcohol regular de riesgo a nivel nacional fue de 7,8%, manteniendo un valor similar a los registrados en las ediciones anteriores (Tabla 8.1). En cuanto al sexo, se observó un mayor consumo regular de riesgo en varones (11,7%) que en mujeres (4,4%) y en los rangos etarios 18 a 24 años (10,7%) y 25 a 34 años (9,6%). No se registraron diferencias según nivel educativo ni por ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 9.2). Las provincias que presentaron los menores porcentajes con respecto al valor nacional fueron Catamarca (3,0%), Misiones (3,1%), San

Luis (3,2%), Río Negro (5,1%) y La Rioja (5,2%) (Tabla 9.1).

La prevalencia del consumo de alcohol episódico excesivo a nivel nacional fue de 10,4% la cual aumentó respecto de la 2° ENFR 2009 (8,9%) (Tabla 9.3). Al igual que para el consumo regular de riesgo, los varones (17,1%) reportaron mayor consumo episódico excesivo que las mujeres (4,4%). También el consumo episódico excesivo estuvo fuertemente asociado a una menor edad, ya que los más jóvenes refirieron tener esta conducta 9 veces más que los mayores de 65 años (17,7% entre los encuestados de 18 a 24 años y 1,9% en mayores de 65 años) (Tabla 9.4). A su vez, al relacionar ambas categorías, se observó un porcentaje aún mayor en los varones de 18 a 24 (25,7%) que en las mujeres de la misma edad (9,7%).

En cuanto al análisis por jurisdicciones, se observaron los porcentajes más bajos con relación al total nacional en San Luis (4,8%) y Mendoza (7,2%) (Tabla 9.3).

Discusión

La 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo no registró variaciones con respecto a las ediciones anteriores de los años 2005 y 2009 en lo que respecta a la prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo, mientras que el consumo episódico excesivo aumentó entre la 2° y la 3° ENFR. Tampoco se evidenciaron cambios en el patrón de grupos de riesgo con relación a las ediciones anteriores: los varones fueron el grupo más vulnerable para ambos tipos de consumo y, específicamente para el consumo episódico excesivo, lo fueron los varones jóvenes.

Indudablemente las cifras citadas evidencian que nos encontramos frente a un grave problema de salud pública, por lo que resulta imperativo analizar y fortalecer los marcos institucionales para el abordaje de esta problemática con objetivos muy claros e intervenciones

precisas. Según la Estrategia Mundial de la OMS para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, entre las políticas más costoefectivas se encuentran: el control de la disponibilidad de alcohol; el aumento del precio a través de impuestos; el control de la publicidad del alcohol, y la implementación de políticas para evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol (2) (5). Otras medidas poblacionales que también cuentan con evidencia en su costoefectividad son el aumento de la edad mínima permitida para adquirir alcohol y la regulación de la graduación de alcohol en las bebidas (6) (7) (8). Dentro de las intervenciones individuales, las estrategias de detección temprana e intervenciones breves por agentes sanitarios en el primer nivel de atención están respaldadas por numerosos estudios y son una de las medidas más prometedoras para reducir tanto el consumo regular de riesgo como el episódico excesivo y, así, disminuir la morbilidad por lesiones traumáticas (2).

En nuestro país, desde el Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol perteneciente a la Dirección Nacional de Promoción de Salud Mental y Control de Adicciones (9), y en articulación con otros programas y organismos gubernamentales, como la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), se aborda la problemática del consumo de alcohol mediante diferentes estrategias. Entre las principales acciones se encuentran la sanción de la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo (Ley N° 24.788) y sus decretos reglamentarios 149/09 y 688/2009 (10); la elaboración y difusión de herramientas para la detección temprana y atención del consumo episódico excesivo de alcohol; acciones de política comunicacional; implementación de acciones de sensibilización; capacitación a agentes de salud para abordar la problemática del consumo de alcohol mediante la

detección temprana e intervenciones breves de consejería y acompañamiento terapéutico; la articulación con entidades empresarias de productores de bebidas alcohólicas para la promoción del consumo responsable, entre otras acciones conjuntas; y la optimización de los indicadores para la vigilancia epidemiológica, principalmente en articulación con el Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR.

Factores de Riesgo muestra la necesidad de profundizar las acciones a nivel local y diseñar nuevas estrategias con el fin de reducir los valores actuales y lograr disminuir la morbilidad asociada a esta problemática.

El análisis de los indicadores de consumo de alcohol de esta 3ª Encuesta Nacional de

Referencias

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Ginebra: WHO, 2014 [acceso 22 de octubre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
2. Yu Ye, Cheryl J. Cherpitel y Scott Macdonald. Capítulo 6: Traumatismos relacionados con el consumo de alcohol en las Américas: variaciones en función de la causa y el país. En Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política. OPS. OMS; Washington DC, 2013.
3. Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas – ENPreCoSP- Año 2011 – MSAL-INDEC.
4. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Observatorio Argentino de Drogas, 2010 [acceso el 20 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/estudios_consumo_sustancias psicoactivas.php
5. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y Políticas Públicas, segunda edición. Washington, D.C: OPS, 2010 [acceso 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/alcohol-politicas.pdf>
6. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Ginebra: WHO, 2011 [acceso 16 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>.
7. Monteiro, Maristela G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington D.C: OPS, 2007 [acceso 16 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>.
8. World Health Organization. WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, second report. Ginebra: WHO, 2007. Technical Report Series: 944 [acceso 20 de noviembre de 2014]. Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf
9. Ministerio de salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Promoción de Salud Mental y Control de Adicciones [acceso 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/>
10. Ley Nacional de lucha contra el Alcoholismo. Ley 24.788. Boletín Oficial, 3 de abril de 1997 [acceso 16 de noviembre de 2014]. Disponible en: [http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24788-ley_nacional_lucha_contra.htm?2](http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24788-ley-nacional_lucha_contra.htm?2).

Tabla 9.1. Consumo de alcohol regular de riesgo de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	6,6 (6,1 - 7,2)	8,2 (7,7 - 8,8)	7,8 (7,2 - 8,5)
Ciudad de Buenos Aires	5,6 (4,4 - 7,1)	9,9 (8,0 - 12,3)	7,3 (5,5 - 9,6)
Buenos Aires	5,7 (4,8 - 6,8)	8,2 (7,3 - 9,3)	8,1 (6,9 - 9,4)
Córdoba	8,6 (6,8 - 10,7)	8,6 (7,1 - 10,3)	8,5 (6,3 - 11,3)
Entre Ríos	5,9 (3,7 - 9,4)	8,4 (7,0 - 10,1)	7,6 (6,0 - 9,6)
La Pampa	8,6 (7,0 - 10,5)	7,3 (5,1 - 10,2)	7,4 (5,6 - 9,7)
Santa Fe	10,6 (9,0 - 12,4)	10,9 (9,3 - 12,8)	9,8 (8,3 - 11,7)
Pampeana y GBA	6,6 (5,9 - 7,3)	8,8 (8,1 - 9,5)	8,2 (7,4 - 9,1)
Catamarca	5,5 (4,1 - 7,3)	7,3 (5,9 - 9,0)	3,0 (1,8 - 4,9)
Jujuy	5,7 (3,6 - 8,9)	5,6 (3,9 - 7,8)	5,4 (4,0 - 7,2)
La Rioja	8,2 (6,4 - 10,5)	5,3 (3,8 - 7,2)	5,2 (3,8 - 7,1)
Salta	4,9 (2,5 - 9,4)	7,0 (5,2 - 9,4)	7,7 (6,1 - 9,7)
Santiago del Estero	7,2 (5,5 - 9,3)	6,8 (5,2 - 8,7)	6,1 (4,4 - 8,5)
Tucumán	4,7 (3,5 - 6,4)	8,3 (7,0 - 9,8)	8,3 (6,0 - 11,4)
Noroeste	5,6 (4,6 - 6,7)	7,0 (6,3 - 7,9)	6,8 (5,9 - 8,0)
Corrientes	7,4 (5,9 - 9,1)	6,3 (4,9 - 8,2)	9,6 (7,4 - 12,3)
Chaco	9,5 (7,6 - 11,7)	7,7 (6,1 - 9,7)	11,2 (8,5 - 14,5)
Formosa	3,7 (2,3 - 5,7)	6,4 (4,9 - 8,3)	10,3 (7,8 - 13,6)
Misiones	8,2 (5,4 - 12,2)	7,6 (5,1 - 11,1)	3,1 (2,2 - 4,3)
Noreste	7,7 (6,4 - 9,2)	7,1 (6,1 - 8,2)	8,4 (7,1 - 9,8)
Chubut	10,2 (6,9 - 14,9)	6,3 (4,4 - 9,0)	6,4 (4,7 - 8,6)
Neuquén	5,4 (3,8 - 7,5)	5,8 (4,1 - 8,1)	9,4 (6,9 - 12,6)
Río Negro	6,2 (4,9 - 7,8)	8,4 (5,9 - 11,9)	5,1 (4,0 - 6,4)
Santa Cruz	8,0 (6,7 - 9,4)	6,5 (4,7 - 8,9)	6,5 (4,7 - 8,9)
Tierra del Fuego	9,4 (6,8 - 12,7)	6,2 (4,7 - 8,2)	7,7 (5,8 - 10,3)
Patagónica	7,4 (5,7 - 9,5)	6,8 (5,7 - 8,1)	6,9 (6,0 - 7,9)
Mendoza	6,9 (5,5 - 8,6)	8,0 (6,3 - 10,1)	5,8 (4,4 - 7,5)
San Juan	5,4 (4,0 - 7,2)	2,4 (1,5 - 3,8)	7,5 (5,3 - 10,4)
San Luis	6,7 (5,1 - 8,6)	6,9 (5,4 - 8,7)	3,2 (2,2 - 4,6)
Cuyo	6,5 (5,5 - 7,6)	6,4 (5,3 - 7,7)	5,8 (4,7 - 7,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 9.2. Consumo de alcohol regular de riesgo de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	7,8 (7,2 - 8,5)
Sexo	
Varón	11,7 (10,6 - 12,9)
Mujer	4,4 (3,8 - 5,0)
Grupo de edad	
18 a 24	10,7 (9,1 - 12,6)
25 a 34	9,6 (8,3 - 11,2)
35 a 49	6,7 (5,8 - 7,9)
50 a 64	6,7 (5,6 - 8,1)
65 y más	5,4 (4,3 - 6,8)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	7,6 (5,9 - 9,9)
Primario completo y secundario incompleto	8,4 (7,4 - 9,6)
Secundario completo y más	7,4 (6,7 - 8,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	8,6 (7,2 - 10,2)
2	7,2 (6,0 - 8,6)
3	7,4 (6,0 - 9,0)
4	7,3 (6,2 - 8,6)
5	8,7 (7,4 - 10,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 9.3. Consumo de alcohol episódico excesivo de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	10,1 (9,3 - 10,9)	8,9 (8,4 - 9,5)	10,4 (9,7 - 11,1)
Ciudad de Buenos Aires	8,7 (7,0 - 10,8)	9,5 (7,4 - 12,1)	11,0 (8,4 - 14,2)
Buenos Aires	9,7 (8,3 - 11,5)	7,4 (6,5 - 8,5)	9,4 (8,1 - 10,7)
Córdoba	10,7 (8,4 - 13,5)	10,6 (8,8 - 12,7)	12,6 (10,1 - 15,8)
Entre Ríos	7,2 (4,9 - 10,6)	12,2 (10,1 - 14,7)	11,8 (9,3 - 14,9)
La Pampa	7,5 (5,6 - 9,8)	9,2 (7,3 - 11,4)	11,3 (9,0 - 14,1)
Santa Fe	10,8 (8,9 - 13,0)	10,4 (8,8 - 12,2)	11,4 (9,3 - 14,0)
Pampeana y GBA	9,7 (8,7 - 10,8)	8,6 (7,9 - 9,4)	10,3 (9,4 - 11,3)
Catamarca	7,1 (4,8 - 10,4)	10,5 (7,7 - 14,0)	8,1 (5,4 - 11,9)
Jujuy	13,1 (11,0 - 15,5)	9,9 (7,9 - 12,2)	14,4 (9,6 - 21,1)
La Rioja	13,7 (11,6 - 16,2)	9,8 (7,6 - 12,6)	11,5 (8,7 - 15,1)
Salta	14,2 (11,4 - 17,5)	10,5 (7,8 - 14,0)	12,6 (10,1 - 15,5)
Santiago del Estero	10,7 (8,5 - 13,4)	9,9 (7,6 - 12,7)	9,6 (7,1 - 12,9)
Tucumán	12,0 (10,5 - 13,7)	11,0 (9,0 - 13,3)	9,7 (7,7 - 12,2)
Noroeste	12,3 (11,0 - 13,7)	10,4 (9,3 - 11,7)	11,2 (9,8 - 12,7)
Corrientes	12,7 (9,4 - 17,0)	12,8 (10,1 - 16,2)	15,2 (11,3 - 20,1)
Chaco	8,2 (6,6 - 10,1)	10,1 (8,1 - 12,6)	11,9 (8,2 - 16,9)
Formosa	6,6 (4,9 - 8,8)	8,1 (6,0 - 10,9)	17,5 (13,3 - 22,7)
Misiones	11,3 (7,8 - 16,0)	7,3 (5,3 - 9,8)	9,4 (6,7 - 13,1)
Noreste	10,2 (8,4 - 12,3)	9,9 (8,7 - 11,3)	12,9 (11,0 - 15,1)
Chubut	11,5 (8,8 - 14,8)	8,5 (6,5 - 11,1)	11,6 (8,9 - 15,1)
Neuquén	10,8 (9,3 - 12,5)	8,4 (6,5 - 10,8)	9,1 (7,0 - 11,6)
Río Negro	10,1 (8,4 - 12,1)	10,0 (7,6 - 13,0)	9,6 (7,7 - 11,8)
Santa Cruz	9,6 (7,5 - 12,4)	9,2 (6,5 - 12,9)	12,1 (9,0 - 16,1)
Tierra del Fuego	12,5 (9,6 - 16,2)	7,2 (5,6 - 9,2)	12,0 (9,2 - 15,4)
Patagónica	10,7 (9,5 - 12,1)	8,9 (7,8 - 10,2)	10,5 (9,3 - 11,8)
Mendoza	10,0 (8,2 - 12,0)	8,8 (6,8 - 11,4)	7,2 (5,5 - 9,5)
San Juan	11,2 (8,9 - 14,0)	8,4 (6,2 - 11,4)	8,8 (6,3 - 12,1)
San Luis	8,4 (6,6 - 10,8)	9,1 (7,4 - 11,1)	4,8 (3,5 - 6,7)
Cuyo	10,0 (8,8 - 11,4)	8,8 (7,4 - 10,4)	7,2 (5,9 - 8,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 9.4. Consumo de alcohol episódico excesivo de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	10,4 (9,7 - 11,1)
Sexo	
Varón	17,1 (15,8 - 18,4)
Mujer	4,4 (3,8 - 5,0)
Grupo de edad	
18 a 24	17,7 (15,7 - 20,0)
25 a 34	15,6 (14,0 - 17,3)
35 a 49	9,8 (8,6 - 11,1)
50 a 64	5,8 (4,8 - 6,9)
65 y más	1,9 (1,4 - 2,5)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	9,1 (7,1 - 11,6)
Primario completo y secundario incompleto	11,3 (10,2 - 12,5)
Secundario completo y más	10,0 (9,1 - 10,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	11,0 (9,5 - 12,8)
2	10,8 (9,3 - 12,3)
3	9,9 (8,4 - 11,6)
4	9,1 (7,8 - 10,5)
5	11,1 (9,7 - 12,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 10

Hipertensión arterial

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo de diversas patologías como la enfermedad coronaria aguda, el accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular periférica, la enfermedad vascular renal y la hemorragia retiniana (1).

Se estima que 9,4 millones de personas fallecen en el mundo debido a la HTA (2), representando el 12,8% del total de muertes anuales (3). En América del Sur en el 2010 se situó entre los tres factores de riesgo principales de muerte y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en personas mayores de 50 años (4).

La medición de la presión arterial constituye una práctica preventiva importante para la detección de personas que podrán beneficiarse con intervenciones efectivas (como cambios en el estilo de vida o medicación) y reducir el riesgo cardiovascular asociado a la HTA (5). Estudios científicos han evidenciado que el tratamiento farmacológico podría reducir el riesgo relativo de enfermedad coronaria en un 44% y el de accidente cerebrovascular en un 49% (6).

Si bien las intervenciones destinadas a individuos de alto riesgo son necesarias e importantes, las políticas dirigidas a la población en su conjunto tienen alto impacto ya que evitan eventos cardiovasculares en un gran número de personas consideradas no hipertensas (7).

El objetivo de este capítulo es describir los resultados de la 3ª ENFR relacionados

con la HTA y su comparación con ediciones anteriores.

Métodos

En este capítulo se analizaron los siguientes indicadores: control de la presión arterial en los últimos 2 años y prevalencia de presión arterial elevada entre quienes se controlaron. Asimismo, se describió el porcentaje de personas con hipertensión arterial que recibieron tratamiento, el tipo de tratamiento recibido (farmacológico y/o no farmacológico como el ejercicio, la dieta o la reducción de peso) y el lugar y las características de la atención donde se realizan los controles de salud relacionados con la hipertensión arterial.

Resultados

El 82,4% de los encuestados refirió haberse controlado la presión arterial al menos una vez en los últimos dos años, porcentaje que se mantuvo constante en relación con lo evidenciado en el 2009 (81,4%) (Tabla 10.1). Este indicador fue más frecuente en las mujeres (86,6%) que en los varones (77,8%), y se observó mayor frecuencia de control de la presión arterial a mayor edad y mayor nivel de ingresos. También se registró que las personas con prepaga u obra social (87,2%) se midieron la presión en mayor medida que aquellos con cobertura sólo pública (71,2%) (Tabla 10.2).

Entre aquellas personas que se controlaron, el 34,1% refirió que un médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía la presión arterial elevada, sin encontrarse variaciones con respecto a las ediciones anteriores.

(Tabla 10.3). Este indicador fue mayor en mujeres (36,4%) que en varones (31,4%). Asimismo, se observaron importantes diferencias según grupos de edad y nivel de instrucción: la prevalencia de HTA en mayores de 64 años (62,1%) casi quintuplica la observada en personas de 18 a 24 años (12,8%); a su vez, los encuestados con instrucción hasta primario incompleto (56,3%) tuvieron 2 veces más prevalencia de este factor de riesgo que los que completaron estudios secundarios (26,4%) (Tabla 10.4). Como se mencionó anteriormente, a la hora de interpretar estos resultados es importante tener en cuenta la relación entre el nivel educativo y el grupo de edad, dado que el grupo de menor nivel de instrucción está compuesto mayoritariamente por adultos mayores de 65 años o más.

Al 58,2% de las personas con HTA un profesional de la salud le indicó un tratamiento para controlar su presión arterial, ya sea farmacológico (49,1%), no farmacológico (7,7%) o ambos (42,5%). Las personas con cobertura social o prepaga refirieron recibir tratamiento en menor proporción que aquellas con obra social o prepaga (38,9% vs. 64,5%).

El 47,8% de las personas con hipertensión arterial se realizó controles de salud relacionados con esta condición. El lugar donde llevaron a cabo dichos controles varía según la cobertura de salud. Las personas con obra social o prepaga acudieron con mayor frecuencia a un consultorio de una clínica privada (31,9%) o de un médico individual (31,5%), mientras que aquellos con cobertura social o prepaga se atendieron más asiduamente en un consultorio de un centro de salud comunitario o del barrio (36,3%) o de un hospital (30,7%).

También se evaluó si la atención clínica hacia las personas hipertensas la hace siempre el mismo profesional de la salud (76,7%) y si este conoce su historia clínica (85,4%). Una vez más, se observaron diferencias en cuanto a cobertura de salud, siendo ambos indicadores más bajos para el caso de las personas con

cobertura social o prepaga (atención por el mismo profesional: 56,8% vs 82,6% con obra social o prepaga; conocimiento de historia clínica del profesional: 72,3% con cobertura social o prepaga vs 89,3% con obra social o prepaga).

Discusión

Ocho de cada diez personas se controlaron la presión arterial en los últimos dos años. De aquellos que se controlaron, más de un tercio refirió que se les diagnosticó HTA. Aquellos con prepaga u obra social se controlaron más frecuentemente la presión arterial y recibieron más asiduamente tratamiento que los que tienen cobertura social o prepaga. Por otra parte, la mayoría de las personas con HTA reciben tratamiento farmacológico, pero solo la mitad declaró llevar un estilo de vida saludable (ejercicio, dieta o reducción de peso) como medida terapéutica.

La prevalencia de HTA en Argentina es similar a la descrita para todo el continente americano (35%), según de menor prevalencia a nivel global (3). Sin embargo, la distribución de este factor de riesgo no es igual en toda la población de nuestro país. Ya ha sido ampliamente descrito que los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por la falta de acceso al diagnóstico y al tratamiento y, además, dificultar la prevención de las complicaciones. La urbanización acelerada además tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas ricas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol (8) (9).

Los resultados de esta encuesta han detectado una importante influencia del

tipo de cobertura de salud en la calidad de la atenci n recibida por las personas. Estos hallazgos son coincidentes con lo que ocurre en otros pa ses de ingreso medio (10). Desde el Ministerio de Salud de la Naci n, a trav s de la Direcci n de Promoci n de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles se llevan a cabo diferentes estrategias para disminuir esta brecha: reorientar los servicios sanitarios a la atenci n del paciente cr nico a trav s de diversas acciones como la capacitaci n a gestores y a diferentes integrantes de los equipos de salud sobre el Modelo de Atenci n de Personas con Enfermedades Cr nicas (MAPEC) y la implementaci n de la gua para la estimaci n y el manejo de riesgo cardiovascular, la educaci n al paciente, el mejoramiento del seguimiento del paciente mediante sistemas de informaci n y de referencia/contrareferencia adecuados (MAPEC), todas ellas en el marco del fortalecimiento del primer nivel atenci n para el abordaje de las enfermedades no transmisibles como estrategia de salud p blica (11). Asimismo, el programa REDES desarrolla a nivel provincial acciones de capacitaci n sanitaria e incentivos para mejorar la calidad de atenci n de las personas con enfermedades no transmisibles. Por otro lado, el Programa Remediar tiene dentro de su vadem cum cinco

f rmacos antihipertensivos (amlodipina, losart n, enalapril, hidroclorotiazida y furosemida) asegurando el acceso a este tipo de terap utica (12).

Si bien categorizar el diagn stico de hipertensi n seg n un valor de corte establecido permite detectar personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular, gran parte de estos eventos ocurren en personas con cifras menores de tensi n arterial (13). La iniciativa “Menos sal m s vida” (14) y la Ley Nacional N° 26.905 de Regulaci n del Consumo de Sodio (15) constituyen ejemplos de intervenciones poblacionales que, a trav s de la reducci n de la ingesta de sodio, buscan disminuir la presi n arterial de la poblaci n general y, de esta forma, la enfermedad cardiovascular. Estas intervenciones se describen m s detalladamente en el cap tulo 6 del presente informe sobre alimentaci n.

En conclusi n, si bien el acceso al control de HTA alcanza a un gran porcentaje de la poblaci n, se observan inequidades asociadas a factores socioecon micos en cuanto a la prevalencia y caracter sticas de la atenci n sanitaria. Las estrategias mencionadas buscan reducir estas brechas y reducir la morbimortalidad explicada por la HTA en toda la poblaci n.

Referencias

1. World Health Organization/International Society of Hypertension statement on management of hypertension. JA., Whitworth. 2003, *Journal of Hypertension*, Vol. 21, p gs. 1983-1992.
2. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lim, SS, y otros. 9859, 2012, *Lancet*, Vol. 380, p gs. 2224-60.
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Washington: Data Visualization. [acceso: 07 de noviembre de 2014.] <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>.
5. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management. Report From the Panel Members Appointed (JNC 8). James, Paul A., y otros. 5, 2014, *JAMA*, Vol. 311, p gs. 507-520.
6. Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis. Gaziano, Thomas A, Opie, Lionel H y Wein, Milton C. 9536, 2006, *Lancet*, Vol. 368, p gs. 679-686.
7. Estimation of the burden of cardiovascular disease attributable to modifiable risk factors and cost-effectiveness analysis of preventative interventions to reduce this burden in Argentina. Rubinstein, Adolfo, y otros. 627, 2013, *BMC Public Health*, Vol. 10.
8. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo 2013. [acceso: 11 de noviembre de 2014.] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1.
9. Hypertension in developing countries. Ibrahim, Moshen M y Damasceno, Albertino. 2012, *Lancet*, Vol. 380, p gs. 611-19.
10. Social epidemiology of hypertension in middle-income countries: determinants of prevalence, diagnosis, treatment, and control in the WHO SAGE study. Basu, S y Millett, C. 1, 2013, *Hypertension*, Vol. 62, p gs. 18-26.
11. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. [En línea] <http://www.msal.gov.ar/ent/>.
12. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. [acceso: 05 de noviembre de 2014.] <http://www.remediar.gov.ar/>.
13. Sick individuals and sick populations. Rose, Geoffrey. 30, 2001, *Int J Epidemiol.*, Vol. 3, p gs. 427-32.
14. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. Menos Sal Más Vida. [acceso: 05 de noviembre de 2014.] <http://www.msal.gov.ar/ent/image>.
15. Ley Nacional de Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio en la Población. Ley 26.905. Boletín Oficial, 16 de diciembre de 2013. [acceso: 05 de noviembre de 2014.] <http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26905-promocion-reduccion-consumo-sodio.htm?2>.

Tabla 10.1. Control de la presión arterial de la población de 18 años y más por un profesional de la salud en los últimos dos años por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	78,7 (77,6 - 79,7)	81,4 (80,4 - 82,2)	82,4 (81,4 - 83,4)
Ciudad de Buenos Aires	87,6 (85,5 - 89,5)	86,8 (84,2 - 89,0)	90,0 (86,8 - 92,5)
Buenos Aires	76,8 (74,6 - 78,9)	81,0 (79,1 - 82,8)	82,9 (80,8 - 84,8)
Córdoba	83,2 (80,5 - 85,6)	84,0 (81,9 - 85,9)	83,4 (80,2 - 86,1)
Entre Ríos	78,7 (75,5 - 81,5)	77,6 (71,8 - 82,5)	83,2 (78,7 - 86,9)
La Pampa	76,3 (73,3 - 79,1)	83,6 (79,6 - 87,0)	69,3 (63,3 - 74,7)
Santa Fe	80,9 (77,4 - 84,0)	82,4 (79,6 - 84,9)	82,1 (79,3 - 84,6)
Pampeana y GBA	79,6 (78,2 - 81,0)	82,2 (81,0 - 83,4)	83,6 (82,3 - 84,9)
Catamarca	78,7 (75,8 - 81,3)	78,3 (75,7 - 80,6)	77,5 (71,8 - 82,4)
Jujuy	71,2 (63,8 - 77,6)	70,4 (66,3 - 74,3)	77,1 (72,6 - 81,0)
La Rioja	77,2 (74,1 - 80,1)	74,8 (70,3 - 78,8)	80,6 (77,7 - 83,1)
Salta	72,1 (69,5 - 74,5)	79,1 (75,3 - 82,5)	76,7 (73,3 - 79,8)
Santiago del Estero	72,9 (69,1 - 76,3)	74,2 (70,3 - 77,8)	71,0 (66,4 - 75,3)
Tucumán	76,3 (74,3 - 78,1)	81,5 (79,2 - 83,6)	78,5 (75,4 - 81,3)
Noroeste	74,2 (72,4 - 76,0)	77,5 (75,9 - 78,9)	76,8 (75,2 - 78,3)
Corrientes	74,8 (71,5 - 77,8)	78,4 (74,7 - 81,7)	76,9 (72,2 - 81,0)
Chaco	75,8 (72,9 - 78,5)	79,7 (76,5 - 82,6)	77,7 (73,7 - 81,3)
Formosa	75,4 (72,0 - 78,5)	75,6 (71,7 - 79,1)	81,3 (75,5 - 86,0)
Misiones	73,1 (70,9 - 75,2)	74,7 (70,3 - 78,7)	77,4 (72,6 - 81,5)
Noreste	74,7 (73,2 - 76,2)	77,5 (75,6 - 79,2)	77,9 (75,5 - 80,0)
Chubut	77,1 (75,1 - 79,0)	76,8 (73,4 - 79,9)	78,1 (75,1 - 80,9)
Neuquén	77,5 (75,4 - 79,5)	82,5 (79,0 - 85,5)	81,4 (78,1 - 84,2)
Río Negro	78,6 (74,8 - 82,0)	79,9 (75,5 - 83,6)	79,8 (76,5 - 82,8)
Santa Cruz	75,1 (72,6 - 77,5)	76,5 (73,2 - 79,4)	82,3 (79,5 - 84,8)
Tierra del Fuego	80,4 (76,9 - 83,4)	82,6 (79,7 - 85,1)	85,8 (82,9 - 88,3)
Patagónica	77,7 (76,3 - 79,0)	79,6 (77,9 - 81,3)	80,6 (79,0 - 82,0)
Mendoza	80,4 (77,1 - 83,3)	84,3 (81,5 - 86,8)	85,1 (81,1 - 88,4)
San Juan	80,9 (78,0 - 83,5)	85,0 (81,9 - 87,6)	84,4 (80,7 - 87,5)
San Luis	77,6 (74,6 - 80,4)	80,5 (77,4 - 83,3)	80,6 (76,7 - 84,0)
Cuyo	80,1 (78,0 - 82,1)	83,9 (82,0 - 85,6)	84,2 (81,6 - 86,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 10.2. Control de la presión arterial de la población de 18 años y más por un profesional de la salud en los últimos dos años por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013	
	% (IC 95%)	
Total	82,4	(81,4 - 83,4)
Sexo		
Varón	77,8	(76,2 - 79,2)
Mujer	86,6	(85,5 - 87,6)
Grupo de edad		
18 a 24	66,3	(63,2 - 69,3)
25 a 34	75,5	(73,1 - 77,7)
35 a 49	84,0	(82,5 - 85,5)
50 a 64	91,7	(90,5 - 92,7)
65 y más	94,9	(93,8 - 95,8)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	81,2	(78,3 - 83,7)
Primario completo y secundario incompleto	78,8	(77,3 - 80,3)
Secundario completo y más	85,3	(83,9 - 86,5)
Cobertura de salud		
Con obra social o prepaga	87,2	(86,1 - 88,2)
Cobertura sólo pública	71,2	(69,2 - 73,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	74,2	(72,0 - 76,2)
2	79,6	(77,2 - 81,7)
3	84,3	(82,4 - 86,0)
4	87,7	(85,9 - 89,2)
5	87,4	(85,5 - 89,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 10.3. Prevalencia de presión arterial elevada en la población de 18 años y más que se ha controlado la presión arterial con un profesional de la salud en los últimos dos años, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	34,5 (33,3 - 35,7)	34,6 (33,6 - 35,5)	34,1 (32,9 - 35,3)
Ciudad de Buenos Aires	29,7 (26,8 - 32,8)	29,0 (25,9 - 32,3)	28,5 (24,6 - 32,8)
Buenos Aires	34,8 (32,4 - 37,4)	35,3 (33,5 - 37,2)	34,5 (32,2 - 36,8)
Córdoba	35,4 (31,5 - 39,6)	35,6 (32,8 - 38,4)	36,1 (31,3 - 41,2)
Entre Ríos	34,4 (31,4 - 37,6)	35,5 (31,9 - 39,4)	35,8 (33,0 - 38,6)
La Pampa	34,9 (31,8 - 38,0)	34,0 (29,4 - 38,9)	36,4 (32,0 - 41,1)
Santa Fe	34,8 (32,2 - 37,6)	33,4 (30,4 - 36,6)	33,7 (30,8 - 36,8)
Pampeana y GBA	34,1 (32,5 - 35,8)	34,2 (33,0 - 35,5)	33,9 (32,3 - 35,5)
Catamarca	36,5 (33,4 - 39,7)	40,2 (36,6 - 44,0)	34,5 (29,9 - 39,5)
Jujuy	30,5 (28,3 - 32,8)	30,5 (27,8 - 33,4)	35,2 (31,6 - 39,0)
La Rioja	41,4 (38,2 - 44,6)	30,8 (27,9 - 33,9)	31,8 (27,9 - 36,0)
Salta	27,7 (24,8 - 30,8)	31,4 (27,7 - 35,3)	35,0 (30,7 - 39,7)
Santiago del Estero	36,4 (33,7 - 39,3)	37,3 (33,2 - 41,6)	36,3 (31,5 - 41,5)
Tucumán	39,3 (36,1 - 42,5)	38,6 (35,8 - 41,5)	37,2 (33,8 - 40,7)
Noroeste	34,7 (32,8 - 36,7)	35,0 (33,3 - 36,6)	35,6 (33,7 - 37,5)
Corrientes	35,1 (30,0 - 40,6)	36,4 (32,8 - 40,1)	36,2 (32,3 - 40,3)
Chaco	39,1 (36,2 - 42,0)	36,8 (32,2 - 41,8)	42,4 (38,1 - 46,9)
Formosa	37,1 (33,1 - 41,4)	39,3 (34,8 - 43,9)	37,4 (33,8 - 41,1)
Misiones	34,8 (31,9 - 37,8)	36,0 (32,7 - 39,4)	38,8 (35,2 - 42,4)
Noreste	36,5 (34,4 - 38,7)	36,8 (34,7 - 39,0)	38,9 (36,8 - 41,0)
Chubut	29,9 (27,0 - 33,0)	34,4 (30,9 - 38,0)	32,4 (29,5 - 35,4)
Neuquén	35,2 (31,5 - 39,0)	33,1 (29,4 - 37,1)	34,8 (29,7 - 40,3)
Río Negro	37,4 (31,2 - 44,1)	32,8 (29,3 - 36,5)	29,0 (25,7 - 32,6)
Santa Cruz	36,4 (33,1 - 39,7)	31,4 (28,0 - 35,1)	34,4 (31,0 - 38,1)
Tierra del Fuego	35,9 (32,5 - 39,4)	31,7 (28,6 - 34,9)	28,2 (25,3 - 31,3)
Patagónica	34,8 (32,0 - 37,6)	33,0 (31,2 - 34,8)	32,0 (30,2 - 33,9)
Mendoza	35,9 (32,9 - 38,9)	37,6 (34,3 - 41,1)	30,2 (27,5 - 32,9)
San Juan	38,5 (35,2 - 41,8)	36,0 (32,6 - 39,5)	35,7 (31,4 - 40,2)
San Luis	31,6 (28,4 - 35,0)	34,5 (31,3 - 37,9)	27,7 (24,0 - 31,6)
Cuyo	35,9 (33,9 - 38,0)	36,7 (34,5 - 39,0)	31,0 (29,0 - 33,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 10.4. Prevalencia de presión arterial elevada en la población de 18 años y más que se ha controlado la presión arterial con un profesional de la salud en los últimos dos años, por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	34,1 (32,9 - 35,3)
Sexo	
Varón	31,4 (29,6 - 33,2)
Mujer	36,4 (35,0 - 37,8)
Grupo de edad	
18 a 24	12,8 (10,7 - 15,3)
25 a 34	19,7 (17,8 - 21,8)
35 a 49	28,4 (26,4 - 30,4)
50 a 64	47,5 (45,1 - 50,0)
65 y más	62,1 (59,4 - 64,6)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	56,3 (52,7 - 59,8)
Primario completo y secundario incompleto	39,6 (37,7 - 41,4)
Secundario completo y más	26,4 (24,9 - 27,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	38,5 (35,9 - 41,3)
2	34,8 (32,6 - 37,2)
3	35,4 (32,9 - 38,0)
4	32,6 (30,2 - 35,1)
5	29,0 (26,8 - 31,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 11

Colesterol elevado

Introducción

El colesterol elevado es una de las principales causas de la carga de enfermedad en el mundo en tanto factor de riesgo clave para la enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y vascular renal. Se estima que el colesterol elevado causa 2,6 millones de muertes (4,5% del total) y una pérdida de 29,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que significan el 2,0% del total a nivel mundial (1).

La presencia de altos niveles de colesterol en la sangre puede tener diferentes causas pero principalmente están vinculadas al estilo de vida, como el sedentarismo, el exceso de peso, la alimentación rica en grasas o el consumo excesivo de alcohol; también puede asociarse al consumo de ciertos medicamentos (2) y/o a antecedentes familiares (3).

Ciertos cambios de hábitos, como la adopción de una dieta saludable y la realización de actividad física en forma regular previenen altos niveles de colesterol en sangre (2) (4). En este sentido, la reducción de la ingesta de grasas trans es una herramienta fundamental para la prevención de enfermedades dados los efectos adversos que presentan: aumentan el nivel de colesterol perjudicial (LDL y VLDL), disminuyen el de colesterol denominado colesterol bueno (HDL) e inflaman el revestimiento de las arterias (5).

Debido a la relevancia del colesterol elevado en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, a la importancia de estas afecciones en la

carga de enfermedad a nivel mundial y a la existencia de herramientas efectivas para su control, resultan prioritarias las intervenciones destinadas a la prevención y tratamiento de la dislipemia. En este sentido, los datos de la 3ª edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo son una herramienta valiosa para orientar y monitorear dichas intervenciones.

Métodos

Para el presente módulo se analizaron los siguientes indicadores: control de colesterol alguna vez entre hombres de 35 años y más, y mujeres de 45 años y más; el análisis según estos rangos de edad se debe a que se consideran los grupos con riesgo cardiovascular elevado y donde se reportan los mayores beneficios de la detección temprana y tratamiento de la problemática (6). También se analizó la prevalencia de colesterol elevado entre aquellos que se controlaron alguna vez (población de 18 años y más). Asimismo se estimó el porcentaje de personas con colesterol elevado bajo tratamiento y el tipo de tratamiento realizado (de tipo farmacológico, no farmacológico o ambos).

Resultados

Los resultados de la 3ª edición de la ENFR reportaron que el porcentaje de varones de 35 años y más y mujeres de 45 años y más que se controló el colesterol alguna vez fue del 77,5%, sin diferencias con respecto a la edición 2009. En ambas encuestas, no obstante, el porcentaje fue mayor que el de la realizada en el 2005 (72,9%) (Tabla 11.1).

Se evidenció mayor proporción de control entre mujeres respecto de los varones (84,7% vs. 71,6%). Fue mayor el porcentaje de control del colesterol a mayor nivel educativo e ingresos. Entre las personas con obra social o prepaga el indicador fue mayor (82,8%) que entre aquellas personas que reportaron cobertura pública únicamente (58,4%) (Tabla 11.2).

En la comparación entre jurisdicciones, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Santa Fe fueron las que presentaron mayores porcentajes de control del colesterol con respecto al total nacional (86,5%, 83,8% y 82,5% respectivamente), mientras que en varias provincias del Noroeste y el Noreste se observaron porcentajes menores (Tabla 11.1).

Con relación a la prevalencia de colesterol elevado entre aquellos que se controlaron alguna vez (población del 18 a os y m s), en la 3° ENFR el porcentaje fue de 29,8% y no manifestó diferencias con respecto a las ediciones anteriores de la encuesta (Tabla 11.44). Tampoco se observaron diferencias según sexo ni por ingreso total del hogar por unidad consumidora; en cambio sí se registró mayor prevalencia de colesterol elevado a mayor edad y a menor nivel educativo (Tabla 11.4). Las jurisdicciones que mostraron valores menores que el total nacional fueron San Luis (21,7%) y Santa Fe (25,1%) (Tabla 11.3).

Del total de personas con colesterol elevado el 53,2% declaró estar bajo algún tipo de tratamiento al momento del relevamiento. No se presentaron diferencias según sexo ni por nivel educativo. La población con obra social o prepaga declaró en mayor medida estar haciendo algún tratamiento para disminuir el colesterol elevado (56,2%) que aquellas personas con cobertura pública únicamente (41,0%).

Entre quienes declararon estar en tratamiento, el 36,9% refirió realizar

solamente tratamiento no farmacológico (dieta, ejercicios, reducción de peso) mientras que un 27,4% afirmó realizar únicamente tratamiento farmacológico (con medicamentos) y un 34,4% expresó llevar a cabo ambos tipos.

Discusión

Tanto el control del colesterol entre hombres de 35 a os y m s y mujeres de 45 a os y m s, como la prevalencia de colesterol elevado entre aquellos que se controlaron alguna vez, se mantuvieron estables con respecto a la segunda ENFR realizada en 2009.

Aproximadamente tres cuartos de los hombres de 35 a os y m s, y mujeres de 45 a os y m s se controlaron el colesterol alguna vez. Entre ellos, alrededor de 8 de cada 10 lo hicieron hacía menos de un año. Los grupos donde se observó mayor porcentaje de medición del colesterol alguna vez fueron: las mujeres, las personas de mayor edad, en los niveles educativos y de ingresos más altos y entre aquellos con obra social o prepaga.

Un tercio de las personas que se controlaron alguna vez refirieron tener colesterol elevado, observándose mayor prevalencia entre adultos mayores y en personas con menor nivel educativo. Del total de personas con colesterol elevado, un poco más de la mitad reportó estar en tratamiento al momento de la encuesta. Esto último se asemeja al fenómeno presente en diversos países, en los cuales una proporción significativa de personas con colesterol elevado no se encuentra bajo tratamiento (6) (7). El porcentaje de personas en tratamiento fue mayor en el grupo con obra social o prepaga que entre aquellas con cobertura pública únicamente.

De acuerdo a la evidencia, la realización de actividad física y una alimentación saludable ayudan a reducir y prevenir el desarrollo del colesterol elevado. En ese sentido, el Ministerio de Salud de la

Nación, desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, propone cambiar los hábitos alimentarios a nivel poblacional y mejorar la atención profesional de las problemáticas relacionadas. Se desarrollaron con este fin un conjunto de herramientas que combinan un abordaje integral tanto desde la demanda, a través de la concientización en la población y la creación de entornos saludables, como desde la oferta, desde la educación y la regulación a la industria de alimentos; también desde los servicios de salud, por vía de la capacitación y difusión de las recomendaciones a los efectores. A nivel nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Plan Argentina Saludable, lleva a cabo estrategias relacionadas con la promoción de la alimentación saludable y la actividad física y el desarrollo de guías de práctica clínica para efectos de salud, que se describen en los capítulos asociados del presente informe (Capítulo 5, Actividad física; Capítulo 6, Alimentación; Capítulo 7, Peso corporal; entre otros). Una de las estrategias más costoefectivas para reducir el nivel de colesterol de las personas es la reducción del consumo de las grasas trans (5). Mediante la campaña “Argentina 2014 Libre de Grasas Trans” se modificó el Código Alimentario Argentino, a través de una resolución conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, para limitar la cantidad permitida de grasas trans en los alimentos industrializados (8).

Cabe mencionar las acciones llevadas a cabo para la prevención del riesgo cardiovascular. Desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles se desarrolló la Guía de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares para los profesionales de la salud, que permite tomar decisiones terapéuticas en función del riesgo cardiovascular global. Asimismo se llevan a cabo diversas capacitaciones e incentivos para impulsar el desarrollo de redes integradas

de servicios de salud y se desarrollan materiales para promover el automanejo y mejorar la adherencia a los tratamientos de los pacientes (materiales educativos y libreta de cuidados para personas con factores de riesgo cardiovascular).

A nivel de intervenciones individuales, en aquellos casos en los que la dieta y el ejercicio no son suficientes para disminuir los niveles de colesterol, y de acuerdo al nivel de riesgo cardiovascular global de la persona, es posible el tratamiento mediante fármacos, entre los cuales se encuentran las estatinas. El Ministerio de Salud de la Nación, mediante el programa REDES, distribuye estatinas a través de los botiquines REMEDIAR a los efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) para aquellas personas clasificadas con riesgo cardiovascular global (RCVG) elevado (mayor al 10%).

Por lo expuesto, y dado el impacto del colesterol elevado en la salud pública, resulta necesario seguir avanzando en las estrategias mencionadas con el objetivo de reducir la exposición a los determinantes de la hipercolesterolemia y ampliar el acceso a los tratamientos disponibles.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory. Raised cholesterol. [acceso: 10 de noviembre de 2014.] Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/.
2. Ministerio de Salud de la Nación. sitio de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Dislipemia - Colesterol alto. [acceso: 15 de noviembre de 2014.] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/0-800-salud-responde/316-dislipemia-colesterol-alto>.
3. National Health Service (NHS). NHS Choices. El colesterol. abril de 2008. [acceso: 2 de noviembre de 2014.] Disponible en: http://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/Cholesterol_Spanish_FINAL.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de Informes Técnicos OMS. OMS, 2003. [acceso: 20 de noviembre de 2014.] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Argentina saludable. Aceites saludables y la eliminación de ácidos grasos trans de origen industrial en las Américas. OPS, 2008. [acceso: 19 de noviembre de 2014.] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/aceites-saludables.pdf>.
6. Roth, Gregory A, y otros. Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Concentración sérica de colesterol elevada, cobertura farmacológica y control terapéutico: análisis de los datos de las encuestas nacionales de vigilancia sanitaria procedente de ocho países. Organización Mundial de la Salud (OMS), volumen 89, febrero de 2011. [acceso: 2 de noviembre de 2014.] Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/2/10-079947-ab/es/>.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa. El colesterol, un problema mal controlado. 1 de febrero de 2011. [acceso: 5 de noviembre de 2014.] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/cholesterol_20110201/es/.
8. Ministerio de Salud de la Nación. Campaña "Argentina 2014 Libre de Grasas Trans". Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. [acceso: 10 de noviembre de 2014.] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php?option=com>

Tabla 11.1. Control de colesterol alguna vez en varones de 35 años y más y mujeres de 45 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	72,9 (71,4 - 74,4)	77,7 (76,7 - 78,7)	77,5 (76,2 - 78,8)
Ciudad de Buenos Aires	90,2 (87,8 - 92,1)	89,2 (86,2 - 91,5)	86,5 (81,9 - 90,1)
Buenos Aires	71,5 (68,5 - 74,4)	78,4 (76,4 - 80,3)	78,0 (75,4 - 80,4)
Córdoba	78,1 (74,3 - 81,4)	78,2 (74,7 - 81,4)	77,4 (72,3 - 81,8)
Entre Ríos	66,6 (61,4 - 71,4)	71,5 (67,5 - 75,1)	74,2 (68,2 - 79,3)
La Pampa	73,8 (69,7 - 77,5)	82,0 (77,5 - 85,9)	72,2 (66,0 - 77,7)
Santa Fe	76,0 (71,7 - 79,9)	81,8 (78,7 - 84,6)	82,5 (79,2 - 85,3)
Pampeana y GBA	75,3 (73,4 - 77,2)	80,0 (78,7 - 81,3)	79,4 (77,6 - 81,1)
Catamarca	68,0 (63,3 - 72,3)	65,3 (60,6 - 69,6)	73,1 (67,4 - 78,2)
Jujuy	52,8 (39,4 - 65,9)	61,1 (56,3 - 65,6)	60,7 (54,8 - 66,4)
La Rioja	61,3 (55,4 - 66,9)	63,8 (59,1 - 68,3)	66,7 (59,3 - 73,5)
Salta	59,1 (50,7 - 67,0)	70,7 (65,5 - 75,4)	73,8 (68,2 - 78,8)
Santiago del Estero	65,3 (61,4 - 69,0)	67,7 (63,0 - 72,0)	64,9 (57,3 - 71,8)
Tucumán	65,1 (61,3 - 68,7)	73,7 (70,0 - 77,1)	71,3 (66,9 - 75,3)
Noroeste	61,9 (58,1 - 65,5)	68,8 (66,8 - 70,8)	69,3 (66,8 - 71,6)
Corrientes	63,8 (61,3 - 66,3)	68,2 (63,0 - 72,9)	73,6 (67,1 - 79,3)
Chaco	65,5 (58,0 - 72,3)	74,4 (69,5 - 78,8)	65,2 (59,0 - 70,9)
Formosa	55,5 (48,1 - 62,7)	66,3 (61,9 - 70,3)	73,2 (65,7 - 79,7)
Misiones	58,7 (51,1 - 65,9)	57,9 (49,6 - 65,9)	68,3 (62,6 - 73,6)
Noreste	61,8 (59,1 - 64,5)	67,4 (64,2 - 70,4)	69,7 (66,4 - 72,8)
Chubut	68,6 (64,9 - 72,1)	75,4 (70,6 - 79,6)	77,0 (72,5 - 80,9)
Neuquén	68,9 (65,1 - 72,4)	77,7 (70,6 - 83,5)	77,6 (72,5 - 82,0)
Río Negro	71,1 (67,5 - 74,4)	73,7 (68,7 - 78,2)	76,2 (71,6 - 80,2)
Santa Cruz	71,2 (67,6 - 74,5)	74,4 (70,8 - 77,7)	76,3 (71,8 - 80,3)
Tierra del Fuego	79,0 (72,5 - 84,3)	82,9 (78,7 - 86,5)	83,8 (79,6 - 87,2)
Patagónica	70,4 (68,5 - 72,1)	75,8 (73,2 - 78,3)	77,3 (75,0 - 79,4)
Mendoza	74,4 (70,1 - 78,2)	77,7 (74,6 - 80,5)	77,7 (73,3 - 81,5)
San Juan	67,2 (62,5 - 71,5)	73,6 (69,2 - 77,5)	76,0 (71,0 - 80,4)
San Luis	66,8 (62,7 - 70,7)	69,9 (66,0 - 73,5)	78,0 (73,0 - 82,4)
Cuyo	71,6 (68,7 - 74,3)	75,4 (73,2 - 77,5)	77,3 (74,4 - 80,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 11.2. Control de colesterol alguna vez en varones de 35 años y más y mujeres de 45 años y más por sexo, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	77,5 (76,2 - 78,8)
Sexo	
Varón	71,6 (69,7 - 73,4)
Mujer	84,7 (83,0 - 86,2)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	73,7 (70,0 - 77,0)
Primario completo y secundario incompleto	72,8 (70,7 - 74,8)
Secundario completo y más	83,1 (81,3 - 84,7)
Cobertura de salud	
Con obra social o prepaga	82,8 (81,5 - 84,1)
Cobertura sólo pública	58,4 (55,3 - 61,5)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	65,8 (62,4 - 69,2)
2	71,2 (68,1 - 74,1)
3	79,0 (76,4 - 81,5)
4	82,0 (79,2 - 84,5)
5	87,2 (85,1 - 89,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 11.3. Prevalencia de colesterol elevado en la población de 18 años y más que se ha controlado el colesterol alguna vez por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	27,8 (26,5 - 29,1)	29,1 (28,1 - 30,2)	29,8 (28,5 - 31,1)
Ciudad de Buenos Aires	32,4 (29,2 - 35,8)	28,1 (24,8 - 31,7)	27,9 (24,0 - 32,1)
Buenos Aires	25,0 (22,6 - 27,6)	29,3 (27,6 - 31,2)	30,4 (27,9 - 33,1)
Córdoba	28,9 (24,8 - 33,4)	27,8 (25,1 - 30,6)	30,9 (26,7 - 35,5)
Entre Ríos	29,9 (24,6 - 35,8)	25,2 (19,4 - 32,2)	29,2 (24,6 - 34,2)
La Pampa	30,1 (27,2 - 33,3)	29,6 (25,5 - 34,1)	33,0 (28,7 - 37,7)
Santa Fe	27,1 (24,1 - 30,3)	25,4 (22,9 - 28,2)	25,1 (22,7 - 27,5)
Pampeana y GBA	27,2 (25,6 - 28,9)	28,4 (27,1 - 29,7)	29,4 (27,7 - 31,2)
Catamarca	34,4 (30,3 - 38,9)	37,2 (31,9 - 42,8)	33,4 (28,4 - 38,9)
Jujuy	32,8 (28,8 - 37,1)	36,7 (32,9 - 40,6)	35,1 (29,9 - 40,7)
La Rioja	36,3 (31,2 - 41,6)	35,6 (31,0 - 40,4)	32,6 (28,1 - 37,5)
Salta	29,0 (24,7 - 33,6)	36,6 (33,3 - 40,1)	35,3 (30,8 - 40,0)
Santiago del Estero	28,2 (25,3 - 31,3)	33,8 (29,4 - 38,5)	28,6 (24,4 - 33,1)
Tucumán	37,3 (32,1 - 42,8)	35,0 (31,5 - 38,5)	34,0 (30,1 - 38,1)
Noroeste	33,1 (30,3 - 36,0)	35,7 (33,9 - 37,4)	33,6 (31,5 - 35,7)
Corrientes	30,2 (26,7 - 33,9)	31,9 (27,4 - 36,7)	31,9 (27,6 - 36,5)
Chaco	27,9 (25,2 - 30,7)	26,3 (21,7 - 31,4)	31,3 (26,5 - 36,6)
Formosa	25,1 (22,2 - 28,2)	24,5 (20,2 - 29,3)	30,6 (26,0 - 35,8)
Misiones	26,5 (20,7 - 33,3)	26,6 (22,8 - 30,7)	34,6 (29,5 - 40,1)
Noreste	27,9 (25,6 - 30,2)	27,7 (25,3 - 30,2)	32,3 (29,8 - 34,9)
Chubut	27,5 (25,1 - 30,1)	27,6 (22,8 - 33,0)	28,1 (25,1 - 31,3)
Neuquén	29,5 (27,1 - 32,0)	29,1 (25,1 - 33,3)	34,0 (30,0 - 38,3)
Río Negro	31,1 (27,7 - 34,8)	29,2 (25,1 - 33,7)	27,5 (24,2 - 31,1)
Santa Cruz	37,6 (33,8 - 41,6)	33,6 (29,9 - 37,4)	32,6 (28,2 - 37,4)
Tierra del Fuego	30,9 (27,2 - 34,8)	30,8 (26,1 - 36,0)	26,1 (21,7 - 31,0)
Patagónica	30,6 (29,1 - 32,1)	29,4 (27,3 - 31,7)	29,9 (28,1 - 31,7)
Mendoza	26,4 (23,2 - 29,8)	31,3 (26,9 - 36,2)	26,5 (22,8 - 30,4)
San Juan	27,9 (24,7 - 31,4)	27,2 (22,8 - 32,0)	29,8 (25,0 - 35,1)
San Luis	25,9 (22,6 - 29,6)	32,9 (29,4 - 36,7)	21,7 (18,0 - 25,8)
Cuyo	26,7 (24,5 - 28,9)	30,6 (27,6 - 33,8)	26,5 (23,9 - 29,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 11.4. Prevalencia de colesterol elevado en la población de 18 años y más que se ha controlado el colesterol alguna vez por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	29,8 (28,5 - 31,1)
Sexo	
Varón	29,7 (27,5 - 31,8)
Mujer	29,9 (28,4 - 31,5)
Grupo de edad	
18 a 24	15,6 (11,9 - 20,2)
25 a 34	16,4 (14,3 - 18,8)
35 a 49	26,9 (24,8 - 29,2)
50 a 64	39,8 (37,2 - 42,6)
65 y más	38,4 (35,8 - 41,1)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	42,2 (38,2 - 46,3)
Primario completo y secundario incompleto	31,8 (29,9 - 33,9)
Secundario completo y más	26,4 (24,7 - 28,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	30,0 (27,2 - 33,0)
2	32,3 (29,2 - 35,5)
3	31,2 (27,6 - 34,9)
4	27,0 (24,5 - 29,7)
5	29,1 (26,8 - 31,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 12

Diabetes

Introducción

La diabetes se ha convertido en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes (1), y es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países, sobre todo debido al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares que conlleva (2).

Un 50% de los pacientes con diabetes mueren de enfermedad cardiovascular, principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular (ACV) (3); además constituye una de las principales causas de insuficiencia renal (4).

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas en el mundo como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre (5) y, según estas proyecciones, la diabetes será la séptima causa de muerte en 2030 (6) y más del 80% de las muertes de este tipo se registran en países de ingresos bajos y medios. Mientras que en los países desarrollados la mayoría de las personas con diabetes han superado la edad de jubilación, en los países en desarrollo el grupo más afectado es el de 35 a 64 años (7).

La evidencia disponible hasta el momento es insuficiente para recomendar a favor o en contra del rastreo de diabetes en la población general. La recomendación de realizar glucemia en ayunas en personas asintomáticas en busca de diabetes

aplica a aquellos que tengan condiciones que aumenten el riesgo de esta patología (como la obesidad, entre otras). También se la recomienda en personas de 45 o más años, si bien no existe una evidencia suficiente que lo avale o desaconseje, dado el bajo costo y riesgo del test con el objetivo de aumentar la tasa de detección de diabetes (8).

Entre los tratamientos actualmente utilizados para la diabetes se incluyen la terapia farmacológica y el abordaje no farmacológico en el que los cambios en el estilo de vida y los ambientes promotores de salud tienen una influencia significativa (9). Por otro lado, es conocido el efecto de la educación diabetológica como factor decisivo en el éxito de los tratamientos en personas con diabetes (10), ocupando un rol importante en el empoderamiento a través de la adquisición de conocimiento y, sobre todo, de habilidades específicas para manejar su condición con eficacia.

El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de los indicadores relacionados con la diabetes en personas de 18 años o más en Argentina, y su comparación respecto a los resultados de las ENFR anteriores.

Métodos

Los indicadores sobre diabetes que se analizaron en el presente capítulo fueron: control de glucemia alguna vez; prevalencia de glucemia elevada/diabetes en la población general. Se indagó también sobre el tipo de tratamiento recibido para la diabetes o glucemia elevada (medicamentos y/o dieta, ejercicio y descenso de peso indicado

por un profesional de la salud); y sobre el lugar donde se realizan los controles. Por último se analizó la detección temprana de complicaciones (medido a través del examen de pies y/o examen de fondo de ojo en los últimos 12 meses); y el porcentaje de diabéticos que recibieron educación diabetológica mediante clase y/o curso.

Resultados

El 76,8% de la población general se realizó al menos un control de glucemia alguna vez y, entre quienes se controlaron, el 75,0% lo hizo hace menos de un año. La prevalencia de control se mantuvo estable con relación a la 2° ENFR (75,7%), mostrando un aumento respecto de la 1° ENFR realizada en el año 2005, que presentaba un valor de 69,3% (Tabla 12.1).

Las mujeres reportaron en mayor proporción haberse controlado alguna vez la glucemia, respecto de los varones (82,9% vs. 70,2%). Se observó una tendencia progresiva de aumento de la medición de glucemia alguna vez a mayor edad, siendo el mínimo de control entre las personas de 18 a 24 años (57%), y el máximo entre las personas de 65 años y más (93,9%). También se registró mayor prevalencia del indicador a mayor nivel educativo y de ingresos. Los individuos con cobertura únicamente del sector público presentaron menor porcentaje de medición de glucemia (60,7%) que aquellos con prepaga u obra social (83,7%) (Tabla 12.2).

Los valores más altos de control de glucemia alguna vez, en comparación con el total nacional, se registraron en las jurisdicciones de Tierra del Fuego (85,4%), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (83,5%), San Juan (83,1%) y Mendoza (82,9%) (Tabla 12.1).

Los resultados anteriormente expuestos corresponden a la población total encuestada (personas de 18 años y más); no obstante, al considerar a nivel nacional el grupo de mayores de 45 años –tal como

se especifica en las recomendaciones– el indicador de control de glucemia alguna vez fue 89,2%.

La prevalencia de diabetes en la población total (18 años y más) fue de 9,8%. Este indicador no registró cambios con respecto a la 2° ENFR (Tabla 12.3). Al igual que el indicador de control de glucemia alguna vez, la prevalencia de diabetes aumentó a mayor edad, con un mínimo de 2,9% en el grupo de 18 a 24 años y un máximo de 20,3% entre el segmento de 65 años y más, y a menor nivel educativo. No se registraron diferencias según sexo ni según ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 12.4).

El 61,3% de las personas con diabetes se encontraban recibiendo algún tratamiento, observándose un aumento respecto de la 2° ENFR (55,2%). No se evidenciaron diferencias en este indicador de acuerdo al sexo. En relación con la edad, se observó un progresivo incremento del tratamiento de diabetes en los grupos etarios mayores. En cuanto a la cobertura de salud, resultó más frecuente el tratamiento entre las personas con obra social o prepaga que entre las personas cubiertas por el sistema público únicamente (65,8% vs. 44,9%).

Por último se observó que, entre las personas tratadas por haber presentado diabetes o glucemia elevada, un 34,1% recibió tratamiento farmacológico exclusivo, un 14,4% recibió tratamiento no farmacológico exclusivo, y un 51,5% recibió ambos tratamientos.

Discusión

Los resultados de esta encuesta mostraron un elevado nivel de control de glucemia en la población: 8 de cada 10 personas se controlaron alguna vez, ascendiendo a mayor edad. Se observaron diferencias en el indicador respecto al tipo de cobertura: aquellas personas con cobertura exclusivamente del sistema público reportaron menores índices de

medición de glucemia que aquellos con otra cobertura de salud.

El Programa SUMAR, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, tiene como iniciativa mejorar la calidad de atención de los centros sanitarios haciendo especial hincapié en el primer nivel de atención, promoviendo la medición de glucemia en diferentes grupos poblacionales a través de capacitación e incentivos para la realización de estas prestaciones y de mejoras de las redes de salud (11).

Por otro lado, 1 de cada 10 encuestados de 18 años o más refirió tener diagnóstico de diabetes, proporción que se mantuvo estable desde 2009 a pesar del incremento de la obesidad en la población, considerando que ambos factores se encuentran íntimamente relacionados.

Se observó que el porcentaje de personas con diabetes que reportó estar recibiendo tratamiento se ha incrementado respecto a encuestas anteriores, resultando mayor entre aquellos con prepaga u obra social respecto de quienes tienen cobertura solo pública. El programa Remediar entrega en forma gratuita medicamentos para el control de la diabetes en los centros de primer nivel de atención (12).

Con relación a las intervenciones poblacionales para la prevención de la diabetes, existe clara evidencia sobre la efectividad de las políticas sobre alimentación saludable y actividad física en general. Las intervenciones individuales orientadas a personas con riesgo sobre alimentación y actividad física también demostraron retrasar y/o prevenir la aparición de la diabetes, así como la reducción del peso corporal y algunas intervenciones farmacológicas (13).

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, se desarrollan estrategias dirigidas a promover entornos más

saludables mediante diversas propuestas como el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo y el Plan Argentina Saludable, entre otras regulaciones. Además, se enfatiza en el desarrollo de los servicios de atención de la salud orientados al abordaje de las enfermedades no transmisibles mediante el “modelo de atención de personas con enfermedades crónicas”, basado en la estrategia de atención primaria que, a su vez, ha demostrado ser eficaz para mejorar el control metabólico de los pacientes con diabetes (14). También se ha desarrollado la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención (15) y materiales de difusión como folletos informativos y afiches para las salas de espera; se desarrollaron asimismo, herramientas para fomentar el automanejo de la enfermedad como folletos de educación terapéutica y una libreta de cuidados de pacientes con diabetes.

En resumen, el abordaje integral de las personas con diabetes sigue constituyendo un gran desafío para los sistemas de salud, no solo en Argentina sino también a nivel mundial.

Referencias

1. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*, 2011, 378(9785):31–40.
2. Organización Mundial de la Salud. Tipos de Diabetes. Noviembre de 2014. [acceso: 22 de enero de 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
3. Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Diabetologia* 2001, 44 Suppl 2:S14–S21.
4. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR. *BMJ*. 2000 Aug 12;321(7258):405–12. PMID:10938048.
5. Organización Mundial de la Salud. Health statistics and information systems. Cause-specific mortality. Estimates for 2000–2012.
6. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, 2011.
7. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 2006, 3(11):e442.
8. Guft Recommendation Statement: Ab sobre Prevención y Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Ministerio de Salud de la Nación. [acceso: 20 de diciembre de 2014] Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica>.
9. Satterfield DW, Volansky M, Caspersen CJ, Engelgau MM, Bowman BA, Gregg EW, Geiss LS, Hoosey GM, May J, Vinicor F. Community-based lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003 Sep;26(9):2643–52. Review. PubMed PMID: 1294173.
10. Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2008 Apr;12(9):1–116, iii. Review. PubMed PMID: 18405469.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto SUMAR. [acceso: 22 de enero de 2015] Disponible en <http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php/institucional/objetivos-sanitarios>.
12. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Programa Remediar. [acceso: 22 de enero de 2015] Disponible en <http://www.remediar.gov.ar/index.php/institucional/2013-12-16-23-32-51>.
13. World Bank. Disease Control Priorities in Developing Countries, Abril 2006. Capítulo 30: diabetes
14. Furler JS, Young D, Best J, Patterson E, O'Neal D, Liew D, Speight J, Segal L, May C, Manski-Nankervis JA, Holmes-Truscott E, Ginnivan L. Can primary care team-based transition to insulin improve outcomes in adults with type 2 diabetes: the stepping up to insulin cluster randomized controlled trial protocol. *Implement Sci*. 2014 Feb 14;9:20. doi: 10.1186/1748-5908-9-20. PubMed PMID: 24528528; PubMed Central PMCID: PMC3930818.
15. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Buenos Aires, 2008. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus TIPO 2 para el Primer Nivel de Atención. [acceso 22 de enero de 2015] Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/gpc_prevenccion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf.

Tabla 12.1. Control de glucemia alguna vez de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	69,3 (68,0 - 70,6)	75,7 (74,8 - 76,6)	76,8 (75,8 - 77,9)
Ciudad de Buenos Aires	85,3 (82,3 - 87,8)	83,4 (80,0 - 86,4)	83,5 (79,3 - 87,0)
Buenos Aires	67,3 (64,7 - 69,8)	78,0 (76,4 - 79,6)	78,7 (76,7 - 80,5)
Córdoba	73,6 (69,5 - 77,3)	77,5 (74,9 - 80,0)	75,8 (72,5 - 78,8)
Entre Ríos	65,0 (60,9 - 68,9)	70,7 (68,3 - 73,0)	76,2 (72,8 - 79,3)
La Pampa	71,6 (65,6 - 76,9)	78,4 (71,1 - 84,2)	78,1 (72,7 - 82,6)
Santa Fe	72,7 (69,4 - 75,7)	79,2 (76,4 - 81,8)	78,2 (75,0 - 81,0)
Pampeana y GBA	71,1 (69,4 - 72,7)	78,6 (77,4 - 79,7)	78,8 (77,4 - 80,1)
Catamarca	62,2 (58,9 - 65,5)	66,5 (62,2 - 70,6)	66,4 (61,6 - 70,8)
Jujuy	51,2 (39,6 - 62,6)	65,2 (61,1 - 69,1)	65,7 (60,2 - 70,7)
La Rioja	63,1 (59,6 - 66,5)	60,1 (54,3 - 65,6)	66,1 (61,5 - 70,4)
Salta	59,7 (47,8 - 70,6)	67,8 (62,2 - 73,0)	66,0 (61,8 - 70,0)
Santiago del Estero	62,0 (56,0 - 67,6)	64,6 (61,3 - 67,7)	69,8 (66,4 - 73,0)
Tucumán	62,6 (59,0 - 66,1)	68,7 (65,4 - 71,8)	76,1 (72,0 - 79,8)
Noroeste	60,1 (56,2 - 63,9)	66,6 (64,6 - 68,5)	69,6 (67,6 - 71,6)
Corrientes	56,4 (52,2 - 60,5)	56,5 (52,5 - 60,4)	68,8 (64,7 - 72,6)
Chaco	59,7 (55,4 - 63,9)	65,5 (60,9 - 69,9)	63,2 (57,8 - 68,3)
Formosa	64,9 (61,2 - 68,3)	65,9 (61,1 - 70,5)	65,5 (58,2 - 72,2)
Misiones	57,0 (48,8 - 64,8)	57,8 (48,7 - 66,3)	65,2 (61,0 - 69,1)
Noreste	58,7 (55,7 - 61,6)	60,9 (57,9 - 63,9)	65,7 (63,3 - 68,0)
Chubut	66,0 (62,4 - 69,4)	73,5 (70,2 - 76,6)	78,2 (74,3 - 81,7)
Neuquén	75,7 (68,2 - 81,8)	77,1 (71,8 - 81,7)	74,2 (67,7 - 79,8)
Río Negro	65,2 (61,4 - 68,9)	71,8 (66,8 - 76,3)	74,6 (70,8 - 78,1)
Santa Cruz	72,3 (67,5 - 76,6)	73,2 (68,7 - 77,2)	72,5 (65,8 - 78,3)
Tierra del Fuego	78,6 (73,9 - 82,7)	80,2 (76,6 - 83,4)	85,4 (82,6 - 87,8)
Patagónica	69,9 (67,9 - 71,8)	74,4 (72,2 - 76,5)	75,9 (73,4 - 78,2)
Mendoza	74,7 (71,3 - 77,8)	79,3 (76,1 - 82,1)	82,9 (78,9 - 86,2)
San Juan	73,5 (70,4 - 76,4)	73,1 (69,0 - 76,8)	83,1 (79,3 - 86,3)
San Luis	71,6 (68,3 - 74,8)	69,1 (65,8 - 72,3)	69,3 (63,4 - 74,6)
Cuyo	73,9 (71,7 - 76,0)	76,1 (73,8 - 78,1)	80,7 (78,1 - 83,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 12.2. Control de glucemia alguna vez de la población de 18 años y más vez por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013	
	% (IC 95%)	
Total	76,8	(75,8 - 77,9)
Sexo		
Varón	70,2	(68,6 - 71,8)
Mujer	82,9	(81,7 - 83,9)
Grupo de edad		
18 a 24	57,0	(53,9 - 60,1)
25 a 34	67,7	(65,3 - 69,9)
35 a 49	78,6	(76,9 - 80,2)
50 a 64	88,2	(86,5 - 89,6)
65 y más	93,9	(92,7 - 95,0)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	76,8	(73,8 - 79,6)
Primario completo y secundario incompleto	71,8	(70,0 - 73,4)
Secundario completo y más	80,6	(79,4 - 81,8)
Cobertura de salud		
Con obra social o prepaga	83,7	(82,7 - 84,7)
Cobertura sólo pública	60,7	(58,6 - 62,8)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	65,8	(63,4 - 68,2)
2	74,1	(72,1 - 76,1)
3	77,9	(75,8 - 79,9)
4	81,9	(79,9 - 83,7)
5	86,2	(84,6 - 87,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 12.3. Prevalencia de diabetes o glucemia elevada en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	8,4 (7,8 - 9,1)	9,6 (9,1 - 10,1)	9,8 (9,1 - 10,4)
Ciudad de Buenos Aires	8,0 (6,4 - 10,0)	7,4 (5,9 - 9,1)	8,2 (6,4 - 10,5)
Buenos Aires	8,6 (7,4 - 9,9)	9,8 (8,8 - 10,9)	9,8 (8,5 - 11,1)
Córdoba	10,2 (8,2 - 12,7)	10,1 (8,5 - 11,9)	13,0 (11,0 - 15,4)
Entre Ríos	8,0 (6,6 - 9,6)	10,3 (8,6 - 12,3)	7,8 (6,1 - 9,9)
La Pampa	7,4 (5,4 - 10,1)	10,7 (8,5 - 13,5)	8,8 (6,2 - 12,4)
Santa Fe	8,7 (7,2 - 10,4)	8,7 (7,0 - 10,7)	9,0 (7,6 - 10,7)
Pampeana y GBA	8,7 (7,9 - 9,6)	9,4 (8,7 - 10,1)	9,8 (8,9 - 10,7)
Catamarca	8,9 (6,7 - 11,6)	9,4 (7,5 - 11,6)	12,9 (9,8 - 16,8)
Jujuy	4,1 (2,4 - 6,9)	9,9 (8,0 - 12,3)	7,4 (5,9 - 9,4)
La Rioja	9,4 (7,9 - 11,1)	12,9 (9,8 - 16,8)	9,2 (7,3 - 11,4)
Salta	4,2 (3,2 - 5,6)	8,5 (6,7 - 10,8)	11,0 (9,0 - 13,3)
Santiago del Estero	9,3 (7,8 - 11,0)	15,6 (12,6 - 19,2)	12,5 (10,2 - 15,2)
Tucumán	6,9 (5,6 - 8,5)	9,9 (8,1 - 12,0)	9,5 (7,9 - 11,2)
Noroeste	6,5 (5,7 - 7,4)	10,5 (9,5 - 11,6)	10,2 (9,3 - 11,2)
Corrientes	7,9 (6,9 - 9,0)	9,5 (7,2 - 12,5)	7,7 (6,0 - 9,8)
Chaco	8,7 (7,0 - 10,7)	8,8 (7,3 - 10,6)	9,6 (7,5 - 12,3)
Formosa	8,3 (6,9 - 9,9)	8,4 (6,7 - 10,5)	7,6 (5,6 - 10,3)
Misiones	8,0 (6,4 - 9,9)	8,7 (7,1 - 10,6)	9,5 (7,6 - 11,8)
Noreste	8,2 (7,5 - 9,0)	8,9 (7,9 - 10,0)	8,7 (7,7 - 10,0)
Chubut	9,4 (6,6 - 13,3)	11,9 (9,6 - 14,6)	9,9 (7,9 - 12,3)
Neuquén	9,2 (7,8 - 10,8)	7,8 (6,1 - 9,9)	12,0 (9,9 - 14,6)
Río Negro	10,0 (8,4 - 11,7)	10,6 (8,8 - 12,7)	8,6 (6,7 - 10,8)
Santa Cruz	8,3 (7,0 - 9,9)	10,3 (8,2 - 12,8)	10,1 (8,2 - 12,5)
Tierra del Fuego	9,5 (7,9 - 11,3)	12,3 (10,1 - 15,0)	9,8 (7,9 - 12,1)
Patagónica	9,4 (8,3 - 10,6)	10,2 (9,2 - 11,4)	10,1 (9,1 - 11,2)
Mendoza	6,6 (5,2 - 8,5)	9,6 (7,9 - 11,6)	8,9 (7,3 - 10,9)
San Juan	9,3 (7,7 - 11,1)	11,9 (10,2 - 13,9)	11,3 (9,0 - 14,0)
San Luis	9,8 (7,2 - 13,1)	10,4 (8,9 - 12,2)	10,3 (8,0 - 13,2)
Cuyo	7,8 (6,7 - 9,0)	10,3 (9,2 - 11,6)	9,7 (8,5 - 11,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 12.4. Prevalencia de diabetes o glucemia elevada en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013	
	% (IC 95%)	
Total	9,8	(9,1 - 10,4)
Sexo		
Varón	9,1	(8,2 - 10,0)
Mujer	10,4	(9,6 - 11,3)
Grupo de edad		
18 a 24	2,9	(1,9 - 4,4)
25 a 34	4,9	(4,0 - 5,9)
35 a 49	8,4	(7,3 - 9,6)
50 a 64	14,7	(13,1 - 16,4)
65 y más	20,3	(18,2 - 22,6)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	14,6	(12,5 - 17,1)
Primario completo y secundario incompleto	10,7	(9,7 - 11,9)
Secundario completo y más	8,1	(7,4 - 8,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	10,1	(8,8 - 11,5)
2	9,4	(8,2 - 10,7)
3	9,9	(8,6 - 11,3)
4	10,4	(8,9 - 12,1)
5	9,1	(7,9 - 10,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 13

Prácticas preventivas

Introducción

A nivel global, el cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo; en el continente americano provocó 8,2 millones de defunciones en 2012 (1) y el 47% de estas ocurrieron en América Latina y el Caribe (2).

En Argentina, el cáncer colorrectal se encuentra entre los más prevalentes. En 2012 representó el 11,7% del total de muertes por tumores malignos de la población total. En mujeres, el cáncer de mama y el cáncer de cuello de útero son la primera y segunda causa de muerte por tumores malignos respectivamente (3).

Un programa de tamizaje (cribado o screening) consiste en aplicar una prueba diagnóstica sencilla, sensible y de bajo costo a un gran número de personas, con el objetivo de detectar precozmente a aquellos con mayor probabilidad de tener la enfermedad en cuestión, siendo el fin último reducir la morbi-mortalidad por esa causa. Se justifica este tipo de estrategia en enfermedades con graves consecuencias en la salud, para las cuales exista un tratamiento efectivo y cuya prevalencia en la fase pre-clínica (esto es, cuando la enfermedad es aún asintomática) es elevada (4).

El cáncer de mama, el de cuello uterino y el de colon son enfermedades en las que estas prácticas están recomendadas (5). De esta manera, agencias internacionales, el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) y las sociedades científicas recomiendan, en la población general, la realización

de mamografía cada dos años en mujeres asintomáticas de entre 50 y 70 años, la realización de PAP en mujeres de 25 a 65 años y el tamizaje de cáncer de colon en adultos de 50 a 75 años (6) (7) (8) (9) (10).

El objetivo de este capítulo es describir la prevalencia de la realización de estudios de cribado de cáncer de mama, cuello uterino y colon que contribuyan a orientar las políticas de salud con relación a estas enfermedades.

Métodos

Los indicadores analizados en el presente capítulo fueron la realización de mamografía en los últimos dos años en mujeres de 50 a 70 años y la realización de Papanicolaou (PAP) en los últimos dos años en mujeres de 25 a 65 años. Además, se relevó la realización alguna vez de alguna prueba de rastreo de cáncer de colon (sangre oculta en materia fecal, colonoscopia o radiografía de colon por enema) en varones y mujeres de 50 a 75 años, indicador que fue indagado por primera vez en la 3ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Resultados

A nivel nacional, alrededor de dos tercios de las mujeres de entre 50 y 70 años (65,6%) se realizó una mamografía en los últimos dos años, evidenciando un aumento en comparación con las anteriores ediciones de la ENFR (46,1% 2005 – 59,0% 2009) (Tabla 13.1).

Las mujeres con obra social o prepaga refirieron haberse realizado una

mamografía en los últimos 2 años en mayor medida que aquellas con cobertura pública únicamente (69,8% vs 48,0%). Asimismo, resultó mayor el indicador entre aquellas mujeres con secundario completo y más (77,6%). Por último, en cuanto al ingreso total del hogar por unidad consumidora, la prevalencia resultó mayor a mayor nivel de ingresos (Tabla 13.2).

Las jurisdicciones con mayor prevalencia de realización de mamografía con respecto al total nacional fueron La Pampa (84,7%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (81,0%) (Tabla 13.1).

En cuanto a la realización de Papanicolaou, los resultados de la 3° ENFR evidenciaron que el 71,6% de las mujeres de 25 a 65 años se realizó un PAP en los últimos dos años, registrándose un aumento con relación a la 2° ENFR (Tabla 13.3). Al igual que la realización de mamografía, el PAP fue más frecuente entre las mujeres de mayor nivel de instrucción (78,7%), entre aquellas con obra social o prepaga (76,4%) y a mayor nivel de ingresos. Además, las mujeres menores de 50 años presentaron prevalencias más altas de este indicador (Tabla 13.4).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Tierra del Fuego se registraron las prevalencias más altas del indicador (87,1% y 78,7% respectivamente) en comparación con el valor nacional (Tabla 13.3).

El 24,5% de la población de entre 50 y 75 años afirmó haberse realizado alguna vez una prueba de rastreo de cáncer de colon, sin evidenciarse diferencias significativas por sexo. Fue mayor el indicador entre aquellos con secundario completo y más (31,9%) y entre las personas con prepaga u obra social (27,5%). Asimismo, en cuanto al ingreso total del hogar por unidad consumidora, la realización de alguna prueba de rastreo de cáncer de colon fue mayor en el quintil más elevado (34,3%) (Tabla 13.6).

En la Ciudad de Buenos Aires se registró un valor mayor del indicador (47,5%) respecto del valor nacional (Tabla 13.5).

Discusión

Los resultados de la presente encuesta evidenciaron una tendencia en aumento en la realización de mamografía y PAP en Argentina con respecto a la 2° ENFR 2009. En cuanto al rastreo de cáncer de colon, una de cada cuatro personas de entre 50 y 70 años (hombres y mujeres) refirieron haberlo hecho. La prevalencia de las tres prácticas evaluadas fue mayor en las personas con obra social o prepaga que en aquellos con cobertura sólo pública. También se observó una mayor proporción en personas con mayor nivel educativo. En los indicadores de realización de mamografía y rastreo de cáncer de colon se evidenció asociación con los ingresos del hogar por unidad consumidora.

La realización de mamografía y PAP en países de ingresos medios es similar a la observada en Argentina. Por ejemplo, en Brasil la realización de mamografía en los últimos dos años en mujeres de 50 a 70 años fue de 78%, y la de PAP en los últimos 3 años osciló entre el 78 al 89% (11). El cribado de cáncer de colon es algo menor a lo reportado en países de ingresos altos (12).

Para reducir la morbimortalidad de las mencionadas enfermedades por cáncer resulta esencial el desarrollo de estrategias de planificación y programas organizados y sostenibles que se focalicen en los grupos de población adecuados, garantizando la calidad de las intervenciones en los diferentes niveles de atención, a través de medidas costoefectivas. Los programas de rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon son ejemplos de este tipo de estrategias.

El Ministerio de Salud de la Nación, desde el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y a través de sus distintos programas, tiene

el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de diferentes cánceres. Por un lado, a través del Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM) se lleva el registro de los procedimientos realizados por las unidades de detección, diagnóstico y tratamiento, facilitando el seguimiento de las personas en las distintas etapas del proceso de atención. Además, provee a los efectores de información actualizada, comparable y con distintos grados de agregación, permitiendo el seguimiento de las personas y de cada servicio. Asimismo, el Programa Nacional de Cáncer de Mama desarrolla estrategias de prevención y control, a través de la promoción de la calidad de los servicios de atención (detección temprana, diagnóstico y tratamiento), un elevado nivel de cobertura, y el monitoreo de la calidad de las prestaciones efectuadas (13).

Por su parte, desde el Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino del INC se llevan adelante diversas líneas de acción. Desarrolla capacitaciones que permiten localizar barreras de acceso para alcanzar una alta cobertura del tamizaje y calidad del diagnóstico, mientras que, para lograr un buen seguimiento

de las pacientes, ha implementado el Proyecto Navegadoras que consiste en un acompañamiento calificado para la reconexión de estas mujeres con el sistema de salud (14).

Por último, el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (CCR) propone un control y seguimiento de los grupos con mayor riesgo y la implementación de un programa de tamizaje en la población general. Para este segundo grupo recomienda el test de sangre oculta en materia fecal de forma anual a personas de ambos sexos de entre 50 y 75 años, ya que se considera una estrategia de pesquisa del CCR apropiada y costoefectiva (14).

En suma, resulta fundamental una estrategia de salud pública que coordine acciones integradas para la prevención y el control del cáncer, focalizadas en la detección temprana, tratamiento y seguimiento de los pacientes, y que además promueva el control de los factores de riesgo modificables, impulsando conductas saludables a través de intervenciones poblacionales.

Referencias

1. Organización mundial de la Salud. Cáncer. [acceso: 20 de diciembre de 2014.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer. [acceso: 20 de diciembre de 2014.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=es.
3. Dirección nacional de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica - Año 2012. [acceso: 25 de octubre de 2014] <http://www.deis.gov.ar/>.
4. Rothman, K, Greenland, S y Lash, T. Modern epidemiology. 3rd Edition. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins., 2012.
5. US preventive Services Task Force. [acceso: 12 de diciembre de 2014.] <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>.
6. International Agency for Research on Cancer. World cancer report 2008. [acceso: 12 de diciembre de 2014] <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>
7. Organización mundial de la salud. Cáncer de mama, prevención y control. [acceso: 12 de diciembre de 2014.] <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>.
8. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín INC n°5. Cáncer de mama. [acceso: 12 de diciembre de 2014.] <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/comunicacion/boletines>.
9. Instituto nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. Cáncer cervicouterino. [acceso: 15 de diciembre de 2014.] <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-cervicouterino>.
10. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de salud de la Nación. Cáncer colorrectal. [acceso: 13 de diciembre de 2014.] <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-colorrectal>.
11. Secretaria de Vigilancia em Saúde. Ministerio de Saude. Brasil. VIGITEL Brasil 2013. Vigilancia De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. [acceso: 05 de diciembre de 2014.] <http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>.
12. Cancer quality cancer of Ontario. Colorectal cancer screening participation. [acceso: 21 de diciembre de 2014.] http://www.csqi.on.ca/ptjourney/screening/colorectal_screening_participation/.
13. Instituto nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. Programa nacional de cáncer de mama. [acceso: 20 de diciembre de 2014.] <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/programas/programa-nacional-de-cancer-de-mama>.
14. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. Programa nacional. [acceso: 15 de diciembre de 2014.] <http://www.msal.gov>

Tabla 13.1. Realización de mamografía en los últimos dos años en mujeres de 50 a 70 años por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	46,1 (43,3 - 49,0)	59,0 (56,8 - 61,1)	65,6 (63,0 - 68,0)
Ciudad de Buenos Aires	75,5 (67,2 - 82,2)	77,4 (69,8 - 83,5)	81,0 (72,0 - 87,6)
Buenos Aires	45,4 (39,8 - 51,2)	59,9 (55,9 - 63,7)	69,9 (65,0 - 74,5)
Córdoba	42,8 (33,5 - 52,7)	59,6 (53,8 - 65,1)	62,3 (55,6 - 68,5)
Entre Ríos	35,5 (27,5 - 44,4)	53,6 (46,5 - 60,5)	55,1 (48,5 - 61,5)
La Pampa	45,9 (37,0 - 55,0)	74,9 (68,1 - 80,6)	84,7 (76,4 - 90,5)
Santa Fe	52,1 (45,5 - 58,6)	63,4 (57,3 - 69,0)	68,0 (61,4 - 73,9)
Pampeana y GBA	50,2 (46,5 - 54,0)	62,7 (59,9 - 65,3)	70,0 (66,6 - 73,1)
Catamarca	37,8 (30,5 - 45,6)	45,2 (37,3 - 53,4)	60,0 (47,1 - 71,7)
Jujuy	32,1 (24,5 - 40,8)	47,2 (38,6 - 55,8)	56,3 (45,3 - 66,8)
La Rioja	40,1 (33,1 - 47,5)	43,6 (33,6 - 54,1)	57,4 (48,1 - 66,3)
Salta	22,2 (15,1 - 31,3)	47,2 (39,1 - 55,6)	53,0 (42,8 - 62,8)
Santiago del Estero	27,1 (20,6 - 34,7)	40,1 (29,9 - 51,4)	39,1 (31,1 - 47,8)
Tucumán	29,7 (22,1 - 38,6)	43,5 (35,2 - 52,2)	38,8 (31,0 - 47,2)
Noroeste	29,2 (25,8 - 32,8)	44,7 (40,7 - 48,8)	47,6 (43,3 - 52,0)
Corrientes	32,8 (25,1 - 41,5)	41,6 (33,3 - 50,4)	49,4 (40,8 - 58,1)
Chaco	28,7 (22,2 - 36,1)	42,8 (35,0 - 50,9)	40,6 (31,8 - 50,1)
Formosa	14,2 (6,1 - 29,6)	40,8 (32,5 - 49,6)	47,9 (35,4 - 60,8)
Misiones	33,8 (29,1 - 38,9)	39,8 (28,2 - 52,7)	51,7 (41,1 - 62,2)
Noreste	29,6 (25,1 - 34,5)	41,5 (36,8 - 46,3)	47,2 (42,1 - 52,4)
Chubut	44,9 (40,4 - 49,4)	65,9 (59,0 - 72,1)	70,3 (62,1 - 77,4)
Neuquén	52,2 (43,8 - 60,5)	66,2 (57,7 - 73,8)	62,6 (53,8 - 70,6)
Río Negro	37,1 (28,7 - 46,5)	55,2 (47,3 - 62,9)	56,2 (48,1 - 63,9)
Santa Cruz	37,8 (27,9 - 48,8)	53,2 (44,4 - 61,9)	67,4 (56,3 - 76,9)
Tierra del Fuego	56,3 (46,8 - 65,3)	75,1 (62,7 - 84,4)	76,2 (67,6 - 83,1)
Patagónica	43,5 (39,8 - 47,3)	61,7 (57,6 - 65,5)	64,0 (59,7 - 68,0)
Mendoza	35,9 (29,7 - 42,6)	53,8 (44,1 - 63,2)	61,9 (53,1 - 70,1)
San Juan	37,1 (30,3 - 44,5)	52,6 (42,6 - 62,4)	57,8 (47,2 - 67,7)
San Luis	45,4 (38,5 - 52,6)	42,1 (35,0 - 49,5)	67,9 (57,5 - 76,8)
Cuyo	37,6 (33,3 - 42,1)	51,6 (45,3 - 57,8)	61,9 (55,6 - 67,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 13.2. Realización de mamografía en los últimos dos años en mujeres de 50 a 70 años por nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	65,6 (63,0 - 68,0)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	52,7 (46,5 - 58,9)
Primario completo y secundario incompleto	56,7 (52,0 - 61,3)
Secundario completo y más	77,6 (74,4 - 80,4)
Cobertura de salud	
Con obra social o prepaga	69,8 (67,1 - 72,4)
Cobertura sólo pública	48,0 (42,2 - 53,8)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	51,3 (44,7 - 57,8)
2	62,5 (57,0 - 67,7)
3	63,3 (57,9 - 68,5)
4	69,3 (63,0 - 74,9)
5	79,9 (75,6 - 83,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 13.3. Realización de Papanicolaou en los últimos dos años en mujeres de 25 a 65 años por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	60,6 (58,8 - 62,5)	68,3 (67,0 - 69,6)	71,6 (70,0 - 73,2)
Ciudad de Buenos Aires	80,6 (75,6 - 84,8)	79,1 (72,9 - 84,2)	87,1 (81,7 - 91,1)
Buenos Aires	62,2 (58,5 - 65,8)	70,9 (68,5 - 73,2)	73,6 (70,6 - 76,4)
Córdoba	59,6 (53,6 - 65,4)	69,0 (64,8 - 72,9)	67,1 (60,6 - 73,0)
Entre Ríos	52,6 (45,3 - 59,8)	61,6 (57,0 - 65,9)	68,7 (64,0 - 73,0)
La Pampa	71,0 (66,4 - 75,1)	83,0 (78,9 - 86,4)	77,9 (71,2 - 83,5)
Santa Fe	62,0 (56,7 - 67,0)	73,3 (69,0 - 77,1)	75,0 (71,3 - 78,3)
Pampeana y GBA	64,3 (61,9 - 66,7)	71,8 (70,1 - 73,5)	74,5 (72,4 - 76,6)
Catamarca	46,8 (38,9 - 54,8)	51,4 (45,7 - 57,1)	60,3 (53,7 - 66,6)
Jujuy	57,0 (48,2 - 65,3)	68,3 (63,3 - 73,0)	72,8 (67,2 - 77,8)
La Rioja	53,7 (48,3 - 59,1)	62,0 (56,6 - 67,2)	60,8 (54,6 - 66,6)
Salta	44,7 (36,1 - 53,7)	58,2 (52,9 - 63,3)	58,5 (52,4 - 64,3)
Santiago del Estero	38,3 (34,5 - 42,4)	48,6 (41,0 - 56,3)	55,4 (49,0 - 61,6)
Tucumán	36,7 (32,6 - 41,0)	45,0 (40,1 - 50,1)	51,1 (45,0 - 57,3)
Noroeste	44,0 (41,5 - 46,6)	54,2 (51,6 - 56,7)	58,2 (55,1 - 61,2)
Corrientes	41,8 (36,3 - 47,5)	54,2 (48,5 - 59,8)	62,8 (57,0 - 68,3)
Chaco	53,0 (48,3 - 57,7)	58,9 (50,7 - 66,5)	57,9 (49,7 - 65,6)
Formosa	50,2 (43,8 - 56,6)	68,1 (62,9 - 72,9)	70,7 (64,4 - 76,3)
Misiones	44,1 (33,3 - 55,6)	51,7 (44,0 - 59,3)	64,5 (57,2 - 71,1)
Noreste	46,8 (43,1 - 50,5)	57,0 (53,3 - 60,6)	62,8 (59,1 - 66,4)
Chubut	63,4 (59,5 - 67,0)	74,3 (70,0 - 78,1)	76,8 (72,0 - 80,9)
Neuquén	77,0 (73,7 - 80,0)	73,2 (68,1 - 77,8)	76,5 (71,3 - 81,0)
Río Negro	59,8 (55,9 - 63,6)	68,5 (62,4 - 74,0)	65,9 (61,2 - 70,2)
Santa Cruz	58,2 (49,8 - 66,2)	63,9 (58,3 - 69,1)	70,8 (65,0 - 76,0)
Tierra del Fuego	70,9 (66,2 - 75,2)	80,8 (74,5 - 85,8)	78,7 (74,3 - 82,6)
Patagónica	65,8 (63,1 - 68,5)	71,5 (68,9 - 74,0)	72,9 (70,5 - 75,2)
Mendoza	56,8 (52,7 - 60,8)	64,9 (58,5 - 70,8)	72,6 (67,5 - 77,1)
San Juan	51,4 (47,0 - 55,7)	60,1 (54,4 - 65,5)	68,1 (61,6 - 74,0)
San Luis	54,6 (49,7 - 59,5)	58,2 (53,5 - 62,8)	64,3 (58,0 - 70,2)
Cuyo	55,0 (52,3 - 57,7)	62,6 (58,5 - 66,4)	70,2 (66,7 - 73,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 13.4. Realización de Papanicolaou en los últimos dos años en mujeres de 25 a 65 años por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	71,6 (70,0 - 73,2)
Grupo de edad	
25 a 34	73,9 (71,1 - 76,6)
35 a 49	74,1 (71,8 - 76,4)
50 a 65	66,3 (63,4 - 69,0)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	56,1 (49,8 - 62,3)
Primario completo y secundario incompleto	63,0 (59,7 - 66,2)
Secundario completo y más	78,7 (76,9 - 80,3)
Cobertura de salud	
Con obra social o prepaga	76,4 (75,1 - 78,7)
Cobertura sólo pública	60,4 (57,2 - 63,6)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	62,9 (59,7 - 66,0)
2	70,4 (67,0 - 73,5)
3	68,6 (65,0 - 71,9)
4	78,8 (75,4 - 81,9)
5	79,0 (75,2 - 82,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 13.5. Realización de algún estudio de rastreo de cáncer de colon alguna vez en la población de 50 a 75 años por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Provincias y regiones	
Total	24,5 (22,9 - 26,3)
Ciudad de Buenos Aires	47,5 (40,2 - 54,9)
Buenos Aires	24,2 (21,3 - 27,4)
Córdoba	19,1 (14,0 - 25,6)
Entre Ríos	23,4 (18,7 - 28,8)
La Pampa	21,6 (16,3 - 27,9)
Santa Fe	25,8 (21,4 - 30,8)
Pampeana y GBA	26,9 (24,7 - 29,3)
Catamarca	14,9 (10,5 - 20,7)
Jujuy	14,9 (10,2 - 21,1)
La Rioja	11,7 (8,1 - 16,7)
Salta	19,3 (15,3 - 24,0)
Santiago del Estero	10,5 (6,6 - 16,3)
Tucumán	10,2 (7,6 - 13,5)
Noroeste	13,7 (11,9 - 15,7)
Corrientes	23,5 (15,8 - 33,3)
Chaco	16,5 (12,3 - 21,9)
Formosa	17,3 (11,7 - 24,9)
Misiones	18,4 (13,4 - 24,7)
Noreste	19,2 (15,8 - 23,1)
Chubut	23,8 (19,2 - 29,0)
Neuquén	26,2 (20,0 - 33,5)
Río Negro	18,4 (14,1 - 23,7)
Santa Cruz	18,3 (13,7 - 23,9)
Tierra del Fuego	29,5 (22,9 - 37,1)
Patagónica	22,5 (19,9 - 25,4)
Mendoza	21,9 (18,4 - 25,9)
San Juan	21,9 (16,3 - 28,7)
San Luis	11,1 (7,1 - 17,1)
Cuyo	20,3 (17,6 - 23,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 13.6. Realización de algún estudio de rastreo de cáncer de colon alguna vez en la población de 50 a 75 años por sexo, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	24,5 (22,9 - 26,3)
Sexo	
Varón	23,2 (20,9 - 25,6)
Mujer	25,7 (23,5 - 28,0)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	17,8 (13,9 - 22,5)
Primario completo y secundario incompleto	19,6 (17,3 - 22,2)
Secundario completo y más	31,9 (29,2 - 34,8)
Cobertura de salud	
Con obra social o prepaga	27,5 (25,6 - 29,5)
Cobertura sólo pública	11,2 (8,7 - 14,4)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	16,5 (13,5 - 20,1)
2	19,8 (16,0 - 24,2)
3	25,3 (21,8 - 29,1)
4	24,3 (21,0 - 28,0)
5	34,3 (30,7 - 38,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 14

Afecciones crónicas

Introducción

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, la enfermedad renal y las enfermedades pulmonares crónicas representan un problema de salud pública de relevancia a nivel global (1) (2).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial y también en nuestro país. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 17,5 millones de personas fallecen anualmente por estas causas, representando alrededor del 31% de todas las muertes registradas en el mundo (1). En Argentina, en el año 2012 el 24,0% de las muertes definidas fueron causadas por estas patologías (3).

Por su parte, las enfermedades respiratorias crónicas se encuentran también entre las principales causas de muerte de la población mundial. Según datos de la OMS, cerca de 4 millones de personas mueren anualmente por dichas enfermedades, siendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) la principal responsable, ocupando el tercer lugar entre las causas de muerte a nivel global (4).

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) también representa un problema de salud pública mundial, tanto por su importante morbilidad como por su elevada incidencia y prevalencia (5) (6). La insuficiencia renal crónica (IRC) terminal es su expresión más grave y requiere tratamientos terapéuticos de

sustitución de la función renal, como la diálisis o trasplante renal. La mayoría de los pacientes son detectados en los estadios avanzados ya que la enfermedad permanece asintomática en las etapas iniciales. Mientras la incidencia de la IRC terminal se ha duplicado en los últimos diez años, existe una importante cantidad de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadios iniciales o menos avanzados que no cuentan con diagnóstico y tratamiento (7).

La evidencia disponible ha mostrado que estas enfermedades crónicas comparten factores de riesgo comunes, algunos de los cuales son analizados en los diferentes capítulos de esta encuesta: diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, colesterol elevado y consumo de alcohol (4) (7) (8).

El objetivo de este capítulo es estimar la prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Accidente Cerebrovascular (ACV), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), y Enfermedad Renal Crónica (ERC), indagados por primera vez en la 3ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Métodos

En este capítulo se indagaron la prevalencia de IAM; la prevalencia de ACV; la prevalencia de EPOC; y la prevalencia de enfermedad renal (sin incluir cálculos renales, infecciones urinarias o incontinencia). Todos estos indicadores fueron medidos mediante el autorreporte de si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la

salud le dijo que tuvo cada una de las enfermedades mencionadas.

Resultados

Los resultados de la 3ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo reportaron una prevalencia de infarto agudo de miocardio del 3,8%, sin observarse diferencias significativas por sexo. En cuanto a la edad, a partir de los 35 años se observó una tendencia creciente del indicador (35 a 49 años 2,6%; 50 a 64 años 6,6%; 65 y más 9,3%). Con respecto a la educación, las personas con niveles hasta primario incompleto presentaron porcentajes mayores de IAM (8,0%). No se observaron diferencias respecto al ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 14.2).

La prevalencia de accidente cerebrovascular según los datos de la 3ª ENFR fue de 1,9%, evidenciándose valores similares entre varones y mujeres. El porcentaje de este indicador aumentó con la edad a partir de los 50 años (50 a 64 años 3,0% - 65 y más 5,3%) en tanto que resultó más bajo en los grupos de población joven. El menor nivel educativo estuvo asociado con una mayor prevalencia de ACV. Al igual que para IAM no se observaron diferencias entre los quintiles de ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 14.2).

Con respecto a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la encuesta reportó una prevalencia de 4,3%, sin registrarse diferencias significativas por sexo. La población de edad mayor o igual a 50 años presentó los porcentajes más elevados de este indicador (50 a 64 años 6,5% - 65 y más 7,8%). A su vez, el grupo de personas con primario incompleto tuvo una prevalencia mayor de EPOC (7,9%) que la población con mayor nivel educativo. Tampoco se observaron diferencias según nivel de ingresos (Tabla 14.2).

Por último, el 4,8% de los encuestados

refirió tener enfermedad renal crónica, siendo este valor mayor entre mujeres (6,0% vs. 3,4% varones). Una vez más este indicador estuvo asociado a la edad y al nivel de educación. Sin embargo, a diferencia del resto de las afecciones, en el primer quintil de ingreso total del hogar por unidad consumidora se registró mayor prevalencia de ERC respecto del último (6,1% vs. 3,5%) (Tabla 14.2).

Discusión

Ninguna de las afecciones crónicas aquí estudiadas superó una prevalencia del 5%. Las personas de mayor edad (en general mayores a 50 años) y aquellas con menor nivel educativo fueron las que tuvieron prevalencias más altas.

La asociación entre el nivel educativo y la prevalencia de afecciones crónicas podría explicarse, al menos en parte, con el hecho de que la gran mayoría de las personas con primario incompleto tienen más de 65 años. Se evidenció, además, que las mujeres refirieron en mayor proporción que los hombres padecer enfermedad renal.

Si bien no se cuenta con información sobre la validez de este grupo de indicadores, su importancia radica en servir como línea de base para medir tendencias temporales a través de próximas encuestas que recaben la información de la misma manera.

Si bien se prevé que el número de muertes por las enfermedades no transmisibles (ENT) seguirá creciendo en los próximos años alcanzando niveles elevados en todo el mundo, la evidencia disponible demuestra que estas enfermedades son en gran medida evitables (9) (10). La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una serie de medidas costoefectivas y viables para el abordaje de las mismas, desde una perspectiva integral. Recomienda, por un lado, la aplicación de intervenciones poblacionales que apunten a combatir y reducir los principales factores de

riesgo relacionados con conductas modificables, a través de estrategias de promoción de la salud y prevención primaria. Complementariamente, la OMS propone la aplicación de intervenciones individuales, es decir, aquellas que se centran en las personas que ya padecen alguna ENT o que corren el riesgo de desarrollarlas (4).

Desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares (11) y del Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas (12) se abordan estas problemáticas a partir de diferentes estrategias que intentan reorientar la atención sanitaria al paciente con enfermedades crónicas. A través de estos programas se llevan adelante diferentes acciones como la elaboración e implementación de guías de práctica clínica (13), la distribución de diferentes materiales para mejorar la calidad de atención (historias clínicas, planilla de monitoreo de pacientes crónicos, libreta de cuidados y materiales educativos), así como el desarrollo de capacitaciones para la adecuación de los servicios hacia un modelo de cuidado integrado de atención.

Por otro lado, desde el Ministerio de Salud y a través del INCUCAI, se creó el Programa de Abordaje Integral de la Enfermedad Renal Crónica (PAIERC) en 2013 (14). Basado en una estrategia de atención primaria, enfatiza el reconocimiento de las poblaciones vulnerables con factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad renal crónica, la detección precoz, y la implementación de pautas de tratamiento y seguimiento. Asimismo, se han diseñado y distribuido materiales para la comunicación, capacitación y gestión, incluyendo la Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el primer nivel de atención, elaborada

en el año 2010 (7), y el Manual de Consulta Rápida elaborado en 2014 (15).

En suma, teniendo en cuenta el carácter prolongado de estas enfermedades, una política sanitaria integral que combine medidas poblacionales e intervenciones individuales resulta la mejor opción para reducir los efectos de las ENT, en términos de su impacto humano y social.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud: OMS, 2012 [acceso 22 de octubre de 2014] Las 10 causas principales de defunción en el mundo. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>.
2. AS Levey, R Atkins, J Coresh. Enfermedad Renal Crónica como problema global de salud pública: abordajes y iniciativas. *Kidney International* (Edición española) 2007; 3: 232-245.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Información básica – Año 2012. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. Serie 5 – Número 56 [acceso 25 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
5. Go AS, Chertow GM, Fan D. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 2004;351:1296-305.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors. United States, 1999-2004. *MMWR* March 2, 2007; 56(8):161-165.
7. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, 2010. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf
8. Sethi JM, Rochester CL. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med* 2000; 21(1):67-86, viii.
9. Organización Mundial de la Salud: OMS, 2013 [acceso 23 de octubre de 2014] Enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
10. Organización Mundial de la Salud: OMS, 2014 [acceso 23 de octubre de 2014] Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
11. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares [acceso 23 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/control-de-enfermedades-cardiovasculares>
12. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas [acceso 23 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/enfermedades-respiratorias-cronicas>
13. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2009. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000075cnt-2012-11-27_guia-prevencion-enfermedades-cardiovasculares.pdf
14. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa de Abordaje Integral de la Enfermedad Renal Crónica (PAIREC) [acceso 24 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.incucai.gov.ar/index.php/institucional/lineamientos-estrategicos/20-lineas-de-accion/64-abordaje-integral-enfermedad-renal-cronica.html#instrumentos>
15. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de Consulta Rápida sobre la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional Centralizado Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) – Programa de Abordaje Integral de la Enfermedad Renal Crónica, 2014. Disponible en: http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/profesionales/10-Manual_bolsillo_ultimo.pdf

Tabla 14.1. Prevalencia de diagnóstico de afecciones crónicas alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por provincia y región según tipo de afección. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013			
	Infarto de miocardio	Accidente cerebrovascular	EPOC	Enfermedad renal
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Total	3,8 (3,4 - 4,2)	1,9 (1,7 - 2,2)	4,3 (3,9 - 4,8)	4,8 (4,3 - 5,2)
Ciudad de Buenos Aires	3,0 (1,9 - 4,8)	2,1 (1,1 - 3,7)	3,5 (2,3 - 5,4)	3,4 (2,2 - 5,3)
Buenos Aires	4,2 (3,5 - 5,0)	2,1 (1,6 - 2,8)	4,8 (3,9 - 5,8)	4,3 (3,6 - 5,2)
Córdoba	4,2 (2,9 - 6,0)	1,3 (0,8 - 2,2)	4,3 (2,9 - 6,2)	4,7 (3,1 - 7,1)
Entre Ríos	2,7 (1,9 - 3,9)	1,1 (0,7 - 1,9)	3,5 (2,5 - 4,9)	2,7 (1,8 - 4,1)
La Pampa	2,3 (1,5 - 3,7)	0,7 (0,4 - 1,3)	3,0 (2,0 - 4,6)	3,2 (2,1 - 4,9)
Santa Fe	3,4 (2,6 - 4,5)	1,6 (1,1 - 2,2)	2,9 (2,1 - 4,0)	3,6 (2,6 - 4,9)
Pampeana y GBA	3,9 (3,4 - 4,4)	1,9 (1,6 - 2,3)	4,3 (3,7 - 4,9)	4,1 (3,5 - 4,7)
Catamarca	3,8 (2,3 - 6,3)	1,7 (0,9 - 3,3)	4,0 (2,3 - 6,9)	7,4 (4,8 - 11,4)
Jujuy	1,5 (0,9 - 2,5)	2,0 (1,1 - 3,5)	5,9 (4,4 - 7,8)	5,9 (3,7 - 9,3)
La Rioja	4,8 (3,4 - 6,8)	3,1 (2,1 - 4,6)	2,3 (1,5 - 3,7)	6,3 (4,5 - 8,7)
Salta	3,5 (2,5 - 4,8)	2,8 (1,9 - 4,3)	3,9 (2,6 - 5,6)	7,5 (5,3 - 10,7)
Santiago del Estero	1,8 (1,1 - 2,8)	1,8 (1,0 - 2,9)	2,0 (0,9 - 4,3)	4,4 (2,3 - 8,2)
Tucumán	3,7 (2,8 - 4,9)	2,0 (1,3 - 3,1)	3,3 (2,4 - 4,6)	6,5 (4,9 - 8,6)
Noroeste	3,1 (2,6 - 3,7)	2,2 (1,8 - 2,8)	3,6 (3,0 - 4,3)	6,4 (5,4 - 7,6)
Corrientes	3,9 (2,8 - 5,4)	1,5 (0,9 - 2,6)	7,2 (5,4 - 9,7)	10,1 (7,2 - 14,1)
Chaco	4,0 (3,0 - 5,4)	2,1 (1,1 - 3,6)	6,2 (3,7 - 10,1)	8,5 (5,7 - 12,5)
Formosa	2,8 (1,9 - 4,2)	1,9 (1,1 - 3,2)	7,1 (5,5 - 9,2)	10,7 (7,4 - 15,4)
Misiones	4,0 (2,6 - 6,1)	2,9 (1,8 - 4,9)	7,4 (6,0 - 9,2)	6,2 (4,8 - 8,0)
Noreste	3,8 (3,2 - 4,6)	2,1 (1,6 - 2,8)	7,0 (5,9 - 8,2)	8,6 (7,2 - 10,4)
Chubut	3,7 (2,8 - 5,0)	1,3 (0,8 - 1,9)	4,3 (3,2 - 5,6)	2,5 (1,8 - 3,5)
Neuquén	3,2 (2,2 - 4,6)	1,8 (1,2 - 2,7)	2,4 (1,5 - 4,0)	3,1 (2,2 - 4,3)
Río Negro	3,6 (2,8 - 4,7)	1,3 (0,9 - 2,0)	3,3 (2,1 - 5,3)	4,3 (2,8 - 6,6)
Santa Cruz	3,7 (2,4 - 5,7)	1,4 (0,8 - 2,7)	4,2 (3,1 - 5,5)	4,0 (2,8 - 5,5)
Tierra del Fuego	3,0 (2,1 - 4,2)	1,2 (0,7 - 2,3)	3,7 (2,5 - 5,6)	2,5 (1,6 - 4,0)
Patagónica	3,5 (3,0 - 4,1)	1,4 (1,2 - 1,8)	3,5 (2,9 - 4,2)	3,4 (2,8 - 4,1)
Mendoza	3,4 (2,5 - 4,6)	1,6 (1,0 - 2,5)	3,5 (2,5 - 4,9)	6,1 (4,7 - 8,0)
San Juan	4,5 (3,2 - 6,3)	1,9 (1,0 - 3,5)	3,8 (2,6 - 5,5)	6,3 (4,5 - 8,8)
San Luis	2,2 (1,4 - 3,6)	1,0 (0,6 - 1,9)	5,5 (3,5 - 8,6)	6,0 (4,1 - 8,5)
Cuyo	3,5 (2,8 - 4,3)	1,6 (1,1 - 2,2)	3,9 (3,1 - 4,9)	6,1 (5,1 - 7,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 14.2. Prevalencia de diagnóstico de afecciones crónicas alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora según tipo de afección. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013			
	Infarto de miocardio	Accidente cerebrovascular	EPOC	Enfermedad renal
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	3,8 (3,4 - 4,2)	1,9 (1,7 - 2,2)	4,3 (3,9 - 4,8)	4,8 (4,3 - 5,2)
Sexo				
Varón	3,8 (3,3 - 4,4)	2,1 (1,7 - 2,5)	4,2 (3,6 - 4,9)	3,4 (2,9 - 4,0)
Mujer	3,7 (3,2 - 4,2)	1,7 (1,4 - 2,2)	4,5 (3,9 - 5,1)	6,0 (5,4 - 6,7)
Grupo de edad				
18 a 24	0,9 (0,5 - 1,5)	0,2 (0,1 - 0,7)	2,3 (1,5 - 3,3)	2,5 (1,9 - 3,2)
25 a 34	0,9 (0,5 - 1,4)	0,6 (0,3 - 1,0)	2,6 (2,0 - 3,4)	3,2 (2,6 - 4,0)
35 a 49	2,6 (2,0 - 3,4)	1,4 (1,0 - 1,9)	3,5 (2,8 - 4,4)	4,9 (4,1 - 5,8)
50 a 64	6,6 (5,6 - 7,7)	3,0 (2,3 - 3,9)	6,5 (5,4 - 7,8)	5,8 (4,9 - 7,0)
65 y más	9,3 (8,0 - 10,9)	5,3 (4,2 - 6,6)	7,8 (6,3 - 9,5)	7,8 (6,4 - 9,6)
Nivel educativo				
Hasta primario completo	8,0 (6,5 - 9,8)	3,9 (2,9 - 5,3)	7,9 (6,1 - 10,2)	6,6 (5,0 - 8,6)
Primario completo y secundario incompleto	4,4 (3,8 - 5,2)	2,0 (1,7 - 2,5)	4,2 (3,6 - 5,0)	5,7 (4,9 - 6,5)
Secundario completo y más	2,4 (2,1 - 2,9)	1,4 (1,1 - 1,9)	3,7 (3,2 - 4,4)	3,7 (3,2 - 4,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora				
1	4,5 (3,6 - 5,6)	2,2 (1,6 - 2,8)	4,8 (4,0 - 5,8)	6,1 (5,1 - 7,4)
2	4,1 (3,3 - 5,2)	2,4 (1,8 - 3,3)	4,8 (3,8 - 6,0)	4,6 (3,9 - 5,6)
3	4,0 (3,2 - 5,0)	1,8 (1,3 - 2,5)	4,3 (3,3 - 5,5)	4,8 (3,8 - 6,0)
4	3,0 (2,3 - 3,9)	1,9 (1,4 - 2,7)	3,5 (2,8 - 4,4)	4,6 (3,7 - 5,6)
5	2,9 (2,3 - 3,8)	1,2 (0,8 - 1,8)	4,1 (3,2 - 5,3)	3,5 (2,7 - 4,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 15

Seguridad vial

Introducción

Desde hace varias décadas las lesiones ocasionadas por el tránsito se encuentran entre las principales causas de morbilidad en el mundo, adquiriendo cada vez mayor relevancia por su impacto y los elevados costos sanitarios, sociales y económicos que representan. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 1,2 millones de personas mueren al año en todo el mundo por lesiones de tránsito causadas en la vía pública, mientras que 50 millones de personas deben ser hospitalizadas por esta causa (1).

En nuestro país, aproximadamente 5 mil personas mueren al año por estas lesiones, siendo la principal causa de muerte en jóvenes de 15 a 34 años (2). La mayoría de estas muertes ocurren en ocupantes de automóvil. Si bien la mortalidad en personas que viajan en moto ocupa un segundo lugar, la misma se ha incrementado a un ritmo acelerado en los últimos 20 años. Por su parte, los ciclistas representan aproximadamente el 3% del total de las muertes por lesiones de tránsito (3).

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo y tiene un importante papel en la explicación de los traumatismos ocasionados por el tránsito. En nuestro país interviene en aproximadamente un 20% de las lesiones atendidas en servicios de urgencia (4).

El objetivo de este módulo es analizar los

indicadores de seguridad vial relevados en la 3ª ENFR, relacionados con el uso del cinturón de seguridad, el uso de casco en moto y bicicleta y la ingesta de alcohol al conducir.

Metodología

En este módulo se analizaron los siguientes indicadores: uso de cinturón de seguridad siempre (entre los que viajaron en automóvil); uso de casco siempre (entre los que viajaron en moto); uso de casco siempre (entre los que viajaron en bicicleta); y “manejado habiendo bebido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días” (entre quienes manejaron auto, moto o bicicleta). Los indicadores de uso de casco en moto y bicicleta no se analizaron de forma comparativa con respecto a las ediciones anteriores debido que en esta última edición se desdobló la pregunta, indagando por separado según el modo de transporte.

Resultados

A nivel nacional la prevalencia del uso de cinturón de seguridad siempre al viajar en auto fue 69,0%, lo cual implicó un aumento con respecto a las ediciones anteriores (48,0% en 2005 y 63,8% en 2009) (Tabla 15.1). No se registraron diferencias en este indicador según sexo y, en cuanto a la edad, los jóvenes de entre 18 y 24 años declararon en menor medida haber usado siempre el cinturón (58,3%). En cuanto al nivel educativo, aquellos con secundario completo fueron los que más utilizaron el cinturón

siempre (72,9%). También se observó mayor porcentaje del indicador a mayor nivel de ingresos (Tabla 15.2).

Las jurisdicciones que evidenciaron mayores porcentajes del uso de cinturón siempre con respecto al total nacional fueron Mendoza (88,4%), Córdoba (84,0%) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (82,9%), mientras que los más bajos se registraron en las provincias de Santiago del Estero (39,7%), Catamarca (42,7%), Entre Ríos (43,1%) y Tucumán (45,8%) (Tabla 15.1).

Con respecto al uso de casco a nivel nacional, el 59,1% de quienes viajaron en moto indicaron haberlo usado siempre, mientras que entre quienes viajaron en bicicleta, solo un 8,5% refirió haberlo hecho siempre (Tabla 15.3). El uso de casco siempre tanto en moto como en bicicleta fue mayor entre varones y registró diferencias entre el primer y último quintil de ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 15.4).

Las provincias que registraron los mayores porcentajes de uso de casco siempre al viajar en motocicleta fueron Misiones (87,1%) y Santa Cruz (84,0%). Por su parte, el mayor porcentaje de uso de casco siempre al andar en bicicleta se registró en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (20,9%); todos estos valores fueron analizados respecto del valor nacional (Tabla 15.3).

La prevalencia de consumo de alcohol al conducir auto, moto o bicicleta en los últimos treinta días a nivel nacional fue del 12,1%, valor similar al de la encuesta del año 2009 (Tabla 15.5). Los varones reportaron haber conducido luego de haber bebido alcohol 3,6 veces más que las mujeres (16,5% y 4,6% respectivamente), manteniendo esta tendencia con respecto a lo evidenciado en las ediciones anteriores. En cuanto a la edad, si bien no se registraron grandes variaciones entre los grupos etarios, entre los mayores de 65 años se observó menor prevalencia (7,8%) que entre los jóvenes de 18 a 24 años (13,5%). No

se evidenciaron diferencias por nivel educativo ni según ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 15.6).

Las jurisdicciones con porcentajes más bajos de consumo de alcohol al conducir, con respecto al total nacional, fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (6,2%) y la provincia de Buenos Aires (8,3%) (Tabla 15.5).

Discusión

Observamos que, a nivel nacional, creció el indicador analizado de uso de cinturón de seguridad en auto con respecto a las ediciones anteriores de la ENFR. A pesar de esto, la prevalencia sigue siendo baja.

Los jóvenes reportaron usar cinturón siempre al viajar en auto en menor proporción que los otros grupos etarios, siendo justamente el grupo más vulnerable ya que son los que más se lesionan y fallecen por esta causa.

Por otro lado, la prevalencia de uso de casco siempre en moto a nivel nacional resultó ser menor que la del uso de cinturón. El uso de casco en bicicleta presentó valores muy bajos, ya que solo 1 de cada 10 refirió usarlo siempre.

En cuanto al conducir habiendo tomado alguna bebida con alcohol, el indicador no presentó modificaciones respecto de la 2ª ENFR 2009. Asimismo, al igual que en lo registrado en las ediciones precedentes, los varones declararon en mayor medida que las mujeres haber conducido habiendo consumido alcohol.

Dada la carga de enfermedad de estas lesiones es prioritario profundizar las acciones de prevención a lo largo y a lo ancho de nuestro país. Es altamente recomendable que tanto el diseño como la implementación y el posterior monitoreo de las mismas se lleven a cabo mediante un enfoque interdisciplinario, multisectorial y comunitario. Aquellas medidas en las que existe alta evidencia científica de una

adecuada costoefectividad en materia de seguridad vial son, principalmente, las orientadas a lograr un entorno vial más seguro y las destinadas a la regulación y control del uso de casco, del cinturón, y el consumo de alcohol al conducir así como la regulación y control de la velocidad. Otras medidas con menor nivel de costoefectividad son aquellas dirigidas a la comunicación y educación, las cuales deben llevarse a cabo conjuntamente con las acciones de regulación y control anteriormente mencionadas. Paralelamente, la vigilancia epidemiológica de las lesiones cumple un rol fundamental al monitorear las intervenciones realizadas y permitir así medir su impacto (5) (6) (7).

El 11 de mayo de 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU) decretaron la “Década de acción” la cual tiene como meta reducir la mortalidad por lesiones ocasionadas por el tránsito en un 50% para el año 2020. Para ello se definieron las principales acciones en cinco pilares: 1) gestión de la seguridad vial; 2) construcción de vías de tránsito y movilidad más seguras; 3) mejoras en la seguridad de los vehículos; 4) modificación de las conductas de los usuarios del sistema vial para que sean más seguras; y 5) mejoras en la respuesta y atención una vez ocurrido el hecho de tránsito (8).

La Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) (9), creada en Argentina en el año 2008 mediante la Ley 26.363, es el organismo encargado de liderar las políticas de estado articulando con los organismos pertinentes para cada ámbito de acción. Su misión es reducir la tasa de siniestralidad en el país para lo cual se implementan planes de acción según los siguientes temas: campañas de difusión y concientización, control y fiscalización del tránsito; constitución de un sistema de antecedentes de tránsito y estadística accidental; y la creación de un mapa de riesgo y puntos negros. Además hace especial hincapié en la elaboración de programas de educación

vial, en la capacitación de conductores profesionales y de autoridades de control, en la regulación de la emisión de la Licencia Nacional de Conducir y en la Revisión Técnica Obligatoria para los vehículos. A su vez, en los últimos años la ANSV trabaja en conjunto con el Ministerio de Educación de la Nación en la incorporación de educación vial en la currícula escolar.

Paralelamente, desde el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA), se llevan a cabo acciones orientadas a fomentar la regionalización y a conformar redes de atención de la emergencia, comenzando por la región del noroeste y llevando la experiencia al resto de las regiones. A su vez, dado que es imprescindible contar con información confiable y oportuna para el diseño y monitoreo de acciones de prevención, funciona el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) perteneciente al Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (10). Finalmente, desde el mismo Ministerio y a través del Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables (11) y en conjunto con la ANSV se fomentan y monitorean acciones de promoción de la seguridad vial.

Con el fin de cumplir con el compromiso asumido para la Década de Acción anteriormente detallada, es prioritario profundizar las acciones intersectoriales que se vienen realizando en nuestro país, como así también la implementación de nuevas estrategias adaptadas al contexto cultural de cada provincia y/o municipio.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito: Resumen. Ginebra: OMS; 2004 [acceso 6 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42926/1/9243591312.pdf>
2. Ubeda, C. Espitia-Hardeman V, Bhalla K, Borse NN, Abraham JP, Dellinger A, Ferrante D, Peltzer R. National burden of road traffic injuries in Argentina. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2011; 19: 1-10.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción y Control de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de Vigilancia N° 6: Descripción Epidemiológica de la mortalidad por lesiones de causas externas en Argentina. Noviembre, 2013 [acceso 15 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-03_boletin-epidemiologia-06.pdf
4. Yu Ye, Cheryl J. Cherpitel y Scott Macdonald. Capítulo 6: Traumatismos relacionados con el consumo de alcohol en las Américas: variaciones en función de la causa y el país. En Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política. OPS. OMS; Washington DC, 2013. p. 65-74.
5. Organización Panamericana para la Salud: Defensa del transporte público, seguro y saludable. Fomento de la participación del sector sanitario en un marco multisectorial, OPS, 2010.
6. Robyn Norton, Adnan A. Hyder, David Bishai, and Margie Peden, "Unintentional Injuries." 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*, ed., 737-754. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-39.
7. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report. Road Safety 2013. Ginebra, OMS; 2013. [acceso 10 de noviembre de 2014] Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013
8. Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para el decenio de acción para la seguridad vial 2011-2020. Informe [acceso 20 de noviembre de 2014] Disponible en http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/spanish.pdf
9. Ministerio del Interior y Transporte. Argentina: Ministerio del Interior y Transporte, Agencia Nacional de Seguridad Vial. Misiones y funciones [acceso 10 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.seguridadvial.gov.ar/institucional/misiones-y-funciones>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Programa Nacional de Prevención y control de lesiones [acceso 25 de noviembre de 2014] Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/prevencion-y-control-de-lesiones>.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa Municipios y Comun

Tabla 15.1. Uso de cinturón de seguridad (siempre) de la población de 18 años y más que maneja o viaja en auto, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	48,0 (46,5 - 49,5)	63,8 (62,7 - 64,9)	69,0 (67,7 - 70,3)
Ciudad de Buenos Aires	78,1 (75,3 - 80,7)	80,6 (77,1 - 83,7)	82,9 (78,1 - 86,8)
Buenos Aires	47,4 (44,4 - 50,4)	64,2 (62,2 - 66,1)	69,9 (67,6 - 72,1)
Córdoba	44,3 (39,2 - 49,5)	81,2 (77,6 - 84,4)	84,0 (80,5 - 86,9)
Entre Ríos	34,2 (28,2 - 40,7)	43,1 (37,4 - 48,9)	43,1 (35,7 - 50,9)
La Pampa	30,1 (24,4 - 36,6)	54,6 (48,2 - 60,8)	51,1 (46,6 - 55,6)
Santa Fe	52,0 (48,9 - 55,1)	67,4 (63,7 - 70,9)	64,2 (60,2 - 68,0)
Pampeana y GBA	51,9 (49,9 - 53,9)	68,0 (66,5 - 69,4)	71,4 (69,7 - 73,1)
Catamarca	28,2 (23,1 - 33,9)	41,4 (38,0 - 44,9)	42,7 (36,5 - 49,1)
Jujuy	26,1 (22,4 - 30,2)	42,6 (38,1 - 47,2)	51,2 (45,1 - 57,3)
La Rioja	22,9 (19,5 - 26,7)	43,8 (39,7 - 48,0)	52,0 (46,6 - 57,4)
Salta	19,9 (17,8 - 22,2)	39,2 (34,8 - 43,7)	58,3 (54,5 - 62,0)
Santiago del Estero	18,0 (15,2 - 21,1)	31,2 (25,6 - 37,5)	39,7 (34,6 - 45,0)
Tucumán	28,2 (25,4 - 31,1)	46,6 (42,1 - 51,2)	45,8 (40,8 - 51,0)
Noroeste	24,0 (22,4 - 25,8)	41,4 (39,4 - 43,6)	50,0 (47,7 - 52,3)
Corrientes	34,0 (26,4 - 42,5)	43,0 (38,3 - 47,7)	54,6 (48,5 - 60,7)
Chaco	30,4 (26,9 - 34,2)	36,5 (31,1 - 42,3)	63,1 (54,7 - 70,7)
Formosa	46,0 (41,5 - 50,7)	61,4 (55,6 - 66,8)	56,8 (50,5 - 62,9)
Misiones	57,6 (50,2 - 64,5)	66,5 (61,2 - 71,3)	69,8 (65,4 - 73,8)
Noreste	40,4 (37,1 - 43,9)	49,3 (46,3 - 52,3)	62,0 (58,6 - 65,4)
Chubut	41,7 (36,2 - 47,4)	55,0 (50,3 - 59,6)	61,6 (57,8 - 65,2)
Neuquén	55,4 (51,4 - 59,3)	59,9 (55,5 - 64,2)	68,8 (63,2 - 74,0)
Río Negro	38,6 (31,1 - 46,7)	48,7 (43,8 - 53,5)	54,3 (50,1 - 58,3)
Santa Cruz	46,7 (42,7 - 50,6)	49,6 (46,3 - 52,9)	63,5 (55,4 - 70,9)
Tierra del Fuego	51,1 (47,2 - 55,0)	58,8 (54,5 - 63,1)	67,1 (62,8 - 71,1)
Patagónica	45,6 (41,6 - 49,8)	54,1 (51,9 - 56,3)	81,9 (79,6 - 84,0)
Mendoza	58,9 (55,4 - 62,3)	79,5 (76,0 - 82,6)	88,4 (85,4 - 90,8)
San Juan	27,5 (24,4 - 30,7)	55,7 (51,4 - 59,9)	71,1 (66,1 - 75,7)
San Luis	32,9 (29,4 - 36,6)	47,8 (44,5 - 51,1)	70,8 (66,0 - 75,2)
Cuyo	47,6 (45,2 - 50,0)	68,9 (66,5 - 71,2)	62,1 (59,8 - 64,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 15.2. Uso de cinturón de seguridad (siempre) de la población de 18 años y más que maneja o viaja en auto por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013	
	% (IC 95%)	
Total	69,0	(67,7 - 70,3)
Sexo		
Varón	70,8	(69,0 - 72,6)
Mujer	67,2	(65,6 - 78,9)
Grupo de edad		
18 a 24	58,3	(54,9 - 61,5)
25 a 34	65,1	(62,5 - 67,6)
35 a 49	72,5	(70,5 - 74,5)
50 a 64	74,9	(72,4 - 77,2)
65 y más	72,0	(69,1 - 74,7)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	66,2	(62,4 - 69,7)
Primario completo y secundario incompleto	63,6	(61,5 - 65,7)
Secundario completo y más	72,9	(71,3 - 74,4)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	59,7	(56,5 - 62,8)
2	66,1	(63,6 - 68,5)
3	68,4	(65,8 - 71,0)
4	70,9	(68,2 - 73,5)
5	78,2	(76,2 - 80,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 15.3. Uso de casco (siempre) de la población de 18 años y más que maneja o viaja en moto o bicicleta por provincia y región según tipo de vehículo. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013	
	Uso de casco en moto (siempre)	Uso de casco en bicicleta (siempre)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total	59,1 (56,4 - 61,8)	8,5 (7,3 - 9,9)
Ciudad de Buenos Aires	61,8 (43,8 - 77,1)	20,9 (14,4 - 29,3)
Buenos Aires	58,6 (52,1 - 64,8)	8,3 (6,2 - 11,1)
Córdoba	63,1 (55,0 - 70,6)	8,4 (5,4 - 12,8)
Entre Ríos	57,8 (50,2 - 64,9)	5,5 (3,4 - 8,8)
La Pampa	54,7 (46,5 - 62,6)	4,5 (2,4 - 8,5)
Santa Fe	61,6 (56,0 - 66,9)	4,1 (2,5 - 6,5)
Pampeana y GBA	60,0 (55,9 - 63,9)	9,0 (7,3 - 10,9)
Catamarca	48,0 (39,7 - 56,3)	8,9 (4,4 - 17,0)
Jujuy	37,6 (31,4 - 44,1)	6,3 (2,9 - 13,1)
La Rioja	58,6 (51,6 - 65,3)	11,7 (6,6 - 20,0)
Salta	44,7 (37,0 - 52,7)	7,0 (4,6 - 10,4)
Santiago del Estero	41,7 (34,4 - 49,4)	9,2 (5,4 - 15,2)
Tucumán	44,3 (36,1 - 52,7)	6,8 (4,3 - 10,8)
Noroeste	44,8 (41,1 - 48,5)	7,5 (6,0 - 9,3)
Corrientes	62,9 (54,9 - 70,4)	5,6 (3,3 - 9,6)
Chaco	41,7 (33,2 - 50,8)	3,4 (1,6 - 7,0)
Formosa	80,5 (70,2 - 87,9)	1,1 (0,4 - 3,5)
Misiones	87,1 (82,1 - 90,8)	8,7 (5,1 - 14,5)
Noreste	63,7 (57,6 - 69,3)	4,7 (3,3 - 6,5)
Chubut	63,1 (45,4 - 77,9)	13,4 (9,7 - 18,3)
Neuquén	78,0 (68,0 - 85,6)	6,6 (3,7 - 11,6)
Río Negro	62,2 (54,7 - 69,2)	7,6 (5,2 - 10,9)
Santa Cruz	84,0 (73,2 - 91,0)	13,0 (7,8 - 20,7)
Tierra del Fuego	65,7 (47,2 - 80,5)	13,7 (9,0 - 20,4)
Patagónica	69,4 (64,0 - 74,2)	9,2 (7,5 - 11,3)
Mendoza	79,7 (71,8 - 85,9)	11,0 (7,6 - 15,7)
San Juan	73,0 (64,8 - 79,8)	7,3 (4,4 - 11,8)
San Luis	65,4 (56,0 - 73,8)	3,1 (1,6 - 5,9)
Cuyo	74,5 (69,8 - 78,7)	8,6 (6,5 - 11,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 15.4. Uso de casco (siempre) de la población de 18 años y más que maneja o viaja en moto o bicicleta por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora según tipo de vehículo. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013	
	Uso de casco en moto (siempre)	Uso de casco en bicicleta (siempre)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	59,1 (56,4 - 61,8)	8,5 (7,3 - 9,9)
Sexo		
Varón	62,1 (58,8 - 65,2)	10,6 (8,8 - 12,7)
Mujer	54,9 (51,5 - 58,3)	5,8 (4,5 - 7,5)
Grupo de edad		
18 a 24	51,9 (47,2 - 56,5)	7,5 (5,0 - 11,1)
25 a 34	58,3 (54,3 - 62,2)	9,3 (7,0 - 12,3)
35 a 49	65,6 (61,9 - 69,1)	10,3 (8,1 - 13,0)
50 a 64	64,2 (58,8 - 69,2)	7,8 (5,6 - 10,7)
65 y más	49,1 (38,6 - 59,6)	4,0 (2,4 - 6,5)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	55,9 (49,5 - 62,1)	5,5 (2,9 - 10,1)
Primario completo y secundario incompleto	56,2 (52,9 - 59,3)	5,9 (4,4 - 7,9)
Secundario completo y más	62,6 (58,8 - 66,3)	11,2 (9,3 - 13,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	52,6 (48,4 - 56,8)	6,2 (4,3 - 8,9)
2	58,2 (54,0 - 62,4)	7,9 (5,5 - 11,2)
3	60,9 (55,4 - 66,1)	6,6 (4,6 - 9,4)
4	64,9 (59,2 - 70,2)	9,5 (6,8 - 13,0)
5	65,0 (58,8 - 70,8)	14,2 (10,9 - 18,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 15.5. Población de 18 años y más que manejó un auto, moto o bicicleta habiendo bebido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	16,8 (15,3 - 18,3)	13,2 (12,2 - 14,2)	12,1 (11,2 - 13,2)
Ciudad de Buenos Aires	17,4 (13,8 - 21,7)	13,1 (10,0 - 17,0)	6,2 (3,9 - 9,8)
Buenos Aires	15,0 (12,3 - 18,3)	12,3 (10,4 - 14,3)	8,3 (6,8 - 10,3)
Córdoba	20,1 (14,0 - 27,9)	12,4 (9,7 - 15,8)	15,4 (12,5 - 18,8)
Entre Ríos	11,5 (8,2 - 15,9)	12,7 (9,9 - 16,2)	21,0 (17,0 - 25,5)
La Pampa	23,0 (18,9 - 27,7)	16,9 (12,2 - 23,0)	12,7 (9,8 - 16,5)
Santa Fe	17,9 (14,8 - 21,5)	12,2 (9,4 - 15,6)	17,2 (14,4 - 20,3)
Pampeana y GBA	16,4 (14,4 - 18,5)	12,5 (11,2 - 13,8)	10,7 (9,5 - 12,1)
Catamarca	12,8 (9,4 - 17,3)	16,0 (12,3 - 20,6)	19,3 (12,6 - 28,4)
Jujuy	21,6 (12,6 - 34,4)	11,5 (8,6 - 15,3)	12,4 (8,9 - 17,1)
La Rioja	25,0 (21,4 - 28,9)	22,3 (17,6 - 27,7)	16,5 (12,0 - 22,3)
Salta	20,8 (17,6 - 24,4)	14,0 (10,4 - 18,5)	14,7 (11,3 - 18,9)
Santiago del Estero	25,1 (20,9 - 29,9)	13,4 (10,1 - 17,5)	10,6 (7,2 - 15,3)
Tucumán	15,0 (11,9 - 18,8)	17,6 (13,6 - 22,6)	13,0 (9,8 - 17,1)
Noroeste	19,6 (17,2 - 22,3)	15,5 (13,6 - 17,6)	13,7 (12,0 - 15,7)
Corrientes	16,1 (12,8 - 20,1)	13,5 (10,6 - 17,0)	13,8 (10,1 - 18,5)
Chaco	14,5 (11,1 - 18,7)	16,9 (12,6 - 22,3)	23,7 (14,5 - 36,2)
Formosa	10,3 (6,0 - 17,3)	5,2 (2,4 - 10,6)	22,7 (17,7 - 28,5)
Misiones	8,6 (5,9 - 12,5)	9,8 (6,9 - 13,8)	7,8 (4,8 - 12,5)
Noreste	12,9 (10,8 - 15,3)	12,7 (10,7 - 14,9)	16,1 (12,8 - 20,0)
Chubut	19,5 (15,9 - 23,8)	16,2 (12,2 - 21,2)	13,1 (10,1 - 16,7)
Neuquén	19,2 (15,1 - 24,1)	14,6 (10,7 - 19,7)	17,1 (13,2 - 21,9)
Río Negro	14,8 (13,0 - 17,0)	11,3 (8,7 - 14,6)	7,8 (5,9 - 10,2)
Santa Cruz	14,8 (12,1 - 17,9)	17,6 (14,2 - 21,6)	12,5 (9,5 - 16,3)
Tierra del Fuego	16,8 (13,5 - 20,6)	12,5 (9,4 - 16,5)	11,0 (8,3 - 14,6)
Patagónica	17,2 (15,3 - 19,3)	14,2 (12,2 - 16,3)	12,4 (10,8 - 14,1)
Mendoza	20,9 (16,8 - 25,7)	18,3 (14,5 - 22,8)	22,1 (17,9 - 27,0)
San Juan	19,8 (14,6 - 26,3)	17,4 (13,3 - 22,5)	18,5 (12,9 - 25,8)
San Luis	14,7 (11,5 - 18,4)	14,0 (10,2 - 18,8)	15,1 (9,8 - 22,6)
Cuyo	19,8 (16,9 - 23,1)	17,5 (14,8 - 20,5)	20,4 (17,3 - 24,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Tabla 15.6. Población de 18 años y más que manejó un auto, moto o bicicleta habiendo bebido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013
	% (IC 95%)
Total	12,1 (11,2 - 13,2)
Sexo	
Varón	16,5 (15,1 - 18,0)
Mujer	4,6 (3,8 - 5,5)
Grupo de edad	
18 a 24	13,5 (10,9 - 16,5)
25 a 34	13,9 (12,1 - 16,0)
35 a 49	12,4 (10,8 - 14,2)
50 a 64	10,2 (8,2 - 12,6)
65 y más	7,8 (5,9 - 10,4)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	13,3 (9,1 - 19,1)
Primario completo y secundario incompleto	12,6 (11,0 - 14,3)
Secundario completo y más	11,7 (10,6 - 13,0)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	10,9 (8,9 - 13,3)
2	11,7 (9,6 - 14,3)
3	12,7 (10,3 - 15,6)
4	10,9 (9,2 - 12,9)
5	13,9 (12,2 - 15,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Capítulo 16

Vacunas

Introducción

La vacunación es tanto un derecho individual como una responsabilidad social: las vacunas, además de brindar beneficio personal (previniendo la aparición de complicaciones y muerte por diversas enfermedades en la población vacunada), constituyen una responsabilidad de todos los ciudadanos dado que la prevención primaria a través de las vacunas en una población objetivo también protege en forma indirecta a quienes no están vacunados. Su principal objetivo es disminuir las complicaciones y, específicamente, la mortalidad provocada por ciertos agentes infecciosos, constituyendo un importante indicador sanitario, social y económico de una población.

La prevención primaria a través de las vacunas, es una política de estado. Argentina se constituyó en 2015 como un país con uno de los Calendarios Nacionales de Vacunación más completos de la región, con 19 vacunas gratuitas y obligatorias para todas las etapas de la vida, estimulando la transición de la vacunación del niño a la familia (1).

La vacunación en el adulto está indicada: 1) contra enfermedades inmunoprevenibles (por ejemplo, hepatitis B); 2) contra enfermedades para las cuales se necesita un refuerzo (por ejemplo, difteria/tétanos); y 3) en huéspedes especiales o grupos de riesgo, que presentan mayor susceptibilidad de presentar complicaciones (por ejemplo, gripe, neumonía). Las personas con ciertas enfermedades no transmisibles

como obesidad, cardiopatías, diabetes, enfermedad renal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tienen mayor riesgo de presentar complicaciones y, por lo tanto, mayor tasa de internación y muerte por enfermedades prevenibles por vacuna como la gripe y la neumonía (1).

Por primera vez, la 3ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el 2013 incluyó un módulo sobre inmunizaciones, orientado a estimar la prevalencia de vacunación en adultos y grupos de riesgo para algunas de las vacunas recomendadas por la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI) y conocer la exposición a la información sobre esta temática en la población argentina.

Métodos

Los indicadores analizados en el siguiente módulo fueron:

- Prevalencia de aplicación de la vacuna antitetánica/doble adultos (difteria, tétanos) en los últimos 5 años. La vacuna doble adultos es de indicación universal para toda la población adulta con refuerzos cada 10 años (1).
- Prevalencia de aplicación de la vacuna contra la Hepatitis B en los últimos 5 años. Esta vacuna está recomendada en forma universal para toda la población desde julio del 2012 y se incorporó al Calendario Nacional de manera gratuita y obligatoria en el año 2014 (2).

- Prevalencia de aplicación de la vacuna contra la influenza/gripe/gripe A en los últimos 5 años en personas que durante la encuesta reportaron tener más de 65 años o 18 años o más con alguno de los siguientes factores: obesidad morbida (definida como índice de Masa Corporal –IMC– mayor o igual a 40), EPOC, diabetes, infarto agudo de miocardio o enfermedad renal (excluyendo cálculos, infecciones, incontinencia). Además de los grupos mencionados, la aplicación de esta vacuna en adultos está indicada en otros grupos con factores de riesgos no medidos en esta encuesta (embarazadas en cualquier trimestre de la gestación y en el puerperio inmediato si no la hubiesen recibido durante el embarazo, y en las personas que presenten otras enfermedades cardíacas, otras enfermedades respiratorias o inmunosupresión) (3).
- Prevalencia de aplicación de la vacuna contra el neumococo/neumonía en los últimos 5 años en personas que durante la encuesta reportaron tener más de 65 años o 18 años o más con alguno de los siguientes factores: tabaquismo, consumo de alcohol regular de riesgo, EPOC, diabetes, infarto agudo de miocardio o enfermedad renal (excluyendo cálculos, infecciones, incontinencia). Además de los grupos mencionados, la aplicación de esta vacuna en adultos está indicada en aquellos que presenten alguna de las comorbilidades que se asocian al riesgo de desarrollar formas invasivas de enfermedad por neumococo no medidas en esta encuesta (asplenia, otras cardiopatías, otras enfermedades respiratorias, fístula de líquido cefalorraquídeo, implante coclear, inmunosupresión, entre otros) (1).

Asimismo, se indagó sobre la información disponible sobre vacunación entre adultos a través de algún medio (como

tv, radio, revistas, páginas web, carteles en la calle, hospitales, escuelas, etc.) en los últimos 12 meses, como así también la información recibida sobre vacunación por parte de algún profesional de la salud en los últimos 12 meses.

Resultados

Vacuna doble adultos

El 49,8% de la población encuestada refirió haber recibido una dosis de esta vacuna en los últimos 5 años, siendo menor el indicador entre las personas mayores de 50 años (Tabla 16.2). Las provincias que presentaron los mayores porcentajes de aplicación fueron La Pampa (66,8%), Salta (66,4%), Misiones (61,8%) y Tierra del Fuego (56,9%) (Tabla 16.1).

Vacuna contra hepatitis B

Los resultados reflejan que el 21,7% de la población encuestada refirió haber recibido una dosis de esta vacuna en los últimos 5 años. El indicador fue mayor en mujeres que en varones (24,5% vs. 18,6%). Por otro lado la prevalencia de aplicación disminuyó a mayor edad (con un máximo 38,0% en el grupo de 18 a 24 años y un mínimo de 8,5% en el grupo de 65 años y más). Asimismo, la prevalencia fue menor en la población con nivel educativo hasta primario completo (Tabla 16.2). Las provincias en las cuales el indicador fue mayor fueron Salta (44,4%), Tierra del Fuego (39,7%), La Pampa (32,5%) y Catamarca (31,0%) (Tabla 16.1).

Vacuna antigripal

El 51,6% de la población analizada (descrita en el apartado de métodos) refirió haber recibido por lo menos una dosis de vacuna antigripal en los últimos 5 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo, edad, nivel educativo ni de ingresos (Tabla 16.2).

En el análisis por jurisdicción, Formosa (69,1%), Tucumán (62,6%) y Salta (61,4%)

presentaron coberturas superiores al total país (Tabla 16.1).

Vacuna contra neumococo

La prevalencia de aplicación de la vacuna contra el neumococo en la población analizada (descrita en el apartado de métodos) fue del 16,2%. Se observó mayor prevalencia en las mujeres con relación a los varones (18,4% vs. 14,0%); las personas de 65 años y más respondieron haberse aplicado esta vacuna en un porcentaje mayor. No se evidenciaron diferencias según nivel educativo ni de ingresos (Tabla 16.2).

En el análisis por jurisdicción, La Pampa (27,3%), Formosa (26,3%), Salta (25,1%) y Catamarca (24,9%) y Chaco (22,5%) presentaron las mayores prevalencias para el indicador (Tabla 16.1).

Fuente de información de vacunas del adulto

El 70,8% de los encuestados refirió haber visto o escuchado información sobre vacunas de adultos en algún medio como televisión, radio, internet, hospitales, escuelas, entre otros. Este porcentaje fue mayor en mujeres (73,5%) que en varones (67,8%), y menor entre los grupos de edad más jóvenes (65,7% entre los 18 y 24 años y 68,5% entre los 25 a 34 años). En cuanto al nivel educativo, se evidenciaron diferencias entre quienes tienen hasta primario incompleto (66,3%) y aquellos con secundario completo y más (72,1%). Mendoza (80,2%), Chubut (80,0%), y Tucumán (78,3%) presentaron porcentajes mayores que el total país.

Por otra parte, el 27,9% refirió haber recibido esta información a través de un médico, enfermera u otro profesional de la salud. Esta proporción fue mayor entre las mujeres en relación a los varones (30,9% y 24,6% respectivamente) y en mayores de 65 años (36,1%). Fue, además, mayor en relación al total país en Salta (37,7%), Jujuy (36,4%), Santiago del Estero (36,0%) y Chubut (34,9%).

Discusión

La prevalencia de vacunación varía según la vacuna analizada. Por otra parte, se observó que la población recibe información sobre vacunación más frecuentemente a través de los medios de comunicación que a través de un profesional de la salud.

La vacuna contra tétanos/difteria, de indicación universal, fue aplicada en los últimos cinco años en la mitad de la población. Este resultado podría estar subestimando la prevalencia real de esta vacuna ya que la indicación es su aplicación cada 10 años.

Por otra parte, la vacuna contra hepatitis B alcanzó porcentajes más bajos, la razón podría deberse a que la incorporación al calendario de manera universal fue posterior a la realización de esta encuesta en el año 2014 y a la baja percepción de la población y del personal de salud de la Hepatitis B como enfermedad relevante.

A pesar de tener similares indicaciones, es de destacar que se registró mayor prevalencia de vacunación antigripal que de vacuna contra el neumococo. Esto podría deberse a múltiples factores entre los que podemos enumerar: un mayor conocimiento de la población del riesgo de las complicaciones de la influenza a partir de la pandemia del año 2009, mayor difusión en todos los medios de comunicación de la vacuna antigripal y a la falta de percepción por parte de la población, personal de salud y medios de comunicación de la neumonía y sus complicaciones como una enfermedad relevante.

Cuando analizamos los datos acerca de las fuentes de información que tienen los adultos sobre vacunación se evidencia la importancia de los medios de comunicación como difusores de las recomendaciones y estrategias de prevención a través de las vacunas, ya que un porcentaje elevado de la población refirió haber visto mensajes en distintos medios. Por otro lado, se evidenció la necesidad de mejorar el

acceso de la población a la información a través de equipos de salud.

La mayoría de las coberturas vacunales no difirieron entre población de diferente nivel educativo. Esto demuestra que la importancia de la vacunación está incorporada en todos los niveles socioculturales de nuestro país, probablemente porque en Argentina el estado garantiza la provisión de vacunas en forma gratuita para todas las personas, y ratifica el concepto de que las vacunas generan equidad.

importante para identificar poblaciones de baja cobertura, plantear hipótesis acerca de las causas de la misma, planificar e implementar estrategias de mejora; generar acciones a nivel local, convocar socios estratégicos para lograr los objetivos y potenciar la difusión de las recomendaciones a través de los medios, así como también reforzar el abordaje de esta temática desde los dispositivos de salud.

Los resultados de este capítulo deben interpretarse considerando algunas limitaciones. En esta encuesta se preguntó acerca de la aplicación de vacunas en los últimos 5 años. Sin embargo, para todas las vacunas aquí evaluadas, la indicación en cuanto a la periodicidad de aplicación es diferente. Por otro lado, las vacunas contra el neumococo y antigripal están indicadas para personas con ciertos factores de riesgo, algunos de los cuales no fueron relevados.

La Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación (DiNaCEI), creado por Decreto Presidencial en el año 2014, tiene como responsabilidad primaria la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles (4).

Para cumplir esta misión el DiNaCEI genera, con el apoyo de la Comisión Nacional de Inmunización y en base a la evidencia científica disponible, la carga de enfermedad y los estudios de costo-beneficio, costo-efectividad y seguridad de las vacunas las recomendaciones para las diferentes estrategias de prevención primaria a través de las vacunas (inclusiones al Calendario Nacional de Vacunación, población objetivo y recomendaciones).

En conclusión, el conocimiento de estos datos constituye una herramienta

Referencias

1. Vacunación en Adultos. En Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012. ProNaCEI, Ministerio de Salud (acceso: 5 de enero de 2015). Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf
2. Vacunación universal contra el virus de hepatitis B. Lineamientos técnicos 2012 (acceso: 4 de enero de 2015). Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000446cnt-2013-10_lineamientos-vacunacion-universal-hepatitis-b.pdf. Acceso enero 2015
3. Lineamientos técnicos vacuna antigripal Argentina 2014 (acceso: 6 de enero de 2015). Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000450cnt-2014-03_lineamientos-gripe-2014-final.pdf. Acceso enero 2015
4. Decreto Presidencial 2734/2014. Boletín Oficial N° 33.057. 26 de enero de 2015

Tabla 16.1. Prevalencia de aplicación de vacunas por provincia y región según tipo de vacuna. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013			
	Doble adultos	Hepatitis B	Antigripal	Neumococo
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Total	49,8 (48,5 - 51,1)	21,7 (20,7 - 22,7)	51,6 (49,6 - 53,6)	16,2 (15,2 - 17,3)
Ciudad de Buenos Aires	47,9 (43,5 - 52,4)	19,6 (16,5 - 23,1)	43,9 (36,7 - 51,3)	12,4 (9,0 - 16,7)
Buenos Aires	50,5 (48,1 - 53,0)	19,1 (17,2 - 21,1)	51,2 (47,4 - 55,0)	16,1 (14,2 - 18,2)
Córdoba	44,7 (40,1 - 49,4)	18,6 (15,8 - 21,9)	52,6 (46,9 - 58,2)	16,0 (13,5 - 18,9)
Entre Ríos	50,9 (46,0 - 55,7)	19,5 (16,7 - 22,7)	55,8 (48,2 - 63,2)	15,0 (12,0 - 18,5)
La Pampa	66,8 (63,0 - 70,5)	32,5 (28,0 - 37,3)	54,7 (46,0 - 63,0)	27,3 (22,6 - 32,6)
Santa Fe	46,2 (43,2 - 49,2)	17,0 (15,0 - 19,1)	44,6 (39,3 - 49,9)	12,7 (10,7 - 15,0)
Pampeana y GBA	49,2 (47,5 - 50,9)	19,0 (17,7 - 20,4)	49,9 (47,3 - 52,6)	15,3 (14,0 - 16,7)
Catamarca	46,9 (42,1 - 51,8)	31,0 (26,5 - 35,8)	55,2 (47,0 - 63,1)	24,9 (19,3 - 31,5)
Jujuy	47,5 (40,9 - 54,3)	30,8 (26,6 - 35,4)	55,2 (47,8 - 62,4)	19,2 (15,3 - 23,9)
La Rioja	46,8 (39,2 - 54,6)	28,4 (23,0 - 34,4)	60,3 (53,0 - 67,2)	19,9 (14,7 - 26,3)
Salta	66,4 (62,0 - 70,5)	44,4 (39,9 - 49,0)	61,4 (54,7 - 67,6)	25,1 (20,3 - 30,5)
Santiago del Estero	40,2 (35,0 - 45,6)	26,1 (21,8 - 30,9)	55,3 (48,6 - 61,9)	20,5 (15,6 - 26,4)
Tucumán	47,3 (43,1 - 51,5)	20,4 (17,6 - 23,7)	62,6 (56,6 - 68,3)	17,2 (13,2 - 22,2)
Noroeste	51,3 (48,6 - 53,9)	30,4 (28,1 - 32,8)	59,5 (56,6 - 62,4)	20,8 (18,6 - 23,2)
Corrientes	52,8 (46,7 - 58,7)	23,8 (20,9 - 27,1)	59,2 (49,6 - 68,0)	18,9 (15,8 - 22,5)
Chaco	47,2 (41,3 - 53,2)	27,5 (23,8 - 31,5)	48,8 (40,9 - 56,8)	22,5 (18,3 - 27,3)
Formosa	52,5 (45,3 - 59,5)	22,1 (18,0 - 26,9)	69,1 (61,3 - 76,0)	26,3 (21,3 - 32,1)
Misiones	61,8 (56,3 - 67,1)	31,3 (28,0 - 34,8)	54,1 (47,9 - 60,1)	18,6 (15,1 - 22,7)
Noreste	53,5 (50,5 - 56,5)	26,8 (25,0 - 28,7)	56,0 (51,6 - 60,3)	20,9 (18,8 - 23,2)
Chubut	52,5 (48,8 - 56,1)	31,9 (28,6 - 35,3)	56,4 (50,9 - 61,7)	21,3 (17,2 - 26,1)
Neuquén	49,8 (45,2 - 54,4)	21,6 (18,4 - 25,2)	57,4 (50,5 - 64,1)	16,0 (12,5 - 20,1)
Río Negro	48,3 (44,6 - 51,9)	23,6 (20,4 - 27,1)	54,5 (48,5 - 60,3)	15,0 (12,3 - 18,3)
Santa Cruz	51,3 (46,5 - 56,1)	24,9 (21,8 - 28,3)	56,6 (49,2 - 63,7)	11,9 (8,2 - 17,1)
Tierra del Fuego	56,9 (53,3 - 60,5)	39,7 (35,9 - 43,5)	59,3 (53,1 - 65,1)	19,4 (16,3 - 22,8)
Patagónica	50,7 (48,8 - 52,7)	26,5 (24,9 - 28,1)	56,3 (53,2 - 59,3)	16,7 (15,0 - 18,6)
Mendoza	46,1 (42,7 - 49,5)	28,8 (25,9 - 31,9)	45,4 (40,3 - 50,5)	10,5 (8,1 - 13,6)
San Juan	52,8 (48,3 - 57,2)	27,2 (23,3 - 31,6)	51,9 (44,8 - 58,9)	20,8 (17,0 - 25,2)
San Luis	53,7 (47,9 - 59,5)	25,7 (21,6 - 30,3)	61,0 (53,4 - 68,1)	20,9 (16,7 - 26,0)
Cuyo	48,9 (46,4 - 51,4)	27,9 (25,8 - 30,2)	49,4 (45,7 - 53,1)	14,6 (12,6 - 16,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

Tabla 16.2. Prevalencia de aplicación de vacunas por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora según tipo de afección. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2013.

	ENFR 2013			
	Doble adultos	Hepatitis B	Antigripal	Neumococo
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	49,8 (48,5 - 51,1)	21,7 (20,7 - 22,7)	51,6 (49,6 - 53,6)	16,2 (15,2 - 17,3)
Sexo				
Varón	49,5 (47,7 - 51,3)	18,6 (17,3 - 19,9)	48,5 (45,2 - 51,9)	14,0 (12,7 - 15,6)
Mujer	50,1 (48,6 - 51,6)	24,5 (23,2 - 25,9)	53,8 (51,1 - 56,4)	18,4 (16,9 - 20,0)
Grupo de edad				
18 a 24	56,8 (53,5 - 60,0)	38,0 (35,1 - 41,0)	58,0 (49,2 - 66,3)	14,4 (11,4 - 18,0)
25 a 34	57,1 (54,7 - 59,4)	27,7 (25,7 - 29,8)	53,5 (47,0 - 59,9)	13,0 (11,0 - 15,2)
35 a 49	52,0 (49,8 - 54,2)	20,6 (19,0 - 22,5)	45,8 (41,0 - 50,6)	13,3 (11,4 - 15,4)
50 a 64	41,9 (39,6 - 44,3)	12,9 (11,6 - 14,4)	44,7 (40,9 - 48,5)	13,6 (11,7 - 15,7)
65 y más	38,0 (35,4 - 40,7)	8,5 (7,4 - 9,9)	55,3 (52,5 - 57,9)	23,1 (20,9 - 25,5)
Nivel educativo				
Hasta primario completo	47,3 (43,8 - 50,9)	16,1 (13,8 - 18,6)	53,9 (48,9 - 58,9)	18,6 (15,5 - 22,2)
Primario completo y secundario incompleto	50,4 (48,5 - 52,4)	20,7 (19,1 - 22,3)	49,6 (46,9 - 52,4)	15,7 (14,2 - 17,4)
Secundario completo y más	49,8 (48,3 - 51,4)	23,5 (22,3 - 24,8)	52,7 (49,5 - 55,8)	16,0 (14,5 - 17,5)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora				
1	52,4 (49,9 - 54,9)	25,6 (23,7 - 27,7)	47,5 (43,4 - 51,8)	15,6 (13,7 - 17,7)
2	50,7 (48,2 - 53,2)	21,6 (19,7 - 23,7)	51,8 (47,4 - 56,1)	17,6 (15,3 - 20,2)
3	50,9 (48,6 - 53,2)	21,1 (19,1 - 23,3)	53,1 (49,1 - 57,1)	16,0 (13,7 - 18,6)
4	49,1 (46,4 - 51,8)	20,3 (18,3 - 22,4)	52,8 (48,7 - 56,9)	16,2 (14,0 - 18,7)
5	45,4 (43,0 - 47,7)	19,4 (17,8 - 21,2)	52,7 (48,1 - 57,2)	15,5 (13,4 - 17,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

ANEXO 1

Resumen ejecutivo

Objetivos de la 3° ENFR

- Proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre los factores de riesgo, proceso de atención y prevalencias de las principales ENT en la población de 18 años y más de Argentina.
- El monitoreo de la evolución de los principales Factores de Riesgo (FR) de las ENT.
- La evaluación del impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.

Metodología de ENFR

El diseño muestral de la ENFR fue probabilístico y multietápico, y permitió obtener información representativa a nivel nacional y provincial de la población de 18 años y más, residente en localidades de 5.000 y más habitantes.

Se recogió información sociodemográfica y se indagó sobre la salud general, la actividad física, el acceso a la atención médica, el proceso de atención, la alimentación, el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, el consumo de alcohol, el peso corporal (sobrepeso y obesidad), la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes, las afecciones crónicas, las lesiones y detección precoz de cáncer (mamografía, PAP y pruebas de rastreo de cáncer de colon).

La tasa de respuesta fue de 70,7%, incluyendo en el análisis 32.365 personas.

PRINCIPALES RESULTADOS

Salud general

2 de cada 10 personas evaluaron su salud como mala o regular. Este reporte se incrementó entre mujeres, a menor edad y a menor nivel de ingresos.

Prevalencia de actividad física baja

La baja actividad física se evidenció en 1 de cada 2 personas, se mantuvo estable con relación a 2009 y resultó mayor entre mujeres.

Peso corporal

4 de cada 10 personas presentaron sobrepeso y 2 de cada 10 obesidad.

En 2013 aumentó un 42,5% la prevalencia de obesidad respecto del año 2005 (14,6% a 20,8%), con un incremento menos significativo desde 2009.

La prevalencia de obesidad resultó mayor entre varones y a menor nivel educativo.

Alimentación

Sal

Entre 2009 y 2013 disminuyó el porcentaje de población que agrega siempre sal a las comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa, del 25,3% al 17,3%.

Frutas y verduras

El promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas fue de 1,9 por persona. No se evidenciaron diferencias sustanciales en el promedio diario de consumo desde 2009, según jurisdicción o nivel de ingresos.

Tabaco

1 cada 4 personas afirmó consumir tabaco en la actualidad. La exposición habitual al humo de tabaco ajeno descendió respecto de ENFR 2009 (40,4% en 2009 y 36,3% en 2013). La exposición en lugares de trabajo bajó del 34% al 25% y en bares/restaurantes del 47,2% al 23,5% entre 2009 y 2013.

Presión arterial

9 de cada 10 adultos se controlaron la presión arterial en los últimos 2 años. La prevalencia de hipertensión (entre quienes se controlaron) también se mantuvo estable (34,1%).

Colesterol

8 cada 10 personas (varones mayores de 34 años/ mujeres mayores de 44 años) se midieron alguna vez el colesterol plasmático, sin cambios respecto de la ENFR 2009. De los que se controlaron, un tercio manifestó tener colesterol elevado.

Diabetes

Se mantuvo estable el control de glucemia con relación a la ENFR 2009, alcanzando a 8 de cada 10 personas de 18 años y más.

1 cada 10 personas presentaron diabetes o glucemia elevada, sin cambios significativos con relación a la ENFR 2009.

Detección precoz del cáncer**Mamografía**

7 de cada 10 mujeres de entre 50 y 70 años se realizaron una mamografía en los últimos dos años, mejorando con relación a la ENFR 2009.

Papanicolaou

7 de cada 10 mujeres entre 25 y 65 años se realizaron un PAP en los últimos dos años, aumentando respecto de la ENFR 2009

Cáncer colorrectal

Un cuarto de las personas de entre 50 y 75 años se realizó alguna prueba de rastreo de cáncer de colon.

Lesiones

7 de cada 10 personas que manejaron o viajaron en auto usaron cinturón de seguridad siempre, proporción mayor a la observada en la ENFR 2009.

1 de cada 10 personas condujeron habiendo bebido alcohol.

6 de cada 10 personas que manejaron o viajaron en moto usaron casco siempre.

ACCIONES Y POLÍTICAS RECOMENDADAS Y/O EN EJECUCIÓN

Desde el año 2009 el Ministerio de Salud de la Nación lleva a cabo la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (RM 1083/09) con el objetivo de reducir la prevalencia de factores de riesgo para las ENT, la morbilidad y mortalidad por ENT y mejorar el acceso y la calidad de atención. Esta estrategia cuenta con tres líneas de acción:

- *Promoción de la salud y control de factores de riesgo a nivel poblacional:* enmarcada en el Plan Nacional Argentina Saludable que integra el Programa Nacional de Control del Tabaco, la promoción de la alimentación saludable y el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo.
- *Reorientación de los servicios de salud para el manejo integrado de las ENT:* desarrollo, difusión y adaptación de guías de práctica clínica y de herramientas y actividades para la adecuación de los servicios hacia un modelo de cuidado integrado de la atención de pacientes con ENT.
- *Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de ENT y sus factores de riesgo:* aportar información válida, oportuna y confiable para el diseño, evaluación y monitoreo de las acciones para prevenir y controlar las ENT.

A continuaci3n se detallan las acciones y pol3ticas recomendadas y/o en ejecuci3n para la promoci3n y el control de Enfermedades No Transmisibles, a nivel nacional, provincial y municipal.

1) Acciones de promoci3n de la actividad f3sica:

• Nacional

- Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo para el desarrollo de pol3ticas p3blicas que promuevan la actividad f3sica; “Manual Director de Actividad f3sica de la Rep3blica Argentina”.
- Capacitaciones en intervenciones en actividad f3sica; ambientes laborales saludables; comunicaci3n social.
- Profundizaci3n de acciones de alcance poblacional que promuevan la actividad f3sica desde edades tempranas a lo largo de toda la vida.

• Provincial

- Apoyo a proyectos locales mediante incentivos; mejora en la calidad y aumento de la carga horaria de la educaci3n f3sica escolar; escuelas promotoras de salud; campa3nas de comunicaci3n.

• Municipal

- Estrategias de promoci3n a trav3s del Plan Argentina Saludable y la Red de Municipios Saludables; implementaci3n de estrategias para promover la actividad f3sica en ambientes de trabajo, estudio y espacios al aire libre; organizaci3n comunitaria; promoci3n de uso de transportes no motorizados; cambios en el dise3o urbano.

2) Alimentaci3n Saludable y Reducci3n de la obesidad

• Nacional

- Gu3a de Pr3ctica Cl3nica sobre Diagn3stico y Tratamiento de la Obesidad.

- Actualizaci3n de las gu3as alimentarias para la poblaci3n argentina.
- Regulaci3n del etiquetado; advertencias sanitarias en alimentos; campa3nas masivas de comunicaci3n.
- “Argentina 2014 libre de grasas trans”, Modificaci3n del C3digo Alimentario Argentino (C.A.A).
- Regulaci3n del tama3o de porciones y contenido de az3cares en productos procesados (alimentos y bebidas); pol3ticas fiscales para regular el mercado de alimentos y bebidas.
- Desarrollo de estrategias intersectoriales con acciones sobre la demanda y la mejora de la oferta y el acceso a alimentos y bebidas saludables; educaci3n alimentaria sobre el consumo de frutas y verduras.

• Provincial

- Promoci3n de los entornos educativos saludables y escuelas promotoras de salud; huertas escolares; regulaci3n de kioscos en escuelas; regulaci3n provincial de la oferta de alimentos; campa3nas de comunicaci3n.

• Municipal

- Estrategias coordinadas entre el Plan Argentina Saludable y la Red de Municipios Saludables para la promoci3n del consumo de frutas y verduras; regulaci3n de la oferta de alimentos; se3ales de contenido cal3rico en comercios y servicios de comidas; compras y huertas comunitarias.

3) Reducci3n de la ingesta de sodio

• Nacional

- Iniciativa “Menos Sal M3s Vida”, tendiente a la reducci3n de la sal en panificados y preparadores de alimentos.
- Ley Nacional de Regulaci3n del Consumo de Sodio N3 26.905.

- Comisi3n Nacional de Eliminaci3n de las Grasas Trans y Reducci3n de la Sal: trabajo intersectorial.
 - Actividades de monitoreo, evaluaci3n y fiscalizaci3n de las nuevas normativas (de grasas trans y sodio). Desarrollo de estrategias de comunicaci3n y educaci3n para reducir el consumo de sal.
 - *Municipal y provincial*
 - Acuerdos voluntarios con las industrias locales de alimentos y con las panader3as artesanales.
 - Programas y campa3as de comunicaci3n; sanciones legislativas provinciales y ordenanzas municipales.
- 4) Control del riesgo cardiovascular (hipertensi3n, colesterol y diabetes) y manejo de enfermedades cardiovasculares
- *Nacional*
 - Gu3as de Pr3ctica Cl3nica para el manejo del infarto agudo del miocardio, accidente cerebrovascular, de EPOC/Asma, enfermedad renal cr3nica; facilitaci3n de la implementaci3n del modelo de cuidados de cr3nicas.
 - Distribuci3n de materiales: historias cl3nicas, planilla de monitoreo de pacientes cr3nicos, libreta de cuidados y materiales educativos para los pacientes.
 - Capacitaci3n e incentivos para la realizaci3n de las prestaciones y mejoras de las redes de salud a trav3s del apoyo t3cnico, y de recursos financieros de los programas Remediar, Redes y Sumar.
 - Fortalecimiento de los programas de prevenci3n y mejoras en las intervenciones de los servicios de salud; capacitaciones sobre modelos de atenci3n; avances en la incorporaci3n en los procesos asistenciales de las Tecnolog3as de la informaci3n y la comunicaci3n (TIC); estrategias de comunicaci3n; registros nacionales de enfermedades cardiovasculares
 - *Municipal y Provincial*
 - Registros nominalizados de pacientes con Diabetes e Hipertensi3n; disseminaci3n e implementaci3n de Gu3as de Pr3ctica Cl3nica; apoyo al autocuidado mediante educaci3n diabetol3gica, control de factores de riesgo y material educativo a los pacientes.
- 5) Control de Tabaco
- *Nacional*
 - Ley Nacional de Regulaci3n de la publicidad, promoci3n y consumo de productos de tabaco, Ley N3 26.687, y su decreto reglamentario 602/2013.
 - Comisi3n Nacional de Coordinaci3n para el Control del Tabaco, presidida por el Ministerio de Salud de la Naci3n e integrada por otros organismos p3blicos.
 - Capacitaci3n de equipos provinciales y organizaciones. Certificaci3n de instituciones libres de humo y servicios de cesaci3n, servicio 0800 para dejar de fumar, estrategias y campa3as de comunicaci3n masiva.
 - Manual de auto ayuda para dejar de fumar; Gu3a Nacional de Tratamiento de la Adicci3n al Tabaco, Manuales de Municipios y de Escuelas libres de humo y estrategia de implementaci3n de las recomendaciones.
 - R3gimen General de fiscalizaci3n y tramitaci3n de denuncias por infracci3n de la ley; Registro Nacional de Infracciones.
 - *Provincial*
 - Adhesi3n a la Ley Nacional N3 26.687 y su decreto parlamentario; sanci3n de leyes 100% libres de humo.
 - Restricciones al patrocinio, pub-

licidad y promoción; promoción de instituciones libres de humo, fortalecimiento de servicios de cesación.

- *Municipal*

- Promoción de Municipios libres de humo: acciones conjuntas entre el Programa Nacional de Control del Tabaco y el Programa de Municipios Saludables; fortalecimiento de servicios de cesación y de las capacidades de fiscalización de las normativas.

6) Prevención de cáncer femenino (cáncer cervicouterino y cáncer de mama)

- *Nacional, Provincial y Municipal*

- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) y Programa Nacional de Cáncer de Mama (PNCM), Instituto Nacional del Cáncer (INC). Realización de programas de detección (test de mamografía y PAP).
- Capacitación de equipos provinciales y organizaciones. Estrategias de comunicación.
- Desarrollo de materiales: Guías y Manuales, boletines, materiales gráficos y audiovisuales.
- Registro de Cáncer cervicouterino y Registro del Cáncer de Mama a través del SITAM.
- Programas integrados para la prevención y control (incluye educación, tamizaje, tratamiento y cuidados paliativos); componente de monitoreo y evaluación. Mejora en el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos. Estrategias de promoción y educación.

7) Prevención de cáncer colorrectal

- *Nacional, Provincial y Municipal*

- Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR), Instituto Na-

cional del Cáncer (INC). Tareas de prevención y detección temprana y fortalecimiento del circuito de derivación para consulta, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Diagnóstico de situación.

- Capacitación de equipos provinciales y organizaciones. Estrategias de comunicación.
- Desarrollo de materiales de comunicación y guías programáticas para cada nivel de atención, boletines, materiales gráficos y audiovisuales.
- Registro del Cáncer Colorrectal a través del SITAM.

Principales indicadores	2005	2009	2013
	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Salud general mala o regular (población total) (*)	19,9 (19 - 20,9)	19,2 (18,5 - 20)	21,2 (20,4 - 22,2)
Está ansioso o deprimido (*)	22,8 (21,8 - 23,9)	19,3 (18,5 - 20,0)	16,3 (15,6 - 17,1)
Actividad física baja (población total)	- -	54,9 (53,7 - 56,1)	54,7 (53,2 - 56,2)
Promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas (población total)	- -	2,0 (1,9 - 2,0)	1,9 (1,9 - 2,0)
Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa (población total) (*)	23,1 (21,9 - 24,5)	25,3 (24,4 - 26,3)	17,3 (16,4 - 18,2)
Sobrepeso (IMC ≥ 25 y < 30) (población total)	34,4 (33,4 - 35,5)	35,4 (34,6 - 36,3)	37,1 (36 - 38,2)
Obesidad (IMC ≥ 30) (población total) (*)	14,6 (13,9 - 15,5)	18,0 (17,4 - 18,7)	20,8 (19,9 - 21,8)
Consumo de tabaco (población total) (*)	29,7 (28,7 - 30,8)	27,1 (26,3 - 27,9)	25,1 (24,2 - 26,2)
Exposición habitual al humo de tabaco ajeno (entre los no fumadores) (*)	42,8 (41,3 - 44,3)	40,4 (39,2 - 41,5)	36,3 (35 - 37,6)
Exposición a humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días (población que estuvo en el hogar) (*)	- -	33,9 (33 - 34,9)	27,6 (26,5 - 28,6)
Exposición a humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días (población que estuvo en el trabajo) (*)	- -	34,0 (32,8 - 35,2)	25,0 (23,9 - 26,2)
Exposición a humo de tabaco ajeno en bares/restaurante en los últimos 30 días (población que estuvo en bar/restorante) (*)	- -	47,2 (45,6 - 48,7)	23,5 (22,3 - 24,9)
Control de Presión Arterial en los últimos 2 años (población total)	78,7 (77,6 - 79,7)	81,4 (80,4 - 82,2)	82,4 (81,4 - 83,4)
Prevalencia de presión arterial elevada (de los que se controlaron) (población total)	34,5 (33,3 - 35,7)	34,6 (33,6 - 35,5)	34,1 (32,9 - 35,3)

(continuación de la tabla)

Principales indicadores	2005	2009	2013
	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Control de colesterol (alguna vez - mujeres 45 / hombres 35)	72,9	77,7	77,5
	(71,4 - 74,4)	(76,7 - 78,7)	(76,2 - 78,8)
Colesterol elevado (entre todos los que se midieron)	27,8	29,1	29,8
	(26,5 - 29,1)	(28,1 - 30,2)	(28,5 - 31,1)
Control glucemia (alguna vez) (población total)	69,3	75,7	76,8
	(68 - 70,6)	(74,8 - 76,6)	(75,8 - 77,9)
Diabetes (población total)	8,4	9,6	9,8
	(7,8 - 9,1)	(9,1 - 10,1)	(9,1 - 10,4)
Realización de PAP, 2 años (mujeres entre 25 y 65 años) (*)	60,6	68,3	71,6
	(58,8 - 62,5)	(67 - 69,6)	(70 - 73,2)
Realización de Mamografía, 2 años (mujeres entre 50 y 70 años) (*)	46,1	59,0	65,6
	(43,3 - 49)	(56,8 - 61,1)	(63 - 68)
Realización de prueba de rastreo de cáncer de colon (entre 50 y 75 años)	-	-	24,5
	-	-	(22,9 - 26,3)
Consumo de alcohol regular de riesgo (población total)	6,6	8,2	7,8
	(6,1 - 7,2)	(7,7 - 8,8)	(7,2 - 8,5)
Consumo de alcohol episódico excesivo (población total) (*)	10,1	8,9	10,4
	(9,3 - 10,9)	(8,4 - 9,5)	(9,7 - 11,1)
Manejó habiendo bebido alcohol (últimos 30 días)	16,8	13,2	12,1
	(15,3 - 18,3)	(12,2 - 14,2)	(11,2 - 13,2)
Uso de cinturón siempre (entre los que anduvieron en auto) (*)	48,0	63,8	69,0
	(46,5 - 49,5)	(62,7 - 64,9)	(67,7 - 70,3)
Uso de casco siempre en moto (entre los que anduvieron en moto)	-	-	59,1
	-	-	(56,4 - 61,8)
Uso de casco siempre en bicicleta (entre los que anduvieron en bicicleta)	-	-	8,5
	-	-	(7,3 - 9,9)

(*) Diferencia estadísticamente significativa

ANEXO 2

Cuestionario

MARQUE ASI: NO MARQUE ASI:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z

Instituto Nacional
de Estadística
y Censos

indec

Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

BLOQUE DEL HOGAR (BH)

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

U.P.S.	Código de área	N° en el listado	Vivienda N°	Hogar N°	Cantidad de hogares en la vivienda	Persona entrevistada

Último dígito del N° en el listado:

Provincia: Entrevista realizada

Localidad: 1 2
Sí No

2. UBICACIÓN (UB)

N° en el listado	Manzana	Lado	Calle	Número	Piso	Departamento	Habitación	Tipo de vivienda	Descripción

Encuestador

Supervisor Sí (1) →

No (2)

Recepcionista

Recuperador Sí (1) →

No (2)

3. CANTIDAD DE VISITAS AL HOGAR (VH)

Visita N°	Fecha	Hora	Código	Observaciones
1	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
9	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
10	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

TABLA PARA SELECCIONAR LA PERSONA A ENCUESTAR

Total de personas en el rango	Último dígito del N° en el listado									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	B	A	B	A	A	B	A	A	B	B
3	A	C	C	B	B	A	B	B	A	C
4	B	A	A	C	C	B	D	C	D	A
5	C	B	E	D	A	E	A	D	C	B
6	F	D	B	A	E	C	E	A	F	D
7	E	C	D	G	G	F	C	B	B	A
8	D	G	A	E	C	D	B	F	H	C
9	G	E	H	C	B	I	H	D	A	F
10	A	H	F	B	D	J	G	C	I	E

CUADRO RESUMEN

- 1** N° de componente SELECCIONADO de 18 años y más.
- 2** Ningún componente de 18 años y más.
 (88) → **FIN DE LA ENTREVISTA**

Bloque del hogar

Estrictamente confidencial y reservado **3**

7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV)

1 Tipo de vivienda (Se completa por observación)

Casa (1)
 Casilla (2)
 Departamento (3)
 Pieza de inquilinato (4)
 Pieza en hotel o pensión (5)
 Local no construido para habitación (6)
 Otros (especificar)..... (7)

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene la vivienda en total? (Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje)

3 ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra (1)
 Cemento o ladrillo fijo (2)
 Tierra o ladrillo suelto (3)
 Otros (especificar)..... (4)

4 ¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?

Cubierta asfáltica o membrana (1)
 Baldosa o losa (sin cubierta) (2)
 Pizarra o teja (3)
 Chapa de metal (sin cubierta) (4)
 Chapa de fibrocemento o plástico (5)
 Chapa o cartón (6)
 Caña, tabla o paja con barro, paja sola (7)
 N/S depto. en propiedad horizontal (8)
 Otros (especificar)..... (9)

5 En el techo, ¿tiene cielorraso/revestimiento interior?

Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (9)

6 ¿Para cocinar, utiliza principalmente...

...gas de red? (1)
 ...gas de tubo/garrafa? (2)
 ...kerosene/leña/carbón? (3)
 ...otro? (especificar)..... (4)

7 ¿Tiene agua...

...por cañería dentro de la vivienda? (1)
 ...fuera de la vivienda pero dentro del terreno? (2)
 ...fuera del terreno? (3)

8 ¿Obtiene el agua a través de...

...red pública (agua corriente)? (1)
 ...perforación con bomba a motor? (2)
 ...perforación con bomba manual? (3)
 ...aljibe o pozo? (4)
 ...otras fuentes (especificar)..... (5)

9 ¿Tiene baño/letrina?

Sí (1)
 No (2) → **(HO) 2**

10 ¿El baño tiene ...

...inodoro con botón/mochila/cadena y arrastre de agua? (1)
 ...inodoro sin botón/cadena y con arrastre de agua? (a balde) (2)
 ...letrina? (sin arrastre de agua) (3)

11 ¿El desagüe del inodoro va...

...a red pública (cloaca)? (1)
 ...a cámara séptica y pozo ciego? (2)
 ...sólo a pozo ciego? (3)
 ...a hoyo, excavación en tierra? (4)

8. CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR (HO)

1 El baño, ¿es de uso exclusivo de este hogar?

Sí (1)

No (2)

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo?
(Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje)

3 De esos, ¿cuántos usan habitualmente para dormir?

9. INGRESOS DEL HOGAR (IH)

1 ¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar?
(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

1.1 Monto

1.2 Sin ingresos (2)

Ns/Nc (9)

(SL)

2 **TARJETA 1**

¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso total mensual del hogar?
(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

1 a 1.000 <input type="checkbox"/> (1)	5.001 a 6.000 <input type="checkbox"/> (10)
1.001 a 1.500 <input type="checkbox"/> (2)	6.001 a 8.000 <input type="checkbox"/> (11)
1.501 a 2.000 <input type="checkbox"/> (3)	8.001 a 10.000 <input type="checkbox"/> (12)
2.001 a 2.500 <input type="checkbox"/> (4)	10.001 a 12.000 <input type="checkbox"/> (13)
2.501 a 3.000 <input type="checkbox"/> (5)	12.001 a 15.000 <input type="checkbox"/> (14)
3.001 a 3.500 <input type="checkbox"/> (6)	15.001 a 18.000 <input type="checkbox"/> (15)
3.501 a 4.000 <input type="checkbox"/> (7)	18.001 a 23.000 <input type="checkbox"/> (16)
4.001 a 4.500 <input type="checkbox"/> (8)	23.001 y más <input type="checkbox"/> (17)
4.501 a 5.000 <input type="checkbox"/> (9)	Ns/Nc <input type="checkbox"/> (99)

4 Bloque del hogar

Estrictamente confidencial y reservado

ATENCIÓN: Si el N° de componente seleccionado de 18 años y más...

...es igual a 1 → **(BI)**

...es igual o mayor a 2

10. SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DEL HOGAR (SL)

1 La semana pasada, ¿_____ trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?
(Sin contar las tareas de su hogar)

Sí (1) → **6**

No (2)

2 ¿La semana pasada...

...no deseaba/no quería/no podía trabajar? (1) → **(BI)**

...no tenía/no conseguía trabajo? (2) → **4**

...no tuvo pedidos/clientes? (3)

...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? (4)

3 ¿No concurrió por...

...vacaciones, licencia?
(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.) (1) → **6**

...huelga/conflicto laboral? (2)

...suspensión con pago? (3)

...suspensión sin pago? (4)

...otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? (5) → **6**

...otras causas laborales y volverá en más de un mes? (6)

4 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí (1) → **(BI)**

No (2)

5 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

...está suspendido? (1)

...ya tiene trabajo asegurado? (2)

...se cansó de buscar trabajo? (3)

...hay poco trabajo en esta época del año? (4)

...por otras razones? (especificar) (5) → **(BI)**

.....

.....

6 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?

Menos de 35 horas semanales (1)

Entre 35 y 45 horas semanales (2)

Más de 45 horas semanales (3)

Ns/Nc (9)

BLOQUE INDIVIDUAL (BI) - 18 años y más

CARÁCTER Estrictamente CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

Persona seleccionada

Encuestador

Supervisor

Recuperador

2. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (VP)

Visita N°	Fecha	Hora	Código	Observaciones
1	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
9	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
10	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Entrevista realizada

Sí (1)

No (2)

3. RAZÓN DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL (NRI)

Ausencia (7)

Rechazo (8)

Otras causas (9) (especificar)

4. SITUACIÓN LABORAL (SL)

1 La semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (Sin contar las tareas de su hogar)

Sí (1) → **6**

No (2)

2 ¿La semana pasada...

...no deseaba/no quería/no podía trabajar? (1) → **(SG)**

...no tenía/no conseguía trabajo? (2) → **4**

...no tuvo pedidos/clientes? (3)

...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? (4)

3 ¿No concurrió por...

...vacaciones, licencia?
(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.) (1) → **6**

...huelga/conflicto laboral? (2)

...suspensión con pago? (3)

...suspensión sin pago? (4)

...otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? (5) → **6**

...otras causas laborales y volverá en más de un mes? (6)

4 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí (1) → **(SG)**

No (2)

5 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

...está suspendido? (1)

...ya tiene trabajo asegurado? (2)

...se cansó de buscar trabajo? (3)

...hay poco trabajo en esta época del año? (4) → **(SG)**

...por otras razones? (especificar)

.....

.....

..... (5)

6 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en **TODOS** sus empleos/ocupaciones?

Menos de 35 horas semanales (1)

Entre 35 y 45 horas semanales (2)

Más de 45 horas semanales (3)

Ns/Nc (9)

5. SALUD GENERAL (SG)

1 En general, ¿usted diría que su salud es...

...excelente? (1)

...muy buena? (2)

...buena? (3)

...regular? (4)

...mala? (5)

2 En relación a su movilidad, ¿en el día de hoy...

...no tiene problemas para caminar? (1)

...tiene algunos problemas para caminar? (2)

...tiene que estar en cama? (3)

3 En relación al cuidado personal, ¿en el día de hoy...

...no tiene problemas para lavarse o vestirse solo? (1)

...tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo? (2)

...es incapaz de lavarse o vestirse solo? (3)

4 En relación a las actividades cotidianas, ¿en el día de hoy...

(Ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

...no tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas? (1)

...tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas? (2)

...es incapaz de realizar sus actividades cotidianas? (3)

5 En relación al dolor/malestar, ¿en el día de hoy...

...no tiene dolor ni malestar? (1)

...tiene un dolor o malestar moderado? (2)

...tiene mucho dolor o malestar? (3)

6 En relación a la ansiedad/depresión, ¿en el día de hoy...

...no está ansioso ni deprimido? (1)

...está moderadamente ansioso o deprimido? (2)

...está muy ansioso o deprimido? (3)

6. ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

AHORA LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE SUS ACTIVIDADES FÍSICAS INTENSAS, MODERADAS Y CAMINATA:

1 Las actividades físicas intensas son aquellas que lo hacen respirar mucho más rápido y le exigen un mayor esfuerzo físico. En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas intensas, durante al menos 10 minutos?

Días por semana

No realizó estas actividades (8)

2 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas? Sume la cantidad de horas en la semana.

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

3 Las actividades físicas moderadas son aquellas que lo hacen respirar algo más rápido y le exigen algún esfuerzo físico. En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas, durante al menos 10 minutos?

Días por semana

No realizó estas actividades (8)

4 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas? Sume la cantidad de horas en la semana.

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

5 En la última semana, ¿cuántos días caminó, durante al menos 10 minutos?

Días por semana

No realizó esta actividad (8)

6 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividad, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarla? Sume la cantidad de horas en la semana.

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

7 Habitualmente, ¿cuánto tiempo por día pasa sentado, por ejemplo en su casa, en el trabajo, o en clase?

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Sólo para el encuestador

No realizó actividad física en la última semana
(ni intensa ni moderada ni caminata)

Sí realizó actividad física en la última semana
(intensa o moderada o caminata)

8 ¿Cuál es la razón principal por la que no practicó actividad física?

Por falta de tiempo (1)

Por falta de dinero (2)

Por falta de instalaciones (3)

Por la distancia (4)

Por razones de salud (5)

Por falta de información (6)

Por falta de seguridad (7) **(AM)**

Porque no le interesa/no le gusta (8)

Por falta de voluntad (9)

Otro (especificar)

.....

.....

..... (10)

9 ¿Cuál es la razón principal por la que no realizó más actividad física?

Hago la cantidad de actividad física que necesito/indicada (1)

Por falta de tiempo (2)

Por falta de dinero (3)

Por falta de instalaciones (4)

Por la distancia (5)

Por razones de salud (6)

Por falta de información (7)

Por falta de seguridad (8)

Porque no le interesa/no le gusta (9)

Por falta de voluntad (10)

Otro (especificar)

.....

..... (11)

10 Las actividades físicas que realizó en la última semana, ¿fueron...

10.1 ...parte de su actividad doméstica? Sí (1) No (2)

10.2 ...parte de su actividad laboral? (1) (2)

10.3 ...para desplazarse/trasladarse? (1) (2)

10.4 ...para mejorar su condición física/hacer deporte? (1) (2)

7. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (AM)

1 En los últimos 30 días, ¿consultó al...

	Sí	No
1.1 ...médico (clínico o especialista)?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
1.2 ...dentista?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
1.3 ...psicólogo/psicoanalista/psiquiatra?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
1.4 ...kinesiólogo/fonoaudiólogo/enfermero/a?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

ATENCIÓN:

SI CONTESTÓ "SÍ" EN ALGUNA DE LAS OPCIONES, PASE A (TA)

2 En los últimos 30 días, ¿sintió algún malestar o tuvo algún problema de salud?

Sí (1)

No (2) → (TA)

3 ¿Interrumpió sus actividades habituales por ese malestar?

Sí (1)

No (2)

4 ¿Por qué no consultó?

No tenía tiempo (1)

No tenía dinero (2)

No le pareció importante (3)

Pidió turno y todavía no lo atendieron (4)

Otra razón (especificar)

.....

..... (5)

8. TABACO (TA)

1 ¿Alguna vez fumó cigarrillos?

Sí (1)

No (2) → 13

2 ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?

Edad en años

Ns/Nc (99)

3 En toda su vida, ¿ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

4 Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos...

...todos los días? (1) → 7

...algunos días? (2)

...no fuma? (3) → 8

5 ¿Cuántos días fumó cigarrillos en los últimos 30 días?

Días

Ns/Nc (99)

6 Los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?

Número de cigarrillos → 10

Ns/Nc (99)

7 Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?

Número de cigarrillos → 10

Ns/Nc (99)

8 ¿Alguna vez fumó diariamente?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

11 ¿Piensa dejar de fumar?

Sí (1)

No (2) → 13

Ns/Nc (9)

12 ¿En cuánto tiempo espera conseguirlo?

Meses

Ns/Nc (99)

13 Habitualmente, ¿personas de su entorno fuman cerca suyo?

Sí (1)

No (2)

14 En la siguiente pregunta deberá responder «Sí», «No», o «No estuvo».
Durante los últimos 30 días, ¿notó que alguien fumó en lugares cerrados...

	Sí	No	No estuvo
14.1 ...dentro de su casa?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
14.2 ...dentro de su trabajo?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
14.3 ...dentro de instituciones educativas?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
14.4 ...dentro de bares/restaurantes?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
14.5 ...dentro de hospitales/centros de salud?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
14.6 ...dentro de otros lugares?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

15 En los últimos 30 días, ¿vio alguna publicidad de cigarrillos en comercios donde se venden cigarrillos?

Sí (1)

No (2)

No fue a comercios donde se venden cigarrillos (7)

16 En los últimos 30 días, ¿vio alguna frase o imagen sobre el riesgo de fumar impresa en paquetes de cigarrillos?

Sí (1)

No (2)

No vio paquetes de cigarrillos (7)

ATENCIÓN: Sólo para quienes respondieron "todos los días" ó "algunos días" en P.4

10. PESO CORPORAL (PC)

1 En el último año, ¿un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene que bajar de peso?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

→ **3**

2 ¿Está usted en estos momentos haciendo algo para bajar de peso? (dieta, ejercicio)

Sí (1)

No (2)

→ **4**

3 ¿En estos momentos está haciendo algo para mantener controlado su peso?

Sí (1)

No (2)

4 ¿Cuándo fue la última vez que se pesó?

Menos de 1 año (1)

Entre 1 y 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Nunca se ha pesado (4)

Ns/Nc (9)

5 ¿Cuánto cree usted que está pesando?

Peso en kg:

Ns/Nc (999)

6 ¿Cuánto mide?

Altura en cm:

Ns/Nc (999)

11. ALIMENTACIÓN (AL)

1 Habitualmente, ¿le agrega sal a las comidas durante la cocción?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

2 Habitualmente, ¿le agrega sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa...

...siempre o casi siempre? (1)

...raras veces? (2)

...nunca? (3)

3 ¿Habitualmente mira usted el contenido de sal/sodio en los envases de los productos?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

4 En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas?

Días

Ningún día (0) → **6**

Ns/Nc (9)

5 ¿Cuántas porciones de fruta come en uno de esos días? (Use la cartilla si es necesario)

Porciones

Ninguna (0)

Ns/Nc (99)

6 En una semana típica, ¿cuántos días come usted verduras?

Días

Ningún día (0) → **(CO)**

Ns/Nc (9)

7 ¿Cuántas porciones de verdura come en uno de esos días? (Use la cartilla si es necesario)

Porciones

Ninguna (0)

Ns/Nc (99)

CARTILLA NUTRICIONAL

SE CONSIDERA COMO FRUTA:	1 PORCIÓN:
Manzana, banana, naranja, durazno, pera, pomelo, mandarina (grande), etc.	1 unidad mediana
Frutillas, guindas, cerezas, uvas, etc.	1 taza
Fruta cocida, cortada o en conserva	½ taza
Damascos	4 unidades
Ciruela	2 ó 3 unidades
Sandía	1 tajada de 5 cm
Melón	1 tajada de 8-10 cm
Jugos de frutas: naturales, exprimidos o licuados	½ taza
SE CONSIDERA COMO VERDURA:	1 PORCIÓN:
Verduras crudas de hoja verde Repollo, espinaca, lechuga, etc.	1 taza o plato
Otras verduras, cocidas o cortadas crudas Tomate, zapallito, acelga, zanahoria rallada, coliflor, brócoli, chauchas, remolacha, espárragos, puré de zapallo, cebolla, etc.	½ taza o ½ plato

12. COLESTEROL (CO)

1 ¿Alguna vez le han medido el colesterol?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9) → **3**

2 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron el colesterol?

Menos de 1 año (1)

Entre 1 y 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Ns/Nc (9)

3 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía el colesterol alto?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9) → **(CA)**

4 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlado su colesterol?

Sí (1)

No (2) → **(CA)**

5 ¿Está haciendo algún tratamiento...

5.1 ...con medicamentos? Sí (1) No (2)

5.2 ...sin medicamentos (dieta, ejercicios, reducción de peso)? (1) (2)

13. CONSUMO DE ALCOHOL (CA)

<p>1 ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o parecidos (vodka, ron) alguna vez en la vida?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> (1)</p> <p>No <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Ns/Nc <input type="checkbox"/> (9) } (DI)</p>	<p>2 ¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna de estas bebidas alcohólicas?</p> <p>Durante los últimos 30 días <input type="checkbox"/> (1)</p> <p>Hace más de un mes, pero menos de un año <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Hace más de un año <input type="checkbox"/> (3)</p> <p>Ns/Nc <input type="checkbox"/> (9) } (DI)</p>
--	---

3 ¿Con qué frecuencia tomó alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días?
Complete sólo una opción

3.1 Días por semana 3.2 Días por mes Ns/Nc (99)

4 Los días que toma, ¿cuánto acostumbra a tomar por día...

Para el encuestador: la tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado toma en un solo día. Este puede incluir la combinación de varios tipos de bebida.

<p>4.1 ...de cerveza?</p> <p>.....</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> (88)</p> <p>1 latita = 1 trago 3/4 litro = 2,3 tragos 1 litro = 3 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>4.2 ...de vino?</p> <p>.....</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> (88)</p> <p>1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>4.3 ...de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)</p> <p>.....</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> (88)</p> <p>1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ¿Toma otras bebidas alcohólicas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> (1)</p> <p>¿Cuáles?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No <input type="checkbox"/> (2)</p>
--	--	---	--

5 En algunas ocasiones, es común que uno tome más de lo habitual. En los últimos 30 días, ¿cuánto tomó el día que más tomó...

<p>5.1 ...de cerveza?</p> <p>.....</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> (88)</p> <p>1 latita = 1 trago 3/4 litro = 2,3 tragos 1 litro = 3 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>5.2 ...de vino?</p> <p>.....</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> (88)</p> <p>1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>5.3 ...de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)</p> <p>.....</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> (88)</p> <p>1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>5.4 ¿Tomó otras bebidas alcohólicas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> (1)</p> <p>¿Cuáles?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No <input type="checkbox"/> (2)</p>
---	---	--	--

6 En los últimos 30 días, ¿al menos una vez manejó un auto, moto o bicicleta luego de haber tomado alguna bebida con alcohol?

Sí (1) No (2) No manejó en los últimos 30 días (3)

14. DIABETES (DI)

1 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

Sí (1) → Si es varón → **3**

No (2) → **5**

Ns/Nc (9)

2 ¿Eso ocurrió cuando estaba embarazada?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

3 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su diabetes/azúcar en sangre?

Sí (1)

No (2) → **5**

4 ¿Está haciendo algún tratamiento...

4.1 ...con medicamentos? Sí (1) No (2)

4.2 ...sin medicamentos (dieta, ejercicios, reducción de peso)? Sí (1) No (2)

5 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron glucemia/azúcar en sangre?

Menos de 1 año (1)

De 1 a 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Nunca se la midió (4)

Ns/Nc (9)

ATENCIÓN:

Sólo para quienes respondieron "Sí" en P.1

DE LO CONTRARIO PASE A (LE)

6 ¿Hay algún lugar al que usted vaya habitualmente para hacerse un control relacionado con la diabetes que no sea sólo medirse la glucemia/azúcar en sangre?

Sí (1)

No (2) → **10**

7 ¿A qué lugar va habitualmente a hacerse esos controles?

Un consultorio médico individual (1)

Un consultorio médico dentro de una clínica o sanatorio privado (2)

Un consultorio en un hospital (3)

Un consultorio en una escuela o centro vecinal (4)

Un centro de salud comunitario o de barrio (5)

Un centro de especialidades médicas (6)

Un hospital (7)

Un servicio de emergencia (como 911, Emergencias, Ayuda Médica, Medicardio, Vittal, etc.) (8)

Un servicio de guardia de un hospital o una clínica (9)

Otro lugar (especificar) (10)

8 Cuando usted va a ese lugar, ¿siempre lo atiende el mismo profesional de la salud?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

9 ¿El médico o profesional que lo atiende en ese lugar conoce su historia clínica?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

10 En los últimos 12 meses, ¿un profesional de la salud le examinó los pies para detectarle heridas o irritaciones?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

11 En los últimos 12 meses, ¿le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? (Este examen le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante)

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

12 ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

15. LESIONES (LE)

1 Si maneja o viaja en bicicleta, ¿con qué frecuencia usa casco?

Siempre (1)
A veces (2)
Nunca (3)
No viaja en bicicleta (4)

2 Si maneja o viaja en moto, ¿con qué frecuencia usa casco?

Siempre (1)
A veces (2)
Nunca (3)
No viaja en moto (4)

3 Si maneja o viaja en auto, ¿con qué frecuencia usa cinturón de seguridad?

Siempre (1)
A veces (2)
Nunca (3)
No viaja en auto (4)

16. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (PP)

ATENCIÓN: Sólo para mujeres

SI ES VARÓN PASE A (AC)

1 ¿Alguna vez se hizo una mamografía?
(Una mamografía es una radiografía de cada mama)

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (9) } **3**

2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
Más de 2 a 3 años (3)
Más de 3 años (4)
Ns/Nc (9)

3 ¿Alguna vez se hizo un Papanicolaou?
(Un Papanicolaou es un examen para detectar problemas en el cuello del útero)

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (9) } **(AC)**

4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un Papanicolaou?

Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
Más de 2 a 3 años (3)
Más de 3 años (4)
Ns/Nc (9)

17. AFECCIONES CRÓNICAS (AC)

ATENCIÓN: A todas las personas de 18 años y más...

1 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tuvo...

	Sí	No	Ns/Nc
1.1 ...un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.2 ...un accidente cerebrovascular o derrame o ACV?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.3 ...EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema o bronquitis crónica)?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.4 ...una enfermedad renal sin incluir cálculos renales, infecciones urinarias o incontinencia?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

18. VACUNACIÓN (VA)

1 Del siguiente listado de vacunas que voy a leerle, le pido que me diga si en los últimos 5 años se ha dado o no cada una de ellas.

	Sí	No	Ns/Nc
1.1 Vacuna antitetánica / vacuna doble adulto (difteria, tétanos)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.2 Influenza / gripe / gripe A	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.3 Neumococo / Neumonía	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.4 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.5 Vacuna triple bacteriana (tos convulsa - coqueluche)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

2 En los últimos 12 meses, ¿vio o escuchó información sobre vacunas de adultos en algún medio como tv, radio, revistas, página web, carteles en la calle, hospitales, escuelas, etc.?

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (9)

3 En los últimos 12 meses, ¿un médico, enfermera u otro profesional de la salud le habló o le dió información sobre vacunas de adultos?

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (9)

19. PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL (CC)

ATENCIÓN: Sólo para personas de 50 años o más

1 ¿Alguna vez se ha hecho algún estudio para detectar pólipos o cáncer de colon, tal como...

	Sí	No	Ns/Nc
1.1 ...prueba de sangre oculta en materia fecal?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.2 ...colonoscopia?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.3 ...radiografía de colon por enema?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

ATENCIÓN: Si contestó "Sí" en alguna de las opciones, continúe con P.2

DE LO CONTRARIO PASE A (TH)

2 ¿Cuál fue el último estudio que se realizó?

Prueba de sangre oculta en materia fecal (1)
Colonoscopia (2)
Radiografía de colon por enema (3)

3 ¿Hace cuánto se lo realizó?

En el último año (1)
Hace más de 1 año, pero menos de 2 (2)
Hace más de 2 años, pero menos de 4 (3)
Hace más de 4 años, pero menos de 5 (4)
Entre 5 y 10 años (5)
Más de 10 años (6)
Ns/Nc (9)

