

SOSTENIBILIDAD URBANA SALUD



Mar del Plata **entre todos**
Monitoreo Ciudadano

En el presente capítulo, la propuesta fue ampliar la información sobre la salud de la población de Mar del Plata con respecto al informe anterior incorporando nuevos indicadores, monitoreando Coberturas de Vacunación, incluyendo la vigilancia del Evento Tuberculosis, y abordando el estudio de las ECNT a través de la Encuesta Nacional de factores de riesgo, además de incorporar datos nuevos sobre los recursos disponibles en Salud. Esto se logró gracias a la colaboración de un gran número de profesionales que se sumaron a los talleres convocados al efecto por la Red Mar del Plata Entre Todos.

Salud

Autores

Dra. Nora Fuentes
 Lic. Leticia Gerbi
 Agradecimiento especial: Dr. Ignacio MacKinnon
 MgSc Alicia Lawrynowicz

1. Enfoque ASIS

En el capítulo Salud del Primer Informe de Monitoreo Ciudadano se planteó la necesidad del debate sectorial. Así es que se realizó un Taller con representantes de la comunidad científica del ámbito de la salud con el fin de consensuar cómo y qué medimos sobre la salud de nuestra población.

En tal reunión se planteó el Enfoque de Análisis de Situación de Salud (ASIS) para la conformación del presente capítulo, teniendo en cuenta que el ASIS constituye una herramienta que permite, a partir de procesos de análisis y consolidación de información de diversas fuentes, caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población.

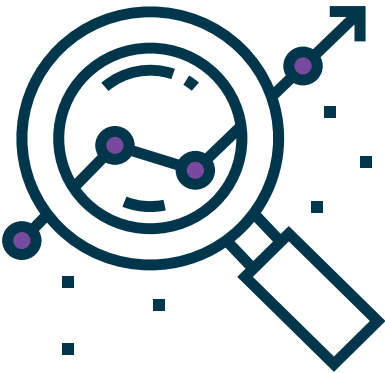
El ASIS es la primera Función Esencial de Salud Pública (FESP), ya que consiste en la evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud y sus determinantes, con énfasis en las desigualdades en riesgos, daños y acceso a los servicios de salud. De esta manera, se consensuó la selección de indicadores a analizar en Mar del Plata (Cuadro 17.1) teniendo en cuenta la propuesta ONU - OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (2030) (ONU, 2018), la apreciación y opinión de cada uno de los participantes y la posibilidad de medición de cada uno de los indicadores.

ASIS constituye una herramienta que permite, a partir de procesos de análisis y consolidación de información de diversas fuentes, caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población.

Cuadro 17.1 ↓
Indicadores propuestos

Indicadores medidos en el Primer Informe
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
Médicos cada 1.000 personas
Camas de hospital cada 100.000 personas
Indicadores propuestos para el Segundo Informe
Esperanza de vida al nacer
Esperanza de vida al nacer femenina
Esperanza de vida al nacer masculina
Tasa de mortalidad entre 20-70 años por ECNT
Tasa de mortalidad neonatal y post-neonatal
Tasa de mortalidad general
Incidencia de Tuberculosis
Tasa de tabaquismo
Recurso humano según categoría

Fuente: Elaboración propia.



2. Indicadores vitales

Cuadro 17.2 ↓

Indicadores vitales del Partido de General Pueyrredon (PGP). Años 2015 y 2016.

Indicador	2015	2016	¿Cómo calculamos los indicadores vitales?		
Población	640.855 ¹	644.055	Tasa bruta anual de natalidad	=	$\frac{\text{Número de nacidos registrados en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Población total de la zona geográfica dada en mitad del mismo año}} \times 1000$
Nacidos vivos	10.043	9.607			
Tasa natalidad	15,70	14,90	Tasa bruta anual de mortalidad	=	$\frac{\text{Número de defunciones acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Población total de la zona geográfica dada en mitad del mismo año}} \times 1000$
Defunciones generales	6.696	6.455			
Tasa de mortalidad general	10,40	10,0	Tasa anual de mortalidad infantil	=	$\frac{\text{Número de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en la población de un área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$
Defunción en menores de 5 años	99,00	94,00			
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	9,86 ²	9,78	Tasa anual de mortalidad infantil	=	$\frac{\text{Número de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en la población de un área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$
Defunciones en menores de 1 año	84,00	84,00			
Tasa de mortalidad infantil	8,40	8,70	Tasa anual de mortalidad infantil	=	$\frac{\text{Número de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en la población de un área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$
Defunción en menores de 28 días	46,00	58,00			
Tasa de mortalidad neonatal	4,60	6,00	Tasa anual de mortalidad infantil	=	$\frac{\text{Número de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en la población de un área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$
Defunción en mayores de 28 días	38,00	26,00			
Tasa de mortalidad post-neonatal	3,80	2,70	Tasa anual de mortalidad infantil	=	$\frac{\text{Número de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en la población de un área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$
Defunción fetal	51,00	49,00			
Tasa de mortalidad fetal	5,10	5,10			

Fuente: Zona Sanitaria VIII en base a información de Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

1. Ver Capítulo 1 – Aspectos Territoriales

2. El indicador 2015 publicado en el Primer Informe de Monitoreo Ciudadano (2016) fue levemente modificado debido a un cambio en la proyección de la población 2015 para el PGP realizado por el INDEC. Su valor anteriormente publicado era de 9,7 %. Asimismo, la fuente consultada en el presente informe para los indicadores vitales es Zona Sanitaria VIII, que trabaja en base a datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, a diferencia del 11MC, donde se consultó a la MGP.

En el PGP la mortalidad en niños menores de 5 años muestra una disminución sostenida entre los años 2014 y 2016 (gráfico 17.1). Para el año 2016, 9 menores de 5 años mueren cada 1.000 nacidos vivos, de los cuales 8 son menores de 1 año (89%), y 6 son menores de 28 días (62%).

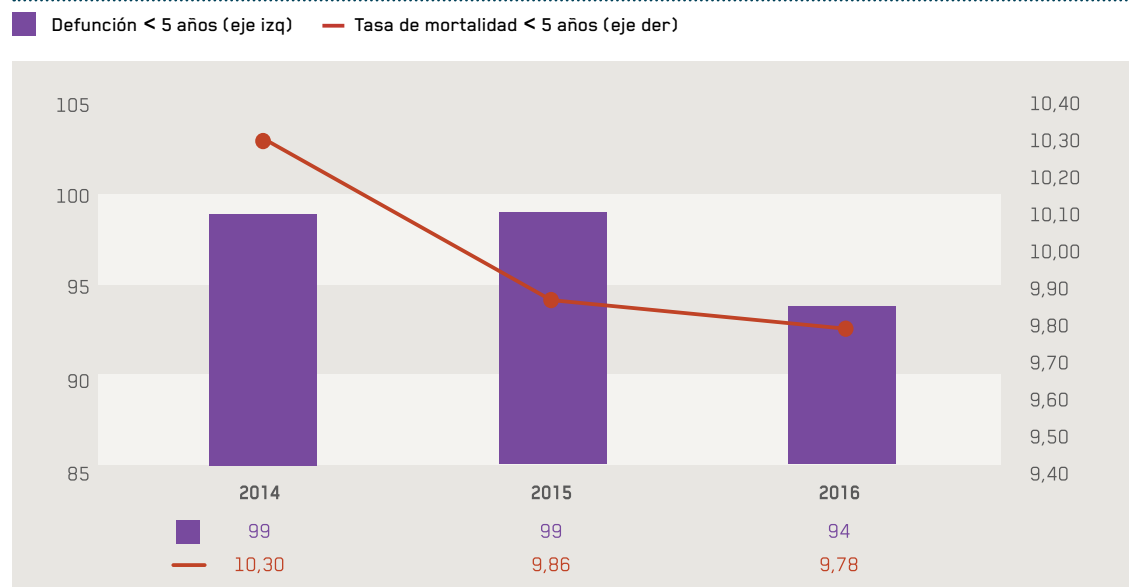
La tasa de mortalidad infantil (en niños menores de un año) se mantiene sin variación entre los años 2015 y 2016, aunque se observa un aumento en la cantidad de defunciones en el grupo de menores de 28 días (neonatos), que sumado al menor número de nacimientos vivos en el 2016, genera un aumento significativo en la tasa de mortalidad neonatal de 4,6 a 6,0. El menor número de defunciones en post-neonatales equilibra la tasa de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad fetal es el número de muertes fetales cada 1.000 nacidos vivos, y permite medir la pérdida de vidas potenciales antes del nacimiento. Cabe aclarar que se debe considerar la existencia de un subregistro importante en el análisis e interpretación de la mortalidad fetal.

La tasa de mortalidad general en el año 2016 da como resultado 10 defunciones cada 1.000 habitantes y disminuye 0,4 puntos con respecto al año 2015.

Gráfico 17.1 ↓

Número de Defunciones en menores de cinco años y Tasa de mortalidad cada 1.000 habitantes



Fuente: Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En el PGP la mortalidad en niños menores de 5 años muestra una disminución sostenida entre los años 2014 y 2016.

Los indicadores vitales nos dan información sobre los nacimientos y las defunciones que ocurren en una población determinada. Las tasas de natalidad y mortalidad nos permiten conocer la evolución y la magnitud de los cambios que ocurren en nuestra población a lo largo del tiempo, y nos sirven para determinar políticas y atender demandas de servicio de salud.

La tasa de natalidad indica la cantidad de nacimientos ocurridos en un período de tiempo determinado y en una población determinada cada 1.000 habitantes. Nos sirve para individualizar y caracterizar a la población de madres y recién nacidos que requieren atenciones en salud.

Las tasas de mortalidad están representadas por la razón entre el número de defunciones para el año en cuestión y la población implicada (población total en la mortalidad general y población de nacidos vivos en la mortalidad infantil, fetal y en niños menores de cinco años) expresado por 1.000. Nos indican el número de muertes ocurridas en un período de tiempo y en una población determinada cada 1.000 habitantes o cada 1.000 nacidos vivos.



La tasa de mortalidad infantil, en niños menores de un año, se mantiene sin variación entre los años 2015 y 2016.

3. Años de vida perdidos (AVPP) y esperanza de vida al nacer

Cuadro 17.3 ↓

Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y Años de Vida Perdidos (AVPP) en el Partido de General Pueyrredon (PGP). Años 2014 y 2016.

				2014	2016
		EVN	Femenino	81,10	80,61
			Masculino	75,90	75,70
		AVPP	Femenino	7.663,18	8.374,03
			Masculino	11.424,44	12.040,76

Fuente: Dirección de Estadística de MGP.

La fuente utilizada para la medición EVN corresponde a las bases de defunciones por grupos de edad quinquenales: 2014 de DEIS-MSAL y 2016 de la Dirección de Estadística de la MGP.

Cabe aclarar que los datos de defunciones suministrados por las direcciones de estadística se encuentran agrupados cada cinco años. En particular, los datos del año 2016 correspondientes al grupo de edad más alto se debieron concentrar en el rango "85 años y más", dado que así estaban limitados los del año 2014. Ambas características generan limitaciones al momento de tener una medida más precisa.

La estadística de causas de muerte resulta fundamental para el diseño de políticas de disminución de la mortalidad y de la incidencia de las enfermedades que provocan la muerte.

El indicador Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Es ampliamente utilizado para estudiar desigualdades en salud; y el análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables.

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) indica el número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio.

4. Mortalidad por causas

La estadística de causas de muerte es una herramienta útil para el conocimiento de los problemas de salud, y su análisis resulta fundamental para el diseño de políticas de disminución de la mortalidad y de la incidencia de las enfermedades que provocan la muerte.

Tomando como fuente la estadística elaborada por el Departamento de Estadísticas Vitales y Demográficas de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en el Área de Epidemiología de la Región Sanitaria VIII se obtuvieron los 3 primeros grupos de causas de muerte en la población del PGP para todas las edades y ambos sexos, durante el año 2016, según la Causa Básica de Defunción (CBD).

Cuadro 17.4 ↓

Principales causas de defunción para todas las edades en PGM según CBD. Cantidad de defunciones y Mortalidad Proporcional. Año 2016.

Grupos de causas de muerte	Orden	Cant. Defunciones	Mortalidad proporcional
Todas las causas		6455	
Todas las causas bien definidas		6203	100,00 %
Enfermedades del corazón	1	1453	23,40 %
Tumores malignos	2	1152	18,60 %
Enfermedad hipertensiva esencial y renal	3	595	9,60 %
Otras causas bien definidas		3003	48,41 %
Mal definidas y desconocidas		252	

Fuente: Área de Epidemiología de R.S. VIII en base a datos de Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La mortalidad proporcional expresa el porcentaje de defunciones por un grupo de causas en relación al total de muertes. Es un indicador del peso relativo de las diversas causas, no mide riesgo de muerte.

Los 3 primeros grupos de causas de defunción alcanzan el 51,6% de las causas bien definidas y corresponden a enfermedades no transmisibles.

La estadística consultada se elabora a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) mensuales que se realizan en la delegación correspondiente al Registro Provincial de las Personas, en los que se registra la secuencia de patologías que provocaron la muerte de la persona en cuestión según asentamiento del médico. El Departamento de Estadísticas Vitales y Demográficas del Ministerio de Salud codifica la Causa Básica de Defunción en base a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima revisión (CIE 10 Actualizada).

La Causa Básica de la Defunción se define como: (a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Para presentar las principales causas de defunción en el PGP durante el año 2016 [Cuadro 17.4], se ha utilizado la lista de principales causas de defunción seleccionadas que usa la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS) para presentar los datos a nivel nacional en la última publicación de las Estadísticas Vitales.

La codificación utilizada en base a la CIE10 para la definición de los principales grupos de causas de muerte se detalla en el anexo 2.

El análisis de la mortalidad general por causas está sujeto a la credibilidad del diagnóstico que figura en el certificado de defunción. Este es un tema que se ha debatido en el Taller de introducción al tratado del capítulo entre los profesionales de la salud convocados, en la cual se plantea la necesidad de trabajar sobre la Causa Básica de Defunción que se especifica en el certificado correspondiente, ya que ésta es utilizada como fuente de información para construir los indicadores de mortalidad por causas.

Tal como expresa el Dr. Jorge Conde Vinacur en su artículo “La contribución del médico en cuanto al conocimiento de los problemas de salud de la comunidad a partir de la correcta certificación de las causas de muerte”, los diagnósticos que figuran en los IED pueden presentar algunos problemas relacionados con la existencia de diferentes criterios entre los médicos para establecer diagnósticos, de diferencias en el acceso a la tecnología diagnóstica, o a la falta de un criterio estándar entre los médicos para decir cuál es la causa básica de la muerte, y varios otros problemas no relacionados con la función del médico en el llenado. La falta de calidad que más impacta en la elaboración de indicadores es la relacionada con la especificidad de la causa de muerte. Una elevada proporción de muertes por causas mal definidas afecta la medición de los riesgos específicos de muerte por causa. Además, las comparaciones entre diversas áreas con magnitudes diferentes de causas mal definidas o el monitoreo de los cambios en el tiempo, se tornan complejos (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Por esta razón, se excluyen las causas de muerte mal definidas cuando analizamos la mortalidad proporcional.

Todas las cuestiones anteriormente expuestas deben tenerse en cuenta al momento de interpretar los datos presentados.

5. Vacunación

La vacunación, junto con otras acciones sanitarias (saneamiento básico ambiental, agua potable, control de vectores, etc.), es la base para el control de las enfermedades transmisibles.

El objetivo final de la inmunización sistemática es la erradicación de enfermedades, y el objetivo inmediato consiste en la protección individual o grupal contra las enfermedades inmunoprevenibles.

En Argentina, el Calendario Nacional de Vacunación incluye 18 tipos de vacunas recomendadas para todo el territorio Argentino y 2 vacunas exclusivas para zonas de riesgo de contagio de Fiebre Amarilla y Fiebre Hemorrágica Argentina (Cuadro 17.5.).

El seguimiento y análisis de las coberturas de vacunación nos permite trabajar en políticas orientadas en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, y lograr reducir la morbimortalidad de estas enfermedades infecciosas.



*Las enfermedades del corazón representan la primera causa de muerte con el **23,4%** y los tumores malignos la segunda, con el **18,6%***



La vacunación es una de las acciones básicas para el control de las enfermedades transmisibles.

Cuadro 17.5 ↓
Calendario Nacional de Vacunación. (Ministerio de Salud de la Nación., 2018)

VACUNA EDAD	BCG (1)	HEPATITIS B (HB)	NEUMOCOCO CONJUGADA (3)	QUINTUPLE PENTAVALENTE (DTP+Hib+HB) (4)	POLIO		ROTAVIRUS (7)	MENIN- GOCOCO (8)	GRIPE (9)	HEPATITIS A (HA) (10)	TRIPLE VIRAL (SRP) (11)	VARICELA (12)	CUÁDRUPLE O QUINTUPLE PENTAVALENTE (DPT+HB) (13)	TRIPLE BACTERIANA (DPT) (14)	TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa) (15)	VIRUS PAPILOMA HUMANO VPH (16)	DOBLE BACTERIANA (dT) (17)	DOBLE VIRAL O TRIPLE VIRAL (SRP) (18)	EXCLUSIVO ZONA DE RIESGO	
					(IPV) (5)	(OPV) (6)													FIEBRE AMARILLA (FA) (19)	FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA (FHA) (20)
RECIÉN NACIDO	ÚNICA DOSIS (A)	DOSIS NEONATAL (B)																		
2 MESES			1a DOSIS	1a DOSIS	1a DOSIS		1a DOSIS (D)													
3 MESES								1a DOSIS												
4 MESES			2a DOSIS	2a DOSIS	2a DOSIS		1a DOSIS (E)													
5 MESES								1a DOSIS												
6 MESES				3a DOSIS		3a DOSIS														
12 MESES			REFUERZO							ÚNICA DOSIS	1a DOSIS									
15 MESES								REFUERZO				ÚNICA DOSIS								
15-18 MESES						1er REFUER- ZO							1er REFUERZO							
18 MESES																			1a DOSIS (L)	
24 MESES																				
5-6 AÑOS INGRESO ESCOLAR						2do REFUER- ZO					2a DOSIS		2do REFUERZO							
11 AÑOS								ÚNICA DOSIS							REFUERZO	DOS DOSIS (N)			REFUERZO (M)	
A PARTIR DE 15 AÑOS											INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)							INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)		UNA DOSIS (N)
ADULTOS		INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (C)															REFUERZO CADA 10 AÑOS			
EMBARAZADAS								UNA DOSIS (G)							UNA DOSIS (J)					
PUERPERIO								UNA DOSIS (H)			INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)							INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)		
PERSONAL DE SALUD								DOSIS ANUAL							UNA DOSIS (K)					

[A] Antes de salir de la maternidad. [B] En las primeras 12 horas de vida. [C] Vacunación universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los seis meses de la primera. [D] La 1º dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio. [E] La 2º dosis debe administrarse antes de las veinticuatro semanas o los seis meses de vida. [F] Deberán recibir en la primovacuna 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas. [G] En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación. [H] Puérperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo. [I] Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + una dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965. [J] Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación. [K] Personal de salud que asista menores de 12 meses. Revacunar cada 5 años. [L] Residentes en zonas de riesgo. [M] Residentes en zona de riesgo único resfuerzo a los diez años de la primera dosis. [N] Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna. [N] 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses

[1] BCG: Tuberculosis (formas invasivas). [2] HB: Hepatitis B. [3] Previene la meningitis, neumonía y sepsis por neumococo. [4] DTP HB Hib (Pentavalente): difteria, tétanos, tos convulsa, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b. [5] IPV: (Salk) Poliovirus inactiva. [6] OPV (Sabin): Poliovirus oral. [7] Rotavirus. [8] Meningococo. [9] Antigripal. [10] HA: Hepatitis A. [11] SRP (triple viral): sarampión, rubéola, paperas. [12] Varicela. [13] DTP-Hib: (cuádruple) Difteria, tétanos, tos convulsa, Haemophilus influenzae b. [14] DTP: (triple bacteriana celular) Difteria, tétanos y tos convulsa. [15] dTpa: (triple bacteriana acelular) Difteria, tétanos y tos convulsa. [16] VPH: Virus papiloma humano. [17] dT: (doble bacteriana) Difteria y tétanos. [18] SR: (doble viral) Sarampión y rubéola. [19] FA: (fiebre amarilla). [20] FHA: (fiebre hemorrágica argentina)

La fuente utilizada para obtener las coberturas de vacunación es el Programa de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, e incluye las aplicaciones efectuadas en los vacunatorios de los establecimientos públicos del PGP, y en las maternidades de establecimientos privados y públicos. No se incluyen en el registro las aplicaciones efectuadas en las farmacias, que en muchos casos son cubiertas por las obras sociales hasta el año de vida. Por esta cuestión se decide publicar

las coberturas de vacunación de BCG y Anti- hepatitis B (Gráfico 17.2.) que se aplican en recién nacidos dentro de la maternidad o en el centro de atención primaria que se encuentra más cercano al momento del alta, y las aplicaciones que corresponden al momento del ingreso escolar (Gráfico 17.3.).

Las coberturas óptimas de vacunación deben ser superiores al 95% de la población.

Gráficos de porcentajes de Coberturas de Vacunación por grupo de edad. Año 2016

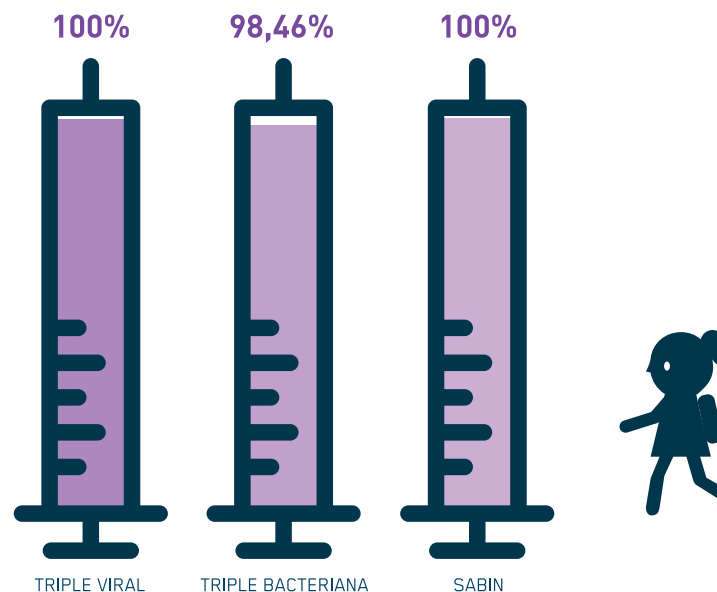
Gráfico 17.2 ↓

Porcentaje de cobertura de Vacunación en Recién Nacidos.



Gráfico 17.3 ↓

Porcentaje de cobertura de Vacunación en el Ingreso Escolar.



Fuente: Área de Epidemiología de la Región Sanitaria VIII - Ministerio de Salud.

6. Incidencia de tuberculosis (TB)

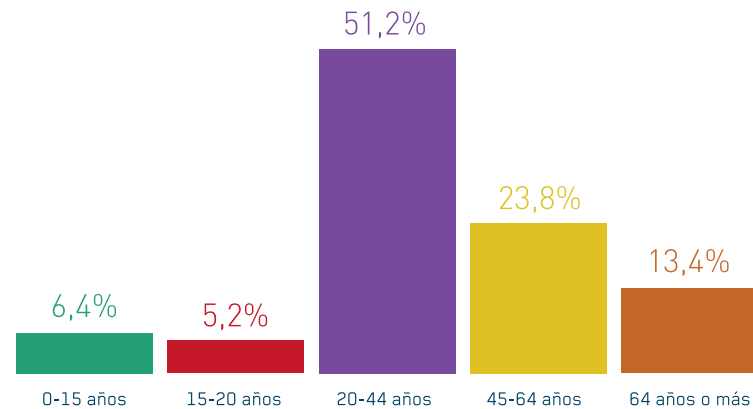
Según el análisis elaborado en Área de Epidemiología de la Región Sanitaria VIII, en el PGP, durante el año 2016 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (S.N.V.S.), a través del Programa Provincial de TB, 160 casos nuevos, en los cuales se incluyen 9 recaídas. Esto representa una tasa de incidencia de 24,84 cada 100.000 habitantes, 5,43 puntos por debajo de la tasa correspondiente a la provincia de Buenos Aires (30,27). Durante el año 2016 se notificaron 7 fallecidos residentes del PGP con diagnóstico de caso nuevo de TB.

Se han notificado también 14 reingresos por abandono del tratamiento al S.N.V.S., y 9 del total admiten algún tipo de adicción (alcoholismo, tabaquismo y abuso de drogas).

La mayor concentración de casos se ubica entre los adultos y adultos jóvenes.

Gráfico 17.4 ↓

Distribución de casos de tuberculosis en PGP por edad, año 2016.



Fuente: Área de Epidemiología de la Región Sanitaria VIII.

En el Partido de General Pueyrredon, durante el año 2016 se notificaron 160 casos nuevos.

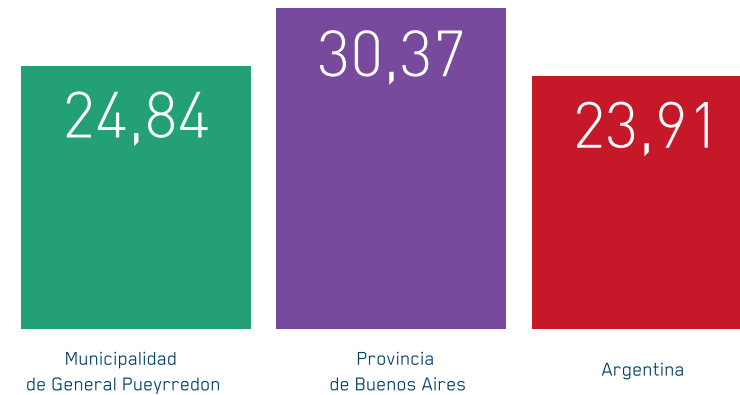
El 72,33% de la incidencia fue de localización pulmonar, y en los casos que hubo abandono de tratamiento la presentación pulmonar llegó al 78%. La localización más prevalente en casos extrapulmonares fue la pleural.

La prevalencia de coinfección TB-VIH es desconocida debido a falta de información sobre la realización del test de VIH en pacientes con TB al momento de notificar al sistema. El 37,93% de los casos de TB notificados incluyó registro de realización de test de VIH. Y el 57,58% de los casos testeados resultaron positivos para VIH.

En Argentina, en el año 2016 se notificó un total de 10.423 casos (nuevos y recaídas) de TB al SNVS, resultando una tasa de 23,91 casos cada 100.000 habitantes (OMS, 2018) (Departamento Programas de Salud del Ministerio de la Nación., 2018).

Gráfico 17.5 ↓

Tasa de incidencia de tuberculosis cada 100.000 habitantes para 2016 en PGP, PBA y Argentina.



Fuente: Área de Epidemiología de la Región Sanitaria VIII en base a la información que aporta el S.N.V.S.

Antecedentes y contexto

La tuberculosis (TB) es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. Las Naciones Unidas adoptaron en 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030; una de sus metas es poner fin a la epidemia mundial de TB. En la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Fin a la Tuberculosis, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2014, se pide una reducción del 90% de las muertes por TB y una reducción del 80% en su tasa de incidencia para el año 2030, en comparación con 2015.

Según la OMS, en el mundo durante el año 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH).

La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4-5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis. (OMS, 2018)

7. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ECNT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Las ECNT afectan en mayor proporción a los países de ingresos bajos y medios. En ellos se registran más de 31 millones de muertes por ECNT por año. Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la globalización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas no saludables y la inactividad física pueden manifestarse en forma de presión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre y obesidad. Son los llamados “factores de riesgo metabólicos”, que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muertes prematuras (OMS, 2018).

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante una Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Resolución 1083-2009) que comprende tres líneas de acción:

- Intervenciones en la población general: Plan Argentina Saludable
- Vigilancia de las enfermedades y sus factores de riesgo
- Reorientación de los Servicios de Salud para la atención de estas enfermedades

La Argentina no está exenta de esta problemática. De acuerdo a publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Por otro lado, de acuerdo a la información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, en 2013 la principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas por los tumores (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Los comportamientos modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas no saludables y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de ECNT.

El tabaco se cobra 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.

Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio.

Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ECNT, entre ellas el cáncer.

Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente. (OMS, 2018)



Metodología para la adaptación de los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013:

Todos los datos presentados en esta sección provienen de los datos desagregados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2013, para Mar del Plata-Batán que son de acceso libre; representada por una población de 725 personas (población encuestada en todo el país de 32.365 sujetos). La metodología de la misma está disponible en la página del Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Se describe brevemente la metodología en el Anexo 1.

En todos los casos se realizaron comparaciones según edad y sexo y, según grupos de edad, nivel de escolaridad, y nivel de ingresos (Ingreso total del hogar por unidad consumidora). Además, en los casos en los que resultó factible, se realizaron comparaciones regionales (Nación, Gran La Plata y Rosario).

Se presentan todos los resultados como porcentaje o promedio con su intervalo de confianza del 95 %. El intervalo de confianza (IC) es un rango de valores derivados de los valores de la muestra que nos permite saber con qué precisión la estimación de la muestra coincide con el verdadero valor de toda la población. Cuanto más estrecho sea el rango de valores más preciso es el estimador muestral.

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

7.1. Alimentación

La alimentación saludable se ha identificado como un determinante clave en la prevención de enfermedades crónicas, constituyéndose en un componente fundamental de las actividades de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo.

En el presente reporte se describen el promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas; porcentaje de consumo promedio de 5 o más porciones de frutas o verduras al día.

Consumo de frutas y verduras

La media de consumo fue 3.22 porciones por día, sin diferencias por sexo, edad, nivel de ingresos ni de escolaridad.

La media de consumo fue 3.22 porciones (Intervalo de Confianza (IC): 2.94-3.51) por día, sin diferencias por sexo, edad, nivel de ingresos ni de escolaridad (Cuadro 17.6). Sin embargo, fue mayor que el promedio de consumo para el total de la población del país, que la población de la región y de todas las regiones, que en promedio consumen 2 porciones de frutas o verduras por día (1.9-2 IC95%). Esto podría tener que ver con la oferta del conglomerado Mar del Plata-Batán. Los resultados de la 3° ENFR evidenciaron que el consumo promedio de frutas o verduras en Argentina continúa siendo muy inferior al promedio diario recomendado por la Organización Mundial de la Salud (5 porciones diarias de frutas o verduras).

La alimentación saludable se ha identificado como un determinante clave en la prevención de enfermedades crónicas, constituyéndose en un componente fundamental de las actividades de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo.

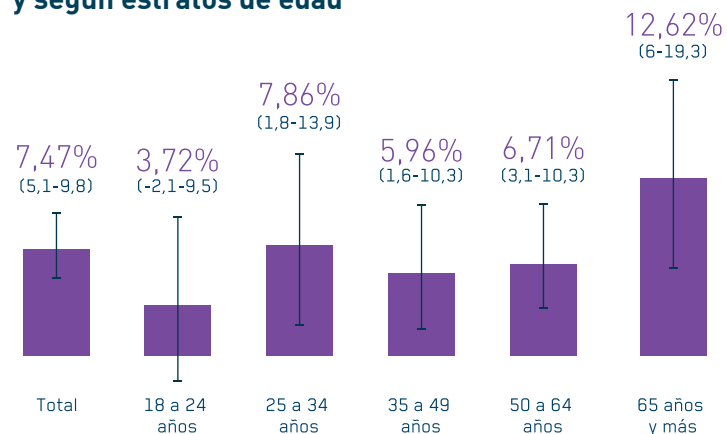
Cuadro 17.6 ↓

Descripción de la media de consumo de frutas y verduras por día

	Media	IC (95%)
Total	3,22	2,94-3,51
Sexo		
Varón	2,97	2,40-3,54
Mujer	3,40	3,12-3,69
Rango de edad		
18 a 24 años	2,91	1,62-4,21
25 a 34 años	3,08	2,22-3,94
35 a 49 años	3,03	2,47-3,59
50 a 64 años	3,27	2,81-3,73
65 años y más	3,59	3,16-4,01
Nivel de instrucción agrupado		
Hasta primario incompleto	2,87	1,91-3,83
Primario completo y secundario incompleto	2,90	2,44-3,35
Secundario completo y más	3,44	3,06-3,83
Ingreso total del hogar por unidad consumidora		
Primer quintil	2,57	1,66-3,48
Segundo quintil	3,47	2,66-4,28
Tercer quintil	2,76	2,33-3,18
Cuarto quintil	3,62	3,07-4,17
Quinto quintil	3,52	3,13-3,90

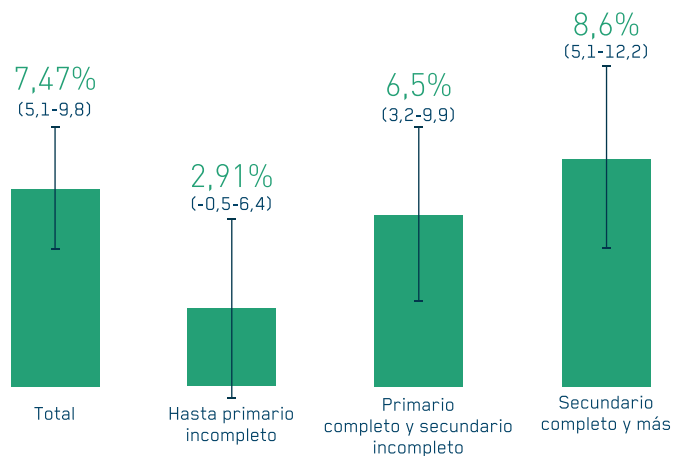
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán.
n=725

Gráfico 17.6 ↓
Frecuencia de consumo de frutas y verduras, total y según estratos de edad



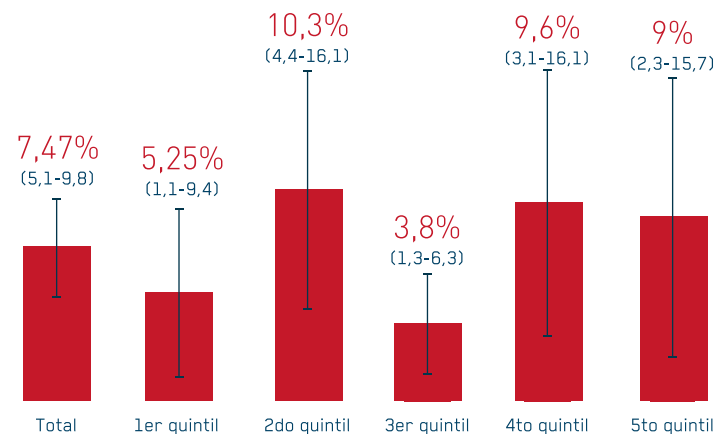
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.7 ↓
Frecuencia de consumo de frutas y verduras total y según nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.8 ↓
Frecuencia de consumo de Frutas y Verduras total y según nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán / n=725

Frutas y verduras

La mortalidad mundial atribuible al bajo consumo de frutas y verduras se estima en 2,6 millones de muertes al año. Se calcula que el aumento del consumo de frutas y verduras podría reducir la carga mundial de morbilidad en un 1,8%, la carga de cardiopatía isquémica en un 31% y la de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en un 19%; mientras que para los cánceres de esófago, estómago, pulmón y colorrectal las reducciones serían del 20%, 19%, 12% y 2%, respectivamente (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).



La OMS recomienda el consumo de 5 raciones de frutas y verduras por día.

Consumo de Sal

El indicador vinculado al consumo de sodio refiere a si siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa. [Cuadro 17.7]

Cuadro 17.7 ↓

Frecuencia de agregado de sal a las comidas

	Frecuencia	IC (95%)
Total	19,85	16,34-23,35
Sexo		
Varón	23,31	17,53-29,09
Mujer	16,82	12,68-20,95
Rango de edad		
18 a 24 años	29,29	17,83-40,74
25 a 34 años	26,43	17,08-35,79
35 a 49 años	23,28	16,54-30,02
50 a 64 años	14,87	8,28-21,45
65 años y más	7,58	2,44-12,72
Nivel de instrucción agrupado		
Hasta primario incompleto	10,36	1,86-18,86
Primario completo y secundario incompleto	16,24	11,25-21,22
Secundario completo y más	23,53	18,34-28,72
Ingreso total del hogar por unidad consumidora		
Primer quintil	19,58	11,05-28,11
Segundo quintil	14,58	7,49-21,67
Tercer quintil	22,12	14,81-29,43
Cuarto quintil	22,86	14,06-31,66
Quinto quintil	19,67	12,28-27,06

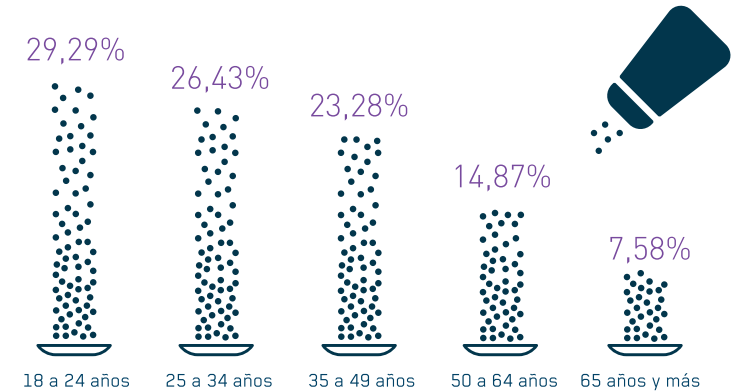
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Los especialistas consultados explican que el descenso del agregado coincide con el aumento en la prevalencia de hipertensión arterial. La restricción de sal es la primera medida de tratamiento no medicamentoso de la hipertensión. No hubo diferencias según nivel de ingreso (quintiles de ingreso por unidad consumidora.) ni nivel de educación.

La restricción de sal es la primera medida de tratamiento no medicamentoso de la hipertensión

Gráfico 17.9 ↓

Agregado de sal según edad.



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Consumo de sodio

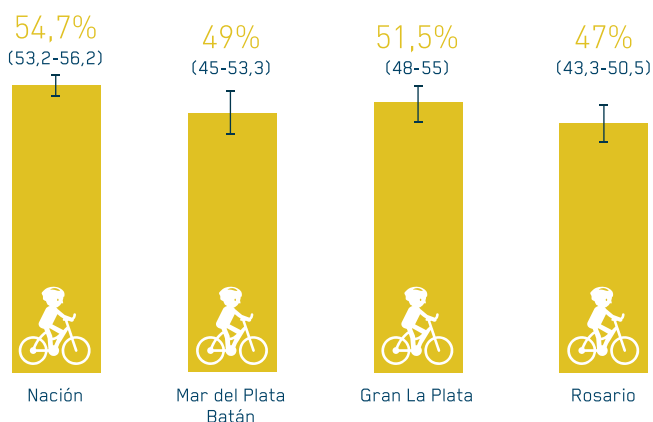
La elevada ingesta de sodio está asociada a enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y mayor riesgo de hipertensión arterial. Por esta razón, la OMS recomienda consumir menos de 5 gramos diarios de sal. Se estima que en Argentina el consumo promedio diario de sal por persona asciende a 11 gramos aproximadamente (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

7.2. Actividad física

En el presente reporte se analizó el indicador de actividad física baja. Para ello se utilizaron preguntas adaptadas del cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) que permitieron discriminar a la población en activos e inactivos y medir el nivel de actividad en la última semana³.

Gráfico 17.10 ↓

Porcentaje de población con nivel de actividad física baja a nivel nacional, Mar del Plata-Batán, Gran La plata y Rosario



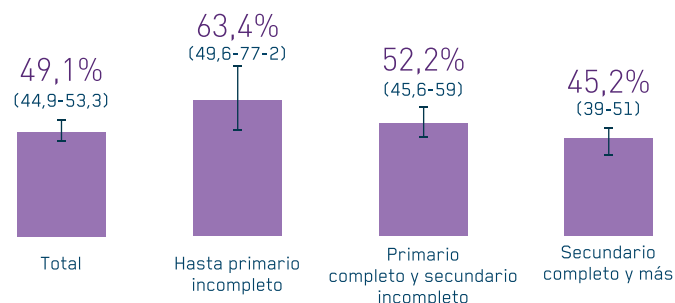
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013).
n= 32.365

3. Se categorizó el nivel de actividad física de acuerdo con las recomendaciones del cuestionario IPAQ de la siguiente forma: Nivel bajo: sin actividad reportada o no incluido en niveles moderado o alto. Nivel moderado: cumple alguno de los siguientes criterios: • 3 o más días de actividad intensa de al menos 20 minutos por día; o • 5 o más días de actividad moderada y/o caminata acumulando al menos 30 minutos; o • 5 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 600 METs-minutos por semana. Nivel intenso (o elevado): cumple alguno de los siguientes criterios: • 3 o más días de actividad intensa acumulando al menos 1500 METs-minutos por semana • 7 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 3000 METs-minutos por semana.

No hubo diferencias en relación al sexo, edad, ni nivel de ingresos, sin embargo la escolaridad marcó una tendencia, siendo mayor el porcentaje de sujetos con baja actividad física y menor nivel educativo [Gráfico 17.11]. Similar a lo observado para la Nación en general.

Gráfico 17.11 ↓

Porcentaje de población con nivel de actividad física baja en Mar del Plata-Batán según nivel educativo.



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán.
n=725

La OMS ha hecho recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud⁴.

4. Estas recomendaciones pueden consultarse en:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/



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

La promoción de la actividad física debe ser impulsada en las diferentes etapas de la vida, desde la temprana edad hasta la vejez, para fomentar estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de las personas (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

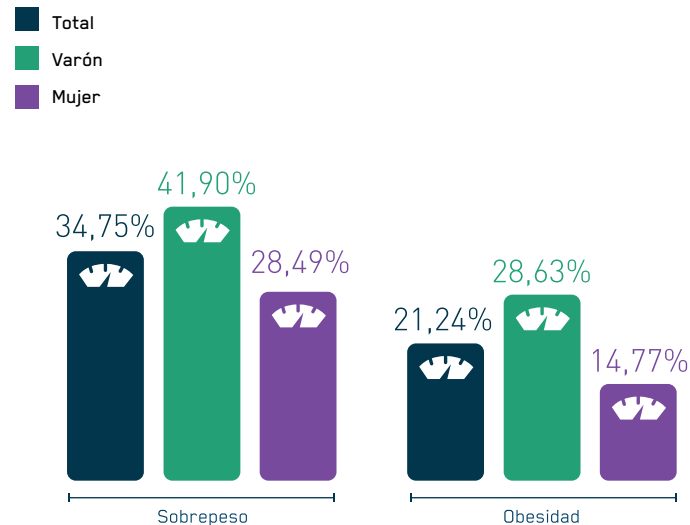
7.3. Sobrepeso y obesidad

Para determinar los indicadores de exceso de peso, sobrepeso y obesidad se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), a partir del auto-reporte de peso y altura, dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

El indicador de sobrepeso es definido como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 25 e inferior a 30 y el indicador de obesidad se define como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 30.

Gráfico 17.12 ↓

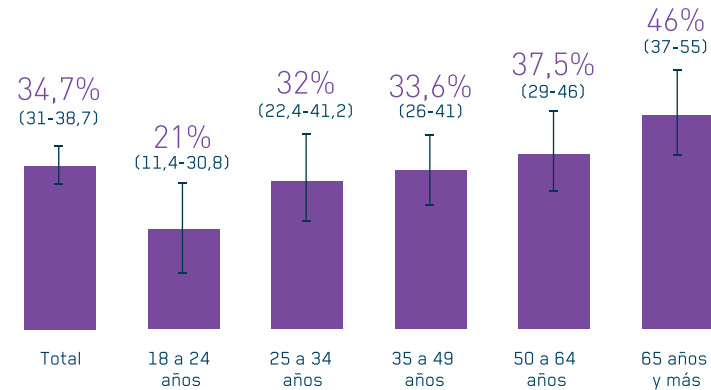
Porcentaje de población de MDP-Batán con Sobrepeso y Obesidad. Total y según sexo



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.13 ↓

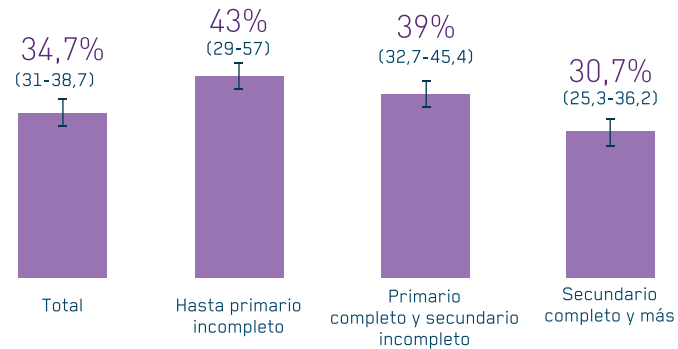
Frecuencia de sobrepeso total y según estratos de edad



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

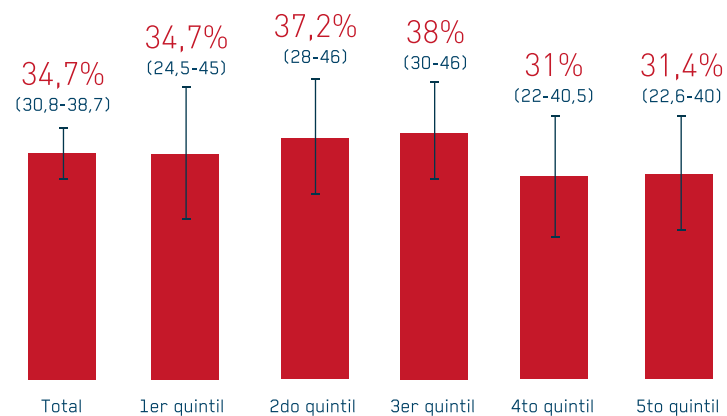
Gráfico 17.14 ↓

Frecuencia de sobrepeso total y según nivel de escolaridad



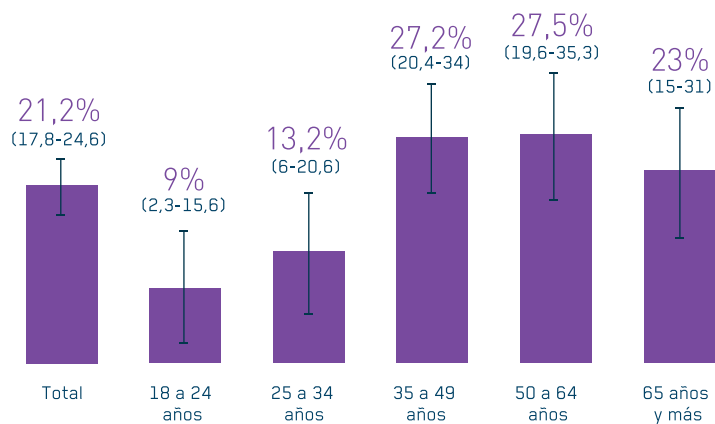
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.15 ↓
Frecuencia de sobrepeso total y según nivel de ingresos



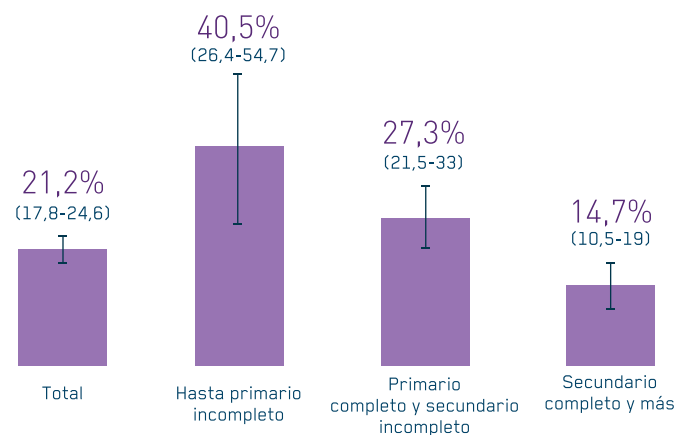
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.16 ↓
Frecuencia de Obesidad total y según estratos de edad



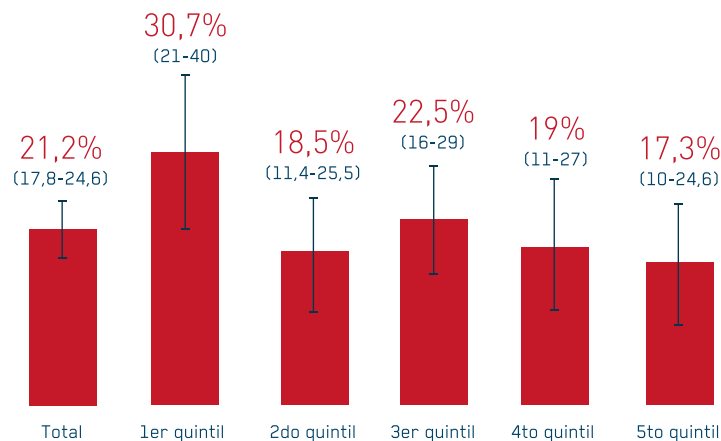
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.17 ↓
Frecuencia de Obesidad total y según nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

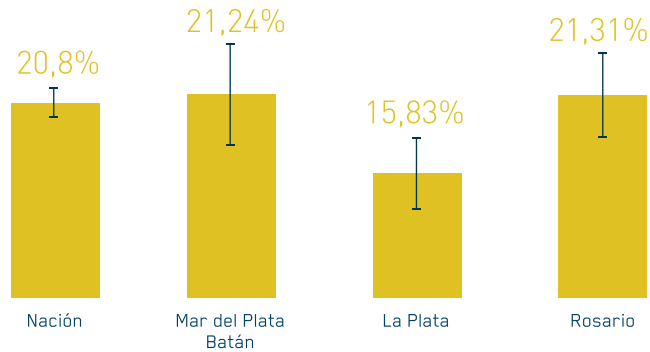
Gráfico 17.18 ↓
Frecuencia de Obesidad total y según nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725



Gráfico 17.19 ↓
Porcentaje de población obesa en nación, Mar del Plata, La Plata y Gran Rosario



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013). / n= 32.365

De acuerdo al Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo, el aumento en el peso corporal es un problema mayor de salud pública que se encuentra en claro ascenso.

El aumento del consumo de bebidas azucaradas y productos ultra-procesados son determinantes clave de esta problemática.

Acciones multisectoriales de gran escala son necesarias para frenar esta tendencia. Las estrategias poblacionales propuestas o que están siendo puestas en marcha en algunos países son:

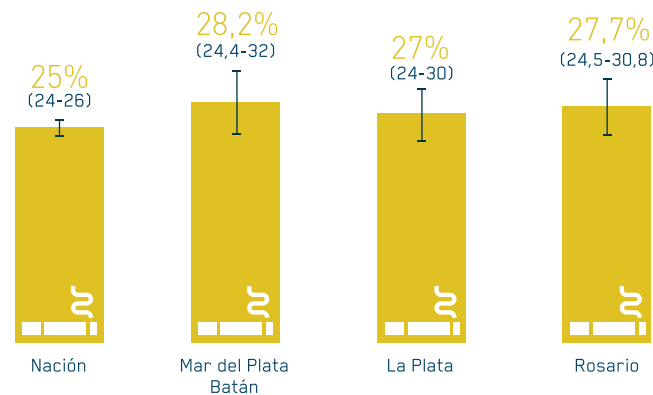
- la regulación del precio mediante impuestos y subsidios
- etiquetado y advertencias sanitarias
- regulación de la promoción (publicidad, patrocinio y obsequios) dirigida a niños y adolescentes
- mejoras en el entorno alimentario escolar y laboral, mejoras en el entorno alimentario local en relación al acceso
- cambios en los componentes de los productos procesados y bebidas (menos sal, azúcar, grasas saturadas), campañas de comunicación o educación
- políticas económicas dirigidas al sector agrícola, entre otras (Nación, Ministerio de Salud de la, 2016).

7.4. Tabaquismo

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

Se presenta la prevalencia de consumo de tabaco, definida a partir de quienes fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente.

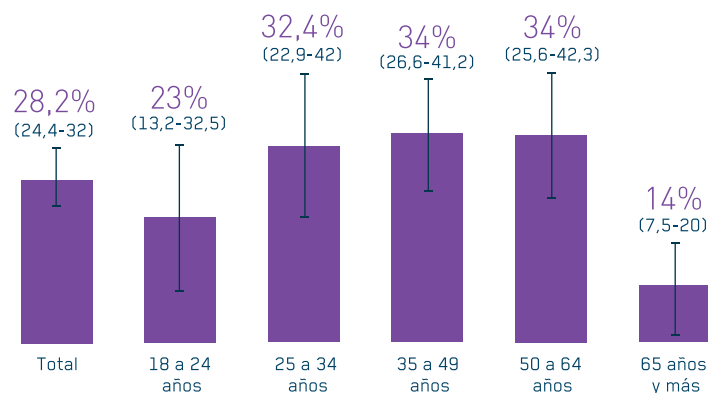
Gráfico 17.20 ↓
Prevalencia del consumo de tabaco comparando Mar del Plata-Batán y población total, Gran La Plata y Rosario



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013). / n= 32.365



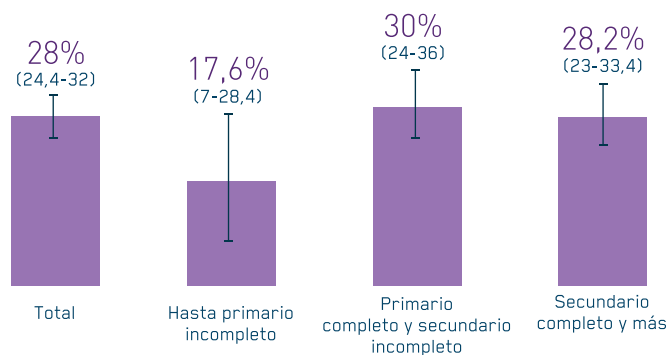
Gráfico 17.21 ↓
Frecuencia de tabaquismo total y según estratos de edad



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

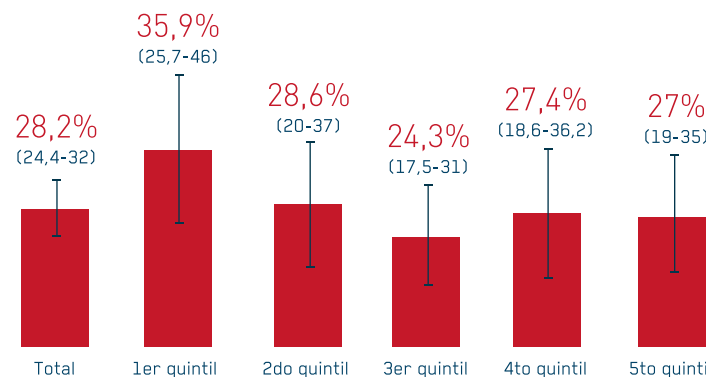
El porcentaje de tabaquismo en los mayores de 65 años puede estar afectado por el sesgo de sobrevivencia, es decir aquellos sujetos que han logrado sobrevivir hasta la edad mayor, podrían ser diferentes de aquellos que murieron y fumaron.

Gráfico 17.22 ↓
Frecuencia de tabaquismo total y según nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.23 ↓
Frecuencia de tabaquismo total y según nivel de ingresos

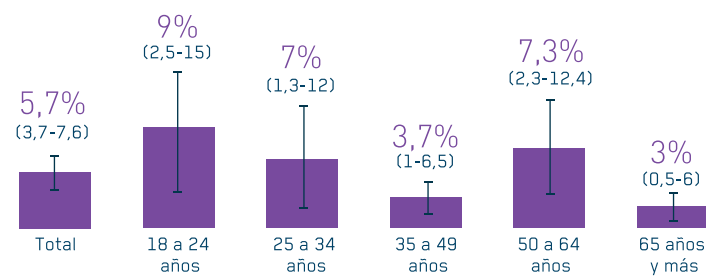


Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

7.5. Consumo de alcohol

Se presenta la prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo, definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días; y prevalencia de consumo de alcohol episódico excesivo, definido como el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días.

Gráfico 17.25 ↓
Consumo regular de riesgo de alcohol por grupo etario en Mar del Plata-Batán



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán

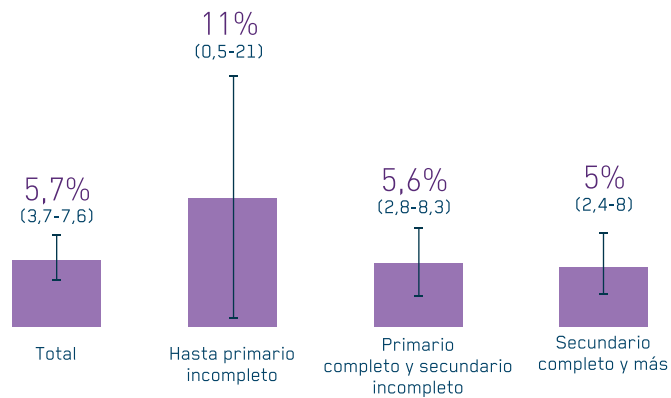


El tabaquismo es una epidemia a nivel mundial cuyas consecuencias nocivas en la salud de las personas siguen en aumento.

En el mundo mueren alrededor de 6 millones de personas al año por cuestiones relacionadas con el tabaco: aproximadamente el 10% de estas defunciones están asociadas a la exposición al humo de tabaco ajeno y el resto al consumo directo de algún producto de tabaco. Se estima que, de mantenerse la tendencia de los indicadores de tabaquismo, para el 2030 la cantidad de muertes asociadas ascenderá a más de 8 millones anuales en el mundo.

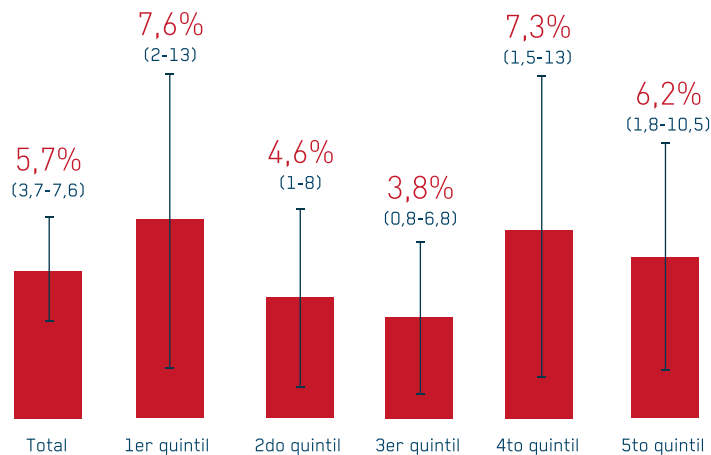
Al analizar el tabaco como uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, se evidencia que más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco, así como el 11% de las muertes por cardiopatía isquémica (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Gráfico 17.26 ↓
Consumo regular de riesgo de alcohol por nivel educativo en Mar del Plata-Batán



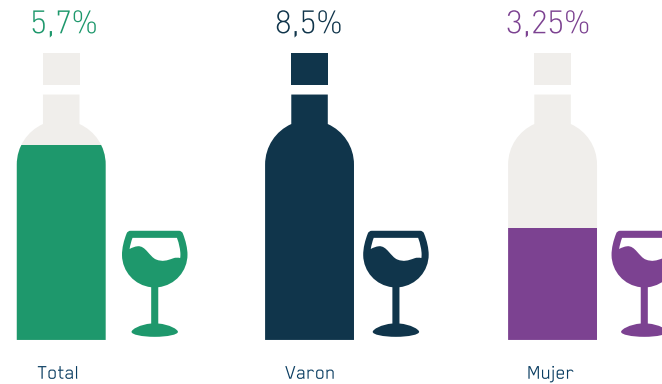
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.27 ↓
Consumo regular de riesgo de alcohol por nivel de ingreso del hogar en quintiles en Mar del Plata Batán



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

Gráfico 17.28 ↓
Consumo regular de riesgo de alcohol por sexo en Mar del Plata-Batán



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=725

A nivel mundial el uso nocivo del alcohol causa aproximadamente 3,3 millones de muertes por año, lo que representa el 5,9% de todas las muertes.

A nivel mundial el uso nocivo del alcohol causa aproximadamente 3,3 millones de muertes por año, lo que representa el 5,9% de todas las muertes, mientras que el 5,1% de la carga mundial de morbilidad es atribuible al consumo de esta sustancia.

Si bien la relación entre el consumo de alcohol y la salud es compleja, la evidencia científica demuestra que el uso nocivo del alcohol es la principal causa de traumatismos involuntarios por lesiones, de trastornos neuropsiquiátricos, depresión, malnutrición y, en casos muy severos, puede generar daño cerebral.

También es un importante factor de riesgo para la prevalencia de múltiples enfermedades, como las hepáticas, cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, úlceras, anemia, coagulación defectuosa y de enfermedades de transmisión y funcionamiento sexual (Ministerio de Salud de la Nación, 2015)



7.6. Factores de riesgo metabólicos

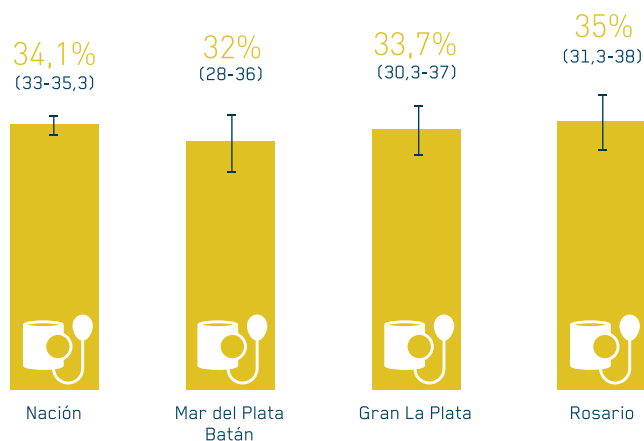
7.6.1. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo de diversas patologías como la enfermedad coronaria aguda, el accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular periférica, la enfermedad vascular renal y la hemorragia retiniana. Se estima que 9,4 millones de personas fallecen en el mundo debido a la HTA, representando el 12,8% del total de muertes anuales. En América del Sur en el 2010 se situó entre los tres factores de riesgo principales de muerte y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en personas mayores de 50 años.

En la ENFR se evaluó la prevalencia de presión arterial elevada entre quienes se controlaron en los últimos 2 años.

Gráfico 17.28 ↓

Porcentaje de población con hipertensión a nivel nacional, Mar del Plata-Batan, Gran La Plata y Rosario.



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013). n= 32.365



Los factores de riesgo contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ECNT: el aumento de la presión arterial; el sobrepeso y la obesidad (ya descripto); la diabetes (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre); y la hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

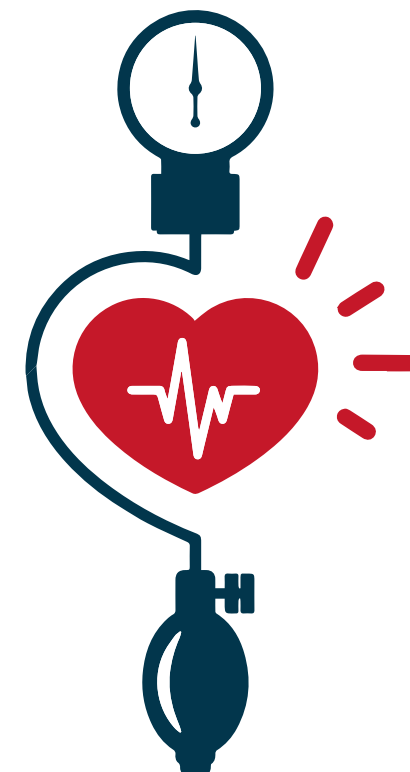
En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es el aumento de la presión arterial (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial), seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea.

La prevalencia de HTA en Argentina es similar a la descripta para todo el continente americano (35%), región de menor prevalencia a nivel global. Sin embargo, la distribución de este factor de riesgo no es igual en toda la población de nuestro país. Ya ha sido ampliamente descripto que los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión.

Las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por la falta de acceso al diagnóstico y al tratamiento y, además, dificultar la prevención de las complicaciones.

La urbanización acelerada además tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos no saludables alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol (OMS, 2018) (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Un 12,8% del total de muertes anuales en el mundo es debido a la HTA.

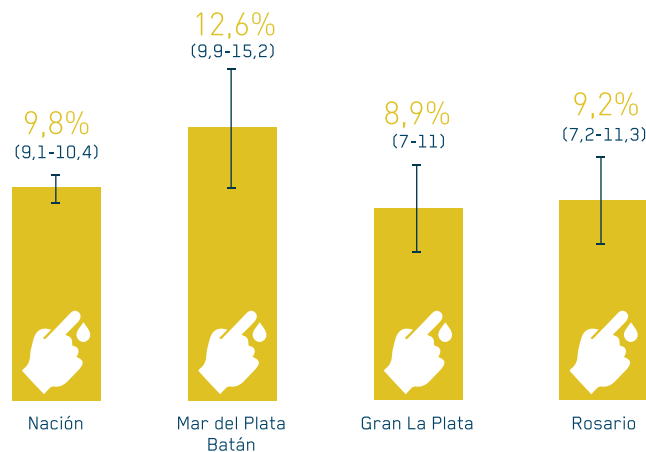


7.6.2 Diabetes

Este reporte tiene por objetivo describir la prevalencia de glucemia elevada/diabetes por auto-reporte.

Gráfico 17.29 ↓

Porcentaje de población con Diabetes a nivel nacional, Mar del Plata-Batán, Gran La Plata y Rosario



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013). n= 32.365

La prevalencia global de diabetes en MDP-Batán es mayor que la prevalencia agrupada para toda la Nación y que otras ciudades número de población similar (Gran La Plata y Rosario), esto podría deberse a las características de la composición de nuestra población⁵. En MDP-Batán al igual que los datos reportados en la ENFR se observa que la prevalencia de diabetes aumentó a mayor edad, y a menor nivel educativo. No se registraron diferencias según sexo ni según ingreso total del hogar por unidad consumidora.

5. Ver Capítulo 1 - Aspectos Territoriales.

La prevalencia global de diabetes en Mar del Plata y Batán es mayor que la prevalencia agrupada para toda la Nación y que otras ciudades número de población similar.



La diabetes se ha convertido en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, y es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países, sobre todo debido al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares que conlleva (OMS, 2018) (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

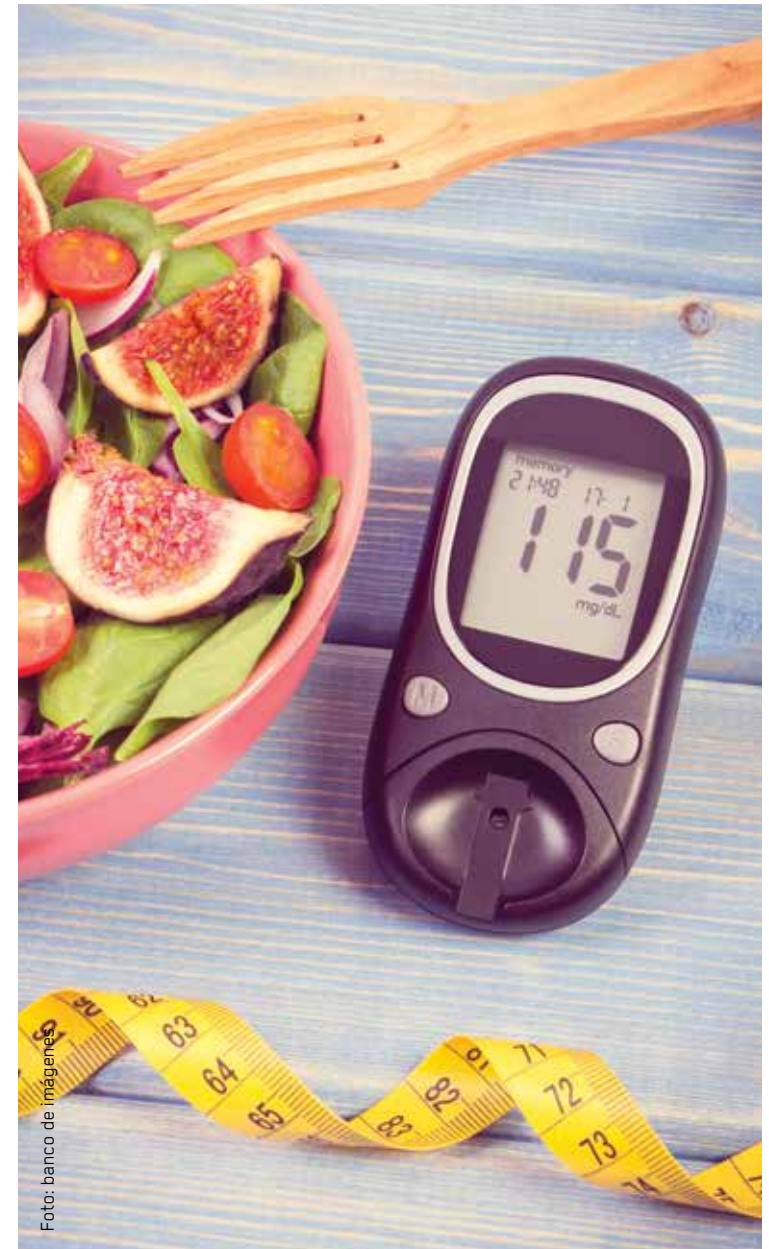


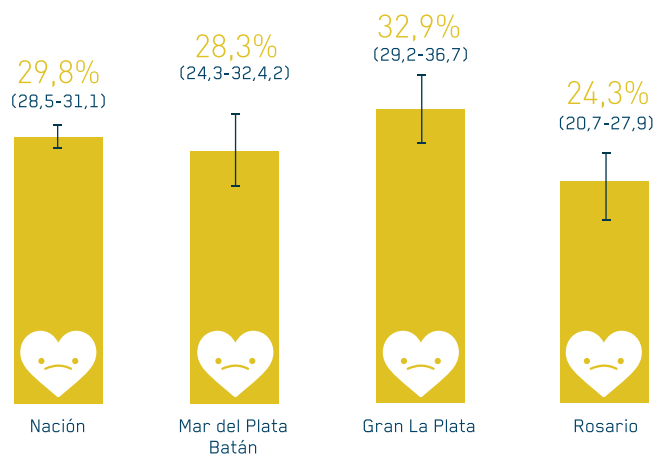
Foto: banco de imágenes

7.6.2. Hipercolesterolemia

Se evaluó la prevalencia de colesterol elevado (auto-reporte) entre aquellos que se controlaron alguna vez (Población de 18 años y más), según el diagnóstico de colesterol elevado por parte de un profesional de la salud.

Gráfico 17.30 ↓

Porcentaje de población con Hipercolesterolemia a nivel nacional, Mar del Plata-Batán, Gran La Plata y Rosario



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013). n= 32.365

La Hipercolesterolemia se comporta de la misma manera que la población total reportada en la ENFR. Un tercio de las personas que se controlaron alguna vez refirieron tener colesterol elevado, observándose mayor prevalencia entre adultos mayores y en personas con menor nivel educativo.

Un tercio de las personas que se controlaron alguna vez refirieron tener colesterol elevado, mayormente entre adultos mayores y en personas con menor nivel educativo.

El colesterol elevado es una de las principales causas de la carga de enfermedad en el mundo en tanto factor de riesgo clave para la enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y vascular renal.

Se estima que el colesterol elevado causa 2,6 millones de muertes (4,5% del total) y una pérdida de 29,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que significan el 2,0% del total a nivel mundial.

La presencia de altos niveles de colesterol en la sangre puede tener diferentes causas pero principalmente están vinculadas al estilo de vida, como el sedentarismo, el exceso de peso, la alimentación rica en grasas o el consumo excesivo de alcohol; también puede asociarse al consumo de ciertos medicamentos y/o a antecedentes familiares (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).



Foto: banco de imágenes

7.7. Eventos cardiovasculares mayores

A continuación se presentan los datos obtenidos de la ENFR, respecto de eventos cardiovasculares mayores, Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y Accidente Cerebro Vascular (ACV). Estos indicadores fueron medidos mediante el auto-reporte de si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tuvo cada una de las enfermedades mencionadas.

Cuadro 17.8 ↓

Frecuencia de eventos cardiovasculares mayores

	IAM	ACV
Total	5,81% (3,79%-7,82%)	2,48% (1,20%-3,75%)
Sexo		
Varón	8,69% (4,88%-12,49%)	4,19% (1,62%-6,76%)
Mujer	3,29% (1,61%-4,96%)	0,98% (0,21%-1,75%)
Rango de edad		
35 a 49 años	6,27% (1,86%-10,68%)	0,29% (-0,28%-0,87%)
50 a 64 años	9,09% (3,32%-14,86%)	2,80% (0,80%-4,80%)
65 años y más	11,42% (6,17%-16,67%)	9,21% (3,37%-15,05%)
Nivel de instrucción agrupado		
Hasta primario incompleto	5,36% (-1,19%-11,92%)	2,25% (-1,16%-5,67%)
Primario completo y secundario incompleto	7,82% (4,27%-11,37%)	4,47% (1,55%-7,39%)
Secundario completo y más	4,43% (1,86%-7,00%)	1,09% (0,14%-2,04%)
Ingreso total del hogar por unidad consumidora		
Total	5,81% (3,79%-7,82%)	2,48% (1,20%-3,75%)
Primer quintil	9,43% (3,36%-15,49%)	2,23% (-0,37%-4,84%)
Segundo quintil	7,62% (2,11%-13,12%)	2,27% (0,09%-4,44%)
Tercer quintil	5,38% (1,90%-8,86%)	3,38% (0,86%-5,90%)
Cuarto quintil	3,82% (-0,71%-8,35%)	1,14% (-0,71%-2,99%)
Quinto quintil	3,20% (0,30%-6,11%)	3,04% (-1,30%-7,38%)

Nota: Las frecuencias se expresan como porcentaje con su Intervalo de Confianza (IC) del 95%.

Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. / n= 725

El estimador global (nacional) de IAM (3,8%) y de ACV (1,9%) de la población de ENFR fueron menores que para MDP-Batán, sin embargo la precisión de los estimadores puede resultar insuficiente dado el menor tamaño muestral (Cuadro 17.8).

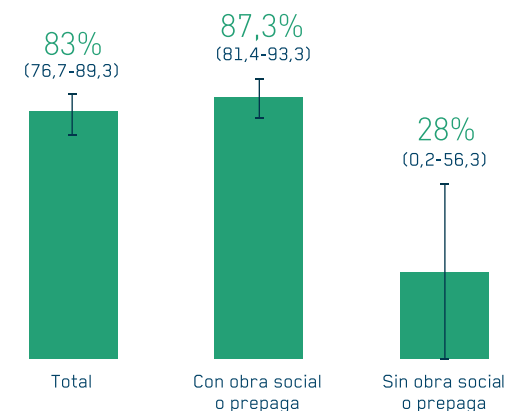
7.8. Prácticas preventivas

El cáncer de mama, el de cuello uterino y el cáncer colorrectal (CCR) son enfermedades en las que las prácticas preventivas están recomendadas. De esta manera, agencias internacionales, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y las sociedades científicas recomiendan, en la población general, la realización de mamografía cada dos años en mujeres asintomáticas de entre 50 y 70 años, la realización de PAP en mujeres de 25 a 65 años y el tamizaje de CCR en adultos de 50 a 75 años.

Los indicadores presentados en este informe 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 tamizaje de CCR (sangre oculta en materia fecal, colonoscopia o radiografía de colon por enema) en varones y mujeres de 50 a 75 años.

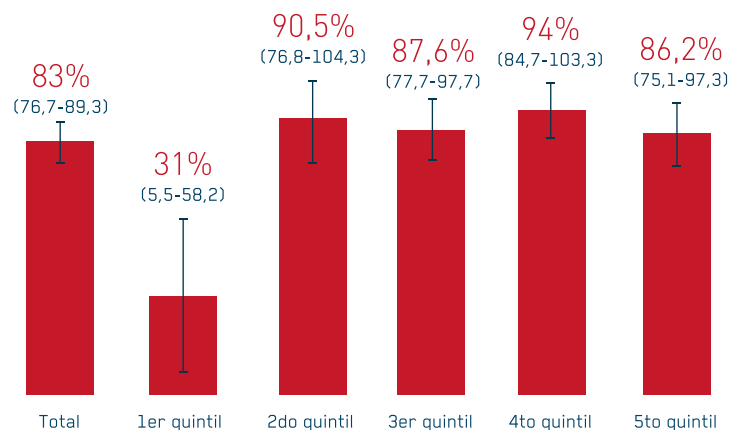
Gráfico 17.31 ↓

Frecuencia de mamografía total y según tipo de cobertura



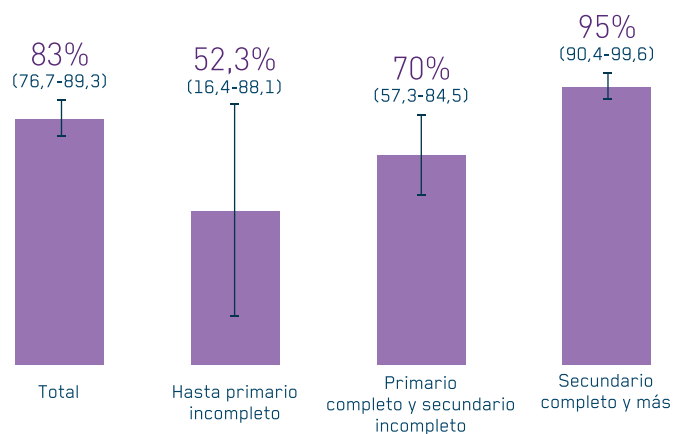
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=429

Gráfico 17.32 ↓
Frecuencia de mamografía total y según ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=429

Gráfico 17.33 ↓
Frecuencia de mamografía total y según nivel educativo



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=429



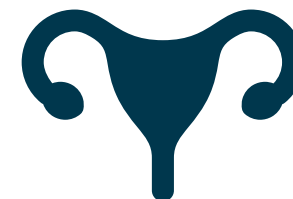
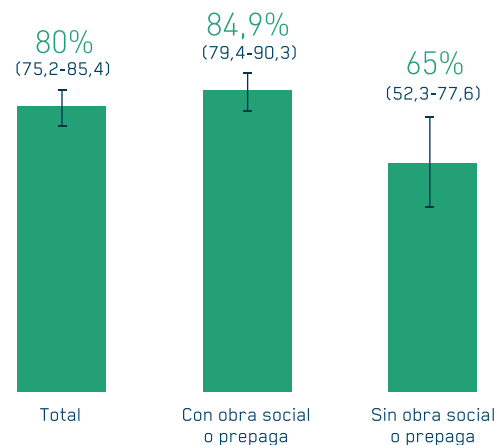
A nivel global, el cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo; en el continente americano provocó 8,2 millones de defunciones en 2012 y el 47% de éstas ocurrieron en América Latina y el Caribe.

Un programa de tamizaje (cribado o screening) consiste en aplicar una prueba diagnóstica sencilla, sensible y de bajo costo a un gran número de personas, con el objetivo de detectar precozmente a aquellos con mayor probabilidad de tener la enfermedad en cuestión, siendo el fin último reducir la morbi-mortalidad por esa causa.

Se justifica este tipo de estrategia en enfermedades con graves consecuencias en la salud, para las cuales exista un tratamiento efectivo y cuya prevalencia en la fase pre-clínica (esto es, cuando la enfermedad es aún asintomática) es elevada (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

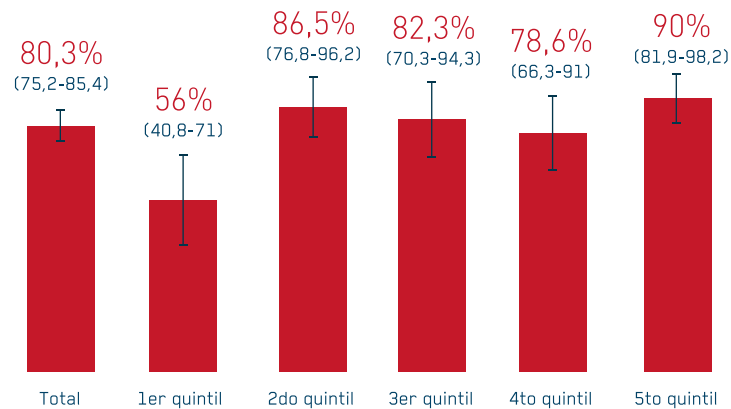
7.8.1. Papanicolau

Gráfico 17.34 ↓
Frecuencia de PAP total y según tipo de cobertura



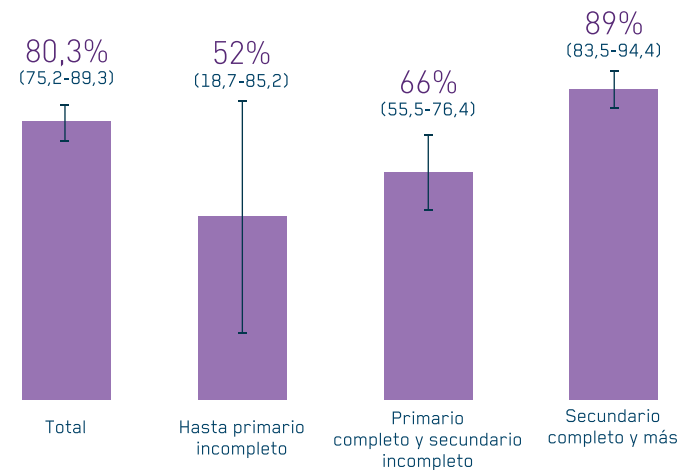
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. / n=429

Gráfico 17.35 ↓
Frecuencia de PAP total y según nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=429

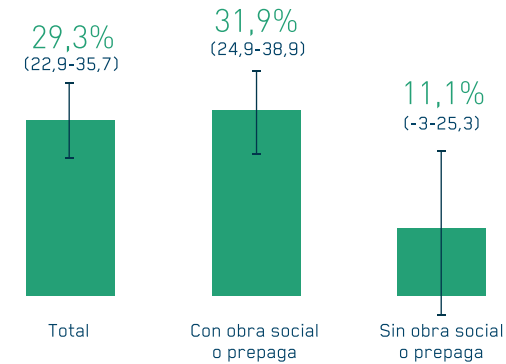
Gráfico 17.36 ↓
Frecuencia de PAP total y según nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=429

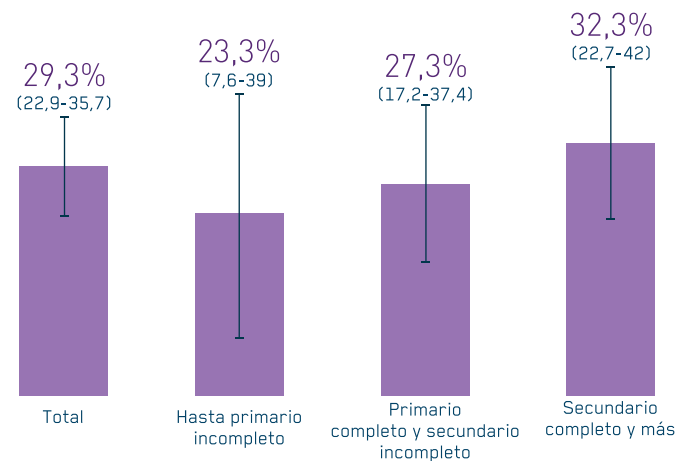
7.8.2. Tamizaje de cáncer de colon

Gráfico 17.37 ↓
Frecuencia de alguna estrategia de tamizaje total y según tipo de cobertura



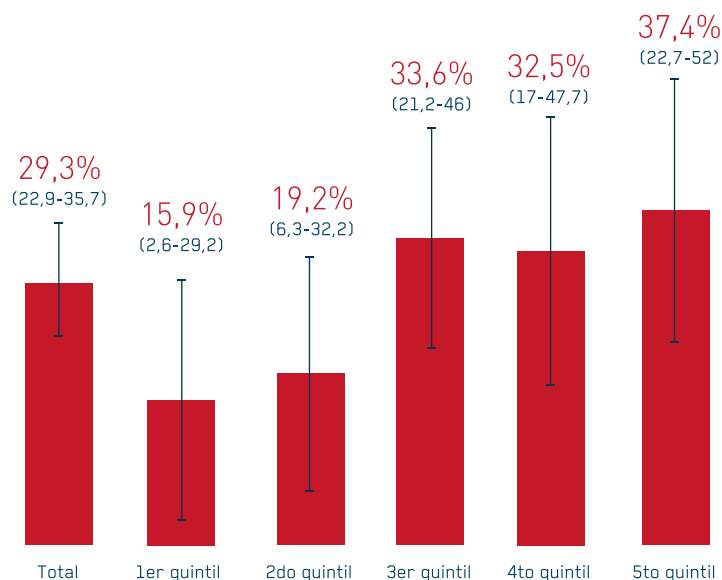
Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. / n=336

Gráfico 17.38 ↓
Frecuencia de alguna estrategia de tamizaje total y según nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán/ n=336

Gráfico 17.39 ↓
Frecuencia de alguna estrategia de tamizaje total y según nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENFR (2013) para el aglomerado Mar del Plata-Batán. n=336

El subsector público provee servicios de salud de manera gratuita y universal a la población, por medio de una red de centros de salud y hospitales públicos.

8. Sistema de salud

El Sistema de Salud en Argentina se conforma de tres subsectores claramente diferenciados en varios aspectos como es el modo de financiamiento, tipo y variedad de prestaciones, acceso y cobertura poblacional, gasto, y capacidad instalada entre otros. Estos son los subsectores público, privado y de la Seguridad Social. De esta manera, es que el sistema de salud se caracteriza por estar fragmentado y desarticulado.

El subsector público provee servicios de salud de manera gratuita y universal a la población, por medio de una red de centros de salud y hospitales públicos, cuyos principales usuarios pertenecen a grupos sociales de bajos recursos que carecen de seguro social o cobertura de medicina prepaga.

El subsector privado se financia por el aporte voluntario del usuario que posee un mediano o alto poder adquisitivo y cuenta con cobertura de medicina prepaga, y en ciertos casos también con cobertura de Seguridad Social (doble afiliación).

El Subsector de la Seguridad Social, que se caracteriza por la obligatoriedad de adhesión del trabajador en relación de dependencia y su organización por rama de actividad, incluye obras sociales de carácter provincial y nacional.

El PGP cuenta con la misma cantidad de establecimientos descriptos para el año 2015 en el informe precedente. Existen dos Establecimientos Nacionales: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur e Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan Jara. A nivel provincial, el Hospital Casa del Niño que no posee internación, El Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Don Victorio Tetamanti con internación, y dos Unidades de Pronta Atención (UPA 8 y UPA 13).

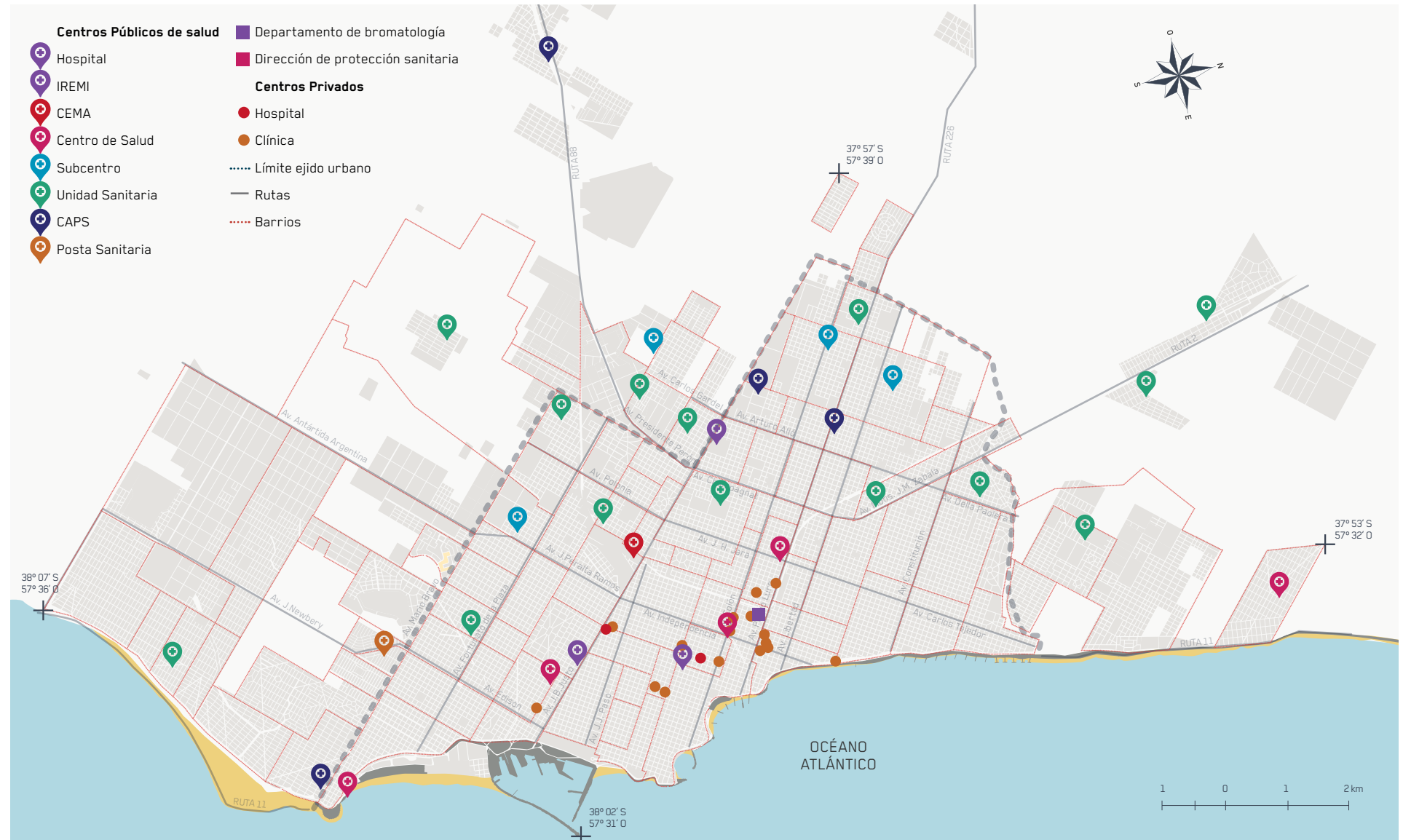
A nivel municipal, existen 35 Centros de Atención Primaria de la Salud que conforman una red, la cual articula con el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA). El municipio no cuenta con ningún establecimiento que disponga de internación. En el ámbito privado, el PGP cuenta con 16 establecimientos privados.

El privado se financia por el aporte voluntario del usuario que posee un mediano o alto poder adquisitivo y cuenta con cobertura de medicina prepaga, y en ciertos casos también con cobertura de Seguridad Social.

Y el de Seguridad Social, se caracteriza por la obligatoriedad de adhesión del trabajador en relación de dependencia y su organización por rama de actividad, incluye obras sociales de carácter provincial y nacional.

Mapa 17.1

Mapa con establecimientos de salud georreferenciados



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por MGP, FECLIBA y Zona Sanitaria VIII

En lo referente a los recursos en salud, sobre la disponibilidad de camas en los establecimientos de salud, existe un leve aumento en el número de camas, entre los años 2015⁶ y 2016, tanto en el sector privado como en los hospitales públicos provinciales, acompañando el crecimiento de la población, por lo que la tasa de cantidad de camas cada 100.000 habitantes se mantiene relativamente constante.

Según la estadística de rendimiento de los hospitales provinciales en el año 2016, de la que dispone la Región Sanitaria VIII (Cuadro 17.9), de las 595 camas con que cuentan los hospitales provinciales, 300 corresponden al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Tetamanti (HIEMI) y 295 al Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA Alende). El porcentaje de ocupación de las mismas en el año fue del 50,9% y 96,6% respectivamente. Esta diferencia se debe principalmente a los días de estadía promedio (3,8 en HIEMI y 7,4 en HIGA Alende), teniendo en cuenta que el número de egresos en el año es similar en ambos hospitales (14.361 en HIEMI y 14.224 en HIGA Alende).

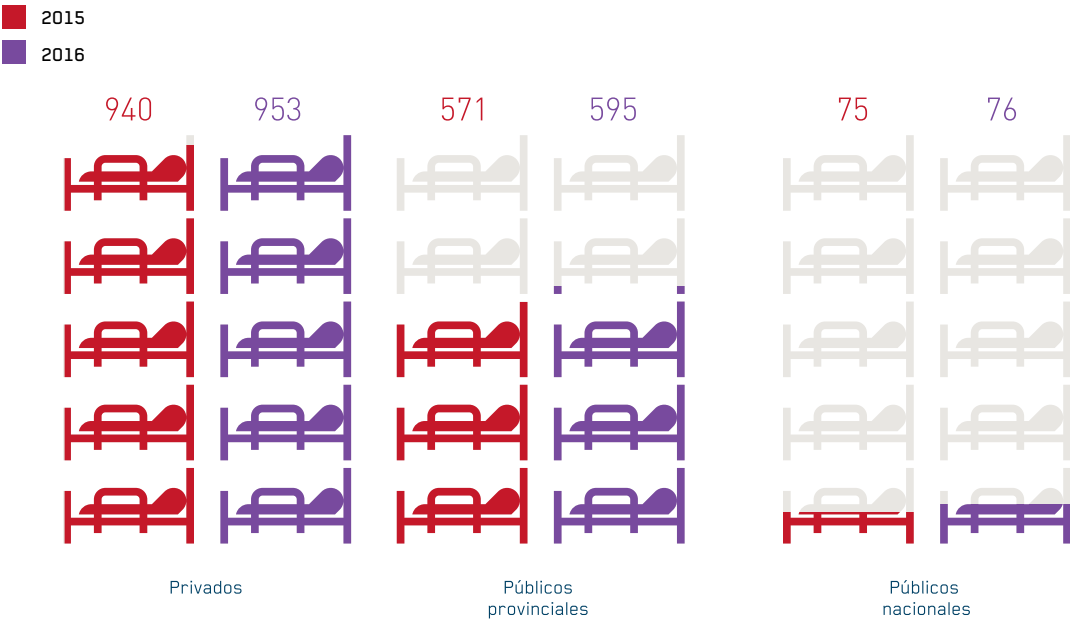
Cuadro 17.9 ↓
Rendimiento de los Hospitales provinciales de Mar del Plata

	HIEMI Tetamanti	HIGA Alende
Consultas totales	242.963	188.156
Egresos hospitalarios	14.361	14.224
Número de camas	300	295
Porcentaje de ocupación	50,9%	96,6%
Días de Estadía promedio	3,8	7,4

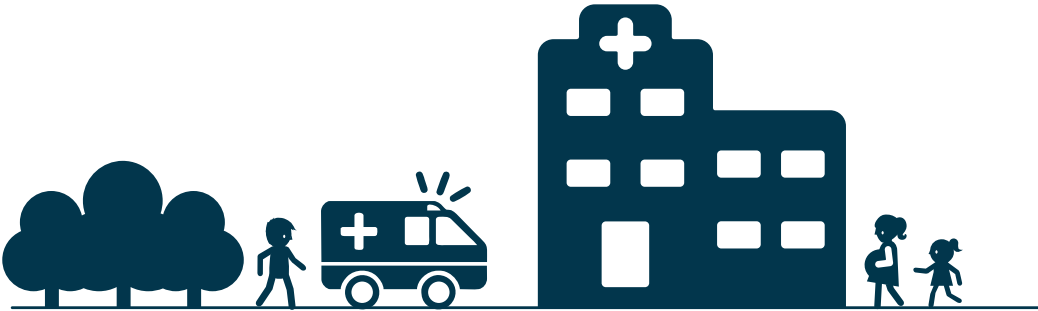
Fuente: Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud – Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

6. El indicador 2015 publicado en el Primer Informe de Monitoreo Ciudadano (2016) fue levemente modificado debido a un cambio en la proyección de la población 2015 para el PGP realizado por el INDEC. Su valor anteriormente publicado era de 243 camas cada 100.000 personas.

Gráfico 17.40 ↓
Número de camas en establecimientos de salud. Años 2015 y 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por cada una de las clínicas privadas y el Área de Epidemiología de la Región Sanitaria VIII – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Cuadro 17.10 ↓
Disponibilidad de camas en establecimientos con internación. Años 2014, 2015 y 2016.

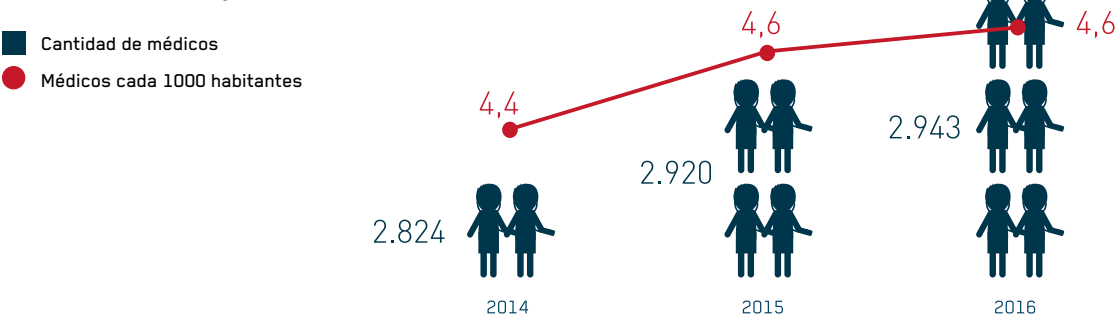
Recursos en establecimientos de salud	2014	2015	2016
Camas cada 100.000 personas total	271	247	252
Camas cada 100.000 personas en establecimientos públicos	101	101	104
Camas cada 100.000 personas en establecimientos privados	169	147	148

Fuente: Zona Sanitaria VIII, FECLIBA

En consideración a la disponibilidad del personal de salud, la cantidad de médicos cada 1.000 habitantes al final del año se mantiene (4,6)⁷ con respecto al anterior debido al crecimiento poblacional observado entre los años 2015 y 2016 (Gráfico 17.41). Pero observando el mismo gráfico, se puede apreciar el aumento en la cantidad de médicos que ejercen en el PGP año tras año en el período analizado.

Según los datos aportados por los Colegios Profesionales de la Provincia de Buenos Aires, el PGP cuenta con 2.943 médicos que se encuentran ejerciendo en la ciudad (2823 se encuentran matriculados en la ciudad y 120 en otras ciudades), 1.061 enfermeros, 1.668 psicólogos, 5.671 kinesiólogos, 721 odontólogos, 791 trabajadores sociales y 23 terapeutas ocupacionales. Llama la atención el bajo número de terapeutas ocupacionales, aunque cabe aclarar que la fuente de este dato es el Departamento de Ejercicio de las Profesiones del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires ya que no cuentan con un colegio profesional como el resto de las profesiones (Cuadro 17.11).

Gráfico 17.41 ↓
Número de médicos que ejercen en el PGP, y tasa cada 1.000 habitantes. Años 2014, 2015 y 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por cada una de las clínicas privadas y el Área de Epidemiología de la Región Sanitaria VIII – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

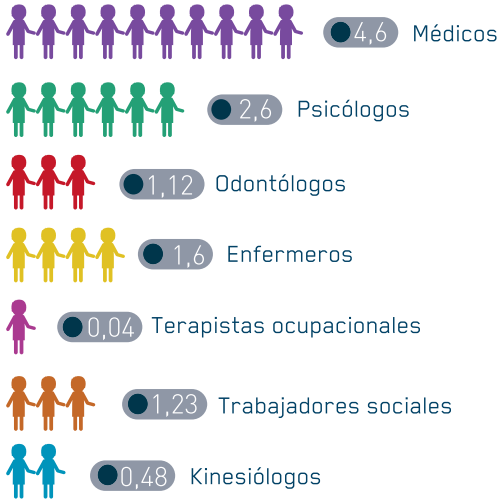
7. El indicador 2015 publicado en el Primer Informe de Monitoreo Ciudadano (2016) fue levemente modificado debido a un cambio en la proyección de la población 2015 para el PGP realizado por el INDEC. Su valor anteriormente publicado era de 4,4 médicos cada 1.000 habitantes.

Cuadro 17.11 ↓
Personal de salud por profesión que ejerce en el PGP. Número total y Tasa cada 1.000 habitantes. Año 2016

Profesión	Tasa cada 1.000 hab.
Médicos	4,6
Psicólogos	2,6
Odontólogos	1,12
Enfermeros	1,6
Terapeutas ocupacionales	0,04
Trabajadores sociales	1,23
Kinesiólogos	0,48

Fuente: Elaboración propia en base a los datos provistos por el Departamento de Ejercicios de las Profesiones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y los respectivos Colegios Profesionales.

Gráfico 17.42 ↓
Personal de salud por profesión que ejerce en el PGP. Tasa cada 1.000 habitantes. Año 2016



Fuente: Elaboración propia en base a los datos provistos por el Departamento de Ejercicio de las Profesiones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y los respectivos Colegios Profesionales.

9. Encuesta de percepción ciudadana

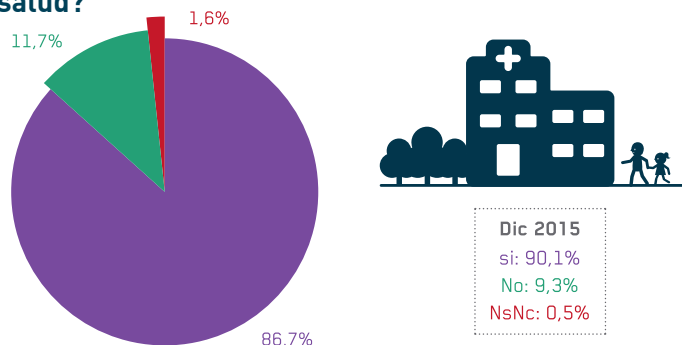
Se realizó la Encuesta de Percepción ciudadana, con el objetivo de comparar los informes realizados por "Mar del Plata Entre Todos" y especialmente para poder comparar nuestra ciudad con respecto a otras ciudades del país y de Latinoamérica que han usado esta herramienta

Tal como se puede consultar en los aspectos metodológicos de la encuesta en el sitio web de Mar del Plata Entre Todos⁸, se realizó un muestreo polietápico probabilístico en función de la información del censo 2010 para obtener una muestra representativa de la ciudad de Mar del Plata, se encuestaron 1406 sujetos. A fin de obtener resultados representativos para el total de la ciudad se procedió a calibrar la muestra, dando a cada zona el peso poblacional medido por número de habitantes según censo 2010.

A continuación se presentan los resultados de las preguntas relacionadas con salud que se realizaron en la EPC 2016, en comparación con los resultados del 2015 (presentados en el IIMC), con el objetivo fundamental de poder ver la evolución de la ciudad en el tiempo, y permitir la comparabilidad con otras ciudades donde la Iniciativa de Ciudades Emergentes y Sostenibles aplicó herramientas similares.

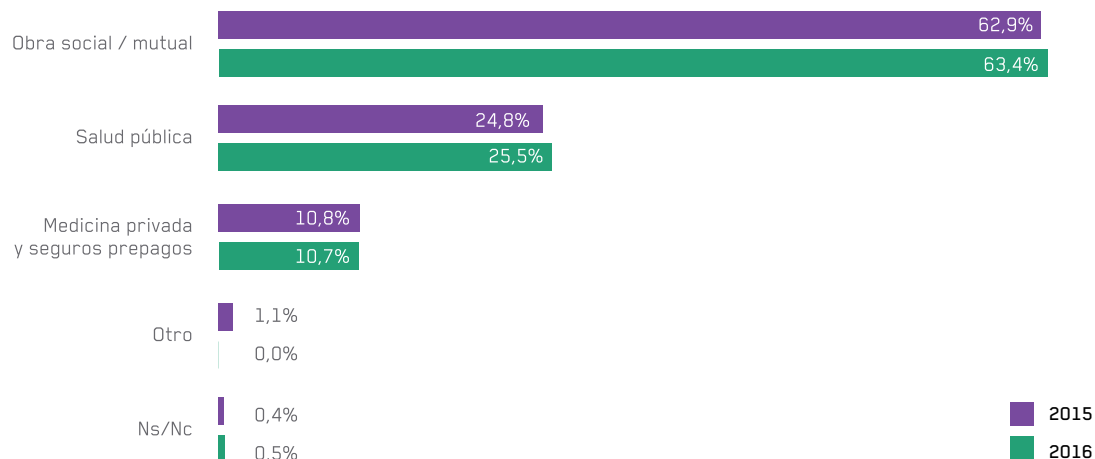
8. www.mardelplataentretodos.org

Gráfico 17.43 ↓
¿Usted siente que tiene disponible el acceso al servicio de salud?



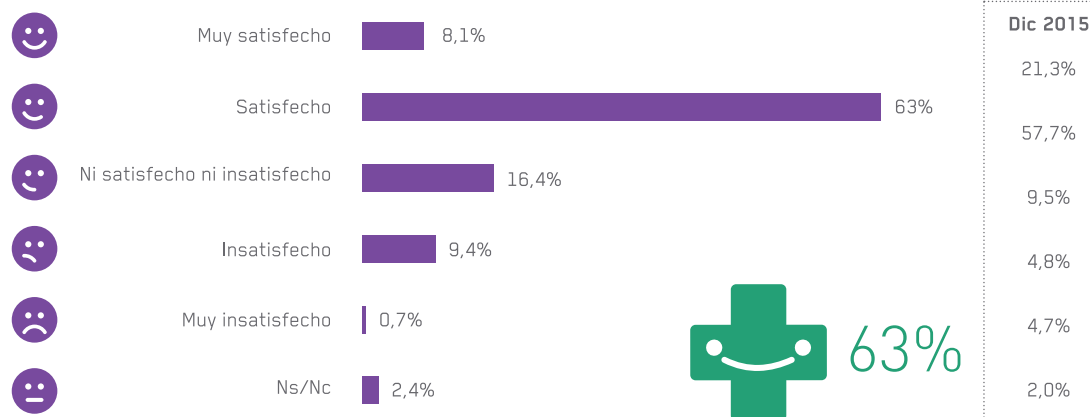
Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016 / n=1406.

Gráfico 17.44 ↓
¿Qué tipo de cobertura de salud tiene?



Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016.
n=1406.

Gráfico 17.45 ↓
¿Qué tan satisfecho está con los servicios de salud que recibe?



Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016.
n=1406.

Gráfico 17.46 ↓

Satisfacción con la distancia del centro médico por cobertura de salud

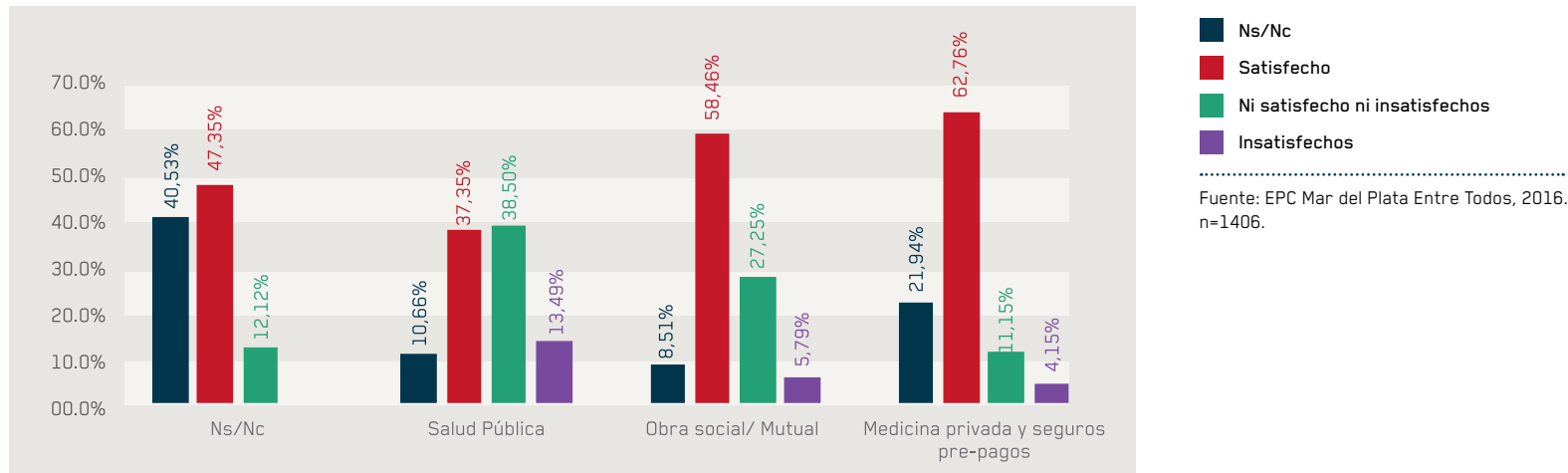


Gráfico 17.47 ↓

Satisfacción con el costo de atención por cobertura de salud

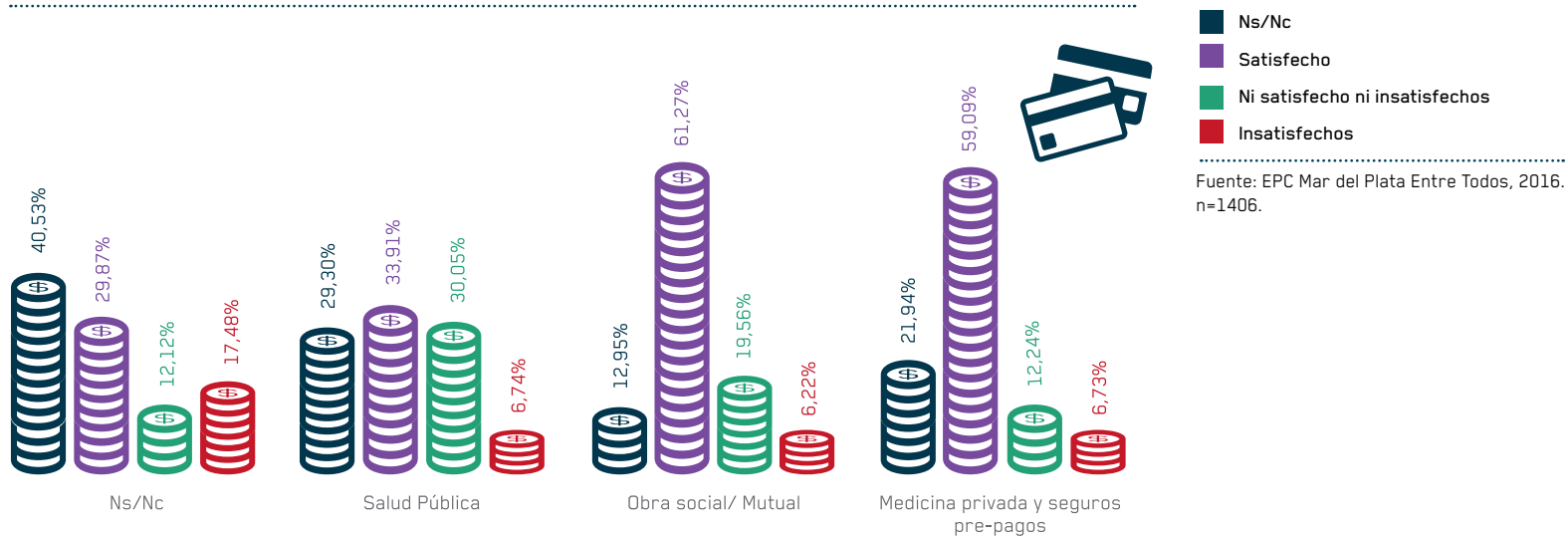


Gráfico 17.48 ↓
Satisfacción con la disponibilidad de médicos por cobertura de salud

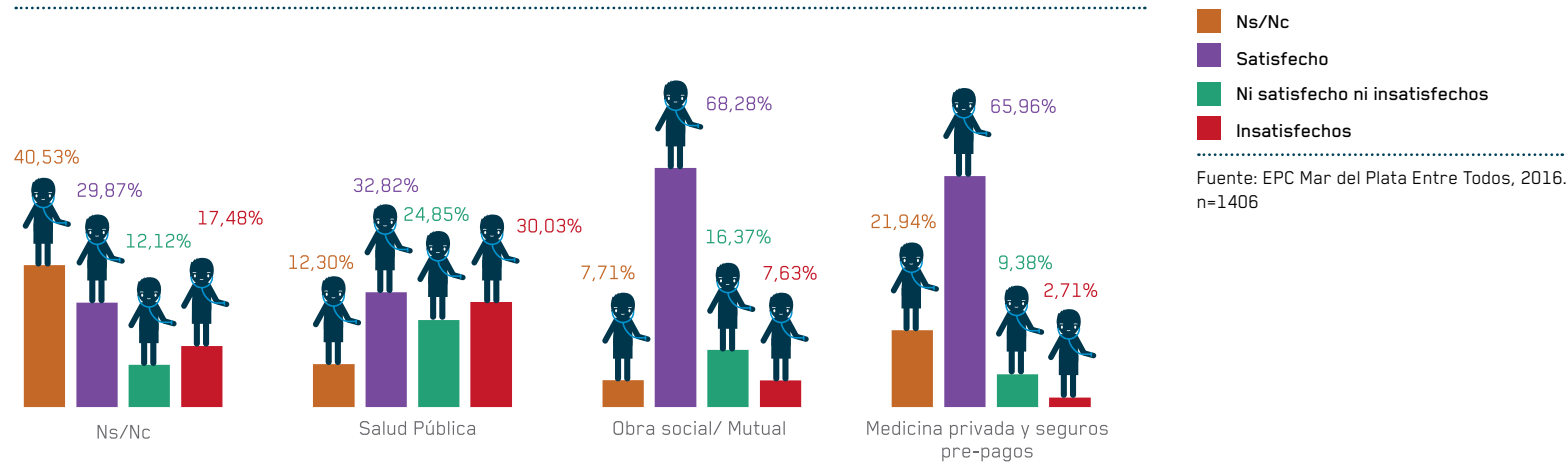


Gráfico 17.49 ↓
Satisfacción con la atención médica por cobertura de salud

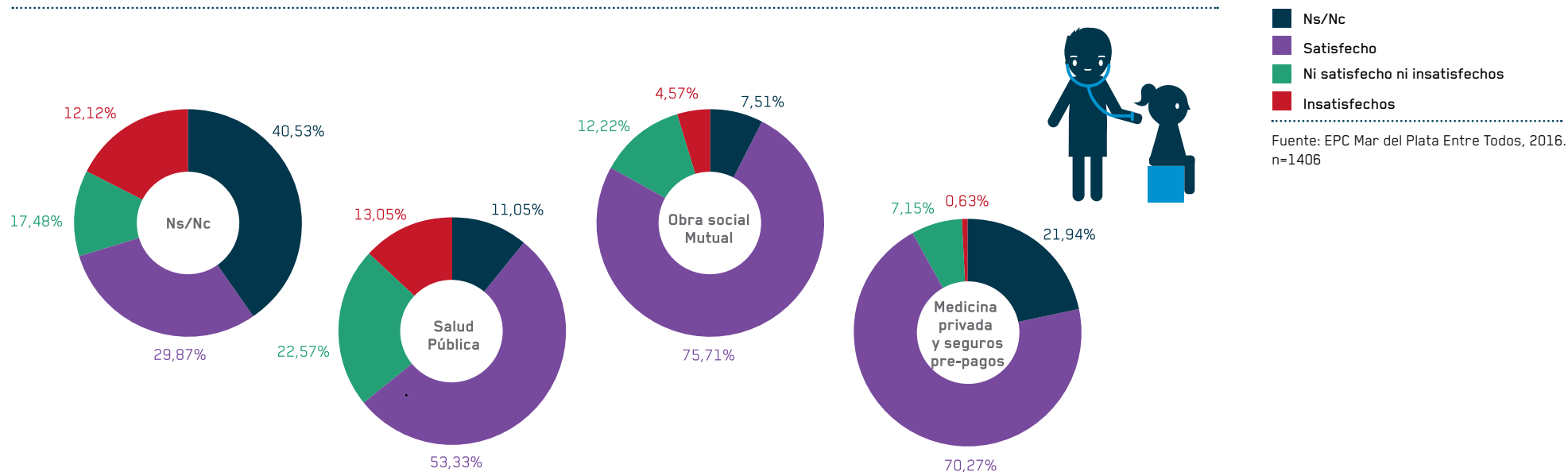
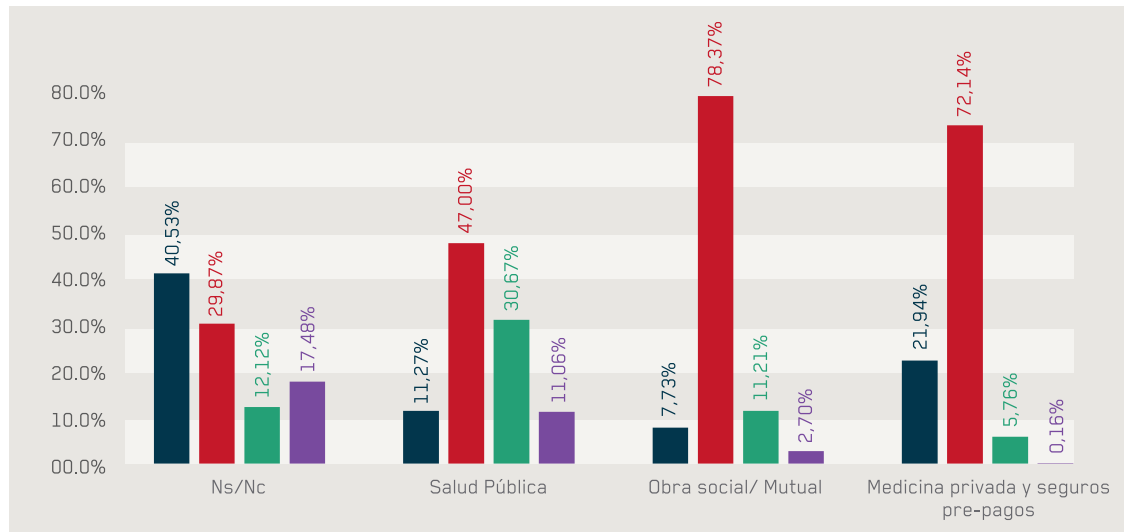


Gráfico 17.50 ↓

Satisfacción con la infraestructura del centro médico por cobertura de salud



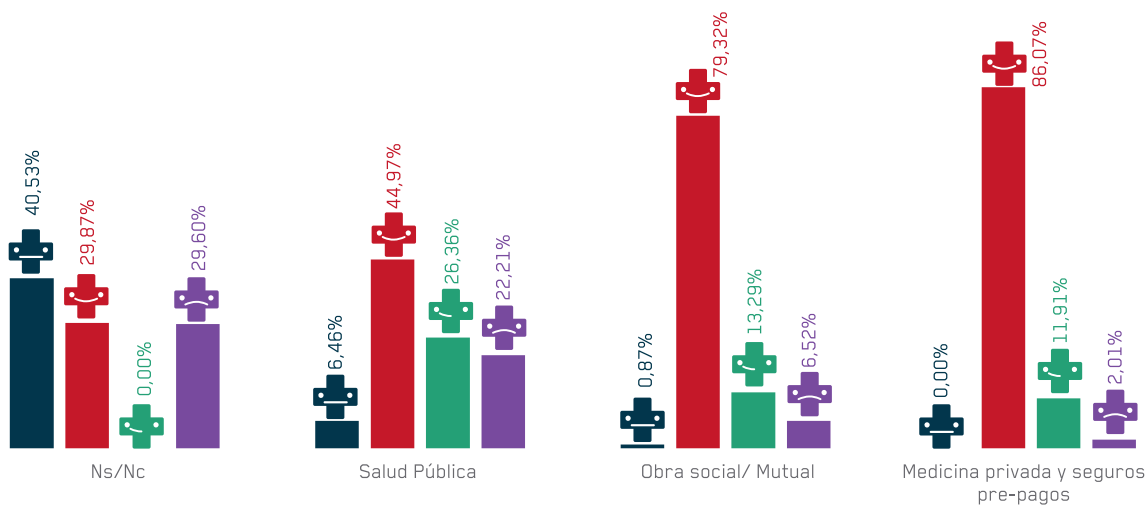
■ Ns/Nc
■ Satisfecho
■ Ni satisfecho ni insatisfechos
■ Insatisfechos

Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016.
n=1406



Gráfico 17.51 ↓

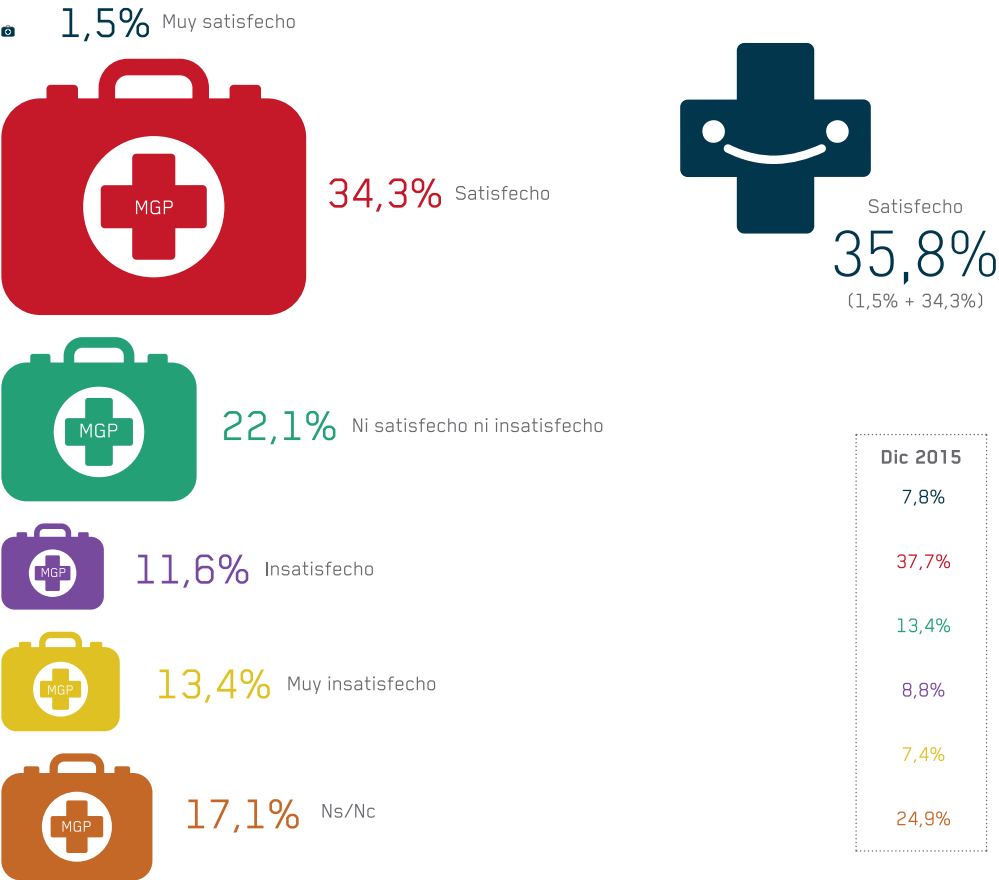
Satisfacción con los servicios de salud que recibe por cobertura de salud



■ Ns/Nc
■ Satisfecho
■ Ni satisfecho ni insatisfechos
■ Insatisfechos

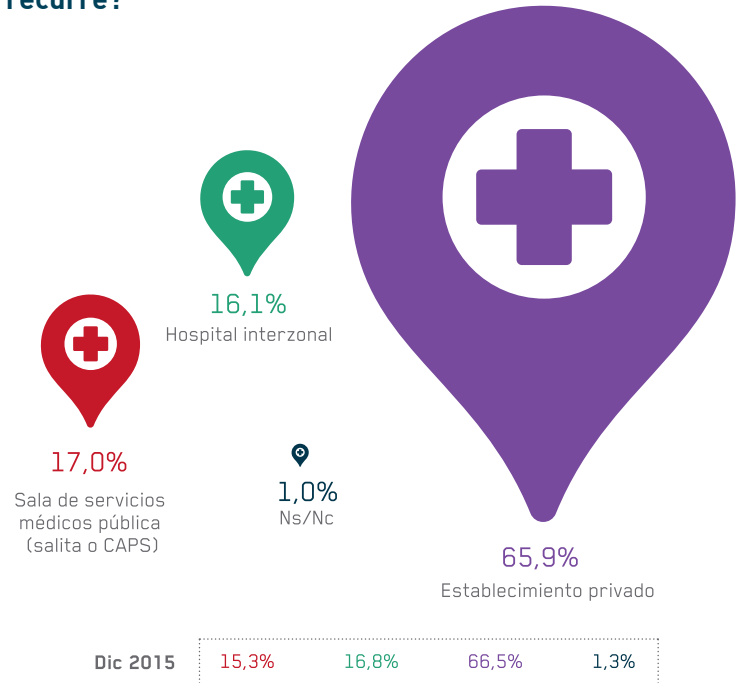
Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016.
n=1406

Gráfico 17.52 ↓
¿Qué opinión tiene sobre la atención primaria de la salud que presta el municipio?



Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016.
n=1406

Gráfico 17.53 ↓
¿Cuando necesita atención de emergencia a qué lugar recurre?



¿Y cómo califica la calidad de la atención que allí recibe?			
		Dic 2015	Dic 2016
Muy buena		9,6%	13,2%
Buena		11,0%	62,0%
Ni buena ni mala		19,6%	14,4%
Mala		41,9%	6,6%
Muy mala		12,2%	0,9%
Ns/Nc		5,7%	2,9%

Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016.
n=1406

Consideraciones

Se considera que se ha logrado ampliar la información sobre la salud de la población de Mar del Plata plasmada en el presente informe con respecto al anterior, incorporando nuevos indicadores, monitoreando Coberturas de Vacunación, incluyendo la vigilancia del Evento Tuberculosis, y abordando el estudio de las ECNT a través de la Encuesta Nacional de factores de riesgo, además de incorporar datos nuevos sobre los recursos disponibles en Salud.

Hay sectores de la población que son tenidos en cuenta para ser tratados en próximos informes como es el caso de la Salud Materno Infantil, de la población gerontológica, la población con problemas de discapacidad y de enfermedades mentales. También es necesario estudiar con mayor profundidad el Sistema de Salud para consolidar información de calidad que permita visualizar claramente hacia dónde enfocar las acciones en Salud.

El propósito es continuar midiendo y avanzando en el análisis de situación de salud con el aporte de los especialistas que se encuentren interesados en la propuesta de Mar del Plata Entre Todos, y de esta manera lograr ricas interpretaciones sobre la información publicada.

Asistente a los Talleres de Salud

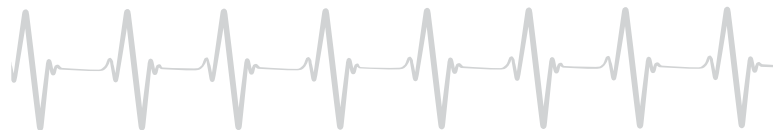
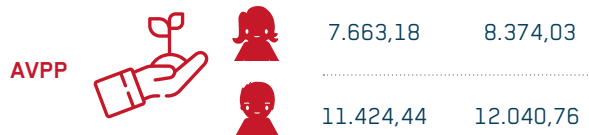
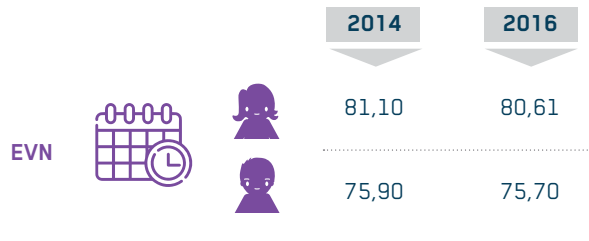
Organización	Nombre
IIC	Jesús Vázquez
IIC	Ignacio Mackinnon
IIC	Nora Fuentes
Zona Sanitaria VII	Gastón Rolando
Zona Sanitaria VII	Leticia Gerbi
Zona sanitaria VIII	Julio Sambueza
INE	Alicia Lawrynowicz
UNMdP - Escuela Superior de Medicina	Adrián Alasino
UNMdP - F. de Ciencias de la Salud	Paula Mantero
UNMdP- FI	Juan Pablo Grammatico
UNMDP - CONICET	Mauro Chaparro
UNMdP - FCEyS	de Vega, Raúl
FASTA	Navarrete Mónica
FASTA	Martín Zemel
HIGA	Joaquín Averbach
HIGA - Servicio de Infectología	Gonzalo Corral
H. Materno Infantil	Analía Rearte
INAREPS	María del Huerto Achidiak
MGP	Claudia Máspero
MGP	Daniel Rubens
MGP	Andrea Barragan
Clínica 25 de mayo	Gustavo Funes
Clínica 25 de mayo	Jorge Tevez
Clínica Colón - Cardiólogo	Marcelo Rodríguez
Clínica Pueyrredón	Gustavo Carrión
Fares Taie	Hernán Fares Taie
HPC	Cleto Ciocchini
HPC	Nicolás González
Instituto Radiológico	Carlos Capiel
OSDE	Jorge Terreu
OSDE	Carlos Fontana
OSDE	María José Benot
OAM	Rubén Pili

Salud



Indicadores vitales

En el PGP la mortalidad en niños menores de 5 años muestra una disminución sostenida entre los años 2014 y 2016



La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) Número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio.

Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) Pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o fallecimientos prematuros.



Hábito Consumo de frutas y verduras

3.22 porciones/día
recomendado
5 porciones/día

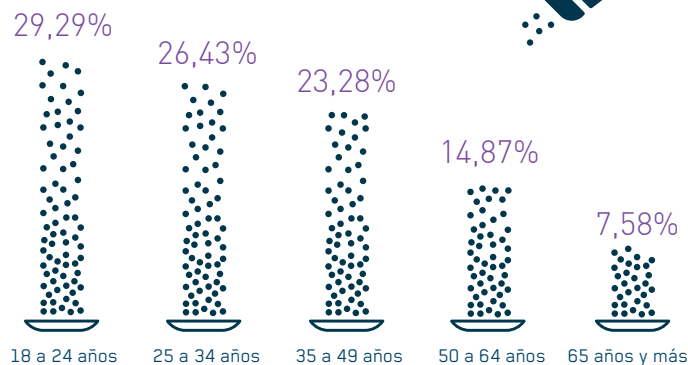
Mortalidad por causas

Las enfermedades del corazón representan la primera causa de muerte con el

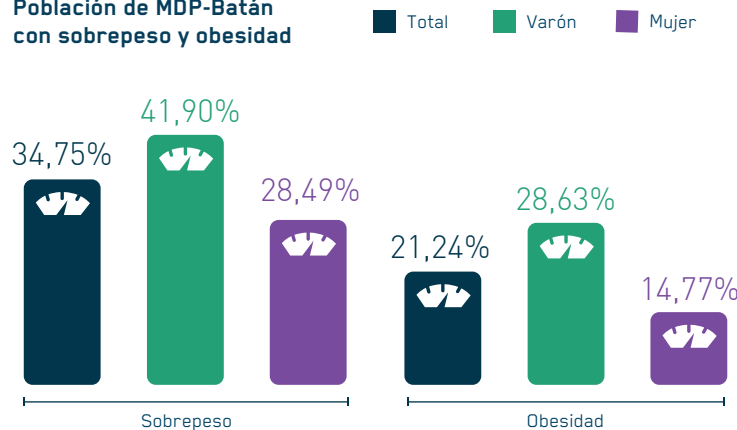
31,8%
y los tumores malignos la segunda, con el **18,08%**



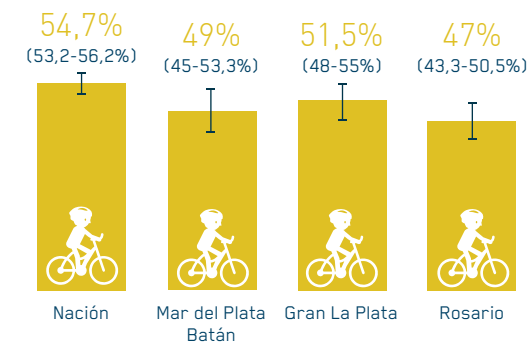
Agregado de sal segun la edad



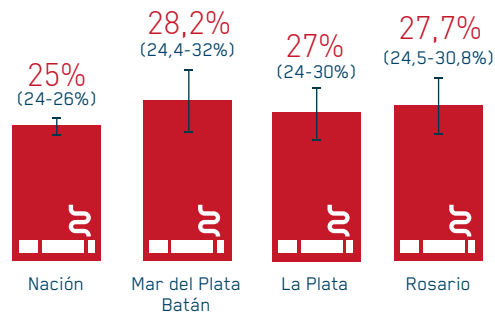
Población de MDP-Batán con sobrepeso y obesidad



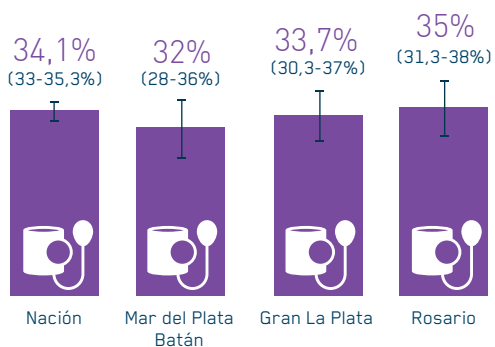
Población con nivel de actividad física baja a nivel nacional



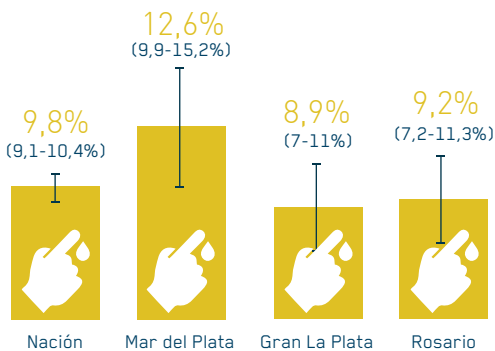
Prevalencia del consumo de tabaco



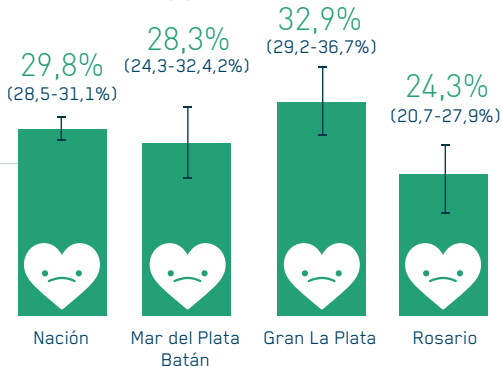
Población con hipertensión



Población con diabetes



Población con Hipercolesterolemia



Eventos cardiovasculares mayores infarto y ACV

Estimador global nacional de IAM (3,8%) ACV (1,9%) de la población de ENFR fueron menores que para MDP-Batán, sin embargo la precisión de los estimadores puede resultar insuficiente dado el menor tamaño muestral.

Infarto

5,81%
(3,79%-7,82%)



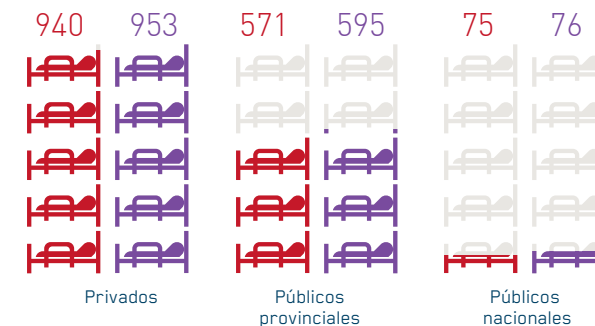
ACV

2,48%
(1,20%-3,75%)



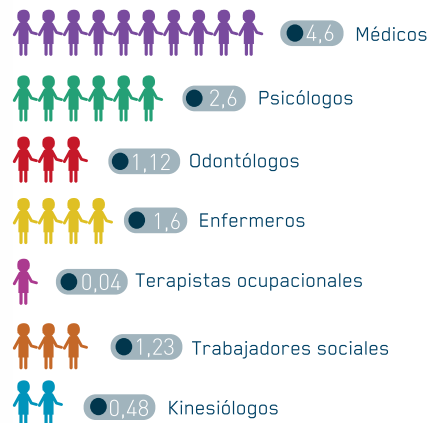
Servicios

Cantidad de camas de internación

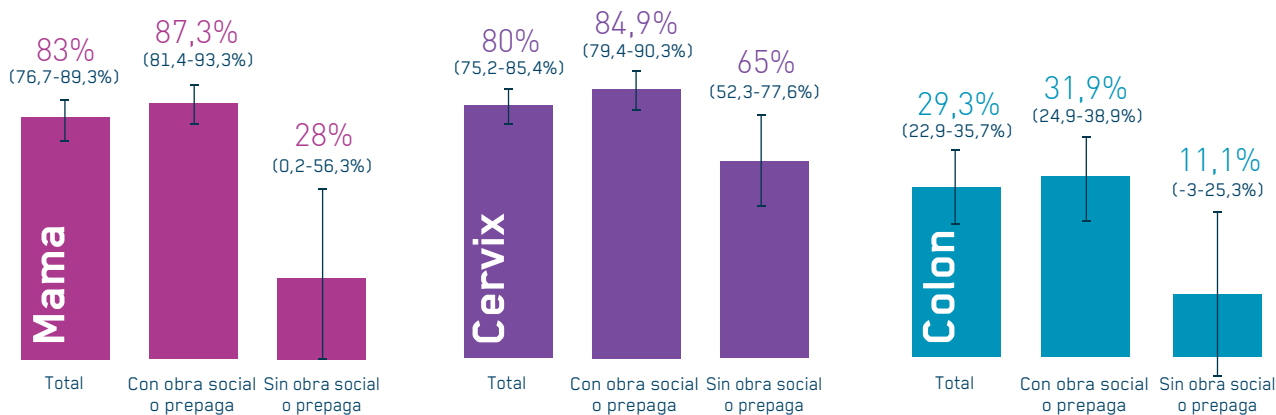


Profesionales de la salud en el PGP

Tasa cada 1.000 habitantes



Prácticas preventivas, para detección temprana de cáncer



Anexo 1

Descripción de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

La implementación y periodicidad de las ENFR forman parte de una estrategia coordinada de vigilancia que permite obtener información sobre la prevalencia (en epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de período"). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de período⁹. Desde el año 2005, y cada cuatro años, se vienen implementando de manera continua y progresiva conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y las Direcciones Provinciales de Estadística.

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

- Proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, proceso de atención y prevalencias de las principales ECNT en la población de 18 años y más residente en viviendas particulares de áreas urbanas de 5.000 y más habitantes de la República Argentina.
- Monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT.
- Evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.

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

La encuesta incluye solamente el auto-reporte, no realizándose mediciones antropométricas y bioquímicas. Cuenta con dos grandes bloques, del hogar e individual:

1. Bloque del Hogar

El objetivo fue relevar información respecto de las características de la vivienda y el hogar y de cada uno de sus miembros. Fue respondido por la persona identificada como quien ejerce la jefatura del hogar (el jefe o la jefa del hogar) o, de no encontrarse presente, por un miembro del hogar de 18 años o más. Se indagó: parentesco con el jefe del hogar, sexo, edad, situación conyugal, nivel de instrucción (en el sistema educativo formal) y cobertura de salud. Además, se relevaron las características de la vivienda: tipo de vivienda, cantidad total de ambientes, material predominante de los pisos y techos, combustible usado principalmente para cocinar, tenencia y provisión de agua, tenencia de baño y servicios de saneamiento básico. En relación al hogar, se indagó el uso exclusivo del baño, cantidad de ambientes de uso exclusivo del hogar y cantidad de ambientes para dormir. Los aspectos socioeconómicos que se indagaron en este bloque incluyeron el ingreso total mensual de hogar y la condición de actividad del jefe del hogar.

2. Bloque individual

Se administró al individuo seleccionado de 18 años o más. Indagó acerca de las siguientes temáticas: salud general, actividad física, acceso a la atención médica, consumo de tabaco, hipertensión, peso corporal y talla, alimentación (uso de sal y consumo de frutas y verduras), colesterol, consumo de alcohol, diabetes, seguridad vial, prácticas preventivas (tamizaje de cáncer de mama, cuello de útero y colon), afecciones crónicas (Infarto Agudo de Miocardio, Accidente cerebrovascular, internación por EPOC, enfermedad renal crónica), vacunación.



⁹. Fuente <https://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia>

Lista de causas seleccionadas para la obtención de las principales causas de defunción

GRUPO DE CAUSAS	CÓDIGO CIE-10
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09
TUBERCULOSIS	A15-A19
TOS FERINA	A37
ESCARLATINA Y ERIPELA	A38; A46
INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA	A39
SEPTICEMIAS	A40-A41
SÍFILIS	A49-A54
HEPATITIS VIRALES	B15-B19
ENF. VIRUS INMUNODEFICIENCIA	B20-B24
ENFERMEDAD DE CHAGAS	B57
TUMORES MALIGNOS	C00-C97
CARCINOMA IN SITU, TUMORES BENIGNOS Y DE COMPORTAMIENTO INCIERTO	D00-D48
DIABETES MELLITUS	E10-E14
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	E40-E64
ANEMIAS	D50-D64
MENINGITIS	G00-G03
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20-G21
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	G30
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	I00-I09; I11; I13; I20; I51
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ESENCIAL Y RENAL	I10, I12, I15
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	I60-I69
ATEROSCLEROSIS	I70
ANEURISMA AÓRTICO	I71
NEUMONÍA E INFLUENZA	J09-J18
BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	J20-J21
ENF. CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESP. INFERIORES	J40-J47
NEUMOCONIOSIS	J60-J65
NEUMONITIS	J69
ÚLCERA PEPTICA	K25-K28
ENF. APENDICE	K35-K38
HERNIA	K40-K46

GRUPO DE CAUSAS	CÓDIGO CIE-10
ENF. CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS	K70; K73-K74, K76
ENF. DE VESÍCULA Y COLELITIASIS	K80-K83
ENF. RENAL TUBULOINTERSTICIAL	N10-N16
NEFRITIS Y NEFROSIS	N00-N07; N17-N19; N25-N27
HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	N40
ENF. INFLAMATORIAS DE LOS ÓRG. PELVICOS FEMENINOS	N70-N77
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	O00-099
AFECCIONES PERINATALES	P00-P96
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	Q00-Q99
ACCIDENTES	V00-X59
LESIONES AUTOINFLIGIDAS	X60-X84, Y870
HOMICIDIOS	X85-Y09; Y871
EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA	Y10-Y34; Y872; Y899
CAUSAS MAL DEFINIDAS	R00-R99

Principales causas de defunción para todas las edades en ambos sexos en PGP según CBD. Cantidad de defunciones y Mortalidad Proporcional. Año 2016.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	Defunciones cant.	Mortalidad proporcional
Total defunciones	6.455	
Causas bien definidas	6.203	100,0%
Enfermedades del corazón	1.453	23,4%
Tumores malignos	1.152	18,6%
Enfermedad hipertensiva esencial y renal	595	9,6%
Influenza y neumonía	406	6,5%
Neumonitis	389	6,3%
Enfermedades cerebrovasculares	302	4,9%
Septicemias	162	2,6%
Accidentes	115	1,9%
Nefritis y nefrosis	112	1,8%
Enfermedades crónicas de las vías resp. Inferiores	103	1,7%
Otras causas bien definidas	1.414	
Mal definidas	252	