

4^o Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

INFORME DEFINITIVO



REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Jefe de Gabinete de Ministros

Lic. Marcos Peña

Ministra de Salud y Desarrollo Social de la Nación

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Espinosa

Directora Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Dra. Verónica Irene Schoj

EQUIPO DE TRABAJO

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación

Directora Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles

Dra. Verónica Irene Schoj

Coordinadores de programas

Lic. Ignacio Drake; Dra. Mabel Moral

Coordinadora del Área de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

Lic. Lucila Goldberg

Equipo técnico de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

Dra. Carolina Begué; Mag. José E. Carrizo Olalla; Lic. Ana King; Mag. Victoria O'Donnell; Mag. María Julieta Rodríguez Cámara

Equipo de Comunicación de Enfermedades no Transmisibles

Lic. Luciana Mercedes Zarza; Lic. Marcos Gutiérrez

Equipo de Presupuesto, Compras y Administración

Tec. Nancy Lorena Bravo; Lic. Cintia Jimenez; Lic. Nicolás Gómez Balsamelo

Revisión y aportes

Lic. Gabriela Flores; Lic. Malena Giai; Lic. Evelyn Gitz; Lic. Eliana Hansen; Dra. Liliana Medvetzky; Lic. María Eugenia Molinari; MPH. Dra. Paola Morello; Dra. Lucía Poggio; Dr. Alejandro Videla.

Coordinadores de áreas y programas de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de ENCT

Área de Servicios de Salud: Dra. María Alejandra Alcuaz

Programa Nacional de Alimentación Saludable y prevención de la obesidad:

Lic. Verónica Risso Patrón

Programa Nacional de Control del Tabaco: Lic. Ignacio Drake

Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo: Dra. Gabriela De Roia

Programa Nacional de Prevención y Control de las Personas con Diabetes Mellitus:

Dra. Julieta Méndez

Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares: Dr. Andrés Rosende

Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol: Lic. Débora Duffy

Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones: Lic. Natalia Coton

Instituto Nacional del Cáncer

Dra. Julia Ismael; Dra. Yanina Paola Powazniak; Dra. Verónica Pesce; Dr. Raúl Matano; Lic. Agustín Oliveto; Dra. Graciela Nicolás

Dirección de Información Pública y Comunicación Secretaría de Gobierno de Salud

Lic. Patricio Ancarola; Agustina de la Puente; Fernando Belvedere

Coordinación central de campo Universidad Nacional Tres de Febrero

Lic. María Leonor Pérez Bruno; Lic. Fernando Larrosa; Lic. Cintia Díaz; Lic. Cristina Sinclair; Lic. Marcos Muollo; Lic. Matías Luque; Lic. Rodolfo Marrollo; Lic. Nicolás Gross; Santiago Burgos Díaz

Fuente de financiamiento

Programa PROTEGER “Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles”

Agradecimientos

A la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud por su cooperación técnica en el desarrollo y análisis de la 4° ENFR.

La presente publicación fue escrita usando mayormente el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica que implica indicar los diferentes géneros en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que promovemos la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

4° ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO

**Dirección Nacional de Promoción de la Salud
y Control de Enfermedades Crónicas
No Transmisibles**

INFORME DEFINITIVO



CONTENIDO

- 11. **Introducción general**
- 16. **Metodología**
- 21. **Capítulo 1.** Salud general y calidad de vida
- 31. **Capítulo 2.** Tabaco
- 69. **Capítulo 3.** Actividad Física
- 79. **Capítulo 4.** Alcohol
- 93. **Capítulo 5.** Alimentación
- 123. **Capítulo 6.** Peso corporal
- 139. **Capítulo 7.** Diabetes
- 165. **Capítulo 8.** Hipertensión arterial
- 187. **Capítulo 9.** Colesterol
- 205. **Capítulo 10.** Seguridad vial
- 223. **Capítulo 11.** Prácticas preventivas
- 239. **Anexo 1.** Cuestionario

INTRODUCCIÓN GENERAL

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación presenta en esta publicación los resultados definitivos de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), pieza fundamental de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles.

La encuesta fue realizada en el último trimestre del año 2018 en conjunto por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación¹, a través de la Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos y su Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (DNPSyCECNT), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), a través de la Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida y su Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares y las Direcciones Provinciales de Estadística de las 24 jurisdicciones del país.

Su objetivo es proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre los factores de riesgo y prevalencias de las principales Enfermedades No Transmisibles en la población de 18 años y más de la República Argentina.

El presente informe completa el documento publicado conjuntamente con el INDEC, y se diferencia de este en que en cada capítulo incluye una discusión e interpretación de los resultados, y describe las políticas en marcha y futuros desafíos.

Para acceder a la base de datos de la 4° ENFR y a información complementaria, consultar el siguiente link: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>

Carga de enfermedad de las Enfermedades No Transmisibles

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), están integradas por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y las lesiones de causa externa. Las ECNT, representadas por las enfermedades cardio y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, son una epidemia global y constituyen la principal amenaza para la salud humana. Por año fallecen 41 millones de personas por esta causa, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo (1).

Las ECNT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (aproximadamente 32 millones) de las muertes por estas enfermedades. De esta manera golpean más fuertemente a los sectores en situación de mayor vulnerabilidad social y económica, perpetuando la pobreza. Representan un gran desafío para el desarrollo económico de los países ya que constituyen la principal causa de muerte prematura y de discapacidad. Si bien afectan a personas de todas las edades, casi la mitad de los casos se producen en las etapas más productivas de la vida. Los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ECNT se producen entre los 30 y los 69 años (1) (2) (3).

En nuestro país estas enfermedades son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura, y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial (4). Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en 2015 la principal causa de muerte fueron las enfermedades del corazón (39,3%), seguidas por los tumores (25,6%) (5).

1. El convenio se inició en el año 2017 y el Plan de Acción Conjunto (PAC) -marco jurídico dentro del cual se desarrolló el proyecto- fue firmado por las autoridades de ambas instituciones el 29 de junio de 2018.

A pesar de este escenario desalentador, estas enfermedades son prevenibles en gran medida. Las ECNT comparten los mismos factores de riesgo, que explican 3 de cada 4 muertes por ECNT. Los cuatro más importantes son el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol. Todos ellos responden a comportamientos personales y sociales principalmente adquiridos en la infancia y en la adolescencia e influenciados por los entornos donde vivimos y por la alta disponibilidad y promoción de productos nocivos para la salud (tabaco, alcohol y alimentos y bebidas no saludables altos en azúcar, grasa y sal) (1).

Los cambios individuales a través de acciones de educación o concientización son importantes, pero no suficientes. La estrategia más efectiva para prevenir las ECNT es la implementación de políticas poblacionales que regulen los entornos y los productos, a fin de proteger el derecho humano a la salud, con especial énfasis en proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes y así facilitar la adopción de hábitos saludables (6) (7) (8) (9).

Por su parte, las lesiones de causa externa, representadas principalmente por las lesiones ocasionadas por siniestros viales, los suicidios y los homicidios, también han adquirido crucial relevancia en los últimos veinte años. Se estima que actualmente a nivel global, 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. A su vez, a nivel mundial, un 16% de todas las discapacidades se deben a las lesiones por causas externas (10).

En Argentina, las lesiones representaron el 5,4% de las muertes de acuerdo a los datos de mortalidad de 2017 de la DEIS. Dentro de este grupo, las muertes ocasionadas por siniestros viales fueron las más frecuente representando el 23%, seguidas de suicidios y los homicidios (17,5% y 9,4% respectivamente), y son la principal causa de muerte en personas de 15 a 34 años (5). 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 de alcohol al conducir, así como implementando políticas integrales para la prevención del suicidio y el homicidio (11).

Contexto internacional de las ENT y sus factores de riesgo

Las ENT han entrado de manera progresiva y creciente en la agenda política internacional. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizó en 2011 la Primera Reunión de Alto Nivel, con mandatarios de los estados miembros, a partir de la cual se generó una Declaración Política (12) para tratar el tema de las ENT y dar una respuesta a nivel global. A partir de allí surgió el desarrollo de un Plan de Acción Global de la Organización Mundial de la Salud 2013-2020, un mapa de ruta con reuniones de seguimiento de Alto Nivel y un conjunto de herramientas para la puesta en marcha de las principales medidas basadas en evidencia y para el reporte y monitoreo de la problemática (13).

La última Reunión de Alto Nivel de mandatarios se llevó a cabo en 2018 y generó una nueva declaración política (14), con nuevos compromisos asumidos a nivel mundial y con el reconocimiento acerca de que las políticas acordadas previamente para detener el flagelo sanitario, económico y social que provocan las ENT, habían avanzado más lentamente de lo deseado.

Asimismo, las ENT han entrado en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, con la meta de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT mediante la prevención y el tratamiento, a través del objetivo 3.4 (15).

Estrategia nacional para la prevención de las ENT

Desde el año 2009 la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, implementa la “Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles” aprobada por la Resolución 1083/2009 tendiente a reducir los factores de riesgo y las muertes y discapacidad por ENT, así como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de las personas en riesgo y afectadas por las ENT (16).

Dentro de las líneas de acción de la DNPSyCECNT se encuentran:

- Vigilancia de ENT y sus factores de riesgo: para el abordaje epidemiológico, el monitoreo de la evolución de las ENT y sus factores de riesgo (FR) y la evaluación del impacto de las políticas. Algunos ejemplos de acciones desarrolladas son las encuestas nacionales de vigilancia de ENT y sus factores de riesgo en niños, niñas y adolescentes y en adultos; el desarrollo de boletines epidemiológicos; cursos de capacitación en vigilancia para referentes provinciales; asesoramiento para el desarrollo de investigaciones orientadas a la toma de decisiones, entre otras.

- Reorientación y mejoramiento de los servicios de salud: para el abordaje clínico de calidad y para el manejo integrado de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención. Algunos ejemplos son el desarrollo, diseminación e implementación de guías de práctica clínica y otras herramientas para estandarizar el abordaje clínico de calidad; el desarrollo de cursos de capacitación para los equipos de salud; el apoyo al fortalecimiento de la implementación de la historia clínica electrónica y sistemas de registros e indicadores de calidad para el monitoreo de las ENT y sus factores de riesgo; el desarrollo de estrategias de intervención para aumentar la detección, registro, seguimiento y mejor control de las ENT y sus factores de riesgo.

- Promoción de la salud y control de factores de riesgo de ENT de la población en su conjunto: para el abordaje preventivo a nivel poblacional a través de la regulación de entornos y productos nocivos para la salud. El rol de la DNPSyCECNT se enfoca en la rectoría sanitaria para la promoción de la regulación, a través del establecimiento de estándares basados en evidencia para el desarrollo de legislación y en la aplicación, fiscalización y cumplimiento de normativa vigente. Algunos ejemplos son los ambientes libres de humo de tabaco; transformación de entornos escolares obesogénicos en saludables; los entornos urbanos facilitadores de la actividad física; la regulación de etiquetado, empaquetado y utilización de advertencias sanitarias para productos de tabaco, alcohol y alimentos no saludables; la prohibición del acceso de los menores de edad a ciertos productos como el tabaco y el alcohol; la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio y las políticas fiscales para desincentivar el consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas, entre otras acciones de promoción, como la de lugares de trabajo saludables.

- Articulación con las provincias: para armonizar estándares entre el nivel jurisdiccional y nacional en la implementación de políticas basadas en evidencia.

- Comunicación: para el desarrollo de estrategias comunicacionales y educativas con el fin de instalar las ENT y sus factores de riesgo en la agenda pública y en la comunidad.

Para llevar a cabo la estrategia, esta Dirección Nacional desarrolla sus tareas a través de los siguientes programas y áreas transversales que la componen: 1) Área de Servicios de salud; 2) Área de Promoción de la Salud y Políticas Regulatorias para la Prevención de Factores de Riesgo; 3) Área de Vigilancia Epidemiológica; 4) Área Provincias; 5) Área de Comunicación; 6) Área Administrativa; 7) Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad; 8) Programa Nacional de Control del Tabaco; 9) Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo; 10) Programa Nacional de Prevención

y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol; 11) Programa Nacional de Detección y Control de Enfermedad Celíaca; 12) Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus; 13) Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares; 14) Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas; 15) Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Saludable; 16) Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Datos y cifras actualizado al 1 junio 2018 [acceso 10 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Abegunde, et al. The burden and costs of chronic disease in low and middle income countries. *Lancet* 2007; 370: 1929–38.
3. OPS. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C; 2017 [acceso 10/07/2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>
4. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Datos abiertos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/>
5. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Síntesis estadística N°5. 2017 [acceso 17/7/2019]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf>
6. World Health Organization. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [acceso 17/7/2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1
7. Declaración Política de Alto Nivel de las Naciones Unidas 2011, adoptada por los países miembro en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud 2012 [acceso 18/7/2019]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
8. Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en Las Américas 2013-2019 [acceso 18/8/2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
9. REGULA: Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. OPS/OMS 2015 [acceso 18/7/2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28227>
10. World Health Organization. Injuries and violence: the facts, Library Catalogue-in-Publication Data, 2010. [acceso 17/7/2019] Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/en/
11. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report. Road Safety 2018. Ginebra, OMS; 2018 [acceso 17/7/2019]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/
12. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. A/66/L.1, 2011. [acceso 18/07/2019]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>
13. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Ginebra, 2013. [acceso 18/07/2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
14. Asamblea general de las Naciones Unidas. Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Ginebra, 2018. [acceso 18/07/2019]. Disponible en: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2&Lang=S
15. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
16. Dirección de Promoción de la Salud y control de Enfermedades Crónicas No transmisibles. Objetivos e Informe de Gestión 2018 [acceso 18/7/2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/institucional/direccion-de-promocion-de-la-salud-y-de-enfermedades-no-transmisibles>
17. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Argentina. Informes 2005 – 2009- 2013 – 2018 [acceso 18/7/2019]. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>
18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud para las Américas. STEPS Panamericano: método paso a paso de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Washington DC. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1928:the-pahowho-stepwise-approach-to-chronic-noncommunicable-diseases-risk-factor-surveillance&Itemid=1669&lang=es

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Estadísticas Sociales (SIES). Se realizó con anterioridad en los años 2005, 2009 y 2013 (17). La ENFR 2018 se realizó entre los meses de septiembre y diciembre de 2018 en las localidades urbanas de 5000 habitantes y más del país.

Los objetivos que se propone son:

1. Proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, procesos de atención en el sistema de salud y prevalencias de las principales ENT (hipertensión, diabetes, obesidad y otras) 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.
2. Monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT.
3. Evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.
4. Proporcionar parámetros objetivos de los principales factores de riesgo y las ENT a partir de las mediciones físicas y bioquímicas.

Para alcanzar este último objetivo se aplicó por primera vez en nuestro país la metodología de los pasos (o STEPS), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (18). Esta permite analizar información autorreportada por el encuestado con mediciones realizadas directamente por un encuestador al momento de la entrevista. La asincronía (o sincronía) entre ambas fuentes de datos abre la posibilidad de estudiar con mayor profundidad dimensiones sustantivas de la salud.

El primer paso (Paso 1) consistió en el relevamiento por autorreporte, con un cuestionario nuclear muy similar al de las ediciones anteriores de la ENFR, lo cual permitirá construir series históricas. El segundo paso (Paso 2) incluyó la realización de mediciones físicas en el momento de la entrevista, y se relevó presión arterial y parámetros antropométricos como peso, talla y perímetro de la cintura. Para cada una de ellas se utilizó el instrumental correspondiente de acuerdo a las recomendaciones internacionales: tensiómetro digital, tallímetro, balanza portátil digital y cinta métrica. Por último, el Paso 3 de determinaciones bioquímicas, consistió en la realización, en el momento de la entrevista, de mediciones de glucemia capilar y colesterol total, mediante digitopunción. En este Paso se utilizó una lanceta para obtener una gota de sangre, que se aplicó en tiras reactivas y se introdujeron en un analizador de química seca (ambas mediciones requirieron de un ayuno previo de al menos 8 horas).

Las características del instrumental utilizado fue el recomendado por los organismos internacionales y avalados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Además de las mediciones objetivas (antropométricas, físicas y bioquímicas), una segunda innovación sustantiva fue la realización del relevamiento con dispositivos digitales (tabletas). Esto posibilitó un mayor control en tiempo real de la situación en campo y una mejora general en la calidad de todo el operativo.

Dominios de estimación y diseño muestral

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 urbanas de 5.000 y más habitantes, para el Paso 1. Además, ocho aglomerados (Gran Buenos Aires, Gran Córdoba, Gran La Plata, Gran Mendoza, Gran Rosario, Gran Salta, Gran Tucumán y Mar del Plata) fueron dominio de estimación en virtud de que lo fueron en las ENFR anteriores, lo que permitirá la comparabilidad entre los resultados de las distintas ediciones de la encuesta. En el caso de las

mediciones físicas (Paso 2) los resultados son representativos a nivel nacional urbano (siempre de localidades de 5.000 habitantes y más), y para las mediciones bioquímicas (Paso 3) los resultados lo son para el conjunto de aglomerados de 150 mil y más habitantes.

El tamaño de la muestra alcanzó a 49.170 viviendas para la aplicación de la primera parte del cuestionario o Paso 1, abarcando a todas las jurisdicciones del país. Para el Paso 2 se realizó una submuestra con el 75% de dichas viviendas. Y para el Paso 3, se mantuvo esa submuestra, pero restringida a las localidades de 150.000 habitantes y más.

Cuadro 1. Distribución del total de la muestra de viviendas seleccionadas para cada Paso por jurisdicción

Jurisdicción	Viviendas		
	PASO 1	PASO 2	PASO 3
CABA	3.160	2.360	2.360
Partidos del GBA	4.390	3.290	3.290
Buenos aires	6.660	5.000	1.640
Catamarca	1.100	820	380
Córdoba	3.290	2.470	1.100
Corrientes	1.810	1.360	430
Chaco	1.830	1.370	470
Chubut	1.610	1.210	390
Entre Ríos	2.340	1.760	940
Formosa	1.320	990	380
Jujuy	1.340	1.000	410
La Pampa	1.090	820	-
La Rioja	1.150	860	460
Mendoza	1.730	1.300	570
Misiones	1.730	1.300	20
Neuquén	1.430	1.070	410
Río Negro	1.990	1.420	-
Salta	1.760	1.320	600
San Juan	950	710	490
San Luis	1.440	1.080	420
Santa Cruz	1.150	860	-
Santa Fe	2.880	2.160	1.200
Santiago del Estero	1.060	800	460
Tucumán	1.400	1.050	570
Tierra del Fuego	5.60	420	-
Total	49.170	36.870	17.390

De las 49.170 viviendas seleccionadas se obtuvieron 31.426 hogares con respuesta. De esos hogares, 29.224 personas respondieron el Paso 1. De las 36.870 viviendas seleccionadas para el Paso 2 se obtuvo respuesta para 23.556 hogares, de los cuales 16.577 personas respondieron a las mediciones físicas y antropométricas; y, finalmente, de las 17.390 viviendas seleccionadas para el Paso 3 se consiguió respuesta para 10.355 hogares y 5.331 mediciones bioquímicas. Sobre las viviendas encuestables, la tasa de respuesta fue del 73,4%.

Cuestionarios utilizados

El desarrollo del cuestionario del Paso 1 mantuvo las temáticas principales de las versiones anteriores. Esto aseguró la continuidad de las series temporales en dimensiones críticas, pero también incluyó ajustes derivados de mejoras en las estrategias de captación, producto de las experiencias previas y las pruebas realizadas para esta encuesta.

Este cuestionario por autorreporte está compuesto por un bloque Hogar y un bloque Individual. En el primero se relevaron dimensiones orientadas a caracterizar al núcleo conviviente tanto en términos de su composición como de la vivienda que habita; luego, en el individual, se desplegaron todas las dimensiones específicas relativas a la salud y los factores de riesgo asociados a las ENT.

Bloque Hogar

Permite caracterizar al hogar en las siguientes dimensiones:

Las características de la vivienda que ocupa: tipo de vivienda; cantidad de ambientes; calidad de los materiales; acceso a servicios básicos de agua y saneamiento; combustible usado para cocinar.

El ingreso total: monto del ingreso total, y percepción de transferencias de ingresos estatales.

Las características sociodemográficas de sus miembros: relación de parentesco; sexo; edad; situación conyugal; nivel educativo alcanzado; cobertura de salud.

La situación laboral del jefe del hogar.

Bloque individual

Este bloque se aplicó a un solo miembro del hogar, seleccionado de manera aleatoria entre quienes tuvieran 18 años o más.

Las temáticas relevadas fueron las siguientes (cada una constituye un capítulo):

- **Situación laboral:** registró la condición de actividad de la persona entrevistada.
- **Salud general:** indagó sobre la autopercepción general del estado de salud y acerca de distintos aspectos relacionados con la calidad de vida, como movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.
- **Actividad física:** evaluó el nivel de intensidad de actividad física realizada (intensa, moderada y caminata en la última semana), el tiempo que pasa sentado diariamente, la razón principal por la que practicó o no practicó actividad física y el contexto o finalidad con que la realizó.
- **Tabaco:** indagó sobre el consumo de cigarrillos alguna vez en la vida, la edad en la que fumó por primera vez, el consumo de más de 100 cigarrillos en toda su vida, la frecuencia con la que fuma actualmente, las características del consumo que realiza (marca, modo de empaquetado, costo), el intento de dejar de fumar en el último año y el consumo de otros productos de tabaco. Luego, indagó sobre la exposición al humo de tabaco ajeno en distintos entornos y distintas modalidades de publicidad de cigarrillos, la percepción sobre advertencias en paquetes de cigarrillos y su impacto en la intención de dejar de fumar. También se indagó la opinión sobre el aumento del impuesto al tabaco.
- **Hipertensión arterial:** se registró haberse medido la presión arterial alguna vez, cuándo fue la última vez que lo hizo, la existencia de diagnóstico de presión arterial elevada, la realización de tratamiento/s indicado/s por un médico o profesional de la salud en las últimas dos semanas y su

tipo, y la continuidad en el tratamiento. Indagó también sobre el lugar al que asiste habitualmente para los controles de rutina y el seguimiento por parte de un mismo profesional con la historia clínica.

- **Peso corporal:** se indagó sobre la recomendación de bajar de peso por parte de un profesional de la salud, la existencia actual de tratamientos para bajar o controlar el peso, y el peso y altura actual reportada por el entrevistado.
- **Alimentación:** se relevó el agregado de sal a las comidas durante y después de la cocción, la periodicidad y cantidad de consumo de frutas y verduras, las razones que explican ese consumo, la autoevaluación de la dieta y las razones por las cuales evaluó la dieta como poco/nada saludable. También se indagó la opinión sobre el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas.
- **Colesterol:** se registró haberse medido el colesterol alguna vez, la última vez que se efectuó, la existencia de diagnóstico de colesterol elevado, la realización de tratamiento/s indicado/s por un médico o profesional de la salud en las últimas dos semanas y su tipo.
- **Consumo de alcohol:** se indagó sobre el consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, la última vez que la/s consumió y la frecuencia en los últimos 30 días. Respecto de los días de consumo habitual, se registró la cantidad tomada en un solo día de cerveza, vino y bebidas fuertes, así como el consumo de otras bebidas alcohólicas y su tipo. En el mismo sentido, se indagó sobre el consumo episódico excesivo en los últimos 30 días y la cantidad bebida en un solo día de cerveza, vino y bebidas fuertes, así como de otras bebidas. También se consultó sobre haber manejado un auto/moto o bicicleta habiendo tomado alcohol en los últimos 30 días y la opinión sobre el aumento del impuesto a las bebidas alcohólicas.
- **Diabetes:** se indagó haberse realizado mediciones de glucemia alguna vez, la última vez que se efectuó, la existencia de diagnóstico de glucemia elevada o diabetes (si es mujer, si este diagnóstico ocurrió durante el embarazo), la realización de tratamiento/s indicado/s por un médico o profesional de la salud en las últimas dos semanas, y el tipo de tratamiento. Se indagó también si es insulino dependiente, y si hubo algún diagnóstico de diabetes entre familiares directos y entre otros familiares. Se preguntó sobre el lugar al que asiste habitualmente para los controles de rutina, el seguimiento por parte de un mismo profesional con la historia clínica. Se consultó también si en los exámenes médicos revisaron sus pies y le dilataron las pupilas para la realización de fondo de ojo. Por último, se indagó si realizó algún curso de automanejo de la diabetes.
- **Lesiones:** se relevó información sobre la frecuencia de uso de casco al conducir o viajar en moto y bicicleta, y de uso de cinturón de seguridad al conducir o viajar en auto.
- **Prácticas preventivas (sólo para mujeres):** registró la realización de mamografía y Papanicolaou alguna vez, y en ese caso, la última oportunidad en que se los realizaron.
- **Prevención de cáncer colorrectal (sólo para personas de 50 años y más):** registró información sobre la realización de estudios para detectar pólipos o cáncer de colon (prueba de sangre oculta en materia fecal, colonoscopia y radiografía de colon por enema), cuál de ellos fue el último estudio realizado y el tiempo que transcurrió desde que lo hizo.
- **Mediciones antropométricas:** se midió la presión arterial usando un tensiómetro digital, realizándose tres mediciones con un intervalo de tres minutos entre cada una; se midió la altura con un tallímetro; el peso, con una balanza digital; y el perímetro de la cintura, con una cinta métrica.
- **Mediciones bioquímicas:** durante la entrevista se midió la glucemia capilar y el colesterol total mediante digitopunción, usando una lanceta para obtener una gota de sangre que se aplicaba en tiras reactivas; luego, éstas se introducían en un analizador de química seca. Ambas mediciones requirieron de un ayuno previo de al menos 8 horas.

En este informe de resultados se analizan los indicadores sobre los principales factores de riesgo de las ENT, los procesos de atención en el sistema de salud, las prácticas preventivas de cánceres prevalentes y la prevalencia de las principales ENT de nuestra población.

Los resultados se encuentran desagregados por un conjunto de variables sociodemográficas que se consideran sustantivas para analizar diferencias en la distribución de los factores de riesgo, dada la experiencia nacional e internacional.

Las estimaciones correspondientes al Paso 1 se presentan desagregadas a nivel provincial. Esos mismos indicadores se estimaron para el total urbano de localidades de 5.000 habitantes y más, diferenciados por sexo, grupo de edad, nivel educativo², tipo de cobertura en salud y quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora.

Asimismo, se analizan las tendencias en el tiempo de los indicadores principales, en comparación con las ediciones previas de la ENFR. Toda esta información permite establecer prioridades y metas factibles, así como también evaluar resultados de las políticas implementadas y diseñar nuevas intervenciones, tanto a nivel nacional como en las distintas jurisdicciones del país. 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 de la academia y la sociedad civil.

2. A nivel general, para la interpretación de los resultados, resulta importante tener en cuenta una posible asociación entre las variables "grupo de edad" y "nivel educativo", ya que el grupo de menor nivel de instrucción (hasta primario incompleto) está compuesto en mayor medida por personas de 65 años y más.

Capítulo 1

Salud general y calidad de vida

Introducción

La OMS define a la calidad de vida como una “percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (1). La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere en particular a los efectos de las enfermedades y de sus tratamientos en la vida cotidiana de los pacientes. Este concepto se centra en la percepción que tiene el individuo sobre su propia salud y sobre sus capacidades, haciendo hincapié en su autonomía, sin desconocer que puede haber diferencia entre la autopercepción y el criterio del profesional de salud sobre lo que se considera una buena vida y que, a su vez, puede haber interdependencia entre las dos apreciaciones (2) (3) (4) (5).

La medición de la CVRS es un importante insumo para la realización de diagnósticos e identificación de poblaciones vulnerables, para la formulación de objetivos sanitarios y diseño de políticas de prevención y promoción de la salud como también para evaluar la eficacia de algunas intervenciones, orientar el desarrollo de nuevas terapias o cambiar el enfoque de la atención en salud. Es también útil para estimar la carga de una enfermedad en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC) y brinda información para la realización de estudios de costos económicos (6) (7).

Dado que la CVRS es un concepto muy amplio y multidimensional, los dominios clásicamente más considerados son los de función física, salud mental, función social y los de percepción global de la salud y calidad de vida, reservados a una evaluación global. Los instrumentos para su medición pueden ser tanto cuestionarios genéricos que indaguen aspectos comunes de la calidad de vida habitualmente en una población general (que permite comparación entre grupos), como también cuestionarios específicos, diseñados para evaluar aspectos propios de una enfermedad en particular (se aplica a una población específica que padece esta enfermedad) (7). La vigilancia de la CVRS a través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se realiza mediante un cuestionario genérico que permite monitorear la salud de toda la población adulta con el fin de evaluar la eficacia de las acciones en salud realizadas en nuestro país, complementando otro tipo de información disponible para este tema como las estadísticas de morbilidad, entre otras fuentes de datos.

Metodología

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 (8).

En segundo lugar, la calidad de vida se evaluó utilizando el cuestionario EQ-5D validado en Argentina (9). Se trata de un instrumento estandarizado que evalúa cinco dimensiones de la salud (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Cada dimensión, a su vez,

es relevada por una pregunta específica con tres niveles de respuesta: sin problemas, algún problema y severos problemas (10). Para la construcción de los indicadores utilizados en esta encuesta se agruparon los niveles de manera que quedaran dos categorías 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 20,9% de la población refirió que su salud general era regular o mala, sin mostrar variaciones con respecto a la 3° ENFR (21,2%) (Tabla 1.1). Al analizar este indicador por jurisdicciones se observó que CABA (13,2%), Córdoba (14,4%) y La Pampa (14,4%) tuvieron valores significativamente inferiores que el promedio nacional (Tabla 1.1).

En cuanto al sexo, las mujeres registraron una prevalencia mayor en comparación con los hombres (23,0% y 18,6% respectivamente). También se observaron variaciones por edad: los más jóvenes reportaron el menor valor (9,3%) y los adultos mayores el valor más alto (35,8%). Las personas con nivel educativo hasta primario completo refirieron en mayor medida que su salud general era regular o mala que aquellos con mayor nivel de instrucción. Al analizar el indicador según el tipo de cobertura de salud, el porcentaje fue mayor entre aquellas personas con cobertura pública exclusiva que entre aquellas con obra social o prepaga (23,5% y 19,6% respectivamente). En cuanto a los quintiles de ingresos del hogar por unidad consumidora, el mayor valor se registró en el quintil más bajo (28,9%) y el menor valor en el más alto (11,8%), siendo el primero 2,4 veces mayor que este último (Tabla 1.2).

En cuanto a los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS), se observó un aumento en el porcentaje de personas que refirieron estar ansiosas o deprimidas respecto de la edición anterior de la encuesta (3° ENFR 2013: 16,3%; 4° ENFR 2018: 18,4%). El resto de los indicadores se mantuvo estable con respecto a ediciones anteriores. La 4° ENFR arrojó los siguientes resultados: algún problema en la movilidad 12,1%; algún problema en el cuidado personal 2,9%; algún problema en la realización de actividades cotidianas 7,2%; tiene dolor o malestar 25,6% (Tabla 1.3).

Todos los indicadores de deterioro de CVRS fueron más frecuentes en mujeres, y en personas mayores de 50 años. En la gran mayoría de ellos, con alguna excepción en cada caso, se evidenció una mayor prevalencia con significancia estadística de los indicadores de deterioro de CVRS entre aquellos con nivel educativo más bajo respecto del nivel educativo más alto, entre aquellos con obra social o prepaga, respecto de cobertura pública exclusiva y entre los del quintil de ingresos más bajo, respecto del más alto. De estas generalidades se evidenció una excepción: el indicador de ansiedad o depresión fue más frecuente entre aquellos con cobertura sólo pública respecto de aquellos con obra social o prepaga y no mostró diferencias por nivel educativo (Tabla 1.4).

Discusión

Dos de cada diez personas refirieron tener una salud general regular o mala, sin mostrar cambios con respecto a la edición anterior.

Se mantuvo la tendencia de la ENFR 2013 en lo referido a que las mujeres, los adultos mayores de 65 años, las personas con menor nivel educativo y con menor nivel de ingresos reportaron en mayor medida tener salud general regular o mala.

En cuanto a los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud, el único que evidenció un

aumento estadísticamente significativo respecto de la 3° edición de la ENFR fue el de ansiedad/depresión. El resto de los indicadores de esta dimensión se mantuvo estable respecto de la anterior ENFR.

Pudo observarse asimismo que, al igual que en la ENFR 2013, los indicadores de CVRS resultaron más prevalentes en mujeres, entre adultos mayores de 50 años, en el nivel educativo más bajo respecto del más alto y en el primer quintil de ingresos, respecto del quinto.

Referencias bibliográficas

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. En: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). Geneva, 1958.
2. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psiqu.* 2012; 30(1):61-71.
3. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería.* 2003; 9(2):9-21.
4. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile.* 2010; 138:358-65.
5. Flor de María Cáceres-Manrique, Laura M. Parra-Prada y Oscar J. Pico-Espinosa. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Pública.* 20 (2): 147-154, 2018.
6. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la Calidad de Vida. *Rev Salud pública de México.* 2002; 44(4):349-61.
7. Consiglio, Ezequiel y Beloso, Waldo H. Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. 2003, *MEDICINA (Buenos Aires)*, Vol. 63, págs. 172-178.
8. Gemma Vilagut et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* vol.19 no.2 Barcelona mar/abr. 2005.
9. Argentine Valuation of the EQ-5D Health States. Augustovski, Federico Ariel, y otros. 4, 06 de 2009, *Value. Health*, Vol. 12.
10. EuroQol. EQ-5D. [acceso 06/06/2019]. Disponible en: <https://euroqol.org/>

Tabla 1.1. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	20,9 (20,0 - 21,8)
Ciudad de Buenos Aires	15,3 (13,3 - 17,5)	14,9 (11,8 - 18,5)	14,5 (11,9 - 17,4)	13,2 (10,9 - 15,5)
Buenos Aires	18,5 (16,7 - 20,4)	19,6 (18,3 - 20,9)	23,3 (21,5 - 25,1)	22,6 (21,0 - 24,2)
Córdoba	21,9 (19,1 - 24,9)	16,2 (14,2 - 18,4)	20,7 (17,7 - 24,1)	14,4 (11,6 - 17,2)
Entre Ríos	19,6 (16,9 - 22,6)	16,4 (13,5 - 19,8)	19,7 (17,8 - 21,7)	18,7 (16,9 - 20,5)
La Pampa	14,2 (12,5 - 16,1)	15,1 (12,7 - 17,9)	14,0 (11,9 - 16,4)	14,4 (11,6 - 17,2)
Santa Fe	18,3 (16,4 - 20,4)	14,8 (13,0 - 16,8)	15,0 (13,4 - 16,7)	18,3 (15,0 - 21,7)
Pampeana y GBA	18,4 (17,2 - 19,6)	17,8 (16,9 - 18,8)	20,7 (19,6 - 22,0)	19,8 (18,7 - 20,9)
Catamarca	23,8 (20,5 - 27,4)	25,6 (23,2 - 28,2)	25,6 (21,3 - 30,3)	24,4 (20,0 - 28,8)
Jujuy	35,8 (30,6 - 41,3)	26,7 (23,7 - 29,8)	31,1 (28,2 - 34,2)	31,0 (27,4 - 34,7)
La Rioja	25,2 (22,6 - 28,1)	20,3 (16,6 - 24,5)	27,2 (23,7 - 31,1)	30,0 (26,2 - 33,8)
Salta	29,2 (26,1 - 32,5)	25,8 (23,3 - 28,5)	26,1 (22,5 - 30,0)	28,2 (24,7 - 31,7)
Santiago del Estero	26,6 (23,4 - 30,1)	26,5 (23,7 - 29,6)	22,7 (19,4 - 26,5)	26,2 (22,0 - 30,3)
Tucumán	27,6 (24,8 - 30,6)	24,3 (21,8 - 27,0)	24,5 (21,2 - 28,1)	27,7 (23,9 - 31,6)
Noroeste	28,6 (27,1 - 30,2)	25,2 (23,9 - 26,4)	25,9 (24,3 - 27,5)	28,0 (26,4 - 29,7)
Corrientes	20,8 (19,2 - 22,4)	20,6 (17,6 - 24,0)	21,1 (18,1 - 24,3)	21,0 (18,3 - 23,7)
Chaco	20,6 (16,7 - 25,1)	23,4 (19,0 - 28,3)	23,7 (20,1 - 27,8)	21,0 (17,7 - 24,3)
Formosa	29,3 (26,0 - 32,9)	27,8 (25,0 - 30,8)	25,7 (21,6 - 30,4)	18,6 (14,8 - 22,4)
Misiones	23,6 (20,7 - 26,9)	25,8 (21,9 - 30,0)	25,8 (21,3 - 30,8)	25,8 (22,0 - 29,5)
Noreste	22,6 (21,2 - 24,1)	23,8 (21,8 - 25,9)	23,8 (21,8 - 25,9)	22,0 (20,4 - 23,7)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	16,1	12,8	17,0	18,2
	(12,3 - 20,6)	(10,6 - 15,4)	(14,6 - 19,6)	(15,0 - 21,4)
Neuquén	23,9	21,6	20,2	18,5
	(19,5 - 28,9)	(17,9 - 26,0)	(17,6 - 23,0)	(14,6 - 22,4)
Río Negro	22,3	20,5	20,8	21,1
	(19,8 - 25,0)	(17,2 - 24,3)	(18,2 - 23,7)	(17,9 - 24,4)
Santa Cruz	20,9	15,3	16,0	20,8
	(19,2 - 22,8)	(13,2 - 17,7)	(13,5 - 19,0)	(17,2 - 24,4)
Tierra del Fuego	16,5	13,9	13,9	17,7
	(13,7 - 19,7)	(11,8 - 16,3)	(11,4 - 16,7)	(12,5 - 22,9)
Patagónica	20,6	17,9	18,6	19,5
	(17,9 - 23,7)	(16,3 - 19,6)	(17,2 - 19,9)	(17,8 - 21,1)
Mendoza	17,7	19,8	16,5	17,7
	(14,9 - 20,9)	(17,7 - 22,1)	(14,2 - 19,1)	(14,0 - 21,3)
San Juan	24,5	23,1	24,3	26,2
	(21,7 - 27,6)	(20,4 - 26,0)	(21,0 - 27,8)	(22,2 - 30,2)
San Luis	23,6	24,4	18,4	22,3
	(20,7 - 26,8)	(21,7 - 27,2)	(15,1 - 22,1)	(18,6 - 26,1)
Cuyo	20,3	21,4	18,6	20,5
	(18,3 - 22,5)	(19,8 - 22,9)	(16,9 - 20,5)	(18,0 - 22,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 1.2. Salud general regular o mala de la población de 18 años y más 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 2018.

		ENFR 2018 % (IC 95%)
Total		20,9 (20,0 - 21,8)
Sexo		
Varón		18,6 (17,4 - 19,7)
Mujer		23,0 (21,8 - 24,1)
Grupo de edad		
18 a 24		9,3 (7,6 - 11)
25 a 34		12,0 (10,4 - 13,6)
35 a 49		20,0 (18,2 - 21,8)
50 a 64		28,7 (26,6 - 30,8)
65 y más		35,8 (33,5 - 38,2)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		43,0 (39,3 - 46,7)
Primario completo y secundario incompleto		27,8 (26,3 - 29,2)
Secundario completo y más		13,8 (12,8 - 14,8)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		19,6 (18,5 - 20,7)
Sólo cobertura pública		23,5 (21,9 - 25,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		28,9 (26,7 - 31,0)
2		24,3 (22,5 - 26,2)
3		21,7 (20,0 - 23,5)
4		17,7 (15,7 - 19,6)
5		11,8 (10,4 - 13,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 1.3. Calidad de vida relacionada con la salud de la población de 18 años y más por tipo de problema. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total				
Algún problema en la movilidad	10,8	10,9	11,0	12,1
	(10,1 - 11,5)	(10,4 - 11,5)	(10,3 - 11,7)	(11,5 - 12,7)
Algún problema en el cuidado personal	2,9	2,3	2,5	2,9
	(2,5 - 3,4)	(2,1 - 2,5)	(2,2 - 2,8)	(2,6 - 3,2)
Algún problema en relación a las actividades cotidianas	8,0	7,4	7,1	7,2
	(7,4 - 8,7)	(7,0 - 7,9)	(6,6 - 7,6)	(6,8 - 7,7)
Tiene dolor o malestar	30,9	30,1	24,1	25,6
	(29,8 - 32,1)	(29,3 - 31,0)	(23,1 - 25,0)	(24,8 - 26,5)
Está ansioso o deprimido	22,8	19,3	16,3	18,4
	(21,8 - 23,9)	(18,5 - 20,0)	(15,6 - 17,1)	(17,6 - 19,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 1.4. Calidad de vida relacionada con la salud de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora, según tipo de problema. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

	ENFR 2018				
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
	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
Total	12,1 (11,5 - 12,7)	2,9 (2,6 - 3,2)	7,2 (6,8 - 7,7)	25,6 (24,8 - 26,5)	18,4 (17,6 - 19,2)
Sexo					
Varón	10,8 (9,9 - 11,7)	2,4 (2,0 - 2,8)	5,9 (5,2 - 6,6)	21,8 (20,6 - 23,1)	16,0 (14,6 - 17,3)
Mujer	13,3 (12,5 - 14,1)	3,4 (2,9 - 3,8)	8,4 (7,8 - 9,1)	29,1 (27,9 - 30,3)	20,6 (19,6 - 21,6)
Grupo de edad					
18 a 24	2,9 (1,8 - 4,0)	0,8 (0,4 - 1,1)	2,0 (1,3 - 2,8)	13,7 (11,6 - 15,7)	16,9 (14,6 - 19,2)
25 a 34	4,1 (3,2 - 5,0)	0,5 (0,3 - 0,8)	2,6 (1,9 - 3,3)	14,7 (13,1 - 16,2)	16,6 (14,8 - 18,4)
35 a 49	7,7 (6,7 - 8,8)	1,7 (1,2 - 2,1)	5,2 (4,4 - 6,1)	24,2 (22,5 - 25,8)	17,2 (15,8 - 18,6)
50 a 64	16,6 (14,9 - 18,4)	3,8 (3,0 - 4,5)	10,3 (8,8 - 11,7)	34,1 (32,0 - 36,3)	21,1 (19,3 - 22,9)
65 y más	33,7 (31,5 - 36,0)	9,1 (7,9 - 10,3)	18,1 (16,6 - 19,7)	43,9 (41,7 - 46,0)	21,1 (19,3 - 22,9)
Nivel educativo					
Hasta primario incompleto	31,8 (28,6 - 35,0)	8,9 (7,0 - 10,8)	18,4 (15,9 - 20,9)	44,1 (40,8 - 47,4)	20,5 (17,6 - 23,4)
Primario completo y secundario incompleto	15,7 (14,5 - 16,9)	3,5 (2,9 - 4,0)	9,4 (8,5 - 10,4)	30,2 (28,4 - 31,9)	20,4 (19,0 - 21,8)
Secundario completo y más	7,3 (6,7 - 8,0)	1,8 (1,5 - 2,1)	4,4 (3,9 - 4,9)	20,4 (19,4 - 21,5)	16,9 (15,9 - 17,9)
Cobertura de salud					
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	13,0 (12,3 - 13,7)	3,2 (2,9 - 3,6)	7,7 (7,1 - 8,3)	26,7 (25,6 - 27,8)	17,5 (16,6 - 18,4)
Sólo cobertura pública	10,2 (9,1 - 11,4)	2,2 (1,7 - 2,6)	6,2 (5,3 - 7,2)	23,4 (21,6 - 25,1)	20,4 (18,7 - 22,0)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora					
1	12,5 (11,0 - 14,0)	3,0 (2,3 - 3,7)	7,5 (6,2 - 8,8)	28,3 (26,1 - 30,4)	22,3 (20,2 - 24,5)
2	14,3 (12,7 - 15,9)	3,4 (2,8 - 4,0)	8,6 (7,5 - 9,8)	27,8 (25,8 - 29,8)	19,8 (18,2 - 21,5)
3	13,8 (12,3 - 15,4)	3,1 (2,4 - 3,7)	8,7 (7,4 - 9,9)	27,5 (25,4 - 29,6)	19,0 (17,2 - 20,9)
4	11,8 (10,3 - 13,2)	2,9 (2,2 - 3,6)	7,4 (6,3 - 8,5)	23,9 (22,0 - 25,9)	15,2 (13,6 - 16,8)
5	8,1 (7,0 - 9,2)	2,1 (1,5 - 2,7)	4,0 (3,3 - 4,6)	20,6 (18,9 - 22,3)	15,7 (14,2 - 17,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.



Capítulo 2

Tabaco

Introducción

El consumo de tabaco sigue siendo uno de los principales factores de riesgo que determinan gran parte de las muertes prematuras y la discapacidad a nivel mundial, especialmente por enfermedades crónicas no transmisibles. Así, las consecuencias del tabaquismo resultan alarmantes con una proyección de más de 8 millones de muertes anuales y de 400 millones de muertes por enfermedades relacionadas con el tabaco para el período 2010-2050 en todo el mundo (1).

El tabaquismo es un factor de riesgo modificable y prevenible y, en los últimos años, la implementación de políticas de control del tabaco se ha extendido mundialmente. Cada vez es mayor la población que toma conciencia del daño que genera el tabaco y que está protegida por alguna de las 5 principales políticas de control del tabaco contenidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco: prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio incluyendo la exhibición de los productos; disponibilidad de estrategias de tratamientos asequibles para dejar de fumar; advertencias sanitarias con pictogramas en los envases de los productos de tabaco; ambientes cerrados 100% libres de humo de tabaco; y aumento de impuestos para generar productos más caros y menos asequibles (2).

En la Argentina, cada año mueren más de 44.000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco, lo cual representa aproximadamente el 13 % de las defunciones. En los últimos años los datos relevados sobre tabaquismo evidencian que el consumo ha disminuido, tanto en la población joven (3) como adulta (4). La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) en sus tres ediciones 2007, 2012 y 2018 (5) muestra un descenso constante del consumo de cualquier producto de tabaco en adolescentes de 13 a 15 años: 22%, 20,5% y 16% respectivamente. Del mismo modo, las tres ediciones previas de la ENFR 2005, 2009 y 2013, también evidenciaron un descenso constante de la prevalencia de consumo de tabaco en población adulta (29,7%; 27,1% y 25,1% respectivamente). Aunque la tendencia del consumo es descendente tanto en jóvenes como en adultos, la prevalencia y la mortalidad siguen siendo altas en comparación a otros países de la región, y el avance de las políticas más lento de lo necesario.

Los efectos de esta epidemia son preocupantes, no sólo por su impacto en la salud de las personas sino porque también representan un alto costo para la economía personal, familiar y nacional. A modo de ejemplo, en el año 2013, el país gastó más de 33.000 millones de pesos en atender enfermedades producidas por el consumo de tabaco, lo cual representó el 7,5% del gasto total en salud de ese año (6).

En el presente capítulo se describen los principales indicadores asociados al tabaco y se analizaron diferencias con relación a las ediciones anteriores de la ENFR. Asimismo, se analizaron nuevos indicadores incorporados en la 4° ENFR sobre consumo de otros productos de tabaco, patrones de consumo, intentos de cesación, etc., para el diseño de nuevas estrategias particularmente vinculadas a la regulación de los nuevos productos de tabaco, al aumento del precio vía impuestos, a la evaluación del comercio ilícito y a la promoción de prohibiciones completas de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio incluyendo la exhibición de los productos.

Metodología

El presente capítulo incluye los siguientes dominios:

Prevalencia de consumo de cigarrillos: prevalencia de consumo de tabaco (definida a partir de quienes fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente cigarrillos), que representa el indicador históricamente analizado desde la primera edición de la ENFR 2005.

Caracterización de los cigarrillos consumidos actualmente: porcentaje de consumo de cigarrillos armados entre fumadores actuales de cigarrillos; porcentaje de consumo de cigarrillos en paquetes tradicionales entre fumadores actuales de cigarrillos.

Consumo de otro tipo de productos de tabaco: incluye todos los productos que no son cigarrillos en paquete ni armados a mano, es decir cigarros o habanos, cigarritos, pipa común, pipa de agua, tabaco para masticar y cigarrillo electrónico. Además, se analizaron por separado el consumo actual de cigarrillo electrónico y el consumo actual de cigarros o habanos. Los tres indicadores se analizaron según población total y según fumadores actuales de cigarrillos.

Cesación: porcentaje de fumadores actuales de cigarrillos que intentó dejar de fumar en el último año.

Exposición al humo de tabaco ajeno: 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).

Publicidad en el punto de venta, advertencias sanitarias, y publicidad web: percepción de publicidad de cigarrillos en los últimos 30 días (entre aquellos que fueron a comercios donde se venden cigarrillos); percepción de advertencias sanitarias en los últimos 30 días (entre aquellos que vieron paquetes de cigarrillos); porcentaje de impacto de las advertencias sanitarias (entre los fumadores actuales de cigarrillos); porcentaje que recibió publicidad de cigarrillos o material de promoción de cigarrillos por correo electrónico, en los últimos 30 días; porcentaje de suscripción a una página web relacionada con una marca de cigarrillos, en los últimos 30 días.

Impuestos al tabaco: grado de acuerdo de toda la población y de los fumadores actuales con el aumento del impuesto a los productos de tabaco.

Si bien se relevó información sobre precios y marcas de los cigarrillos comprados, con el propósito de establecer estimaciones de comercio ilícito, así como también consumo de cigarrillos saborizados y compra de cigarrillos sueltos, esta información será analizada en un informe especial de tabaco que excede los alcances del presente reporte.

Resultados

Prevalencia de consumo de cigarrillos

La prevalencia de consumo de tabaco (cigarrillos) fue de 22,2%, mostrando que continúa su tendencia descendente desde la ENFR 2005, evidenciándose un 25% de reducción relativa desde entonces. Asimismo, disminuyó significativamente respecto a la edición previa (Prevalencia en la ENFR 2013: 25,1%) (Tabla 2.1). Al comparar entre jurisdicciones, las que presentaron una menor prevalencia que el promedio nacional fueron CABA (17,5%), Santiago del Estero (16,6%), Chaco (15,4%), Misiones (15,8%) y Corrientes (14,9%). En Córdoba se evidenció la prevalencia más alta con diferencias significativas respecto al total nacional (26,7%) (Tabla 2.1).

El indicador resultó mayor en varones (26,1%) que en mujeres (18,6%). En cuanto al análisis según edad, la menor prevalencia se observó en los dos extremos etarios (menores de 25 años y 65 años y más), registrándose valores similares en los grupos intermedios. Según el nivel de instrucción, se evidenció

que aquellos con nivel primario completo/secundario incompleto tuvieron mayor prevalencia (26,1%) que aquellos con primario incompleto (19,3%) y aquellos con secundario completo y más (20,1%)³. En cuanto a la cobertura de salud, hubo mayor prevalencia en aquellas personas que manifestaron tener cobertura sólo pública con una diferencia significativa respecto de las personas con obra social o prepaga (29,1% vs 18,8%, respectivamente). Respecto del nivel de ingresos, la población del 1er quintil registró una prevalencia significativamente más alta respecto de la población del 5to quintil (24,7%, 20,3%, respectivamente) (Tabla 2.2)

Caracterización de los cigarrillos consumidos

Tal como se manifestó en el apartado metodológico del presente capítulo, en esta nueva edición de la encuesta se analizaron una serie de indicadores que permitieron conocer el consumo de otros productos de tabaco diferentes de los cigarrillos manufacturados, como los cigarrillos armados (tabaco para armar).

El 10,3% de los fumadores actuales manifestó que actualmente fuma cigarrillos armados, y el 97,2% cigarrillos manufacturados en paquete. Al analizar la exclusividad de consumo, sólo un 2,8% declaró consumir exclusivamente cigarrillos armados y el 89,7% exclusivamente cigarrillos en paquete. Luego, el consumo cruzado, es decir personas que consumen de los dos tipos de cigarrillos, fue del 7,5% entre los fumadores actuales de cigarrillos (Tabla 2.3)

Consumo de otro tipo de productos de tabaco

Como se explicó en el apartado de metodología, “otros productos de tabaco” incluyó aquellos que no son cigarrillos en paquete ni armados a mano: cigarros o habanos, cigarritos, pipa común, pipa de agua, tabaco para masticar y cigarrillo electrónico. Estas preguntas se realizaron por primera vez en la 4ta ENFR, por lo que no es posible la comparación del consumo de estos productos con ediciones anteriores de la encuesta.

El consumo actual de otros productos de tabaco se analizó sobre tres poblaciones diferentes: la población total, la población **no** fumadora actual de cigarrillos, y la población que actualmente fuma cigarrillos.

En el total de la población se evidenció que la prevalencia de consumo de otros productos de tabaco fue del 2,8%. Entre aquellos que **no** fuman cigarrillos actualmente, la prevalencia fue del 1,4% (es decir que consumen exclusivamente alguno de estos productos). Entre los fumadores actuales de cigarrillos, el porcentaje de consumo de otros productos de tabaco, además de cigarrillos, fue del 7,8% (Tabla 2.4).

La prevalencia de consumo actual de cigarrillo electrónico en adultos a nivel poblacional resultó del 1,1%. En cambio, al analizar esta prevalencia entre los fumadores actuales de cigarrillos, la misma alcanzó el 3,5%.

El 1,5% de la población declaró consumir actualmente cigarros o habanos. Entre los fumadores actuales de cigarrillos comunes, el 3,6% declaró consumir estos productos actualmente (Tabla 2.4).

Cesación

Este indicador también se realizó por primera vez. El 50% de los fumadores actuales de cigarrillos intentó dejar de fumar durante el último año. En Formosa (29,6%) y en Córdoba (41,1%) se evidenciaron porcentajes de intento de cesación menores que el total nacional, en cambio en Jujuy (64,7%) y Entre Ríos (62,7%) los porcentajes resultaron mayores (Tabla 2.5).

No se registraron diferencias según variables sociodemográficas (Tabla 2.6).

3. Ver nota aclaratoria N° 2 en el apartado “Reseña metodológica”.

Exposición al humo de tabaco ajeno

El 25,0% de la población refirió haber estado expuesto en los últimos 30 días al humo de tabaco ajeno en el hogar y un 21,8% en el trabajo; ambos indicadores se redujeron significativamente respecto de la edición anterior de la ENFR (27,6% y 25,0%, respectivamente). Por su parte la exposición al humo de tabaco en bares/restaurantes se mantuvo estable con un porcentaje de 21,5% (Tablas 2.7; 2.8; 2.9).

El indicador de exposición al humo de tabaco ajeno **en el hogar** resultó significativamente menor que el total nacional en CABA (19,2%), Río Negro (14,4%) Neuquén (13,3%), Chubut (18,2%), La Pampa (18,9%), Jujuy (20,2%) y Chaco (20,3%) (Tabla 2.7).

Hacia el interior de los grupos estudiados, no se evidenciaron diferencias según sexo en la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar. En cambio, se evidenció un gradiente decreciente respecto de la edad: el grupo etario más joven estuvo más frecuentemente expuesto (34,7%), mientras que el grupo de 65 años y más refirió el valor más bajo de exposición en el hogar (18,6%). Asimismo, resultó mayor la exposición en los dos niveles educativos más bajos, entre aquellos con cobertura de salud pública exclusiva, y se registró una mayor exposición en el hogar en los quintiles de menores ingresos, con una diferencia de más 10 puntos porcentuales entre el 1er y el 5to quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora (31,2% vs 20,3%) (Tabla 2.10).

En cuanto al indicador de exposición al humo de tabaco **en el trabajo**, en CABA, Chaco, Misiones, Neuquén, La Pampa y Río Negro se evidenciaron menores porcentajes respecto del total país (16,7%; 16,6%, 16,5%, 14,9%, 12,9% y 9,2% respectivamente) (Tabla 2.8).

Se observó asimismo, que la exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo resultó significativamente mayor entre varones que entre mujeres (28,2% y 14,4%, respectivamente) y entre quienes tienen cobertura de salud pública exclusiva respecto a los que tienen obra social o prepaga (25,5% y 20,1%, respectivamente). En cambio, fue menor el porcentaje de exposición en el rango etario 65 años y más, respecto de todos los otros grupos de edad. No se evidenciaron diferencias significativas en el resto de los indicadores sociodemográficos (Tabla 2.10).

Por último, respecto del indicador de exposición al humo de tabaco ajeno en **bares y restaurantes**, entre aquellos que estuvieron en esos lugares en los últimos 30 días, aquellas jurisdicciones que registraron valores por debajo del promedio nacional fueron CABA, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego, La Pampa y Chubut (16,9%; 10,1% 8,8%, 8,0%, 7,0%, 6,5% y 5,8%, respectivamente). Cabe aclarar que, con excepción de CABA, si bien se observaron diferencias estadísticamente significativas según los intervalos de confianza, los resultados no fueron del todo robustos considerando que los coeficientes de variación fueron mayores a 16,6%. La provincia que tuvo los niveles más altos de exposición al humo de tabaco ajeno en este ámbito fue Jujuy (42,3%) (Tabla 2.9).

Al analizar el indicador según variables sociodemográficas se observó que los más jóvenes resultaron más expuestos (37,2%) que el resto de los grupos etarios. A diferencia de lo ocurrido en la exposición en el hogar según nivel educativo, en este caso se evidenció un menor porcentaje de exposición en bares y restaurantes en aquellos individuos con hasta primario incompleto. En cuanto al tipo de cobertura, al igual que en los otros dos ámbitos analizados, se observó un mayor porcentaje de exposición al humo de tabaco entre aquellos con cobertura sólo pública (25,9%). También se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en la exposición en bares y restaurantes entre el primer y último quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora (24,6% vs 19,3%, 1er y 5to quintil respectivamente) (Tabla 2.10).

Publicidad y advertencias, y publicidad web

El 43,2% de la población que fue a comercios donde se venden cigarrillos, refirió haber visto alguna publicidad de cigarrillos en los comercios donde se venden cigarrillos, durante los últimos 30 días. El indicador resultó mayor que el promedio nacional en La Rioja (56,8%), San Juan (50,2%), Neuquén (49,5%) y Provincia de Buenos Aires (47,8%); y fue menor en Santa Fe (28,3%), Santa Cruz (28,9%), La Pampa (29,7%), Misiones (31,8%), CABA (36,2%) y Chaco (36,6%) (Tabla 2.11).

También se observó que la exposición a la publicidad fue más del doble en jóvenes de 18 a 25 respecto de los mayores de 65 años (54,8% vs 25,5% respectivamente). Las personas con cobertura de salud pública exclusiva y del quintil más bajo de ingresos reportaron mayor exposición a publicidad en el punto de venta respecto de las personas con obra social o prepaga y del quintil de ingresos más alto, respectivamente (Tabla 2.12).

En cuanto a la percepción de las advertencias sanitarias, el 76,7% de la población que vio paquetes de cigarrillos, afirmó haber visto alguna frase o imagen impresa sobre el riesgo de fumar, durante los últimos 30 días (Tabla 2.13). Este porcentaje fue mayor entre los adultos jóvenes (hasta 34 años), descendiendo significativamente entre rangos a partir de los 35 años. Las personas con nivel educativo hasta primario incompleto percibieron con menor frecuencia estos mensajes (65,7%) con relación a aquellas de los otros dos segmentos (Tabla 2.14).

Al indagar sobre el impacto de las advertencias sanitarias entre los fumadores actuales de cigarrillos, se observó que al 43,1% de este segmento las frases o imágenes que vienen en los paquetes de cigarrillos lo hicieron pensar en dejar de fumar (Tabla 2.15). Respecto de la 3ª edición de la ENFR el indicador disminuyó un 21%.

En cuanto al análisis de este indicador según variables sociodemográficas, los adultos de 18 a 24 años reportaron menor incentivo de las advertencias para dejar de fumar que las personas de entre 35 a 64 años. En los niveles educativos más bajos, y en los dos primeros quintiles respecto del último, se observó mayor incentivo de las advertencias para pensar en dejar de fumar (Tabla 2.16).

Respecto de los indicadores de otro tipo de publicidad de cigarrillos, se observó que el 2,2% de la población total declaró haber recibido en los últimos 30 días publicidad o material de promoción de cigarrillos por correo electrónico. Resultó 3,4% al analizar este mismo indicador entre los fumadores actuales de cigarrillos. Asimismo, la suscripción a alguna página web relacionada con una marca de cigarrillos en los últimos 30 días resultó del 0,9% en la población total, mientras que entre fumadores actuales de cigarrillos la misma fue del 1,9% (Tabla 2.17).

Impuesto al tabaco

El 75,8% de la población total declaró estar de acuerdo con el aumento del impuesto al tabaco. Superaron el valor nacional las provincias de Mendoza (84,7%), Neuquén (83,1%) y Ciudad de Buenos Aires (82,5%), mientras que Formosa (62,8%) y Tucumán (52,4%) evidenciaron porcentajes inferiores al total nacional (Tabla 2.18).

En cuanto al análisis del indicador según variables sociodemográficas, se observó que el acuerdo con el aumento de los impuestos al tabaco resultó mayor entre mujeres respecto de los varones y entre los individuos de más de 65 años respecto de quienes tienen hasta 34 años. También fue mayor el grado de acuerdo en el nivel educativo más alto y entre aquellos con obra social o prepaga respecto de quienes tienen cobertura de salud pública exclusiva. En el quintil que agrupa a la población de mayores ingresos por unidad consumidora, se evidenció un porcentaje de acuerdo mayor al de los tres primeros quintiles (Tabla 2.19)

Al analizar este indicador entre los fumadores actuales de cigarrillos, el 55,0% estuvo de acuerdo con el aumento del impuesto al tabaco, siendo mayor entre quienes tienen obra social o prepaga, y en el 5° quintil respecto del 1° (Tabla 2.19)

Discusión

El consumo de tabaco, acompañando las tendencias internacionales y lo observado en ediciones anteriores de la ENFR, continúa descendiendo de manera significativa. Entre la 3° y 4° edición de la encuesta, se observó un descenso de casi tres puntos porcentuales en la prevalencia de consumo de cigarrillos en adultos, siendo este el único indicador de consumo de tabaco que tiene comparabilidad con las encuestas anteriores. Resulta evidente que la puesta en marcha e implementación de políticas públicas de control de tabaco conlleva un resultado positivo en términos sanitarios.

Las diferencias sociales en el consumo se mantuvieron, siendo la población en mayor situación de vulnerabilidad la que mayor prevalencia presentó. Por lo tanto, es importante reducir la asequibilidad (o poder de compra) de los productos de tabaco, ya que es la medida más efectiva para reducir el consumo en la población de menores ingresos. Del mismo modo, se pone de manifiesto la necesidad de profundizar en las medidas para garantizar el acceso a los tratamientos de cesación para estos grupos, a través de su incorporación en el botiquín básico de medicamentos y en el Programa Médico Obligatorio.

Sin embargo, a pesar de la reducción del consumo, es necesario resaltar que la prevalencia de tabaquismo y la morbimortalidad atribuible continúan siendo una de las más elevadas de la región y que hay consumos de nuevos productos de tabaco que, tanto a nivel global como en Argentina, se encuentran creciendo. Por esta razón, se decidió incorporar a la nueva edición de la ENFR la evaluación y análisis de otros productos de tabaco. El cigarrillo electrónico fue uno de ellos, y alcanzó una prevalencia de 1,1% en la población general adulta y en el 3,5% de los fumadores actuales adultos. Si bien el consumo de cigarrillos electrónicos es relativamente bajo en los adultos, el consumo en adolescentes de 13 a 15 años es alarmante, y llega al 7,1% según la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes 2018 (3). Esto resulta alarmante ya que se trata de un producto ilegal en Argentina, que fue prohibido por la ANMAT en 2011 a través de la Disposición 3226.

Con relación al consumo de tabaco para armar es preocupante la elevada prevalencia registrada en esta encuesta, especialmente entre los jóvenes adultos. Cuando se aplica una política fiscal hacia los productos de tabaco, como sucedió en Argentina desde 2016 en adelante, parte del consumo se desplaza hacia las marcas más baratas o ultra-baratas y hacia aquellos productos de tabaco alternativos más económicos con menor carga fiscal, como es el tabaco para armar. En este sentido, es importante destacar que en la última reforma fiscal, este tipo de productos tuvieron un incremento en la alícuota que pasó del 20 al 25% y con un impuesto mínimo actualizable por inflación, pero que continúa siendo una carga fiscal significativamente menor que la de los cigarrillos (alícuota del 70% de impuestos internos).

Los indicadores de exposición al humo de tabaco ajeno también evidenciaron ciertos cambios respecto de la edición anterior. En el hogar, el indicador de exposición continúa su proceso de descenso significativo que pasó de 33,9% a 25% entre 2009 y 2018 lo que representa un descenso de 26% en la exposición en el hogar. En la ENFR 2018 la exposición en el hogar resultó más frecuente en los grupos jóvenes y en las personas en situación de mayor vulnerabilidad (menor nivel educativo, con cobertura de salud sólo pública y en el 1° quintil de ingresos).

En los lugares de trabajo también continuó descendiendo la exposición al humo de tabaco (34,0% ENFR 2009; 21,8% ENFR 2018), lo que representa un descenso relativo del 36% de la exposición. No obstante, 1 de cada 5 personas aún trabajan expuestas al humo de tabaco, por lo que las medidas

para profundizar el control y pleno cumplimiento de la normativa vigente en estos espacios resulta mandatorio.

El indicador de exposición al humo de tabaco en bares y restaurantes se mantuvo estable en la ENFR 2018 respecto de la edición anterior, luego de que hubiera una importante reducción del 50% entre las dos ediciones previas (2009-2013). Este indicador también resultó más prevalente entre los más jóvenes y más vulnerables. Cabe señalar que la política de ambientes libres de humo es una de las políticas que mayor aceptación y seguimiento tuvo a lo largo del tiempo y en todo el territorio nacional. Sin embargo, dado que la exposición sigue siendo más prevalente entre los más jóvenes y en población en mayor situación de vulnerabilidad es necesario seguir avanzando en su fiscalización y cumplimiento, particularmente en lo que respecta a lugares de asistencia nocturna.

El 43% de la población que fue a comercios donde se venden cigarrillos, vio algún tipo de publicidad de tabaco. Esta alta exposición se explica porque la Ley Nacional N° 26.687 no establece una prohibición completa de todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio, y el punto de venta está exceptuado. Aunque el decreto reglamentario 602/2013 de la Ley Nacional 26.687 circunscribió la publicidad en el punto de venta en cuanto a tamaño, luminosidad y visibilidad desde el exterior, el cumplimiento es bajo, los mecanismos de control son aún deficitarios y la industria reemplazó la publicidad tradicional por la exhibición de productos. Otro elemento alarmante es el hecho de que más del 2% de la población haya recibido material de promoción de cigarrillos en su correo electrónico, solo en el último mes. Esta estrategia de marketing directo (uno a uno) también permitida en la Ley Nacional, representa un importante vehículo para realizar publicidad engañosa, contrarrestar la información sobre el daño a la salud del tabaco y atraer nuevos consumidores.

Para resolver la problemática de exposición a la publicidad es crítico cerrar los vacíos legales de la Ley 26.687 y sancionar una ley nacional de prohibición completa de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio, incluyendo la exhibición de productos, e incluyendo la prohibición del marketing directo, conforme establecen los estándares internacionales. Es de destacar que algunas provincias ya han avanzado con estándares más protectores que la ley nacional.

Por primera vez en esta edición de la ENFR pudo analizarse la tendencia del indicador de incentivo de las advertencias sanitarias para dejar de fumar (entre fumadores actuales de cigarrillos), ya que el mismo fue incorporado en la edición de 2013. En este sentido, pudo evidenciarse que el impacto de las advertencias disminuyó relativamente un 21% en los últimos 5 años (54,5% ENFR 2013; 43,1% ENFR 2018). La encuesta se desarrolló en 2018 a 3 años de entrada en vigencia de las advertencias sanitarias anteriores, implementadas en 2015, lo cual muestra un desgaste del efecto disuasivo y la necesidad de actualización frecuente de las advertencias, así como también la implementación de imágenes cuya eficacia sea testeada con anterioridad a su implementación. Del mismo modo, pone de manifiesto la pertinencia de avanzar hacia el empaquetado genérico, que representa el estándar más alto para informar adecuadamente a los consumidores a cerca del daño a la salud que ocasionan estos productos.

Políticas en marcha

En 2017 se puso en marcha un proceso de fortalecimiento de la fiscalización de la Ley Nacional N° 26.687 que culminó con la aprobación de la Resolución 83/2019, que facilita el proceso de articulación entre la Nación y las Provincias en materia de fiscalización y sanciones ante el incumplimiento.

En 2016 se sancionó el Decreto 626 que aumentó los impuestos internos a los cigarrillos del 60 al 75%. Tomando en consideración que las medidas fiscales son las políticas sanitarias más efectivas para reducir el tabaquismo, se evaluó el impacto de la reforma fiscal implementada por el Decreto 626/2016 (7). Los resultados mostraron que el aumento de los impuestos internos a los cigarrillos tuvo un efecto positivo sanitario con un incremento de los precios y reducción de las ventas de tabaco. Sin embargo,

el efecto se fue diluyendo en el tiempo al aplicarse solo a los cigarrillos, con un esquema ad valorem que permitió la manipulación de precios y la sustitución por marcas baratas y otros productos como el tabaco para armar. Además, la asequibilidad de los cigarrillos volvió a aumentar. Esta información fue útil para impulsar nuevos cambios en la normativa y en este sentido se colaboró técnicamente con el Ministerio de Hacienda y con el Congreso de la Nación para la reforma fiscal de impuestos internos al tabaco, que se aprobó en 2017 a través de la Ley 27.430. Dicha reforma implementó una alícuota de impuesto interno a los cigarrillos de 70% y un impuesto del 25% en otros productos, con un impuesto mínimo de \$28 actualizable trimestralmente por inflación, según el Índice de Precios al Consumidor (IPC). A octubre de 2019, debido a las distintas actualizaciones por inflación, el impuesto mínimo es de \$50,62. Al momento de la publicación del presente informe, dicha reforma fiscal está parcialmente implementada por lo que no está logrando el objetivo sanitario de reducir la brecha de precios entre cigarrillos caros y baratos, ni está cumpliendo el objetivo recaudatorio al haber caído la recaudación (8). El no pago del impuesto mínimo se debe a que numerosas tabacaleras presentaron medidas cautelares para eludir dicho impuesto, las cuales fueron otorgadas por la justicia. Para revertir esta situación, desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación se está colaborando con AFIP y el Ministerio de Hacienda para fortalecer los argumentos sanitarios en la estrategia judicial y garantizar la aplicabilidad de la reforma fiscal, y que todas las empresas paguen el impuesto mínimo.

Se llevó adelante una investigación cualitativa para seleccionar las nuevas advertencias sanitarias con pictograma para el periodo 2019-2021, que culminó con la aprobación de la Resolución 636/2019 la cual incluye las nuevas imágenes y mensajes que estarán vigentes a partir del 1 de octubre de 2019.

Con el propósito de impulsar el fortalecimiento de la regulación a nivel provincial, se acompañó el proceso de sanción de normas de control de tabaco en múltiples provincias, algunas de las cuales sancionaron normas superadoras de la ley nacional. Tales son los casos de Misiones en 2016 (Ley XVII-94); Tierra del Fuego en 2017 (Ley 1203) y Córdoba en 2019 (Ley 29172) . En el caso de esta última, garantizó una prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio, incluyendo la exhibición de productos.

Con el propósito de impulsar la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio (PPP) de productos de tabaco, entre 2017 y 2018 se acompañó el proceso liderado por la Provincia de Tierra del Fuego que logró sancionar y reglamentar la Ley 1203, primera del país en alcanzar una prohibición completa de toda forma de PPP, incluyendo la exhibición de los productos de tabaco. En este mismo sentido, en 2019 se están llevando a cabo proyectos para evaluar el estado de situación y para impulsar la mejora legislativa en materia de prohibición completa de PPP de productos de tabaco a través de Convenios celebrados entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y los Ministerios de Salud de Córdoba, Catamarca y Mendoza.

Se desarrollaron informes técnicos sobre actualización de la evidencia sobre cigarrillo electrónico y otros nuevos productos como los calentadores de tabaco, para evaluar potenciales reformas y fortalecimientos de la normativa vigente.

Desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación se continúa impulsando la mejora regulatoria de la Ley Nacional 26.687 y la ratificación del Convenio Marco para el Control de Tabaco, primer tratado internacional de Salud Pública, que Argentina suscribió en 2003 y cuya ratificación se encuentra pendiente en el Congreso de la Nación.

Referencias bibliográficas

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32225-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32225-6/fulltext)
2. OMS. Convenio Marco de Control de Tabaco (2003) Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=2F9AD61BECE40DC3D58359A3AE5DBFD5?sequence=1>
3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Quinta Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, Resumen Ejecutivo. Argentina 2018.. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001554cnt-2018_encuesta-mundial-sobre-tabaco-en-jovenes_arg.pdf
4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo., Argentina. 2013. Disponible: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
5. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Encuesta Mundial de Salud Escolar, ediciones 2007, 2012 y 2018. Disponibles en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>
6. Alcaraz A, Caporale J, Bardach A, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Argentina y potencial impacto del aumento de precio a través de impuestos. Rev Panam Salud Pública. 2016;40(4):204-12.
7. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Análisis de la reforma fiscal de productos de tabaco en la Argentina. Avances y desafíos de la salud pública. Argentina 2018. Informe interno del Programa Nacional de Control de Tabaco. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001110cnt-2018-02_informe-impacto-aumento-impuestos-tabaco_preliminar.pdf
8. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Análisis del impacto del nuevo esquema impositivo para productos de tabaco. Argentina 2019. Informe interno del Programa Nacional de Control de Tabaco. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001480cnt-2019-06_inf-impacto-esquema-impositivo-tabaco.pdf

Tabla 2.1. Prevalencia de consumo de cigarrillos en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	22,2 (21,2 - 23,1)
Ciudad de Buenos Aires	27,4 (24,4 - 30,7)	26,1 (22,8 - 29,7)	24,3 (20,6 - 28,5)	17,5 (15,2 - 19,8)
Buenos Aires	29,5 (27,4 - 31,6)	28,0 (26,4 - 29,6)	25,8 (23,8 - 27,9)	23,1 (21,2 - 25,1)
Córdoba	31,2 (28,2 - 34,3)	27,4 (25,1 - 29,8)	26,5 (24,3 - 28,8)	26,7 (23,5 - 29,9)
Entre Ríos	28,0 (24,7 - 31,4)	25,2 (23,0 - 27,5)	24,1 (21,3 - 27,2)	22,7 (19,9 - 25,5)
La Pampa	35,7 (31,4 - 40,1)	27,3 (24,3 - 30,4)	24,0 (20,5 - 27,9)	20,8 (17,2 - 24,5)
Santa Fe	27,3 (24,2 - 30,6)	26,6 (24,4 - 29,0)	26,5 (24,0 - 29,2)	21,5 (18,9 - 24,2)
Pampeana y GBA	29,1 (27,7 - 30,6)	27,4 (26,3 - 28,5)	25,7 (24,3 - 27,1)	22,7 (21,4 - 24)
Catamarca	34,3 (31,3 - 37,5)	30,7 (27,6 - 33,9)	23,6 (19,8 - 27,8)	23,5 (20 - 27)
Jujuy	27,4 (24,4 - 30,7)	19,2 (16,6 - 22,1)	21,9 (19,4 - 24,6)	18,8 (15,3 - 22,4)
La Rioja	32,8 (30,1 - 35,6)	30,1 (27,7 - 32,6)	26,9 (23,6 - 30,4)	20,9 (17,3 - 24,5)
Salta	32,1 (25,8 - 39,2)	26,1 (23,1 - 29,3)	21,8 (18,8 - 25,1)	23,0 (20,3 - 25,7)
Santiago del Estero	28,1 (24,9 - 31,5)	21,3 (18,1 - 24,9)	21,9 (19,2 - 24,8)	16,6 (13,5 - 19,8)
Tucumán	34,3 (32,0 - 36,7)	30,0 (27,6 - 32,5)	22,2 (19,3 - 25,3)	23,0 (20,4 - 25,7)
Noroeste	31,8 (29,7 - 33,9)	26,2 (24,9 - 27,5)	22,4 (21,0 - 23,8)	21,3 (20 - 22,6)
Corrientes	29,2 (26,3 - 32,3)	21,6 (19,2 - 24,3)	24,6 (20,8 - 28,7)	14,9 (12,5 - 17,3)
Chaco	27,9 (25,4 - 30,6)	22,2 (19,5 - 25,0)	20,2 (17,1 - 23,7)	15,4 (12,1 - 18,8)
Formosa	22,6 (21,1 - 24,2)	20,5 (18,2 - 23,1)	20,0 (17,2 - 23,2)	18,5 (15,2 - 21,7)
Misiones	27,5 (24,7 - 30,5)	24,1 (21,4 - 27,1)	20,8 (18,2 - 23,6)	15,8 (13 - 18,6)
Noreste	27,5 (26,0 - 29,1)	22,3 (20,9 - 23,7)	21,6 (19,9 - 23,4)	15,8 (14,3 - 17,3)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	35,4	29,4	26,1	23,4
	(32,8 - 38,1)	(26,4 - 32,7)	(23,6 - 28,9)	(20 - 26,9)
Neuquén	35,5	29,1	27,1	22,0
	(33,2 - 37,9)	(25,2 - 33,3)	(23,2 - 31,3)	(18,5 - 25,4)
Río Negro	32,6	29,7	24,3	21,3
	(30,1 - 35,3)	(27,2 - 32,4)	(21,5 - 27,3)	(19,1 - 23,4)
Santa Cruz	41,1	32,1	29,9	27,1
	(38,4 - 43,9)	(28,9 - 35,4)	(26,0 - 34,2)	(22,4 - 31,8)
Tierra del Fuego	38,1	30,9	26,9	24,9
	(34,9 - 41,3)	(27,6 - 34,4)	(23,5 - 30,7)	(20,5 - 29,4)
Patagónica	35,4	29,8	26,4	23,1
	(34,0 - 36,8)	(28,3 - 31,5)	(24,9 - 28,0)	(21,7 - 24,6)
Mendoza	31,5	29,1	26,5	26,8
	(28,8 - 34,4)	(25,6 - 32,9)	(23,4 - 29,8)	(22,7 - 30,9)
San Juan	31,8	25,2	27,4	21,5
	(28,8 - 35,0)	(21,7 - 29,1)	(23,9 - 31,3)	(18 - 24,9)
San Luis	34,3	35,0	25,8	20,8
	(31,5 - 37,2)	(31,9 - 38,2)	(22,4 - 29,4)	(17,4 - 24,1)
Cuyo	32,0	29,1	26,6	24,6
	(30,2 - 33,9)	(26,7 - 31,5)	(24,5 - 28,8)	(21,8 - 27,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 2.2. Prevalencia de consumo de cigarrillos en la población de 18 años y más 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	22,2 (21,2 - 23,1)
Sexo	
Varón	26,1 (24,6 - 27,6)
Mujer	18,6 (17,5 - 19,8)
Grupo de edad	
18 a 24	20,5 (18,3 - 22,7)
25 a 34	26,9 (24,6 - 29,1)
35 a 49	25,7 (24 - 27,5)
50 a 64	23,0 (21,2 - 24,9)
65 y más	10,2 (8,8 - 11,5)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	19,3 (16,4 - 22,1)
Primario completo y secundario incompleto	26,1 (24,4 - 27,7)
Secundario completo y más	20,1 (19 - 21,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	18,8 (17,9 - 19,8)
Cobertura sólo pública	29,1 (27,2 - 31)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	24,7 (22,7 - 26,7)
2	23,3 (21,2 - 25,3)
3	22,9 (20,5 - 25,3)
4	19,7 (17,9 - 21,4)
5	20,3 (18,6 - 21,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.3. Tipo de cigarrillo consumido por la población de 18 años y más que actualmente fuma cigarrillos. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

Tipo de cigarrillo	ENFR 2018
	% (IC 95%)
Cigarrillos armados	10,3
	(8,7 - 11,9)
Cigarrillos de paquete	97,2
	(96,4 - 98)
Cigarrillos de paquete y cigarrillos armados	7,5
	(6,1 - 9,0)
Exclusivamente cigarrillos armados	2,8
	(2 - 3,6)
Exclusivamente cigarrillos de paquete	89,7
	(88,1 - 91,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.4. Consumo de otros productos del tabaco que no sean cigarrillos en la población de 18 años y más según condición de fumador, por tipo de producto del tabaco. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

Tipo de producto	ENFR 2018 % (IC 95%)		
	Población total	Fumadores actuales de cigarrillos	Consumo exclusivo
Al menos un producto del tabaco (excluyendo cigarrillos de paquete y/o armados)	2,8	7,8	1,4
	(2,5 - 3,2)	(6,6 - 9)	(1,1 - 1,6)
Cigarrillo electrónico	1,1	3,5	0,2
	(0,8 - 1,3)	(2,7 - 4,3)	(0,2 - 0,3)
Cigarros o habanos	1,5	3,6	0,5
	(1,2 - 1,7)	(2,8 - 4,4)	(0,3 - 0,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.5. Población de 18 años y más que actualmente fuma cigarrillos que pensó en dejar de fumar durante el último año por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	50,0
	(47,7 - 52,2)
Ciudad de Buenos Aires	41,6
	(33 - 50,2)
Buenos Aires	53,2
	(48,8 - 57,5)
Córdoba	41,1
	(35,3 - 46,8)
Entre Ríos	62,7
	(57,1 - 68,3)
La Pampa	38,5
	(28,1 - 48,9)
Santa Fe	47,0
	(41,2 - 52,9)
Pampeana y GBA	50,0
	(47 - 53)
Catamarca	58,9
	(51,6 - 66,2)
Jujuy	64,7
	(56,5 - 73)
La Rioja	53,3
	(43,5 - 63,1)
Salta	46,0
	(40 - 51,9)
Santiago del Estero	44,5
	(35 - 54)
Tucumán	44,8
	(37,4 - 52,2)
Noroeste	49,3
	(46,1 - 52,5)
Corrientes	53,4
	(45,2 - 61,6)
Chaco	60,3
	(51,8 - 68,9)
Formosa	29,6
	(20 - 39,3)
Misiones	59,7
	(51,6 - 67,7)
Noreste	53,5
	(49,5 - 57,5)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	50,7
	(41,2 - 60,1)
Neuquén	52,9
	(45 - 60,9)
Río Negro	50,3
	(42,2 - 58,4)
Santa Cruz	52,2
	(43,8 - 60,5)
Tierra del Fuego	44,7
	(33,7 - 55,8)
Patagónica	50,9
	(47 - 54,8)
Mendoza	44,0
	(36,6 - 51,3)
San Juan	53,6
	(44,1 - 63)
San Luis	51,4
	(42,1 - 60,7)
Cuyo	47,0
	(41,9 - 52,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.6. Población de 18 años y más que actualmente fuma cigarrillos que pensó en dejar de fumar durante el último año 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 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Total	50,0 (47,7 - 52,2)
Sexo	
Varón	49,1 (46,1 - 52,1)
Mujer	51,1 (47,8 - 54,4)
Grupo de edad	
18 a 24	52,8 (46,4 - 59,2)
25 a 34	54,0 (49,3 - 58,8)
35 a 49	46,0 (42,5 - 49,5)
50 a 64	49,1 (44,4 - 53,8)
65 y más	50,1 (43,5 - 56,7)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	53,4 (45,3 - 61,5)
Primario completo y secundario incompleto	51,9 (47,9 - 55,9)
Secundario completo y más	48,0 (45,1 - 50,9)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	48,5 (45,6 - 51,4)
Cobertura sólo pública	52,0 (48,7 - 55,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	53,1 (48,7 - 57,5)
2	51,0 (46,7 - 55,2)
3	50,5 (44,9 - 56)
4	47,7 (42,6 - 52,8)
5	46,8 (41,9 - 51,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Tabla 2.7. Exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que estuvo en su hogar, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009-2013-2018.

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	33,9 (33,0 - 34,9)	27,6 (26,5 - 28,6)	25,0 (24 - 26,1)
Ciudad de Buenos Aires	28,0 (25,1 - 31,1)	28,3 (24,8 - 32,0)	19,2 (16,8 - 21,7)
Buenos Aires	36,6 (34,9 - 38,4)	30,0 (27,9 - 32,1)	27,8 (25,7 - 29,8)
Córdoba	35,7 (33,1 - 38,4)	32,3 (29,0 - 35,8)	25,2 (21,6 - 28,8)
Entre Ríos	32,1 (28,3 - 36,2)	20,5 (17,8 - 23,5)	22,4 (19,6 - 25,2)
La Pampa	37,1 (32,0 - 42,6)	21,9 (18,8 - 25,3)	18,9 (15,1 - 22,7)
Santa Fe	32,0 (29,2 - 35,0)	25,4 (22,8 - 28,2)	22,0 (19 - 24,9)
GBA y Pampeana	34,6 (33,4 - 35,9)	29,1 (27,6 - 30,5)	25,5 (24,1 - 26,9)
Catamarca	36,4 (32,3 - 40,8)	25,2 (21,2 - 29,6)	27,5 (22,6 - 32,4)
Jujuy	22,9 (20,1 - 26,1)	19,4 (16,6 - 22,6)	20,2 (16,9 - 23,4)
La Rioja	37,0 (34,2 - 39,9)	28,7 (24,3 - 33,6)	28,8 (24,2 - 33,5)
Salta	32,3 (28,9 - 35,9)	25,7 (23,0 - 28,7)	28,9 (25,8 - 32,1)
Santiago del Estero	32,3 (28,5 - 36,5)	21,4 (18,2 - 25,0)	27,0 (22,5 - 31,5)
Tucumán	37,0 (33,5 - 40,6)	24,8 (21,5 - 28,3)	27,5 (23,9 - 31,1)
Noroeste	33,0 (31,3 - 34,6)	24,0 (22,6 - 25,6)	26,8 (25,2 - 28,5)
Corrientes	32,8 (27,4 - 38,6)	26,1 (22,2 - 30,5)	22,9 (19,6 - 26,3)
Chaco	30,9 (28,6 - 33,4)	18,2 (14,8 - 22,1)	20,3 (16,7 - 23,8)
Formosa	23,5 (19,8 - 27,6)	20,3 (16,9 - 24,2)	23,1 (19 - 27,2)
Misiones	29,0 (25,4 - 32,8)	19,6 (16,8 - 22,9)	23,5 (20,3 - 26,6)
Noreste	29,9 (27,8 - 32,1)	21,2 (19,3 - 23,2)	22,3 (20,5 - 24,1)

continúa en página siguiente

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Chubut	36,8	25,6	18,2
	(33,6 - 40,1)	(22,2 - 29,4)	(15,6 - 20,9)
Neuquén	30,1	17,8	13,3
	(26,5 - 34,1)	(14,6 - 21,4)	(10,4 - 16,3)
Río Negro	29,3	20,1	14,4
	(26,3 - 32,6)	(17,1 - 23,4)	(11,7 - 17,1)
Santa Cruz	40,5	33,0	29,0
	(37,4 - 43,7)	(29,9 - 36,3)	(24,5 - 33,4)
Tierra del Fuego	36,0	22,9	28,0
	(32,5 - 39,7)	(19,4 - 26,7)	(22,4 - 33,6)
Patagónica	33,1	22,8	18,2
	(31,5 - 34,8)	(21,1 - 24,6)	(16,8 - 19,6)
Mendoza	30,0	26,9	26,3
	(26,8 - 33,4)	(23,6 - 30,5)	(22,6 - 30)
San Juan	36,2	31,4	24,2
	(32,1 - 40,4)	(27,7 - 35,3)	(19,3 - 29)
San Luis	37,3	26,9	26,7
	(34,6 - 40,0)	(23,9 - 30,2)	(23,1 - 30,2)
Cuyo	32,8	28,0	25,8
	(30,5 - 35,0)	(25,7 - 30,4)	(23,4 - 28,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 2.8. Exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que estuvo en su trabajo, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009-2013-2018.

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	34,0 (32,8 - 35,2)	25,0 (23,9 - 26,2)	21,8 (20,6 - 23,1)
Ciudad de Buenos Aires	27,8 (24,4 - 31,6)	19,5 (16,1 - 23,4)	16,7 (13,9 - 19,4)
Buenos Aires	35,1 (32,7 - 37,5)	26,2 (24,0 - 28,7)	24,1 (21,6 - 26,7)
Córdoba	32,9 (29,6 - 36,5)	23,1 (20,3 - 26,1)	18,5 (15 - 22,1)
Entre Ríos	31,7 (28,3 - 35,3)	24,6 (20,3 - 29,4)	21,7 (18,1 - 25,3)
La Pampa	32,6 (28,2 - 37,4)	23,3 (19,9 - 27,0)	12,9 (9,2 - 16,7)
Santa Fe	27,8 (24,5 - 31,3)	24,6 (21,7 - 27,8)	21,5 (18,7 - 24,2)
GBA y Pampeana	32,9 (31,3 - 34,5)	24,7 (23,1 - 26,2)	22,0 (20,3 - 23,7)
Catamarca	42,2 (38,4 - 46,2)	36,1 (30,5 - 42,2)	23,9 (18,7 - 29,1)
Jujuy	38,6 (35,1 - 42,2)	35,0 (30,2 - 40,2)	27,4 (22,2 - 32,5)
La Rioja	45,4 (40,8 - 50,0)	34,1 (29,2 - 39,4)	30,7 (25,2 - 36,2)
Salta	39,7 (35,9 - 43,6)	31,8 (27,4 - 36,6)	24,2 (20,8 - 27,7)
Santiago del Estero	43,1 (39,2 - 47,1)	29,4 (24,2 - 35,2)	23,3 (17,8 - 28,8)
Tucumán	35,4 (31,7 - 39,3)	24,2 (20,5 - 28,2)	25,0 (20,9 - 29)
Noroeste	39,4 (37,6 - 41,2)	29,9 (27,8 - 32,1)	25,2 (23,3 - 27,2)
Corrientes	35,7 (32,2 - 39,3)	25,7 (21,8 - 30,0)	22,1 (18,2 - 26)
Chaco	37,7 (32,4 - 43,2)	23,5 (18,7 - 28,9)	16,6 (13,3 - 19,8)
Formosa	31,6 (27,9 - 35,7)	21,6 (17,5 - 26,3)	17,3 (13 - 21,6)
Misiones	23,8 (20,1 - 28,0)	22,5 (18,2 - 27,5)	16,5 (12,8 - 20,2)
Noreste	32,4 (30,3 - 34,6)	23,6 (21,3 - 26,2)	18,2 (16,2 - 20,2)

continúa en página siguiente

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Chubut	46,1	23,3	23,1
	(41,8 - 50,5)	(19,5 - 27,6)	(18,6 - 27,7)
Neuquén	31,1	22,7	14,9
	(26,4 - 36,2)	(19,3 - 26,4)	(11,2 - 18,6)
Río Negro	31,4	15,7	9,2
	(26,6 - 36,6)	(12,3 - 19,7)	(6,8 - 11,7)
Santa Cruz	57,9	28,3	20,4
	(52,6 - 62,9)	(24,7 - 32,2)	(15,1 - 25,8)
Tierra del Fuego	40,2	18,7	20,8
	(35,7 - 44,8)	(14,9 - 23,3)	(14,4 - 27,2)
Patagónica	38,4	21,4	16,6
	(36,2 - 40,8)	(19,8 - 23,2)	(14,8 - 18,4)
Mendoza	31,6	26,1	25,3
	(27,9 - 35,5)	(22,4 - 30,1)	(20,5 - 30,1)
San Juan	46,5	29,7	23,1
	(41,4 - 51,6)	(25,4 - 34,4)	(18 - 28,1)
San Luis	36,7	23,7	19,0
	(32,4 - 41,2)	(19,4 - 28,6)	(15,1 - 22,8)
Cuyo	36,0	26,6	23,5
	(33,4 - 38,8)	(24,0 - 29,4)	(20,5 - 26,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013 - 2018

Tabla 2.9. Exposición al humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que estuvo en bares/restaurantes, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009-2013-2018.

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	47,2 (45,6 - 48,7)	23,5 (22,3 - 24,9)	21,5 (20,3 - 22,7)
Ciudad de Buenos Aires	36,6 (32,7 - 40,6)	15,7 (12,5 - 19,6)	16,9 (14,1 - 19,7)
Buenos Aires	50,6 (47,7 - 53,6)	22,7 (20,2 - 25,3)	20,8 (18,4 - 23,2)
Córdoba	35,1 (31,0 - 39,4)	22,7 (19,6 - 26,2)	19,0 (16 - 22)
Entre Ríos	47,0 (37,5 - 56,7)	39,6 (34,1 - 45,4)	24,9 (19,3 - 30,5)
La Pampa	39,1 (31,8 - 46,9)	16,6 (12,9 - 21,1)	6,5 (3,7 - 9,3)
Santa Fe	38,8 (34,7 - 43,1)	21,0 (18,1 - 24,3)	18,5 (15,4 - 21,6)
GBA y Pampeana	44,9 (42,9 - 46,9)	21,9 (20,2 - 23,6)	19,8 (18,3 - 21,4)
Catamarca	46,2 (41,4 - 51,0)	29,1 (23,4 - 35,5)	27,2 (20,9 - 33,5)
Jujuy	73,1 (69,1 - 76,8)	56,4 (51,2 - 61,3)	42,3 (36,7 - 48)
La Rioja	60,9 (51,8 - 69,3)	46,4 (37,2 - 55,9)	33,8 (27,8 - 39,7)
Salta	80,4 (76,0 - 84,1)	41,3 (34,5 - 48,4)	33,3 (28,7 - 38)
Santiago del Estero	78,6 (74,4 - 82,3)	34,2 (28,1 - 40,8)	38,3 (31,5 - 45,1)
Tucumán	20,7 (16,7 - 25,4)	13,8 (9,8 - 19,1)	18,9 (14,5 - 23,3)
Noroeste	56,5 (54,1 - 59,0)	32,1 (28,9 - 35,5)	30,9 (28,7 - 33,2)
Corrientes	57,1 (51,9 - 62,1)	26,0 (19,1 - 34,4)	37,1 (32 - 42,1)
Chaco	64,9 (59,0 - 70,4)	37,8 (29,3 - 47,0)	19,0 (13,6 - 24,3)
Formosa	56,0 (48,0 - 63,7)	27,2 (20,3 - 35,5)	21,3 (14,1 - 28,5)
Misiones	44,9 (28,3 - 62,8)	31,5 (25,1 - 38,6)	21,3 (15,7 - 26,9)
Noreste	57,1 (52,2 - 61,9)	30,6 (26,7 - 34,9)	24,3 (21,2 - 27,4)

continúa en página siguiente

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Chubut	52,4	10,1	5,8
	(45,7 - 59,0)	(7,5 - 13,5)	(3 - 8,6)
Neuquén	19,1	12,5	10,1
	(14,9 - 24,2)	(9,1 - 17,0)	(6,6 - 13,6)
Río Negro	41,7	8,2	8,8
	(33,7 - 50,1)	(5,8 - 11,5)	(5,5 - 12,1)
Santa Cruz	76,4	13,8	8,0
	(72,5 - 79,9)	(11,2 - 16,9)	(4,8 - 11,1)
Tierra del Fuego	27,9	5,2	7,0
	(23,5 - 32,7)	(3,6 - 7,5)	(3,5 - 10,5)
Patagónica	41,0	10,3	8,3
	(37,5 - 44,6)	(8,9 - 11,9)	(6,7 - 9,9)
Mendoza	51,6	35,2	35,6
	(46,4 - 56,7)	(31,1 - 39,4)	(30,4 - 40,8)
San Juan	62,0	35,1	39,8
	(56,0 - 67,6)	(28,6 - 42,3)	(33,9 - 45,8)
San Luis	69,2	38,3	21,0
	(64,8 - 73,3)	(32,6 - 44,4)	(17,2 - 24,8)
Cuyo	56,6	35,5	33,3
	(52,9 - 60,1)	(32,4 - 38,8)	(30,1 - 36,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 2.10. Exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, trabajo y/o bares/restaurantes en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que estuvo en cada uno de esos lugares, 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 2018.

	ENFR 2018		
	Hogar	Trabajo	Bares/ restaurantes
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Total	25,0 (24 - 26,1)	21,8 (20,6 - 23,1)	21,5 (20,3 - 22,7)
Sexo			
Varón	25,4 (23,9 - 26,8)	28,2 (26,5 - 30)	22,1 (20,3 - 23,8)
Mujer	24,7 (23,5 - 26)	14,4 (13,2 - 15,7)	21,0 (19,4 - 22,5)
Grupo de edad			
18 a 24	34,7 (31,6 - 37,9)	22,4 (18,7 - 26,1)	37,2 (33,9 - 40,5)
25 a 34	28,2 (25,8 - 30,5)	24,4 (22,1 - 26,7)	26,3 (23,9 - 28,8)
35 a 49	22,4 (20,8 - 24)	23,5 (21,8 - 25,2)	19,0 (17,3 - 20,7)
50 a 64	23,0 (21,3 - 24,7)	20,3 (18 - 22,7)	12,5 (10,6 - 14,3)
65 y más	18,6 (16,7 - 20,5)	10,9 (8,6 - 13,1)	8,5 (6,6 - 10,3)
Nivel educativo			
Hasta primario incompleto	29,6 (26 - 33,3)	20,1 (15,8 - 24,3)	15,0 (11 - 19,1)
Primario completo y secundario incompleto	28,6 (26,8 - 30,3)	24,5 (22,5 - 26,5)	19,5 (17,5 - 21,4)
Secundario completo y más	22,3 (21 - 23,6)	20,6 (19,2 - 22,1)	22,8 (21,4 - 24,2)
Cobertura de salud			
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	21,2 (20,1 - 22,3)	20,1 (18,8 - 21,4)	19,6 (18,4 - 20,9)
Cobertura sólo pública	33,1 (31,1 - 35,1)	25,5 (23,4 - 27,6)	25,9 (23,7 - 28,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora			
1	31,2 (28,7 - 33,7)	23,1 (20,6 - 25,7)	24,6 (21,7 - 27,5)
2	26,8 (24,7 - 28,9)	22,9 (20,1 - 25,7)	21,5 (18,8 - 24,2)
3	24,9 (22,8 - 27)	23,1 (20,5 - 25,6)	23,2 (20,3 - 26,1)
4	22,0 (19,8 - 24,1)	20,6 (18,6 - 22,7)	20,1 (18 - 22,2)
5	20,3 (18,4 - 22,3)	19,9 (17,6 - 22,2)	19,3 (17,4 - 21,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.11. Percepción de publicidad de cigarrillos en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que fue a comercios donde se venden cigarrillos, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	43,2
	(42 - 44,3)
Ciudad de Buenos Aires	36,2
	(32,7 - 39,8)
Buenos Aires	47,8
	(45,4 - 50,1)
Córdoba	45,3
	(40,7 - 49,8)
Entre Ríos	47,6
	(44,1 - 51,2)
La Pampa	29,7
	(24,5 - 35)
Santa Fe	28,3
	(25 - 31,7)
GBA y Pampeana	43,8
	(42,2 - 45,4)
Catamarca	37,0
	(32,1 - 42)
Jujuy	41,3
	(36,9 - 45,7)
La Rioja	56,8
	(52,2 - 61,5)
Salta	44,0
	(39,9 - 48)
Santiago del Estero	41,3
	(36,2 - 46,4)
Tucumán	40,7
	(36,2 - 45,1)
Noroeste	42,6
	(40,5 - 44,7)
Corrientes	44,8
	(40,3 - 49,3)
Chaco	36,6
	(31,3 - 41,8)
Formosa	44,9
	(38,4 - 51,4)
Misiones	31,8
	(27,3 - 36,3)
Noreste	38,6
	(36,2 - 41,1)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	43,5
	(39,1 - 47,9)
Neuquén	49,5
	(45 - 54,1)
Río Negro	37,3
	(32 - 42,5)
Santa Cruz	28,9
	(24,5 - 33,2)
Tierra del Fuego	43,2
	(38 - 48,3)
Patagónica	41,1
	(38,8 - 43,4)
Mendoza	44,0
	(39,5 - 48,4)
San Juan	50,2
	(45,3 - 55,2)
San Luis	37,0
	(31,9 - 42,1)
Cuyo	44,2
	(41,2 - 47,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.12. Percepción de publicidad de cigarrillos en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que fue a comercios donde se venden cigarrillos, 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 2018.

		ENFR 2018
		%
		(IC 95%)
Total		43,2
		(42 - 44,3)
Sexo		
Varón		45,0
		(43,3 - 46,6)
Mujer		41,5
		(40,1 - 42,8)
Grupo de edad		
18 a 24		54,8
		(51,8 - 57,7)
25 a 34		50,1
		(47,5 - 52,7)
35 a 49		44,8
		(42,7 - 46,9)
50 a 64		37,3
		(35,1 - 39,4)
65 y más		25,5
		(23,3 - 27,6)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		31,2
		(27,7 - 34,6)
Primario completo y secundario incompleto		43,7
		(41,8 - 45,6)
Secundario completo y más		44,3
		(42,9 - 45,7)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		40,6
		(39,3 - 41,9)
Cobertura sólo pública		48,4
		(46,4 - 50,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		47,1
		(44,6 - 49,6)
2		43,1
		(40,8 - 45,4)
3		43,9
		(41,3 - 46,6)
4		43,3
		(40,6 - 46)
5		38,3
		(36,2 - 40,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Tabla 2.13. Percepción de advertencias sanitarias en paquetes de cigarrillos en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que vio paquetes de cigarrillos, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	76,7
	(75,8 - 77,6)
Ciudad de Buenos Aires	71,2
	(67,1 - 75,2)
Buenos Aires	79,9
	(78 - 81,7)
Córdoba	75,3
	(71,4 - 79,2)
Entre Ríos	76,7
	(73,7 - 79,8)
La Pampa	47,6
	(40,5 - 54,7)
Santa Fe	80,5
	(77,7 - 83,3)
GBA y Pampeana	78,0
	(76,7 - 79,3)
Catamarca	58,0
	(52 - 63,9)
Jujuy	75,0
	(70,8 - 79,3)
La Rioja	74,7
	(69,4 - 80)
Salta	76,4
	(72,2 - 80,5)
Santiago del Estero	83,3
	(79 - 87,6)
Tucumán	72,5
	(68 - 77)
Noroeste	74,6
	(72,6 - 76,6)
Corrientes	73,0
	(68,4 - 77,7)
Chaco	69,9
	(64,9 - 74,9)
Formosa	66,9
	(60,6 - 73,3)
Misiones	61,2
	(54,8 - 67,6)
Noreste	67,9
	(65,1 - 70,8)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	71,1
	(66,7 - 75,5)
Neuquén	85,3
	(82 - 88,7)
Río Negro	60,9
	(56,1 - 65,7)
Santa Cruz	83,3
	(79,7 - 86,9)
Tierra del Fuego	80,6
	(76 - 85,2)
Patagónica	74,8
	(72,9 - 76,7)
Mendoza	79,2
	(75 - 83,4)
San Juan	80,3
	(76,5 - 84,1)
San Luis	66,6
	(61 - 72,3)
Cuyo	77,3
	(74,4 - 80,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.14. Percepción de advertencias sanitarias en paquetes de cigarrillos en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que vio paquetes de cigarrillos, 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 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Total	76,7 (75,8 - 77,6)
Sexo	
Varón	77,8 (76,5 - 79,2)
Mujer	75,6 (74,5 - 76,7)
Grupo de edad	
18 a 24	84,2 (82,2 - 86,3)
25 a 34	82,6 (80,9 - 84,3)
35 a 49	78,7 (76,9 - 80,4)
50 a 64	73,0 (71 - 75)
65 y más	59,6 (56,8 - 62,3)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	65,7 (61,7 - 69,6)
Primario completo y secundario incompleto	76,9 (75,4 - 78,5)
Secundario completo y más	77,8 (76,6 - 79,1)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	75,0 (73,9 - 76,2)
Cobertura sólo pública	80,0 (78,5 - 81,4)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	79,4 (77,4 - 81,3)
2	76,4 (74,5 - 78,3)
3	76,4 (74,3 - 78,5)
4	75,6 (73,4 - 77,7)
5	75,6 (73,7 - 77,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Tabla 2.15. Población de 18 años y más que actualmente fuma cigarrillos que pensó en dejar de fumar en los últimos 30 días por las frases o imágenes impresas en los paquetes de cigarrillos, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	43,1
	(40,7 - 45,4)
Ciudad de Buenos Aires	31,9
	(24,6 - 39,2)
Buenos Aires	41,3
	(37,1 - 45,5)
Córdoba	48,4
	(41,1 - 55,7)
Entre Ríos	49,1
	(42,1 - 56)
La Pampa	25,8
	(16,8 - 34,8)
Santa Fe	46,8
	(40,6 - 53)
GBA y Pampeana	42,2
	(39,2 - 45,3)
Catamarca	52,4
	(42,8 - 62)
Jujuy	68,5
	(60 - 77)
La Rioja	46,7
	(38 - 55,4)
Salta	47,6
	(40,4 - 54,8)
Santiago del Estero	51,4
	(40,5 - 62,2)
Tucumán	43,2
	(35 - 51,4)
Noroeste	49,6
	(45,6 - 53,5)
Corrientes	46,8
	(38,8 - 54,8)
Chaco	44,2
	(33,8 - 54,5)
Formosa	20,8
	(12,9 - 28,8)
Misiones	44,8
	(35,8 - 53,9)
Noreste	41,5
	(36,5 - 46,5)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	40,8
	(32,9 - 48,8)
Neuquén	43,2
	(34,9 - 51,5)
Río Negro	44,7
	(37,7 - 51,6)
Santa Cruz	36,3
	(26,6 - 46)
Tierra del Fuego	32,0
	(20,7 - 43,3)
Patagónica	40,9
	(36,6 - 45,3)
Mendoza	46,0
	(39,4 - 52,6)
San Juan	39,8
	(31,2 - 48,4)
San Luis	47,4
	(39,5 - 55,4)
Cuyo	44,9
	(40 - 49,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.16. Población de 18 años y más que actualmente fuma cigarrillos que pensó en dejar de fumar en los últimos 30 días por las frases o imágenes impresas en los paquetes de cigarrillos, 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 2018.

		ENFR 2018
		%
		(IC 95%)
Total		43,1
		(40,7 - 45,4)
Sexo		
Varón		41,6
		(38,7 - 44,5)
Mujer		44,9
		(41,8 - 48,1)
Grupo de edad		
18 a 24		34,8
		(29,1 - 40,6)
25 a 34		40,8
		(36,3 - 45,2)
35 a 49		45,4
		(41,3 - 49,5)
50 a 64		46,5
		(41,9 - 51)
65 y más		47,5
		(40,1 - 55)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		52,9
		(45,4 - 60,4)
Primario completo y secundario incompleto		48,3
		(44,2 - 52,4)
Secundario completo y más		37,7
		(34,7 - 40,6)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		40,7
		(38 - 43,4)
Cobertura sólo pública		46,2
		(42,2 - 50,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		47,8
		(43,1 - 52,4)
2		45,4
		(40,5 - 50,3)
3		43,2
		(38,2 - 48,2)
4		42,4
		(37,2 - 47,6)
5		35,2
		(30,2 - 40,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Tabla 2.17. Población de 18 años y más que recibió publicidad o material de promoción de cigarrillos por correo electrónico y/o se suscribió a una página web relacionada con una marca de cigarrillos en los últimos 30 días, según condición de fumador. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018		
%		
(IC 95%)		
	Población total	Fumadores actuales de cigarrillos
Recibió por correo electrónico publicidad o material de promoción de cigarrillos	2,2	3,4
	(1,9 - 2,5)	(2,6 - 4,2)
Se suscribió a una página web relacionada con una marca de cigarrillos	0,9	1,9
	(0,7 - 1,1)	(1,3 - 2,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Tabla 2.18. Acuerdo con el aumento del impuesto al tabaco de la población de 18 años y más según condición de fumador, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018		
	%	
	(IC 95%)	
	Población total	Fumadores actuales de cigarrillos
Provincias y regiones		
Total	75,8	55,0
	(74,7 - 76,9)	(52,6 - 57,3)
Ciudad de Buenos Aires	82,5	66,5
	(79,3 - 85,7)	(60,1 - 72,9)
Buenos Aires	75,4	56,4
	(73,3 - 77,5)	(52,1 - 60,6)
Córdoba	77,8	53,2
	(74,4 - 81,2)	(45,5 - 60,9)
Entre Ríos	70,7	51,8
	(64,4 - 77)	(45,1 - 58,5)
La Pampa	76,3	49,5
	(72,1 - 80,5)	(38,2 - 60,8)
Santa Fe	77,3	56,5
	(73,6 - 80,9)	(49,7 - 63,4)
GBA y Pampeana	76,5	56,7
	(75,1 - 78)	(53,6 - 59,7)
Catamarca	72,7	39,6
	(68,6 - 76,8)	(30,5 - 48,7)
Jujuy	71,1	63,9
	(66,8 - 75,3)	(52,2 - 75,6)
La Rioja	78,3	42,5
	(74,1 - 82,5)	(34,8 - 50,1)
Salta	71,3	51,6
	(67,2 - 75,4)	(43,1 - 60,1)
Santiago del Estero	79,1	42,6
	(75,4 - 82,9)	(31,7 - 53,5)
Tucumán	52,4	30,1
	(46,7 - 58,1)	(20,2 - 40)
Noroeste	67,4	43,4
	(65 - 69,7)	(39 - 47,7)
Corrientes	74,9	43,1
	(70,8 - 79)	(33,3 - 53)
Chaco	77	39,8
	(73 - 81)	(30,4 - 49,2)
Formosa	62,8	26,4
	(56,3 - 69,3)	(16,7 - 36,1)
Misiones	73	48,2
	(68,8 - 77,3)	(39,1 - 57,3)
Noreste	73,3	40,9
	(71 - 75,6)	(35,8 - 45,9)

continúa en página siguiente

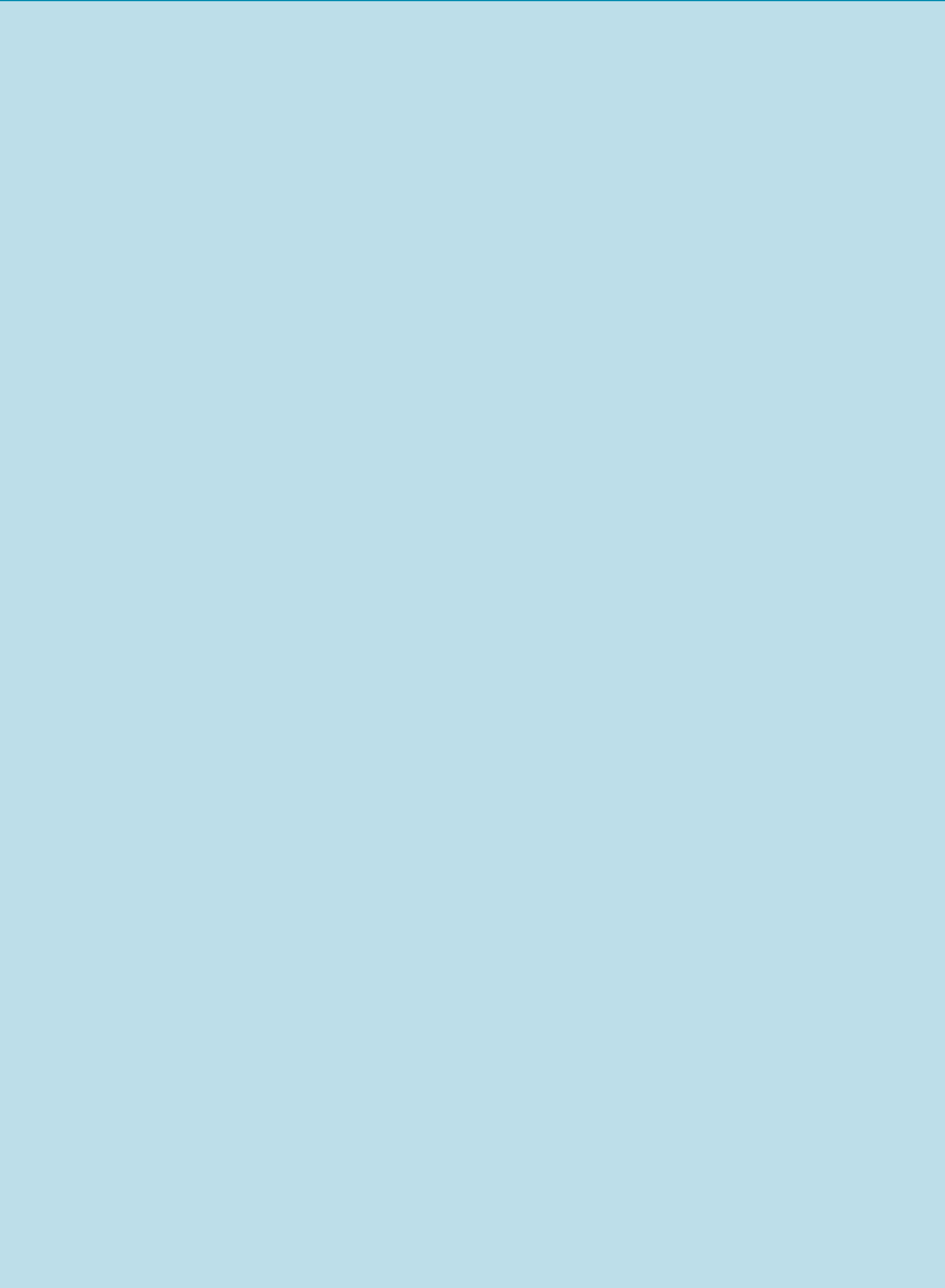
ENFR 2018		
	%	
	(IC 95%)	
	Población total	Fumadores actuales de cigarrillos
Provincias y regiones		
Chubut	76,8	58,1
	(72,7 - 80,9)	(50,8 - 65,5)
Neuquén	83,1	59,9
	(80,4 - 85,8)	(52,3 - 67,6)
Río Negro	72,2	50,9
	(67 - 77,3)	(41,9 - 59,9)
Santa Cruz	75,4	48,9
	(71,3 - 79,5)	(39,5 - 58,4)
Tierra del Fuego	78,9	58,0
	(73,8 - 84)	(44,7 - 71,4)
Patagónica	76,9	55,1
	(74,8 - 78,9)	(51,3 - 58,8)
Mendoza	84,7	69,9
	(81,7 - 87,8)	(62,8 - 76,9)
San Juan	80,1	55,8
	(76,3 - 83,8)	(47,6 - 64)
San Luis	78,3	56,5
	(74,9 - 81,8)	(48,9 - 64,1)
Cuyo	82,6	65,0
	(80,4 - 84,7)	(60 - 70)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 2.19. Acuerdo con el aumento del impuesto al tabaco de la población de 18 años y más según condición de fumador, 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 2018.

ENFR 2018		
%		
(IC 95%)		
	Población total	Fumadores actuales de cigarrillos
Total	75,8	55,0
	(74,7 - 76,9)	(52,6 - 57,3)
Sexo		
Varón	73,8	53,3
	(72,3 - 75,2)	(50,3 - 56,3)
Mujer	77,7	57,1
	(76,4 - 79)	(53,6 - 60,6)
Grupo de edad		
18 a 24	71,0	47,4
	(68,2 - 73,8)	(41,1 - 53,8)
25 a 34	74,9	54,6
	(72,9 - 76,9)	(50,3 - 58,9)
35 a 49	76,7	57,4
	(74,8 - 78,5)	(53,4 - 61,3)
50 a 64	76,6	55,9
	(74,7 - 78,4)	(51,8 - 60,1)
65 y más	79,1	57,6
	(77 - 81,3)	(51,2 - 64,1)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	67,1	47,1
	(63,2 - 70,9)	(38,5 - 55,7)
Primario completo y secundario incompleto	71,7	52,2
	(69,7 - 73,6)	(48,1 - 56,3)
Secundario completo y más	79,4	58,1
	(78,2 - 80,6)	(55,1 - 61,2)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	78,9	58,5
	(77,7 - 80)	(55,6 - 61,5)
Cobertura sólo pública	69,3	50,0
	(67,4 - 71,3)	(46,1 - 54)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	69,1	47,5
	(66,8 - 71,3)	(42,8 - 52,2)
2	72,1	51,9
	(69,5 - 74,6)	(46,7 - 57,1)
3	75,3	53,2
	(72,9 - 77,6)	(48,1 - 58,4)
4	79,8	61,0
	(77,9 - 81,7)	(55,8 - 66,2)
5	82,5	63,5
	(80,9 - 84,1)	(59,1 - 67,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018



Capítulo 3

Actividad física

Introducción

La actividad física produce efectos beneficiosos en la salud presente y futura de las personas en todas las etapas de la vida. En los adultos, la práctica de actividad física regular, a nivel cardiometabólico, disminuye el riesgo de padecer hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y muertes por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Además, reduce la incidencia de padecer algunos tipos de cánceres y ayuda a mantener un peso saludable. Con relación a la salud mental, reduce el riesgo de demencia, mejora la función cognitiva, y los síntomas de ansiedad y depresión. En personas mayores reduce el riesgo de caídas y lesiones asociadas, además de mejorar la funcionalidad física en aquellos con y sin fragilidad (1).

La actividad física insuficiente, es decir, cuando no se alcanza a cumplir con las recomendaciones de actividad física por edad (2), es considerada como el cuarto factor de riesgo de mortalidad por ENT, sólo superada por la hipertensión arterial, el consumo de tabaco y la diabetes mellitus (3). A nivel mundial, más del 25% de los adultos no alcanza un nivel de actividad física suficiente, es decir que aproximadamente 1,4 mil millones de adultos están en riesgo de desarrollar ENT y de morir de manera prematura por esta causa (4).

La creciente urbanización producida en países en desarrollo como Argentina han ido transformando las oportunidades de realizar actividad física diaria, en actividades sedentarias. Los cambios tecnológicos y socioculturales han generado transformaciones en las formas de trabajo, transporte y de uso del tiempo libre que priorizan el comportamiento sedentario en todas las manifestaciones (5).

La Organización Mundial de la Salud publicó en 2018 un paquete de medidas basadas en evidencia para la promoción de la actividad física, la cual debe ser impulsada a través de diferentes intervenciones en diversos ámbitos y 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 (6).

En este apartado se describe el nivel de actividad física baja y las barreras para su desarrollo a nivel nacional y provincial, y según variables sociodemográficas, lo que permitirá orientar y fortalecer las políticas de promoción de hábitos de vida saludables.

Metodología

En el presente capítulo se analizó y se reportó el indicador de actividad física baja. Para ello se utilizaron preguntas adaptadas del cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) (7). A nivel global, se ha migrado a la incorporación de otro instrumento para el análisis del nivel de actividad física poblacional (GPAQ), alineado a las recomendaciones del STEPS de la OMS. Sin embargo, para esta edición de la ENFR se decidió mantener el cuestionario IPAQ adaptado que viene utilizándose en la ENFR, para poder comparar los resultados con las ediciones anteriores de la encuesta.

El IPAQ permite medir el nivel de actividad física de la población en la última semana. A partir de estos datos, y con el mismo tratamiento de análisis de las ediciones anteriores, 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 medio o alto.

Nivel medio: cumple alguno de los siguientes criterios:

- ▲ 3 o más días de actividad física vigorosa, al menos 20 minutos; o
- ▲ 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata acumulando al menos 30 minutos; o
- ▲ 5 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad física a intensidad moderada, actividad física a intensidad vigorosa) acumulando al menos 600 METs4-minutos por semana.

Nivel alto: cumple alguno de los siguientes criterios:

- ▲ 3 o más días de actividad física a intensidad vigorosa acumulando al menos 1500 METs -minuto por semana
- ▲ 7 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad física moderada, actividad física vigorosa) 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 física moderada) + (8 x minutos totales por semana de actividad física vigorosa).

Asimismo, en el grupo que presentó actividad física baja, se analizaron las barreras para la realización de actividad física en la última semana.

Resultados

La prevalencia de actividad física baja en la 4ª edición de la ENFR fue de 44,2%, lo cual indica una reducción significativa respecto al valor en 2013 (54,7%) (Tabla 3.1).⁵

Resultó mayor la prevalencia de actividad física baja entre mujeres respecto de varones (46,6% vs 41,5% respectivamente). A mayor edad se evidenció mayor actividad física baja: mientras los adultos jóvenes de 18 a 24 años tuvieron una prevalencia de actividad física baja de 33,5%, los adultos de 65 años y más tuvieron una prevalencia de 56,7%. Las personas con primaria incompleta tuvieron una prevalencia de 58,3% de actividad física baja, mientras que entre las personas con secundaria completa y más fue de 38,9%. El gradiente descendente por nivel socioeconómico mostró que la prevalencia en el quintil 1º fue de 47,3% mientras que en el quintil 5º fue de 37,8%. No se observaron diferencias según cobertura de salud (Tabla 3.2).

En cuanto a las barreras para la realización de actividad física, entre aquellos que presentaron bajo nivel de actividad física, se destacó como principal razón la falta de tiempo (40,3%), seguido de razones de salud (24,4%) y falta de voluntad (14,5%). Sólo el 6,4% respondió que no realiza más actividad física porque ya realiza la cantidad que necesita (Tabla 3.3).

4. Según la OMS, un MET se define como el costo energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h (https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/)

5. Fe de erratas: El resultado publicado en el informe preliminar de la 4ta ENFR contenía un error en el procesamiento del indicador, que fue corregido en la presente publicación y aplicado simultáneamente a la base de datos de la edición anterior de la ENFR para garantizar idéntica metodología y cotejar su tendencia descendente.

Discusión

En la 4ª edición de la ENFR la actividad física baja disminuyó a 44,2%. Esto significa que 4 de cada 10 personas no realiza la actividad física recomendada, lo cual es un dato preocupante. Resultan especialmente notorias las brechas con relación a la edad, sexo, nivel educativo y nivel socioeconómico, evidenciándose mayor actividad física baja en las mujeres, los adultos mayores y los grupos en mayor situación de vulnerabilidad social.

Si bien ha habido algunas experiencias de implementación de políticas de promoción de la actividad física a nivel jurisdiccional en los últimos años, como la instalación de gimnasios al aire libre y bicisendas, así como iniciativas de actividad física/deportiva en ámbitos comunitarios -especialmente a nivel municipal-, resulta difícil explicar un descenso del indicador de actividad física baja atribuible a la puesta en marcha de estas políticas, que se encuentran en una fase inicial de implementación. Más aún, si se considera que la prevalencia de nuestro país continúa siendo muy elevada con relación a otros países de Latinoamérica y el mundo (8).

Las variables socioeconómicas podrían contribuir a explicar este fenómeno; sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a las dificultades en la validez, la alta variabilidad interobservador, los inconvenientes en la confiabilidad y reproducibilidad del instrumento (IPAQ) y la dificultad que históricamente este indicador ha tenido en el procesamiento y análisis desde la primera edición de la ENFR en 2005.

En el marco de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2) y para fortalecer la vigilancia de los niveles de actividad física, como factor de riesgo fundamental de las ENT, se incorporó por primera vez en Argentina el cuestionario GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) que se encuentra alineado a las recomendaciones del STEP de la OMS, y cuyos resultados serán oportunamente publicados.

La inactividad física contribuye a la epidemia creciente de obesidad y expresa la necesidad de profundizar las políticas públicas para promover la actividad física en toda la población, con un enfoque inclusivo y de protección de derechos. En países como Argentina con una rápida urbanización, es necesario poner en marcha políticas poblacionales a favor del transporte activo, entornos laborales y escolares físicamente activos y la participación en propuestas de actividad física, deporte y recreación en espacios comunitarios.

Políticas en marcha

En 2013 se creó el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo a través de la resolución 578/2013 que ha desarrollado una serie de acciones de promoción y educación relacionadas con la materia.

En 2015 se sancionó la Ley Nacional N° 27.197 de lucha contra el sedentarismo. Si bien la ley contribuyó a reforzar el tema en la agenda pública y a fortalecer los equipos de los Ministerios de Salud de numerosas provincias en temas relacionados a la actividad física, la norma plantea objetivos generales de promoción de la actividad física de difícil instrumentación e implementación operativa, por lo que la misma requeriría ser modificada para garantizar políticas basadas en los estándares internacionales propuestos por la OMS (6).

Como parte del “Plan Nacional Así” para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes (NNyA), aprobado por la Resolución 996/2019, el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo tiene una gran participación transversal en todos sus componentes.

En este marco, se incluyeron recomendaciones sobre actividad física en la Guía de Entornos Escolares Saludables (9) aprobada por la Resolución 564/2019, en la cual se elaboraron contenidos de capacitación. Asimismo, se desarrollaron materiales de sensibilización y audiovisuales, entre otros.

Otro proyecto priorizado por el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo es el documento de consenso para desincentivar el pedido de apto físico como un requisito para que los NNyA realicen actividad física en las escuelas. La solicitud de apto físico en las instituciones educativas no cuenta con evidencia de respaldo, ninguna institución científica internacional lo recomienda y en la práctica opera como una barrera para que los NNyA realicen actividad física en la escuela. Este documento, cuya publicación está prevista para fines de 2019, está en proceso de validación externa y fue trabajado en colaboración con organizaciones científicas, académicas y de la sociedad civil.

Para promover la adopción de políticas efectivas por parte de las provincias y municipios se conformó el Consejo Nacional de Promoción de la Actividad Física y se brinda asistencia técnica, en colaboración con el programa PROTEGER, para la adopción de políticas que promuevan personas y entornos físicamente más activos para un futuro más saludable.

Referencias bibliográficas

1. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). Physical activity guidelines advisory committee scientific report. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2018, F2-33. Disponible en: https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/05_D_Integrating_the_Evidence.pdf
2. World Health Organization. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf
3. World Health Organization (WHO). GLOBAL HEALTH RISKS: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 156387 1. (2009). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf
4. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1077-e1086. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18303577>
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. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncds.pdf>
6. World Health Organization. (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
7. IPAQ. Cuestionario Internacional de Actividad Física. [acceso 20/08/19] Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/>
8. Regina Guthold, Gretchen A Stevens, Leanne M Riley, Fiona C Bull. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930357-7>
9. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Guía de Entornos Escolares Saludables. Recomendaciones para la implementación de políticas de prevención de sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes en instituciones educativas. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001439cnt-2019-06_entornos-escolares-saludables.pdf

Tabla 3.1. 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 2009-2013-2018 (*).

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	54,9 (53,7 - 56,1)	54,7 (53,2 - 56,2)	44,2 (43,1 - 45,2)
Ciudad de Buenos Aires	43,3 (40,0 - 46,7)	53,2 (48,0 - 58,4)	32,4 (29,2 - 35,5)
Buenos Aires	55,6 (53,2 - 58,0)	56,1 (53,2 - 58,9)	46,0 (43,8 - 48,2)
Córdoba	59,8 (56,3 - 63,2)	56,7 (52,0 - 61,3)	46,9 (43,5 - 50,4)
Entre Ríos	64,4 (60,3 - 68,3)	53,3 (48,9 - 57,8)	40,0 (34,9 - 45,1)
La Pampa	56,5 (45,5 - 66,8)	60,0 (55,1 - 64,7)	56,2 (51,1 - 61,3)
Santa Fe	58,4 (55,4 - 61,4)	52,3 (47,8 - 56,7)	34,5 (30,7 - 38,3)
Pampeana y GBA	55,1 (53,5 - 56,7)	55,3 (53,3 - 57,3)	43,1 (41,7 - 44,5)
Catamarca	57,4 (47,1 - 67,2)	61,8 (56,5 - 66,9)	58,1 (53,3 - 62,8)
Jujuy	31,5 (27,9 - 35,4)	39,3 (35,3 - 43,5)	29,4 (25,8 - 32,9)
La Rioja	62,6 (57,9 - 67,1)	53,8 (49,2 - 58,3)	61,2 (55,5 - 66,9)
Salta	35,8 (31,9 - 39,9)	47,7 (42,2 - 53,4)	52,6 (49 - 56,3)
Santiago del Estero	62,8 (53,3 - 71,4)	82,2 (78,9 - 85,2)	54,6 (48,5 - 60,6)
Tucumán	41,9 (38,2 - 45,6)	47,4 (40,7 - 54,3)	50,7 (45,2 - 56,1)
Noroeste	44,3 (42,1 - 46,5)	52,8 (49,7 - 55,9)	49,9 (47,7 - 52,2)
Corrientes	60,5 (50,1 - 70,1)	52,4 (48,3 - 56,5)	40,2 (35,8 - 44,6)
Chaco	73,8 (69,4 - 77,8)	50,2 (43,1 - 57,2)	57,3 (53,6 - 60,9)
Formosa	68,7 (65,0 - 72,2)	59,7 (53,6 - 65,6)	69,1 (64,7 - 73,5)
Misiones	50,8 (46,2 - 55,4)	51,2 (45,0 - 57,3)	57,5 (52,6 - 62,5)
Noreste	63,3 (59,6 - 66,8)	52,4 (49,3 - 55,4)	54,0 (51,6 - 56,3)

continúa en página siguiente

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Chubut	62,5	50,2	34,3
	(58,6 - 66,3)	(46,3 - 54,1)	(29,9 - 38,6)
Neuquén	51,5	57,2	43,2
	(47,3 - 55,7)	(52,7 - 61,7)	(39 - 47,3)
Río Negro	51,9	45,3	49,6
	(45,9 - 57,9)	(41,6 - 49,0)	(45,8 - 53,4)
Santa Cruz	57,9	54,2	54,7
	(53,4 - 62,2)	(48,0 - 60,3)	(49,4 - 59,9)
Tierra del Fuego	56,2	58,5	38,7
	(52,1 - 60,2)	(53,1 - 63,6)	(32,6 - 44,8)
Patagónica	55,4	51,7	44,2
	(52,9 - 57,8)	(49,6 - 53,9)	(42,2 - 46,1)
Mendoza	61,5	56,7	39,0
	(56,9 - 66,0)	(52,0 - 61,3)	(34,4 - 43,5)
San Juan	64,6	60,6	23,2
	(59,2 - 69,6)	(55,1 - 65,9)	(18,9 - 27,4)
San Luis	45,6	50,6	38,9
	(41,3 - 49,9)	(44,7 - 56,4)	(32,4 - 45,5)
Cuyo	59,7	56,7	35,2
	(56,6 - 62,7)	(53,4 - 59,9)	(31,9 - 38,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013 - 2018.

(*) 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 3.2. Prevalencia de actividad física baja en la población de 18 años y más 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	44,2 (43,1 - 45,2)
Sexo	
Varón	41,5 (40,1 - 43)
Mujer	46,6 (45,2 - 48,1)
Grupo de edad	
18 a 24	33,5 (30,8 - 36,1)
25 a 34	38,0 (35,6 - 40,5)
35 a 49	44,3 (42,1 - 46,4)
50 a 64	49,0 (46,6 - 51,3)
65 y más	56,7 (54,3 - 59,2)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	58,3 (54,6 - 62,1)
Primario completo y secundario incompleto	49,7 (47,8 - 51,6)
Secundario completo y más	38,9 (37,6 - 40,3)
Cobertura de salud	
Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	44,2 (43,1 - 45,4)
Sólo cobertura pública	44,1 (42,2 - 46,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	47,3 (45 - 49,5)
2	48,6 (46,1 - 51)
3	45,5 (43,1 - 47,9)
4	41,8 (39,9 - 43,7)
5	37,8 (36 - 39,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 3.3. Tipo de barreras a la realización de actividad física en la población de 18 años y más que realiza actividad física baja. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

	ENFR 2018
	% (IC 95%)
Por falta de tiempo	40,3
	(38,7 - 41,8)
Por razones de salud	24,4
	(23 - 25,7)
Por falta de voluntad	14,5
	(13,5 - 15,5)
No le interesa/no le gusta	7,2
	(6,4 - 8)
Hace la cantidad que necesita	6,4
	(5,5 - 7,2)
Por falta de dinero	3,9
	(3,2 - 4,6)
Por falta de seguridad	0,9
	(0,6 - 1,1)
Por razones climáticas	0,4
	(0,2 - 0,6)
Por cuidado de personas	0,4
	(0,2 - 0,6)
Por falta de instalaciones	0,3
	(0,1 - 0,4)
Por la distancia	0,3
	(0,2 - 0,4)
Por falta de información	0,1
	(0 - 0,1)
Otro	1,0
	(0,7 - 1,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.



Capítulo 4

Alcohol

Introducción

En el 2016, el consumo nocivo de alcohol causó unas 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo y 132,6 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es decir el 5,1% de todos los AVAD de ese año. La mortalidad resultante del consumo de alcohol es mayor que la causada por enfermedades como la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la diabetes. Se estima que en el 2016 unos 2,3 millones de muertes y 106,5 millones de AVAD en los hombres se atribuyen al consumo de bebidas alcohólicas. Asimismo, las mujeres presentaron 0,7 millones de muertes y 26,1 millones de AVAD atribuibles al consumo de alcohol (1).

Aproximadamente el 49% de los AVAD atribuibles al consumo de alcohol se deben a enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, el cáncer y trastornos de salud mental, y cerca del 40% se deben a lesiones (1). En Argentina, el uso de sustancias y el suicidio causan más de un tercio del total de los años vividos con discapacidad por cualquier causa (2).

En el 2016 en todo el mundo, el alcohol fue la causa del 7,2% de la mortalidad prematura. Las personas más jóvenes se vieron desproporcionadamente más afectadas por el alcohol en comparación con las personas mayores, y el 13,5% de las muertes de quienes se encuentran entre los 20 y los 39 años se atribuyeron al alcohol (1).

Uruguay y Argentina encabezan el ranking del total de alcohol consumido en la región. En nuestro país se registran datos de consumo de 14,6 litros de alcohol puro per cápita, con un promedio diario de 31,5 grs. con proyecciones en aumento para el año 2025 (1). En los últimos años, y acompañando la tendencia internacional, se evidenciaron cambios en la modalidad y patrón de consumo de bebidas alcohólicas lo cual es altamente preocupante en adolescentes, especialmente en las mujeres. La edad de inicio es cada vez más temprana (3). Según datos de la tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018, el 77,1% de los adolescentes consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años. El patrón de consumo instalado entre los jóvenes argentinos es el denominado Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) o “binge drinking”, el cual duplicó su prevalencia del 35,3% en 2007 a 62,9% en 2012, sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes varones y mujeres. En la nueva edición Argentina de la EMSE 2018, siguiendo con el CEEA, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto de la edición de 2012 (62,9% en el 2012 al 63,1% en el 2018). Sin embargo, sí se incrementó el consumo en mujeres respecto de los varones, abriéndose la brecha por género en los adolescentes. En la EMSE 2018, las adolescentes de 13 a 15 años consumieron consistentemente más alcohol que los varones de esa edad en varios indicadores: en la borrachera alguna vez en la vida 30,7% vs. 26,1% y en el consumo de al menos una bebida en el último mes, 50,3% vs. 44,9% (4).

De acuerdo a la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en el año 2013, el consumo de alcohol también se encontraba en aumento, lo cual se evidenció en el crecimiento del CEEA, cuya prevalencia a nivel nacional fue de 10,4% en 2013 y la cual aumentó respecto de la 2° ENFR 2009 (8,9%) (5).

Con el objetivo de revertir estas tendencias crecientes de consumo nocivo de alcohol a nivel global, la Organización Mundial de la Salud estableció un paquete de medidas que se resumen con la sigla “SAFER” (6)

cuyas letras representan las iniciales en inglés de las 5 políticas más costo-efectivas basadas en evidencia para reducir el consumo nocivo de alcohol. Estas medidas son: fortalecer las restricciones del acceso y disponibilidad del alcohol (S); garantizar medidas de control del alcohol al conducir (A); garantizar la detección precoz, el consejo breve y el tratamiento en personas con consumo nocivo de alcohol en el sistema de salud (F); implementar prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas (E) y aumentar los impuestos selectivos para incrementar los precios de las bebidas alcohólicas (R). Este paquete de medidas proporciona una guía orientada a la acción para la implementación a nivel país de un número acotado de acciones estratégicas de alto impacto, por ser altamente costo-efectivas para reducir el consumo nocivo de alcohol especialmente en los más jóvenes (7).

Metodología

En este módulo se analizaron los siguientes indicadores:

Prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo (CARR), 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;

Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA), definido como el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días. Para estos indicadores no se analizará la desagregación del estimador a nivel provincial debido a que, por la complejidad del cuestionario, resultaron coeficientes de variación superiores a 16,6% para las jurisdicciones, lo cual conlleva estimadores poco confiables.

Porcentaje de grado de acuerdo con el aumento al impuesto de las bebidas alcohólicas. Para este indicador el denominador fue toda la población, incluyendo a aquellas personas que respondieron no estar de acuerdo y los ns/nc.

Resultados

El CARR en los últimos 30 días fue de 8,4% manteniéndose estable respecto de la 3° edición de la ENFR (7,8%) (Tabla 4.1).

El indicador resultó mayor entre varones respecto de mujeres y en los rangos etarios 18 – 24 años y 25 – 34 años respecto de los otros tres grupos de edad. No se evidenciaron diferencias en el resto de las variables sociodemográficas (Tabla 4.2).

El CEEA en los últimos 30 días fue de 13,3% a nivel nacional. Se evidenció un crecimiento del indicador respecto de la anterior edición de la encuesta, con un aumento relativo del 27,9% en la ENFR 2018 (ENFR 2013: 10,4%) (Tabla 4.3).

Al analizar el indicador según variables sociodemográficas, se evidenció una amplia diferencia según sexo: el CEEA en varones (20,7%) resultó 3,2 veces mayor que en mujeres (6,5%). En cuanto a la edad se observó un gradiente descendiente a mayor edad, y una diferencia 9 veces mayor en el consumo de los adultos jóvenes (18-34 años: 39,1%) respecto de los de 65 años y más (4,3%). También se observaron diferencias estadísticamente significativas según cobertura de salud, resultando mayor entre aquellos con cobertura solo pública (17,4% vs. 11,3%). Respecto del nivel educativo, se observaron diferencias significativas entre el nivel más bajo y el más alto, resultando mayor en este último (9,9% hasta primario completo vs. 14,0% secundario completo y más). No se registraron diferencias según quintil de ingresos (Tabla 4.4).

Por último, el 56,3% de la población adulta manifestó estar de acuerdo con el aumento del impuesto a las bebidas alcohólicas (Tabla 4.5). Tucumán fue la jurisdicción con menor frecuencia del indicador

(37,4%) respecto de las otras jurisdicciones y del total nacional. San Luis (67,3%), San Juan (66,4%), Jujuy (64,0%), Chubut (63,6%) y La Pampa (63,5%), tuvieron porcentajes de acuerdo con el aumento al impuesto de alcohol mayor al total nacional (Tabla 4.5).

En cuanto a los indicadores sociodemográficos, las mujeres tuvieron mayor porcentaje de acuerdo que los varones y a partir de los 34 años de edad también hubo mayor frecuencia respecto del grupo 18-24 años (49,5%). También se observó mayor porcentaje de acuerdo entre aquellos con obra social o prepaga respecto de aquellos con cobertura solo pública. No hubo diferencias estadísticamente significativas según nivel educativo ni ingresos (Tabla 4.6).

Discusión

Los resultados de la 4° ENFR relacionados con el consumo de alcohol, resultan preocupantes considerando que el indicador de CEEA mantiene su tendencia creciente desde el año 2009 de manera constante. Más preocupante aún al observar que el mismo –al igual que en las ediciones anteriores– resultó significativamente más prevalente en la población más joven, caracterización que se repite en el indicador de consumo regular de riesgo.

Asimismo, en adultos aún persiste el mayor consumo en varones que en mujeres tanto en el CEEA como en el CARR, situación que ya se invirtió en los adolescentes, donde las mujeres toman más que los varones de acuerdo a los datos de la EMSE 2018.

Algo más de la mitad de la población estuvo de acuerdo con el aumento de impuestos a las bebidas alcohólicas para desestimular su consumo, una cifra significativamente menor a la que se observa en apoyo a aumentar los impuestos al tabaco, lo cual denota la elevada naturalización del consumo de alcohol y la baja percepción de riesgo que aún existe con relación al consumo de esta sustancia, especialmente entre la población joven. El crecimiento del CEEA en adultos jóvenes, puede contribuir a explicar el aumento que también se observó en la prevalencia de alcohol al conducir, y que se describe en el módulo de seguridad vial.

Resulta altamente preocupante la tendencia creciente de consumo de alcohol en el país, tanto en cuanto al descenso de la edad de inicio, al crecimiento del consumo en las adolescentes mujeres, como al incremento constante del CEEA en adultos particularmente los jóvenes, todo lo cual expresa la insuficiente implementación de políticas públicas para reducir el consumo nocivo de alcohol que cumplan con estándares científicos internacionales.

Políticas en marcha

La ley 24.788 de Lucha contra el Alcoholismo sancionada en el año 1997 y reglamentada en el año 2009 no cumple con los estándares internacionales antes mencionados (6) (7) dado que se establecen prohibiciones parciales de la publicidad, promoción y patrocinio, las cuales son además difíciles de fiscalizar y hacer cumplir. Esto trae aparejado una alta exposición de la población, en especial de niños, niñas y adolescentes (NNyA) a la promoción de bebidas alcohólicas por diferentes canales. Por otra parte, la ley no establece en ninguno de sus artículos el aumento de impuestos y el precio de las bebidas alcohólicas por razones de salud pública.

La ley de impuesto internos 24.674/96, modificada por la ley 27.430/2017 establece impuestos ad valorem a las bebidas alcohólicas: la cerveza sólo tributa un 14%, los licores, whisky y otras bebidas de alta graduación alcohólica tienen una alícuota de 26% y los vinos y espumantes quedan excluidos (impuesto interno cero). Esta carga fiscal a las bebidas alcohólicas es muy baja en comparación a otros países y no cumple con los estándares internacionales, no solo en las alícuotas aplicadas sino también

en cuanto a la estructura de los impuestos que ha demostrado ser la más efectiva para reducir progresivamente la asequibilidad de las bebidas alcohólicas.

Si bien la ley insta un límite de alcohol en sangre al conducir, no establece el método, ni la implementación de los controles. Por último, a pesar de regir la prohibición de venta a menores de 18 años, la misma no incluye aspectos que son fundamentales para garantizar su cumplimiento, lo cual queda de manifiesto en el alto acceso que los jóvenes tienen al alcohol que muestra la EMSE 2018: 7 de cada 10 adolescentes de 13 a 15 años compraron bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, pese a la prohibición.

Es evidente que la normativa en materia de control de consumo nocivo de alcohol debe ser actualizada.

En enero del 2019 mediante la Resolución Ministerial 84/2019 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, se traspasó la coordinación del Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo excesivo de alcohol (Programa conformado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y la SEDRONAR) a la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT). Esta decisión se basó en la necesidad de implementar las mencionadas medidas para la prevención del consumo nocivo de alcohol a través de políticas de alcance poblacional. El Programa, de todos modos, conserva el componente de redes de servicios de salud para personas con consumos problemáticos, coordinado desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

La promoción de la salud abarca una amplia gama de intervenciones para regular los productos y los entornos, a fin de proteger el derecho a la salud brindando así herramientas que no se centren únicamente en el tratamiento y la curación individual, lo cual es necesario pero no suficiente para revertir las tendencias crecientes de consumo de alcohol y prevenir su impacto sanitario, económico y social. De esta forma el consumo nocivo de alcohol se incorpora a la agenda de trabajo que viene llevando a cabo la DNPSyCECNT, instituyéndose, en línea con el abordaje internacional, como un cuarto factor de riesgo de ENT, junto al consumo de tabaco, alimentación no saludable e inactividad física

El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de alcohol tiene como prioridad impulsar mejoras a la Ley 24.788 de Lucha contra el alcoholismo, a nivel nacional y sub-nacional y en armonía con los estándares internacionales basados en evidencia científica, a fin de proteger el derecho a la salud de la población. Para ello se ha diseñado un documento de estándares regulatorios asentando la postura del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación en cuanto a las políticas a ser adoptadas para reducir el consumo nocivo de alcohol.

Asimismo, se ha puesto en funcionamiento, según lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 24.788, el Consejo Asesor del Programa cuyo principal objetivo es el de brindar apoyo institucional y asesoramiento para el diseño de políticas públicas, investigaciones, elaboración de documentos, difusión de información, campañas de comunicación masiva entre otras, que tengan por objeto contribuir a la reducción del consumo nocivo de alcohol.

Del mismo modo se ha establecido una agenda de colaboración con la Agencia Nacional de Seguridad Vial para abordar de manera conjunta la problemática de alcohol al conducir.

Se realizó también un mapeo de normativa y actores a nivel provincial y líneas de acción para robustecer la capacidad en las jurisdicciones provinciales a fin de fortalecer políticas subnacionales de prevención y promoción del consumo nocivo de alcohol.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health. Ginebra, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
2. Vigo D, Jones L, Maidana D, Krausz M & Kestel D. La Carga de los Trastornos Mentales, Neurológicos, por Consumo de Sustancias y Suicidio: Informe sobre las Prioridades de Salud Mental en Argentina. *Rev. Arg. de Psiq.* 24 (142), 2018.
3. Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Resumen de los resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Buenos Aires, 2017. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/INFORMACINZPARAZCOMUNICACINZPRENSA.pdf>
4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Encuesta Mundial de Salud Escolar, 2012. Buenos Aires, 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
5. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013, 3° edición. Buenos Aires, 2015. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. SAFER: a world free from alcohol related harms. Génova, 2018. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_brochure.pdf?ua=1
7. Organización Mundial de la Salud. Best Buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Ginebra, 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tabla 4.1. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	8,4 (7,8 - 9)
Ciudad de Buenos Aires	5,6 (4,4 - 7,1)	9,9 (8,0 - 12,3)	7,3 (5,5 - 9,6)	8,4 (6,6 - 10,2)
Buenos Aires	5,7 (4,8 - 6,8)	8,2 (7,3 - 9,3)	8,1 (6,9 - 9,4)	8,8 (7,6 - 9,9)
Córdoba	8,6 (6,8 - 10,7)	8,6 (7,1 - 10,3)	8,5 (6,3 - 11,3)	9,2 (7,2 - 11,2)
Entre Ríos	5,9 (3,7 - 9,4)	8,4 (7,0 - 10,1)	7,6 (6,0 - 9,6)	9,6 (8 - 11,1)
La Pampa	8,6 (7,0 - 10,5)	7,3 (5,1 - 10,2)	7,4 (5,6 - 9,7)	8,7 (6 - 11,4)
Santa Fe	10,6 (9,0 - 12,4)	10,9 (9,3 - 12,8)	9,8 (8,3 - 11,7)	11,3 (9,2 - 13,5)
Pampeana y GBA	6,6 (5,9 - 7,3)	8,8 (8,1 - 9,5)	8,2 (7,4 - 9,1)	9,1 (8,3 - 9,9)
Catamarca	5,5 (4,1 - 7,3)	7,3 (5,9 - 9,0)	3,0 (1,8 - 4,9)	5,3 (3,6 - 7,1)
Jujuy	5,7 (3,6 - 8,9)	5,6 (3,9 - 7,8)	5,4 (4,0 - 7,2)	5,0 (2,9 - 7,1)
La Rioja	8,2 (6,4 - 10,5)	5,3 (3,8 - 7,2)	5,2 (3,8 - 7,1)	3,3 (1,9 - 4,7)
Salta	4,9 (2,5 - 9,4)	7,0 (5,2 - 9,4)	7,7 (6,1 - 9,7)	5,3 (3,5 - 7,1)
Santiago del Estero	7,2 (5,5 - 9,3)	6,8 (5,2 - 8,7)	6,1 (4,4 - 8,5)	3,3 (1,5 - 5,2)
Tucumán	4,7 (3,5 - 6,4)	8,3 (7,0 - 9,8)	8,3 (6,0 - 11,4)	6,2 (4,4 - 8,1)
Noroeste	5,6 (4,6 - 6,7)	7,0 (6,3 - 7,9)	6,8 (5,9 - 8,0)	5,1 (4,2 - 6)
Corrientes	7,4 (5,9 - 9,1)	6,3 (4,9 - 8,2)	9,6 (7,4 - 12,3)	7,4 (5 - 9,7)
Chaco	9,5 (7,6 - 11,7)	7,7 (6,1 - 9,7)	11,2 (8,5 - 14,5)	4,3 (3 - 5,7)
Formosa	3,7 (2,3 - 5,7)	6,4 (4,9 - 8,3)	10,3 (7,8 - 13,6)	7,1 (4,6 - 9,6)
Misiones	8,2 (5,4 - 12,2)	7,6 (5,1 - 11,1)	3,1 (2,2 - 4,3)	7,3 (4,6 - 10)
Noreste	7,7 (6,4 - 9,2)	7,1 (6,1 - 8,2)	8,4 (7,1 - 9,8)	6,4 (5,3 - 7,5)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	10,2 (6,9 - 14,9)	6,3 (4,4 - 9,0)	6,4 (4,7 - 8,6)	8,7 (6,1 - 11,3)
Neuquén	5,4 (3,8 - 7,5)	5,8 (4,1 - 8,1)	9,4 (6,9 - 12,6)	9,1 (6,7 - 11,5)
Río Negro	6,2 (4,9 - 7,8)	8,4 (5,9 - 11,9)	5,1 (4,0 - 6,4)	7,0 (5,3 - 8,8)
Santa Cruz	8,0 (6,7 - 9,4)	6,5 (4,7 - 8,9)	6,5 (4,7 - 8,9)	9,5 (6,5 - 12,4)
Tierra del Fuego	9,4 (6,8 - 12,7)	6,2 (4,7 - 8,2)	7,7 (5,8 - 10,3)	12,5 (8,1 - 16,8)
Patagónica	7,4 (5,7 - 9,5)	6,8 (5,7 - 8,1)	6,9 (6,0 - 7,9)	8,7 (7,5 - 9,9)
Mendoza	6,9 (5,5 - 8,6)	8,0 (6,3 - 10,1)	5,8 (4,4 - 7,5)	9,0 (6,7 - 11,3)
San Juan	5,4 (4,0 - 7,2)	2,4 (1,5 - 3,8)	7,5 (5,3 - 10,4)	10,7 (7,4 - 14,1)
San Luis	6,7 (5,1 - 8,6)	6,9 (5,4 - 8,7)	3,2 (2,2 - 4,6)	6,5 (4,4 - 8,7)
Cuyo	6,5 (5,5 - 7,6)	6,4 (5,3 - 7,7)	5,8 (4,7 - 7,0)	9,0 (7,4 - 10,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 4.2. Consumo de alcohol regular de riesgo de la población de 18 años y más 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 2018.

ENFR 2013	
%	
(IC 95%)	
Total	8,4 (7,8 - 9)
Sexo	
Varón	10,8 (9,9 - 11,7)
Mujer	6,3 (5,5 - 7)
Grupo de edad	
18 a 24	11,6 (9,7 - 13,5)
25 a 34	10,1 (8,7 - 11,4)
35 a 49	6,7 (5,8 - 7,7)
50 a 64	7,3 (6,2 - 8,4)
65 y más	7,5 (6,3 - 8,7)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	8,6 (6,7 - 10,5)
Primario completo y secundario incompleto	8,4 (7,4 - 9,4)
Secundario completo y más	8,4 (7,6 - 9,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	7,8 (7,2 - 8,5)
Sólo cobertura pública	9,7 (8,5 - 10,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	8,0 (6,7 - 9,4)
2	8,3 (6,9 - 9,7)
3	8,2 (6,9 - 9,4)
4	8,7 (7,3 - 10,1)
5	9,0 (7,8 - 10,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 4.3. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	13,3 (12,4 - 14,2)
Ciudad de Buenos Aires	8,7 (7,0 - 10,8)	9,5 (7,4 - 12,1)	11,0 (8,4 - 14,2)	15,6 (13,1 - 18,1)
Buenos Aires	9,7 (8,3 - 11,5)	7,4 (6,5 - 8,5)	9,4 (8,1 - 10,7)	13,6 (11,8 - 15,4)
Córdoba	10,7 (8,4 - 13,5)	10,6 (8,8 - 12,7)	12,6 (10,1 - 15,8)	11,1 (8,4 - 13,7)
Entre Ríos	7,2 (4,9 - 10,6)	12,2 (10,1 - 14,7)	11,8 (9,3 - 14,9)	15,9 (13,1 - 18,6)
La Pampa	7,5 (5,6 - 9,8)	9,2 (7,3 - 11,4)	11,3 (9,0 - 14,1)	14,6 (11,2 - 18,1)
Santa Fe	10,8 (8,9 - 13,0)	10,4 (8,8 - 12,2)	11,4 (9,3 - 14,0)	15,6 (13,1 - 18,1)
Pampeana y GBA	9,7 (8,7 - 10,8)	8,6 (7,9 - 9,4)	10,3 (9,4 - 11,3)	13,9 (12,6 - 15,1)
Catamarca	7,1 (4,8 - 10,4)	10,5 (7,7 - 14,0)	8,1 (5,4 - 11,9)	5,8 (3,7 - 7,9)
Jujuy	13,1 (11,0 - 15,5)	9,9 (7,9 - 12,2)	14,4 (9,6 - 21,1)	11,9 (9,3 - 14,4)
La Rioja	13,7 (11,6 - 16,2)	9,8 (7,6 - 12,6)	11,5 (8,7 - 15,1)	8,7 (6,3 - 11,2)
Salta	14,2 (11,4 - 17,5)	10,5 (7,8 - 14,0)	12,6 (10,1 - 15,5)	9,3 (7,4 - 11,3)
Santiago del Estero	10,7 (8,5 - 13,4)	9,9 (7,6 - 12,7)	9,6 (7,1 - 12,9)	8,4 (6,2 - 10,6)
Tucumán	12,0 (10,5 - 13,7)	11,0 (9,0 - 13,3)	9,7 (7,7 - 12,2)	14,2 (11,4 - 16,9)
Noroeste	12,3 (11,0 - 13,7)	10,4 (9,3 - 11,7)	11,2 (9,8 - 12,7)	10,7 (9,6 - 11,9)
Corrientes	12,7 (9,4 - 17,0)	12,8 (10,1 - 16,2)	15,2 (11,3 - 20,1)	16,4 (13,1 - 19,7)
Chaco	8,2 (6,6 - 10,1)	10,1 (8,1 - 12,6)	11,9 (8,2 - 16,9)	9,1 (6,8 - 11,5)
Formosa	6,6 (4,9 - 8,8)	8,1 (6,0 - 10,9)	17,5 (13,3 - 22,7)	12,8 (9,4 - 16,3)
Misiones	11,3 (7,8 - 16,0)	7,3 (5,3 - 9,8)	9,4 (6,7 - 13,1)	10,2 (7,7 - 12,8)
Noreste	10,2 (8,4 - 12,3)	9,9 (8,7 - 11,3)	12,9 (11,0 - 15,1)	12,0 (10,6 - 13,5)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	11,5	8,5	11,6	10,9
	(8,8 - 14,8)	(6,5 - 11,1)	(8,9 - 15,1)	(7,6 - 14,2)
Neuquén	10,8	8,4	9,1	15,6
	(9,3 - 12,5)	(6,5 - 10,8)	(7,0 - 11,6)	(12,8 - 18,4)
Río Negro	10,1	10,0	9,6	8,1
	(8,4 - 12,1)	(7,6 - 13,0)	(7,7 - 11,8)	(6,5 - 9,7)
Santa Cruz	9,6	9,2	12,1	7,9
	(7,5 - 12,4)	(6,5 - 12,9)	(9,0 - 16,1)	(5,1 - 10,7)
Tierra del Fuego	12,5	7,2	12,0	16,6
	(9,6 - 16,2)	(5,6 - 9,2)	(9,2 - 15,4)	(12,7 - 20,5)
Patagónica	10,7	8,9	10,5	11,3
	(9,5 - 12,1)	(7,8 - 10,2)	(9,3 - 11,8)	(10 - 12,6)
Mendoza	10,0	8,8	7,2	15,2
	(8,2 - 12,0)	(6,8 - 11,4)	(5,5 - 9,5)	(12,1 - 18,2)
San Juan	11,2	8,4	8,8	15,2
	(8,9 - 14,0)	(6,2 - 11,4)	(6,3 - 12,1)	(11,3 - 19,1)
San Luis	8,4	9,1	4,8	13,0
	(6,6 - 10,8)	(7,4 - 11,1)	(3,5 - 6,7)	(9,4 - 16,5)
Cuyo	10,0	8,8	7,2	14,8
	(8,8 - 11,4)	(7,4 - 10,4)	(5,9 - 8,8)	(12,6 - 17)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 4.4. Consumo de alcohol episódico excesivo de la población de 18 años y más 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	13,3 (12,4 - 14,2)
Sexo	
Varón	20,7 (19,3 - 22,2)
Mujer	6,5 (5,7 - 7,4)
Grupo de edad	
18 a 24	20,7 (18 - 23,4)
25 a 34	18,4 (16,2 - 20,6)
35 a 49	13,7 (12,3 - 15,2)
50 a 64	8,6 (7,4 - 9,8)
65 y más	4,3 (3,2 - 5,4)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	9,9 (7,5 - 12,2)
Primario completo y secundario incompleto	12,9 (11,8 - 14,1)
Secundario completo y más	14,0 (12,8 - 15,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	11,3 (10,5 - 12,2)
Sólo cobertura pública	17,4 (15,7 - 19,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	12,6 (10,8 - 14,4)
2	12,9 (11 - 14,9)
3	13,1 (11,3 - 14,9)
4	13,6 (12 - 15,2)
5	14,3 (12,7 - 15,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Tabla 4.5. Acuerdo con el aumento del impuesto a las bebidas con alcohol de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	56,3
	(55,2 - 57,5)
Ciudad de Buenos Aires	54,9
	(51,2 - 58,7)
Buenos Aires	55,6
	(53,4 - 57,7)
Córdoba	58,6
	(54,1 - 63,2)
Entre Ríos	54,8
	(49,7 - 60)
La Pampa	63,5
	(58,2 - 68,9)
Santa Fe	53,6
	(49,4 - 57,8)
Pampeana y GBA	55,7
	(54,1 - 57,2)
Catamarca	58,4
	(54,7 - 62,2)
Jujuy	64,0
	(59,5 - 68,4)
La Rioja	55,3
	(50,6 - 60,1)
Salta	59,0
	(54,9 - 63,1)
Santiago del Estero	58,7
	(52,5 - 64,9)
Tucumán	37,4
	(33 - 41,8)
Noroeste	52,9
	(50,8 - 54,9)
Corrientes	61,1
	(57,4 - 64,8)
Chaco	56,7
	(52 - 61,5)
Formosa	49,4
	(42,9 - 55,9)
Misiones	59,0
	(55,1 - 63)
Noreste	57,7
	(55,5 - 59,9)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	63,6
	(59,5 - 67,7)
Neuquén	60,1
	(55,7 - 64,5)
Río Negro	61,4
	(56,4 - 66,4)
Santa Cruz	59,8
	(54,7 - 64,8)
Tierra del Fuego	58,4
	(52,1 - 64,6)
Patagónica	61,2
	(58,9 - 63,4)
Mendoza	61,0
	(57,2 - 64,8)
San Juan	66,4
	(63 - 69,9)
San Luis	67,3
	(62,9 - 71,6)
Cuyo	63,4
	(60,7 - 66)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 4.6. Acuerdo con el aumento del impuesto a las bebidas con alcohol de la población de 18 años y más 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	56,3 (55,2 - 57,5)
Sexo	
Varón	53,7 (52,2 - 55,3)
Mujer	58,7 (57,2 - 60,1)
Grupo de edad	
18 a 24	49,5 (46,4 - 52,5)
25 a 34	54,2 (51,7 - 56,7)
35 a 49	58,6 (56,6 - 60,6)
50 a 64	59,9 (57,7 - 62,1)
65 y más	57,4 (54,9 - 59,9)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	54,6 (51 - 58,3)
Primario completo y secundario incompleto	55,3 (53,4 - 57,1)
Secundario completo y más	57,2 (55,8 - 58,6)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	57,5 (56,2 - 58,9)
Sólo cobertura pública	53,8 (51,7 - 55,8)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	54,6 (52,1 - 57,2)
2	56,0 (53,3 - 58,6)
3	55,7 (53,3 - 58,1)
4	57,0 (54,8 - 59,1)
5	58,3 (56,1 - 60,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Capítulo 5

Alimentación

Introducción

Una alimentación saludable es la que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que las personas puedan llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sanas (1). La evidencia muestra que la alimentación no saludable genera riesgos para la salud, que en la actualidad son la causa de una importante carga de morbilidad. Ciertos hábitos alimentarios influyen directamente en la aparición de sobrepeso, obesidad, aumento de la presión arterial (entre otros factores de riesgo), y esto aumenta la incidencia de ENT (2) (3) (4).

Se estima que 1 de cada 5 muertes a nivel global son atribuibles a una alimentación inadecuada. Solo en 2017, en 195 países y sin contar la obesidad, se produjeron 11 millones de muertes causadas por dietas inadecuadas, y entre las principales causas independientes se encontraron el alto consumo de sodio, el bajo consumo de frutas y verduras y el bajo consumo de granos enteros, que ocasionaron mayormente muertes por enfermedad cardiovascular, cáncer y diabetes (5).

La ingesta de grasa total se relaciona con el índice de masa corporal (IMC) y el perfil lipídico (6). La alteración del perfil lipídico también es un factor de riesgo para sufrir enfermedades cardio y cerebrovasculares, mientras que los ácidos grasos saturados son considerados factores de riesgo para la aparición de algunos tipos de cáncer. Las grasas trans industriales son causa probada de enfermedad cardiovascular y se calcula que anualmente su ingesta provoca 500.000 muertes (7).

En las últimas décadas se registró a nivel mundial un cambio en el patrón alimentario, en particular en poblaciones urbanas. Por un lado, se encuentra el progresivo aumento del consumo de alimentos y bebidas con alto nivel de procesamiento (ultraprocesados), contenido energético alto y bajo valor nutritivo (con contenido alto de grasas, azúcares y sal). Y simultáneamente, se observa la disminución del consumo de alimentos sin procesar o mínimamente procesados, como frutas, verduras, legumbres, granos integrales y semillas, entre otros (8) (2). Estos cambios han tenido una incidencia directa en el crecimiento de la epidemia de sobrepeso y obesidad. La obesidad en adultos es uno de los factores determinantes que explican el crecimiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad por ENT en el mundo (9), y se calcula que es causa de 4 millones de muertes al año (10) (11).

En la Argentina, los cambios en las prácticas alimentarias siguen la tendencia mundial y atraviesan a todo el entramado social, afectando especialmente a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad. En particular, el consumo de frutas disminuyó un 41% y el de hortalizas un 21% en los últimos 20 años. Mientras que el consumo de gaseosas y jugos en polvo se duplicó en el mismo período (12). Esta evidencia local es concordante con el reporte de la Organización Panamericana de la Salud que muestra que Argentina, Chile y México lideran las ventas anuales per cápita de productos ultraprocesados en la región (13).

En cuanto al consumo de azúcar, nuestro país se encuentra en el cuarto lugar de mayor consumo de azúcares del mundo, con alrededor de 150 gr (30 cucharaditas de azúcar), para un recomendado máximo de 50gr (10

cucharaditas) (14). Las bebidas azucaradas representan aproximadamente el 40% de este consumo, lo que se correlaciona con el hecho de que Argentina lidera el consumo mundial de gaseosas con 131 litros per cápita (15).

En cuanto al consumo de sal en nuestro país, se estima que es de 11 gramos diarios por día por persona, mientras que la recomendación de la Organización Mundial de la Salud es de hasta 5 gramos diarios (1) (16). Este dato no incluye el uso de sal en la cocción que, según estudios cualitativos, puede ser una fuente importante de sodio en América Latina (17) (18).

Los determinantes de las modificaciones en los patrones y las prácticas alimentarias son múltiples y complejos: los ingresos, los precios, las tradiciones culturales, el ritmo de vida, la información disponible, los cambios en los modelos de producción de los alimentos, su disponibilidad, asequibilidad, formas de comercialización, marketing y publicidad, entre otros aspectos (19) (20) (21) (22). Si bien las elecciones son individuales, las características de los entornos donde se desarrollan las personas juegan un papel fundamental en el consumo de alimentos (23). Es por eso que la protección del derecho a la salud y a una alimentación adecuada a través de políticas públicas debe apuntar fundamentalmente a la regulación de los productos y de los entornos obesogénicos (21) (22) (23). El presente módulo describe indicadores vinculados a la alimentación y sus condicionantes. En esta 4ª edición se incorporaron nuevas preguntas sobre percepciones acerca de la alimentación y sobre la opinión a cerca de determinadas políticas para promover una alimentación saludable.

Metodología

El presente capítulo se organizó en cuatro dimensiones:

- 1) Consumo de sal, donde se analizaron los indicadores: siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa y uso de sal durante la cocción (indicador analizado por primera vez en esta nueva edición de la ENFR).
- 2) Consumo de frutas y verduras que incluyó: promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas; porcentaje de consumo promedio de 5 o más porciones de frutas o verduras al día; razones por las que no se consume más cantidad de frutas o verduras (indicador nuevo, incorporado en la 4ª ENFR).
- 3) Percepción sobre la dieta habitual. Esta dimensión se incluyó por primera vez en la última edición de la ENFR, e incluyó: percepción sobre dieta habitual como poco/nada saludable y dimensiones por las cuales se percibe la propia dieta como poco/nada saludable.
- 4) Impuesto a las bebidas azucaradas: se analizó, por primera vez en la ENFR, el porcentaje de acuerdo de la población sobre el aumento al impuesto de las bebidas azucaradas. El denominador de este indicador fue toda la población, incluyendo a aquellas personas que respondieron no estar de acuerdo y los ns/nc.

Resultados

Consumo de sal

El 16,4% de la población indicó que agrega sal en sus comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa (siempre/casi siempre), manteniendo un valor estable de este indicador con respecto de la 3ra edición de la ENFR (Tabla 5.1). Superaron el valor nacional Catamarca (27,8%) y Provincia de Buenos Aires (19,6%). Fueron varias las provincias con porcentajes menores al indicador nacional: aquellas nucleadas en la región Noreste, a excepción de Corrientes (cuya frecuencia fue similar a la media nacional) y aquellas de la región Noroeste, con excepción de La Rioja que mantuvo una frecuencia

similar al total país. En este mismo sentido, evidenciaron menores porcentajes Mendoza (10,2%), Río Negro (11,8%), Tierra del Fuego (11,9%) y San Juan (12,3%) (Tabla 5.1).

Las personas de 65 años y más (9,8%) tuvieron valores más bajos que el resto de los rangos etarios, al igual que aquellos con nivel educativo más bajo (11,5%: hasta primario incompleto). En cambio, el indicador resultó mayor en las personas con cobertura de salud sólo pública. No hubo diferencias del indicador por quintiles de ingreso. Para este indicador podría existir una asociación entre nivel educativo y grupo de edad, dado que el grupo de menor instrucción está compuesto mayoritariamente por adultos mayores de 65 años (Tabla 5.2).

En cuanto al indicador de uso de sal durante la cocción, el mismo fue de 68,9% (Tabla 5.3). Resultó más prevalente en mujeres respecto de los varones, entre aquellos con cobertura sólo pública respecto de quienes tienen obra social o prepaga y en el 1° y 2° quintil con relación al cuarto y quinto. En cambio resultó menor a partir de los 50 años de edad (Tabla 5.4).

Consumo de frutas y verduras

El promedio diario nacional de porciones de frutas o verduras consumidas por persona fue de 2, sin mostrar cambios con respecto a la edición anterior y ubicándose muy por debajo de las 5 porciones diarias recomendadas por la OMS. La provincia de La Pampa se destacó, respecto de todas las otras jurisdicciones y respecto del valor nacional, con un promedio diario de porciones de 3,6 (Tabla 5.5).

Respecto de las variables sociodemográficas, se observó mayor promedio en las mujeres respecto de los varones, a partir de los 50 años respecto de todos los otros grupos etarios y entre aquellas personas con el nivel educativo más alto respecto de los otros dos niveles de instrucción. También se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas según cobertura de salud, resultando mayor el promedio entre aquellos con obra social o prepaga, y según quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora: a partir del 3° quintil de ingresos aumentó el promedio de consumo con relación a los dos primeros (Tabla 5.6).

En cuanto al consumo recomendado de al menos 5 porciones diarias de frutas o verduras al día, solo el 6,0% de la población cumplió la recomendación, sin reflejar cambios con respecto a la edición pasada. Al igual que en el indicador anterior se observó que, entre las jurisdicciones, la provincia de La Pampa se destacó ampliamente con un valor porcentual de 22,8% (Tabla 5.7).

No se observaron diferencias según sexo. Respecto de la edad, hubo porcentajes más altos entre las personas mayores de 50 años, respecto de aquellos de entre 25 a 49 años. También fue mayor el porcentaje en el nivel educativo más alto respecto de la segunda categoría. En cuanto a cobertura de salud y los quintiles de ingresos del hogar por unidad consumidora fue mayor la proporción entre aquellos con obra social y/o prepaga y en el quintil de ingresos más alto respecto del más bajo (8,2% y 4,4% respectivamente) (Tabla 5.8).

Al indagar sobre la principal razón por la cual no se consume más cantidad de frutas o verduras, el 42,7% de la población refirió que ya come la cantidad adecuada. En segundo lugar, el 36,6% indicó factores individuales tales como: que su compra y preparación requieren mucho tiempo; falta de apoyo del entorno; no le gustan; preferencia por otro tipo de comidas; dificultad por los hábitos y exigencias de la vida diaria; falta de voluntad. En tercer lugar, con un 18,8% se ubicaron los factores económicos (les resultan caras) y por último, con un 1,1% de respuestas, factores relacionados con el entorno (pocas opciones de/en los lugares de compra y/o en lugares para comer) (Tabla 5.9).

Los factores individuales se registraron mayormente en varones, mientras que los factores económicos principalmente en mujeres. En el resto de los factores no se observaron diferencias por sexo.

Respecto de los grupos etarios, se registró un descenso de los factores individuales a mayor edad. Aquellos con 50 años o más indicaron en mayor medida que comen la cantidad adecuada de frutas y verduras. En el resto de las dimensiones analizadas, no se observaron diferencias.

En cuanto al nivel educativo, se observó que a mayor nivel alcanzado aumentaron los factores individuales y disminuyeron los factores económicos. En el resto de los factores no se observaron diferencias.

A su vez, aquellos con obra social y prepaga indicaron comer la cantidad adecuada de frutas y verduras en un mayor porcentaje respecto de quienes tienen cobertura sólo pública. Por otro lado, éstos últimos refirieron tener más barreras económicas que los primeros.

La respuesta “come la cantidad adecuada” y las nucleadas en factores individuales, fueron más frecuentes en personas con ingresos más altos mientras que la relacionada a factores económicos se registró con mayor frecuencia entre los que declararon tener ingresos más bajos.

Percepción sobre dieta habitual

Respecto del análisis sobre la percepción de la propia dieta, 3 de cada 10 personas indicaron que su dieta es poco saludable (28,2%). Resultó mayor que el valor nacional en La Rioja (40,0%), Catamarca (37,4%), Santa Cruz (36,8%), Jujuy (34,5%) y Provincia de Buenos Aires (31,2%) (Tabla 5.10).

Al analizar el indicador según las variables sociodemográficas, la percepción de la propia dieta como poco/nada saludable fue mayor entre mujeres, en personas más jóvenes, entre quienes tienen cobertura sólo pública y en aquellos con ingresos más bajos (quintil 1° 36,7% vs quintil 5° 18,9%) (Tabla 5.11).

Las razones por las cuales los individuos consideraron su dieta poco saludable fueron agrupadas en tres dimensiones cuyo orden, según el porcentaje de respuestas obtenido, fue: a) Hábitos alimentarios (59,0%), que abarca categorías como falta de tiempo; consumo de alimentos altos en grasas y/o azúcares; falta de saciedad de las comidas saludables; falta de gusto; falta de interés. Esta dimensión registró mayores porcentajes entre los adultos jóvenes, en personas con mayor nivel educativo, con obra social o prepaga y con niveles de ingresos más altos; b) dimensión asociada al precio y accesibilidad (23,7%), que abarca la categoría “los precios de los alimentos saludables son muy altos”. Resultó mayor entre mujeres y con un gradiente ascendente a mayor edad y a menor nivel educativo; también hubo mayor proporción de respuestas entre quienes tienen cobertura sólo pública y en los dos primeros quintiles de ingresos del hogar por unidad consumidora (primer quintil 36,5% vs quinto quintil 7,8%); c) Entorno (14,1%), que responde a categorías como dificultad para conseguir alimentos saludables, pocas opciones y no se comen estos productos en el hogar o trabajo. Esta dimensión no registró diferencias según variables sociodemográficas (Tabla 5.12).

Impuesto a las bebidas azucaradas

La mitad de la población (48,1%) manifestó estar de acuerdo con el impuesto a las bebidas azucaradas. Tucumán resultó la jurisdicción con menor acuerdo respecto del total nacional y con respecto al resto de las provincias: 25,8% (Tabla 5.13).

En cuanto a las variables sociodemográficas se evidenciaron diferencias en cuanto al nivel educativo (mayor porcentaje de acuerdo entre aquellos con mayor nivel de instrucción) y al quintil de ingresos (mayor porcentaje de acuerdo en el quintil más alto: 56,7%) (Tabla 5.14).

Discusión

El indicador de sal agregada siempre o casi siempre en la mesa o después de la cocción se mantuvo estable entre 2013 y 2018. No obstante, es importante remarcar que la estrategia de reducción de sodio a nivel poblacional es multicomponente y no puede capturarse solamente con este indicador, que mide solo una dimensión del grado de concientización en la población acerca del daño del consumo excesivo de sal. Si bien este aspecto cultural y de cambio de hábitos es importante, debe tenerse en cuenta que 2/3 del consumo de sodio proviene de los productos procesados o envasados y no de la sal agregada por el consumidor.

El indicador de uso de sal en la cocción, que se midió por primera vez, es mucho más prevalente que el de agregado de sal en la mesa, dado que más de dos tercios de la población refirió agregar sal durante la cocción de los alimentos y este escenario ofrece una gran oportunidad de concientización. Es destacable que la población de más bajos recursos refirió utilizar más sal en la cocción respecto de la población de mayores recursos, lo que muestra que las intervenciones de educación y promoción deben estar especialmente enfocadas en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, que son además los que presentan prevalencias más elevadas de hipertensión.

Continúa resultando muy bajo el consumo de frutas o verduras, y aún más preocupante el hecho de que resulta más bajo el consumo en los grupos socialmente más desfavorecidos. Se refuerza esta afirmación en el hecho de que las barreras económicas al consumo de alimentos saludables resultaron más frecuentes en estos sectores. Más del 40% de la población refirió comer la cantidad adecuada de frutas y verduras, lo que deja de manifiesto el alto nivel de desconocimiento sobre la recomendación de consumir 5 porciones de frutas y verduras por día.

Casi la mitad de la población estuvo de acuerdo con el aumento de impuestos a las bebidas azucaradas, lo cual evidencia que este tema emergente ha comenzado a llegar a la población, a pesar de que nuestro país lidera el consumo mundial de gaseosas y que la discusión parlamentaria y mediática sobre el tema recién se ha iniciado en los últimos años. Es evidente que se debe seguir concientizando sobre el daño a la salud que producen las bebidas azucaradas e impulsar medidas fiscales, de regulación del marketing y de su oferta en las escuelas, entre otras. En cuanto a la percepción de una alimentación saludable, casi un tercio de la población reconoce tener una dieta poco a nada saludable. Resulta un indicador relativamente bajo si se tiene en cuenta el patrón alimentario francamente inadecuado de la población argentina, lo que nuevamente denota la necesidad de profundizar las acciones educativas. Esta percepción de tener una alimentación poco o nada saludable es el doble en la población del primer quintil respecto del último quintil (36,7% vs 18,9%), y las barreras económicas para poder tener una dieta saludable fueron 5 veces más frecuentemente expresadas por la población del primer quintil respecto del quinto (36,5% vs 7,8%).

Políticas en marcha

Las políticas que se están llevando a cabo para la promoción de una alimentación saludable son múltiples, algunas de las cuales se desarrollan en este capítulo y otras, más enfocadas en obesidad, en el capítulo de "Peso corporal".

La estrategia de reducción de sodio que comenzó con una iniciativa voluntaria de reformulación de sodio en panificados y otros alimentos procesados hace más de una década, concluyó con la sanción de la Ley Nacional N° 26.905 en 2013 y cuya reglamentación N° 16/2017 se incorporó al Código Alimentario Argentino (CAA).

Con el impulso de la Comisión Nacional Asesora para la Promoción Nacional de la Reducción del Consumo de Sodio, que puso en marcha el mencionado reglamento de la ley, se aprobaron dos nuevas reducciones

de sodio en la Comisión Nacional de Alimentos (CONAL). Las mismas fueron incorporadas al CAA a través de la Resolución Conjunta 1/2018 y Resolución Conjunta 4/2019. Estas dos nuevas modificaciones de la legislación reducen aun más los límites de sodio que pueden contener ciertos alimentos procesados, como panificados o chacinados, e incorporaron otros grupos de alimentos a la ley.

Para continuar profundizando la implementación de la ley, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCENT) junto con el Programa PROTEGER brindó asistencia técnica para la adhesión provincial y municipal a la Ley Nacional N° 26.905 de reducción de consumo de sodio, y la implementación de sus capítulos de promoción. En los últimos años numerosas provincias se sumaron a la adhesión de dicha Ley, como Corrientes, Chaco, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Córdoba, Catamarca y Misiones, lo cual fortalecerá la implementación de la norma. Además, está en proceso la definición de los mensajes sanitarios en los envases de sal para advertir sobre el daño que provoca a la salud el consumo excesivo de sodio, según establece la ley.

Con vistas a profundizar en el análisis, la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2) incluye entre sus mediciones bioquímicas el dosaje de sodio en orina, que permitirá evaluar de modo cuantitativo el consumo de sodio de la población y monitorear el impacto de las políticas.

En cuanto a políticas de reducción del consumo de grasas trans, Argentina fue pionera en la región. En el año 2010 a través de las Resoluciones Conjuntas 137/2010 y 941/2010 se modificó La Ley 18.284 del CAA incorporando el Artículo 155 tris que limita el uso de grasas trans en alimentos industrializados

En 2018 se presentó una propuesta de modificación del Artículo 155 Tris del CAA, que incluye a las materias primas e ingredientes en la restricción y límites máximos de grasas trans, para cerrar un vacío legal que había respecto a una interpretación ambigua del alcance de la norma en margarinas industriales, insumo esencial para productos artesanales como los de panadería. Dicha modificación se encuentra en trámite administrativo, al momento de la presente publicación en octubre 2019.

En 2016 a través de la Resolución 732/2016 se creó el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad bajo la órbita de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT).

La DNPSyCECNT publicó en 2016, las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) y en 2018 se publicó el Manual de aplicación de las GAPA ambas aprobadas por la Resolución 693/2019, y reconocidas como el estándar nacional para el diseño de políticas alimentarias, sean éstas educativas, regulatorias y/u otras. Las GAPA constituyen una herramienta fundamental para favorecer la aprehensión de conocimientos y traducen las metas nutricionales establecidas para la población en mensajes educativos prácticos. Entre ellos, “se recomienda incorporar diariamente 5 porciones de frutas y verduras” o “limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal”, entre otras (1) (24).

Una estrategia integral de educación alimentaria y nutricional se está llevando a cabo desde 2017 a través de diferentes capacitaciones presenciales y desde 2019 con cursos virtuales en todo el país y dirigido a los equipos de salud del primer nivel de atención y otras audiencias para diseminar los contenidos principales de las GAPA. Si bien la educación alimentaria es fundamental, resulta insuficiente para revertir los patrones alimentarios de consumo existentes en el país si no se acompañan de un paquete de medidas regulatorias, de demostrada efectividad para facilitar una alimentación saludable, a través de la regulación de los entornos y de los productos que faciliten la adopción de hábitos alimentarios más saludables (25) (26) (27) (28).

En este sentido y para promover políticas efectivas en 2019, y a través de la Resolución 996/2019, se puso en marcha el Plan Nacional “Así” (Alimentación Saludable en la Infancia) (29), un Plan Nacional de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en Niños, Niñas y Adolescentes y que se desarrolla con más profundidad en el capítulo de “Peso corporal” .Uno de los objetivos principales de este Plan Nacional tiene que ver con el fortalecimiento de los sistemas alimentarios sostenibles, lo cual resulta crítico para revertir el extremadamente bajo consumo de frutas y verduras en el país. El Plan plantea un paquete de medidas integrales que faciliten la accesibilidad y asequibilidad de estos alimentos para los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Manual de Aplicación. 2018 [acceso 21/07/2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf
2. OMS-OPS. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 2016. [acceso 21/07/2019] Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18622/9789275318737_spa.pdf
3. World Cancer Research Fund - American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington: AICR; 2007. [acceso 21/07/2019]. Disponible en: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/english.pdf>
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy. Seattle: IHME; 2013. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf
5. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2019; 393: 1958–72.
6. Cabezas- Zabala CC, Hernández-Torres BC, Vargas-Zárate M: Aceites y grasas trans: efectos en la salud y regulación mundial. *Rev. Fac. Med.* 2016 Vol. 64 No. 4: 761-8. [acceso 21/07/2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00761.pdf>
7. Lichtenstein AH. Dietary trans fatty acids and cardiovascular disease risk: past and present. *Current Atherosclerosis Reports* 2014; 16: 433, 7. Mozaffarian D and Clarke R. Quantitative effects on cardiovascular risk factors and coronary heart disease risk of replacing partially hydrogenated vegetable oils with other fats and oils. *Eur J Clin Nutr* 2009; 63 Suppl 2: S22-33. 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Desnutrición y Sobrenutrición. Nota descriptiva N° 4. Centro de Prensa. [acceso 22/07/2019]. Disponible en: https://www.who.int/childgrowth/4_doble_carga.pdf
9. GBD: Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS), Obesidad y Sobrepeso, Nota descriptiva N°311, Agosto de 2014 [acceso 22/07/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
11. GBD. Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017 Jul 6;377(1):13-27. 2015.
12. Zapata M., et al. La mesa argentina en las últimas dos décadas. Cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes (1996 – 2013). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CESNI, 2016.
13. Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas, OPS 2015. [acceso 22/07/2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf
14. CREDIT SUISSE AG. Sugar consumption at a crossroad. Research Institute, Credit Suisse. 2013. [acceso 22/07/2019]. Disponible en: http://archive.wphna.org/wp-content/uploads/2014/01/13-09_Credit_Suisse_Sugar_crossroads.pdf
15. Euromonitor International. Country Report. Argentina. Carbonates. 2017. [acceso 22/07/2019]. Disponible en: <https://www.euromonitor.com/carbonates-in-%20%C2%B7%20argentina/report>
16. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. "Salud evaluó el cumplimiento de la reducción de sodio en los alimentos procesados". 21/08/2018. [acceso 22/07/2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/home/6-destacados-slide/index.php?option=com_content&view=article&id=523:salud-evaluo-el-cumplimiento-de-la-reduccion-de-sodio-en-los-alimentos-procesados&catid=6:destacados-slide523
17. Peña L., Bergesio L., Discacciati V, Majdalani M.P., Elorriaga N., Mejía R. Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. *Revista. Argentina de Salud Pública.* Vol. 6 – N° 25 - 2015;6:7-13.
18. Sánchez G., Peña L., Varea S., Mogrovejo P., Goetschel ML, Montero-Campos Mde L., Mejía R., Blanco-Metzler A. Conocimientos, percepciones y comportamiento relacionados con el consumo de sal, salud, y etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2012; 32 : 259-264. [acceso 24/07/2019] Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012001000003&lng=es&nrm=iso&tlng=Es

19. Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D., Umaliya, E., Swinburn, B. A.: "Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis", *Bull World Health Organ.* 93:446-56. 2015.
20. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Clinical Nutrition.* 98(4):1084-102. 2013.
21. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. [acceso 22/07/2019] Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
22. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Santiago de Chile, FAO – OMS – OPS, 2017.
23. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington D.C., USA, OMS – OPS, 2014.
24. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. - 1ª Ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018. [acceso 22/07/2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf
25. Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. OMS-OPS, Washington D.C, 2014. [acceso 30/07/2019] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf>
26. Organización Mundial de la Salud. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary. OMS, Ginebra, 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Obesidad: una cuestión de derechos de niños, niñas y adolescentes. Recomendaciones de políticas para su protección. Buenos Aires, 2019. [acceso 30/07/2019] Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4996/file/Obesidad,%20una%20cuesti%C3%B3n%20de%20derechos.pdf>
28. Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. ONU-OPS,Santiago, 2017. [acceso 30/07/2019] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
29. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Resolución 996/2019. Buenos Aires, 2019. [acceso 30/07/2019] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/209954/20190624>

Tabla 5.1. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	16,4 (15,6 - 17,3)
Ciudad de Buenos Aires	29,9 (26,7 - 33,4)	32,7 (29,3 - 36,3)	22,1 (18,4 - 26,4)	19,4 (16,6 - 22,1)
Buenos Aires	25,0 (22,4 - 27,7)	28,7 (26,9 - 30,6)	20,4 (18,7 - 22,3)	19,6 (17,9 - 21,3)
Córdoba	23,1 (19,6 - 27,0)	21,6 (19,2 - 24,2)	15,7 (12,7 - 19,3)	19,5 (16,2 - 22,8)
Entre Ríos	18,3 (15,8 - 21,2)	24,3 (20,2 - 28,9)	8,9 (6,9 - 11,3)	13,2 (10,4 - 16,1)
La Pampa	22,4 (18,8 - 26,5)	24,6 (21,3 - 28,3)	14,1 (11,2 - 17,6)	15,5 (11,1 - 19,8)
Santa Fe	22,0 (19,5 - 24,8)	23,8 (20,8 - 27,0)	14,7 (12,8 - 16,7)	11,0 (8,6 - 13,4)
Pampeana y GBA	24,8 (23,2 - 26,6)	27,6 (26,4 - 28,9)	18,9 (17,7 - 20,2)	18,3 (17,1 - 19,5)
Catamarca	26,1 (23,2 - 29,3)	26,9 (21,8 - 32,6)	24,5 (20,2 - 29,3)	27,8 (24,1 - 31,6)
Jujuy	13,8 (11,8 - 16,0)	15,7 (13,6 - 17,9)	10,8 (8,3 - 14,1)	6,1 (4,0 - 8,2)
La Rioja	26,6 (23,8 - 29,7)	30,1 (25,6 - 35,1)	21,9 (18,6 - 25,6)	18,2 (14,6 - 21,8)
Salta	17,1 (13,5 - 21,4)	16,7 (14,3 - 19,4)	11,0 (8,7 - 13,8)	10,6 (8,7 - 12,5)
Santiago del Estero	14,1 (11,8 - 16,7)	20,7 (17,4 - 24,3)	11,6 (9,6 - 14,0)	12,4 (9,5 - 15,4)
Tucumán	16,5 (12,2 - 22,0)	16,8 (14,3 - 19,6)	12,4 (10,2 - 15,1)	11,2 (8,8 - 13,6)
Noroeste	17,3 (15,4 - 19,4)	18,8 (17,6 - 20,2)	13,2 (12,0 - 14,4)	12,1 (10,9 - 13,3)
Corrientes	17,7 (10,7 - 27,9)	23,4 (16,7 - 31,8)	13,1 (10,4 - 16,2)	16,5 (13,4 - 19,6)
Chaco	17,0 (13,0 - 21,9)	19,0 (14,9 - 23,8)	9,2 (6,9 - 12,2)	8,8 (6,4 - 11,2)
Formosa	17,4 (11,5 - 25,5)	11,0 (8,8 - 13,6)	12,3 (9,1 - 16,3)	10,1 (6,5 - 13,8)
Misiones	11,5 (8,9 - 14,7)	12,1 (8,0 - 18,0)	7,2 (5,1 - 10,2)	9,7 (4,0 - 15,4)
Noreste	15,8 (13,1 - 19,1)	17,4 (14,7 - 20,5)	10,2 (8,7 - 11,9)	11,5 (9,4 - 13,6)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	29,8	24,6	17,7	13,4
	(26,9 - 32,9)	(21,4 - 28,2)	(15,2 - 20,5)	(10,8 - 15,9)
Neuquén	24,5	23,4	17,4	14,8
	(20,6 - 28,8)	(20,5 - 26,7)	(13,4 - 22,3)	(11,4 - 18,2)
Río Negro	17,6	22,4	16,3	11,8
	(14,3 - 21,5)	(19,0 - 26,3)	(14,2 - 18,6)	(9,6 - 14,0)
Santa Cruz	26,8	20,1	23,1	19,0
	(24,5 - 29,2)	(17,5 - 22,9)	(19,9 - 26,6)	(14,9 - 23)
Tierra del Fuego	19,0	21,7	16,0	11,9
	(16,3 - 22,0)	(18,4 - 25,5)	(13,3 - 19,2)	(8,3 - 15,5)
Patagónica	23,6	22,9	17,9	14,0
	(21,1 - 26,3)	(21,3 - 24,6)	(16,4 - 19,5)	(12,7 - 15,3)
Mendoza	18,1	18,5	12,3	10,2
	(15,6 - 20,9)	(15,6 - 21,8)	(10,1 - 14,8)	(7,4 - 12,9)
San Juan	21,2	23,0	16,3	12,3
	(18,7 - 23,8)	(20,1 - 26,2)	(13,0 - 20,2)	(9,1 - 15,4)
San Luis	26,8	26,2	13,9	13,9
	(22,8 - 31,3)	(23,0 - 29,7)	(11,0 - 17,3)	(10,4 - 17,4)
Cuyo	20,2	20,9	13,5	11,3
	(18,4 - 22,1)	(18,9 - 23,0)	(11,8 - 15,4)	(9,5 - 13,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 5.2. 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, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	16,4 (15,6 - 17,3)
Sexo	
Varón	17,7 (16,4 - 18,9)
Mujer	15,3 (14,2 - 16,4)
Grupo de edad	
18 a 24	21,1 (18,6 - 23,6)
25 a 34	21,0 (19,2 - 22,8)
35 a 49	16,5 (14,9 - 18)
50 a 64	13,2 (11,5 - 14,8)
65 y más	9,8 (8,2 - 11,3)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	11,5 (9,0 - 14,1)
Primario completo y secundario incompleto	17,2 (15,7 - 18,8)
Secundario completo y más	16,6 (15,5 - 17,6)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	15,2 (14,3 - 16,2)
Sólo cobertura pública	18,9 (17,3 - 20,6)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	16,8 (14,7 - 19,0)
2	16,8 (14,9 - 18,8)
3	16,4 (14,4 - 18,4)
4	15,1 (13,5 - 16,8)
5	16,9 (15,1 - 18,7)

Tabla 5.3. Utilización de sal habitualmente durante la cocción en la población de 18 años y más, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	68,9
	(67,8 - 70)
Ciudad de Buenos Aires	61,6
	(58,8 - 64,5)
Buenos Aires	64,3
	(62,2 - 66,4)
Córdoba	75,8
	(72,8 - 78,9)
Entre Ríos	73,1
	(70,9 - 75,3)
La Pampa	61,6
	(56,7 - 66,5)
Santa Fe	70,2
	(66,9 - 73,6)
Pampeana y GBA	66,3
	(64,8 - 67,8)
Catamarca	68,8
	(64,9 - 72,6)
Jujuy	79,9
	(76 - 83,9)
La Rioja	72,3
	(67,3 - 77,3)
Salta	73,3
	(69,8 - 76,9)
Santiago del Estero	68,9
	(62,9 - 75)
Tucumán	72,2
	(67,9 - 76,6)
Noroeste	72,9
	(71,1 - 74,7)
Corrientes	76,8
	(72,5 - 81,1)
Chaco	76,6
	(71,9 - 81,2)
Formosa	75,6
	(70,7 - 80,5)
Misiones	81,8
	(78,6 - 85,1)
Noreste	78,0
	(75,9 - 80,1)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	73,3
	(69,5 - 77,1)
Neuquén	77,6
	(74,6 - 80,6)
Río Negro	77,7
	(74,9 - 80,6)
Santa Cruz	69,2
	(65,2 - 73,2)
Tierra del Fuego	67,7
	(61,2 - 74,3)
Patagónica	74,6
	(73,1 - 76,2)
Mendoza	74,8
	(71,2 - 78,4)
San Juan	75,3
	(71,2 - 79,3)
San Luis	69,4
	(64,8 - 73,9)
Cuyo	74,0
	(71,5 - 76,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 5.4. Utilización de sal habitualmente durante de la cocción en la población de 18 años y más 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	68,9 (67,8 - 70)
Sexo	
Varón	66,8 (65,2 - 68,4)
Mujer	70,8 (69,4 - 72,1)
Grupo de edad	
18 a 24	77,3 (74,4 - 80,1)
25 a 34	77,1 (75 - 79,2)
35 a 49	72,5 (70,5 - 74,4)
50 a 64	62,3 (60,2 - 64,4)
65 y más	51,7 (49,5 - 53,9)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	65,9 (62,4 - 69,5)
Primario completo y secundario incompleto	69,9 (68,1 - 71,7)
Secundario completo y más	68,6 (67,2 - 70)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	65,3 (64,1 - 66,6)
Sólo cobertura pública	76,3 (74,7 - 77,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	73,0 (70,6 - 75,5)
2	71,3 (69,2 - 73,4)
3	69,1 (67 - 71,3)
4	65,5 (63,2 - 67,7)
5	65,5 (63,3 - 67,7)

Tabla 5.5. 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 2009-2013-2018.

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	2,0 (1,9 - 2,0)	1,9 (1,9 - 2,0)	2,0 (2 - 2,1)
Ciudad de Buenos Aires	2,2 (2,1 - 2,4)	2,1 (1,9 - 2,2)	2,4 (2,3 - 2,5)
Buenos Aires	2,0 (1,9 - 2,0)	2,0 (1,9 - 2,1)	2,0 (2 - 2,1)
Córdoba	2,2 (2,0 - 2,4)	2,0 (1,8 - 2,3)	1,9 (1,8 - 2,1)
Entre Ríos	1,9 (1,7 - 2,0)	2,0 (1,8 - 2,1)	1,8 (1,7 - 1,9)
La Pampa	2,0 (1,7 - 2,2)	1,7 (1,6 - 1,9)	3,6 (3,1 - 4)
Santa Fe	1,9 (1,8 - 2,0)	2,0 (1,9 - 2,2)	2,1 (2,0 - 2,2)
Pampeana y GBA	2,0 (2,0 - 2,1)	2,0 (1,9 - 2,1)	2,1 (2 - 2,1)
Catamarca	1,9 (1,6 - 2,3)	1,4 (1,3 - 1,5)	2,3 (1,9 - 2,8)
Jujuy	2,3 (2,1 - 2,4)	1,8 (1,6 - 1,9)	2,0 (1,9 - 2,1)
La Rioja	1,5 (1,4 - 1,7)	1,2 (1,1 - 1,3)	2,1 (1,8 - 2,3)
Salta	1,9 (1,8 - 2,0)	1,9 (1,8 - 2,0)	1,8 (1,7 - 1,9)
Santiago del Estero	1,7 (1,6 - 1,8)	1,7 (1,5 - 1,8)	1,6 (1,5 - 1,7)
Tucumán	1,8 (1,7 - 1,9)	1,7 (1,6 - 1,8)	1,5 (1,4 - 1,6)
Noroeste	1,9 (1,8 - 1,9)	1,7 (1,7 - 1,8)	1,8 (1,7 - 1,8)
Corrientes	1,8 (1,6 - 1,9)	1,5 (1,4 - 1,6)	1,8 (1,7 - 1,9)
Chaco	1,8 (1,7 - 1,8)	1,7 (1,5 - 1,9)	1,7 (1,6 - 1,9)
Formosa	2,3 (2,2 - 2,5)	2,0 (1,8 - 2,3)	2,6 (2,3 - 3)
Misiones	1,9 (1,6 - 2,2)	1,7 (1,6 - 1,8)	2,5 (2,2 - 2,8)
Noreste	1,9 (1,8 - 2,0)	1,7 (1,6 - 1,8)	2,1 (2,0 - 2,2)

continúa en página siguiente

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)
Provincias y regiones			
Chubut	1,8	2,3	1,9
	(1,7 - 1,9)	(2,1 - 2,5)	(1,8 - 2)
Neuquén	2,0	2,0	2,2
	(1,9 - 2,1)	(1,9 - 2,1)	(2,0 - 2,3)
Río Negro	1,9	1,8	2,0
	(1,8 - 2,0)	(1,7 - 1,9)	(1,9 - 2)
Santa Cruz	2,0	1,9	2,1
	(1,7 - 2,3)	(1,8 - 2,1)	(1,9 - 2,2)
Tierra del Fuego	1,6	2,1	2,0
	(1,5 - 1,8)	(1,8 - 2,4)	(1,8 - 2,2)
Patagónica	1,9	2,0	2,0
	(1,8 - 2,0)	(1,9 - 2,1)	(2,0 - 2,1)
Mendoza	2,0	1,9	2,0
	(1,9 - 2,2)	(1,8 - 2,0)	(1,8 - 2,2)
San Juan	1,9	1,9	1,7
	(1,8 - 2,0)	(1,8 - 2,1)	(1,6 - 1,8)
San Luis	1,8	1,5	1,8
	(1,7 - 1,9)	(1,4 - 1,6)	(1,7 - 1,9)
Cuyo	2,0	1,8	1,9
	(1,9 - 2,0)	(1,8 - 1,9)	(1,8 - 2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 5.6. 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, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Total	2,0 (2,0 - 2,1)
Sexo	
Varón	1,9 (1,9 - 2,0)
Mujer	2,1 (2,1 - 2,2)
Grupo de edad	
18 a 24	1,9 (1,8 - 2,0)
25 a 34	1,9 (1,8 - 1,9)
35 a 49	2,0 (1,9 - 2,0)
50 a 64	2,2 (2,1 - 2,2)
65 y más	2,3 (2,2 - 2,4)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	1,8 (1,7 - 2,0)
Primario completo y secundario incompleto	1,8 (1,8 - 1,9)
Secundario completo y más	2,2 (2,1 - 2,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	2,1 (2,1 - 2,2)
Sólo cobertura pública	1,8 (1,7 - 1,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	1,7 (1,6 - 1,8)
2	1,8 (1,7 - 1,9)
3	2,0 (2,0 - 2,1)
4	2,2 (2,1 - 2,3)
5	2,4 (2,3 - 2,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 5.7. 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 2009-2013-2018.

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Total	4,8 (4,4 - 5,3)	4,9 (4,3 - 5,5)	6,0 (5,5 - 6,6)
Ciudad de Buenos Aires	6,1 (4,6 - 8,0)	6,1 (4,4 - 8,5)	8,2 (6,4 - 10,0)
Buenos Aires	4,7 (3,9 - 5,7)	5,1 (4,1 - 6,3)	6,5 (5,5 - 7,5)
Córdoba	6,8 (5,4 - 8,6)	6,5 (3,7 - 11,3)	4,9 (3,3 - 6,5)
Entre Ríos	4,5 (2,9 - 6,8)	4,2 (2,6 - 6,5)	3,7 (2,7 - 4,8)
La Pampa	4,2 (2,8 - 6,5)	1,7 (1,0 - 2,9)	22,8 (17,7 - 27,9)
Santa Fe	4,6 (3,6 - 5,9)	5,7 (4,4 - 7,4)	6,6 (5,2 - 8,1)
Pampeana y GBA	5,1 (4,5 - 5,8)	5,4 (4,6 - 6,3)	6,6 (5,9 - 7,3)
Catamarca	6,7 (3,6 - 12,3)	1,7 (0,9 - 3,1)	11,8 (6,8 - 16,7)
Jujuy	6,8 (5,3 - 8,6)	2,6 (1,6 - 4,1)	4,3 (2,4 - 6,1)
La Rioja	2,6 (1,4 - 4,9)	0,7 (0,3 - 1,7)	6,9 (3,4 - 10,4)
Salta	4,4 (3,0 - 6,5)	4,5 (3,2 - 6,3)	3,0 (1,9 - 4,1)
Santiago del Estero	2,0 (1,2 - 3,3)	3,1 (1,9 - 5,1)	1,9 (0,2 - 3,5)
Tucumán	3,2 (2,0 - 4,9)	2,0 (1,4 - 3,0)	1,0 (0,3 - 1,7)
Noroeste	4,1 (3,4 - 4,9)	2,8 (2,3 - 3,4)	3,3 (2,6 - 4,0)
Corrientes	4,4 (2,9 - 6,4)	2,6 (1,7 - 4,1)	3,4 (2,3 - 4,6)
Chaco	4,0 (2,9 - 5,6)	3,6 (2,0 - 6,3)	4,7 (2,8 - 6,5)
Formosa	5,6 (4,1 - 7,7)	5,9 (3,6 - 9,6)	12,9 (9,6 - 16,2)
Misiones	4,0 (1,9 - 8,1)	1,8 (1,1 - 2,8)	11,5 (7,3 - 15,8)
Noreste	4,4 (3,5 - 5,5)	3,1 (2,4 - 4,1)	7,3 (5,9 - 8,7)

continúa en página siguiente

	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones			
Chubut	3,7	8,4	3,8
	(2,6 - 5,3)	(6,2 - 11,4)	(2,5 - 5,1)
Neuquén	4,5	5,8	6,7
	(3,3 - 6,1)	(4,1 - 8,0)	(4,6 - 8,9)
Río Negro	4,1	3,7	4,6
	(2,5 - 6,6)	(2,5 - 5,4)	(3,5 - 5,6)
Santa Cruz	5,5	4,2	6,4
	(3,8 - 8,1)	(3,2 - 5,5)	(4,5 - 8,3)
Tierra del Fuego	2,2	6,0	7,7
	(1,3 - 3,6)	(3,7 - 9,5)	(4,7 - 10,6)
Patagónica	4,1	5,6	5,4
	(3,4 - 5,0)	(4,8 - 6,6)	(4,6 - 6,2)
Mendoza	5,0	3,8	5,4
	(3,6 - 6,8)	(2,8 - 5,3)	(3,1 - 7,8)
San Juan	2,7	4,6	1,4
	(1,8 - 4,0)	(2,9 - 7,3)	(0,4 - 2,4)
San Luis	3,1	1,8	2,8
	(2,3 - 4,2)	(1,1 - 2,9)	(1,6 - 4,0)
Cuyo	4,1	3,7	4,1
	(3,2 - 5,2)	(2,9 - 4,7)	(2,7 - 5,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 5.8. Consumo de 5 o más porciones de frutas y verduras al día de la población de 18 años y más 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	6,0 (5,5 - 6,6)
Sexo	
Varón	5,5 (4,8 - 6,3)
Mujer	6,5 (5,9 - 7,1)
Grupo de edad	
18 a 24	5,7 (4,4 - 7)
25 a 34	4,7 (3,7 - 5,7)
35 a 49	5,2 (4,3 - 6)
50 a 64	7,4 (6,3 - 8,5)
65 y más	8,0 (6,8 - 9,2)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	4,9 (3,4 - 6,3)
Primario completo y secundario incompleto	4,9 (4 - 5,7)
Secundario completo y más	6,9 (6,2 - 7,6)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	6,7 (6,1 - 7,3)
Sólo cobertura pública	4,6 (3,8 - 5,4)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	4,4 (3,3 - 5,5)
2	4,7 (3,6 - 5,8)
3	5,5 (4,5 - 6,5)
4	7,3 (6,1 - 8,5)
5	8,2 (7,1 - 9,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 5.9. Tipo de barreras al consumo de frutas y verduras en la población de 18 años y más, 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 2018.

ENFR 2018					
%					
(IC 95%)					
	Come la cantidad adecuada	Factores individuales	Factores económicos	Factores del entorno	Otros
Total					
Total	42,7	36,6	18,8	1,1	0,8
	(41,6 - 43,9)	(35,3 - 37,9)	(17,9 - 19,7)	(0,9 - 1,3)	(0,6 - 1,0)
Sexo					
Varón	41,7	40,2	16,1	1,1	0,8
	(40,0 - 43,4)	(38,5 - 41,9)	(14,9 - 17,3)	(0,8 - 1,4)	(0,6 - 1,1)
Mujer	43,7	33,3	21,2	1,1	0,7
	(42,2 - 45,1)	(31,9 - 34,8)	(20,1 - 22,3)	(0,8 - 1,4)	(0,5 - 0,9)
Grupo de edad					
18 a 24	37,3	44,4	16,4	1,4	0,5
	(34,1 - 40,6)	(41,4 - 47,5)	(14,0 - 18,8)	(0,6 - 2,1)	(0,2 - 0,8)
25 a 34	37,1	42,6	18,5	1,3	0,5
	(34,6 - 39,6)	(40,0 - 45,2)	(16,6 - 20,4)	(0,8 - 1,8)	(0,2 - 0,8)
35 a 49	39,6	38,9	19,3	1,3	0,9
	(37,8 - 41,5)	(36,9 - 40,8)	(17,9 - 20,7)	(0,9 - 1,7)	(0,5 - 1,3)
50 a 64	46,7	30,5	20,9	0,8	1
	(44,4 - 49,1)	(28,3 - 32,7)	(19,3 - 22,6)	(0,5 - 1,1)	(0,6 - 1,5)
65 y más	55,9	24,6	17,8	0,7	0,9
	(53,7 - 58,2)	(22,7 - 26,4)	(16,0 - 19,6)	(0,4 - 1,1)	(0,5 - 1,4)
Nivel educativo					
Hasta primario incompleto	38,9	25,6	34,6	0,5	0,4
	(35,2 - 42,7)	(22,6 - 28,6)	(31,2 - 38,1)	(0,2 - 0,7)	(0,1 - 0,7)
Primario completo y secundario incompleto	38,7	34,6	25,0	0,9	0,8
	(36,9 - 40,4)	(32,8 - 36,4)	(23,4 - 26,6)	(0,7 - 1,2)	(0,5 - 1,1)
Secundario completo y más	45,7	39,2	12,9	1,3	0,8
	(44,2 - 47,3)	(37,6 - 40,8)	(11,9 - 13,9)	(1,0 - 1,6)	(0,6 - 1,1)
Cobertura de salud					
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	46,2	36,7	15,0	1,1	0,9
	(44,9 - 47,5)	(35,3 - 38,1)	(14,0 - 16,0)	(0,9 - 1,4)	(0,7 - 1,2)
Sólo cobertura pública	35,5	36,3	26,6	1,1	0,5
	(33,4 - 37,7)	(34,2 - 38,4)	(24,9 - 28,3)	(0,7 - 1,4)	(0,3 - 0,7)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora					
1	32,4	32,2	33,4	1,2	0,7
	(30,1 - 34,7)	(29,7 - 34,7)	(31,3 - 35,5)	(0,7 - 1,8)	(0,4 - 1,1)
2	39,6	35,4	23,9	0,7	0,3
	(37,5 - 41,8)	(33,2 - 37,6)	(21,8 - 26,0)	(0,4 - 1,0)	(0,1 - 0,5)
3	43,7	35,8	18,7	1,1	0,7
	(41,4 - 46,0)	(33,5 - 38,1)	(17,0 - 20,4)	(0,6 - 1,6)	(0,3 - 1,0)
4	48,1	38,3	11,6	1,1	1
	(45,8 - 50,3)	(36,1 - 40,4)	(10,1 - 13,0)	(0,7 - 1,5)	(0,5 - 1,4)
5	49,9	41,3	6,3	1,4	1,2
	(47,6 - 52,2)	(38,9 - 43,6)	(5,3 - 7,2)	(0,9 - 1,9)	(0,7 - 1,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 5.10. Percepción de la propia alimentación o dieta habitual como poco/nada saludable de la población de 18 años y más, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	28,2
	(27,3 - 29,2)
Ciudad de Buenos Aires	19,9
	(17,6 - 22,2)
Buenos Aires	31,2
	(29,3 - 33,1)
Córdoba	24,6
	(21,6 - 27,6)
Entre Ríos	22,6
	(20,0 - 25,2)
La Pampa	22,3
	(17,9 - 26,6)
Santa Fe	22,3
	(19,0 - 25,6)
Pampeana y GBA	27,7
	(26,3 - 29)
Catamarca	37,4
	(33,0 - 41,9)
Jujuy	34,5
	(30,2 - 38,8)
La Rioja	40,0
	(35,3 - 44,6)
Salta	31,9
	(28,7 - 35,0)
Santiago del Estero	30,1
	(25,0 - 35,1)
Tucumán	32,0
	(28,7 - 35,3)
Noroeste	33,0
	(31,2 - 34,7)
Corrientes	27,7
	(23,9 - 31,5)
Chaco	24,4
	(20,6 - 28,2)
Formosa	28,5
	(24,4 - 32,6)
Misiones	21,6
	(18,7 - 24,6)
Noreste	25,1
	(23,3 - 26,9)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	31,6
	(27,3 - 35,9)
Neuquén	28,0
	(24,3 - 31,7)
Río Negro	26,6
	(23,9 - 29,2)
Santa Cruz	36,8
	(32,2 - 41,5)
Tierra del Fuego	31,9
	(26,2 - 37,7)
Patagónica	30,1
	(28,4 - 31,8)
Mendoza	26,6
	(22,6 - 30,6)
San Juan	32,5
	(28,2 - 36,8)
San Luis	32,8
	(28,0 - 37,6)
Cuyo	29,0
	(26,4 - 31,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 5.11. Percepción de la propia alimentación o dieta habitual como poco/nada saludable de la población de 18 años y más, 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	28,2 (27,3 - 29,2)
Sexo	
Varón	26,5 (25,0 - 28,0)
Mujer	29,8 (28,5 - 31,1)
Grupo de edad	
18 a 24	34,8 (31,8 - 37,7)
25 a 34	36,3 (34,0 - 38,6)
35 a 49	31,0 (29,2 - 32,9)
50 a 64	23,1 (21,1 - 25,0)
65 y más	12,8 (11,2 - 14,3)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	26,5 (22,7 - 30,3)
Primario completo y secundario incompleto	32,7 (30,9 - 34,4)
Secundario completo y más	25,7 (24,5 - 27,0)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	23,9 (22,8 - 25)
Sólo cobertura pública	37,4 (35,5 - 39,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	36,7 (34,2 - 39,3)
2	32,4 (30,2 - 34,6)
3	29,1 (26,7 - 31,5)
4	24,2 (22,2 - 26,1)
5	18,9 (17,2 - 20,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 5.12. Razones de percepción de la propia alimentación o dieta habitual como poco/nada saludable de la población de 18 años y más, 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 2018.

ENFR 2018				
%				
(IC 95%)				
	Hábitos alimentarios	Precio y accesibilidad	Entorno	Otros
Total				
Total	59,0 (57,1 - 61,0)	23,7 (21,9 - 25,5)	14,1 (12,4 - 15,8)	3,2 (2,3 - 4,1)
Sexo				
Varón	62,0 (59,0 - 65,1)	19,3 (17,0 - 21,5)	16,3 (13,7 - 19,0)	2,4 (1,4 - 3,3)
Mujer	56,6 (53,9 - 59,3)	27,2 (24,8 - 29,7)	12,2 (10,1 - 14,4)	3,9 (2,5 - 5,3)
Grupo de edad				
18 a 24	69,3 (64,4 - 74,3)	13,7 (10,2 - 17,2)	14,1 (9,8 - 18,3)	2,9 (0,5 - 5,3)
25 a 34	61,4 (57,3 - 65,6)	21,2 (17,7 - 24,6)	15,4 (11,5 - 19,4)	2,0 (0,7 - 3,2)
35 a 49	57,5 (54,1 - 60,9)	24,1 (21,1 - 27,0)	15,4 (12,6 - 18,1)	3,1 (1,8 - 4,4)
50 a 64	49,6 (45,0 - 54,2)	33,2 (28,6 - 37,8)	12,4 (9,1 - 15,8)	4,7 (2,7 - 6,8)
65 y más	50,3 (43,9 - 56,7)	36,8 (30,1 - 43,5)	6,9 (4,2 - 9,6)	6,1 (3,6 - 8,5)
Nivel educativo				
Hasta primario incompleto	38,9 (31,3 - 46,6)	45,6 (38,1 - 53,2)	13,5 (5,7 - 21,3)	1,9 (0,4 - 3,4)
Primario completo y secundario incompleto	55,6 (52,3 - 58,9)	28,4 (25,4 - 31,5)	13,0 (10,4 - 15,6)	3,0 (1,8 - 4,1)
Secundario completo y más	64,3 (61,6 - 67,0)	17,1 (15,1 - 19,0)	15,0 (12,9 - 17,1)	3,6 (2,5 - 4,7)
Cobertura de salud				
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	62,9 (60,5 - 65,3)	20,0 (18,1 - 22,0)	13,7 (11,8 - 15,7)	3,3 (2,5 - 4,1)
Sólo cobertura pública	53,8 (50,2 - 57,5)	28,6 (25,5 - 31,7)	14,5 (11,5 - 17,5)	3,1 (1,5 - 4,7)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora				
1	45,5 (41,2 - 49,8)	36,5 (32,4 - 40,6)	14,4 (9,9 - 18,8)	3,6 (1,7 - 5,5)
2	54,2 (49,7 - 58,8)	30,2 (25,9 - 34,5)	13,4 (9,7 - 17,2)	2,1 (0,9 - 3,4)
3	64,5 (60,5 - 68,5)	18,3 (15,2 - 21,4)	13,7 (10,5 - 16,9)	3,4 (2,0 - 4,8)
4	67,6 (63,3 - 71,8)	14,3 (11,0 - 17,6)	14,4 (11,0 - 17,9)	3,7 (1,6 - 5,8)
5	74,1 (69,0 - 79,2)	7,8 (5,4 - 10,3)	14,6 (10,3 - 19,0)	3,5 (2,3 - 4,6)

Tabla 5.13. Acuerdo con el impuesto a las bebidas azucaradas en la población de 18 años y más, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	48,1
	(46,9 - 49,2)
Ciudad de Buenos Aires	55,5
	(52,2 - 58,8)
Buenos Aires	44,1
	(42,0 - 46,2)
Córdoba	59,0
	(55,1 - 62,8)
Entre Ríos	45,2
	(40,2 - 50,3)
La Pampa	60,4
	(54,7 - 66,1)
Santa Fe	47,4
	(43,5 - 51,3)
Pampeana y GBA	47,8
	(46,2 - 49,3)
Catamarca	48,4
	(43,7 - 53,0)
Jujuy	44,8
	(39,8 - 49,7)
La Rioja	40,7
	(35,8 - 45,6)
Salta	44,6
	(39,8 - 49,4)
Santiago del Estero	41,0
	(35,4 - 46,6)
Tucumán	25,8
	(22,4 - 29,2)
Noroeste	38,4
	(36,3 - 40,4)
Corrientes	51,1
	(46,4 - 55,8)
Chaco	52,1
	(47,1 - 57,1)
Formosa	47,5
	(41,2 - 53,7)
Misiones	43,9
	(38,1 - 49,8)
Noreste	48,9
	(46,1 - 51,7)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	56,0
	(52,2 - 59,9)
Neuquén	52,5
	(48,3 - 56,7)
Río Negro	62,6
	(57,0 - 68,1)
Santa Cruz	49,7
	(44,3 - 55,0)
Tierra del Fuego	51,8
	(46,4 - 57,2)
Patagónica	55,7
	(53,4 - 58,1)
Mendoza	61,2
	(57,2 - 65,2)
San Juan	57,7
	(53,1 - 62,4)
San Luis	55,6
	(51,3 - 60,0)
Cuyo	59,4
	(56,8 - 62,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 5.14. Acuerdo con el impuesto a las bebidas azucaradas en la población de 18 años y más, 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	48,1 (46,9 - 49,2)
Sexo	
Varón	47,9 (46,2 - 49,6)
Mujer	48,2 (46,7 - 49,6)
Grupo de edad	
18 a 24	44,6 (41,7 - 47,5)
25 a 34	47,1 (44,7 - 49,5)
35 a 49	50,1 (48,0 - 52,3)
50 a 64	50,7 (48,5 - 52,9)
65 y más	45,9 (43,7 - 48,1)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	38,7 (35,1 - 42,3)
Primario completo y secundario incompleto	41,5 (39,6 - 43,4)
Secundario completo y más	53,3 (51,9 - 54,8)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	50,7 (49,4 - 52,1)
Sólo cobertura pública	42,4 (40,5 - 44,4)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	41,2 (38,7 - 43,7)
2	45,0 (42,8 - 47,3)
3	47,1 (44,9 - 49,4)
4	50,2 (48,0 - 52,4)
5	56,7 (54,5 - 59,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.



Capítulo 6

Peso corporal

Introducción

Los problemas vinculados al exceso de peso constituyen uno de los principales desafíos para la salud pública del siglo XXI. La obesidad en adultos es uno de los factores determinantes que explican el crecimiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. Se estima que gran parte de la carga de ENT son atribuibles al exceso de peso principalmente en el caso de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y diversos tipos de cánceres (1) (2) (3).

En el mundo se calcula que la obesidad es causa de 4 millones de muertes al año (4) (5). Asimismo, gran parte de la carga de enfermedades no transmisibles pueden atribuirse al exceso de peso, como el caso de la diabetes, las cardiopatías isquémicas, y ciertos tipos de cánceres (6). Existe vasta evidencia acerca de la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y enfermedad cardiovascular, diabetes, síndrome metabólico y muerte (6) (7) (8) (9) (10).

En América Latina, la proporción de personas adultas con situación de sobrepeso y obesidad aumentó significativamente en las últimas décadas (11). Este problema era descripto hasta hace algunos años como propio de los países desarrollados, pero en la actualidad el escenario se modificó de forma radical y la epidemia se extiende a gran velocidad a los países de bajos y medianos ingresos. La malnutrición en todas sus formas, tanto sobrepeso como obesidad y desnutrición, se asocian a la pobreza (11) (12) (13) (14) (15) (16).

En Argentina el problema del sobrepeso y la obesidad también es preocupante y su prevalencia a lo largo de los años muestra una tendencia claramente ascendente en todos los grupos etarios y sociales, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social (17) (18) (19) (20) (21).

Los principales factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad son: el consumo elevado de energía a través de productos altamente procesados, de bajo valor nutricional y alto contenido en sal, azúcares y grasas; la ingesta habitual de bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente. Estos cambios en los patrones alimentarios y de estilos de vida se explican e interactúan con una serie de transformaciones económicas, sociales, demográficas y ambientales como los cambios en los modelos de producción de los alimentos ultraprocesados, su alta disponibilidad y asequibilidad, las formas de comercialización y marketing, la insuficiente regulación de los entornos y los productos, entre otros aspectos (22) (23) (24) (25). Es así como las personas se desarrollan en entornos obesogénicos (12).

La protección del derecho a la salud a través de políticas públicas, acciones y legislación, en este caso deben apuntar no sólo a la educación individual y sobre las prácticas de consumo y hábitos de vida de las personas, sino fundamentalmente sobre la regulación de los productos y de los entornos donde esas personas nacen, viven y se desarrollan (24) (25). Para ello, existe un paquete de medidas y estándares internacionales basados en las mejores evidencias disponibles, para la puesta en marcha de políticas para la prevención del sobrepeso y la obesidad. Las medidas recomendadas incluyen acciones concretas tales como la promoción de sistemas alimentarios sostenibles para facilitar el acceso, la asequibilidad y disponibilidad

de alimentos frescos, el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas; las prohibiciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables; etiquetado frontal de alimentos; declaración obligatoria de azúcares y regulación de los entornos escolares, especialmente destinada a la prohibición de la publicidad y venta de alimentos y bebidas no saludables en las escuelas y garantizar acceso al agua segura y actividad física adecuada (6) (12) (26) (27).

El objetivo de este módulo es analizar los indicadores de sobrepeso y obesidad y su tendencia en el tiempo. En esta edición por primera vez se analizaron los indicadores de peso corporal con datos obtenidos mediante mediciones antropométricas (peso y talla) y cuyos resultados constituyen la línea de base a futuro.

Metodología

Peso corporal según autorreporte

Se analizaron los indicadores de peso corporal por autorreporte teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC). El mismo se calculó a partir de las respuestas que las personas dieron respecto de sus medidas de peso y altura. El IMC 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 autorreportado igual o superior a 25 e inferior a 30, y prevalencia de obesidad, definido como el porcentaje de personas con IMC autorreportado igual o superior a 30. La suma de esas dos categorías (sobrepeso y obesidad) se reportan como población con exceso de peso.

En el caso de los indicadores de peso corporal construidos a partir del autorreporte el denominador del indicador fue el total válido de la población, con representatividad nacional y provincial.

Peso corporal según mediciones antropométricas

Tal como se describió en el apartado metodológico general del presente informe de resultados, el llamado "paso 2" de la encuesta consistió en la toma de mediciones antropométricas a una submuestra de hogares. En el mismo se registraron la altura y el peso de las personas seleccionadas, previo consentimiento firmado.

A partir de los datos obtenidos de las mediciones, se analizaron los indicadores de peso corporal según mediciones físicas/antropométricas teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC). El mismo se calculó a partir de los registros de peso y altura con la misma fórmula utilizada para autorreporte.

Los indicadores antropométricos evaluados fueron: prevalencia de sobrepeso, definido como el porcentaje de personas con IMC por mediciones igual o superior a 25 e inferior a 30, y prevalencia de obesidad, definido como el porcentaje de personas con IMC por mediciones igual o superior a 30. La suma de esas dos categorías (sobrepeso y obesidad) se reportan como población con exceso de peso.

Para los indicadores de peso corporal según mediciones antropométricas el denominador fue el subconjunto muestral con mediciones objetivas (con representatividad nacional en personas de 18 años y más residentes en localidades de 5000 habitantes o más).

Resultados

Peso corporal por autorreporte

La prevalencia de exceso de peso por autorreporte (sobrepeso + obesidad) en la 4ª edición de la ENFR fue de 61,6%, comparativamente superior a la 3ª edición de la ENFR (57,9%) y evidenciándose que la

tendencia se mantuvo en ascenso al comparar con las tres ediciones previas (Tabla 6.1). Con respecto al análisis por jurisdicciones, las provincias de Santa Cruz (73,2%), Formosa (68,9%), Jujuy (68,2%), Catamarca (67,5%), Neuquén (67,4%) y Río Negro (66,3%), presentaron prevalencia de exceso de peso superiores al total nacional y solo CABA presentó valores significativamente menores (50,2%) (Tabla 6.1).

La prevalencia de exceso de peso fue mayor en el grupo de varones respecto del de mujeres (68,5% vs. 55,0%) y presentó un marcado aumento con respecto a la edad, manteniéndose estable a partir de los 50 años. Con respecto al máximo nivel educativo alcanzado, en el grupo con secundario completo y más la prevalencia de exceso de peso fue menor que en los otros dos grupos. No se observaron diferencias según cobertura de salud. Respecto de los quintiles de ingresos, el último quintil (ingresos más altos) se diferenció del resto con una menor prevalencia (55,0%) (Tabla 6.4).

Con respecto a la prevalencia de sobrepeso, la misma fue de 36,3% y se mantuvo constante con respecto a las tres ediciones previas de ENFR. Solo la provincia de Formosa se destacó con valores superiores al total del país (43,2%) (Tabla 6.2).

En cuanto al análisis por variables sociodemográficas, se observó que en los varones el sobrepeso fue mayor que en las mujeres (41,9% vs. 30,9% respectivamente). También se evidenció un gradiente ascendente de la prevalencia según grupos de edad. No se observaron diferencias significativas al analizar el sobrepeso según nivel de instrucción, cobertura de salud ni quintiles de ingreso del hogar (Tabla 6.4).

En cuanto a la obesidad se observó una prevalencia de 25,3%, resultando un incremento relativo del 21,6% respecto de la ENFR 2013 y del 73,3% respecto de la edición 2005 (Tabla 6.3).

Las jurisdicciones que presentaron prevalencias más elevadas que el total nacional, fueron San Juan (34,4%), Santa Cruz (34,0%), Jujuy (31,1%) y Río Negro (30,0%); resultó menor en CABA (17,0%) y Chaco (20,0%) (Tabla 6.3).

El indicador de obesidad presentó un aumento progresivo según grupos de edad para disminuir finalmente en el grupo de 65 y más años. Además, su frecuencia fue significativamente menor en el grupo con mayor nivel de instrucción respecto a los otros dos niveles educativos, y en el quintil más alto (5°) con respecto al resto de los quintiles de ingresos por unidad consumidora: mientras que la obesidad en el primer quintil de ingresos fue de 27,6% en el quinto quintil fue de 19,6%. No se observaron diferencias significativas según sexo y cobertura de salud (Tabla 6.4).

Peso corporal por mediciones antropométricas

En el análisis antropométrico usando peso y talla medidas en el domicilio en la 4° edición de la ENFR, se obtuvo una prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) de 66,1% (Tabla 6.5).

Esta prevalencia fue de 7,5 puntos porcentuales mayor en los varones con respecto a las mujeres y presentó un importante aumento con relación a la edad, siendo en los grupos etarios mayores más del doble que en el rango más joven (79,7% 65 y más – 37,8% 18 a 24 años). Con respecto al nivel de educación, se observó un gradiente decreciente, presentado el grupo con nivel educativo más bajo una mayor prevalencia que la del nivel educativo más alto (79,7% vs. 61,5% respectivamente). En cuanto a la cobertura de salud, el grupo con cobertura solo pública presentó menor prevalencia y al analizar por quintiles de ingresos del hogar por unidad consumidora, no se observó un gradiente significativo (Tabla 6.5).

La prevalencia de sobrepeso con datos medidos fue de 33,7%, resultando mayor en los varones con respecto a las mujeres (38,7% vs 29,1%) y en el grupo de mayor edad con respecto a los más jóvenes (38,0% vs 22,7% respectivamente). No se observaron diferencias significativas al analizar por nivel de instrucción

o cobertura de salud y, en cuanto a quintiles de ingresos del hogar, se destacó el primer quintil donde la prevalencia fue menor (28,9%) (Tabla 6.5).

Por otra parte, la prevalencia de obesidad obtenida por medición fue de 32,4%, presentando un aumento progresivo según grupos de edad, siendo en los dos últimos grupos 2,8 veces mayor que la prevalencia del grupo más joven (41,8% 65 y más; 42,0% 50 a 64 años y 15,1% 18 a 24 años); la frecuencia de obesidad presentó asimismo un gradiente descendente a medida que aumentó el nivel de instrucción. Lo mismo sucedió respecto de los quintiles de ingresos, donde el quintil más bajo presentó una prevalencia 10 puntos porcentuales más que el quintil más alto (35,2% vs 25,5%). No se observaron diferencias según sexo ni cobertura de salud (Tabla 6.5).

Discusión

La epidemia de sobrepeso y obesidad, en consonancia con la tendencia en las ediciones anteriores de la ENFR y la observada a nivel internacional, continúa aumentando. Los datos son alarmantes si se tiene en cuenta que la obesidad entre adultos por autorreporte creció de un 20,8% a un 25,3% en tan solo 5 años. El hecho de que el indicador de sobrepeso se haya mantenido estable solo expresa que un número significativo de personas que tenían sobrepeso pasaron a la categoría de obesidad, y que una proporción de quienes tenían peso normal pasaron a la categoría sobrepeso.

El cálculo de índice de masa corporal según mediciones objetivas, es decir a partir de la medición de peso y talla de la 4ta ENFR, evidencia una prevalencia aún mayor de exceso de peso (expresado como la suma de sobrepeso y obesidad). Mientras que el exceso de peso por autorreporte fue de 61,6%, por mediciones antropométricas fue de 66,1%, casi 5 puntos porcentuales mayor, que se expresan especialmente en el rango obesidad, donde la prevalencia varía notoriamente entre la obesidad objetiva (32,4%) y la obesidad percibida por autorreporte (25,3%).

A diferencia del indicador de sobrepeso, en el de obesidad hay un claro gradiente descendente por nivel educativo y socioeconómico, siendo las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad las que tienen más obesidad, lo cual corrobora la tendencia mundial y en el país.

La obesidad es una problemática sanitaria que se evidencia a lo largo y a lo ancho de todo el país, aunque algunas jurisdicciones se diferencian del total nacional, como son CABA y Chaco, con menores prevalencias de Obesidad y San Juan, Santa Cruz, Jujuy y Rio Negro con prevalencias mayores.

Políticas en marcha

Como ya se mencionó en el capítulo de alimentación, en 2016, y para dar respuesta a esta epidemia, a través de la Resolución 732/2016 se creó el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad.

Desde 2009 se cuenta con cobertura de los tratamientos médicos y quirúrgicos de la obesidad en el PMO, y desde el 2014 se cuenta con la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad, cuya diseminación e implementación se realiza a través de capacitaciones virtuales dirigidas al equipo de salud y cuya actualización se encuentra en proceso de desarrollo (18). Asimismo, se fueron incorporando gradualmente incentivos económicos a las provincias, a través de los programas de financiamiento internacional, para el diagnóstico y tratamiento del exceso de peso. Los enfoques terapéuticos son fundamentales pero necesitan acompañarse de políticas de alcance poblacional para detener el crecimiento de la epidemia y prevenirla.

En ese sentido, y bajo la coordinación técnica del Programa Nacional de Alimentación Saludable, se elaboró y publicó en 2018 un Manual de Recomendaciones sobre Etiquetado Frontal de Alimentos, con el apoyo y participación de diversas organizaciones científicas y de la sociedad civil, OPS y UNICEF, todos ellos miembros

de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (28). Dicho documento establece los estándares en base a la evidencia científica disponible, que recomienda la puesta en marcha de un etiquetado frontal de advertencia por ser el más efectivo.

Asimismo, en materia de etiquetado frontal, desde 2018 se lleva a cabo una mesa de trabajo colaborativa entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y el Ministerio de Producción y Trabajo, para discutir diferentes opciones de etiquetado frontal. Desde la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) se desarrollaron dos investigaciones para evaluar diferentes tipos de etiquetado frontal, que compararon el sistema de advertencia contra el GDA de colores (semáforo) primero, y contra un GDA “solo rojo” después. Ambos estudios mostraron la superioridad del sistema de advertencia, en los principales dominios estudiados: visibilidad espontánea, identificación de nutrientes críticos en exceso, comprensión del etiquetado frontal, percepción de riesgo, e intención de compra, todo lo cual corrobora los hallazgos de la evidencia internacional y regional (29). La regulación por ley del etiquetado frontal y la declaración obligatoria de azúcares, continúa siendo un desafío pendiente en el país.

En 2019 y a través de la Resolución 996/2019 se puso en marcha el Plan Nacional “Así” (Alimentación Saludable en la Infancia), un Plan Nacional de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) (30). Dicho Plan propone un paquete integral de medidas basadas en evidencia y está compuesto por 4 objetivos: 1) Educación alimentaria y nutricional y de actividad física, 2) Campañas de comunicación y concientización 3) Mejora de la calidad nutricional de las políticas sociales alimentarias y promoción del consumo de alimentos frescos a través de sistemas alimentarios sostenibles y 4) Regulación de los entornos y los productos. La meta planteada en el Plan es detener el crecimiento de la epidemia de sobrepeso y obesidad para el 2023.

La implementación del Plan Nacional Así involucra una articulación interministerial e intersectorial, con activa participación de las jurisdicciones provinciales y municipales y de las organizaciones académicas y de la sociedad civil. A través de la Resolución 1579/2019 se aprobó el Convenio Marco de Adhesión de las Provincias al Plan Así. El Plan ya cuenta con un sitio Web institucional y un repositorio de recursos para campañas y acciones de promoción (31).

En marzo de 2019, se publicaron las Guías de Entornos Escolares Saludables: Recomendaciones para la implementación de políticas de prevención de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas, publicada por la Resolución 564/2019 (32). Esta Guía fue elaborada a partir de la colaboración entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación, y numerosas organizaciones científicas y académicas en el Marco de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Las guías, en consonancia con la evidencia internacional, establecen un conjunto de recomendaciones para transformar los entornos obesogénicos actuales en entornos escolares saludables. En este marco en junio de 2019 los ministros de Educación de todo el país, reunidos en la 93ª Asamblea del Consejo Federal de Educación, aprobaron la Resolución 350/2019 del Consejo Federal de Educación que contempla la implementación de políticas en el ámbito educativo en base a las Guías de Entornos Escolares Saludables y a las GAPA, entre otras medidas.

El proceso de mejora regulatoria en materia de entornos escolares, tanto a nivel nacional como provincial, resulta fundamental dado que existe una gran cantidad de leyes de kioscos saludables en las provincias que no cumplen con los estándares recomendados en las Guías de Entornos Escolares Saludables. Con la misma lógica se está elaborando un documento para establecer recomendaciones y estándares en materia de regulación de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables con especial foco en proteger los derechos de los NNyA, a ser publicadas a fines de 2019. La sanción de normas que regulen la publicidad, promoción y patrocinio de alimentos también es un desafío pendiente que resulta crítico para detener el crecimiento de la epidemia.

En el marco del Plan Así y en colaboración con otros ministerios y con las provincias, se están llevando a cabo acciones para la promoción de circuitos cortos de compras públicas para promover políticas sociales alimentarias de mejor calidad, mejorar los pliegos de compras públicas y promover los sistemas alimentarios sostenibles.

Referencias bibliográficas

1. GBD 2016. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.
2. Fernández A., et al. El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social y económico. Chile, Ecuador y México, CEPAL - WPF, 2017.
3. Organization for Economic Co-operation and Development. Obesity and the Economics of Prevention. Obesity Update 2017.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Obesidad y Sobrepeso, Nota descriptiva N°311, Agosto de 2014 [acceso 22/07/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
5. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017 Jul 6;377(1):13-27.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra, 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf
7. Malik VS, Popkin BM, Bray G, Despres J-P, et al. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care* 2010; 3(11):2477-2484.
8. Fung, Teresa T, Malik, Vasanti y Rexrode, Kathryn M, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *Am J Clin Nutr.* 2009;89:1037–42.
9. Brown, Iam J, y otros. Sugar-sweetened beverage, sugar intake of individuals and their blood pressure: INTERMAP study. *Hypertension.* 2011;57(4): 695–701.
10. Singh, Gitanjali M., Micha, Renata y Shahab Khatibzadeh, et al. Estimated Global, Regional, and National Disease Burdens Related to Sugar-Sweetened Beverage Consumption in 2010. 25 de 08 de 2015, *Circulation.*, Vol. 132, págs. 639-66.
11. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Desigualdad y Sistemas Alimentarios. Santiago de Chile, FAO – OPS – WPF – UNICEF, 2018.
12. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington D.C., USA, OMS – OPS, 2014.
13. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin B. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review [en línea] *Bull World Health Organ.* 2004 Dec; 82(12): 940-946 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623095/pdf/15654409.pdf>
14. McLaren L. Socioeconomic Status and obesity [en línea]. *Epidemiol Rev* 2007; 29(1):29-48 Disponible en: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/29.long>.
15. Dinsa, G., Goryakin, Y., Fumagalli, E., y Suhrcke, M. (2012). Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obesity reviews*, 13(11), 1067-79. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798095/pdf/obr0013-1067.pdf>
16. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Salud escolar. 2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
17. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 3er. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires, Argentina (2013). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>
18. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina. 2018. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf
19. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Programa Nacional de Salud Escolar. Situación de niños, niñas y adolescentes en Argentina. 2019. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001405cnt-Valoracin-antropometrica-inicio-y-al-finalizar-ciclo-educacin-primaria-Argentina-07-03-2019.pdf>
20. Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D., Umali, E., Swinburn, B. A. (2015): "Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis", *Bull World Health Organ.* 2015 Jul 1;93(7):446-56.
21. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB (2013). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Clinical Nutrition* 98(4):1084-102.
22. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, OMS, 2004. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

23. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Santiago de Chile, FAO – OMS – OPS, 2017.
24. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Guías Alimentarias para la Población Argentina, Buenos Aires 2016.
25. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.
26. Obesidad: una cuestión de derechos de niños, niñas y adolescentes. Unicef Argentina 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4996/file/Obesidad,%20una%20cuesti%C3%B3n%20de%20derechos.pdf>
27. FAO, OMS, OPS. Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad. Lecciones aprendidas (2018). Disponible en: <http://www.fao.org/3/i8156es/i8156ES.pdf>
28. Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Etiquetado Nutricional Frontal de Alimentos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019.
29. Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación. Eficacia del etiquetado frontal de alimentos: el sistema de advertencia contra el GDA semáforo y contra el GDA solo rojo. 2019.
30. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Resolución 996/2019. Buenos Aires, 2019. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/209954/20190624>
31. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Plan Nacional “Alimentación Saludable en la Infancia” (Plan ASI). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-asi>
32. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Guía de Entornos Escolares Saludables. Recomendaciones para la implementación de políticas de prevención de sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes en instituciones educativas.

Tabla 6.1. Prevalencia de exceso de peso por autorreporte en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	61,6
	(60,6 - 62,6)
Ciudad de Buenos Aires	50,2
	(46,6 - 53,8)
Buenos Aires	62,3
	(60,3 - 64,2)
Córdoba	59,9
	(56,4 - 63,3)
Entre Ríos	60,5
	(57,2 - 63,7)
La Pampa	64,2
	(60,1 - 68,4)
Santa Fe	61,3
	(58,4 - 64,1)
Pampeana y GBA	60,3
	(59 - 61,7)
Catamarca	67,5
	(63,4 - 71,6)
Jujuy	68,2
	(64,7 - 71,7)
La Rioja	62,7
	(58,3 - 67,1)
Salta	63,4
	(60,3 - 66,4)
Santiago del Estero	65,3
	(60,8 - 69,7)
Tucumán	64,3
	(61,3 - 67,2)
Noroeste	64,9
	(63,4 - 66,3)
Corrientes	62,5
	(58,3 - 66,8)
Chaco	58,8
	(55,8 - 61,8)
Formosa	68,9
	(64,9 - 72,9)
Misiones	61,6
	(57,8 - 65,5)
Noreste	62,0
	(60,2 - 63,8)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	64,8
	(60,7 - 68,9)
Neuquén	67,4
	(63,9 - 71)
Río Negro	66,3
	(63,6 - 69)
Santa Cruz	73,2
	(69,7 - 76,6)
Tierra del Fuego	68,2
	(61,8 - 74,5)
Patagónica	67,4
	(65,7 - 69,1)
Mendoza	65,4
	(61,5 - 69,4)
San Juan	65,8
	(61,6 - 70)
San Luis	59,7
	(55 - 64,3)
Cuyo	64,6
	(62,1 - 67,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 6.2. Prevalencia de sobrepeso por autorreporte en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	36,3 (35,3 - 37,2)
Ciudad de Buenos Aires	32,7 (30,1 - 35,4)	32,2 (29,1 - 35,6)	32,0 (27,6 - 36,8)	33,3 (30,0 - 36,5)
Buenos Aires	35,4 (33,2 - 37,6)	35,4 (33,8 - 37,0)	37,5 (35,4 - 39,6)	36,7 (34,8 - 38,7)
Córdoba	31,7 (28,7 - 35,0)	36,2 (33,3 - 39,1)	39,3 (36,1 - 42,5)	35,3 (31,8 - 38,9)
Entre Ríos	32,5 (29,8 - 35,4)	36,0 (33,1 - 39,0)	37,1 (34,4 - 39,9)	35,4 (32,0 - 38,9)
La Pampa	35,4 (32,5 - 38,3)	38,1 (35,4 - 40,8)	40,4 (37,3 - 43,7)	38,5 (34,3 - 42,7)
Santa Fe	35,3 (32,4 - 38,4)	35,9 (33,2 - 38,6)	35,1 (32,5 - 37,7)	32,9 (29,7 - 36,1)
Pampeana y GBA	34,5 (33,0 - 35,9)	35,2 (34,0 - 36,3)	36,7 (35,3 - 38,2)	35,7 (34,3 - 37,0)
Catamarca	33,7 (30,6 - 36,9)	35,1 (31,2 - 39,3)	34,8 (30,8 - 38,9)	38,0 (34,2 - 41,9)
Jujuy	34,6 (32,3 - 37,1)	36,7 (33,8 - 39,7)	40,1 (35,7 - 44,6)	37,1 (33,7 - 40,5)
La Rioja	35,6 (32,6 - 38,8)	36,9 (33,8 - 40,0)	36,5 (32,8 - 40,4)	34,6 (30,1 - 39,2)
Salta	32,2 (29,9 - 34,7)	37,3 (34,5 - 40,2)	38,1 (35,4 - 40,8)	36,9 (33,6 - 40,2)
Santiago del Estero	38,3 (36,1 - 40,5)	33,2 (29,7 - 36,9)	37,7 (33,0 - 42,7)	35,4 (30,5 - 40,3)
Tucumán	34,2 (31,5 - 37,1)	38,5 (34,9 - 42,2)	39,8 (36,5 - 43,3)	37,3 (33,7 - 40,9)
Noroeste	34,5 (33,1 - 35,8)	36,8 (35,3 - 38,3)	38,5 (36,9 - 40,2)	36,8 (35,0 - 38,5)
Corrientes	29,9 (27,6 - 32,3)	34,9 (31,8 - 38,2)	35,6 (32,5 - 38,8)	38,4 (34,7 - 42,1)
Chaco	35,7 (32,9 - 38,6)	37,7 (35,3 - 40,2)	38,5 (34,9 - 42,2)	38,8 (35,0 - 42,6)
Formosa	34,8 (32,2 - 37,4)	33,4 (30,1 - 36,9)	38,5 (34,3 - 42,8)	43,2 (39,5 - 46,8)
Misiones	32,0 (29,7 - 34,3)	33,7 (30,4 - 37,1)	36,2 (32,1 - 40,5)	35,9 (32,0 - 39,9)
Noreste	32,9 (31,2 - 34,6)	35,3 (33,7 - 36,9)	37,1 (35,1 - 39,1)	38,4 (36,4 - 40,5)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	36,1	34,6	36,6	38,1
	(32,1 - 40,4)	(31,6 - 37,8)	(33,6 - 39,8)	(34,5 - 41,7)
Neuquén	36,4	35,3	39,2	39,4
	(34,3 - 38,6)	(30,8 - 40,1)	(35,5 - 43,0)	(35,2 - 43,7)
Río Negro	33,3	38,9	38,3	36,3
	(30,6 - 36,2)	(36,1 - 41,8)	(35,1 - 41,6)	(33,0 - 39,5)
Santa Cruz	37,4	37,4	39,8	39,1
	(34,8 - 40,1)	(34,2 - 40,7)	(35,4 - 44,4)	(35,4 - 42,9)
Tierra del Fuego	34,9	35,4	38,0	42,1
	(31,7 - 38,2)	(31,7 - 39,2)	(33,9 - 42,3)	(34,2 - 50,0)
Patagónica	35,4	36,5	38,3	38,4
	(34,0 - 36,9)	(34,7 - 38,3)	(36,6 - 40,0)	(36,5 - 40,2)
Mendoza	35,5	35,1	35,7	40,4
	(32,6 - 38,6)	(32,1 - 38,3)	(32,5 - 39,1)	(36,7 - 44,1)
San Juan	33,0	38,6	42,0	31,3
	(30,4 - 35,6)	(34,9 - 42,4)	(38,0 - 46,2)	(26,5 - 36,2)
San Luis	36,5	35,6	35,8	35,8
	(33,4 - 39,7)	(32,5 - 38,8)	(32,4 - 39,4)	(31,0 - 40,6)
Cuyo	35,1	36,1	37,2	37,5
	(33,1 - 37,1)	(34,0 - 38,2)	(35,0 - 39,5)	(34,9 - 40,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018

Tabla 6.3. Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad según mediciones antropométricas en la población de 18 años y más 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 2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	25,3 (24,4 - 26,3)
Ciudad de Buenos Aires	11,5 (9,6 - 13,7)	13,5 (11,6 - 15,7)	16,0 (13,0 - 19,5)	17,0 (14,2 - 19,7)
Buenos Aires	14,3 (12,8 - 15,9)	18,9 (17,6 - 20,2)	21,1 (19,3 - 23,1)	25,5 (23,7 - 27,4)
Córdoba	14,3 (11,9 - 16,9)	16,0 (14,3 - 17,9)	21,4 (18,5 - 24,5)	24,5 (21,2 - 27,9)
Entre Ríos	13,6 (11,2 - 16,4)	15,9 (12,8 - 19,7)	18,6 (16,6 - 20,7)	25,0 (22,2 - 27,9)
La Pampa	15,5 (12,5 - 19,1)	17,3 (15,2 - 19,6)	16,5 (13,5 - 19,9)	25,8 (21,0 - 30,5)
Santa Fe	16,8 (13,8 - 20,1)	20,2 (18,1 - 22,6)	24,5 (22,1 - 27,1)	28,3 (25,2 - 31,4)
Pampeana y GBA	14,1 (13,1 - 15,2)	17,8 (16,9 - 18,7)	20,7 (19,4 - 22,1)	24,7 (23,3 - 26)
Catamarca	18,9 (16,8 - 21,2)	23,2 (19,8 - 26,9)	22,8 (18,7 - 27,6)	29,5 (25,5 - 33,4)
Jujuy	14,6 (12,1 - 17,6)	17,7 (15,6 - 20,0)	23,3 (19,4 - 27,7)	31,1 (27,4 - 34,8)
La Rioja	16,9 (14,7 - 19,4)	21,1 (18,9 - 23,5)	27,9 (24,2 - 32,0)	28,1 (22,8 - 33,4)
Salta	13,8 (10,9 - 17,3)	16,3 (13,7 - 19,3)	18,5 (16,0 - 21,2)	26,5 (23,4 - 29,6)
Santiago del Estero	16,2 (14,5 - 18,1)	19,7 (17,3 - 22,2)	19,6 (16,2 - 23,6)	29,9 (25,4 - 34,4)
Tucumán	17,2 (14,7 - 20,0)	19,6 (17,2 - 22,3)	21,6 (18,9 - 24,6)	26,9 (23,8 - 30,1)
Noroeste	16,0 (14,8 - 17,2)	18,8 (17,6 - 20,0)	21,3 (19,8 - 22,8)	28,1 (26,6 - 29,6)
Corrientes	15,6 (14,0 - 17,5)	17,9 (15,1 - 21,1)	19,4 (15,7 - 23,7)	24,1 (20,4 - 27,8)
Chaco	14,7 (12,6 - 17,1)	16,5 (14,3 - 19,0)	21,1 (18,1 - 24,5)	20,0 (16,7 - 23,4)
Formosa	17,8 (15,9 - 19,9)	19,6 (16,9 - 22,7)	19,2 (16,0 - 22,8)	25,7 (21,9 - 29,6)
Misiones	12,4 (10,7 - 14,2)	13,9 (11,4 - 16,8)	20,4 (16,9 - 24,4)	25,7 (22,2 - 29,1)
Noreste	14,7 (13,5 - 16,0)	16,6 (15,3 - 18,1)	20,2 (18,4 - 22,1)	23,6 (21,8 - 25,4)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	16,3	21,9	24,8	26,7
	(13,7 - 19,4)	(19,3 - 24,7)	(22,3 - 27,4)	(23,6 - 29,8)
Neuquén	15,8	18,2	22,3	28,0
	(13,7 - 18,3)	(15,4 - 21,3)	(19,4 - 25,5)	(24,3 - 31,7)
Río Negro	17,3	18,3	20,1	30,0
	(15,4 - 19,4)	(16,3 - 20,5)	(17,5 - 22,9)	(26,6 - 33,5)
Santa Cruz	21,2	23,5	25,5	34,0
	(18,9 - 23,8)	(21,0 - 26,3)	(21,3 - 30,3)	(29,4 - 38,6)
Tierra del Fuego	21,8	20,9	23,0	26,1
	(19,1 - 24,7)	(18,5 - 23,5)	(20,0 - 26,3)	(21,2 - 30,9)
Patagónica	17,4	19,9	22,8	29,0
	(16,3 - 18,6)	(18,6 - 21,3)	(21,4 - 24,2)	(27,3 - 30,7)
Mendoza	16,2	20,7	20,5	25,1
	(14,2 - 18,3)	(17,9 - 23,8)	(18,1 - 23,1)	(21,6 - 28,5)
San Juan	17,9	17,7	21,1	34,4
	(15,8 - 20,4)	(15,3 - 20,4)	(17,8 - 25,0)	(29,6 - 39,3)
San Luis	15,3	17,1	17,5	23,9
	(13,4 - 17,6)	(14,8 - 19,6)	(14,7 - 20,6)	(20,3 - 27,4)
Cuyo	16,5	19,4	20,1	27,1
	(15,1 - 17,9)	(17,6 - 21,3)	(18,4 - 22,0)	(24,7 - 29,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 6.4. Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad por autorreporte en la población de 18 años y más 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. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2018		
	Exceso de peso % (IC 95%)	Sobrepeso % (IC 95%)	Obesidad % (IC 95%)
Total	61,6 (60,6 - 62,6)	36,3 (35,3 - 37,2)	25,3 (24,4 - 26,3)
Sexo			
Varón	68,5 (67,1 - 69,9)	41,9 (40,3 - 43,5)	26,6 (25,1 - 28,1)
Mujer	55,0 (53,5 - 56,6)	30,9 (29,7 - 32,1)	24,2 (22,9 - 25,4)
Grupo de edad			
18 a 24	39,1 (36,0 - 42,2)	27,2 (24,4 - 30,1)	11,9 (9,9 - 13,9)
25 a 34	55,6 (53,3 - 57,9)	34,5 (32,3 - 36,8)	21,1 (19 - 23,2)
35 a 49	66,0 (64,0 - 68,1)	36,6 (34,6 - 38,6)	29,4 (27,5 - 31,3)
50 a 64	72,1 (70,0 - 74,2)	39,6 (37,5 - 41,7)	32,5 (30,2 - 34,7)
65 y más	70,1 (68,0 - 72,2)	42,4 (40,1 - 44,6)	27,7 (25,7 - 29,7)
Nivel educativo			
Hasta primario incompleto	70,9 (67,6 - 74,2)	37,5 (33,7 - 41,3)	33,4 (29,8 - 37)
Primario completo y secundario incompleto	68,4 (66,6 - 70,2)	38,2 (36,4 - 39,9)	30,2 (28,6 - 31,9)
Secundario completo y más	56,6 (55,2 - 58,0)	35,0 (33,6 - 36,3)	21,6 (20,3 - 22,9)
Cobertura de salud			
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	62,1 (60,9 - 63,2)	37,1 (36 - 38,2)	25,0 (23,9 - 26)
Sólo cobertura pública	60,5 (58,5 - 62,6)	34,4 (32,5 - 36,3)	26,1 (24,2 - 28,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora			
1	61,8 (59,2 - 64,5)	34,3 (31,9 - 36,6)	27,6 (25,4 - 29,8)
2	62,8 (60,2 - 65,4)	35,2 (32,9 - 37,5)	27,6 (25,4 - 29,8)
3	65,4 (63,2 - 67,6)	37,3 (35 - 39,6)	28,1 (26 - 30,3)
4	63,2 (60,9 - 65,4)	39,0 (36,5 - 41,5)	24,2 (22,1 - 26,2)
5	55,0 (53,0 - 57,0)	35,4 (33,4 - 37,4)	19,6 (18 - 21,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 6.5. Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad según mediciones antropométricas en la población de 18 años y más 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 2018.

	ENFR 2018		
	Exceso de peso % (IC 95%)	Sobrepeso % (IC 95%)	Obesidad % (IC 95%)
Total	66,1 (64,8 - 67,3)	33,7 (32,6 - 34,8)	32,4 (31,2 - 33,7)
Sexo			
Varón	70,0 (68,3 - 71,8)	38,7 (36,9 - 40,5)	31,4 (29,6 - 33,1)
Mujer	62,5 (60,6 - 64,4)	29,1 (27,1 - 30,1)	33,4 (31,6 - 35,2)
Grupo de edad			
18 a 24	37,8 (34 - 41,5)	22,7 (19,6 - 25,8)	15,1 (12,5 - 17,7)
25 a 34	57,1 (53,7 - 60,5)	32,2 (29,3 - 35,1)	24,9 (22,2 - 27,6)
35 a 49	71,9 (69,3 - 74,4)	36,1 (33,7 - 38,5)	35,8 (33,2 - 38,4)
50 a 64	79,0 (76,6 - 81,5)	37,1 (34,3 - 39,8)	42,0 (38,9 - 45)
65 y más	79,7 (77,5 - 82)	38,0 (35,2 - 40,7)	41,8 (38,9 - 44,6)
Nivel educativo			
Hasta primario incompleto	79,7 (76,5 - 82,8)	33,8 (30 - 37,6)	45,9 (41,4 - 50,4)
Primario completo y secundario incompleto	70,6 (68,3 - 72,8)	33,6 (31,4 - 35,7)	37,0 (34,7 - 39,3)
Secundario completo y más	61,5 (59,8 - 63,2)	33,7 (32,1 - 35,3)	27,8 (26,1 - 29,4)
Cobertura de salud			
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	67,5 (65,9 - 69)	34,9 (33,4 - 36,3)	32,6 (31,2 - 34)
Sólo cobertura pública	63,3 (60,8 - 65,8)	31,3 (29,1 - 33,4)	32,1 (29,6 - 34,5)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora			
1	64,1 (60,7 - 67,6)	28,9 (26,1 - 31,7)	35,2 (31,6 - 38,8)
2	70,3 (67,8 - 72,9)	35,4 (32,6 - 38,2)	34,9 (32,2 - 37,6)
3	69,1 (66 - 72,2)	34,4 (31,5 - 37,2)	34,8 (31,5 - 38)
4	66,4 (63,6 - 69,2)	34,6 (31,7 - 37,5)	31,8 (29,3 - 34,4)
5	60,5 (57,4 - 63,7)	35,0 (32,3 - 37,7)	25,5 (23,1 - 28)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Capítulo 7

Diabetes

Introducción

La diabetes mellitus (DM) se presenta como una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad, favorecidos por la alimentación inadecuada, el sedentarismo y la actividad física insuficiente, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global (1). Se estima que, el número total de personas que la padecen se elevará de 425 millones en el 2017 a 629 millones en el año 2045 en todo el mundo, siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura. En América Central y del Sur un 44,9% de las muertes debidas a DM se producen antes de los 60 años (2). La principal causa de muerte son las complicaciones cardiovasculares (3).

La aparición de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) suele ser lenta, siendo frecuente que transcurra un largo período asintomático causando que, entre un tercio y la mitad de las personas con DM2, se encuentren sin diagnóstico lo que aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones por hiperglucemia crónica. La DM no diagnosticada o mal controlada conduce a complicaciones como así también a mortalidad prematura (4). Según la OMS, en el 2015 fallecieron 1,6 millones de personas como consecuencia directa de la DM (5).

La Argentina no escapa a este aumento mundial de la prevalencia de DM, lo que conlleva a representar un problema sanitario y socioeconómico de gran magnitud. En el año 2017, la DM fue responsable de 8.893 muertes (0,20 defunciones cada 1.000 habitantes), el 72,4% de las muertes se produjo entre los 55 y 84 años (6).

Con relación a las complicaciones, las personas con DM presentan un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (7). Por otra parte, en Argentina, la retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera (8). Se estima que entre el 20 y 40% de las personas con DM tienen algún grado de enfermedad renal crónica (9), siendo la nefropatía diabética la principal causa de ingreso a diálisis. El 25% de las personas con DM desarrollarán una úlcera de pie diabético (UPD) durante su vida, y el 30 a 40% de las UPD tratadas con éxito se repetirán dentro del primer año (10) (11) (12). El 40 a 60% de las amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores se practican a personas con DM.

Ante esta situación, surge la necesidad de realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado de la DM para disminuir las graves y costosas complicaciones.

Si bien no se recomienda el rastreo o screening en la población en general con determinaciones bioquímicas (13) (14), se propone la detección oportuna en la población con riesgo de desarrollar DM2. Si bien el punto de corte de la edad y los factores de riesgo para la indicación de rastreo de glucemia elevada en la población general se van modificando a lo largo de los años, en este capítulo se decidió mantener los puntos de corte de las ediciones anteriores para poder establecer tendencias y comparaciones entre grupos.

El cuestionario Findrisc representa un instrumento útil para el tamizaje del riesgo de desarrollar diabetes a 10 años y puede ser aplicado por el equipo de salud o bien autoadministrado. Consta de 8 variables: edad, IMC, circunferencia abdominal, actividad física, consumo de frutas y verduras, uso de antihipertensivos, antecedentes personales de glucemia elevada, e historia familiar de diabetes (15).

El objetivo de este módulo es analizar los indicadores relacionados con la DM y su comparación respecto a las ediciones anteriores de la ENFR. Por primera vez se realizó el análisis de la glucemia capilar y se estimó el riesgo a 10 años de presentar DM en la población adulta argentina.

Metodología

El presente capítulo fue organizado en tres fases:

Indicadores según autorreporte. Se analizaron: medición de glucemia alguna vez; prevalencia de glucemia elevada/diabetes en la población general; porcentaje de personas con glucemia elevada/diabetes que realizó algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas; tipo de tratamiento recibido (fármacos antidiabéticos y/o insulina y/o tratamiento no farmacológico como el ejercicio, la dieta o la reducción de peso) entre aquellos que realizaron algún tratamiento en las últimas dos semanas. Se analizaron asimismo indicadores de detección temprana de complicaciones: porcentaje de personas con glucemia elevada/diabetes que en los últimos 12 meses se realizó examen de pies y porcentaje de personas con glucemia elevada/diabetes que en los últimos 12 meses se realizó examen de fondo de ojos; también el porcentaje de personas con glucemia elevada/diabetes que ha tomado alguna vez un curso o clase sobre cómo controlar por sí mismo su diabetes.

Indicadores por mediciones bioquímicas. Se analizó: prevalencia de glucemia elevada por mediciones bioquímicas (≥ 110 mg/dl). Con el propósito de evaluar la tasa de subdiagnóstico de glucemia elevada o diabetes, se analizó en la población incluida en el paso 3 de determinaciones bioquímicas la prevalencia de glucemia elevada (≥ 110 mg/dl) según la variable de prevalencia por autorreporte. También se analizó la prevalencia combinada de glucemia elevada o diabetes, que se construyó según el criterio STEPS de la OMS (16) sobre la población incluida en la etapa de determinaciones bioquímicas, considerando aquellas personas con registro de glucemia elevada en muestra capilar (≥ 110 mg/dl), o aquellas que se autorreportaron con glucemia elevada o diabetes y que refirieron estar realizando actualmente tratamiento farmacológico (ya sea insulina y/o fármacos antidiabéticos). Vale aclarar que el valor de corte de ≥ 110 mg/dl de glucosa capilar resulta equivalente al valor de corte habitual de 126 mg/dl en sangre entera (16).

Riesgo de desarrollar DM2 a 10 años. Tomando como referencia el Score FINDRISC, se adaptó el mismo para el cálculo del riesgo de desarrollar DM2 a 10 años a nivel poblacional, analizando la población incluida en la etapa de mediciones físicas (Paso 2). Se otorgó un puntaje de acuerdo con cada uno de los dominios del score adaptado: rangos de edad, categorías de índice de masa corporal según mediciones antropométricas, valor medido de circunferencia de cintura, actividad física diaria, consumo diario de frutas y/o verduras, prevalencia combinada de hipertensión arterial, historia personal de glucemia elevada, y familiares cosanguíneos directos o indirectos con diagnóstico de diabetes. Luego, se estableció el riesgo de desarrollar DM2 en los próximos 10 años de acuerdo con el puntaje del score, en las siguientes categorías:

- Muy bajo riesgo: menos de 7 puntos
- Bajo riesgo: de 7 a 11 puntos
- Riesgo moderado: de 12 a 14 puntos
- Alto riesgo: de 15 a 20 puntos
- Muy alto riesgo: de 21 a 26 puntos

La categoría de muy bajo riesgo implica que 1 de cada 100 individuos con este puntaje (1%) podría desarrollar DM2 en los próximos 10 años. Para el puntaje de bajo riesgo, 1 de cada 25 individuos (4%) podrían desarrollar DM2 en los próximos 10 años; entre los de riesgo moderado, 1 de cada 6; con puntaje de alto riesgo, 1 de cada 3 individuos; y finalmente la mitad de los individuos con puntaje de muy alto riesgo desarrollarían DM2 en los siguientes 10 años.

Los ítems del score se construyeron de la siguiente manera (Cuadro Score de Findrisc adaptado):

Edad: se asignó puntaje 0 a los individuos menores de 45 años; 2 puntos a los individuos de entre 45 y 54 años; 3 puntos entre los 55 y 64; y 4 puntos a los individuos mayores de 64 años.

Índice de Masa Corporal (IMC): se asignó puntaje 0 a los individuos con IMC menor a 25 kg/m²; 1 punto entre 25 kg/m² y menor a 30 kg/m²; y 3 puntos a los individuos con IMC de 30 kg/m² o más.

Circunferencia de cintura (medido a partir del punto medio entre la cresta ilíaca superior y la última costilla): se asignó puntaje 0 a los varones con menos de 94 cm y a las mujeres con menos de 80 cm; 3 puntos a los varones con circunferencia de cintura entre 94 y 102 cm y a las mujeres entre 80 y 88 cm; y finalmente se asignó 4 puntos a los varones con más de 102 cm y a las mujeres con más de 88 cm.

Actividad física diaria: Este indicador se construyó con la suma de los días por semana referidos de actividad física vigorosa, moderada y/o caminata, y la suma de los minutos semanales de cualquiera de los tipos de actividad física. Se asignó puntaje 0 a quienes cumplieron con el criterio de realizar al menos 7 días semanales y sumar como mínimo 210 minutos semanales de cualquier tipo de actividad física, y 2 puntos al resto. Para este ítem se utilizaron las preguntas del cuestionario correspondientes al módulo de actividad física.

Consumo diario de frutas y/o verduras: de la misma manera que el ítem anterior, este indicador se construyó con la suma de días semanales en los que se consumió frutas y la suma de días semanales que se consumió verduras, asignándose un puntaje 0 si el valor fue de 7 o más. A quienes reportaron consumir frutas y/o verduras menos de 7 días por semana se les asignó 1 punto para el score. Para este ítem se utilizaron las preguntas del cuestionario correspondientes al módulo de alimentación.

Prevalencia combinada de hipertensión arterial (HTA): en el score Findrisc original (17) se indaga sobre si alguna vez recibió indicación de medicación antihipertensiva, dado que se busca con esta pregunta relacionar la condición de hipertensión arterial) con el riesgo de desarrollar DM2. En la adaptación realizada para la 4° ENFR, se utilizó el indicador de prevalencia combinada de HTA para la asignación de puntaje en este ítem del score. Así, se asignó 2 puntos a aquellos individuos con cifras elevadas de tensión arterial en las mediciones físicas (TAS \geq 140 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg) o a aquellos con autorreporte de HTA y que refirieron estar realizando actualmente tratamiento farmacológico antihipertensivo. A quienes no cumplieron con este criterio se asignó puntaje 0.

Historia personal de glucemia elevada: se excluyó a los individuos con diagnóstico de diabetes (quienes se autorreportaron con diabetes o glucemia elevada y que refirieron estar realizando actualmente tratamiento farmacológico). Así, se asignó 5 puntos a quienes reportaron que alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía diabetes o azúcar alta en sangre pero que no está realizando ningún tratamiento para el control de la glucemia. A los individuos incluidos para este score que no cumplieran con este criterio, se les asignó puntaje 0.

Historia familiar de DM: se asignó 5 puntos a quienes reportaron tener al menos un familiar directo (padres, hijos o hermanos) con diagnóstico de diabetes. Se asignó 3 puntos a quienes reportaron no tener familiares directos con diagnóstico de diabetes, pero reportaron tener al menos un familiar indirecto (abuelos, tíos, primos) con diagnóstico de diabetes. Por último, se asignó puntaje 0 a quienes

reportaron no tener familiares cosanguíneos directos ni indirectos con diagnóstico de diabetes (o a quienes reportaron no tener familiares directos con diabetes y desconocer la condición de éstos últimos).

Ítem del score	Puntaje
Edad (años)	< 45 = 0
	45-54 = 2
	55-64 = 3
	> 64 = 4
Índice de masa corporal (IMC)	< 25 = 0
	25-<30 = 1
	≥ 30 = 3
Circunferencia de cintura Varones	<94 = 0
	94-102 = 3
	>102 = 4
Mujeres	<80 = 0
	80-88 = 3
	>88 = 4
Actividad física: 30 minutos diarios	Si = 0
	No = 2
Consumo diario de frutas y/o verduras	Si = 0
	No = 1
Prevalencia combinada de HTA	Si = 2
	No = 0
Antecedentes de glucemia elevada	Si = 5
	No = 0
Historia familiar de DBT	Familiar directo = 5
	Familiar indirecto = 3
	No = 0

Cuadro Score de Findrisc adaptado

Resultados

Indicadores por autorreporte

El 79,1% de la población general se realizó al menos una medición de glucemia alguna vez. La prevalencia en esta edición registró un aumento significativo con relación a la 3° ENFR (76,8%) (Tabla 7.1). Los valores más altos de medición de glucemia alguna vez, en comparación con el total nacional, se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (92,9%) y Santa Fe (89,3%), mientras que las jurisdicciones pertenecientes a las regiones de NOA y NEA presentaron valores más bajos que el promedio nacional (Tabla 7.1).

Las mujeres reportaron en mayor proporción haberse medido alguna vez la glucemia, respecto de los varones (83,8% vs. 73,9%). 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 (60,4%), y el máximo entre las personas de 65 años y más (93,2%). Se registró mayor prevalencia entre aquellos con secundario completo y más -como máximo nivel de instrucción alcanzado-. Los individuos con cobertura de salud exclusiva del sector público presentaron menor porcentaje de medición de glucemia (64,8%) que aquellos con prepaga u obra social (85,9%). También se evidenció una tendencia progresiva de aumento de este indicador a mayor nivel de ingresos del hogar, siendo de 67,9% en el primer quintil y de 89,5% en el último (Tabla 7.2).

La prevalencia de glucemia elevada/diabetes en la población total (18 años y más) por autorreporte fue de 12,7%, registrando un aumento significativo con respecto a la 3° ENFR (9,8%) (Tabla 7.3). San Luis (17,3%) fue la única provincia con mayor prevalencia por autorreporte de diabetes o glucemia elevada respecto del total nacional, mientras que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (8,8%) y Jujuy (8,9%) presentaron valores más bajos (Tabla 7.3).

Al igual que el indicador de medición de glucemia alguna vez, las mujeres reportaron mayor prevalencia de diabetes o glucemia elevada que los varones (13,7% vs. 11,6%). En relación con los grupos de edad, se evidenció un gradiente de aumento a mayor edad, aunque las diferencias estadísticamente significativas se verifican en los grupos de 35 a 49 años, y de 50 a 64 años respecto de los grupos más jóvenes. Por otra parte, se observó mayor prevalencia de diabetes o glucemia elevada a menor nivel educativo, así como entre quienes tienen obra social o prepaga en comparación con los que reportaron cobertura de salud pública exclusiva. No se registraron diferencias según ingreso total del hogar por unidad consumidora (Tabla 7.4).

El 52,6% de las personas con glucemia elevada/diabetes mencionaron estar haciendo algún tratamiento durante las últimas dos semanas, ya sea con medicamentos (fármacos antidiabéticos y/o insulina), o bien con dieta, ejercicios y/o reducción de peso (Tabla 7.5).

Los varones reportaron mayor porcentaje de realización de algún tratamiento comparado con las mujeres (59,3% vs. 47,4%). En relación con la edad, se observó un incremento del tratamiento de diabetes en los grupos etarios mayores, con diferencias estadísticamente significativas en los grupos de 35 a 49 años y de 50 a 64, respecto de los grupos más jóvenes. 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 exclusivamente por el sistema público de salud (56,7% vs. 41,9%) (Tabla 7.6).

Por último se observó que entre las personas que estuvieron haciendo algún tratamiento en las últimas dos semanas por presentar glucemia elevada/diabetes, un 24,8% realizaba tratamiento farmacológico exclusivo, un 22,5% realizaba tratamiento exclusivamente con dieta, ejercicios y/o medidas para la reducción del peso, y finalmente un 52,7% realizaba ambos tratamientos (Tabla 7.7).

De los que reportaron tener diabetes o glucemia elevada, 3 de cada 10 refirieron que en los últimos 12 meses un profesional de la salud le había examinado los pies para detectar heridas o irritaciones; 4 de cada 10 refirieron que en los últimos 12 meses le realizaron un examen de la vista con dilatación de pupilas; y 2 de cada 10 ha tomado alguna vez un curso o clase sobre educación diabetológica para automanejo (Tabla 7.8).

Indicadores por mediciones bioquímicas

Se observó un 8,4% de prevalencia de glucemia elevada según mediciones bioquímicas, sin diferencias según sexo. Se evidenció un mayor valor de este indicador en los grupos etarios mayores (a partir de los 50 años), y una progresiva disminución con relación al mayor nivel educativo. No se observaron diferencias por cobertura de salud ni por quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora (Tabla 7.9).

Al analizar la prevalencia de glucemia elevada según mediciones bioquímicas en función del autorreporte de glucemia elevada/diabetes, se observó que un 31,4% de la población que refería glucemia elevada/diabetes autorreportada registró valores elevados de glucemia capilar en ayunas; mientras que un 5,0% de quienes se autorreportaron sin glucemia elevada/diabetes registraron valores de glucemia capilar en ayunas de 110 mg/dl o más, en la etapa de determinaciones bioquímicas (Tabla 7.10).

Se observó un 10,9% de prevalencia combinada de glucemia elevada o diabetes, sin diferencias según sexo. Se evidenció un mayor porcentaje de este indicador en los grupos etarios mayores (a partir de los 50 años), y una progresiva disminución con relación al mayor nivel educativo. No se observaron diferencias por cobertura de salud ni por quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora (Tabla 7.11).

Riesgo de desarrollar DM a 10 años

De acuerdo al puntaje asignado a la sumatoria de cada uno de los ítems del score de Findrisc adaptado, se categorizó a la población estudiada en función del riesgo de desarrollar DM2 a 10 años. Se observó que el 1,7% de la población presentó muy alto riesgo de desarrollar DM2 a 10 años; el 18,1% tuvo alto riesgo; el 19,2% riesgo moderado; mientras que el 29,8% tuvo bajo riesgo y el 31,1% muy bajo riesgo (Tabla 7.12). Por lo tanto, el 19,8% de la población que no tenía DM, presentó alto o muy alto riesgo de desarrollar DM a 10 años.

Discusión

La determinación de glucemia alguna vez abarcó al 79,1% de la población de 18 años y más, mostrando un aumento significativo respecto a la 3ra edición de esta encuesta. Si bien los criterios de inclusión para el rastreo poblacional se fueron modificando a lo largo de los años, esto podría representar una mejora de acceso al sistema de salud. No obstante, el alcance fue menor en población con cobertura pública exclusiva y menor nivel educativo lo que da cuenta de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios.

La prevalencia autorreportada de glucemia elevada/diabetes en la 4ta ENFR aumentó de 9,8% a 12,7% respecto de la edición anterior. Este aumento significativo está en consonancia con el marcado crecimiento del exceso de peso, uno de los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes. Es decir que para reducir la prevalencia de diabetes, es fundamental implementar las políticas de prevención y control de la obesidad. La prevalencia combinada (de acuerdo con el Protocolo STEP de la OMS y considerando autorreporte más medicación o glucemia elevada en ayunas) fue del 10,9%.

Tanto la prevalencia combinada como la autorreportada fueron inversamente proporcionales al nivel educativo, sin embargo no mostraron diferencias significativas en cuanto a quintiles de ingresos o

cobertura de salud. Si bien el nivel educativo es una variable que puede representar condiciones de vida, podría verse afectado por la edad como confundidor, dado que actualmente hay un mayor nivel de escolarización y las personas de mayor edad (con mayor prevalencia de diabetes) podrían tener menor nivel educativo que los más jóvenes aún con las mismas condiciones de vida.

De aquellos que autorreportaron presentar diabetes o glucemia elevada, el 52,6% refirió estar haciendo o cumpliendo algún tratamiento (farmacológico o no farmacológico) para la diabetes.

A través de las mediciones bioquímicas de la encuesta, el 8,4% de la población registró glucemia capilar elevada (≥ 110 mg/dl). La determinación de glucemia capilar permitió identificar que el 5% de quienes no se autorreportaron con glucemia elevada/diabetes, presentaron la glucemia capilar elevada. Estos resultados podrían reflejar tasas importantes de sub-diagnóstico, en consonancia con lo que se describe a nivel internacional. Entre los que se autorreportaron como diabéticos o con glucemia elevada alrededor del 30% tuvieron la glucemia en ayunas elevada en domicilio. Esto puede interpretarse potencialmente como un indicador de mal control.

Los indicadores de buenas prácticas en DM, como el examen de los pies, la realización del fondo de ojo y la educación diabetológica muestran importantes deficiencias, lo cual pone de manifiesto la necesidad de profundizar en estrategias sanitarias que mejoren la educación y la detección temprana de complicaciones de la DM.

Vale aclarar, que en un estudio epidemiológico de estas características no se recomienda hacer extrapolaciones clínicas ni interpretaciones directas acerca de que todas las personas con glucemia capilar elevada presenten DM o que todos aquellos autorreportados como diabéticos y que al momento de las mediciones objetivas presentaron valores elevados de glucemia, se encuentren necesariamente mal controlados. La ENFR es una herramienta epidemiológica, de alcance poblacional y no es homologable a diagnósticos clínicos individuales. El indicador de glucemia elevada por mediciones bioquímicas responde al estudio STEPS de la Organización Mundial de la Salud, cuya metodología se encuentra validada con la contemplación de la diferencia de los valores obtenidos de sangre entera capilar y de los de plasma venoso, y permite conocer los parámetros poblacionales para guiar las acciones de salud pública. No obstante, los indicadores que proporciona la ENFR son altamente valiosos para tener una aproximación diagnóstica mucho más robusta que el autorreporte exclusivo, comparable con la de otros países, y útil para la vigilancia longitudinal en el tiempo. Asimismo brinda pautas claras para guiar las estrategias que deben fortalecerse como el rastreo activo de diagnóstico y las estrategias para mejorar el control, el tratamiento y la prevención de complicaciones, que a las claras son deficitarios.

Los resultados obtenidos con la adaptación del score Findrisc muestran que casi un 20% de personas presentan alto/muy alto riesgo de desarrollar DM2 y son similares a los obtenidos en otros estudios realizados en nuestro país (17).

Políticas en marcha

La DM es una línea de cuidado priorizada por la Cartera Sanitaria. El Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus fue creado en 2014 por la Resolución 1156.

Entre otras iniciativas para atender esta problemática, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación viene entregando, como parte del botiquín de medicamentos esenciales, medicación destinada a los centros de atención primaria, a través de lo que hoy es el Programa Nacional de Medicamentos (ex REMEDIAR).

El Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus con el apoyo de la Comisión Nacional Permanente Asesora de Diabetes elaboró la actualización de las normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con diabetes, que fue aprobada a través de la Resolución

764/2018, que da cumplimiento a las actualizaciones previstas por la ley Nacional N° 26.914 de Control de Diabetes.

Por su parte, los Programas con financiamiento internacional tales como REDES, PROTEGER y PACES (Ex-Sumar), tienen a las enfermedades crónicas no transmisibles como líneas de cuidados priorizadas, con especial énfasis en diabetes mellitus e hipertensión arterial.

El Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus, junto con el Área de Servicios de Salud de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT), otras áreas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, los Programas Provinciales en colaboración con organizaciones científicas y académicas, están desarrollando la actualización de la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Su publicación está prevista para fines de 2019. Del mismo modo, se están llevando a cabo capacitaciones para los equipos de salud del Primer Nivel de Atención sobre la temática.

Además, se está trabajando en la implementación del Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus en el Primer Nivel de Atención, y tiene como eje la implementación del Modelo de Atención de las Personas con Enfermedades Crónicas y con una fuerte estrategia para la búsqueda y el seguimiento activo de las personas con diabetes. Sus principales objetivos son:

- Promover la identificación precoz de personas en riesgo de desarrollar DM2.
- Mejorar el diagnóstico precoz y el grado de control clínico y metabólico de la DM.
- Aumentar la proporción de personas con DM2 que alcanzan el control adecuado (HbA1c, presión arterial y colesterol LDL).
- Incrementar la búsqueda y detección de complicaciones micro y macrovasculares.
- Disminuir la proporción de personas con DM con complicaciones microvasculares avanzadas.

Así también, y con el objetivo de mejorar la prevención y tratamiento oportuno de las personas con pie diabético, se está trabajando en la implementación de la Red Nacional de Manejo del Pie Diabético, y se están elaborando las pautas para la atención adecuada del mismo en cada uno de los niveles de atención.

Así mismo, otras políticas llevadas a cabo por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, para prevenir la obesidad, mejorar los patrones alimentarios y promover la actividad física, conllevan beneficios para la prevención primaria de la Diabetes.

Referencias bibliográficas

1. Polonsky, K. (2012). The past 200 years in diabetes. *New England Journal of Medicine*, 367 (14), 1332-40.
2. Federación Internacional de Diabetes. DIABETES ATLAS DE LA FID. Octava edición 2017.
3. Susan van, D., Beulens, J. W. J., Yvonne T. van der, S., Grobbee, D. E., & Neal, B. (2010). The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(1_suppl), s3-s8.
4. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES. Organización Mundial de la Salud 2016 [acceso 12/9/2019] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=B169AA903F955B166757D939F736374D?sequence=1>
5. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Datos y Cifras. Actualizado al 30 de Octubre de 2018 [acceso 12/9/2019] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
6. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Natalidad y Mortalidad 2017. Síntesis Estadística N°5 [acceso 12/9/2019] Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf>
7. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, Di Angelantonio et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Emerging Risk Factors Collaboration. Lancet*. 2010; 26;375:2215-2222.
8. Encuesta Rápida de Ceguera Evitable Argentina 2013. Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. Ministerio de salud de la Nación [acceso 12/9/2019] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000603cnt-2015-01_encuesta-rapida-ceguera-evitable.pdf
9. Arinovich B, Datos Epidemiológicos de. Distintos tipos de diabetes, enfermedad renal de nefropatías no diabéticas: glomerulopatía, obesidad y litiasis. Nefropatía Diabética. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2017; Vol. 51 (64-68).
10. Van Netten JJ, Price PE, Lavery LA, et al. Prevention of foot ulcer in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev* 2016; 32 (Suppl. 1): 84-98.
11. Ortegón M.M., Redekop W, WilhelmusNiessen L. Cost-Effectiveness of Prevention and Treatment of the Diabetic Foot. *Diabetes Care*, Volume 27, Number 4, April 2004.
12. Zhang, P.; Lu, J.; Jing, Y.; Tang, S.; Zhu, D.; Bi, Y. 2017. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: A systematic review and meta-analysis. *Ann. Med.*, 49, 106-116.
13. Webb DR, Gray LJ, Khunti K, et al. Screening for diabetes using an oral glucose tolerance test within a western multi-ethnic population identifies modifiable cardiovascular risk: the ADDITION-Leicester study. *Diabetologia* 2011; 54: 2237-46.
14. Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2012; 380: 1741-48.
15. Hang L, Zhang Z, Zhang Y, Hu G, Chen L. Evaluation of Finnish Diabetes Risk Score in screening undiagnosed diabetes and prediabetes among U.S. adults by gender and race: NHANES 1999-2010. *PLoS One*. 2014 May 22;9(5): e97865.
16. Organización Mundial de la Salud (2006). El Manual de vigilancia STEPS de la OMS: el método STEP wise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud [acceso 12/9/2019] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43580/9789244593838_spa.pdf;jsessionid=046EB1C6B33DA7B64B7F545BDD087BB2?sequence=1
17. Guzmán Rodríguez S, Faingold MC, Suárez R, et al. Estudio de Detección del Riesgo de Diabetes en Atención Primaria según Cuestionario Findrisc en el Municipio de Gral. Pueyrredón (ESTUDIO DR. DIAP). *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2016; Vol. 50 (96-107).

Tabla 7.1. Medición de la glucemia/azúcar en sangre alguna vez en la vida de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	79,1 (78,1 - 80)
Ciudad de Buenos Aires	85,3 (82,3 - 87,8)	83,4 (80,0 - 86,4)	83,5 (79,3 - 87,0)	92,9 (91,2 - 94,6)
Buenos Aires	67,3 (64,7 - 69,8)	78,0 (76,4 - 79,6)	78,7 (76,7 - 80,5)	79,6 (77,6 - 81,6)
Córdoba	73,6 (69,5 - 77,3)	77,5 (74,9 - 80,0)	75,8 (72,5 - 78,8)	81,8 (78,5 - 85,1)
Entre Ríos	65,0 (60,9 - 68,9)	70,7 (68,3 - 73,0)	76,2 (72,8 - 79,3)	76,6 (73,2 - 80)
La Pampa	71,6 (65,6 - 76,9)	78,4 (71,1 - 84,2)	78,1 (72,7 - 82,6)	76,0 (71,5 - 80,6)
Santa Fe	72,7 (69,4 - 75,7)	79,2 (76,4 - 81,8)	78,2 (75,0 - 81,0)	89,3 (87 - 91,6)
Pampeana y GBA	71,1 (69,4 - 72,7)	78,6 (77,4 - 79,7)	78,8 (77,4 - 80,1)	82,3 (81,1 - 83,6)
Catamarca	62,2 (58,9 - 65,5)	66,5 (62,2 - 70,6)	66,4 (61,6 - 70,8)	67,9 (63,4 - 72,3)
Jujuy	51,2 (39,6 - 62,6)	65,2 (61,1 - 69,1)	65,7 (60,2 - 70,7)	71,3 (67,1 - 75,4)
La Rioja	63,1 (59,6 - 66,5)	60,1 (54,3 - 65,6)	66,1 (61,5 - 70,4)	66,6 (61,1 - 72,1)
Salta	59,7 (47,8 - 70,6)	67,8 (62,2 - 73,0)	66,0 (61,8 - 70,0)	61,2 (57,7 - 64,6)
Santiago del Estero	62,0 (56,0 - 67,6)	64,6 (61,3 - 67,7)	69,8 (66,4 - 73,0)	60,6 (54,1 - 67)
Tucumán	62,6 (59,0 - 66,1)	68,7 (65,4 - 71,8)	76,1 (72,0 - 79,8)	76,9 (72,5 - 81,2)
Noroeste	60,1 (56,2 - 63,9)	66,6 (64,6 - 68,5)	69,6 (67,6 - 71,6)	68,1 (66 - 70,2)
Corrientes	56,4 (52,2 - 60,5)	56,5 (52,5 - 60,4)	68,8 (64,7 - 72,6)	69,8 (66,1 - 73,6)
Chaco	59,7 (55,4 - 63,9)	65,5 (60,9 - 69,9)	63,2 (57,8 - 68,3)	60,3 (55,2 - 65,3)
Formosa	64,9 (61,2 - 68,3)	65,9 (61,1 - 70,5)	65,5 (58,2 - 72,2)	61,1 (55,2 - 67)
Misiones	57,0 (48,8 - 64,8)	57,8 (48,7 - 66,3)	65,2 (61,0 - 69,1)	68,3 (64,1 - 72,4)
Noreste	58,7 (55,7 - 61,6)	60,9 (57,9 - 63,9)	65,7 (63,3 - 68,0)	65,4 (63 - 67,8)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	66,0	73,5	78,2	71,8
	(62,4 - 69,4)	(70,2 - 76,6)	(74,3 - 81,7)	(68 - 75,6)
Neuquén	75,7	77,1	74,2	77,0
	(68,2 - 81,8)	(71,8 - 81,7)	(67,7 - 79,8)	(73,2 - 80,9)
Río Negro	65,2	71,8	74,6	79,3
	(61,4 - 68,9)	(66,8 - 76,3)	(70,8 - 78,1)	(73,5 - 85,1)
Santa Cruz	72,3	73,2	72,5	76,0
	(67,5 - 76,6)	(68,7 - 77,2)	(65,8 - 78,3)	(72,6 - 79,5)
Tierra del Fuego	78,6	80,2	85,4	78,8
	(73,9 - 82,7)	(76,6 - 83,4)	(82,6 - 87,8)	(74,1 - 83,4)
Patagónica	69,9	74,4	75,9	76,4
	(67,9 - 71,8)	(72,2 - 76,5)	(73,4 - 78,2)	(74 - 78,7)
Mendoza	74,7	79,3	82,9	81,4
	(71,3 - 77,8)	(76,1 - 82,1)	(78,9 - 86,2)	(78,2 - 84,7)
San Juan	73,5	73,1	83,1	80,8
	(70,4 - 76,4)	(69,0 - 76,8)	(79,3 - 86,3)	(77,5 - 84,2)
San Luis	71,6	69,1	69,3	78,1
	(68,3 - 74,8)	(65,8 - 72,3)	(63,4 - 74,6)	(74,2 - 82)
Cuyo	73,9	76,1	80,7	80,7
	(71,7 - 76,0)	(73,8 - 78,1)	(78,1 - 83,1)	(78,6 - 82,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 7.2. Medición de la glucemia/azúcar en sangre alguna vez en la vida de la población de 18 años y más 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 país Argentina. Año 2018

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Total	79,1 (78,1 - 80)
Sexo	
Varón	73,9 (72,6 - 75,3)
Mujer	83,8 (82,6 - 84,9)
Grupo de edad	
18 a 24	60,4 (57,2 - 63,6)
25 a 34	71,6 (69,5 - 73,8)
35 a 49	81,0 (79,5 - 82,5)
50 a 64	87,7 (86,3 - 89,2)
65 y más	93,2 (92,1 - 94,2)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	76,4 (73,2 - 79,6)
Primario completo y secundario incompleto	74,0 (72 - 75,9)
Secundario completo y más	82,6 (81,5 - 83,7)
Cobertura de salud	
Con obra social o prepaga	85,9 (85 - 86,8)
Cobertura sólo pública	64,8 (62,8 - 66,8)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	67,9 (65,6 - 70,1)
2	73,3 (70,9 - 75,6)
3	80,7 (78,9 - 82,4)
4	84,2 (82,5 - 85,8)
5	89,5 (88,1 - 90,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 7.3. Prevalencia de glucemia elevada/diabetes por autorreporte en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	12,7 (12,1 - 13,4)
Ciudad de Buenos Aires	8,0 (6,4 - 10,0)	7,4 (5,9 - 9,1)	8,2 (6,4 - 10,5)	8,8 (7,1 - 10,6)
Buenos Aires	8,6 (7,4 - 9,9)	9,8 (8,8 - 10,9)	9,8 (8,5 - 11,1)	13,1 (11,8 - 14,5)
Córdoba	10,2 (8,2 - 12,7)	10,1 (8,5 - 11,9)	13,0 (11,0 - 15,4)	13,7 (11,5 - 15,9)
Entre Ríos	8,0 (6,6 - 9,6)	10,3 (8,6 - 12,3)	7,8 (6,1 - 9,9)	10,8 (9,3 - 12,2)
La Pampa	7,4 (5,4 - 10,1)	10,7 (8,5 - 13,5)	8,8 (6,2 - 12,4)	14,6 (11,2 - 18,1)
Santa Fe	8,7 (7,2 - 10,4)	8,7 (7,0 - 10,7)	9,0 (7,6 - 10,7)	13,5 (11,4 - 15,7)
Pampeana y GBA	8,7 (7,9 - 9,6)	9,4 (8,7 - 10,1)	9,8 (8,9 - 10,7)	12,7 (11,8 - 13,6)
Catamarca	8,9 (6,7 - 11,6)	9,4 (7,5 - 11,6)	12,9 (9,8 - 16,8)	11,5 (8,9 - 14,1)
Jujuy	4,1 (2,4 - 6,9)	9,9 (8,0 - 12,3)	7,4 (5,9 - 9,4)	8,9 (6,8 - 10,9)
La Rioja	9,4 (7,9 - 11,1)	12,9 (9,8 - 16,8)	9,2 (7,3 - 11,4)	15,1 (11,5 - 18,8)
Salta	4,2 (3,2 - 5,6)	8,5 (6,7 - 10,8)	11,0 (9,0 - 13,3)	10,8 (8,8 - 12,7)
Santiago del Estero	9,3 (7,8 - 11,0)	15,6 (12,6 - 19,2)	12,5 (10,2 - 15,2)	13,7 (10,3 - 17,1)
Tucumán	6,9 (5,6 - 8,5)	9,9 (8,1 - 12,0)	9,5 (7,9 - 11,2)	13,3 (10,8 - 15,8)
Noroeste	6,5 (5,7 - 7,4)	10,5 (9,5 - 11,6)	10,2 (9,3 - 11,2)	12,1 (10,9 - 13,2)
Corrientes	7,9 (6,9 - 9,0)	9,5 (7,2 - 12,5)	7,7 (6,0 - 9,8)	13,3 (10,7 - 15,8)
Chaco	8,7 (7,0 - 10,7)	8,8 (7,3 - 10,6)	9,6 (7,5 - 12,3)	10,3 (8,1 - 12,6)
Formosa	8,3 (6,9 - 9,9)	8,4 (6,7 - 10,5)	7,6 (5,6 - 10,3)	12,1 (9,6 - 14,5)
Misiones	8,0 (6,4 - 9,9)	8,7 (7,1 - 10,6)	9,5 (7,6 - 11,8)	13,7 (11,1 - 16,3)
Noreste	8,2 (7,5 - 9,0)	8,9 (7,9 - 10,0)	8,7 (7,7 - 10,0)	12,4 (11,1 - 13,6)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	9,4	11,9	9,9	12,4
	(6,6 - 13,3)	(9,6 - 14,6)	(7,9 - 12,3)	(9,7 - 15,1)
Neuquén	9,2	7,8	12,0	13,9
	(7,8 - 10,8)	(6,1 - 9,9)	(9,9 - 14,6)	(11,2 - 16,6)
Río Negro	10,0	10,6	8,6	12,8
	(8,4 - 11,7)	(8,8 - 12,7)	(6,7 - 10,8)	(10,5 - 15,2)
Santa Cruz	8,3	10,3	10,1	14,3
	(7,0 - 9,9)	(8,2 - 12,8)	(8,2 - 12,5)	(11,7 - 16,8)
Tierra del Fuego	9,5	12,3	9,8	15,9
	(7,9 - 11,3)	(10,1 - 15,0)	(7,9 - 12,1)	(12,1 - 19,7)
Patagónica	9,4	10,2	10,1	13,4
	(8,3 - 10,6)	(9,2 - 11,4)	(9,1 - 11,2)	(12,1 - 14,7)
Mendoza	6,6	9,6	8,9	12,7
	(5,2 - 8,5)	(7,9 - 11,6)	(7,3 - 10,9)	(10 - 15,4)
San Juan	9,3	11,9	11,3	15,9
	(7,7 - 11,1)	(10,2 - 13,9)	(9,0 - 14,0)	(13 - 18,8)
San Luis	9,8	10,4	10,3	17,3
	(7,2 - 13,1)	(8,9 - 12,2)	(8,0 - 13,2)	(14 - 20,7)
Cuyo	7,8	10,3	9,7	14,2
	(6,7 - 9,0)	(9,2 - 11,6)	(8,5 - 11,1)	(12,4 - 16)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 7.4. Prevalencia de diabetes o glucemia elevada por autorreporte en la población de 18 años y más 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. Años 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	12,7 (12,1 - 13,4)
Sexo	
Varón	11,6 (10,7 - 12,6)
Mujer	13,7 (12,8 - 14,6)
Grupo de edad	
18 a 24	5,9 (4,5 - 7,2)
25 a 34	6,2 (5,2 - 7,3)
35 a 49	11,9 (10,6 - 13,2)
50 a 64	19,3 (17,6 - 21)
65 y más	21,4 (19,7 - 23,1)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	22,9 (19,9 - 25,9)
Primario completo y secundario incompleto	14,4 (13,3 - 15,6)
Secundario completo y más	10,3 (9,6 - 11,1)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	13,7 (12,9 - 14,4)
Sólo cobertura pública	10,7 (9,5 - 11,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	13,3 (11,7 - 14,8)
2	13,8 (12,1 - 15,4)
3	13,7 (12,1 - 15,3)
4	11,2 (9,8 - 12,7)
5	11,6 (10,4 - 12,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 7.5. Realización de algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas de la población de 18 años y más con glucemia elevada/diabetes por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total		52,6
		(50 - 55,3)
Ciudad de Buenos Aires		55,3
		(45,1 - 65,4)
Buenos Aires		49,6
		(44,6 - 54,6)
Córdoba		51,8
		(44,3 - 59,4)
Entre Ríos		59,5
		(50,2 - 68,9)
La Pampa		32,7
		(21,3 - 44)
Santa Fe		65,9
		(58,9 - 72,8)
Pampeana y GBA		52,5
		(48,9 - 56,1)
Catamarca		55,8
		(44,7 - 66,8)
Jujuy		48,7
		(36 - 61,3)
La Rioja		66,2
		(54 - 78,3)
Salta		54,3
		(45,9 - 62,6)
Santiago del Estero		59,7
		(50,1 - 69,4)
Tucumán		50,6
		(40,5 - 60,7)
Noroeste		54,5
		(49,8 - 59,3)
Corrientes		44,2
		(31,9 - 56,5)
Chaco		54,2
		(44,2 - 64,3)
Formosa		62,6
		(50,7 - 74,5)
Misiones		45,3
		(36,5 - 54)
Noreste		49,4
		(43,8 - 55)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	38,3
	(25,4 - 51,3)
Neuquén	46,3
	(34,8 - 57,8)
Río Negro	45,2
	(34,6 - 55,9)
Santa Cruz	70,0
	(60,5 - 79,4)
Tierra del Fuego	70,0
	(57,7 - 82,2)
Patagónica	49,9
	(44,3 - 55,5)
Mendoza	57,9
	(45,1 - 70,7)
San Juan	58,7
	(48,3 - 69,1)
San Luis	50,1
	(36,9 - 63,4)
Cuyo	56,5
	(48,7 - 64,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 7.6. Realización de algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas de la población de 18 años y más con glucemia elevada/diabetes 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 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Total		52,6
		(50 - 55,3)
Sexo		
Varón		59,3
		(55,3 - 63,4)
Mujer		47,4
		(43,9 - 50,9)
Grupo de edad		
18 a 24		21,6
		(10,6 - 32,6)
25 a 34		20,9
		(14,3 - 27,4)
35 a 49		38,2
		(32,6 - 43,8)
50 a 64		67,1
		(62,6 - 71,6)
65 y más		71,1
		(66,3 - 75,8)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		66,8
		(59 - 74,5)
Primario completo y secundario incompleto		55,3
		(51,1 - 59,5)
Secundario completo y más		46,3
		(42,6 - 50)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		56,7
		(53,5 - 59,8)
Sólo cobertura pública		41,9
		(36,5 - 47,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		45,7
		(39,5 - 51,9)
2		58,0
		(52,6 - 63,3)
3		58,5
		(53,1 - 63,9)
4		48,9
		(42,2 - 55,6)
5		50,8
		(45 - 56,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

7.7. Tipo de tratamiento recibido para la glucemia elevada/diabetes de la población de 18 años y más con glucemia elevada/diabetes. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Sólo farmacológico	24,8
	(21,5 - 28,1)
Sólo dieta	22,5
	(19,7 - 25,4)
Ambos tratamientos	52,7
	(49,1 - 56,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 7.8. Realización de estudios para la detección temprana de complicaciones y/o educación diabetológica en la población de 18 años y más con glucemia elevada/diabetes 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 2018.

ENFR 2018			
(IC 95%)			
	Examen de pies	Examen de ojos	Recibió educación diabetológica
Total	30,6 (28,1 - 33,2)	41,8 (39,1 - 44,5)	18,0 (15,7 - 20,4)
Sexo			
Varón	36,7 (32,6 - 40,8)	46,8 (42,5 - 51,2)	21,2 (17,3 - 25,1)
Mujer	25,9 (22,9 - 28,9)	37,9 (34,5 - 41,3)	15,6 (13,2 - 18,1)
Grupo de edad			
18 a 24	20,2 (9,2 - 31,3)	24,9 (14,2 - 35,7)	7,1 (2,1 - 12,2)
25 a 34	15,1 (9 - 21,2)	21,2 (14,2 - 28,3)	16,2 (9,9 - 22,5)
35 a 49	23,6 (18,5 - 28,6)	32,5 (27,4 - 37,6)	15,2 (11 - 19,5)
50 a 64	37,0 (32,2 - 41,8)	54,4 (49,7 - 59,1)	21,8 (17,3 - 26,4)
65 y más	39,2 (34,5 - 43,8)	49,2 (44 - 54,3)	20,1 (15,7 - 24,6)
Nivel educativo			
Hasta primario incompleto	36,1 (28,5 - 43,7)	44,9 (36,5 - 53,3)	19,5 (11,7 - 27,4)
Primario completo y secundario incompleto	31,0 (27,1 - 34,8)	39,5 (35,6 - 43,4)	17,2 (13,7 - 20,7)
Secundario completo y más	28,7 (25 - 32,5)	42,9 (38,7 - 47)	18,3 (15 - 21,7)
Cobertura de salud			
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	32,4 (29,5 - 35,3)	45,2 (42,1 - 48,2)	18,9 (16,4 - 21,5)
Sólo cobertura pública	25,9 (21 - 30,8)	32,8 (27,6 - 37,9)	15,7 (11,5 - 19,8)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora			
1	21,6 (16,5 - 26,7)	30,1 (24 - 36,1)	13,1 (8,2 - 18)
2	29,4 (23,8 - 34,9)	40,7 (34,6 - 46,8)	18,3 (13,5 - 23,2)
3	36,0 (30 - 42)	45,9 (40,3 - 51,6)	16,4 (12,1 - 20,7)
4	37,0 (30,5 - 43,6)	45,6 (39,1 - 52,2)	24,0 (17,3 - 30,6)
5	29,8 (24,2 - 35,4)	47,8 (41,3 - 54,2)	19,5 (15,3 - 23,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 7.9. Prevalencia de glucemia elevada o diabetes (≥ 110 mg/dl) según mediciones bioquímicas de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 150.000 y más habitantes. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	8,4 (7,1 - 9,6)
Sexo	
Varón	9,5 (7,7 - 11,3)
Mujer	7,4 (5,8 - 9)
Grupo de edad	
18 a 24	1,3 (0,1 - 2,5)
25 a 34	4,6 (2,4 - 6,9)
35 a 49	7,7 (5,5 - 9,9)
50 a 64	14,0 (10,7 - 17,4)
65 y más	14,4 (9,9 - 19)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	24,8 (14,7 - 34,9)
Primario completo y secundario incompleto	9,6 (7,6 - 11,6)
Secundario completo y más	5,8 (4,5 - 7,1)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	8,2 (6,9 - 9,6)
Sólo cobertura pública	8,7 (6,4 - 11)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	10,6 (7,7 - 13,4)
2	9,0 (6 - 12,1)
3	9,9 (7,1 - 12,8)
4	6,2 (3,9 - 8,5)
5	6,4 (4,3 - 8,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 7.10. Prevalencia de glucemia elevada o diabetes (≥ 110 mg/dl) según mediciones bioquímicas de la población de 18 años y más, según prevalencia por autorreporte, por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 150.000 y más habitantes. Año 2018.

ENFR 2018		
%		
(IC 95%)		
	Población con diabetes autorreportada	Población sin diabetes autorreportada
Total	31,4	5,0
	(26,3 - 36,5)	(3,9 - 6)
Sexo		
Varón	37,6	5,8
	(29,5 - 45,7)	(4,3 - 7,3)
Mujer	26,7	4,3
	(20,3 - 33,1)	(2,9 - 5,7)
Grupo de edad		
18 a 24	0,4	1,4
	(-0,7 - 1,5)	(0,1 - 2,6)
25 a 34	10,4	4,2
	(2,7 - 18,1)	(2 - 6,5)
35 a 49	27,1	5,0
	(17,6 - 36,7)	(3 - 7)
50 a 64	40,1	7,9
	(30 - 50,2)	(4,4 - 11,4)
65 y más	40,5	6,8
	(29,9 - 51,1)	(3,9 - 9,8)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	59,4	11,2
	(41,2 - 77,6)	(3,6 - 18,9)
Primario completo y secundario incompleto	32,5	5,8
	(23,9 - 41,1)	(4 - 7,6)
Secundario completo y más	21,5	4,0
	(14,9 - 28,2)	(2,8 - 5,1)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	29,9	4,8
	(24,3 - 35,4)	(3,7 - 5,9)
Sólo cobertura pública	34,7	5,3
	(24,7 - 44,6)	(3,3 - 7,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	33,9	5,9
	(22,1 - 45,6)	(3,4 - 8,3)
2	38,4	4,6
	(26,5 - 50,3)	(1,9 - 7,3)
3	37,4	5,9
	(25,6 - 49,1)	(3,6 - 8,2)
4	18,1	4,7
	(9,1 - 27)	(2,4 - 7)
5	6,4	4,1
	(4,3 - 8,5)	(2,4 - 5,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 7.11. Prevalencia combinada de glucemia elevada o diabetes de la población de 18 años y más, por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 150.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

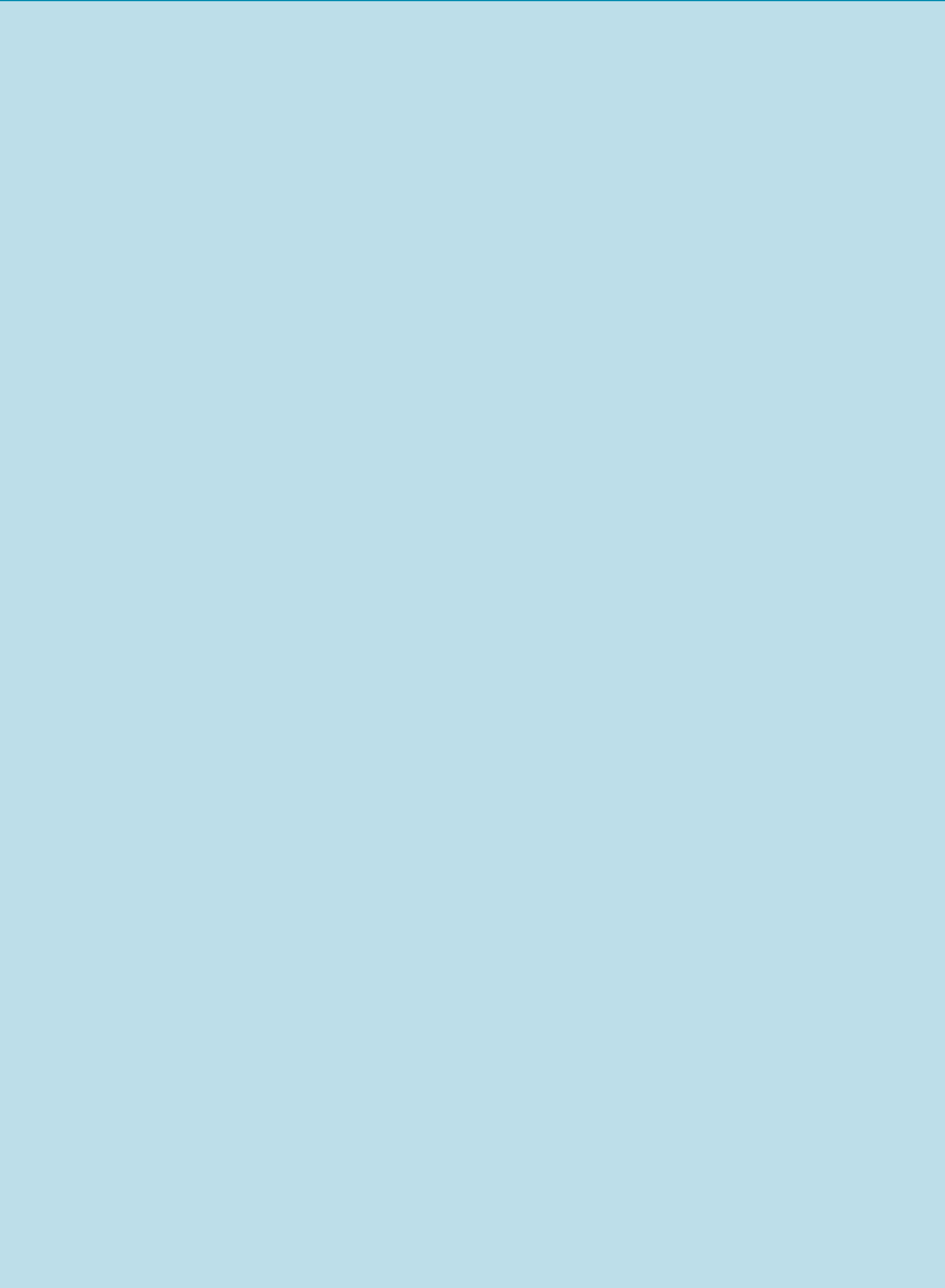
ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	10,9 (9,6 - 12,3)
Sexo	
Varón	12,2 (10,1 - 14,2)
Mujer	9,8 (8,1 - 11,5)
Grupo de edad	
18 a 24	2,5 (0,6 - 4,4)
25 a 34	5,0 (2,7 - 7,4)
35 a 49	8,8 (6,4 - 11,2)
50 a 64	18,6 (14,8 - 22,5)
65 y más	21,1 (16,1 - 26,1)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	29,2 (19,1 - 39,3)
Primario completo y secundario incompleto	12,8 (10,3 - 15,2)
Secundario completo y más	7,7 (6,2 - 9,3)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	11,2 (9,8 - 12,7)
Sólo cobertura pública	10,3 (7,9 - 12,8)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	13,2 (10,1 - 16,2)
2	12,3 (8,9 - 15,7)
3	12,2 (9,1 - 15,2)
4	8,5 (6,1 - 11)
5	8,7 (6 - 11,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

7.12. Nivel de riesgo estimado de desarrollar diabetes en los próximos diez años (FINDRISC) de la población de 18 años y más no diabética. Localidades de 150.000 y más habitantes. Año 2018.

ENFR 2018	
	% (IC 95%)
Muy bajo riesgo	31,1
	(28,9 - 33,4)
Bajo riesgo	29,8
	(27,9 - 31,8)
Riesgo moderado	19,2
	(17,2 - 21,2)
Alto riesgo	18,1
	(16,3 - 19,9)
Muy alto riesgo	1,7
	(1,2 - 2,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.



Capítulo 8

Hipertensión arterial

Introducción

Existe amplia evidencia científica para considerar a la hipertensión arterial (HTA) como el factor de riesgo de mayor peso en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que está fuertemente asociada a la ocurrencia de diversas patologías como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las enfermedades de la aorta y arterias periféricas, la demencia, la insuficiencia renal y la retinopatía. Su prevalencia impacta negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos socio-sanitarios (1). En términos de muertes atribuibles, la HTA es responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial (10.455.000 defunciones en el año 2016) (1) (2).

Si bien la edad es la principal condición asociada al desarrollo de HTA, factores de riesgo como el sobrepeso/obesidad, el tabaquismo y fundamentalmente el elevado consumo de sodio en la dieta, incrementan la probabilidad de desarrollarla y plantean el desafío de combatirlos mediante políticas públicas que regulen entornos y favorezcan hábitos saludables (1). De esta manera se podría prevenir o retrasar el desarrollo de HTA, mejorando además su control en aquellos individuos que ya la padecen (3) (4) (5).

Alrededor de 9 de cada 10 personas con diagnóstico de HTA, necesitarán terapia farmacológica para controlar sus cifras de presión arterial (PA) (1). Actualmente existe una amplia variedad de fármacos capaces de lograrlo y con sólida evidencia científica de que además reducen el riesgo de enfermedad coronaria en un 21%, de insuficiencia cardíaca en un 49%, de accidente cerebrovascular en un 29%, de mortalidad por causa cardiovascular en un 19% y de mortalidad total en un 10% (6).

En sintonía con un fenómeno global, la HTA es un problema no resuelto en nuestro país, donde contribuyen un diagnóstico y tratamiento deficientes. Según los últimos datos disponibles de la ENFR 2013, la prevalencia de HTA alcanzó a un tercio de la población adulta de la Argentina. Esta información se obtuvo mediante autorreporte y la prevalencia real puede estar subestimada dadas las limitaciones de esta metodología (7). Estudios realizados en población argentina muestran que un tercio de los hipertensos desconoce su condición. De aquellos diagnosticados, poco más de la mitad recibe tratamiento y a su vez solo la mitad de éstos se encuentra con su PA controlada. En conclusión, solo 1 de cada 5 hipertensos está adecuadamente controlado. Este fenómeno responde a diversas causas siendo la incorrecta medición de la PA y la deficiente adherencia al tratamiento farmacológico, de las más relevantes (8) (9) (10).

La 4° ENFR incorporó por primera vez el registro de PA a través de mediciones objetivas en el hogar, con tensiómetros oscilométricos validados y técnica estandarizada con el objetivo de complementar la prevalencia estimada por autorreporte, la cual también se analizará en forma aislada con el fin de compararla con las ediciones anteriores de la ENFR.

Metodología

El presente capítulo se organizó en dos fases:

Indicadores por autorreporte. Se analizaron: medición de la PA en los últimos 2 años; prevalencia por autorreporte de PA elevada entre quienes se la midieron; proporción de personas con HTA que realizó algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas; tipo de tratamiento recibido (farmacológico y/o no farmacológico como el ejercicio, la dieta o la reducción de peso) entre aquellos que realizaron algún tratamiento en las últimas dos semanas y porcentaje de personas con PA elevada que concurren habitualmente a algún servicio de salud para realizarse otros controles médicos vinculados a condiciones relacionados con la PA (que no sean simplemente medirse la PA).

Indicadores por mediciones físicas. Se analizó: prevalencia de PA elevada ($\geq 140/90$ mmHg) por mediciones objetivas en domicilio; prevalencia de PA elevada ($\geq 140/90$ mmHg) por mediciones objetivas en domicilio, según el indicador de prevalencia por autorreporte; y prevalencia combinada de HTA construida en base al protocolo STEP de la OMS (11) que considera hipertensos a quienes tuvieron la PA elevada ($\geq 140/90$ mmHg) por mediciones objetivas en domicilio o a aquellos que se autorreportaron con hipertensión arterial y tomaron algún medicamento antihipertensivo durante las últimas dos semanas.

A nivel general, para la interpretación de los resultados del presente capítulo, se debe tener en cuenta una posible asociación entre las variables grupo de edad y nivel educativo ya que el grupo de menor nivel de instrucción (hasta primario incompleto) está compuesto en mayor medida por personas de 65 años y más.

Resultados

Indicadores por autorreporte

En la 4ª edición de la ENFR el 84,3% de la población de 18 años y más refirió haberse medido la presión arterial (PA) en los últimos dos años, porcentaje que se mantuvo estable en relación con lo observado en 2013 (Tabla 8.1). En CABA (91,6%), San Juan (88,8%) y Mendoza (88,5%) se observaron frecuencias de medición mayores a las del valor nacional, mientras que en Formosa (75,7%), Chaco (77,6%) y Santiago del Estero (77,6%) se evidenciaron porcentajes menores a éste (Tabla 8.1).

El indicador fue mayor en las mujeres (86,7% vs. 81,7% en varones), presentó un marcado aumento con la edad (95,8% 65 y más – 73,0% 18 a 24 años) y fue mayor entre aquellos con nivel educativo más alto respecto del grupo con primaria completa y secundaria incompleta (87,0% vs 80,1% respectivamente). También fue mayor entre aquellos con obra social o prepaga y en cuanto a los quintiles de ingresos, se observó un gradiente ascendente presentando el quintil más alto una frecuencia de 91,9% mientras que el más bajo de 75,0% (Tabla 8.2).

Entre aquellos que se midieron alguna vez en la vida la PA, el 34,7% refirió que un profesional de la salud le dijo que tenía la PA elevada (prevalencia de presión arterial por autorreporte), siendo este valor semejante a los obtenidos en las tres ediciones previas de la ENFR (Tabla 8.3). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (26,6%), Jujuy (26,7%) y Salta (28,3%) presentaron prevalencias menores al total nacional y en Formosa (52,2%), San Luis (40,9%), Corrientes (40,2%) y Entre Ríos (39,5%) el indicador estuvo por encima del total país (Tabla 8.3).

La prevalencia de PA elevada por autorreporte (entre quienes se la midieron alguna vez) aumentó con la edad, resultando 4 veces mayor en el grupo de 65 años y más con respecto al de 18 – 24 años (61,8% vs. 14,8% respectivamente). Así mismo, resultó 2 veces mayor en el grupo de menor nivel de instrucción con respecto al mayor, y fue más frecuente entre aquellos con obra social o prepaga. Con

respecto a los quintiles de ingresos, el quintil más alto presentó la prevalencia más baja respecto de todos los otros quintiles (28,9%) (Tabla 8.4).

Los resultados de la 4° ENFR arrojaron así mismo que, entre aquellas personas que se autorreportaron con PA elevada, el 53,4% estuvo haciendo algún tratamiento durante las últimas dos semanas (ya sea con medicamentos o con dieta/ejercicios). Se observó mayor porcentaje de este indicador en CABA (65,5%) y en Córdoba (63,3%) mientras que en Santa Cruz (38,4%), Neuquén (38,5%) y Salta (44,3%) las frecuencias fueron menores, siempre con relación al promedio nacional (Tabla 8.5).

El indicador evidenció un gradiente ascendente a partir de los 35 años de edad y una diferencia casi 6 veces más elevada entre el grupo etario mayor y el menor (79,9% vs. 13,9%). Asimismo, fue más frecuente en el nivel educativo más bajo, en aquellos con obra social o prepaga y en el quintil más alto respecto de los dos primeros (61,6% quintil 5°, 52,9% quintil 2° y 41,5% quintil 1°) (Tabla 8.6).

Al analizar qué tipo de tratamiento realizaron aquellos que manifestaron estar haciendo alguno durante las últimas dos semanas, se observó que: el 48,3% realizó únicamente tratamiento con medicamentos, el 9,7% solo dieta o ejercicios y el 42,1% realizó ambos (Tabla 8.7).

El 42,1% de las personas con HTA por autorreporte refirió ir a un lugar habitualmente para realizarse controles médicos relacionados con la misma (más allá de la medición de la PA). En CABA (50,3%), Río Negro (49,5%) y San Juan (47,8%) se evidenciaron mayores frecuencias respecto del valor nacional y, por el contrario, en Mendoza (28,9%) y Neuquén (34,0%), menores (Tabla 8.8).

Asimismo, en los grupos de mayor edad, entre aquellos con menor nivel de instrucción y entre quienes tienen obra social o prepaga, se evidenció mayor porcentaje de este indicador (Tabla 8.9).

Indicadores según mediciones físicas

En cuanto a las mediciones objetivas de PA en el domicilio, se observó que el 40,5% de las personas evaluadas tuvo la PA elevada, resultando mayor en los varones con respecto a las mujeres y con un gradiente ascendente acorde a la edad. También fue mayor entre quienes presentaron menor nivel de instrucción respecto del nivel más alto (53,9% y 35,5% respectivamente) y entre aquellos con obra social o prepaga con respecto a aquellos con cobertura solo pública (42,8% vs. 36,0%). No se observaron diferencias por quintiles de ingresos (Tabla 8.10).

Entre aquellas personas que se autorreportaron con PA elevada, se observó que el 59,1% tuvo la PA elevada según las mediciones objetivas. Por el contrario, entre aquellas personas que no se autorreportaron con PA elevada, se halló la PA elevada por mediciones en el 32,0% (Tabla 8.11).

La prevalencia combinada de HTA (definida como la combinación de las personas que tuvieron la PA elevada en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron con PA elevada y tomaron algún medicamento) fue de 46,6%. Esta prevalencia fue mayor entre los varones con respecto de las mujeres (55,7% vs. 38,7%), aumentó con la edad (siendo casi 4 veces más frecuente en el grupo de mayor edad con respecto al más joven) y el grupo con menor nivel de instrucción presentó una frecuencia 1,6 veces más elevada con respecto al de mayor nivel educativo (65,2% y 40,1% respectivamente). Además, resultó más frecuente entre quienes contaban con obra social o prepaga con respecto a los que contaban solo con cobertura pública. No se observaron diferencias por quintiles de ingresos (Tabla 8.12).

Discusión

La medición de la PA, al menos una vez en la vida, abarcó a 8 de cada 10 personas de 18 años y más. Si bien aumentó 2 puntos porcentuales respecto de la ENFR 2013, no hubo diferencias estadísticamente

significativas. Este indicador pone en evidencia una tendencia creciente en el acceso a los servicios de salud, pero continúa mostrando diferencias según variables sociodemográficas que manifiestan consistentemente un menor alcance a las prácticas preventivas en las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad (menor nivel educativo, con cobertura de salud sólo pública y en los quintiles de ingresos más bajos).

La prevalencia autorreportada de PA elevada, abarcó a 3 de cada 10 de quienes se la midieron alguna vez en la vida. Dentro de estos, se evidenció que la mitad realizó algún tratamiento para controlar la PA en las últimas dos semanas y, que entre ellos, el 48,3% toma únicamente medicamentos, el 9,7% realiza únicamente dieta o ejercicios y el 42,1% realiza ambas cosas. Una vez más, la realización de algún tipo de tratamiento entre aquellas personas con PA elevada por autorreporte se encuentra atravesada por las condiciones socioeconómicas de la población. Lo mismo sucedió al analizar el porcentaje de personas con PA elevada según autorreporte que concurren habitualmente a algún lugar para realizarse chequeos: sólo el 42,1% manifestó hacerlo, siendo menor entre aquellos con cobertura de salud sólo pública.

A diferencia de la prevalencia por autorreporte, el indicador de prevalencia combinada de HTA, es la aproximación epidemiológica más robusta para poder establecer una estimación más cercana a la realidad, y que pudo obtenerse gracias a la incorporación de las mediciones objetivas en la presente edición de la ENFR. El 46,6% de la población adulta en Argentina es hipertensa tomando esta definición combinada del STEP de la OMS, un porcentaje algo mayor al encontrado en otros estudios efectuados en el país años atrás (8) (9) (10) y una prevalencia más elevada a la autorreportada, lo cual da cuenta de la dimensión sanitaria del problema.

Los datos de la 4ta ENFR también son consistentes con la literatura internacional, evidenciándose una baja tasa de control adecuado en hipertensos conocidos (6 de cada 10 personas que se reconocían como hipertensas, tuvieron la PA elevada en el momento de las mediciones), lo cual confirma la evidencia mundial respecto del inadecuado control de la mayoría de las personas hipertensas (ya sea por insuficiente tratamiento, por incumplimiento del mismo o por bajo seguimiento). Los datos también reflejan el subdiagnóstico descrito internacionalmente, dado que entre quienes no se conocían hipertensos por autorreporte, 3 de cada 10 tuvieron la presión elevada en el momento de las mediciones, lo cual confirma el alto nivel de subdiagnóstico de esta condición que es silenciosa y que requiere de una búsqueda activa y rastreo sistemático.

Es preciso aclarar que los estudios epidemiológicos como el presente, son útiles para estandarizar evaluaciones de los factores de riesgo a nivel poblacional, comparar los datos de mediciones objetivas con otros países e identificar oportunidades de intervención, pero no deben homologarse con diagnósticos clínicos individuales desarrollados en el ámbito del sistema de atención en salud.

Políticas en marcha

La HTA es una línea de cuidado priorizada del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, junto a otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el cáncer, la obesidad, entre otras.

Para atender la problemática de la HTA, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación viene entregando, como parte del botiquín de medicamentos esenciales, medicación antihipertensiva en el primer nivel de atención desde hace más de 15 años, a través de lo que hoy es el Programa Nacional de Medicamentos (ex REMEDIAR).

Los Programas con financiamiento internacional, como REDES, PROTEGER y PACES (Ex-Sumar), tienen a las enfermedades crónicas no transmisibles como líneas de cuidados priorizadas, con especial énfasis en HTA y diabetes.

El Programa Nacional de Prevención de la Enfermedades Cardiovasculares creado por la Resolución 801 /2011, junto con el Área de Servicios de Salud de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT), otras áreas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, los Programas Provinciales, y en colaboración con organizaciones científicas y académicas, está desarrollando la 1° Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Hipertensión Arterial. Su publicación está prevista para noviembre de 2019. Del mismo modo, se están llevando a cabo capacitaciones para los equipos de salud del Primer Nivel de Atención sobre la temática.

Para integrar todas las líneas de trabajo vigentes en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en diciembre de 2018, lanzó el Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la HTA en el Primer Nivel de Atención, en el marco de la Iniciativa HEARTS de la OMS/OPS. Este plan integra y fortalece los recursos disponibles, estableciendo acciones para mejorar la pesquisa de población hipertensa mediante los equipos de salud de los Centros del Primer Nivel de Atención (CAPS), disminuir la variabilidad diagnóstica con el uso de tensiómetros automáticos validados, estandarizar el tratamiento mediante protocolos basados en evidencia, mejorar los registros de la historia clínica electrónica para la construcción de indicadores que permitan el monitoreo y seguimiento activo con el objeto final de aumentar el control de las personas con HTA.

La Estrategia de Reducción de Sodio, que ya fue descrita en el apartado de alimentación saludable, es un componente fundamental para la prevención de la HTA, dado que el consumo excesivo de sodio representa su principal factor de riesgo. Así mismo, las acciones para prevenir la obesidad, mejorar los patrones alimentarios y promover la actividad física, conllevan beneficios para la prevención primaria de la HTA.

Referencias bibliográficas

1. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39:3021–3104.
2. Rubinstein A y col. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):237–45.
3. Taylor RS, et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane review). *Am J Hypertens* 2011;24:843–853.
4. Dickinson HO, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24:215–233.
5. Neter JE, et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003;42:878–884.
6. Psaty BM, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. A network meta-analysis. *JAMA* 2003;289:2534–2544.
7. Galante y col. Principales resultados de la 3a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 2015; 6(24): 22-29.
8. Marín M y col. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA *Rev Argent Cardiol* 2012;80:121-129.
9. Delucchi A y col. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2 *Rev Argent Cardiol* 2017;85:354-360.
10. Rubinstein A y col. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Southern Cone of Latin America. *Am J Hypertens*. 2016 Dec 1;29(12):1343-1352.
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud para las Américas. STEPS Panamericano: método paso a paso de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Washington DC. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1928:the-pahowho-stepwise-approach-to-chronic-noncommunicable-diseases-risk-factor-surveillance&Itemid=1669&lang=es

Tabla 8.1. Medición de la presión arterial en los últimos dos años de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	84,3 (83,4 - 85,1)
Ciudad de Buenos Aires	87,6 (85,5 - 89,5)	86,8 (84,2 - 89,0)	90,0 (86,8 - 92,5)	91,6 (89,8 - 93,5)
Buenos Aires	76,8 (74,6 - 78,9)	81,0 (79,1 - 82,8)	82,9 (80,8 - 84,8)	83,9 (82,2 - 85,6)
Córdoba	83,2 (80,5 - 85,6)	84,0 (81,9 - 85,9)	83,4 (80,2 - 86,1)	83,3 (80,9 - 85,7)
Entre Ríos	78,7 (75,5 - 81,5)	77,6 (71,8 - 82,5)	83,2 (78,7 - 86,9)	82,0 (79 - 85,1)
La Pampa	76,3 (73,3 - 79,1)	83,6 (79,6 - 87,0)	69,3 (63,3 - 74,7)	77,8 (73,1 - 82,4)
Santa Fe	80,9 (77,4 - 84,0)	82,4 (79,6 - 84,9)	82,1 (79,3 - 84,6)	87,1 (84,7 - 89,4)
Pampeana y GBA	79,6 (78,2 - 81,0)	82,2 (81,0 - 83,4)	83,6 (82,3 - 84,9)	85,0 (83,8 - 86,1)
Catamarca	78,7 (75,8 - 81,3)	78,3 (75,7 - 80,6)	77,5 (71,8 - 82,4)	81,3 (78,2 - 84,3)
Jujuy	71,2 (63,8 - 77,6)	70,4 (66,3 - 74,3)	77,1 (72,6 - 81,0)	82,1 (79,1 - 85,2)
La Rioja	77,2 (74,1 - 80,1)	74,8 (70,3 - 78,8)	80,6 (77,7 - 83,1)	79,5 (74 - 84,9)
Salta	72,1 (69,5 - 74,5)	79,1 (75,3 - 82,5)	76,7 (73,3 - 79,8)	81,9 (78,7 - 85,1)
Santiago del Estero	72,9 (69,1 - 76,3)	74,2 (70,3 - 77,8)	71,0 (66,4 - 75,3)	77,6 (73,4 - 81,9)
Tucumán	76,3 (74,3 - 78,1)	81,5 (79,2 - 83,6)	78,5 (75,4 - 81,3)	82,3 (79,1 - 85,4)
Noroeste	74,2 (72,4 - 76,0)	77,5 (75,9 - 78,9)	76,8 (75,2 - 78,3)	81,2 (79,5 - 82,9)
Corrientes	74,8 (71,5 - 77,8)	78,4 (74,7 - 81,7)	76,9 (72,2 - 81,0)	80,6 (77,3 - 84)
Chaco	75,8 (72,9 - 78,5)	79,7 (76,5 - 82,6)	77,7 (73,7 - 81,3)	77,6 (74,2 - 81,1)
Formosa	75,4 (72,0 - 78,5)	75,6 (71,7 - 79,1)	81,3 (75,5 - 86,0)	75,7 (72,2 - 79,3)
Misiones	73,1 (70,9 - 75,2)	74,7 (70,3 - 78,7)	77,4 (72,6 - 81,5)	83,9 (81,6 - 86,1)
Noreste	74,7 (73,2 - 76,2)	77,5 (75,6 - 79,2)	77,9 (75,5 - 80,0)	80,0 (78,4 - 81,7)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	77,1 (75,1 - 79,0)	76,8 (73,4 - 79,9)	78,1 (75,1 - 80,9)	85,1 (82 - 88,1)
Neuquén	77,5 (75,4 - 79,5)	82,5 (79,0 - 85,5)	81,4 (78,1 - 84,2)	85,2 (82,1 - 88,3)
Río Negro	78,6 (74,8 - 82,0)	79,9 (75,5 - 83,6)	79,8 (76,5 - 82,8)	83,1 (80,4 - 85,8)
Santa Cruz	75,1 (72,6 - 77,5)	76,5 (73,2 - 79,4)	82,3 (79,5 - 84,8)	80,3 (76,9 - 83,7)
Tierra del Fuego	80,4 (76,9 - 83,4)	82,6 (79,7 - 85,1)	85,8 (82,9 - 88,3)	82,5 (77,5 - 87,4)
Patagónica	77,7 (76,3 - 79,0)	79,6 (77,9 - 81,3)	80,6 (79,0 - 82,0)	83,7 (82,3 - 85,1)
Mendoza	80,4 (77,1 - 83,3)	84,3 (81,5 - 86,8)	85,1 (81,1 - 88,4)	88,5 (85,5 - 91,4)
San Juan	80,9 (78,0 - 83,5)	85,0 (81,9 - 87,6)	84,4 (80,7 - 87,5)	88,8 (86,2 - 91,4)
San Luis	77,6 (74,6 - 80,4)	80,5 (77,4 - 83,3)	80,6 (76,7 - 84,0)	83,0 (79,8 - 86,2)
Cuyo	80,1 (78,0 - 82,1)	83,9 (82,0 - 85,6)	84,2 (81,6 - 86,4)	87,6 (85,7 - 89,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 8.2. Medición de la presión arterial en los últimos dos años de la población de 18 años y más 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 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Total		84,3
		(83,4 - 85,1)
Sexo		
Varón		81,7
		(80,3 - 83)
Mujer		86,7
		(85,6 - 87,7)
Grupo de edad		
18 a 24		73,0
		(70,1 - 76)
25 a 34		78,7
		(76,7 - 80,7)
35 a 49		82,9
		(81,3 - 84,5)
50 a 64		91,7
		(90,3 - 93,1)
65 y más		95,8
		(95,1 - 96,6)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		83,7
		(81,1 - 86,3)
Primario completo y secundario incompleto		80,1
		(78,5 - 81,7)
Secundario completo y más		87,0
		(86 - 87,9)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		89,6
		(88,9 - 90,4)
Sólo cobertura pública		73,1
		(71,1 - 75,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		75,0
		(73 - 77,1)
2		82,3
		(80,5 - 84,1)
3		84,5
		(82,8 - 86,1)
4		87,7
		(86,1 - 89,3)
5		91,9
		(90,7 - 93)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.3. Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años y más, que alguna vez se midió la presión arterial, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	34,7 (33,7 - 35,6)
Ciudad de Buenos Aires	29,7 (26,8 - 32,8)	29,0 (25,9 - 32,3)	28,5 (24,6 - 32,8)	26,6 (24 - 29,3)
Buenos Aires	34,8 (32,4 - 37,4)	35,3 (33,5 - 37,2)	34,5 (32,2 - 36,8)	35,3 (33,5 - 37,2)
Córdoba	35,4 (31,5 - 39,6)	35,6 (32,8 - 38,4)	36,1 (31,3 - 41,2)	34,4 (31,2 - 37,6)
Entre Ríos	34,4 (31,4 - 37,6)	35,5 (31,9 - 39,4)	35,8 (33,0 - 38,6)	39,5 (36,7 - 42,4)
La Pampa	34,9 (31,8 - 38,0)	34,0 (29,4 - 38,9)	36,4 (32,0 - 41,1)	35,4 (30,8 - 40)
Santa Fe	34,8 (32,2 - 37,6)	33,4 (30,4 - 36,6)	33,7 (30,8 - 36,8)	36,2 (33,5 - 38,8)
Pampeana y GBA	34,1 (32,5 - 35,8)	34,2 (33,0 - 35,5)	33,9 (32,3 - 35,5)	34,4 (33,1 - 35,7)
Catamarca	36,5 (33,4 - 39,7)	40,2 (36,6 - 44,0)	34,5 (29,9 - 39,5)	35,8 (32,2 - 39,4)
Jujuy	30,5 (28,3 - 32,8)	30,5 (27,8 - 33,4)	35,2 (31,6 - 39,0)	26,7 (23,1 - 30,3)
La Rioja	41,4 (38,2 - 44,6)	30,8 (27,9 - 33,9)	31,8 (27,9 - 36,0)	33,9 (29,8 - 38)
Salta	27,7 (24,8 - 30,8)	31,4 (27,7 - 35,3)	35,0 (30,7 - 39,7)	28,3 (25,4 - 31,2)
Santiago del Estero	36,4 (33,7 - 39,3)	37,3 (33,2 - 41,6)	36,3 (31,5 - 41,5)	38,3 (34 - 42,7)
Tucumán	39,3 (36,1 - 42,5)	38,6 (35,8 - 41,5)	37,2 (33,8 - 40,7)	36,7 (33,6 - 39,8)
Noroeste	34,7 (32,8 - 36,7)	35,0 (33,3 - 36,6)	35,6 (33,7 - 37,5)	33,0 (31,4 - 34,5)
Corrientes	35,1 (30,0 - 40,6)	36,4 (32,8 - 40,1)	36,2 (32,3 - 40,3)	40,2 (36,1 - 44,4)
Chaco	39,1 (36,2 - 42,0)	36,8 (32,2 - 41,8)	42,4 (38,1 - 46,9)	36,9 (32,5 - 41,4)
Formosa	37,1 (33,1 - 41,4)	39,3 (34,8 - 43,9)	37,4 (33,8 - 41,1)	52,2 (46,9 - 57,5)
Misiones	34,8 (31,9 - 37,8)	36,0 (32,7 - 39,4)	38,8 (35,2 - 42,4)	36,7 (33,1 - 40,4)
Noreste	36,5 (34,4 - 38,7)	36,8 (34,7 - 39,0)	38,9 (36,8 - 41,0)	39,7 (37,5 - 41,8)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	29,9	34,4	32,4	30,4
	(27,0 - 33,0)	(30,9 - 38,0)	(29,5 - 35,4)	(26,4 - 34,4)
Neuquén	35,2	33,1	34,8	39,2
	(31,5 - 39,0)	(29,4 - 37,1)	(29,7 - 40,3)	(34,9 - 43,5)
Río Negro	37,4	32,8	29,0	31,2
	(31,2 - 44,1)	(29,3 - 36,5)	(25,7 - 32,6)	(28,2 - 34,2)
Santa Cruz	36,4	31,4	34,4	33,5
	(33,1 - 39,7)	(28,0 - 35,1)	(31,0 - 38,1)	(28,9 - 38)
Tierra del Fuego	35,9	31,7	28,2	33,9
	(32,5 - 39,4)	(28,6 - 34,9)	(25,3 - 31,3)	(28 - 39,8)
Patagónica	34,8	33,0	32,0	33,6
	(32,0 - 37,6)	(31,2 - 34,8)	(30,2 - 33,9)	(31,7 - 35,5)
Mendoza	35,9	37,6	30,2	34,7
	(32,9 - 38,9)	(34,3 - 41,1)	(27,5 - 32,9)	(31,1 - 38,3)
San Juan	38,5	36,0	35,7	32,8
	(35,2 - 41,8)	(32,6 - 39,5)	(31,4 - 40,2)	(28,5 - 37,1)
San Luis	31,6	34,5	27,7	40,9
	(28,4 - 35,0)	(31,3 - 37,9)	(24,0 - 31,6)	(37 - 44,8)
Cuyo	35,9	36,7	31,0	35,2
	(33,9 - 38,0)	(34,5 - 39,0)	(29,0 - 33,1)	(32,7 - 37,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 8.4. Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años y más, que alguna vez se midió la presión arterial, 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	34,7
	(33,7 - 35,6)
Sexo	
Varón	33,3
	(31,7 - 34,9)
Mujer	35,8
	(34,5 - 37,2)
Grupo de edad	
18 a 24	14,8
	(12,5 - 17,1)
25 a 34	20,7
	(18,7 - 22,8)
35 a 49	29,0
	(27,1 - 30,8)
50 a 64	47,4
	(45,3 - 49,5)
65 y más	61,8
	(59,5 - 64,1)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	53,1
	(49,3 - 56,9)
Primario completo y secundario incompleto	41,1
	(39,4 - 42,8)
Secundario completo y más	28,6
	(27,5 - 29,7)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	37,0
	(35,9 - 38,2)
Sólo cobertura pública	29,2
	(27,2 - 31,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	36,4
	(33,9 - 39)
2	36,4
	(34 - 38,8)
3	36,5
	(34,2 - 38,7)
4	35,4
	(33,3 - 37,6)
5	28,9
	(27 - 30,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.5. Realización de algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas de la población de 18 años y más con presión arterial elevada por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	53,4
	(51,5 - 55,2)
Ciudad de Buenos Aires	65,5
	(59,5 - 71,5)
Buenos Aires	50,7
	(47,3 - 54,1)
Córdoba	63,3
	(57,7 - 69)
Entre Ríos	59,0
	(54,2 - 63,8)
La Pampa	54,6
	(47 - 62,2)
Santa Fe	56,5
	(50,5 - 62,5)
Pampeana y GBA	54,7
	(52,1 - 57,2)
Catamarca	48,3
	(39,9 - 56,6)
Jujuy	46,5
	(38,2 - 54,8)
La Rioja	53,2
	(44,6 - 61,7)
Salta	44,3
	(38,1 - 50,4)
Santiago del Estero	58,8
	(51,5 - 66,1)
Tucumán	53,0
	(47,1 - 59)
Noroeste	50,9
	(47,8 - 53,9)
Corrientes	47,5
	(41,3 - 53,7)
Chaco	55,4
	(47,8 - 63)
Formosa	49,3
	(43,7 - 54,9)
Misiones	50,6
	(44 - 57,1)
Noreste	50,7
	(47,1 - 54,3)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	47,1
	(40,5 - 53,7)
Neuquén	38,5
	(31,9 - 45,1)
Río Negro	52,1
	(46,9 - 57,3)
Santa Cruz	38,4
	(31,9 - 44,9)
Tierra del Fuego	47,9
	(37,9 - 57,8)
Patagónica	44,6
	(41,6 - 47,7)
Mendoza	54,8
	(48,7 - 60,8)
San Juan	57,8
	(50,3 - 65,4)
San Luis	44,7
	(36,7 - 52,6)
Cuyo	53,5
	(49,3 - 57,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.6. Realización de algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas de la población de 18 años y más con presión arterial elevada, 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	53,4 (51,5 - 55,2)
Sexo	
Varón	54,5 (51,7 - 57,3)
Mujer	52,4 (50,2 - 54,6)
Grupo de edad	
18 a 24	13,9 (8,9 - 18,9)
25 a 34	11,6 (8,8 - 14,5)
35 a 49	35,9 (32,2 - 39,6)
50 a 64	66,0 (63,1 - 68,9)
65 y más	79,9 (77,8 - 81,9)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	65,5 (60,4 - 70,6)
Primario completo y secundario incompleto	54,1 (51,3 - 56,9)
Secundario completo y más	49,9 (47,4 - 52,5)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	60,9 (59 - 62,9)
Sólo cobertura pública	31,1 (27,6 - 34,7)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	41,5 (37,6 - 45,4)
2	52,9 (48,9 - 56,9)
3	54,8 (51,3 - 58,4)
4	56,7 (52,8 - 60,6)
5	61,6 (57,8 - 65,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

8.7. Tipo de tratamiento recibido para la presión arterial elevada de la población de 18 años y más con presión arterial elevada. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
	^o % (IC 95%)
Sólo farmacológico	48,3
	(45,9 - 50,6)
Sólo dieta	9,7
	(8,1 - 11,2)
Ambos tratamientos	42,1
	(39,8 - 44,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.8. Población de 18 años y más con presión arterial elevada que concurre habitualmente a algún lugar para hacerse un control relacionado con la presión alta que no sea tomarse la presión, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	42,1
	(40,5 - 43,7)
Ciudad de Buenos Aires	50,3
	(44,3 - 56,4)
Buenos Aires	41,9
	(38,9 - 45)
Córdoba	46,4
	(39,5 - 53,2)
Entre Ríos	38,1
	(33,2 - 43,1)
La Pampa	40,8
	(31,4 - 50,1)
Santa Fe	45,6
	(38,9 - 52,4)
Pampeana y GBA	43,5
	(41,4 - 45,6)
Catamarca	39,7
	(31,1 - 48,4)
Jujuy	35,9
	(28,6 - 43,1)
La Rioja	42,2
	(33 - 51,4)
Salta	38,7
	(32,8 - 44,6)
Santiago del Estero	46,0
	(38,7 - 53,3)
Tucumán	37,1
	(29,2 - 45)
Noroeste	39,4
	(36 - 42,8)
Corrientes	44,3
	(38,5 - 50,1)
Chaco	42,4
	(34,4 - 50,5)
Formosa	36,5
	(29,2 - 43,7)
Misiones	37,9
	(32,4 - 43,4)
Noreste	40,8
	(37,5 - 44,1)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	45,3
	(39,6 - 50,9)
Neuquén	34,0
	(28,3 - 39,7)
Río Negro	49,5
	(44 - 55)
Santa Cruz	35,4
	(28,8 - 41,9)
Tierra del Fuego	38,4
	(27,3 - 49,5)
Patagónica	41,1
	(38 - 44,2)
Mendoza	28,9
	(22,1 - 35,7)
San Juan	47,8
	(40,1 - 55,5)
San Luis	36,3
	(30,5 - 42,2)
Cuyo	34,5
	(29,9 - 39)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.9. Población de 18 años y más con presión arterial elevada que concurre habitualmente a algún lugar para hacerse un control relacionado con la presión alta que no sea tomarse la presión, 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	42,1 (40,5 - 43,7)
Sexo	
Varón	41,3 (38,8 - 43,8)
Mujer	42,8 (40,6 - 45,1)
Grupo de edad	
18 a 24	20,5 (14,1 - 27)
25 a 34	23,3 (18,6 - 28)
35 a 49	31,0 (27,6 - 34,4)
50 a 64	48,8 (45,4 - 52,2)
65 y más	56,5 (53,8 - 59,2)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	54,2 (49,1 - 59,3)
Primario completo y secundario incompleto	43,2 (40,9 - 45,6)
Secundario completo y más	38,5 (36,2 - 40,8)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	45,2 (43,3 - 47,2)
Sólo cobertura pública	33,2 (30 - 36,4)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	39,9 (36 - 43,7)
2	44,0 (40 - 47,9)
3	39,6 (36,3 - 42,9)
4	43,5 (39,6 - 47,4)
5	44,1 (40,2 - 48)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.10. Prevalencia de presión arterial elevada ($\geq 140/90$ mmHg) según mediciones objetivas de la población de 18 años y más 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 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Total		40,5 (39,2 - 41,9)
Sexo		
Varón		49,3 (47,1 - 51,5)
Mujer		32,6 (31 - 34,2)
Grupo de edad		
18 a 24		20,3 (16,7 - 23,9)
25 a 34		23,8 (20,7 - 26,9)
35 a 49		41,2 (38,5 - 44)
50 a 64		55,4 (52,8 - 58,1)
65 y más		63,8 (60,9 - 66,6)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		53,9 (49,4 - 58,4)
Primario completo y secundario incompleto		45,7 (43,4 - 48,1)
Secundario completo y más		35,5 (33,7 - 37,3)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		42,8 (41,3 - 44,4)
Sólo cobertura pública		36,0 (33,5 - 38,5)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		37,2 (34 - 40,5)
2		40,9 (37,7 - 44,2)
3		42,0 (39,3 - 44,7)
4		42,5 (39,3 - 45,6)
5		40,1 (37,2 - 43,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.11. Prevalencia de presión arterial elevada ($\geq 140/90$ mmHg) según mediciones objetivas de la población de 18 años y más, según prevalencia por autorreporte, 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 2018.

	ENFR 2018	
	%	
	(IC 95%)	
	Población con presión arterial elevada autorreportada	Población sin presión arterial elevada autorreportada
Total	59,1	32,0
	(56,7 - 61,5)	(30,3 - 33,7)
Sexo		
Varón	69,2	42,3
	(66 - 72,3)	(39,4 - 45,3)
Mujer	51,2	22,7
	(48,3 - 54,1)	(21 - 24,3)
Grupo de edad		
18 a 24	20,5	20,1
	(12,5 - 28,6)	(15,4 - 24,8)
25 a 34	38,5	20,3
	(31,3 - 45,7)	(17 - 23,7)
35 a 49	59,4	34,4
	(54,6 - 64,3)	(31,4 - 37,4)
50 a 64	65,8	45,5
	(62,1 - 69,6)	(41,5 - 49,4)
65 y más	70,1	53,9
	(66,6 - 73,6)	(49,5 - 58,3)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	64,4	45,6
	(56,9 - 71,8)	(39,7 - 51,4)
Primario completo y secundario incompleto	60,9	38,0
	(56,9 - 65)	(34,8 - 41,3)
Secundario completo y más	56,3	28,0
	(53,2 - 59,4)	(25,9 - 30)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	61,8	32,2
	(59,3 - 64,3)	(30,4 - 34,1)
Sólo cobertura pública	51,8	31,5
	(46,3 - 57,3)	(28,3 - 34,8)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	54,0	29,6
	(48,3 - 59,6)	(25,7 - 33,6)
2	54,5	35,2
	(49,2 - 59,7)	(31,1 - 39,3)
3	59,6	32,5
	(54,7 - 64,5)	(28,7 - 36,3)
4	65,1	30,3
	(60,3 - 70)	(26,3 - 34,3)
5	62,8	32,2
	(57,7 - 67,8)	(28,5 - 35,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 8.12. Prevalencia combinada de presión arterial elevada de la población de 18 años y más, 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 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Total		46,6 (45,3 - 47,9)
Sexo		
Varón		55,7 (53,5 - 58)
Mujer		38,7 (37 - 40,4)
Grupo de edad		
18 a 24		20,4 (16,3 - 24,5)
25 a 34		24,9 (21,6 - 28,1)
35 a 49		43,8 (41 - 46,6)
50 a 64		64,3 (61,7 - 66,9)
65 y más		78,0 (75,6 - 80,4)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		65,2 (60,7 - 69,7)
Primario completo y secundario incompleto		53,5 (51,2 - 55,8)
Secundario completo y más		40,1 (38,3 - 42)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		49,5 (48,1 - 51)
Sólo cobertura pública		39,9 (37,3 - 42,6)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		43,0 (39,6 - 46,4)
2		47,7 (44,4 - 51,1)
3		48,0 (45 - 51)
4		47,9 (44,6 - 51,1)
5		46,1 (43,3 - 49)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Capítulo 9

Colesterol

Introducción

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa más frecuente de enfermedades no transmisibles y constituye la primera causa de mortalidad a nivel mundial (1). Uno de los principales factores de riesgo responsables de esta carga de enfermedad es el colesterol elevado, que se estima como causa de 2,6 millones de muertes (4,5% del total) y una pérdida de 29,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (2). La presencia de altos niveles de colesterol en la sangre puede estar relacionada a condiciones heredofamiliares, pero principalmente se asocia al modo en que vivimos, resaltando el exceso de peso, el sedentarismo y el consumo nocivo de alcohol como los principales determinantes (3) (4).

Un punto de discusión ha sido la estrategia terapéutica para disminuir los eventos cardiovasculares empleando tratamientos hipolipemiantes. Existe sólida evidencia científica acerca de que las estatinas reducen la mortalidad y las enfermedades cardiovasculares. En una Revisión Sistemática y metaanálisis realizado en el año 2015 se observó que el descenso de 1 mmol/l del colesterol LDL se asociaba a una reducción significativa del riesgo de eventos cardiovasculares mayores, tanto en hombres como mujeres y a una disminución de la mortalidad por todas las causas del 10% en el grupo tratamiento (5). La reducción del riesgo relativo de ECV con las estatinas es independiente del riesgo cardiovascular basal, aunque al igual que en otras condiciones el tratamiento tiene más impacto en los individuos con mayor riesgo (6) (7).

Si bien la regulación de entornos y productos y la promoción de hábitos de vida saludables se constituyen como las intervenciones de mayor impacto a nivel poblacional, el rastreo y control de la hipercolesterolemia permite mejorar la predicción del riesgo cardiovascular de la población e indicar tratamiento en los casos que correspondan (4). Los datos disponibles hasta la fecha sobre prevalencia de hipercolesterolemia fueron obtenidos por autorreporte. Sin embargo, se estima que esta condición es frecuentemente subdiagnosticada y en eso radica la importancia de la medición objetiva del colesterol total en ayunas en sangre capilar, incluida en esta nueva edición de la ENFR. Además, desconocíamos hasta el momento si los individuos que recibían tratamiento hipolipemiante lograban controlar efectivamente sus cifras de colesterol en sangre.

El objetivo de este capítulo es describir los resultados de la 4ª ENFR relacionados con la medición de colesterol y la prevalencia de hipercolesterolemia, y su comparación con ediciones anteriores. Así mismo analizar por primera vez los resultados de las mediciones bioquímicas de colesterol total en ayunas en sangre capilar.

Metodología

El presente capítulo se organizó en dos fases:

Indicadores por autorreporte. Se analizaron: medición del colesterol alguna vez en la vida (varones \geq 35 años y mujeres \geq 45 años); prevalencia de colesterol elevado entre quienes se midieron alguna vez

en la vida (población 18 años y más); porcentaje de personas con colesterol elevado que realizó algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas; tipo de tratamiento recibido (farmacológico y/o no farmacológico como el ejercicio, la dieta o la reducción de peso) entre aquellos que realizaron algún tratamiento en las últimas dos semanas.

Indicadores por mediciones bioquímicas. Se analizó: prevalencia de colesterol total elevado en ayunas (\geq 200 mg/dl) en sangre capilar, por mediciones en domicilio, según variables sociodemográficas y según la variable de prevalencia por autorreporte; además se estimó la prevalencia combinada de colesterol elevado, indicador que se construyó considerando aquellos que tuvieron colesterol total elevado (\geq 200 mg/dl) por mediciones en domicilio o quienes se autorreportaron como hipercolesterolémicos y tomaron algún medicamento para controlar el colesterol durante las últimas dos semanas.

Resultados

Indicadores por autorreporte

La medición del colesterol alguna vez en la vida, en varones mayores de 35 y mujeres mayores de 45 años, fue del 82,1% en la cuarta edición de la ENFR y resultó significativamente mayor al resultado obtenido en la edición anterior (77,5%). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (94,5%) y Santa Fe (89,0%) presentaron porcentajes de medición de colesterol alguna vez mayores al total nacional. En cambio, Santiago del Estero (64,7%), Formosa (69,2%), Jujuy (69,5%), Misiones (72,3%), La Rioja (72,8%), Salta (72,8%), Catamarca (73,2%), Chaco (74,1%) y Corrientes (74,3%), presentaron porcentajes menores (Tabla 9.1).

Respecto de las variables sociodemográficas, se observó que el porcentaje de medición de colesterol alguna vez en la vida resultó mayor en mujeres respecto de varones (88,5% vs 77,2% respectivamente), aumentó con la edad, entre aquellos con mayor nivel educativo y también entre quienes tienen obra social o prepaga. Se observó asimismo que en el quintil de ingresos más alto, el porcentaje de medición de colesterol alguna vez fue mayor que en todos los otros quintiles (92,6% quintil 5 vs 69,3% primer quintil) (Tabla 9.2).

La prevalencia de colesterol elevado por autorreporte, entre quienes se midieron el colesterol alguna vez en la vida (población de 18 años y más) fue del 28,9%, porcentaje que se mantuvo estable respecto de la 3ª edición de la ENFR (Tabla 9.3). Respecto de las prevalencias provinciales, se observó que Chubut (21,2%) y Río Negro (23,2%) presentaron porcentajes menores que el total nacional, mientras que Salta (38,7%), Santa Cruz (37,2%), Jujuy (36,3%) y San Luis (34,8%) presentaron mayores prevalencias que el total país (Tabla 9.3).

En cuanto a las variables sociodemográficas, se evidenció mayor prevalencia de colesterol elevado a partir del grupo de 35 años y entre aquellos con obra social o prepaga; por otro lado, resultó menor en el nivel educativo más alto. No se evidenciaron diferencias significativas según sexo y quintiles de ingreso del hogar por unidad consumidora (Tabla 9.4).

Entre aquellas personas que se autorreportaron con colesterol elevado, el 46,0% estuvo haciendo algún tratamiento durante las últimas dos semanas (ya sea con medicamentos y/o con dieta/ejercicios). Se observó mayor porcentaje de este indicador en Chaco (59,4%), respecto del total nacional, y menor en Santa Cruz (28,6%) y Salta (35,4%) (Tabla 9.5).

A partir de los 35 años se observó un gradiente ascendente del indicador alcanzando al 59,7% entre los mayores de 65 años. Resultó mayor la frecuencia de tratamiento entre aquellos con obra social o prepaga respecto de quienes tienen cobertura de salud pública exclusiva (49,3% vs. 31,5%) y en los quintiles 4to. y 5to. (50,2% y 52,3%), respecto del primer quintil de ingresos (37,0%). No se observaron

diferencias según sexo ni nivel educativo (Tabla 9.6). En cuanto al tipo de tratamiento que realizaron durante las últimas dos semanas, el 27,1% solo tomó medicamentos, el 34,8% realizó únicamente dieta y/o ejercicios, y el 38,1% llevó a cabo ambos (Tabla 9.7).

Indicadores por mediciones bioquímicas

Se obtuvo una prevalencia de colesterol elevado en ayunas (≥ 200 mg/dl) de 30,7%, entre los individuos que realizaron la medición, resultando esta prevalencia mayor a partir del grupo de 35 a 49 años y en el quintil más alto de ingresos, respecto del más bajo (37,0% vs 23,5%) (Tabla 9.8).

Entre aquellas personas que se controlaron alguna vez el colesterol y que se autorreportaron con colesterol elevado, se observó un 46,2% de registros de colesterol ≥ 200 mg/dl según mediciones. Por el contrario, entre aquellas personas que alguna vez se controlaron el colesterol y que no se autorreportaron con colesterol elevado, las mediciones de colesterol ≥ 200 mg/dl fueron del 29,1% (Tabla 9.9).

La prevalencia combinada de colesterol elevado fue de 39,5%. Resultó mayor a partir de los 50 años de edad y en el nivel educativo más bajo (53,3%) respecto de los dos siguientes (Tabla 9.10).

Discusión

El aumento de la medición de colesterol alguna vez en la vida respecto de la edición anterior de la encuesta, evidencia un mayor acceso a la realización de prácticas preventivas aunque, al igual que en el caso de presión arterial, continúan evidenciándose brechas por variables sociodemográficas que impactan negativamente en aquellos grupos más vulnerables (menor nivel educativo, con cobertura de salud pública exclusiva, y menores quintiles de ingresos). El porcentaje de personas de los hogares del quintil más bajo que se midieron el colesterol fue casi un 30% menos que del quintil más alto, lo cual da cuenta de las brechas aún existentes en el acceso a los servicios y de la necesidad de la búsqueda activa para el diagnóstico y tratamiento de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social.

La prevalencia autorreportada de colesterol elevado (entre aquellos que alguna vez en la vida se midieron el colesterol), se mantuvo estable, alcanzando a un 28,9% de la población, sin cambios significativos respecto de las ediciones previas de la encuesta. Dentro de este grupo, 5 de cada 10 personas realizaron algún tipo de tratamiento para el colesterol en las últimas dos semanas. Una vez más, este indicador también se encontró relacionado con el nivel socioeconómico. Las personas de los quintiles de ingresos más altos realizaron con más frecuencia tratamiento cuando se les diagnosticaba hipercolesterolemia.

A través de las mediciones bioquímicas de la encuesta, se observó que el 30,7% de la población total de 18 años y más, registró colesterol total elevado (≥ 200 mg/dl) en sangre capilar (muestra sanguínea obtenida mediante punción en el dedo). En cuanto a la prevalencia combinada, calculada entre aquellos que alguna vez en la vida se midieron, la misma resultó del 39,5%.

Asimismo, el 46,2% de los que habían declarado tener colesterol alto por autorreporte tuvieron colesterol elevado por medición bioquímica, reflejando lo que podría representar un valor de control inadecuado. De los que no reconocían tener antecedentes de colesterol alto, un 29,1% evidenció colesterol alto en la medición bioquímica, lo cual da cuenta de alta tasa de subdiagnóstico de esta condición crónica y silenciosa que, como la diabetes o la hipertensión, requiere de una estrategia de rastreo activa.

Del mismo modo que se aclaró para los otros dos capítulos de esta encuesta que incluyen mediciones objetivas, como diabetes e hipertensión, no se puede hacer una interpretación directa acerca de que la prevalencia de colesterol elevado en la población es el porcentaje de los que evidenciaron colesterol total alto por mediciones bioquímicas. La prevalencia de dislipemia (o alteración del perfil de lípidos)

de la población requiere combinar múltiples variables. Es necesario aclarar que no puede concluirse que un valor aislado de colesterol total elevado significa que la persona tiene dislipemia, dado que la ENFR se trata de un estudio epidemiológico y no de una evaluación clínica. La metodología para diagnosticar dislipemia y para evaluar el buen/mal control, además de que involucra una evaluación específica de cada individuo, se realiza con análisis de laboratorio que requieren determinaciones de triglicéridos, colesterol LDL y HDL, etc.; asimismo los puntos de corte varían de acuerdo al riesgo cardiovascular clínico de los individuos. Es por ello que lo mencionado para hipertensión y diabetes, es aplicable también a colesterol, en cuanto a la validez y la importancia de estos estudios epidemiológicos poblacionales, si bien no son homologables ni reemplazan el diagnóstico clínico de los individuos.

Sin embargo, y en términos poblacionales, resulta relevante el hallazgo en esta encuesta de valores de colesterol elevados en 1 de cada 3 individuos que no refirieron antecedentes de hipercolesterolemia por autorreporte; y que más de la mitad de los que sí reconocían su condición, no hacía ningún tipo de tratamiento específico al momento de la encuesta.

Políticas en marcha

El Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, junto con el Área de Servicios de Salud de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT), está iniciando la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Riesgo Cardiovascular Global, cuya publicación está prevista para finales de 2020. Del mismo modo, se están llevando a cabo capacitaciones para los equipos de salud sobre abordaje de las dislipemias en el marco de los cursos MAPEC (Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas). Además, el Programa Nacional de Medicamentos (ex REMEDIAR) distribuye estatinas a los centros de salud del primer nivel de atención, de modo de mejorar el acceso a los tratamientos de la población más vulnerable.

Las políticas para reducir el exceso de peso, garantizar una alimentación saludable, promover la actividad física y reducir el consumo nocivo de alcohol, todas ellas necesarias para la prevención de la dislipemia, se tratan en sus apartados correspondientes.

Referencias bibliográficas

1. Adeyi O, Smith O, Robles S. Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; 2007. p. 1-218.
2. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory. Raised cholesterol. [acceso 10/07/2019]. Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/.
3. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:2889-934. <http://doi.org/f2skw5>
4. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Prevención Cardiovascular. *Rev Argent Cardiol* 2012;80(Supl 2):1-82.
5. Fulcher J, O'Connell R, Voysey M, Emberson J, Blackwell L, Mihaylova B, et al., Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: Meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. *Lancet*. 2015;385:1397---405, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61368-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61368-4).
6. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016;37:2315---81.
7. Actualización del Consenso de Prevención Cardiovascular. *Rev Argent Cardiol* 2016; 84 (Supl.2).

Tabla 9.1. Medición de colesterol alguna vez en la vida 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	82,1 (81 - 83,2)
Ciudad de Buenos Aires	90,2 (87,8 - 92,1)	89,2 (86,2 - 91,5)	86,5 (81,9 - 90,1)	94,5 (92,7 - 96,3)
Buenos Aires	71,5 (68,5 - 74,4)	78,4 (76,4 - 80,3)	78,0 (75,4 - 80,4)	83,1 (81,2 - 85,1)
Córdoba	78,1 (74,3 - 81,4)	78,2 (74,7 - 81,4)	77,4 (72,3 - 81,8)	81,0 (76,7 - 85,3)
Entre Ríos	66,6 (61,4 - 71,4)	71,5 (67,5 - 75,1)	74,2 (68,2 - 79,3)	78,1 (74,7 - 81,5)
La Pampa	73,8 (69,7 - 77,5)	82,0 (77,5 - 85,9)	72,2 (66,0 - 77,7)	76,0 (70,9 - 81,1)
Santa Fe	76,0 (71,7 - 79,9)	81,8 (78,7 - 84,6)	82,5 (79,2 - 85,3)	89,0 (86,1 - 91,9)
Pampeana y GBA	75,3 (73,4 - 77,2)	80,0 (78,7 - 81,3)	79,4 (77,6 - 81,1)	84,7 (83,3 - 86,1)
Catamarca	68,0 (63,3 - 72,3)	65,3 (60,6 - 69,6)	73,1 (67,4 - 78,2)	73,2 (67,3 - 79,1)
Jujuy	52,8 (39,4 - 65,9)	61,1 (56,3 - 65,6)	60,7 (54,8 - 66,4)	69,5 (64,6 - 74,4)
La Rioja	61,3 (55,4 - 66,9)	63,8 (59,1 - 68,3)	66,7 (59,3 - 73,5)	72,8 (66,1 - 79,5)
Salta	59,1 (50,7 - 67,0)	70,7 (65,5 - 75,4)	73,8 (68,2 - 78,8)	72,8 (68,8 - 76,7)
Santiago del Estero	65,3 (61,4 - 69,0)	67,7 (63,0 - 72,0)	64,9 (57,3 - 71,8)	64,7 (56,9 - 72,5)
Tucumán	65,1 (61,3 - 68,7)	73,7 (70,0 - 77,1)	71,3 (66,9 - 75,3)	78,1 (73,8 - 82,5)
Noroeste	61,9 (58,1 - 65,5)	68,8 (66,8 - 70,8)	69,3 (66,8 - 71,6)	72,8 (70,6 - 75)
Corrientes	63,8 (61,3 - 66,3)	68,2 (63,0 - 72,9)	73,6 (67,1 - 79,3)	74,3 (70,2 - 78,4)
Chaco	65,5 (58,0 - 72,3)	74,4 (69,5 - 78,8)	65,2 (59,0 - 70,9)	74,1 (68,9 - 79,3)
Formosa	55,5 (48,1 - 62,7)	66,3 (61,9 - 70,3)	73,2 (65,7 - 79,7)	69,2 (62,7 - 75,6)
Misiones	58,7 (51,1 - 65,9)	57,9 (49,6 - 65,9)	68,3 (62,6 - 73,6)	72,3 (68 - 76,5)
Noreste	61,8 (59,1 - 64,5)	67,4 (64,2 - 70,4)	69,7 (66,4 - 72,8)	73,0 (70,5 - 75,4)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	68,6	75,4	77,0	81,3
	(64,9 - 72,1)	(70,6 - 79,6)	(72,5 - 80,9)	(77,6 - 85)
Neuquén	68,9	77,7	77,6	80,8
	(65,1 - 72,4)	(70,6 - 83,5)	(72,5 - 82,0)	(76,6 - 85)
Río Negro	71,1	73,7	76,2	78,9
	(67,5 - 74,4)	(68,7 - 78,2)	(71,6 - 80,2)	(73,8 - 84)
Santa Cruz	71,2	74,4	76,3	81,1
	(67,6 - 74,5)	(70,8 - 77,7)	(71,8 - 80,3)	(76,4 - 85,9)
Tierra del Fuego	79,0	82,9	83,8	86,3
	(72,5 - 84,3)	(78,7 - 86,5)	(79,6 - 87,2)	(80,8 - 91,7)
Patagónica	70,4	75,8	77,3	80,8
	(68,5 - 72,1)	(73,2 - 78,3)	(75,0 - 79,4)	(78,7 - 82,9)
Mendoza	74,4	77,7	77,7	78,4
	(70,1 - 78,2)	(74,6 - 80,5)	(73,3 - 81,5)	(73,3 - 83,5)
San Juan	67,2	73,6	76,0	79,1
	(62,5 - 71,5)	(69,2 - 77,5)	(71,0 - 80,4)	(74,5 - 83,8)
San Luis	66,8	69,9	78,0	81,3
	(62,7 - 70,7)	(66,0 - 73,5)	(73,0 - 82,4)	(77 - 85,6)
Cuyo	71,6	75,4	77,3	79,0
	(68,7 - 74,3)	(73,2 - 77,5)	(74,4 - 80,1)	(75,7 - 82,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 9.2. Medición del colesterol alguna vez en la vida 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	82,1 (81 - 83,2)
Sexo	
Varón	77,2 (75,5 - 78,8)
Mujer	88,5 (87,3 - 89,6)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	76,7 (73,4 - 80)
Primario completo y secundario incompleto	75,9 (73,8 - 77,9)
Secundario completo y más	88,4 (87,3 - 89,5)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	87,7 (86,7 - 88,7)
Sólo cobertura pública	62,6 (59,4 - 65,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	69,3 (66,2 - 72,4)
2	77,7 (75,3 - 80,1)
3	81,8 (79,5 - 84)
4	84,9 (83,1 - 86,8)
5	92,6 (91,2 - 94,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 9.3. Prevalencia de colesterol elevado por autorreporte en la población de 18 años y más, que se la midió alguna vez, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	28,9 (27,8 - 30,1)
Ciudad de Buenos Aires	32,4 (29,2 - 35,8)	28,1 (24,8 - 31,7)	27,9 (24,0 - 32,1)	29,6 (26,9 - 32,2)
Buenos Aires	25,0 (22,6 - 27,6)	29,3 (27,6 - 31,2)	30,4 (27,9 - 33,1)	27,9 (25,7 - 30,1)
Córdoba	28,9 (24,8 - 33,4)	27,8 (25,1 - 30,6)	30,9 (26,7 - 35,5)	27,2 (23,8 - 30,6)
Entre Ríos	29,9 (24,6 - 35,8)	25,2 (19,4 - 32,2)	29,2 (24,6 - 34,2)	28,9 (25,5 - 32,3)
La Pampa	30,1 (27,2 - 33,3)	29,6 (25,5 - 34,1)	33,0 (28,7 - 37,7)	31,8 (26,6 - 37)
Santa Fe	27,1 (24,1 - 30,3)	25,4 (22,9 - 28,2)	25,1 (22,7 - 27,5)	25,6 (22,2 - 29,1)
Pampeana y GBA	27,2 (25,6 - 28,9)	28,4 (27,1 - 29,7)	29,4 (27,7 - 31,2)	27,9 (26,4 - 29,3)
Catamarca	34,4 (30,3 - 38,9)	37,2 (31,9 - 42,8)	33,4 (28,4 - 38,9)	34,5 (28,6 - 40,4)
Jujuy	32,8 (28,8 - 37,1)	36,7 (32,9 - 40,6)	35,1 (29,9 - 40,7)	36,3 (30,7 - 41,9)
La Rioja	36,3 (31,2 - 41,6)	35,6 (31,0 - 40,4)	32,6 (28,1 - 37,5)	32,1 (27,1 - 37,1)
Salta	29,0 (24,7 - 33,6)	36,6 (33,3 - 40,1)	35,3 (30,8 - 40,0)	38,7 (35 - 42,4)
Santiago del Estero	28,2 (25,3 - 31,3)	33,8 (29,4 - 38,5)	28,6 (24,4 - 33,1)	28,9 (23,1 - 34,7)
Tucumán	37,3 (32,1 - 42,8)	35,0 (31,5 - 38,5)	34,0 (30,1 - 38,1)	33,5 (29 - 38)
Noroeste	33,1 (30,3 - 36,0)	35,7 (33,9 - 37,4)	33,6 (31,5 - 35,7)	34,6 (32,3 - 36,9)
Corrientes	30,2 (26,7 - 33,9)	31,9 (27,4 - 36,7)	31,9 (27,6 - 36,5)	31,8 (27,1 - 36,5)
Chaco	27,9 (25,2 - 30,7)	26,3 (21,7 - 31,4)	31,3 (26,5 - 36,6)	33,0 (28,1 - 37,9)
Formosa	25,1 (22,2 - 28,2)	24,5 (20,2 - 29,3)	30,6 (26,0 - 35,8)	25,7 (19,6 - 31,7)
Misiones	26,5 (20,7 - 33,3)	26,6 (22,8 - 30,7)	34,6 (29,5 - 40,1)	31,2 (27,1 - 35,3)
Noreste	27,9 (25,6 - 30,2)	27,7 (25,3 - 30,2)	32,3 (29,8 - 34,9)	31,2 (28,7 - 33,7)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	27,5	27,6	28,1	21,2
	(25,1 - 30,1)	(22,8 - 33,0)	(25,1 - 31,3)	(17,9 - 24,5)
Neuquén	29,5	29,1	34,0	31,0
	(27,1 - 32,0)	(25,1 - 33,3)	(30,0 - 38,3)	(26,8 - 35,3)
Río Negro	31,1	29,2	27,5	23,2
	(27,7 - 34,8)	(25,1 - 33,7)	(24,2 - 31,1)	(19,1 - 27,3)
Santa Cruz	37,6	33,6	32,6	37,2
	(33,8 - 41,6)	(29,9 - 37,4)	(28,2 - 37,4)	(31,1 - 43,4)
Tierra del Fuego	30,9	30,8	26,1	31,8
	(27,2 - 34,8)	(26,1 - 36,0)	(21,7 - 31,0)	(26,3 - 37,3)
Patagónica	30,6	29,4	29,9	27,5
	(29,1 - 32,1)	(27,3 - 31,7)	(28,1 - 31,7)	(25,4 - 29,5)
Mendoza	26,4	31,3	26,5	32,6
	(23,2 - 29,8)	(26,9 - 36,2)	(22,8 - 30,4)	(27,4 - 37,8)
San Juan	27,9	27,2	29,8	32,1
	(24,7 - 31,4)	(22,8 - 32,0)	(25,0 - 35,1)	(27,8 - 36,5)
San Luis	25,9	32,9	21,7	34,8
	(22,6 - 29,6)	(29,4 - 36,7)	(18,0 - 25,8)	(30,6 - 39)
Cuyo	26,7	30,6	26,5	32,9
	(24,5 - 28,9)	(27,6 - 33,8)	(23,9 - 29,2)	(29,5 - 36,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 9.4. Prevalencia de colesterol elevado por autorreporte en la población de 18 años y más, que se la midió alguna 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	28,9 (27,8 - 30,1)
Sexo	
Varón	28,7 (27 - 30,4)
Mujer	29,1 (27,8 - 30,5)
Grupo de edad	
18 a 24	15,4 (11,7 - 19,1)
25 a 34	16,9 (14,9 - 18,8)
35 a 49	24,8 (22,8 - 26,9)
50 a 64	38,7 (36,5 - 40,8)
65 y más	40,0 (37,7 - 42,2)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	36,7 (32,4 - 40,9)
Primario completo y secundario incompleto	32,0 (30 - 34)
Secundario completo y más	26,5 (25,2 - 27,8)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	30,4 (29,2 - 31,6)
Sólo cobertura pública	23,9 (21,5 - 26,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	28,7 (25,7 - 31,7)
2	30,5 (27,6 - 33,4)
3	26,4 (24,3 - 28,6)
4	29,3 (26,8 - 31,8)
5	29,7 (27,7 - 31,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 9.5. Realización de algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas de la población de 18 años y más con colesterol elevado por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Total	46,0
	(43,8 - 48,1)
Ciudad de Buenos Aires	53,2
	(47,5 - 58,9)
Buenos Aires	45,8
	(41,8 - 49,9)
Córdoba	39,4
	(33 - 45,8)
Entre Ríos	50,2
	(42 - 58,4)
La Pampa	53,8
	(45,5 - 62)
Santa Fe	51,5
	(43,3 - 59,8)
Pampeana y GBA	47,1
	(44,3 - 49,9)
Catamarca	42,3
	(33,1 - 51,5)
Jujuy	36,2
	(27,8 - 44,5)
La Rioja	40,3
	(30,2 - 50,5)
Salta	35,4
	(29,2 - 41,7)
Santiago del Estero	39,4
	(30,3 - 48,5)
Tucumán	41,1
	(32,8 - 49,4)
Noroeste	38,6
	(35 - 42,2)
Corrientes	39,9
	(31,2 - 48,6)
Chaco	59,4
	(48,9 - 69,9)
Formosa	50,0
	(41,2 - 58,8)
Misiones	42,4
	(33,5 - 51,2)
Noreste	47,5
	(42,6 - 52,4)

continúa en página siguiente

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Provincias y regiones	
Chubut	45,4
	(36,8 - 53,9)
Neuquén	48,5
	(38 - 58,9)
Río Negro	46,1
	(40,4 - 51,8)
Santa Cruz	28,6
	(21,5 - 35,8)
Tierra del Fuego	34,3
	(22,7 - 45,9)
Patagónica	42,1
	(38 - 46,2)
Mendoza	45,0
	(36,7 - 53,3)
San Juan	52,0
	(43,9 - 60,1)
San Luis	46,2
	(38,5 - 53,8)
Cuyo	46,8
	(41,6 - 52,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 9.6. Realización de algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas de la población de 18 años y más con colesterol elevado 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	46,0 (43,8 - 48,1)
Sexo	
Varón	47,0 (43,8 - 50,1)
Mujer	45,1 (42,3 - 48)
Grupo de edad	
18 a 24	21,8 (13,1 - 30,5)
25 a 34	25,7 (19,7 - 31,6)
35 a 49	36,4 (32,4 - 40,3)
50 a 64	51,3 (47,6 - 55,1)
65 y más	59,7 (55,9 - 63,5)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	48,6 (41,9 - 55,3)
Primario completo y secundario incompleto	46,3 (42,7 - 49,9)
Secundario completo y más	45,3 (42,4 - 48,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	49,3 (47 - 51,6)
Sólo cobertura pública	31,5 (27 - 36)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	37,0 (31,7 - 42,4)
2	44,2 (39,8 - 48,7)
3	41,1 (36,5 - 45,8)
4	50,2 (45,7 - 54,7)
5	52,3 (48,6 - 56,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

9.7. Tipo de tratamiento recibido para el colesterol elevado de la población de 18 años y más con colesterol elevado. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Sólo farmacológico	27,1
	(24,4 - 29,9)
Sólo dieta	34,8
	(32,0 - 37,5)
Ambos tratamientos	38,1
	(35,4 - 40,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 9.8. Prevalencia de colesterol elevado (≥ 200 mg/dl) según mediciones bioquímicas de la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 150.000 y más habitantes. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	30,7 (28,4 - 33)
Sexo	
Varón	28,6 (25,5 - 31,7)
Mujer	32,4 (29,6 - 35,2)
Grupo de edad	
18 a 24	13,3 (8,6 - 18)
25 a 34	20,5 (14,8 - 26,1)
35 a 49	32,1 (28,1 - 36,1)
50 a 64	42,8 (37,6 - 48)
65 y más	40,9 (35,8 - 46,1)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	40,4 (30,4 - 50,4)
Primario completo y secundario incompleto	30,7 (26,9 - 34,5)
Secundario completo y más	29,6 (26,7 - 32,4)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	32,5 (30 - 35)
Sólo cobertura pública	27,1 (23,2 - 30,9)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	23,5 (19,5 - 27,6)
2	27,2 (22,7 - 31,7)
3	33,8 (28 - 39,6)
4	31,0 (26,4 - 35,5)
5	37,0 (32,8 - 41,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 9.9. Prevalencia de colesterol elevado (≥ 200 mg/dl) según mediciones bioquímicas de la población de 18 años y más según prevalencia por autorreporte, por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 150.000 y más habitantes. Año 2018.

	ENFR 2018	
	%	
	(IC 95%)	
	Población con colesterol autorreportado	Población sin colesterol autorreportado
Total	46,2 (41,8 - 50,6)	29,1 (26,4 - 31,8)
Sexo		
Varón	41,8 (34,9 - 48,8)	27,0 (22,6 - 31,5)
Mujer	49,5 (44 - 55)	30,8 (27,1 - 34,4)
Grupo de edad		
18 a 24	47,6 (22,9 - 72,2)	14,5 (6,6 - 22,4)
25 a 34	43,9 (30,4 - 57,4)	17,6 (10,7 - 24,4)
35 a 49	46,7 (37,9 - 55,4)	25,8 (20,9 - 30,6)
50 a 64	49,0 (40,8 - 57,2)	43,1 (36,5 - 49,8)
65 y más	43,5 (35,2 - 51,8)	40,8 (33,9 - 47,6)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	38,3 (20,5 - 56,1)	53,0 (37,4 - 68,7)
Primario completo y secundario incompleto	44,5 (37,1 - 51,9)	29,3 (23,7 - 34,9)
Secundario completo y más	48,2 (42,3 - 54)	26,9 (23,5 - 30,2)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	44,9 (40,3 - 49,6)	29,0 (25,9 - 32,1)
Sólo cobertura pública	50,6 (40,4 - 60,8)	29,4 (23,7 - 35,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1	39,4 (29,6 - 49,2)	22,9 (15,6 - 30,1)
2	45,3 (34,3 - 56,3)	28,5 (21,9 - 35,1)
3	49,0 (39,1 - 58,9)	32,9 (26,1 - 39,6)
4	41,5 (32 - 51,1)	30,9 (24,7 - 37,1)
5	51,9 (44 - 59,8)	28,7 (23,8 - 33,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 9.10. Prevalencia combinada de colesterol elevado de la población de 18 años y más, por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 150.000 y más habitantes. Año 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Total		39,5 (36,7 - 42,2)
Sexo		
Varón		37,1 (33,3 - 40,9)
Mujer		41,4 (37,9 - 44,8)
Grupo de edad		
18 a 24		24,0 (14,4 - 33,6)
25 a 34		24,6 (16,9 - 32,4)
35 a 49		34,3 (30 - 38,7)
50 a 64		51,9 (46,6 - 57,3)
65 y más		51,5 (46 - 57)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		53,3 (41,4 - 65,2)
Primario completo y secundario incompleto		39,8 (35 - 44,6)
Secundario completo y más		37,9 (34,6 - 41,2)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		39,4 (36,3 - 42,5)
Sólo cobertura pública		39,7 (34,4 - 45,1)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		33,6 (26,3 - 40,8)
2		38,4 (32,3 - 44,6)
3		41,5 (35,4 - 47,5)
4		40,0 (34,3 - 45,6)
5		41,6 (36,9 - 46,3)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Capítulo 10

Seguridad vial

Introducción

En salud pública, el abordaje de las “lesiones por causa externa” incluye las lesiones no intencionales (donde se encuadran los siniestros viales) y aquellas intencionales (como la violencia interpersonal o autoinflingida, entre otras).

Según los datos de estadísticas vitales publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, para el año 2017 en Argentina las lesiones por causa externa representaron la cuarta causa de muerte en población general (1). A diferencia de las tres primeras causas que afectan en mayor proporción al segmento de población adulta (enfermedades del sistema circulatorio, tumores, enfermedades respiratorias), las causas externas afectan principalmente a los jóvenes. En ese año en nuestro país fallecieron 4371 personas por siniestros viales, siendo la principal causa de muerte en la franja etaria de 15 a 29 años (1).

Desde hace décadas, las lesiones ocasionadas por siniestros viales constituyen un problema de salud pública, tanto en Argentina como en el resto del mundo. A nivel global, el número de muertes por esta causa alcanzó los 1.35 millones en 2016. De este total, más de la mitad correspondió a peatones, ciclistas y motociclistas considerados como usuarios vulnerables de las vías de tránsito (2). Es más, en todo el continente americano, las defunciones de motociclistas aumentaron un 5 % entre 2010 y 2013 (3).

Según un estudio de Estimación de carga global de la enfermedad por siniestros viales en la Ciudad de Buenos Aires para el año 2017, realizado por la Agencia Nacional de Seguridad Vial, las principales lesiones causadas por el tránsito entre las víctimas no fatales refirieron a traumatismos múltiples y de cabeza, las cuales derivaron en numerosos casos en una discapacidad permanente o en la pérdida de la autonomía para valerse por sí mismo, generando por ello una reducción en la calidad de vida de las víctimas (4).

Otro factor importante para comprender la magnitud de esta problemática es la consideración de los costos sociales asociados a la siniestralidad vial: médicos, humanos, y por pérdida de productividad, entre otros. Un estudio de la ANSV de 2019 reveló que estos costos pueden llegar a representar el 1,7% del producto bruto interno del país (5).

La mayoría de los siniestros viales y sus consecuencias son evitables si se interviene sobre los factores de riesgo del siniestro y las consecuencias del mismo una vez ocurrido, que abarcan desde la conducta humana hasta las condiciones del entorno, pasando por el estado del vehículo, y el funcionamiento de sus dispositivos de seguridad.

El objetivo de este módulo es analizar los indicadores de seguridad vial relevados en la 4ta. ENFR: ingesta de alcohol al conducir, uso del cinturón de seguridad, uso de casco en moto y bicicleta.

Metodología

Se analizaron los siguientes indicadores:

Uso de cinturón de seguridad siempre (entre los que manejan o viajan en automóvil); uso de casco siempre (entre los que manejan o viajan en moto); uso de casco siempre (entre los que manejan o viajan en bicicleta); y porcentaje que manejó habiendo bebido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días (entre quienes tomaron alguna bebida alcohólica y manejaron un auto, moto, o bicicleta en los últimos 30 días).

Los indicadores de uso de casco en moto y bicicleta se analizaron de forma comparativa únicamente con la anterior edición de la encuesta (ENFR 2013) debido a que fue a partir de aquella edición que se desdobló la pregunta, indagando por separado según el modo de transporte.

Resultados

El 73,9% del total de quienes manejan o viajan en auto, declaró que siempre usa cinturón de seguridad. Se observó un aumento respecto de la 3° edición de la encuesta realizada en 2013 (69,0%) y una tendencia en ascenso constante desde la 1ra edición en 2005 (48,0%) (Tabla 10.1). Respecto del análisis por provincias, se observó que el indicador fue significativamente mayor en Mendoza (94,2%), CABA (87,4%), San Juan (84,5%) y Misiones (78,9%) con relación al total nacional. En contrapartida, las prevalencias más bajas respecto del total nacional se observaron en todas las provincias de la región Noroeste, así como en Formosa (57,9%), Corrientes (58,8%), Entre Ríos (62,7%), Chubut (63,8%), Santa Cruz (64,1%) (Tabla 10.1).

Los varones que manejan o viajan en auto declararon usar cinturón siempre en mayor medida que las mujeres. Por el contrario, en los rangos etarios 18 – 24 años y 25 – 35 años se observó menor porcentaje de uso de cinturón siempre, respecto de los rangos siguientes, siendo el menor porcentaje en los más jóvenes (61,3%), y el mayor en el rango de 50 a 64 años (80,2%). Aquellos con mayor nivel educativo declararon usar cinturón siempre en mayor medida que los de menor nivel educativo, y quienes contaban con obra social o prepaga como cobertura de salud en mayor proporción que aquellos con cobertura sólo pública. Respecto de la variable de quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora, el indicador aumentó significativamente a partir del tercer quintil, evidenciándose mayor porcentaje de uso de cinturón siempre en el último quintil respecto de todos los otros (84,3%) (Tabla 10.2).

En cuanto al indicador de uso de casco siempre al andar en moto (entre quienes manejan o viajan en moto) se observó un aumento significativo respecto de la anterior edición de la ENFR (65,0% ENFR 2018 – 59,1% ENFR 2013) (Tabla 10.3). Mendoza (92,0%), Neuquén (89,4%), San Juan (88,0%), La Rioja (84,0%), Formosa (79,8%), Misiones (79,5%), Ciudad de Buenos Aires (79,1%) y Córdoba (72,8%) fueron las jurisdicciones donde se evidenció mayor uso de casco siempre en moto con relación al valor nacional. En Tucumán (40,2%), Chaco (43,5%), Jujuy (44,3%) y Salta (49,3%) se evidenciaron las prevalencias más bajas de uso de casco en moto, respecto del total país (Tabla 10.3).

Fue mayor el porcentaje de varones que declararon haber usado casco siempre, respecto de las mujeres (que también manejan o viajan en moto). También se observó mayor frecuencia del indicador entre aquellos de 25 a 64 años respecto del rango etario más joven (18 – 24 años) y del rango mayor (65 años y más). Aumentó asimismo el uso de casco siempre en moto (entre quienes manejan o viajan en moto) a mayor nivel educativo y entre quienes contaban con obra social o prepaga respecto de quienes tienen solo cobertura pública de salud. En cuanto a la variable de quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora, el indicador resultó mayor en los tres últimos quintiles con relación al primero (Tabla 10.4).

El uso de casco en bicicleta siempre (entre quienes manejan o viajan en bicicleta) fue de 10,7% a nivel nacional. El indicador se mantuvo estable respecto de la 3° edición de la encuesta (Tabla 10.5). En la

Ciudad de Buenos Aires se evidenció una mayor prevalencia del indicador respecto del valor nacional (30,1%): el uso de casco en bicicleta siempre fue 2,8 veces más que el total país (Tabla 10.5).

También en este indicador se observó mayor uso entre varones respecto de mujeres y una tendencia similar a lo sucedido con el uso de casco en moto para el resto de los indicadores sociodemográficos. Sin embargo para este indicador, si bien se observaron diferencias estadísticamente significativas según los intervalos de confianza, los resultados no fueron del todo robustos considerando los coeficientes de variación (mayores a 16,6%) (Tabla 10.6).

Con respecto al indicador de haber manejado habiendo bebido alcohol, en los últimos 30 días (entre quienes tomaron alguna bebida alcohólica y manejaron un auto, moto, o bicicleta en los últimos 30 días), el porcentaje a nivel nacional fue de 15,2% y creció significativamente respecto de la edición anterior de la encuesta (12,1% ENFR 2013) (Tabla 10.7). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (8,8%) fue la única jurisdicción con un porcentaje menor al total país; en cambio La Pampa (22,7%), Jujuy (23,2%), Mendoza (23,3%), Tucumán (24,0%), Santiago del Estero (24,7%), Chacho (25,5%) y Corrientes (26,6%) superaron al valor nacional (Tabla 10.7).

El uso de alcohol al conducir en los últimos 30 días (entre quienes tomaron alguna bebida alcohólica y manejaron un auto, moto, o bicicleta en los últimos 30 días) fue 3 veces mayor entre varones respecto de las mujeres. Por el contrario, en cuanto a los rangos etarios fue menor el porcentaje entre aquellos de 50 años o más. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas según el resto de los indicadores sociodemográficos (Tabla 10.8).

Discusión

Los indicadores de uso de cinturón y de uso de casco en moto, crecieron respecto de la anterior edición de la encuesta, no así el uso de casco en bicicleta. Resulta relevante el hecho de que los tres indicadores resultaron más altos entre varones y en los grupos socioeconómicamente más favorecidos.

Preocupa especialmente las importantes diferencias que hay en ambos indicadores entre las jurisdicciones. Para el caso del uso de cinturón de seguridad la diferencia entre algunas provincias alcanza casi los 40 puntos porcentuales.

Con relación al indicador de manejar un automóvil, moto o bicicleta habiendo bebido alcohol, la prevalencia fue del 15,2%, significativamente mayor que la ENFR 2013. Este valor se contrapone a la tendencia decreciente de las últimas dos ediciones, y retoma valores similares a la prevalencia de 2005 (16,8%).

Los factores que potencialmente pueden explicar el empeoramiento del indicador son el aumento de consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) que se observó en esta misma edición de la encuesta (aumentó del 10,4% en 2012 al 13,3% en 2018) y la baja percepción de riesgo acerca del consumo de alcohol al conducir que tienen los jóvenes según reporta el Observatorio de Seguridad Vial (6).

Es evidente que la puesta en marcha de políticas públicas de seguridad vial generó un efecto positivo en el uso de cinturón de seguridad y en el uso de casco en la moto, que no se refleja en el bajo uso de casco en la bicicleta, que culturalmente no se ha instalado a pesar de ser obligatorio, por lo que se requieren de mecanismos para fortalecer su implementación.

Dada la carga de enfermedad de las lesiones, la pérdida de la vida y de la calidad de vida en las víctimas a edades tempranas (con la carga económica y social que conlleva tanto para el país como para las víctimas de siniestros viales y su grupo familiar), se hace evidente la necesidad de profundizar en políticas públicas orientadas a la prevención, así como a la rehabilitación y reinserción de las víctimas en la vida cotidiana. Es más, al observar los indicadores desagregados por provincia, sexo, grupo de

edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingresos, es más evidente aún que estas políticas deben planificarse, implementarse y monitorearse desde un enfoque interdisciplinario y multisectorial en la que se prioricen las particularidades locales y regionales, las características propias de cada grupo etario y género, focalizando en los sectores más vulnerables de la población. La ENFR en este sentido, proporciona una información útil para el diseño de medidas que tiendan a reducir las brechas de inequidad especialmente en cuanto al uso de cinturón de seguridad y casco en moto, priorizando intervenciones dirigidas a la población joven, a las mujeres, los grupos socioeconómicos en situación de mayor vulnerabilidad y en las jurisdicciones donde el nivel de protección es significativamente más bajo que el total nacional.

Políticas en marcha

Debido a que la siniestralidad vial es una tendencia creciente tanto en Argentina como en el mundo, en el año 2016 se puso en marcha el Plan Federal de Seguridad Vial encuadrado en el marco del Plan Federal de Movilidad Segura del Ministerio de Transporte de la Nación, cuyo objetivo es disminuir la cantidad de siniestros viales ocurridos en todo el territorio nacional mediante la aplicación de políticas que involucren la participación conjunta de distintos actores de la sociedad. Dicho Plan fue desarrollado por la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) que fuera creada por Ley N° 26.363 en el año 2008. Junto con la ANSV se creó el Observatorio Nacional de Seguridad Vial que es el organismo que se dedica a investigar, evaluar y analizar los actos y hechos vinculados con el entramado vial, su entorno, estructura y los usuarios de las vías públicas, con el objeto de generar información que contribuya a la toma de decisiones.

En 2019 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación lanzó el Plan Nacional para el Manejo Integral de las Lesiones, en el ámbito del Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) mediante la Resolución 187/2019, que busca fortalecer las estrategias de prevención, promoción, vigilancia y control de las lesiones de causa externa.

Desde el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones y en colaboración con el Instituto Nacional de Epidemiología (INE Jara) se está trabajando en el fortalecimiento, readecuación y actualización de las Unidades Centinelas que conforman el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE), en el desarrollo de boletines epidemiológicos y otras acciones para fortalecer la estrategia integral de vigilancia de las lesiones.

Asimismo, a partir de la readecuación del Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol establecida por la Resolución 84/2019, se delinearon las funciones y actividades entre la DNPSyCECNT y la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, con el propósito de fortalecer los marcos regulatorios vigentes sobre los entornos y los productos para reducir el consumo nocivo de alcohol especialmente entre los jóvenes.

A lo largo de 2018 y 2019 se logró una mayor articulación con la ANSV que se reflejó en mesas de trabajo interministeriales para el desarrollo de campañas de comunicación referidas a conducción y consumo de alcohol, en la participación de reuniones multisectoriales de seguridad vial y en un rol activo de la Agencia en el Plan Nacional para el Manejo Integral de las Lesiones que impulsa esta cartera sanitaria.

Referencias bibliográficas

1. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Anuario Estadístico 2017. Serie 5, Número 61, Tabla 23. DEIS, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>
2. Organización Mundial de la Salud. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/
3. Organización Panamericana de la Salud. La Seguridad Vial en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS, 2016. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28565/9789275319123-spa.pdf?sequence=6>
4. Ministerio de Transporte de la Nación. Estimación de la Carga Global de Enfermedad de las Lesiones de Tránsito en Argentina para el año 2017. Observatorio Nacional Vial, 2019. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_observatoriovial_dalys_caba2.pdf
5. Ministerio de Transporte de la Nación. Estimación de los costos de siniestralidad vial en Argentina, Agencia Nacional de Seguridad Vial, 2019. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_dnov_estimacion_costos_argentina.pdf
6. Ministerio de Transporte de la Nación. Guía de políticas públicas en seguridad vial en base a la evidencia. La conducción bajo los efectos del alcohol en la Argentina. Dirección de Estadística Vial y Estudios, Observatorio Nacional Vial, 2019. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_obs_guia_alcohol.pdf

Tabla 10.1. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	73,9 (72,6 - 75,2)
Ciudad de Buenos Aires	78,1 (75,3 - 80,7)	80,6 (77,1 - 83,7)	82,9 (78,1 - 86,8)	87,4 (84,9 - 89,8)
Buenos Aires	47,4 (44,4 - 50,4)	64,2 (62,2 - 66,1)	69,9 (67,6 - 72,1)	73,0 (70,3 - 75,7)
Córdoba	44,3 (39,2 - 49,5)	81,2 (77,6 - 84,4)	84,0 (80,5 - 86,9)	77,4 (73,9 - 80,8)
Entre Ríos	34,2 (28,2 - 40,7)	43,1 (37,4 - 48,9)	43,1 (35,7 - 50,9)	62,7 (58,2 - 67,3)
La Pampa	30,1 (24,4 - 36,6)	54,6 (48,2 - 60,8)	51,1 (46,6 - 55,6)	72,9 (67,9 - 77,8)
Santa Fe	52,0 (48,9 - 55,1)	67,4 (63,7 - 70,9)	64,2 (60,2 - 68,0)	76,7 (73,8 - 79,6)
Pampeana y GBA	51,9 (49,9 - 53,9)	68,0 (66,5 - 69,4)	71,4 (69,7 - 73,1)	75,3 (73,5 - 77)
Catamarca	28,2 (23,1 - 33,9)	41,4 (38,0 - 44,9)	42,7 (36,5 - 49,1)	53,6 (46,4 - 60,8)
Jujuy	26,1 (22,4 - 30,2)	42,6 (38,1 - 47,2)	51,2 (45,1 - 57,3)	56,0 (52 - 60,1)
La Rioja	22,9 (19,5 - 26,7)	43,8 (39,7 - 48,0)	52,0 (46,6 - 57,4)	65,0 (59,8 - 70,2)
Salta	19,9 (17,8 - 22,2)	39,2 (34,8 - 43,7)	58,3 (54,5 - 62,0)	64,0 (59,9 - 68,1)
Santiago del Estero	18,0 (15,2 - 21,1)	31,2 (25,6 - 37,5)	39,7 (34,6 - 45,0)	56,8 (50,3 - 63,4)
Tucumán	28,2 (25,4 - 31,1)	46,6 (42,1 - 51,2)	45,8 (40,8 - 51,0)	62,1 (57,8 - 66,3)
Noroeste	24,0 (22,4 - 25,8)	41,4 (39,4 - 43,6)	50,0 (47,7 - 52,3)	60,5 (58,4 - 62,6)
Corrientes	34,0 (26,4 - 42,5)	43,0 (38,3 - 47,7)	54,6 (48,5 - 60,7)	58,8 (54,8 - 62,9)
Chaco	30,4 (26,9 - 34,2)	36,5 (31,1 - 42,3)	63,1 (54,7 - 70,7)	75,3 (71,2 - 79,4)
Formosa	46,0 (41,5 - 50,7)	61,4 (55,6 - 66,8)	56,8 (50,5 - 62,9)	57,9 (52,2 - 63,6)
Misiones	57,6 (50,2 - 64,5)	66,5 (61,2 - 71,3)	69,8 (65,4 - 73,8)	78,9 (75,3 - 82,4)
Noreste	40,4 (37,1 - 43,9)	49,3 (46,3 - 52,3)	62,0 (58,6 - 65,4)	69,6 (67,6 - 71,6)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	41,7	55,0	61,6	63,8
	(36,2 - 47,4)	(50,3 - 59,6)	(57,8 - 65,2)	(59,3 - 68,3)
Neuquén	55,4	59,9	68,8	75,5
	(51,4 - 59,3)	(55,5 - 64,2)	(63,2 - 74,0)	(71,9 - 79)
Río Negro	38,6	48,7	54,3	65,3
	(31,1 - 46,7)	(43,8 - 53,5)	(50,1 - 58,3)	(60,3 - 70,3)
Santa Cruz	46,7	49,6	63,5	64,1
	(42,7 - 50,6)	(46,3 - 52,9)	(55,4 - 70,9)	(59,7 - 68,5)
Tierra del Fuego	51,1	58,8	67,1	73,1
	(47,2 - 55,0)	(54,5 - 63,1)	(62,8 - 71,1)	(67,1 - 79,1)
Patagónica	45,6	54,1	81,9	67,9
	(41,6 - 49,8)	(51,9 - 56,3)	(79,6 - 84,0)	(65,7 - 70,1)
Mendoza	58,9	79,5	88,4	94,2
	(55,4 - 62,3)	(76,0 - 82,6)	(85,4 - 90,8)	(92,0 - 96,3)
San Juan	27,5	55,7	71,1	84,5
	(24,4 - 30,7)	(51,4 - 59,9)	(66,1 - 75,7)	(80,4 - 88,6)
San Luis	32,9	47,8	70,8	70,9
	(29,4 - 36,6)	(44,5 - 51,1)	(66,0 - 75,2)	(67,0 - 74,9)
Cuyo	47,6	68,9	62,1	88,4
	(45,2 - 50,0)	(66,5 - 71,2)	(59,8 - 64,3)	(86,7 - 90,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 10.2. 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, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

	ENFR 2018 % (IC 95%)
Total	73,9 (72,6 - 75,2)
Sexo	
Varón	75,6 (73,9 - 77,4)
Mujer	72,2 (70,7 - 73,7)
Grupo de edad	
18 a 24	61,3 (57,7 - 65)
25 a 34	69,7 (67 - 72,4)
35 a 49	76,6 (74,8 - 78,4)
50 a 64	80,2 (78,1 - 82,3)
65 y más	78,8 (76,8 - 80,9)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	65,9 (61,5 - 70,4)
Primario completo y secundario incompleto	68,2 (66 - 70,4)
Secundario completo y más	77,9 (76,5 - 79,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	77,4 (76 - 78,8)
Sólo cobertura pública	65,4 (63,1 - 67,7)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	65,1 (62,1 - 68)
2	68,0 (65,3 - 70,7)
3	73,7 (71,5 - 75,8)
4	75,7 (73,4 - 77,9)
5	84,3 (82,7 - 85,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 10.3. Uso de casco en moto siempre de la población de 18 años y más que maneja o viaja en moto por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2013 - 2018.

	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total	59,1 (56,4 - 61,8)	65,0 (62,9 - 67,1)
Ciudad de Buenos Aires	61,8 (43,8 - 77,1)	79,1 (70,3 - 87,9)
Buenos Aires	58,6 (52,1 - 64,8)	67,2 (61,9 - 72,4)
Córdoba	63,1 (55,0 - 70,6)	72,8 (68 - 77,6)
Entre Ríos	57,8 (50,2 - 64,9)	68,8 (61,4 - 76,2)
La Pampa	54,7 (46,5 - 62,6)	74,7 (67 - 82,5)
Santa Fe	61,6 (56,0 - 66,9)	59,4 (53,1 - 65,8)
Pampeana y GBA	60,0 (55,9 - 63,9)	67,4 (64 - 70,7)
Catamarca	48,0 (39,7 - 56,3)	58,1 (51,1 - 65,2)
Jujuy	37,6 (31,4 - 44,1)	44,3 (36,5 - 52)
La Rioja	58,6 (51,6 - 65,3)	84,0 (80,1 - 87,9)
Salta	44,7 (37,0 - 52,7)	49,3 (42,5 - 56,1)
Santiago del Estero	41,7 (34,4 - 49,4)	62,3 (56 - 68,5)
Tucumán	44,3 (36,1 - 52,7)	40,2 (34,1 - 46,2)
Noroeste	44,8 (41,1 - 48,5)	52,2 (49,2 - 55,2)
Corrientes	62,9 (54,9 - 70,4)	61,3 (56,4 - 66,1)
Chaco	41,7 (33,2 - 50,8)	43,5 (38,9 - 48,1)
Formosa	80,5 (70,2 - 87,9)	79,8 (76,3 - 83,4)
Misiones	87,1 (82,1 - 90,8)	79,5 (73,6 - 85,3)
Noreste	63,7 (57,6 - 69,3)	62,2 (59,6 - 64,8)

continúa en página siguiente

	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Chubut	63,1	77,8
	(45,4 - 77,9)	(65,9 - 89,7)
Neuquén	78,0	89,4
	(68,0 - 85,6)	(84 - 94,8)
Río Negro	62,2	62,4
	(54,7 - 69,2)	(53 - 71,8)
Santa Cruz	84,0	64,7
	(73,2 - 91,0)	(49,1 - 80,2)
Tierra del Fuego	65,7	75,0
	(47,2 - 80,5)	(56,7 - 93,4)
Patagónica	69,4	73,1
	(64,0 - 74,2)	(68 - 78,1)
Mendoza	79,7	92,0
	(71,8 - 85,9)	(87,1 - 96,9)
San Juan	73,0	88,0
	(64,8 - 79,8)	(82,4 - 93,6)
San Luis	65,4	69,0
	(56,0 - 73,8)	(62,2 - 75,8)
Cuyo	74,5	85,4
	(69,8 - 78,7)	(81,9 - 88,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 - 2018.

Tabla 10.4. Uso de casco en moto siempre de la población de 18 años y más que maneja o viaja en moto 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	65,0 (62,9 - 67,1)
Sexo	
Varón	69,6 (67,2 - 72,1)
Mujer	58,6 (55,9 - 61,3)
Grupo de edad	
18 a 24	55,9 (51,6 - 60,2)
25 a 34	67,7 (64,4 - 71,1)
35 a 49	69,8 (66,7 - 73)
50 a 64	67,6 (63,4 - 71,8)
65 y más	52,3 (44,8 - 59,8)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	51,0 (45,1 - 56,8)
Primario completo y secundario incompleto	61,9 (58,9 - 64,9)
Secundario completo y más	68,9 (66,6 - 71,3)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	69,6 (67,1 - 72,1)
Sólo cobertura pública	59,3 (56,3 - 62,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	56,2 (52,8 - 59,6)
2	62,7 (59,2 - 66,2)
3	68,4 (64,6 - 72,1)
4	70,3 (66 - 74,6)
5	74,6 (70,8 - 78,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 10.5. Uso de casco en bicicleta siempre de la población de 18 años y más que maneja o viaja en bicicleta por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2013-2018.

	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total	8,5 (7,3 - 9,9)	10,7 (9,5 - 11,8)
Ciudad de Buenos Aires	20,9 (14,4 - 29,3)	30,1 (25,1 - 35)
Buenos Aires	8,3 (6,2 - 11,1)	8,4 (6,3 - 10,5)
Córdoba	8,4 (5,4 - 12,8)	7,8 (4,8 - 10,7)
Entre Ríos	5,5 (3,4 - 8,8)	8,2 (4,6 - 11,8)
La Pampa	4,5 (2,4 - 8,5)	6,9 (3,1 - 10,6)
Santa Fe	4,1 (2,5 - 6,5)	6,9 (4 - 9,8)
Pampeana y GBA	9,0 (7,3 - 10,9)	10,0 (8,5 - 11,5)
Catamarca	8,9 (4,4 - 17,0)	16,2 (10,3 - 22,2)
Jujuy	6,3 (2,9 - 13,1)	9,8 (3,2 - 16,4)
La Rioja	11,7 (6,6 - 20,0)	12,4 (6,8 - 18,1)
Salta	7,0 (4,6 - 10,4)	9,4 (5,8 - 13,1)
Santiago del Estero	9,2 (5,4 - 15,2)	9,0 (3,7 - 14,4)
Tucumán	6,8 (4,3 - 10,8)	12,4 (6,5 - 18,2)
Noroeste	7,5 (6,0 - 9,3)	11,1 (8,7 - 13,4)
Corrientes	5,6 (3,3 - 9,6)	11,1 (6,1 - 16)
Chaco	3,4 (1,6 - 7,0)	5,3 (2 - 8,7)
Formosa	1,1 (0,4 - 3,5)	5,6 (0,9 - 10,3)
Misiones	8,7 (5,1 - 14,5)	15,3 (8,8 - 21,9)
Noreste	4,7 (3,3 - 6,5)	9,1 (6,7 - 11,5)

continúa en página siguiente

	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Chubut	13,4	8,6
	(9,7 - 18,3)	(4,1 - 13,2)
Neuquén	6,6	13,2
	(3,7 - 11,6)	(8,4 - 18)
Río Negro	7,6	7,4
	(5,2 - 10,9)	(4,4 - 10,3)
Santa Cruz	13,0	14,5
	(7,8 - 20,7)	(5,8 - 23,2)
Tierra del Fuego	13,7	8,9
	(9,0 - 20,4)	(-0,5 - 18,4)
Patagónica	9,2	10,0
	(7,5 - 11,3)	(7,6 - 12,4)
Mendoza	11,0	24,5
	(7,6 - 15,7)	(17,7 - 31,3)
San Juan	7,3	7,4
	(4,4 - 11,8)	(2,6 - 12,3)
San Luis	3,1	19,3
	(1,6 - 5,9)	(13,1 - 25,5)
Cuyo	8,6	19,7
	(6,5 - 11,4)	(15,6 - 23,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 - 2018.

Tabla 10.6. Uso de casco en bicicleta siempre de la población de 18 años y más que maneja o viaja en bicicleta 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 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	10,7 (9,5 - 11,8)
Sexo	
Varón	12,3 (10,6 - 14)
Mujer	8,4 (7,1 - 9,7)
Grupo de edad	
18 a 24	8,7 (5,2 - 12,2)
25 a 34	9,7 (7,5 - 11,8)
35 a 49	13,9 (11,8 - 16)
50 a 64	11,2 (8,9 - 13,4)
65 y más	6,7 (4,0 - 9,4)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	2,7 (1,3 - 4,1)
Primario completo y secundario incompleto	5,6 (4,1 - 7)
Secundario completo y más	14,5 (12,8 - 16,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	12,1 (10,8 - 13,3)
Sólo cobertura pública	8,2 (6,1 - 10,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	6,0 (4,3 - 7,7)
2	8,1 (5,4 - 10,8)
3	7,8 (6 - 9,7)
4	12,0 (8,8 - 15,1)
5	19,9 (17,1 - 22,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 10.7. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	15,2 (14,2 - 16,2)
Ciudad de Buenos Aires	17,4 (13,8 - 21,7)	13,1 (10,0 - 17,0)	6,2 (3,9 - 9,8)	8,8 (6,3 - 11,4)
Buenos Aires	15,0 (12,3 - 18,3)	12,3 (10,4 - 14,3)	8,3 (6,8 - 10,3)	12,6 (10,7 - 14,4)
Córdoba	20,1 (14,0 - 27,9)	12,4 (9,7 - 15,8)	15,4 (12,5 - 18,8)	15,3 (11,7 - 18,9)
Entre Ríos	11,5 (8,2 - 15,9)	12,7 (9,9 - 16,2)	21,0 (17,0 - 25,5)	18,0 (13,8 - 22,2)
La Pampa	23,0 (18,9 - 27,7)	16,9 (12,2 - 23,0)	12,7 (9,8 - 16,5)	22,7 (17,6 - 27,8)
Santa Fe	17,9 (14,8 - 21,5)	12,2 (9,4 - 15,6)	17,2 (14,4 - 20,3)	18,2 (14,9 - 21,5)
Pampeana y GBA	16,4 (14,4 - 18,5)	12,5 (11,2 - 13,8)	10,7 (9,5 - 12,1)	13,4 (12,1 - 14,7)
Catamarca	12,8 (9,4 - 17,3)	16,0 (12,3 - 20,6)	19,3 (12,6 - 28,4)	20,0 (12,9 - 27)
Jujuy	21,6 (12,6 - 34,4)	11,5 (8,6 - 15,3)	12,4 (8,9 - 17,1)	23,2 (18,2 - 28,3)
La Rioja	25,0 (21,4 - 28,9)	22,3 (17,6 - 27,7)	16,5 (12,0 - 22,3)	13,1 (7,6 - 18,6)
Salta	20,8 (17,6 - 24,4)	14,0 (10,4 - 18,5)	14,7 (11,3 - 18,9)	13,0 (9,8 - 16,2)
Santiago del Estero	25,1 (20,9 - 29,9)	13,4 (10,1 - 17,5)	10,6 (7,2 - 15,3)	24,7 (16,9 - 32,4)
Tucumán	15,0 (11,9 - 18,8)	17,6 (13,6 - 22,6)	13,0 (9,8 - 17,1)	24,0 (18,8 - 29,1)
Noroeste	19,6 (17,2 - 22,3)	15,5 (13,6 - 17,6)	13,7 (12,0 - 15,7)	19,9 (17,6 - 22,1)
Corrientes	16,1 (12,8 - 20,1)	13,5 (10,6 - 17,0)	13,8 (10,1 - 18,5)	26,6 (20,0 - 33,2)
Chaco	14,5 (11,1 - 18,7)	16,9 (12,6 - 22,3)	23,7 (14,5 - 36,2)	25,5 (20,1 - 30,9)
Formosa	10,3 (6,0 - 17,3)	5,2 (2,4 - 10,6)	22,7 (17,7 - 28,5)	9,6 (5,6 - 13,6)
Misiones	8,6 (5,9 - 12,5)	9,8 (6,9 - 13,8)	7,8 (4,8 - 12,5)	12,2 (9,2 - 15,3)
Noreste	12,9 (10,8 - 15,3)	12,7 (10,7 - 14,9)	16,1 (12,8 - 20,0)	20,3 (17,4 - 23,1)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	19,5	16,2	13,1	20,0
	(15,9 - 23,8)	(12,2 - 21,2)	(10,1 - 16,7)	(13,9 - 26)
Neuquén	19,2	14,6	17,1	13,5
	(15,1 - 24,1)	(10,7 - 19,7)	(13,2 - 21,9)	(10,1 - 16,9)
Río Negro	14,8	11,3	7,8	17,1
	(13,0 - 17,0)	(8,7 - 14,6)	(5,9 - 10,2)	(13,4 - 20,7)
Santa Cruz	14,8	17,6	12,5	22,6
	(12,1 - 17,9)	(14,2 - 21,6)	(9,5 - 16,3)	(15,9 - 29,3)
Tierra del Fuego	16,8	12,5	11,0	9,6
	(13,5 - 20,6)	(9,4 - 16,5)	(8,3 - 14,6)	(4,1 - 15,0)
Patagónica	17,2	14,2	12,4	16,8
	(15,3 - 19,3)	(12,2 - 16,3)	(10,8 - 14,1)	(14,6 - 18,9)
Mendoza	20,9	18,3	22,1	23,3
	(16,8 - 25,7)	(14,5 - 22,8)	(17,9 - 27,0)	(19,3 - 27,3)
San Juan	19,8	17,4	18,5	22,1
	(14,6 - 26,3)	(13,3 - 22,5)	(12,9 - 25,8)	(15,9 - 28,2)
San Luis	14,7	14,0	15,1	16,1
	(11,5 - 18,4)	(10,2 - 18,8)	(9,8 - 22,6)	(10,6 - 21,7)
Cuyo	19,8	17,5	20,4	22,1
	(16,9 - 23,1)	(14,8 - 20,5)	(17,3 - 24,0)	(19,1 - 25,1)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 10.8. 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, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018.

ENFR 2018	
%	
(IC 95%)	
Total	15,2 (14,2 - 16,2)
Sexo	
Varón	20,1 (18,7 - 21,5)
Mujer	7,0 (5,8 - 8,2)
Grupo de edad	
18 a 24	16,1 (13,7 - 18,5)
25 a 34	18,9 (16,6 - 21,2)
35 a 49	16,7 (14,8 - 18,6)
50 a 64	10,8 (9,0 - 12,6)
65 y más	8,8 (6,9 - 10,7)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	13,0 (9,6 - 16,5)
Primario completo y secundario incompleto	14,7 (12,8 - 16,6)
Secundario completo y más	15,6 (14,3 - 16,9)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	15,2 (14,1 - 16,3)
Sólo cobertura pública	15,3 (13,5 - 17)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	16,2 (12,9 - 19,4)
2	13,6 (11,5 - 15,8)
3	12,8 (10,7 - 14,9)
4	15,3 (13,4 - 17,3)
5	17,4 (15,5 - 19,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.



Capítulo 11

Prácticas preventivas de cánceres prevalentes

Introducción

A nivel global, el cáncer representa la segunda causa de muerte en el mundo. En el año 2015 provocó 8,8 millones de muertes y cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos (1). En el año 2018, considerando todo el continente americano, los tumores malignos explican 1,3 millones de muertes (2). El cáncer colorrectal (CCR) es el cuarto tipo de cáncer más común en la región, siendo que cada año se producen aproximadamente 112.000 muertes debido a esta enfermedad (3). Por cáncer de mama mueren 100.000 mujeres por año (4) y por cáncer de cuello uterino (CCU) otras 72.000 (5).

En Argentina los tumores malignos son la segunda causa de muerte, representando el 19,5% de la mortalidad del año 2017 (6). El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres argentinas y la enfermedad oncológica que más defunciones genera, con más de 21.000 nuevos casos y más de 5.800 decesos por año. Al igual que en la mayor parte del mundo, en nuestro país la incidencia se encuentra en ascenso y la mortalidad en descenso (7); la misma ha disminuido a nivel país de manera sostenida a un ritmo de 2,1% anual durante el periodo 2007-2016 (8). El CCU es en Argentina el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres y la cuarta causa de muerte por tumores malignos. Cada año se diagnostican aproximadamente 4.500 nuevos casos (9) y 2.000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad (10). El CCR representa la segunda causa de muerte por tumores malignos tanto en hombres, que se ubica luego del cáncer de pulmón (11), como en las mujeres, después del cáncer de mama.

Alrededor del 40% de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave que son comunes a la mayoría de ellos, como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física (12). En los últimos años se evidenció también una fuerte asociación entre el cáncer de mama y el CCR con el exceso de peso (13) (14) (15) (16). En el caso del CCR, se ha observado particularmente asociación con la obesidad y con sus alteraciones metabólicas relacionadas, especialmente la diabetes mellitus, con mayor riesgo en varones que en mujeres. Por otra parte, también el tabaquismo se asocia con el desarrollo de CCR. El consumo de dos atados (40 cigarrillos) diarios o más aumenta un 40% el riesgo de CCR (12). En cuanto al CCU se ha comprobado que la causa necesaria es la infección persistente por algunos tipos del virus papiloma humano (VPH) (17).

Los programas de vacunación y tamizaje son intervenciones efectivas para prevenir determinados tipos de cáncer susceptibles de prevención primaria y secundaria. Alrededor del 30% de los casos de cáncer pueden curarse si se detectan en forma temprana y se tratan adecuadamente (2). El cáncer de mama, el de cuello uterino y el cáncer colorrectal son enfermedades en las que estas prácticas están recomendadas (18). De esta manera, las agencias internacionales, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y las sociedades científicas recomiendan en la población general asintomática, aunque con algunas discrepancias (19), la realización de mamografía cada uno o dos años en mujeres de entre 50 y 69 años, la realización de PAP en mujeres de 25 a 64 años o la realización del test de VPH en mujeres entre 30 y 64 años; y el tamizaje de cáncer colorrectal en adultos de 50 a 75 años (20) (21) (22) (23) (24).

Para prevenir el desarrollo del CCU, existe la vacuna contra el VPH, que evita la infección por los VPH de tipo oncogénicos, así como el tamizaje, que permite detectar las lesiones precursoras y tratarlas antes de que se conviertan en cáncer. En Argentina, el tamizaje de CCU para la detección de lesiones precancerosas se lleva a cabo a través de dos tecnologías: el test de VPH⁶ y la citología (PAP). Para la estrategia de tamizaje con Test de VPH, la recomendación del Instituto Nacional del Cáncer es la realización del test en mujeres a partir de los 30 años, y la frecuencia recomendada es cada 5 años luego de un resultado negativo. En el caso del tamizaje con PAP, la recomendación es a partir de los 25 años, y la frecuencia recomendada es cada tres años, luego de dos PAP anuales consecutivos negativos (23).

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

Si bien los grupos de edad para el rastreo en la población general se van modificando a lo largo de los años, como así también la frecuencia, en este capítulo se decidió mantener los puntos de corte de las ediciones anteriores para poder establecer tendencias y comparaciones entre grupos.

Metodología

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.

Resultados

A nivel nacional, el 66,0% de las mujeres de entre 50 y 70 años se realizó una mamografía en los últimos dos años, sin cambios estadísticamente significativos respecto de la 3ª edición de ENFR 2013 (Tabla 11.1). Las jurisdicciones con mayor prevalencia de realización de mamografía con respecto al total nacional fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (84,4%), Tierra del Fuego (83,1%) y La Pampa (80,9%); mientras que las de menor prevalencia fueron: Santiago del Estero (34,3%), Formosa (46,1%), Corrientes (47,9%), La Rioja (49,6%), San Juan (50,6%), Salta (52,1%), Misiones (52,5%), Chaco (52,8%) y Tucumán (54,7%). Si bien llama la atención el bajo porcentaje de cobertura registrado en la provincia de Santiago del Estero, esta estimación resulta poco confiable dado su coeficiente de variación mayor a 16,6% (Tabla 11.1).

Asimismo, se observó un significativo gradiente ascendente del indicador con relación al mayor nivel educativo, siendo de 43,8% para las mujeres con primario incompleto, 60,5% para quienes reportaron hasta secundario incompleto y 75,3% para las mujeres con secundario completo y más. 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 exclusiva (70,7% vs 46,4%). Por último, en cuanto al ingreso total del hogar por unidad consumidora, la prevalencia resultó mayor a mayor nivel de ingresos (Tabla 11.2).

En cuanto a la realización de Papanicolaou, los resultados de la 4ª ENFR evidenciaron que el 70,3% de las mujeres de 25 a 65 años se realizó un PAP en los últimos dos años, sin diferencias significativas con relación a la 3ª ENFR (Tabla 11.3). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de La Pampa

6. El Instituto Nacional del Cáncer (INC-MSYDS) incorporó el test de VPH como método de tamizaje primario en el sistema público de salud en el año 2011. La implementación de esta prueba se estableció de manera escalonada, comenzando en el año 2012 en la provincia de Jujuy y extendiendo paulatinamente desde el año 2014 a otras jurisdicciones (Catamarca, Misiones, Neuquén, Tucumán, Chaco, Corrientes, y los municipios bonaerenses de Ituzaingó, Florencio Varela, La Matanza, Almirante Brown, Morón, Tres de Febrero y San Martín). Se proyecta la incorporación del resto de las jurisdicciones en los próximos años.

se registraron las prevalencias más altas del indicador (88,7% y 82,6% respectivamente) en comparación con el valor nacional. En las jurisdicciones de Santiago del Estero (37,3%), La Rioja (51,5%), Corrientes (51,6%), Tucumán (53,1%), Catamarca (57,0%), Misiones (57,2%), San Juan (57,4%), Salta (59,8%) y San Luis (60,3%) se registró una prevalencia de realización de PAP en los últimos dos años significativamente menor con respecto al total nacional (Tabla 11.3).

Al igual que la realización de mamografía, el PAP fue más frecuente entre las mujeres de mayor nivel de instrucción (77,6%), entre aquellas con obra social o prepaga (76,3%) y a mayor nivel de ingresos (Tabla 11.4).

Para el caso de rastreo de cáncer de colon, el 31,6% de las personas de entre 50 y 75 años afirmó haberse realizado alguna vez una prueba, registrándose un aumento estadísticamente significativo con respecto a la edición anterior de la ENFR (24,5%) (Tabla 11.5). En la Ciudad de Buenos Aires y en la provincia de Tierra del Fuego se registró un valor mayor con respecto al valor nacional (51,3% y 58,0%, respectivamente) (Tabla 11.5).

Este indicador resultó mayor entre aquellos con secundario completo y más (38,1%) y entre las personas con prepaga u obra social (35,2%). 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 (43,3%). No se observaron diferencias significativas por sexo (Tabla 11.6).

Discusión

Los resultados de la presente encuesta evidenciaron en la Argentina una tendencia en aumento en la realización de prácticas recomendadas para la detección temprana de cáncer de colorrectal (CCR) con respecto a la edición anterior de la ENFR. Para la práctica de mamografía y PAP, las prácticas preventivas se mantuvieron estables respecto de la edición previa de la ENFR.

Particularmente en el rastreo de cáncer de colon, una de cada tres personas de entre 50 y 70 años (hombres y mujeres) refirieron haberlo realizado. Si bien aún hay una proporción importante de la población que no cumple con la recomendación, este indicador muestra un claro incremento respecto de la edición pasada de la ENFR, realizada en el año 2013.

La brecha por jurisdicción de las tres prácticas preventivas es muy significativa, llegando en algunos casos a ser más del doble la realización de la práctica en una jurisdicción respecto de otra. La prevalencia de las tres prácticas evaluadas fue mayor en las personas con obra social o prepaga que en aquellos con cobertura pública exclusiva de salud, en personas con mayor nivel educativo, y con mayor nivel de ingresos del hogar por unidad consumidora, de manera consistente. Respecto de las anteriores ediciones de la ENFR, se observó que las brechas mencionadas entre las jurisdicciones se mantuvieron.

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 en situación de mayor vulnerabilidad para reducir las brechas, garantizando el acceso y la calidad de las intervenciones en los diferentes niveles de atención, a través de medidas costoefectivas y diseñadas para reducir la inequidad. Los programas de rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon son ejemplos de este tipo de estrategias, aunque es evidente que resulta fundamental seguir trabajando para reducir las brechas observadas.

Políticas en marcha

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, desde el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y a través de sus distintos programas, tiene el objetivo de reducir la morbimortalidad 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 Control de Cáncer de Mama (PNCM) guía sus líneas de acción a través de 3 ejes programáticos: calidad, cobertura y monitoreo. Desarrolla estrategias de prevención y control a través de la promoción de la calidad de los servicios de atención (detección temprana, diagnóstico, tratamiento, y capacitación del recurso humano); promueve un elevado nivel de cobertura mediante estrategias comunicacionales para la captación de mujeres en edad objetivo, el armado de redes de referencia y contra referencia, la eliminación de barreras en el acceso a la atención, etc.; e impulsa el monitoreo de la calidad de las prestaciones efectuadas, fortaleciendo el seguimiento de las pacientes y el análisis del desempeño de los servicios (22). Cabe destacar que en el cáncer de mama los esfuerzos destinados a la prevención primaria son muy importantes pero no poseen la misma efectividad que en otras enfermedades ya que el cáncer de mama reconoce una etiología multifactorial. Esta patología detectada en forma precoz permite mayores tasas de curación y tratamientos menos agresivos. Es por esto que uno de los ejes fundamentales de acción del PNCM se focaliza en la detección temprana a través de la mamografía (25). Con relación a la calidad de los procesos de atención, el PNCM lleva adelante un plan nacional de calidad mamográfica para la evaluación y acreditación de los servicios de mamografía. En este sentido se censan recursos, se redactan documentos normativos, se realizan capacitaciones del recurso humano involucrado y se evalúan las instalaciones y equipos de mamografía, con más de 150 controles de calidad realizados en 15 provincias y acreditaciones concretadas en 7 de ellas (Misiones, Santa Fe, Neuquén, Rio Negro, Mendoza, Chubut y provincia de Bs.AS), al momento de esta publicación.

Por su parte, desde el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino del INC (PNPCC) se llevan adelante diversas acciones. La extensión del test de VPH como tamizaje primario en las jurisdicciones priorizadas por su alta mortalidad brinda a las mujeres usuarias del sistema público la posibilidad de un tamizaje más efectivo para la detección de lesiones precursoras del cáncer. Algunas de las provincias con baja cobertura, como Salta y Santiago del Estero, se beneficiarán de esta nueva tecnología en el próximo período. Sumado a esto, el PNPCC desarrolla estrategias tendientes a reducir las barreras de acceso (como la estrategia de auto-toma del test de VPH, capacitaciones en búsqueda activa a equipos del primer nivel de atención), así como controles para alcanzar una elevada calidad en los servicios de diagnóstico. Asimismo, para lograr una mayor adherencia al diagnóstico y tratamiento, se ha implementado la estrategia Navegadoras, cuyo objetivo es mejorar el acceso a través de un acompañamiento calificado para la reconexión de estas mujeres con el sistema de salud (23).

Considerando que la presente encuesta realiza la medición de cobertura tomando en cuenta solamente el PAP como método de tamizaje, para las provincias de Jujuy, Neuquén, Misiones, Catamarca, y Tucumán que incorporaron el Test de VPH entre los años 2012 y 2015, es probable que los resultados reflejen una sub-estimación de la cobertura de cribado dado que la modalidad y la frecuencia de tamizaje con test de VPH es diferente a la de PAP. Es por ello que, para futuras encuestas será necesario añadir algún indicador que refleje la incorporación de esta tecnología como método de tamizaje primario. Por otro lado, dado que la recomendación actual para la frecuencia de tamizaje con PAP es cada 3 años (luego de 2 negativos consecutivos), una mujer que se hizo el PAP hace más de dos años, pero menos de tres años, no refleja necesariamente una situación de falta de tamizaje y no debiera interpretarse como una limitación en la cobertura.

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 (24).

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 Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [acceso 12/06/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Organización Panamericana de la Salud. Programa Cáncer. [acceso 12/06/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es
3. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer colorrectal. [acceso 12/06/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761:colorectal-cancer&Itemid=41765&lang=es
4. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de mama. [acceso 12/06/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es
5. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de cuello uterino. [acceso 12/06/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es
6. DEIS. Estadísticas vitales. Natalidad y mortalidad 2017. Síntesis estadística N°5. [acceso 12/06/2019] Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf>
7. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. [acceso 10/07/2019] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>.
8. Boletín vigilancia epidemiológica. Análisis de situación de salud por cáncer. Argentina, 2018. Sistema de vigilancia epidemiológica y reporte del cáncer (SIVER-CA). Instituto Nacional del Cáncer. [acceso 10/07/2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001386cnt-20181213-boletin-epidemiologia.pdf>.
9. Global Cancer Observatory Today. Globocan 2018, IARC. [acceso 10/07/2019] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>
10. Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino. 2017. Elaboración en base a datos de la DEIS. [acceso 10/07/2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>
11. Instituto Nacional de Cáncer. Estadísticas Mortalidad. [acceso 13/06/2019] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>
12. WCRF-AICR/CUP. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: A Global Perspective. ContinuousUpdateproyectExpertReport 2018. [acceso 10/07/2019]. Disponible en: <https://www.wcrf.org/dietandcancer>
13. Di Sibio A, Abriata G, Sierra M, Forman D. Female Breast Cancer in Central and South America. *Cancer Epidemiology* 44S (2016) S110-S120.
14. Coglianò V, Baan R, Straif K, et al. Preventable exposures associated with human cancers, *J Natl Cancer Inst.* 2011 Dec 21; 103(24): 1827-1839.
15. Bejar, L.M.; Gili, M.; Infantes, B. et al. (2011). Effects of changes in dietary habits on colorectal cancer incidence in twenty countries from four continents during the period 1971-2002. *Rev Esp Enferm Dig*; 103(10):519-29
16. Giovannucci, E. (2002): Modifiable risk factors for colon cancer. *Gastroenterol Clin North Am.*, 31: 925-943.
17. ZurHausen H. (1996). Papillomavirus infection- a major cause of human cancers. *BiochimBiophysActa* 1288, F55-F78.
18. Rothman, K, Greenland, S y Lash, T. *Modern epidemiology*. 3rd Edition. s.l.: Lippincott Williams&Wilkins. 2012.
19. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Efectividad del tamizaje mamográfico en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama 2018. [acceso 10/07/2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001138cnt-20180321-efectividad-tamizaje-mamografico-mortalidaden-cm.pdf>
20. US Preventive Services Task Force. [acceso: 14/06/2019.] Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>
21. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2014. [acceso 14/06/2019]. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>

22. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Cáncer de mama. Dossier de Prensa. Octubre 2018. [acceso 14/06/2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001144cnt-20181011-dossier-cancer-mama.pdf>
23. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. [acceso 14/06/2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>
24. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal. [acceso 14/06/2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/el-inc/pnccr/pautas-para-equipos-de-salud>
25. Manual operativo de evaluación clínica mamaria. Programa nacional de control de cáncer de mama. Instituto Nacional del Cáncer. [acceso 10/07/2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000985cnt-2017-08-03-manual%20operativo%20web.pdf>

Tabla 11.1. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	66,0 (63,7 - 68,2)
Ciudad de Buenos Aires	75,5 (67,2 - 82,2)	77,4 (69,8 - 83,5)	81,0 (72,0 - 87,6)	84,4 (78,8 - 90,0)
Buenos Aires	45,4 (39,8 - 51,2)	59,9 (55,9 - 63,7)	69,9 (65,0 - 74,5)	70,0 (65,7 - 74,4)
Córdoba	42,8 (33,5 - 52,7)	59,6 (53,8 - 65,1)	62,3 (55,6 - 68,5)	61,6 (54,3 - 68,8)
Entre Ríos	35,5 (27,5 - 44,4)	53,6 (46,5 - 60,5)	55,1 (48,5 - 61,5)	57,3 (50,4 - 64,1)
La Pampa	45,9 (37,0 - 55,0)	74,9 (68,1 - 80,6)	84,7 (76,4 - 90,5)	80,9 (71,0 - 90,9)
Santa Fe	52,1 (45,5 - 58,6)	63,4 (57,3 - 69,0)	68,0 (61,4 - 73,9)	67,7 (58 - 77,5)
Pampeana y GBA	50,2 (46,5 - 54,0)	62,7 (59,9 - 65,3)	70,0 (66,6 - 73,1)	70,2 (67,3 - 73,1)
Catamarca	37,8 (30,5 - 45,6)	45,2 (37,3 - 53,4)	60,0 (47,1 - 71,7)	55,3 (45,2 - 65,3)
Jujuy	32,1 (24,5 - 40,8)	47,2 (38,6 - 55,8)	56,3 (45,3 - 66,8)	56,0 (47,4 - 64,7)
La Rioja	40,1 (33,1 - 47,5)	43,6 (33,6 - 54,1)	57,4 (48,1 - 66,3)	49,6 (38,9 - 60,3)
Salta	22,2 (15,1 - 31,3)	47,2 (39,1 - 55,6)	53,0 (42,8 - 62,8)	52,1 (43,9 - 60,2)
Santiago del Estero	27,1 (20,6 - 34,7)	40,1 (29,9 - 51,4)	39,1 (31,1 - 47,8)	34,3 (21,9 - 46,8)
Tucumán	29,7 (22,1 - 38,6)	43,5 (35,2 - 52,2)	38,8 (31,0 - 47,2)	54,7 (46,1 - 63,3)
Noroeste	29,2 (25,8 - 32,8)	44,7 (40,7 - 48,8)	47,6 (43,3 - 52,0)	51,1 (46,9 - 55,3)
Corrientes	32,8 (25,1 - 41,5)	41,6 (33,3 - 50,4)	49,4 (40,8 - 58,1)	47,9 (38,3 - 57,5)
Chaco	28,7 (22,2 - 36,1)	42,8 (35,0 - 50,9)	40,6 (31,8 - 50,1)	52,8 (43,1 - 62,6)
Formosa	14,2 (6,1 - 29,6)	40,8 (32,5 - 49,6)	47,9 (35,4 - 60,8)	46,1 (36,7 - 55,5)
Misiones	33,8 (29,1 - 38,9)	39,8 (28,2 - 52,7)	51,7 (41,1 - 62,2)	52,5 (43,7 - 61,3)
Noreste	29,6 (25,1 - 34,5)	41,5 (36,8 - 46,3)	47,2 (42,1 - 52,4)	50,4 (45,2 - 55,5)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	44,9	65,9	70,3	65,4
	(40,4 - 49,4)	(59,0 - 72,1)	(62,1 - 77,4)	(56,9 - 73,8)
Neuquén	52,2	66,2	62,6	71,1
	(43,8 - 60,5)	(57,7 - 73,8)	(53,8 - 70,6)	(60,0 - 82,3)
Río Negro	37,1	55,2	56,2	59,6
	(28,7 - 46,5)	(47,3 - 62,9)	(48,1 - 63,9)	(50,8 - 68,4)
Santa Cruz	37,8	53,2	67,4	63,5
	(27,9 - 48,8)	(44,4 - 61,9)	(56,3 - 76,9)	(50,8 - 76,2)
Tierra del Fuego	56,3	75,1	76,2	83,1
	(46,8 - 65,3)	(62,7 - 84,4)	(67,6 - 83,1)	(72,0 - 94,3)
Patagónica	43,5	61,7	64,0	66,4
	(39,8 - 47,3)	(57,6 - 65,5)	(59,7 - 68,0)	(61,6 - 71,1)
Mendoza	35,9	53,8	61,9	62,2
	(29,7 - 42,6)	(44,1 - 63,2)	(53,1 - 70,1)	(52,6 - 71,8)
San Juan	37,1	52,6	57,8	50,6
	(30,3 - 44,5)	(42,6 - 62,4)	(47,2 - 67,7)	(39,2 - 62,0)
San Luis	45,4	42,1	67,9	63,5
	(38,5 - 52,6)	(35,0 - 49,5)	(57,5 - 76,8)	(54,0 - 73)
Cuyo	37,6	51,6	61,9	59,3
	(33,3 - 42,1)	(45,3 - 57,8)	(55,6 - 67,7)	(52,8 - 65,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 11.2. 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 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Total		66,0
		(63,7 - 68,2)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		43,8
		(35,8 - 51,8)
Primario completo y secundario incompleto		60,5
		(56,7 - 64,4)
Secundario completo y más		75,3
		(72,3 - 78,3)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		70,7
		(68,4 - 73,1)
Sólo cobertura pública		46,4
		(40,6 - 52,2)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		50,4
		(44,6 - 56,1)
2		55,6
		(50,0 - 61,1)
3		67,2
		(62,1 - 72,4)
4		73,5
		(69,1 - 77,9)
5		80,3
		(76,0 - 84,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 11.3. 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 2005-2009-2013-2018.

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (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)	70,3 (68,9 - 71,8)
Ciudad de Buenos Aires	80,6 (75,6 - 84,8)	79,1 (72,9 - 84,2)	87,1 (81,7 - 91,1)	88,7 (85,5 - 92,0)
Buenos Aires	62,2 (58,5 - 65,8)	70,9 (68,5 - 73,2)	73,6 (70,6 - 76,4)	72,6 (69,8 - 75,4)
Córdoba	59,6 (53,6 - 65,4)	69,0 (64,8 - 72,9)	67,1 (60,6 - 73,0)	69,3 (65,4 - 73,2)
Entre Ríos	52,6 (45,3 - 59,8)	61,6 (57,0 - 65,9)	68,7 (64,0 - 73,0)	71,6 (67,0 - 76,1)
La Pampa	71,0 (66,4 - 75,1)	83,0 (78,9 - 86,4)	77,9 (71,2 - 83,5)	82,6 (77,6 - 87,7)
Santa Fe	62,0 (56,7 - 67,0)	73,3 (69,0 - 77,1)	75,0 (71,3 - 78,3)	75,8 (70,2 - 81,4)
Pampeana y GBA	64,3 (61,9 - 66,7)	71,8 (70,1 - 73,5)	74,5 (72,4 - 76,6)	74,6 (72,6 - 76,5)
Catamarca	46,8 (38,9 - 54,8)	51,4 (45,7 - 57,1)	60,3 (53,7 - 66,6)	57,0 (50,8 - 63,2)
Jujuy	57,0 (48,2 - 65,3)	68,3 (63,3 - 73,0)	72,8 (67,2 - 77,8)	68,9 (64,3 - 73,6)
La Rioja	53,7 (48,3 - 59,1)	62,0 (56,6 - 67,2)	60,8 (54,6 - 66,6)	51,5 (44,2 - 58,8)
Salta	44,7 (36,1 - 53,7)	58,2 (52,9 - 63,3)	58,5 (52,4 - 64,3)	59,8 (54,2 - 65,5)
Santiago del Estero	38,3 (34,5 - 42,4)	48,6 (41,0 - 56,3)	55,4 (49,0 - 61,6)	37,3 (29,4 - 45,1)
Tucumán	36,7 (32,6 - 41,0)	45,0 (40,1 - 50,1)	51,1 (45,0 - 57,3)	53,1 (47,6 - 58,7)
Noroeste	44,0 (41,5 - 46,6)	54,2 (51,6 - 56,7)	58,2 (55,1 - 61,2)	55,2 (52,4 - 57,9)
Corrientes	41,8 (36,3 - 47,5)	54,2 (48,5 - 59,8)	62,8 (57,0 - 68,3)	51,6 (45,5 - 57,7)
Chaco	53,0 (48,3 - 57,7)	58,9 (50,7 - 66,5)	57,9 (49,7 - 65,6)	69,7 (63,7 - 75,6)
Formosa	50,2 (43,8 - 56,6)	68,1 (62,9 - 72,9)	70,7 (64,4 - 76,3)	70,4 (65,5 - 75,3)
Misiones	44,1 (33,3 - 55,6)	51,7 (44,0 - 59,3)	64,5 (57,2 - 71,1)	57,2 (52,3 - 62,0)
Noreste	46,8 (43,1 - 50,5)	57,0 (53,3 - 60,6)	62,8 (59,1 - 66,4)	60,9 (57,9 - 63,9)

continúa en página siguiente

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones				
Chubut	63,4	74,3	76,8	66,2
	(59,5 - 67,0)	(70,0 - 78,1)	(72,0 - 80,9)	(61,4 - 71)
Neuquén	77,0	73,2	76,5	72,7
	(73,7 - 80,0)	(68,1 - 77,8)	(71,3 - 81,0)	(66,5 - 78,8)
Río Negro	59,8	68,5	65,9	67,0
	(55,9 - 63,6)	(62,4 - 74,0)	(61,2 - 70,2)	(62,5 - 71,5)
Santa Cruz	58,2	63,9	70,8	67,4
	(49,8 - 66,2)	(58,3 - 69,1)	(65,0 - 76,0)	(60,0 - 74,8)
Tierra del Fuego	70,9	80,8	78,7	75,8
	(66,2 - 75,2)	(74,5 - 85,8)	(74,3 - 82,6)	(67,8 - 83,9)
Patagónica	65,8	71,5	72,9	69,0
	(63,1 - 68,5)	(68,9 - 74,0)	(70,5 - 75,2)	(66,4 - 71,5)
Mendoza	56,8	64,9	72,6	65,7
	(52,7 - 60,8)	(58,5 - 70,8)	(67,5 - 77,1)	(59,3 - 72,2)
San Juan	51,4	60,1	68,1	57,4
	(47,0 - 55,7)	(54,4 - 65,5)	(61,6 - 74,0)	(50 - 64,8)
San Luis	54,6	58,2	64,3	60,3
	(49,7 - 59,5)	(53,5 - 62,8)	(58,0 - 70,2)	(53,8 - 66,8)
Cuyo	55,0	62,6	70,2	62,9
	(52,3 - 57,7)	(58,5 - 66,4)	(66,7 - 73,4)	(58,8 - 67,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013 - 2018.

Tabla 11.4. 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 2018.

ENFR 2018	
% (IC 95%)	
Total	70,3
	(68,9 - 71,8)
Grupo de edad	
25 a 34	70,7
	(68,2 - 73,1)
35 a 49	72,5
	(70,2 - 74,8)
50 a 65	67,0
	(64,6 - 69,4)
Nivel educativo	
Hasta primario incompleto	50,0
	(42,9 - 57,2)
Primario completo y secundario incompleto	59,1
	(56,2 - 62,1)
Secundario completo y más	77,6
	(75,9 - 79,2)
Cobertura de salud	
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	76,3
	(74,9 - 77,7)
Sólo cobertura pública	58,4
	(55,6 - 61,3)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	
1	57,0
	(53,6 - 60,3)
2	61,7
	(58,1 - 65,3)
3	71,3
	(67,8 - 74,7)
4	77,6
	(74,9 - 80,3)
5	84,9
	(82,6 - 87,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Tabla 11.5. Realización de algún estudio de rastreo de cáncer de colon alguna vez en población de 50 a 75 años por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2013-2018.

	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Total	24,5 (22,9 - 26,3)	31,6 (30,0 - 33,2)
Ciudad de Buenos Aires	47,5 (40,2 - 54,9)	51,3 (46,3 - 56,3)
Buenos Aires	24,2 (21,3 - 27,4)	34,7 (31,7 - 37,7)
Córdoba	19,1 (14,0 - 25,6)	24,0 (19,2 - 28,9)
Entre Ríos	23,4 (18,7 - 28,8)	26,8 (23,2 - 30,3)
La Pampa	21,6 (16,3 - 27,9)	34,8 (27,6 - 42,1)
Santa Fe	25,8 (21,4 - 30,8)	35,8 (29,5 - 42,1)
Pampeana y GBA	26,9 (24,7 - 29,3)	35,4 (33,2 - 37,5)
Catamarca	14,9 (10,5 - 20,7)	15,4 (9,5 - 21,3)
Jujuy	14,9 (10,2 - 21,1)	15,0 (8,8 - 21,1)
La Rioja	11,7 (8,1 - 16,7)	23,3 (16,4 - 30,2)
Salta	19,3 (15,3 - 24,0)	18,7 (14,0 - 23,3)
Santiago del Estero	10,5 (6,6 - 16,3)	16,3 (8,9 - 23,7)
Tucumán	10,2 (7,6 - 13,5)	16,7 (11,4 - 22,1)
Noroeste	13,7 (11,9 - 15,7)	17,3 (14,7 - 19,8)
Corrientes	23,5 (15,8 - 33,3)	21,3 (14,8 - 27,8)
Chaco	16,5 (12,3 - 21,9)	19,0 (13,4 - 24,6)
Formosa	17,3 (11,7 - 24,9)	6,2 (3,2 - 9,1)
Misiones	18,4 (13,4 - 24,7)	27,8 (22,6 - 32,9)
Noreste	19,2 (15,8 - 23,1)	20,5 (17,4 - 23,6)

continúa en página siguiente

	ENFR 2013	ENFR 2018
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Provincias y regiones		
Chubut	23,8	27,6
	(19,2 - 29,0)	(23,1 - 32,0)
Neuquén	26,2	38,3
	(20,0 - 33,5)	(30,2 - 46,3)
Río Negro	18,4	28,2
	(14,1 - 23,7)	(23,7 - 32,6)
Santa Cruz	18,3	24,7
	(13,7 - 23,9)	(18,0 - 31,4)
Tierra del Fuego	29,5	58,0
	(22,9 - 37,1)	(44,4 - 71,6)
Patagónica	22,5	32,2
	(19,9 - 25,4)	(29,3 - 35,0)
Mendoza	21,9	23,7
	(18,4 - 25,9)	(18,1 - 29,4)
San Juan	21,9	21,8
	(16,3 - 28,7)	(15,5 - 28)
San Luis	11,1	24,1
	(7,1 - 17,1)	(18,0 - 30,1)
Cuyo	20,3	23,3
	(17,6 - 23,3)	(19,4 - 27,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 - 2018.

Tabla 11.6. Realización de algún estudio de rastreo de cáncer de colon alguna vez en 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 2018.

		ENFR 2018
		% (IC 95%)
Total		31,6 (30 - 33,2)
Sexo		
Varón		32,0 (29,6 - 34,3)
Mujer		31,2 (29,1 - 33,4)
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto		24,4 (19,6 - 29,2)
Primario completo y secundario incompleto		26,5 (24,2 - 28,7)
Secundario completo y más		38,1 (35,6 - 40,5)
Cobertura de salud		
Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica		35,2 (33,4 - 36,9)
Sólo cobertura pública		16,8 (13,2 - 20,4)
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora		
1		18,1 (15,1 - 21,1)
2		26,3 (22,5 - 30)
3		29,7 (26,3 - 33,1)
4		36,1 (32,3 - 39,9)
5		43,3 (40 - 46,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 - 2018

ANEXO 1

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

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

CARÁCTER ESCRITAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

BLOQUE DEL HOGAR (BH)

IDENTIFICACIÓN (ID)

SUBMUESTRA Sí No

Último dígito del N° en el listado:

U.P.S.	Código de área	N° en el listado	Hogar N°

Provincia:

Entrevista realizada

Localidad:

1 2
Sí No

UBICACIÓN (UB)

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

Encuestador

Jefe de equipo Sí (1) →

No (2)

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"/>	

1. RESPUESTA DEL HOGAR (BHRH)

Indique si el hogar es respondente Sí (1)

No (2) → **ATENCIÓN: Registre la no respuesta en la contratapa**

2. DETECCIÓN DE VIVIENDAS Y HOGARES (DV)

1 ¿Existen otras viviendas en esta misma dirección?
(Verifique que no estén incluidas en el listado. Revise los listados de viviendas)

Sí (1) → **Atención: hay más de una vivienda**

No (2)

2 ¿Todas las personas que residen en esta vivienda comparten los gastos de comida?

Sí (1)

No (2) → **Atención: hay más de un hogar**

3 ¿En este hogar hay...

3.a ...servicio doméstico con cama adentro? (1) (2)

3.b ...pensionistas? (1) (2)

Atención: hay más de un hogar

4 Cantidad total de hogares que residen en esta vivienda

Hogar: persona o grupo de personas, parientes o no, que habitan bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación.

3. COMPONENTES DEL HOGAR (CH)

Anote aquí		1	2	3	4	Anote aquí	
N° de componente	¿Cuál es el nombre de pila?	¿Cuál es la relación de parentesco con el/la jefe/a de hogar? Anote código	¿Es varón o mujer? Anote código	¿Cuál es su edad en años cumplidos? Si no hay ninguna persona de 18 años o más, FIN DE LA ENTREVISTA.		Letra de orden según edad	
		1. Jefe/a 2. Cónyuge/Pareja 3. Hijo/a Hijastro/a 4. Padre/Madre 5. Hermano/a 6. Suegro/a 7. Yerno/Nuera 8. Nieto/a 9. Otro familiar 10. Otro no familiar	1. Varón 2. Mujer				Para personas de 18 años o más. Comience con la letra A a partir de la persona de mayor edad y continúe.
					Ns/Nc		
1		1. Jefe/a			<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		

11 N° Componente respondente (BH)

Total de personas en el rango

SELECCIÓN DEL COMPONENTE PARA EL BLOQUE INDIVIDUAL (SC)

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA TABLA: SÓLO APLICAR A PERSONAS DE 18 AÑOS o MÁS

1. Tilde en la **fila superior** “Último dígito del N° en el listado” de la **tabla** el número que figura en la etiqueta del Bloque del Hogar como “Último dígito del N° en el listado”.
2. Tilde en la **columna** “Total de personas en el rango” de la **tabla** el número que anotó en el recuadro “Total de personas en el rango” al pie de la columna “Letra de orden según edad”.
3. Ubique en el cuerpo de la **tabla** la intersección de fila y columna. Circule la letra asignada y observe en la columna “Letra de orden según edad” a quién le corresponde esa letra entre las personas listadas.
4. Circule el N° de componente correspondiente en la columna “N° de componente” al principio del capítulo.
5. Transcriba ese número en el casillero 1 (N° de componente SELECCIONADO de 18 años y más) del **Cuadro resumen**.

4. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV)

1 Tipo de vivienda (Completar por observación)

Casa (1)
 Casilla (2)
 Departamento (3)
 Pieza de inquilinato (4)
 Pieza en hotel o pensión (5)
 Local no construido para habitación (6)
 Otro (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 ¿Cuál? (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 ¿Cuál? (Especificar)..... (9)

5 En el techo ¿tiene cielorraso/revestimiento interior?

Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

6 ¿Para cocinar, utiliza principalmente...

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

5. 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?

6. INGRESOS DEL HOGAR (IH)

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

\$

Sin ingresos (2)

Ns/Nc (99)

3

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 3.000 <input type="checkbox"/> (1)	31.001 a 35.000 <input type="checkbox"/> (10)
3.001 a 5.000 <input type="checkbox"/> (2)	35.001 a 38.000 <input type="checkbox"/> (11)
5.001 a 8.000 <input type="checkbox"/> (3)	38.001 a 41.000 <input type="checkbox"/> (12)
8.001 a 12.000 <input type="checkbox"/> (4)	41.001 a 45.000 <input type="checkbox"/> (13)
12.001 a 15.000 <input type="checkbox"/> (5)	45.001 a 49.000 <input type="checkbox"/> (14)
15.001 a 18.000 <input type="checkbox"/> (6)	49.001 a 53.000 <input type="checkbox"/> (15)
18.001 a 23.000 <input type="checkbox"/> (7)	53.001 a 60.000 <input type="checkbox"/> (16)
23.001 a 27.000 <input type="checkbox"/> (8)	60.001 y más <input type="checkbox"/> (17)
27.001 a 31.000 <input type="checkbox"/> (9)	Ns/Nc <input type="checkbox"/> (99)

3 ¿Percibió algún ingreso en dinero o en especie en los últimos 6 meses por Asignación Universal por Hijo, planes sociales u otras transferencias estatales?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

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

- ...es igual a 1 → **(B)**
- ...es igual o mayor a 2

7. 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) → **(B)**

...no tenía/no conseguía trabajo? (2)

...no tuvo pedidos/clientes? (3) → **4**

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

3 ¿No concurrió por...

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

...huelga/conflicto laboral? (2) → **6**

...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 o parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí (1) → **(B)**

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) → **(B)**

...por otras razones? ¿Cuál? (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 (99)

BLOQUE INDIVIDUAL (BI) - 18 años o más

CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

IDENTIFICACIÓN (ID)

Anote el N° de componente de la persona seleccionada

Encuestador

Jefe de equipo

CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (VP)

Visita N°	Fecha	Hora	Código	Observaciones
1	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
2	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
3	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
4	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
5	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
6	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
7	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
8	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
9	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
10	/ /	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

1. RESPUESTA INDIVIDUAL (RI)

1 Indique si el miembro seleccionado responde a la encuesta

Sí (1) → (SL)

No (2)

2 Razón de no respuesta

Ausencia (7) → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)**

Rechazo (8) → **3**

Otras causas (9) (Especificar)

.....

..... → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)**

3 Causa de no respuesta

Negativa rotunda (8.1)

Rechazo por portero eléctrico (8.2)

Se acordaron entrevistas que no se concretaron (8.3)

La encuesta demanda mucho tiempo (8.4)

No quiere hablar del tema (8.5)

Desconfía qué van a hacer con los datos (8.6)

↓

FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)

2. 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? ¿Cuál? (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 (99)

3. 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)

...no puede caminar? (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)

4. ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

AHORA LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE SUS ACTIVIDADES FÍSICAS INTENSAS, MODERADAS Y CAMINATA. LAS MISMAS PUEDEN FORMAR PARTE DE SU ACTIVIDAD DOMÉSTICA, LABORAL, DEPORTIVA O PARA TRASLADARSE.

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

ATENCIÓN: Si la persona no realizó estas actividades, complete con 0 (cero) **Y PASE A P.3**

Días por semana

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 a la semana.

Horas Minutos Ns/Nc (99)

3 Las actividades físicas moderadas son aquellas que le implican una ligera aceleración del ritmo cardíaco y la respiración. En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas, **durante al menos 10 minutos?** (puede incluir caminata rápida).

ATENCIÓN: Si la persona no realizó estas actividades, complete con 0 (cero) **Y PASE A P.5**

Días por semana

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 a la semana.

Horas Minutos Ns/Nc (99)

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

ATENCIÓN: Si la persona no realizó estas actividades, complete con 0 (cero) **Y PASE A P.7**

Días por semana

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 a 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, en la última semana, 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) **(TA)**
- Porque no le interesa/no le gusta (8)
- Por falta de voluntad (9)
- Otro (Especificar) (10)
- (10)
- (10)

9 ¿Cuál es la razón principal por la que, en la última semana, no realizó más actividad física?

- Hago la 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)
- (11)
- (11)

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

- | | Sí | No |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 10.1 ...parte de su actividad doméstica? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 10.2 ...parte de su actividad laboral? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 10.3 ...para desplazarse/trasladarse? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 10.4 ...para mejorar su condición física/hacer deporte? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

5. TABACO (TA)

1 ¿Alguna vez fumó cigarrillos?

Sí (1)

No (2) → **9**

2 ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?

Edad en años

Si es menor a 10 verifique

Ns/Nc (99)

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

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

4 Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos...

...todos los días? (1)

...algunos días? (2)

...no fuma? (3) → **9**

	Sí	No
4.1 Actualmente, ¿fuma cigarrillo armado?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
4.2 Actualmente, ¿fuma cigarrillo de paquete?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2) → 8

5 ¿Qué marca de cigarrillos fuma habitualmente?

TARJETA 2

Marca

Anote código → **SI EL CÓDIGO ES MAYOR A 5** → **8**

6 ¿Qué tipo de paquete de _____ compra habitualmente?

6.a

Box (1)

Común (blando) (2)

Compra cigarrillos sueltos (98) → **8**

Ns/Nc (99)

6.b ¿De qué cantidad?

Cantidad

Ns/Nc (99)

6.c ¿De qué sabor?

Común (sin saborizar) (1) → **7**

Mentolados (2)

Otro sabor (3)

6.d ¿Con qué tipo de cápsula?

Cápsula simple (1)

Cápsula doble (2)

Ns/Nc (99)

7 Pensando en la última vez que compró cigarrillos de esta marca y variedad para su propio consumo, ¿cuánto dinero pagó para esta compra?

\$

Ns/Nc (99)

8 ¿Intentó dejar de fumar en el último año?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

9 Actualmente, de los siguientes productos de tabaco que no son cigarrillos de paquete ni armados a mano, ¿usted consume...

	Sí	No
9.1 ...cigarros o habanos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.2 ...cigarrillos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.3 ...pipa común?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.4 ...pipa de agua?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.5 ...tabaco para masticar?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.6 ...cigarrillo electrónico?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

10 Durante los últimos 30 días, ¿notó que alguien fumó en alguno de los siguientes lugares cerrados...

	Sí	No	No estuvo
10.1 ...dentro de su casa?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.2 ...dentro de su trabajo?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.3 ...dentro de instituciones educativas?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.4 ...dentro de bares/restaurantes?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.5 ...dentro de hospitales/centros de salud?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.6 ...dentro de otros lugares?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)

11 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 (98)

12 En los últimos 30 días, ¿recibió por correo electrónico publicidad de cigarrillos o material de promoción de cigarrillos?

Sí (1)

No (2)

13 En los últimos 30 días, ¿se suscribió en alguna página web de una empresa que produce cigarrillos, una página web de una marca de cigarrillos o una página web que tuviera los logos de marcas de cigarrillos?

Sí (1)

No (2)

14 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 (98)

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

15 ¿Las frases o imágenes que vienen en los paquetes de cigarrillos lo hicieron pensar en dejar de fumar?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Para TODOS los encuestados

16 ¿Está de acuerdo con el aumento del impuesto al tabaco?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA)

1 ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

Sí (1)

No (2) → **3**

Ns/Nc (99)

2 ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?

Menos de 1 año (1)

De 1 a 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Ns/Nc (99)

3 ¿Cuántas veces un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía la presión alta?

Sólo 1 vez (1)

Más de 1 vez (2)

Ninguna (3) → **(PC)**

Ns/Nc (99)

4 ¿En las últimas dos semanas, estuvo haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para controlar su presión arterial?

Sí (1)

No (2) → **12**

En relación con el tratamiento que le ha indicado el profesional de la salud para el control de su presión arterial.

5 ¿El tratamiento es...

Sí No

5.1 ...con dieta, ejercicios, reducción de peso? (1) (2)

5.2 ...con medicamentos? (1) (2) → **12**

6 ¿Y cuántas pastillas debe tomar por día para el control de su presión arterial?

Cantidad de pastillas

Ns/Nc (99)

7 Muchas personas tienen dificultades para tomar diariamente su medicación ¿Alguna vez se olvida de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

Sí (1)

No (2)

8 Por lo general, cuando usted se siente bien, ¿deja de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

9 Por lo general, cuando usted se siente mal, ¿deja de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

10 Durante la última semana ¿usted...

...tomó todas las pastillas indicadas para controlar su presión arterial? (1) → **12**

...no tomó algunas de las pastillas indicadas para controlar su presión arterial? (2)

...no tomó ninguna pastilla indicada para controlar su presión arterial? (3) → **12**

11 ¿Y durante la última semana cuántas pastillas para controlar su presión arterial no tomó?

Cantidad de pastillas

Ns/Nc (99)

12 Excluyendo tomarse la presión arterial, ¿hay algún lugar al que usted vaya habitualmente para hacerse un control relacionado con la presión alta?

Sí (1)

No (2) → **(PC)**

13 Excluyendo tomarse la presión arterial, ¿a qué lugar va habitualmente a hacerse ese control?

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 un centro de salud comunitario, de barrio o centro vecinal (4)

Un servicio de guardia de un hospital o clínica (5)

Otro lugar (Especificar)

.....

.....

..... (6)

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

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

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

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

7. PESO CORPORAL (PC)

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

Sí (1)

No (2) → **3**

Ns/Nc (99)

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

Sí (1) → **4**

No (2)

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

Sí (1)

No (2)

4 ¿Cuánto cree usted que está pesando?

Peso en kg:

Ns/Nc (99)

5 ¿Cuánto mide?

Altura en cm:

Ns/Nc (99)

8. ALIMENTACIÓN (AL)

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

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

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 En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas frescas, cocidas, en jugo o licuados naturales?

ATENCIÓN: Si la persona no come fruta, complete con 0 (cero) Y PASE A P.5

Días por semana

Ns/Nc (99)

4 ¿Cuántas porciones de fruta come en uno de esos días? (Use la cartilla)

Porciones

Si es mayor a 20 verifique

Ns/Nc (99)

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

ATENCIÓN: Si la persona no come verdura, complete con 0 (cero) Y PASE A P.7

Días por semana

Ns/Nc (99)

6 ¿Cuántas porciones de verdura come en uno de esos días? (Use la cartilla)

Porciones

Si es mayor a 20 verifique

Ns/Nc (99)

7 ¿Cuál es la razón principal por la que no consume más porciones de frutas y/o verduras?

Come la cantidad que considera adecuada (1)

Su compra y preparación requiere mucho tiempo (2)

Pocas opciones de/en lugares de compra (supermercado, verdulería, almacén, etc.) (3)

Pocas opciones de/en lugares para comer (restaurantes, bares, etc.) (4)

Son caras (5)

Falta de apoyo del entorno (6)

No le gustan (7)

Prefiere otro tipo de comidas (8)

Dificultad por los hábitos y exigencias de la vida cotidiana (9)

Falta de voluntad (10)

Otros (Especificar) (11)

.....

.....

.....

8 Pensando en su alimentación o dieta habitual o de todos los días ¿Considera que es...

...muy saludable? (1) → **10**

...bastante saludable? (2)

...poco saludable? (3)

...nada saludable? (4)

...Ns/Nc (99) → **10**

9 ¿Cuál es la razón principal por la que considera que su alimentación o dieta habitual es poco o nada saludable?

- Falta de tiempo para comprar y/o cocinar (1)
- En su casa o trabajo no se come comida saludable (2)
- Come muchos alimentos altos en azúcares, grasas, sal (por ejemplo comidas rápidas o alimentos procesados) (3)
- Dificultad para conseguir alimentos saludables cerca de los lugares que frecuenta (hogar, trabajo, facultad, etc.) (4)
- Pocas opciones de comida saludable en lugares donde come habitualmente (restaurantes, bares, etc.) (5)
- Los precios de los alimentos saludables son muy altos (6)
- Las comidas saludables no lo llenan o sacan el hambre (7)
- No le gustan las comidas saludables (8)
- No le interesa tener una alimentación saludable (9)
- Otros (Especificar) (10)
-
-
-

10 ¿Está de acuerdo con el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas?

- Sí (1)
- No (2)
- Ns/Nc (99)

9. COLESTEROL (CO)

1 ¿Alguna vez le han medido el colesterol?

Sí (1)
No (2) → **3**
Ns/Nc (99)

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

Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
Más de 2 años (3)
Ns/Nc (99)

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

Sí (1)
No (2) → **(CA)**
Ns/Nc (99)

4 ¿En las últimas dos semanas, estuvo 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 ...con dieta, ejercicios, reducción de peso? (1) (2)

10. CONSUMO DE ALCOHOL (CA)

1 ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o parecidos (vodka, ron) alguna vez en la vida?

- Sí (1)
 No (2) → **7**
 Ns/Nc (99) → **7**

2 ¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna de estas bebidas alcohólicas?

- Durante los últimos 30 días (1)
 Más de un mes hasta un año (2) → **7**
 Más de un año (3) → **7**
 Ns/Nc (99) → **7**

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 Pensando en lo que toma habitualmente, elija uno de esos días y dígame en ese día cuánto toma...

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.

TARJETA 4

<p>4.1 ...de cerveza?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> (98)</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>4.2 ...y ese mismo día, ¿cuánto toma de vino?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> (98)</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>4.3 ...y de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> (98)</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ...y ese mismo día, ¿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, pensando en el día que más tomó, ¿cuánto tomó...

TARJETA 4

<p>5.1 ...de cerveza?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> (98)</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>5.2 ...y ese mismo día, ¿cuánto tomó de vino?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> (98)</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>5.3 ...y de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> (98)</p> <p>Cantidad de tragos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>5.4 ...y ese mismo día, ¿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 (98)

7 ¿Está de acuerdo con el aumento del impuesto a las bebidas con alcohol?

- Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

11. DIABETES (DI)

1 ¿Alguna vez un médico, un enfermero 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)

Ns/Nc (99) → **6**

2 ¿Eso ocurrió cuando estaba embarazada?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

3 ¿En las últimas dos semanas, estuvo 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) → **6**

4 ¿Usted está haciendo algún tratamiento...

	Sí	No
4.1 ...con insulina?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
4.2 ...con dieta, ejercicios, reducción de peso?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
4.3 ...con medicamentos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

5 ¿Es insulino dependiente?

Sí (1)

No (2)

6 ¿Ha habido al menos un diagnóstico de diabetes entre...

	Sí	No	Ns/Nc
6.1 ...sus familiares cosanguíneos directos (padres, hijos, hermanos)?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (99)
6.2 ...otros familiares cosanguíneos (abuelos, tíos, primos)?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (99)

7 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron la 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 (99)

ATENCIÓN:
Sólo para quienes respondieron "Sí" en P.1
DE LO CONTRARIO PASE A (LE)

8 Excluyendo la medición de glucemia o azúcar en sangre, ¿hay algún lugar al que usted vaya habitualmente para hacerse un control relacionado con la diabetes?

Sí (1)

No (2) → **12**

9 Excluyendo la medición de glucemia o azúcar en sangre, ¿a qué lugar va habitualmente a hacerse esos controles?

Un consultorio individual (1)

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

Un consultorio en un hospital (3)

Un consultorio en un centro de salud comunitario, de barrio o centro vecinal (4)

Un servicio de guardia de un hospital o una clínica (5)

Otro lugar (Especificar) (6)

.....

.....

.....

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

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

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

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

12 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 (99)

13 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 (99)

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

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

12. 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 (98)

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

Siempre (1)

A veces (2)

Nunca (3)

No viaja en moto (98)

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 (98)

ATENCIÓN: Si es VARÓN y tiene 50 años o más

PASE A (CC)

ATENCIÓN: Si es VARÓN y tiene menos de 50 años

PASE A (MA)

13. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (PP)

ATENCIÓN: Sólo para mujeres

SI ES VARÓN Y TIENE 50 AÑOS O MÁS, PASE A (CC). SI ES VARÓN Y TIENE MENOS DE 50 AÑOS, PASE A (MA).

1 ¿Alguna vez se hizo una mamografía?
(Una mamografía es una radiografía de cada mama)

Sí (1)

No (2) → **3**

Ns/Nc (99)

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 (99)

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 (99)

ATENCIÓN: Si tiene menos de 50 años

PASE A (EM)

ATENCIÓN: Si tiene 50 años o más

PASE A (CC)

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 (99)

ATENCIÓN: Si tiene menos de 50 años

PASE A (EM)

14. PREVENCIÓN DEL 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"/> (99) |
| 1.2 ...colonoscopia? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (99) |
| 1.3 ...radiografía de colon por enema? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (99) |

ATENCIÓN: Si contestó "No" y/o "No sabe" en TODAS las opciones

Si es VARÓN

Si es MUJER

PASE A (MA)

PASE A (EM)

ATENCIÓN: Sólo para quienes respondieron "Sí" en alguna de las opciones en P.1

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)
 Más de 1 año hasta 2 años (2)
 Más de 2 años hasta 4 años (3)
 Más de 4 años hasta 5 años (4)
 Más de 5 años hasta 10 años (5)
 Más de 10 años (6)
 Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Si es VARÓN

ATENCIÓN: Si es MUJER

PASE A (MA)

PASE A (EM)

DEFINICIONES:

Prueba de sangre oculta en materia fecal: esta prueba se realiza para detectar la presencia de pólipos o cáncer colorrectal (del tubo digestivo o intestino grueso).

Colonoscopia: es un estudio mediante el cual se detectan pólipos o cáncer colorrectal (del tubo digestivo o intestino grueso) a través de un tubo flexible con una cámara que permite observar internamente el tubo digestivo.

Radiografía de colon por enema: es un método para detectar problemas en el colon o recto (tubo digestivo o intestino grueso) a través de una radiografía en la zona, donde previamente se realiza un enema con una sustancia de contraste.

15. EMBARAZO (EM)

ATENCIÓN: Sólo para mujeres

SI ES VARÓN PASE A (MA)

1 ¿Está actualmente embarazada?

- Sí (1) → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)**
 No (2)
 Ns/Nc (99) → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)**

ATENCIÓN:

REVISE LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA.

SI LA PERSONA ENCUESTADA NO HABITA EN UNA VIVIENDA SELECCIONADA EN LA SUBMUESTRA AQUÍ FINALIZA EL BLOQUE INDIVIDUAL DEL CUESTIONARIO.

NO OLVIDE REGISTRAR LOS TELÉFONOS DEL HOGAR EN LA CONTRATAPA DEL CUESTIONARIO.

**RECORDATORIO: ACUERDE UN DÍA Y HORARIO PARA REALIZAR EL PASO TRES (MEDICIONES QUÍMICAS).
TENGA PRESENTE RECORDARLE EL REQUERIMIENTO DE AYUNO.
SI ES INSULINO DEPENDIENTE, RECORDAR QUE LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE DEBE SER PREVIA
A LA APLICACIÓN DE LA INSULINA (su horario será prioritario)**

17. MEDICIONES QUÍMICAS (MQ)

1 ¿El encuestado firmó el consentimiento? (No leer al encuestado)

Sí (1) → **2**

No (2) (Especificar)

.....

.....

.....

FIN DE LA ENTREVISTA.
PASE A (TH)

Ausencia del personal de Salud (98) → **FIN DE LA ENTREVISTA.**
PASE A (TH)

2 ¿A qué hora comió algo por última vez (la cena, algún postre o galletitas)?
Esta pregunta la hará el personal de Salud: registre la respuesta del encuestado

Horas Minutos Ns/Nc (99)

FIN DE LA ENTREVISTA.
PAUTAR REVISITA.

3 ¿A qué hora bebió algo por última vez (que no haya sido agua)?
Esta pregunta la hará el personal de Salud: registre la respuesta del encuestado

Horas Minutos Ns/Nc (99)

FIN DE LA ENTREVISTA.
PAUTAR REVISITA.

4 Horas de ayuno

Horas → Si es menor a 8 horas, **FIN DE LA ENTREVISTA.**
PAUTAR REVISITA.

5 Registre los valores de glucosa que le informe el personal de Salud.

Glucosa mg/DL

El dispositivo no funciona / High / Low (98)

6 Registre los valores de colesterol que le informe el personal de Salud.

Colesterol mg/DL

El dispositivo no funciona / High / Low (98)

**ATENCIÓN: Al pactar la visita, recuérdle a todas las personas que deberán encontrarse en ayunas.
Recuérdle a las personas insulino dependientes que para poder obtener la muestra es necesario,
adicionalmente, que no se hayan aplicado la inyección de insulina.**

¿El entrevistado es insulino dependiente?

Sí (1)

No (2)

Día	Hora	Se acordó para hacer el paso		
		Paso 1 Fecha y hora	Paso 2 Fecha y hora	Paso 3 Fecha y hora
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			

Finalizado por	Compleitud	Incompleitud

Teléfono de contacto del miembro seleccionado	
Extraccionista	

0800-222-1002

www.argentina.gov.ar/salud



Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación