

4^o Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

PRINCIPALES RESULTADOS



La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Proporciona información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, los procesos de atención en el sistema de salud y las principales ENT en la población argentina.

La 4ta edición de la ENFR se desarrolló entre septiembre y diciembre de 2018; las ediciones anteriores fueron realizadas en los años 2005, 2009 y 2013. En la ENFR 2018 por primera vez en nuestro país se realizaron mediciones objetivas a una submuestra de hogares, que incluyeron mediciones físicas (presión arterial, peso, talla y perímetro de cintura) y mediciones bioquímicas (glucemia capilar y colesterol total).

AUTORIDADES MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

Ministra de Salud y Desarrollo Social

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

EQUIPO DE TRABAJO SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD

Directora Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas 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

Mag Victoria O'Donnell

Mag. José E. Carrizo Olalla

Mag. María Julieta Rodríguez Cámara

Dra. Carolina Begué

Lic. Ana King

Equipo de Comunicación de Enfermedades no Transmisibles

Lic. Luciana Mercedes Zarza

Lic. Marcos Gutiérrez

Equipo de Presupuesto, Compras y Administración

Tec. Nancy Lorena Bravo

Cintia Jimenez

Lic. Nicolás Gómez Balsamelo

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.

Coordinadores de programas

Programa Nacional de Alimentación Saludable y prevención de la obesidad: Lic. Verónica Risso

Programa Nacional de Control del Tabaco: Lic. Ignacio Drake

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

Programa Nacional de Diabetes: Dra. Julieta Méndez

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

Área de Servicios de Salud: Dra. María Alejandra Alcuaz

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

4° ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO

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

Principales resultados

OBJETIVOS DE LA 4° ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO

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

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Proporciona información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo (como consumo de tabaco, alcohol, alimentación, actividad física, entre otros), procesos de atención en el sistema de salud y principales ENT en la población argentina (hipertensión, diabetes, obesidad y otras). Fue realizada con anterioridad en los años 2005, 2009 y 2013.

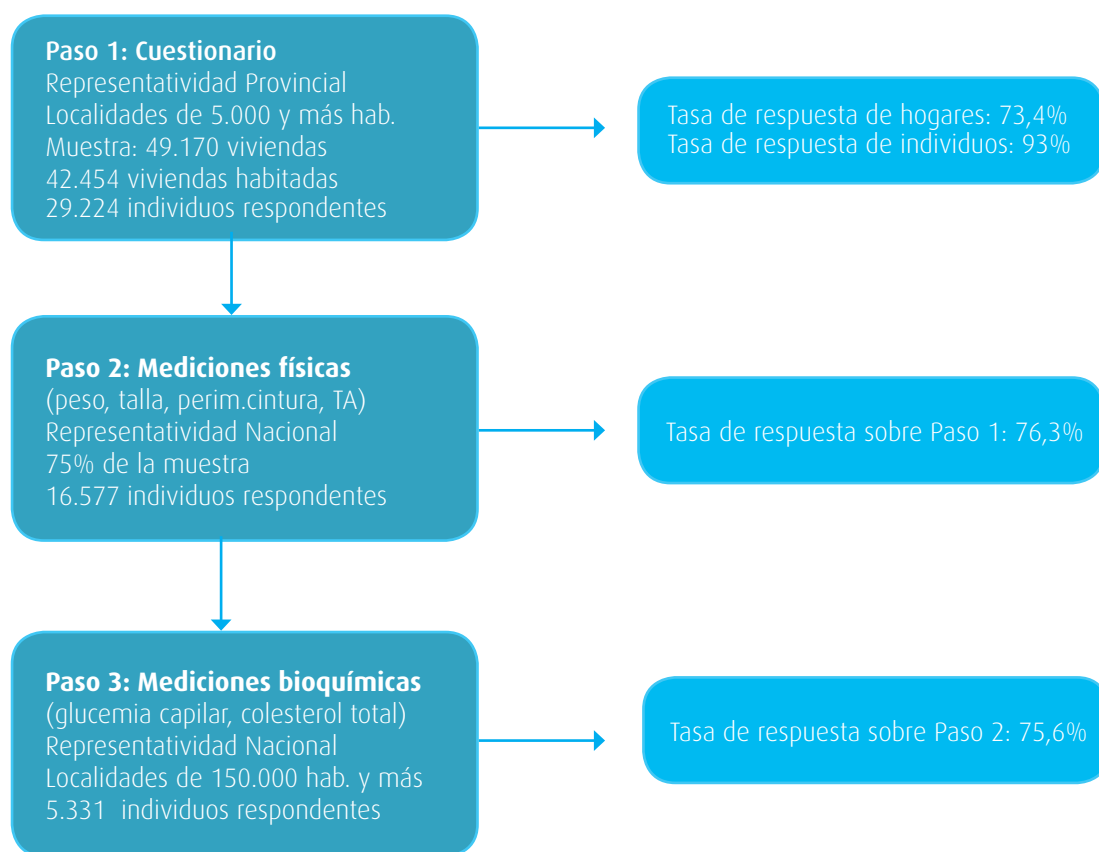
La 4° ENFR 2018, estuvo compuesta por tres fases o pasos, enmarcándose en el diseño estandarizado STEPS de la Organización Mundial de la Salud. El paso 1 consistió en el relevamiento por autorreporte, con un cuestionario nuclear muy similar al de las ediciones anteriores de la ENFR. El paso 2 incluyó la realización de mediciones físicas en las que 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 y cinta métrica. Por último, el paso 3 de determinaciones bioquímicas, consistió en la realización de mediciones de glucemia capilar y colesterol total en ayunas. Todo el operativo de campo se realizó bajo la coordinación general del INDEC y las Direcciones Provinciales de estadística. Las fases de mediciones físicas y bioquímicas fueron realizadas por personal contratado por la Secretaría de Gobierno de Salud a través de la Universidad Nacional Tres de Febrero (UNTREF), mediante licitación pública nacional.

METODOLOGIA

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. En el caso de las mediciones físicas y bioquímicas, los resultados son representativos a nivel nacional.

El tamaño de la muestra alcanzó a 49.170 viviendas en todas las jurisdicciones del país para la aplicación de la primera parte del cuestionario o paso 1. 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.

La cantidad de viviendas habitadas fue de 42.454. La tasa de respuesta de hogares, estimada sobre dichas viviendas, fue de 73,4%. El total de individuos que respondieron al paso 1 fue de 29.224, lo que arrojó una tasa de respuesta de 93% con relación a los hogares respondientes. Para el paso 2, el total de respuestas fue de 16.577, con una tasa de respuesta del 76,3% sobre los respondientes de paso 1 de la submuestra; para el paso 3 se obtuvieron 5.331 respuestas y una tasa de respuesta del 75,6% sobre los respondientes del paso 2 de las localidades de 150.000 habitantes y más.



El presente resumen ejecutivo expone los primeros datos generales de los indicadores principales de la 4ta ENFR, cuyo informe completo se publicará en el segundo semestre de 2019.

Cuadro 1: PRINCIPALES RESULTADOS DE LA 4TA ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2018 Y COMPARACION 2005-2018. AUTORREPORTE.

	2005 (IC 95)	2009 (IC 95)	2013 (IC 95)	2018 (IC 95)
Actividad física baja (*)	-	54,9% (53,7 - 56,1)	54,7% (53,2 - 56,2)	64,9% (63,9 - 65,9)
Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa	23,1% (21,9 - 24,5)	25,3% (24,4 - 26,3)	17,3% (16,4 - 18,2)	16,4% (15,6 - 17,3)
Consumo de al menos 5 porciones de frutas o verduras al día	-	4,8% (4,4 - 5,3)	4,9% (4,3 - 5,5)	6,0% (5,5 - 6,6)
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad) (*)	49,0% (47,2 - 50,9)	53,4% (52,0 - 55,0)	57,9% (56,1 - 59,6)	61,6% (60,6 - 62,6)
Sobrepeso (IMC ≥ 25 y < 30)	34,4% (33,4 - 35,5)	35,4% (34,6 - 36,3)	37,1% (36,0 - 38,2)	36,2% (35,2 - 37,2)
Obesidad (IMC ≥ 30) (*)	14,6% (13,9 - 15,5)	18,0% (17,4 - 18,7)	20,8% (19,9 - 21,8)	25,4% (24,4 - 26,4)
Prevalencia de consumo de tabaco (*)	29,7% (28,7 - 30,8)	27,1% (26,3 - 27,9)	25,1% (24,2 - 26,2)	22,2% (21,2 - 23,1)
Prevalencia de consumo de cigarrillo electrónico	-	-	-	1,1% (0,8 - 1,3)
Exposición al humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días (entre quienes estuvieron en el hogar en los últimos 30 días) (*)	-	33,9% (33,0 - 34,9)	27,6% (26,5 - 28,6)	25,1% (24,0 - 26,1)
Exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días (entre quienes estuvieron en el trabajo en los últimos 30 días) (*)	-	34,0% (32,8 - 35,2)	25,0% (23,9 - 26,2)	21,8% (20,6 - 23,0)
Exposición al humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días (entre quienes estuvieron en bares/restaurantes en los últimos 30 días)	-	47,2% (45,6 - 48,7)	23,5% (22,3 - 24,9)	21,5% (20,4 - 22,7)
Prevalencia de presión arterial elevada (entre quienes se midieron alguna vez en la vida)	34,5% (33,3 - 35,7)	34,6% (33,6 - 35,5)	34,1% (32,9 - 35,5)	34,6% (33,7 - 35,6)
Prevalencia de colesterol elevado (entre quienes se midieron alguna vez en la vida)	27,8% (26,5 - 29,1)	29,1% (28,1 - 30,2)	29,8% (28,5 - 31,1)	28,9% (27,8 - 30,1)
Prevalencia de glucemia elevada o diabetes (población 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)
Manejó 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) (*)	16,8% (15,3 - 18,3)	13,2% (12,2 - 14,2)	12,1% (11,2 - 13,2)	15,2% (14,2 - 16,2)
Uso de cinturón de seguridad siempre, al manejar o viajar en auto (entre quienes viajan en auto) (*)	48,0% (46,5 - 49,5)	63,8% (62,7 - 64,9)	69,0% (67,7 - 70,3)	73,9% (72,6 - 75,2)
Uso de casco en moto (siempre) (*)	-	-	59,1% (56,4 - 61,8)	65,0% (62,9 - 67,1)
Uso de casco en bicicleta (siempre)	-	-	8,5% (7,3 - 9,9)	10,7% (9,5 - 11,8)

* Diferencia estadísticamente significativa respecto de la ENFR 2013

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES. PASO 1: AUTORREPORTE.

Actividad física

La prevalencia de actividad física baja aumentó significativamente respecto de la ENFR 2013, alcanzando a 6 de cada 10 individuos.

Alimentación

El indicador de uso de sal después de la cocción o al sentarse a la mesa (siempre/casi siempre) se mantuvo estable respecto de la 3ra edición de la ENFR.

El indicador de consumo de al menos 5 porciones diarias de frutas o verduras al día no reflejó cambios estadísticamente significativos respecto de la edición anterior: solo el 6% de la población cumplió con la recomendación de consumo diario.

Peso corporal

En la fase de autorreporte de la ENFR 2018, 6 de cada 10 adultos presentaron exceso de peso (sobrepeso + obesidad). Se evidenció un aumento sostenido desde la primera edición de la encuesta en 2005 y un aumento estadísticamente significativo respecto de la ENFR 2013.

El indicador de sobrepeso no evidenció cambios estadísticamente significativos respecto de la 3ra ENFR.

Se registró obesidad en un cuarto de la población, indicador que aumentó 22% respecto de la edición 2013 y 74% respecto a la primera edición (2005).

Tabaco

La prevalencia de consumo de tabaco continúa con su tendencia descendente desde 2005, evidenciándose un 25% de reducción desde entonces. Asimismo, disminuyó significativamente respecto de la 3a edición de la ENFR alcanzando al 22,2% de la población.

Por primera vez se relevó la prevalencia de consumo de cigarrillo electrónico: el 1,1% de la población manifestó consumirlo.

La exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar y en el trabajo, durante los últimos 30 días, se redujo significativamente respecto de la edición anterior. La exposición al humo de tabaco en bares/restaurantes se mantuvo estable.

Presión arterial elevada, colesterol elevado, glucemia elevada o diabetes

La prevalencia reportada de presión arterial elevada entre quienes se controlaron alguna vez se mantuvo estable, al igual que la prevalencia de colesterol elevado por autorreporte (34,6% y 28,9%, respectivamente).

El indicador de glucemia elevada o diabetes autorreportado evidenció un aumento estadísticamente significativo respecto de la ENFR 2013 y alcanza al 12,7% de la población.

Seguridad vial

Representó un aumento estadísticamente significativo respecto de la 3ra edición que el 15,2% de los individuos declararan haber conducido un vehículo habiendo bebido alcohol en los últimos 30 días.

Se evidenció un incremento estadísticamente significativo entre quienes reportaron usar siempre cinturón de seguridad (entre quienes viajaron en auto) respecto de la edición 2013. Desde 2005 este indicador aumentó 54%.

Con respecto al uso de casco entre quienes viajaron en moto, se registró un aumento significativo con relación a la edición anterior de la ENFR. Entre quienes viajaron en bicicleta, el uso de casco se mantuvo estable: 1 de cada 10 personas declaró utilizarlo siempre.

Cuadro 2: PRINCIPALES RESULTADOS DE LA 4TA ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2018. MEDICIONES OBJETIVAS (FÍSICAS Y BIOQUÍMICAS).

MEDICIONES FÍSICAS Y BIOQUÍMICAS	TOTAL (IC 95)	PREVALENCIA POR AUTORREPORTE	
		SI (*) (IC 95)	NO (**) (IC 95)
Presión arterial elevada por mediciones (≥140/90 mmHg)	40,6% (39,2 - 41,9)	59,1% (56,7 - 61,5)	32,0% (30,3 - 33,7)
Glucemia elevada o diabetes por mediciones (≥110 mg/dl)	8,4% (7,2 - 9,6)	31,4% (26,3 - 36,5)	5,0% (4,0 - 6,0)
Colesterol elevado por mediciones (≥200 mg/dl)	30,7% (28,4 - 33,0)	46,2% (41,8 - 50,6)	29,1% (26,4 - 31,8)
PESO CORPORAL			
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad)	66,1% (64,8 - 67,3)		
Sobrepeso (IMC ≥25 y <30)	33,7% (32,6 - 34,8)		
Obesidad (IMC ≥30)	32,4% (31,2 - 33,7)		

* Proporción de personas que registraron mediciones objetivas elevadas sobre el total de personas que declararon tener presión arterial/glucemia/colesterol elevado en el autorreporte.

** Proporción de personas que registraron mediciones objetivas elevadas sobre el total de personas que declararon **no** tener presión arterial/glucemia/colesterol elevado en el autorreporte

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES.
PASOS 2 y 3: MEDICIONES OBJETIVAS
(FÍSICAS Y BIOQUÍMICAS).

Presión arterial

De la población general, el 40,6% tuvo la presión arterial elevada (mayor o igual a 140/90 mmHg) en la fase de mediciones objetivas.

Al analizar los resultados según el autorreporte de presión arterial, 6 de cada 10 individuos que se reconocieron como hipertensos tuvieron registros de presión arterial elevada. Mientras que, entre quienes no se autorreportaron hipertensos, 3 de cada 10 registraron presión arterial elevada.

Glucemia elevada o diabetes

El 8,4% de la población de referencia registró

glucemia capilar elevada (≥110 mg/dl) en la etapa de mediciones bioquímicas de la encuesta.

3 de cada 10 individuos que se reconocieron con glucemia elevada o diabetes en la fase de autorreporte tuvieron registros de glucemia elevada en las mediciones. Asimismo, el 5% de los individuos que no declararon tener glucemia elevada o diabetes por autorreporte tuvieron registros elevados de glucemia.

Colesterol elevado

El 30,7% de los individuos registró colesterol elevado (mayor o igual a 200 mg/dl) en la fase de mediciones bioquímicas.

Entre quienes se reconocieron con colesterol elevado en la etapa de autorreporte, al 46,2% se les registró colesterol elevado en las mediciones

objetivas, mientras que 3 de cada 10 individuos que no se autorreportaron con colesterol elevado tuvieron registros elevados en las mediciones.

Peso corporal por mediciones objetivas

Según el cálculo de índice de masa corporal por mediciones físicas, se evidenció que el 66,1% de los individuos tuvieron exceso de peso (sobrepeso + obesidad).

En la etapa de mediciones físicas, 3 de cada 10 individuos registraron sobrepeso, y en otros 3 de cada 10 se evidenció obesidad.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LA 4TA ENFR Y POLITICAS PÚBLICAS EN MARCHA PARA REDUCIR LAS ENT Y SUS FACTORES DE RIESGO

Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad

Interpretación de los resultados:

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 25,4% 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 es de 61,6%, por mediciones antropométricas es de 66,1%.

En cuanto a la alimentación, un indicador que muestra que los patrones alimentarios continúan siendo inadecuados en los adultos es el hecho de que el consumo de frutas y verduras permanece

estable y extremadamente por debajo de las recomendaciones de consumo de al menos 5 porciones promedio diarias.

Políticas en marcha:

- 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 bajo la órbita de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (DNPSyCENT). Desde entonces, el Programa tiene una intensa agenda de trabajo para promover políticas públicas orientadas a detener la epidemia de obesidad.
- En 2016 se publicaron las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), herramienta metodológica que establece los estándares para los contenidos de capacitación en educación alimentaria a diferentes audiencias y para el diseño e implementación de políticas alimentarias. En 2018 se elaboró y publicó el Manual de aplicación de las GAPA, un instrumento pedagógico para facilitar la educación nutricional.¹
- Desde 2017 se está implementando una estrategia de capacitación en base a las GAPA, presencial en una primera instancia y actualmente virtual.
- Desde 2014 se cuenta con la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad, cuya diseminación se realiza a través de capacitaciones virtuales dirigidas al equipo de salud.²
- También en 2018 se publicaron los datos de los índices antropométricos de más de 3 millones de Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) de 0 a 19 años que, bajo la cobertura del Programa SUMAR, se atendieron en el subsector público de la Argentina en 2016. Estos datos muestran que el 31,1% de los NNyA de los sectores sociales en situación de mayor vulnerabilidad presentaban sobrepeso y obesidad durante ese año.³

1. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf

2. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf

3. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf

- Paralelamente se elaboró y publicó un Manual de Recomendaciones sobre Etiquetado Frontal de Alimentos, con el apoyo y participación de diversas organizaciones científicas y de la sociedad civil, todos miembros de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. En materia de etiquetado frontal, desde 2018 se lleva a cabo una mesa de trabajo⁴ colaborativa entre la Secretaría de Gobierno de Salud y Ministerio de Producción y Trabajo, para discutir diferentes opciones de etiquetado frontal. Desde la DNPSyCENT se desarrolló una investigación cuali-cuantitativa para evaluar los diferentes sistemas de etiquetado frontal en la población argentina, cuyos resultados se encuentran en proceso de publicación.
- Durante el primer semestre de 2019 se pondrá 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. Dicho plan 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 productos alimenticios. El foco del plan es la prevención de la obesidad en la niñez, etapa en la que se establecen los hábitos alimentarios y de actividad física y en la que el crecimiento de la epidemia se muestra más acelerado. La implementación del Plan Nacional Así, requiere de articulación interministerial e intersectorial, incluyendo a las jurisdicciones provinciales y municipales.
- En el marco del Plan Nacional Así, un primer producto concreto es la publicación de la Guía de Entornos Escolares Saludables, 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 publicada por Resolución 564/2019. Su objetivo es establecer estándares para la regulación, que modifiquen los entornos escolares obesogénicos y promuevan entornos

escolares saludables.⁵ Con este mismo propósito, en 2019 se están llevando a cabo en distintas provincias proyectos para evaluar el estado de situación y para impulsar mejoras legislativas en materia de entornos escolares saludables como los Convenios celebrados entre la Secretaría de Gobierno de Salud y los Ministerios de Salud de Jujuy, Corrientes y Neuquén.

- En 2019 se inauguró una mesa de reformulación de azúcar en colaboración con el Ministerio de Producción y Trabajo, Cámaras empresariales y Organizaciones Científicas, para impulsar la reducción de azúcar de manera voluntaria en alimentos procesados.
- Asimismo se encuentra en proceso de elaboración un documento sobre estándares en materia de regulación de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas con especial foco en proteger los derechos de los NNyA, y cuya publicación está prevista para fines de 2019.
- En marzo de 2019 se concluyó el trabajo de campo de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), actualmente en la fase de procesamiento estadístico y análisis. Sus resultados permitirán contar con mayor información de NNyA y de adultos para abordar la epidemia de malnutrición en todas sus formas, incluyendo la obesidad.

Consumo de sodio

Interpretación de los resultados:

El indicador de sal agregada siempre o casi siempre en la mesa y en 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 el 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.

4. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001380cnt-etiquetado-nutricional-frontal-alimentos.pdf>

5. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001439cnt-2019-03-28_entornos-escolares-saludables.pdf

Políticas en marcha:

- 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° 26905 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 se brindó asistencia técnica junto con el Programa PROTEGER para la adhesión provincial y municipal a la Ley Nacional N° 26905 de reducción de consumo de sodio. 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.
- Con vistas a profundizar en el análisis, la 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.

Actividad física y prevención del sedentarismo

Interpretación de los resultados:

La actividad física baja aumentó de 54,7% a 64,9% en los adultos. Este incremento está en línea con la evidencia internacional que muestra que la prevalencia de inactividad física aumentó en los últimos años en América Latina y el Caribe.

El incremento de este indicador 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:

- Como parte del Plan Nacional Así para la prevención de sobrepeso y obesidad, el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo, creado por Resolución 578/2013, participa de iniciativas que atraviesan transversalmente todos los componentes del Plan.
- En este marco, se incluyeron recomendaciones sobre actividad física en la Guía de Entornos Escolares Saludables anteriormente mencionada y se encuentra en elaboración un consenso para desincentivar el apto físico como un requisito para que los NNyA realicen educación física en la escuela. Este requisito 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. El consenso está siendo trabajado en colaboración con el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y 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 provincias/ municipios físicamente activos.

Consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco ajeno

Interpretación de los resultados:

El consumo de tabaco, acompañando las tendencias internacionales y lo observado en ediciones anteriores de la ENFR, continúa descendiendo de manera significativa. Entre 2013 y 2018 se observó un descenso de casi 3 puntos porcentuales

en la prevalencia de tabaquismo en adultos. Resulta evidente que la puesta en marcha e implementación de políticas públicas de control de tabaco conlleva un resultado positivo en términos sanitarios. Sin embargo a pesar de la mejora en el indicador, es necesario resaltar que la prevalencia de consumo de tabaco y la morbilidad atribuible continúa siendo una de las más elevadas de la región.

Asimismo, continúa descendiendo la exposición al humo de tabaco ajeno en los lugares de trabajo, la cual bajó significativamente de 25% a 21,8% entre las últimas dos ediciones de la ENFR. La reducción de la exposición al humo de tabaco dentro del hogar también fue significativa, lo cual expresa el cambio cultural y la desnaturalización del consumo que se sigue instalando en la sociedad. No obstante 1 de cada 5 personas aún trabajan expuestas al humo de tabaco, por lo que las medidas para garantizar el pleno cumplimiento de la normativa vigente en estos espacios resulta mandatorio.

El cigarrillo electrónico, cuyo consumo fue evaluado por primera vez en la Argentina, alcanza una prevalencia de 1,1%, la cual es significativamente más baja que la que se observa en otros países del mundo. Esto pone de manifiesto que el principal problema de la epidemia del tabaquismo en Argentina continúa siendo el consumo de cigarrillos regulares.

Políticas en marcha:

- En 2017 se puso en marcha un proceso de fortalecimiento de la fiscalización de la ley Nacional N° 26687 que culminó con la aprobación de la Resolución 83/2019, que facilitará el proceso de articulación entre Nación y las Provincias en materia de fiscalización y sanciones ante el incumplimiento.
- 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. Los resultados mostraron que el aumento de los impuestos internos a los cigarrillos tuvo un efecto positivo sanitario en el corto plazo pero que luego este efecto se diluyó al

aumentar la asequibilidad de los productos.⁶ Esta información fue útil para impulsar nuevos cambios en la normativa y en este sentido se colaboró técnicamente con el Ministerio de Hacienda para la reforma fiscal de impuestos internos al tabaco, que se aprobó en 2017 a través de la Ley 27430. Dicha reforma fiscal no está logrando el objetivo sanitario buscado al no implementarse el pago del impuesto mínimo por parte de las tabacaleras pequeñas que presentaron medidas cautelares para eludir dicho impuesto, las cuales fueron otorgadas por la justicia. Para revertir esta situación, desde la Secretaría de Gobierno de Salud se está colaborando con AFIP para fortalecer los argumentos sanitarios en la estrategia judicial y garantizar la aplicabilidad de la reforma fiscal.

- Se desarrolló una evaluación de comercio ilícito a través de un análisis de brechas (gap análisis) y se planifica actualizar y ampliar la información de comercio ilícito en base a la 4ta ENFR. Desde enero de 2019 se está participando en una mesa interministerial sobre trazabilidad de los productos de tabaco para fortalecer la implementación de la reforma fiscal, controlar el comercio ilícito y proteger la recaudación fiscal.
- 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 que incluye las nuevas imágenes y mensajes que estarán vigentes a partir del 1 de octubre del presente año.
- Para fortalecer el cumplimiento de ambientes libres de humo en provincias y municipios se brinda asistencia técnica en colaboración con el programa PROTEGER y la Dirección de Municipios Saludables.
- 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 prohibición de la exhibición de los productos de tabaco. En este

6. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001110cnt-2018-02_informe-impacto-aumento-impuestos-tabaco_preliminar.pdf

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 la Secretaría de Gobierno de Salud 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 de la normativa vigente.
- Desde la Secretaría de Gobierno de Salud se continúa impulsando 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.

Hipertensión arterial

Interpretación de los resultados:

La prevalencia autorreportada de presión arterial elevada, entre quienes se midieron alguna vez en la vida, se mantuvo estable en un 34,6%. No obstante, para una mejor aproximación al parámetro real en la población, se requiere realizar un análisis más profundo de la 4ta ENFR que excede los objetivos del presente reporte.

No debe incurrirse en el error de considerar que la prevalencia de hipertensión arterial en Argentina es del 40,6%, que es el porcentaje de personas que presentaron la presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg en el momento de las mediciones físicas de la encuesta. Dentro de este porcentaje, muchas personas son hipertensas y están inadecuadamente controladas así como también hubo quienes presentaron presión elevada y desconocían tener hipertensión (subdiagnosticadas). Del mismo modo, si se analizara el porcentaje de la población con presión arterial normal al momento de las mediciones, habría que tener en cuenta que muchas de ellas pueden tener diagnóstico de hipertensión arterial y se encuentran adecuadamente controladas.

Habiendo efectuado las anteriores consideraciones, se interpreta que entre quienes se autorreportaron

como hipertensos, 6 de cada 10 tenían la presión 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 de los mismos o por bajo seguimiento). Entre quienes no se conocían hipertensos por autorreporte, 3 de cada 10 también 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.

También 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 salud.

Es evidente que la prevalencia de hipertensión arterial en adultos en Argentina es mayor al 34,6% y a partir del análisis completo y detallado que se realizará en el informe final de la 4ta ENFR, se podrá llegar a conclusiones sobre el diagnóstico epidemiológico de hipertensión arterial. .

Políticas en marcha:

- En el marco de la Cobertura Universal en Salud (CUS), eje central de las políticas de la Secretaría de Gobierno de Salud, la hipertensión arterial es una línea de cuidado priorizada, junto a otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el cáncer, la obesidad, entre otras.
- Para atender la problemática de la hipertensión arterial, la Secretaría de Gobierno de Salud 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 Medicamentos Esenciales.
- 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 hipertensión arterial 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 DNPSyCENT, otras áreas de la Secretaría de Gobierno de Salud, los Programas Provinciales, y en colaboración con organizaciones científicas y académicas, está desarrollando la Primera Guía De Práctica Clínica de Hipertensión Arterial, cuya publicación está prevista para el segundo semestre 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 la Secretaría de Gobierno de Salud, en Diciembre de 2018, y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, se lanzó el Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. El piloto de dicho Plan esta implementándose en la provincia de La Rioja e integra los recursos disponibles y establece recomendaciones para mejorar la búsqueda, detección, registro en la historia clínica electrónica, seguimiento activo, adecuado tratamiento y control de las personas con hipertensión arterial. Durante 2019 se planea extender el Plan a todas las provincias que eligieron la hipertensión arterial como línea de cuidado priorizada en el marco de los proyectos escalables de la CUS.
- La Estrategia de Reducción de Sodio, que ya fue descrita en el apartado anterior, es un componente fundamental para la prevención de la hipertensión arterial, dado que el consumo excesivo de sodio representa su principal factor de riesgo. Asimismo las acciones para prevenir la obesidad, mejorar los patrones alimentarios y promover la actividad física, conllevan beneficios para la prevención primaria de la hipertensión arterial.

Glucemia elevada o Diabetes.

Interpretación de los resultados:

La prevalencia autorreportada de glucemia elevada o diabetes aumentó de 9,8% a 12,7% en la 4ta ENFR respecto de la edición anterior. Este aumento significativo era esperable dado

que acompaña el crecimiento de la obesidad y de la inactividad física, ambos factores de riesgo reconocidos de diabetes tipo 2. Es decir que, para reducir la prevalencia de diabetes es fundamental implementar las políticas de prevención y control de la obesidad.

A través de las mediciones bioquímicas de la encuesta, el 8,4% de la población registró glucemia capilar elevada (digitopunción con valor de glucemia ≥ 110 mg/dl). Asimismo, 3 de cada 10 individuos que se reconocieron con glucemia elevada o diabetes en el autorreporte, tuvieron registros de glucemia elevada en las mediciones bioquímicas; mientras que el 5,0% de los individuos que no declararon tener glucemia elevada o diabetes por autorreporte, tuvieron registros elevados de glucemia.

Del mismo modo que se aclaró para hipertensión arterial, no se puede hacer una interpretación directa de que todas las personas con glucemia elevada por mediciones bioquímicas (8,4% de la población) sean diabéticas. La prevalencia de diabetes en la población requiere combinar múltiples variables y también es necesario realizar un análisis más profundo de la 4ta ENFR, que excede los límites del presente informe, que se presentará durante el segundo semestre de 2019 y que evaluará por primera vez el Findrisk, entre otros indicadores relevantes. Vale aclarar asimismo, que el indicador por mediciones de glucemia elevada o diabetes 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.

En este caso no puede concluirse que un valor de glucemia capilar elevado, en un individuo que refiere antecedentes de diabetes por autorreporte significa que la diabetes está mal controlada, dado que la metodología para evaluar el buen/mal control diabetológico es a través de otro estudio: la hemoglobina glicosilada, un análisis que permite evaluar el promedio de glucemias durante los últimos 3 meses. Sin embargo la glucemia capilar en ayunas como la efectuada en este estudio, resulta útil para detectar potenciales diabéticos subdiagnosticados, es decir que desconocen su

condición. Resulta relevante que el 5% de la población que se refirió como no diabética por autorreporte, tuviera la glucemia elevada, lo cual demuestra por un lado el subdiagnóstico, y por el otro la necesidad de fortalecer la detección activa de personas con diabetes.

Lo mencionado para el caso de hipertensión arterial es también aplicable para este caso, en cuanto a que estos estudios son epidemiológicos, de alcance poblacional y no son homologables a diagnósticos clínicos individuales.

Políticas en marcha:

- La diabetes también constituye una línea de cuidado priorizada en el marco de la CUS y en los Programas de Financiamiento Internacional, como REDES, PROTEGER y PACES. De igual modo, a través del Programa Medicamentos Esenciales se entregan fármacos e insumos para el tratamiento de la diabetes en el Primer Nivel de Atención.
- El Programa Nacional De Prevención Y Control De Personas Con Diabetes Mellitus creado por la Resolución 1156 /2014, junto con el Área de Servicios de Salud de la DNPSyCENT, otras áreas de la Secretaría de Gobierno de Salud, los Programas Provinciales, y en colaboración con organizaciones científicas y académicas, está desarrollando la actualización de la Guía De Práctica Clínica de Diabetes Mellitus, cuya publicación está prevista para el segundo semestre de 2019. Del mismo modo, se están llevando a cabo capacitaciones destinadas a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención sobre la temática de la diabetes.
- Desde el Programa Nacional De Prevención Y Control De Personas Con Diabetes Mellitus y la Comisión Nacional Permanente Asesora de Diabetes se brindó asistencia técnica para la actualización de las normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con diabetes, a través de la Resolución 423/2018, que da cumplimiento a las actualizaciones previstas por la ley Nacional N° 26.914 de Control de Diabetes.
- En 2018 se estuvo trabajando en la implementación de la Red Nacional de Manejo del Pie Diabético, con el propósito de articular el primer nivel de atención con el segundo y el

tercero para la prevención y el tratamiento de las personas con pie diabético.

- Para el segundo semestre de 2019 está previsto el lanzamiento de un Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el primer nivel de atención que integre todas las iniciativas antes mencionadas. *Asimismo las acciones del Plan Nacional ASI para prevenir la obesidad, mejorar los patrones alimentarios y promover la actividad física conllevan beneficios para la prevención de la diabetes.

Colesterol elevado.

Interpretación de los resultados:

La prevalencia autorreportada de colesterol elevado se mantuvo estable en 28,9% de la población, sin cambios significativos respecto de las ediciones previas de la Encuesta.

A través de las mediciones bioquímicas de la encuesta, el 30,7% de la población registró colesterol capilar elevado (pinchazo en el dedo con valor de colesterol total ≥ 200 mg/dl).

Asimismo, el 46,2% de los que habían declarado tener colesterol alto por autorreporte, tuvieron colesterol elevado por medición bioquímica. De los que no reconocían tener antecedentes de colesterol alto, un 29,1% evidenció colesterol alto en la medición bioquímica.

Del mismo modo que se aclaró para diabetes o hipertensión, no se puede hacer una interpretación directa de que la prevalencia de colesterol elevado en la población es el porcentaje de los que evidenciaron colesterol alto por mediciones bioquímicas en la encuesta. La prevalencia de dislipemia (o alteración del perfil de lípidos) de la población requiere combinar múltiples variables y también es necesario realizar un análisis más profundo de la 4ta ENFR, que excede los límites del presente informe. Además, en este caso, no puede concluirse que un valor de colesterol elevado significa que la persona tiene su dislipemia mal controlada, dado que la metodología para evaluar el buen/mal control se realiza con análisis de laboratorio que requieren determinaciones de triglicéridos, colesterol HDL, etc.; asimismo los puntos de corte varían de acuerdo al riesgo

cardiovascular de los individuos. Una vez más, resulta relevante que casi 1 de cada 3 individuos que no refirieron antecedentes de colesterol alto por autorreporte evidenciaron un registro bioquímico alto.

Es por ello, que lo mencionado para hipertensión y diabetes, es aplicable también a colesterol, en cuanto a que estos estudios epidemiológicos poblacionales no son homologables ni reemplazan el diagnóstico clínico de los individuos.

Políticas en marcha:

- El Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, junto con el Área de Servicios de Salud de la DNPSyCENT, 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).

Lesiones

Interpretación de los resultados:

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

Para interpretar las potenciales causas del empeoramiento del presente indicador es preciso esperar los resultados completos de la 4ta ENFR a fin de evaluar la evolución del consumo nocivo de alcohol, entre otros indicadores complementarios. No obstante, los factores que potencialmente pueden explicar el empeoramiento del indicador son el aumento de consumo de alcohol, reportado por la Encuesta de Consumo de Sustancias Psicoactivas de SEDRONAR, y la baja percepción de riesgo a cerca del consumo de alcohol al conducir que tienen los jóvenes según reporta el Observatorio de Seguridad Vial.⁷

7. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_obs_guia_alcohol.pdf

Con relación al uso de cinturón de seguridad siempre, al manejar o viajar en auto, la prevalencia fue del 73,9% y significativamente mayor al de la medición anterior, manteniéndose la tendencia creciente del uso de cinturón de seguridad entre quienes viajan en auto a lo largo de los años. Respecto al uso de casco en moto, la prevalencia fue del 65%, significativamente mayor al valor de 2013. En tanto que con relación al uso de casco en bicicleta, la prevalencia fue del 10,7% y no presentó diferencias significativas con respecto a la tercera edición. 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 casco en la moto, no así en el uso de casco en la bicicleta, que si bien es obligatorio su uso, culturalmente no se ha instalado y se requieren de mecanismos para fortalecer su implementación.

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 la Secretaría de Gobierno de Salud 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 DNPSyCENT mediante la Resolución 187/2019, que busca fortalecer las estrategias de prevención, promoción, vigilancia y control de las lesiones de causa externa.

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 DNPSyCENT y la Dirección Nacional de Salud Mental, 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 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.

A CERCA DE LA DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE LAS ENT

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (RES. 1083/2009).

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) constituyen una epidemia global, representan la principal causa de muerte prematura y de discapacidad, y causan el 60% de todas las muertes a nivel mundial.

En Argentina, 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. Sus factores de riesgo atribuibles explican 3 de cada 4 muertes por ENT, y comparten problemáticas y estrategias comunes de prevención y control tanto a nivel de los determinantes sociales como en gran parte de las políticas diseñadas para su control, ya sea a nivel poblacional como en el ámbito de los servicios y redes de atención.

Desde esta perspectiva, y considerando el avance de la epidemia mundial de ENT, en el año 2009, se aprobó la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, a través de la Resolución 1083, coordinada por la Dirección de Promoción y Protección de la Salud (actualmente Dirección Nacional de Promoción

de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles). Sus objetivos son: reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población general; disminuir la mortalidad, morbilidad y discapacidad; y mejorar el acceso y la calidad de la atención.

Dentro de las líneas de acción de la Dirección Nacional se encuentran:

Vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo

Para el abordaje epidemiológico, el monitoreo de la evolución de las ENT y sus FR, evaluación del impacto de las políticas, investigaciones orientadas a la toma de decisiones.

Reorientación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud

Para el abordaje clínico para el manejo integrado de enfermedades crónicas en el sistema de atención.

Promoción de la salud y control de factores de riesgo de ENT de la población en su conjunto

Para el abordaje poblacional a través de la regulación de entornos y productos, acciones de promoción, campañas, etc.

Articulación con las provincias

Para armonizar estándares de políticas entre el nivel jurisdiccional y Nación.

Comunicación

Para el desarrollo de estrategias comunicacionales con el fin de instalar las ENT en la agenda pública.

La estrategia de la Dirección Nacional se desarrolla en el marco de la **Cobertura Universal de Salud**, que es una política sanitaria central de la Secretaría de Gobierno de Salud.

Para la concreción de la estrategia, la 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) Plan Nacional de Prevención y Control de Lesiones.

Conclusión

Las diferentes ediciones de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo constituyen un instrumento útil para la toma de decisiones en salud pública, dando soporte al diseño, evaluación y monitoreo de las medidas implementadas a largo plazo, que trascienden las distintas gestiones de gobierno.

Muestra de esto es la puesta en marcha de políticas públicas efectivas, como por ejemplo las implementadas en materia de control de tabaco y de seguridad vial, que se reflejan en una evolución favorable de los indicadores; la sanción e implementación de normas, desarrollo de campañas y acciones educativas, entre otras, generan un cambio cultural y de adopción de hábitos saludables, que a su vez fortalecen el cumplimiento de dichas medidas. Este modelo es el que se impulsa para modificar la tendencia que se observa en otras problemáticas como el sobrepeso y la obesidad.

0800-222-1002

www.argentina.gob.ar/salud



Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación