SERIE DE DOCUMENTOS TÉCNICOS
ISBN 978-987-47883-1-3

Enfermedades crónicas no transmisibles

1

Alejandro Ameal
Alejandra Sánchez Cabezas

GDFE
Grupo de Fundaciones y Empresas

OBSERVATORIO DE SALUD

CONTENIDO

Introducción/Descripción 3
¿Qué son las enfermedades crónicas no transmisibles y cuáles son sus factores de riesgo? 3
Enfermedades cardiovasculares 4
Cáncer 5
Enfermedades respiratorias crónicas 6
Diabetes 8
Factores de riesgo para todas las enfermedades crónicas no transmisibles 10

Justificación 13
¿Cuál es el impacto de las enfermedades no transmisibles?
¿Por qué son una prioridad para la salud pública?
Las enfermedades crónicas no transmisibles en la agenda internacional 13
Situación mundial/ Los grandes números de las enfermedades crónicas no transmisibles 14
Enfermedades cardiovasculares ECV 14
Cáncer 14
Enfermedades respiratorias crónicas 17
Diabetes 18
Situación regional de las enfermedades crónicas no transmisibles 18
Situación nacional de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo 22
Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles 22
Morbilidad asociada a las enfermedades crónicas no transmisibles 24
Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en la Argentina 30

El costo de las enfermedades crónicas no transmisibles 46
Intervenciones recomendadas para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles 49
Recursos para abordar las enfermedades crónicas no transmisibles en la Argentina 54
Estructura nacional y provincial 54
Marco normativo 55

Conclusiones / Comentarios 56
Futuras indagaciones posibles 57

Bibliografía 58

Anexo I. Mortalidad absoluta y mortalidad proporcional por enfermedades crónicas no transmisibles, países de América del Sur, 2016. 61
Anexo II. Tasas de defunción estandarizadas por edad grupo de causas, por 100 000 habitantes, países de América del Sur, 2016. 62
Anexo III. Prevalencia de los principales factores de riesgo, países de América del Sur, 2016. Parte I 63
Anexo III. Prevalencia de los principales factores de riesgo, países de América del Sur, 2016. Parte II 64
Anexo IV. Legislación nacional por temática específica. 65

Introducción / descripción

¿Qué son las enfermedades crónicas no transmisibles y cuáles son sus factores de riesgo?

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma) y la diabetes[1]. En su conjunto son consideradas una epidemia mundial y constituyen la principal amenaza para la salud humana[2]. A su vez se asocian a una significativa carga de enfermedad y necesitan de utilización de gran cantidad de recursos sanitarios humanos y materiales.

Estas enfermedades resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Se encuentran asociadas a factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas, y metabólicos como la hipertensión, el colesterol elevado y el aumento de la glucosa.

De eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían postergar cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer.

Si bien las ECNT constituyen el principal problema de salud del país y del mundo –lo que las constituye en la principal causa de muerte– también son una oportunidad única de intervención para los distintos actores de la sociedad, ya que en su mayor parte representan **enfermedades prevenibles mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo[1].** De eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían postergar cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer.

[1] *Enfermedades no transmisibles-página inicial,* WHO, n.d.
[2] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de patologías que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, entre las que se encuentran: la cardiopatía coronaria, que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan a la musculatura cardíaca; las enfermedades cerebrovasculares; las patologías que afectan a los vasos periféricos; las cardiopatías congénitas, que son malformaciones del corazón que se presentan desde el nacimiento; y las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares, que consisten en coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones[3].

Los ataques al corazón y los accidentes cerebrovasculares (ACV) suelen ser manifestaciones agudas de procesos crónicos muchas veces asintomáticas, que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los ACV también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre. Los ataques cardíacos y ACV suelen tener su causa en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas poco saludables y la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia, que serán abordadas en otra sección del presente informe. Estos factores de riesgo son comunes a otras ECNT por lo tanto al ser abordados para lograr su disminución no solo se está incidiendo en las ECV, sino en otras ECNT.

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas poco salubales y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

[3] *Enfermedades cardiovasculares,* OMS, n.d.

CÁNCER

El cáncer es un conjunto amplio de patologías que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores o neoplasias[4]. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pierden su funcionalidad específica[5]. Pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis, que son la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer es fruto de la transformación de células normales en células tumorales en un proceso en etapas que puede comenzar como lesiones precancerosas. Estas alteraciones son el resultado de la interacción de factores genéticos y tres categorías de agentes externos: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco o el arsénico (contaminante en el agua de distintas regiones de la Argentina), y carcinógenos biológicos, como el virus del papiloma humano (VPH).

... el tabaco explica el 22% de todas las muertes por cáncer siendo la principal causa prevenible en el mundo.

Entre el 30 y el 50% de los cánceres son prevenibles por diferentes intervenciones que incidan sobre los agentes externos o factores de riesgo, se realice un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer está vinculado a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Por ejemplo, el tabaco explica el 22% de todas las muertes por cáncer siendo la principal causa prevenible en el mundo[6].

[4] [6] *Cáncer-OMS,* n.d.
[5] *¿Qué es el cáncer?,* n.d.

Otro factor relevante en la ocurrencia de cáncer es el envejecimiento de la población que toma especial relevancia en el proceso de transición demográfica que atraviesan la mayor parte de los países del mundo (Lence and Camacho, 2006). La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad[7].

Sin embargo, en nuestro país el acceso a los servicios de salud –sobre todo vinculado a la posibilidad de realizar detecccción precoz– sigue siendo una causa relevante de diagnóstico tardío de muertes que hubieran sido evitables.

La carga de enfermedad y muerte por cáncer se puede disminuir de forma significativa mediante dos estrategias específicas[8].

- la reducción de factores de riesgo, fundamentalmente el consumo de tabaco, el sobrepeso y la obesidad, la mala alimentación, la inactividad física y el consumo excesivo de alcohol.

- la detección temprana y el tratamiento oportuno. Si el cáncer se diagnostica tempranamente, es más probable que el tratamiento sea eficaz. La probabilidad de supervivencia aumenta, la morbilidad se reduce y el tratamiento es más barato. El diagnóstico y tratamiento precoces comportan mejoras notables en la vida de los pacientes.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) son enfermedades de larga duración de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las alergias respiratorias, las enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar son algunas de las más frecuentes[9].

[7] [8] *Cáncer,* OMS, n.d.
[9] *Enfermedades respiratorias crónicas,* OMS, n.d.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC o bronquitis crónica) es una enfermedad pulmonar progresiva y potencialmente mortal que produce dificultad respiratoria y predispone a padecer exacerbaciones y enfermedades graves. Es una patología que produce una reducción persistente del flujo de aire. Los síntomas empeoran gradualmente y la disnea, que es persistente y al principio se asocia al esfuerzo, aumenta con el tiempo hasta aparecer en reposo. Es una enfermedad que no siempre se llega a diagnosticar y puede ser mortal. Si bien no tiene cura, el tratamiento puede aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad[10].

Muchos casos de EPOC son prevenibles ya que su principal causa es la exposición a humo de tabaco, tanto en fumadores activos como pasivos. También la calidad del aire ambiental, en exteriores o en ámbitos cerrados, tiene influencia en la ocurrencia de esta patología.

Asma

El asma es una enfermedad crónica que provoca inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias y obstruye la salida de aire de los pulmones. Es una de las principales enfermedades no transmisibles y se caracteriza por ataques recurrentes de dificultad respiratoria y sibilancias; su gravedad es variable según el paciente. Es la enfermedad crónica más común entre los niños[11].

Las manifestaciones asmáticas recurrentes son causa frecuente de insomnio, cansancio diurno, disminución de la actividad y absentismo escolar y laboral. Es una patología que representa una carga importante para el paciente y sus familias, y puede limitar las capacidades del paciente durante toda su vida[12]. Si bien tiene una baja tasa de letalidad en comparación con otras enfermedades crónicas como la EPOC, puede ser fatal si no se accede a los medicamentos adecuados.

Los principales factores de riesgo son la combinación de una predisposición genética con la exposición ambiental a sustancias y partículas inhaladas que pueden provocar reacciones alérgicas o irritar las vías respiratorias tales como: alérgenos domésticos, ácaros del polvo, contaminación del aire, humo

[10] *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC,* n.d.
[11] [12] *10 datos sobre el asma,* OMS, n.d.

de cigarrillo o caspa de los animales de compañía. Otra categoría son los alérgenos que se encuentran fuera de casa, como los pólenes o los mohos o la contaminación atmosférica. También deben considerarse las sustancias irritantes vinculadas a ciertas actividades laborales[13].

A diferencia de otras ECNT, el abordaje que resulta en un buen control de la enfermedad del asma no es la prevención sino el diagnóstico oportuno, el acceso a un tratamiento adecuado y la educación del paciente. El acceso insuficiente a los medicamentos y a los servicios de salud es una de las razones importantes del control deficiente del asma en numerosos lugares.

DIABETES

La diabetes es una patología crónica asociada a la incapacidad del páncreas a producir insulina suficiente o del organismo a utilizar eficazmente la insulina producida. La insulina es una hormona que regula el nivel de glucemia[14].

...una persona adulta con diabetes tiene hasta tres veces mayor riesgo de sufrir infarto de miocardio o ACV. También incrementa las posibilidades de sufrir insuficiencia renal, amputaciones o retinopatía diabética, que causa cerca del 3% de las cegueras en el mundo.

Es una patología que si no es controlada, con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos, produciendo complicaciones en distintas partes del organismo e incrementando las posibilidades de muerte prematura[15]. Por ejemplo una persona adulta con diabetes tiene hasta tres veces mayor riesgo de sufrir infarto de miocardio o ACV. También incrementa las posibilidades de sufrir insuficiencia renal, amputaciones[16] o retinopatía diabética, que causa cerca del 3% de las cegueras en el mundo[17].

[13] *10 datos sobre el asma,* OMS, n.d.
[14] *Diabetes,* n.d.
[15] *Informe mundial sobre diabetes 2014 OMS.pdf,* n.d.
[16] *10 datos sobre la diabetes,* OMS n.d.
[17] *Diabetes,* n.d.

Existen tres formas clínicas diferentes que tienen abordajes particulares:

- **Diabetes de tipo 1,** insulinodependiente o juvenil en la que hay producción deficiente de insulina desde edades temprana y requiere la administración diaria de esta hormona. Dado que aún se desconoce la etiología de esta enfermedad, no se puede prevenir con el conocimiento actual.

- **Diabetes de tipo 2,** no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina por parte del organismo aunque su producción sea normal. Es la presentación más frecuente a nivel mundial y es prevenible ya que en gran medida se debe a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Recientemente esta forma de presentación dejó de ser exclusiva de los adultos para empezar a presentarse en los niños.

- **Diabetes gestacional,** es una forma clínica que se presenta durante el embarazo con un nivel de glucemia superior al normal durante la gestación, pero inferiores a los establecidos para diagnosticar diabetes fuera de ese momento. Esta presentación incrementa los riesgos de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, además de incrementar las probabilidades de que tanto las embarazadas como sus hijos desarrollen diabetes tipo 2 en el futuro.

El abordaje de la diabetes implica intervenir en diferentes instancias, trabajando en la prevención promoviendo dietas saludables, ejercicio físico y un control del peso corporal y garantizando el acceso a un diagnóstico temprano para que las personas accedan a un tratamiento oportuno y controles periódicos para evitar complicaciones[18].

[18] *10 datos sobre la diabetes,* OMS, n.d.

Todas las ECNT comparten, en mayor o menor medida, los mismos factores de riesgo, que explican 75% de las muertes. Los cuatro más importantes son el consumo de tabaco directo e indirecto, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el consumo problemático de alcohol.

FACTORES DE RIESGO PARA TODAS LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Las ECNT se encuentran directamente asociadas a factores de riesgo cuya presencia incrementa las posibilidades de adquirir una o varias de las enfermedades mencionadas[19]. Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, los mismos factores de riesgo[20], que explican 75% de las muertes. Los cuatro más importantes son el consumo de tabaco directo e indirecto, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el consumo problemático de alcohol.

Se dividen en dos categorías ya que tienen abordajes diferentes:

- **Factores de riesgo comportamentales:** los cuatro principales son el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas[21]. Son modificables mediante la promoción de hábitos de vida saludables. Estos cuatro factores generan la mayor parte de las muertes y discapacidad evitables.

- **Factores de riesgo metabólicos:** hipertension arterial, diabetes/ hiperglucemia, hipercolesterolemia y sobrepeso/obesidad[22]. Estos factores muchas veces se presentan como una consecuencia de la presencia sostenida de los primeros. Son una instancia intermedia entre los factores de riesgo comportamentales y la presentación de ECNT. Para su abordaje requieren un diagnóstico temprano para tratarlos de manera oportuna ya sea trabajando sobre hábitos saludables en estadios tempranos o mediante medicación.

[18] *10 datos sobre la diabetes,* OMS, n.d.
[19] *Enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo,* ENT, n.d.
[20] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo. pdf,* n.d.
[21] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.
[22] Sobrepeso: IMC igual o superior a 25. Obesidad: IMC igual o superior a 30.

La pobreza constituye un círculo vicioso porque expone a factores de riesgo comportamentales. Estos resultan en mayor carga de ECNT y profundizan la situación de pobreza de las familias. Esto requiere una enérgica intervención del Estado en articulación con distintos actores de la sociedad.

El incremento en la prevalencia de las ECNT viene acompañado del aumento de los factores de riesgo comportamentales y en una tendencia que se viene afianzado de forma generalizada como parte de la transición demográfica, el aumento de la pobreza[23], los rápidos procesos de urbanización y las transformaciones en los modos de vida[24]. Los principales efectos de estos factores de riesgo se concentran cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países, como reflejo de los determinantes socioeconómicos subyacentes. Es en estas poblaciones donde se instala un círculo vicioso que requiere una vigorosa intervención: **la pobreza expone a las personas a factores de riesgo comportamentales de las ECNT y a su vez estas enfermedades tienden a agravar la espiral que aboca a las familias a la pobreza.** Es necesario que los esfuerzos del Estado y los distintos actores de la sociedad se concentren en las comunidades más afectadas para evitar que su impacto siga acentuándose y manteniendo a esas poblaciones en la pobreza.

Si los distintos niveles gubernamentales trabajan de forma conjunta con distintos actores de la sociedad para regular los principales factores de riesgo, se puede contribuir a reducir la carga de enfermedad evitable, reducir los gastos de atención de salud asociados[25] y lograr que las sociedades alcancen mayores niveles de salud en el total de su población.

[23] [25] *Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria,* n.d.

[24] *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010* RESUMEN DE ORIENTACIÓN, n.d.

Algunos datos globales de los factores de riesgo

Comportamentales

TABACO

- 1.100 millones de personas son fumadoras actualmente.
- El 80% se encuentran en países de ingresos medio o bajos.
- El tabaco mata al 50% de sus consumidores, lo que se traduce en 8 millones de muertes al año, de las cuales 7 millones son fumadores directos y 1,2 millones son fumadores pasivos.

INACTIVIDAD FÍSICA

- A nivel mundial, uno de cada cuatro adultos no tiene un nivel suficiente de actividad física.
- Más del 80% de la población adolescente del mundo no tiene un nivel suficiente de actividad física.

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

- El 5,3% de las defunciones se deben al consumo nocivo de alcohol, lo que significa 3 millones de muertes anuales.
- El consumo de alcohol se encuentra asociado a más de 200 patologías.
- El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

DIETAS POCO SALUDABLES

- La malnutrición se presenta de diversas formas, aún al interior de un mismo país.Incluye la desnutrición, los desequilibrios de vitaminas o minerales (exceso de sodio), el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.
- En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye tanto la desnutrición como la alimentación excesiva y el sobrepeso, sobre todo en los países de ingresos medianos y bajos.
- Un mayor énfasis en la nutrición en los servicios de salud podría salvar 3,7 millones de vidas para 2025.

Metabólicos

HIPERTENSIÓN

- Se estima que cerca de 1.130 millones de personas viven con hipertensión, de las cuales el 80% no tiene controlada la patología.
- Afecta en mayor medida a los hombres.
- Incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades.
- Este factor de riesgo se viene incrementando en los últimos 40 años, principalmente en los países de ingresos bajos y medios.

COLESTEROL ELEVADO

- Se estima que la prevalencia global de colesterol elevado es del 39%.
- El colesterol elevado causa 2,6 millones de muertes anuales (4,5%) y una pérdida de 29,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).
- Si bien puede tener un componente hereditario el colesterol elevado se asocia principalmente a los modos de vida, el exceso de peso, el sedentarismo y el consumo nocivo de alcohol.

SOBREPESO Y OBESIDAD

- Más del 39% (1.900 millones) de las personas adultas tienen sobrepeso y el 13% son obesos (650 millones).
- Más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) tienen sobrepeso u obesidad.
- 41 millones de niños menores de cinco años tienen sobrepeso o son obesos.
- En los últimos 40 años el sobrepeso y la obesidad se han triplicado en el mundo, y hoy es el principal factor de riesgo a nivel mundial.

Justificación

¿Cuál es el impacto de las enfermedades no transmisibles? ¿Por qué son una prioridad para la salud pública?

En su conjunto, las ECNT producen la muerte de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo[26]. Representan la principal causa de muerte prematura: 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad mueren cada año. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes con 17,9 millones cada año, seguidas del cáncer con aproximadamente 9 millones, las enfermedades respiratorias con 3,9 millones y la diabetes alcanzando 1,6 millones de fallecimientos al año.

Las ECNT afectan en mayor medida a los países de ingresos bajos y medios, en los que se registran más del 85% (aproximadamente 32 millones) de las muertes por estas enfermedades. De esta manera golpean más fuertemente a los sectores en situación de mayor vulnerabilidad social y económica, perpetuando la pobreza. En términos mundiales, afectan por igual a hombres y mujeres. Se deben incluir medidas para prevenir los factores de riesgo que favorecen las ECNT en todas las etapas de la vida con políticas orientadas a mejorar la calidad de la alimentación, promover la actividad física y disminuir la exposición al humo del tabaco y el uso nocivo del alcohol.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA AGENDA INTERNACIONAL

Progresivamente, las ECNT han ido tomando mayor relevancia en la agenda internacional. En el año 2011 la Organizacion de las Naciones Unidas (ONU) realizó la primera Reunión de Alto Nivel donde se hizo una declaración pública expresa para tratarlas y proponer respuesta a nivel global. A partir de entonces se diseñó el Plan de Acción Global de la Organización Mundial de la Salud 2013-2020, una hoja de ruta con reuniones de seguimiento de alto nivel y un conjunto de herramientas para la puesta en marcha de acciones basadas en evidencia y para el reporte y monitoreo de la problemática[27].

[26] *Enfermedades no transmisibles-página inicial,* OMS, n.d.

[27] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

Más del 85% de las muertes por ECNT suceden en países de medianos y bajos ingresos e impactan fuertemente a sectores en situación de mayor vulnerabilidad social y económica, y perpetuando la pobreza.

En el año 2015 la comunidad internacional sentó las bases para alcanzar un nuevo modelo de desarrollo con la finalidad de eliminar la pobreza extrema, garantizar una vida sana y promover el bienestar general. Esto fue plasmado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En América Latina hubo una gran adhesión a esta iniciativa se incorporaron estos objetivos y sus metas componentes a los sistemas nacionales de planificación. En 2018 se realizó una nueva reunión en la que se acordaron nuevos compromisos y se reconoció que los resultados obtenidos al momento estaban lejos de ser los deseados. Asimismo, las ECNT han entrado en la agenda de los ODS 2030 con la meta 3.4:

Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

SITUACIÓN MUNDIAL/ LOS GRANDES NÚMEROS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Enfermedades cardiovasculares ECV

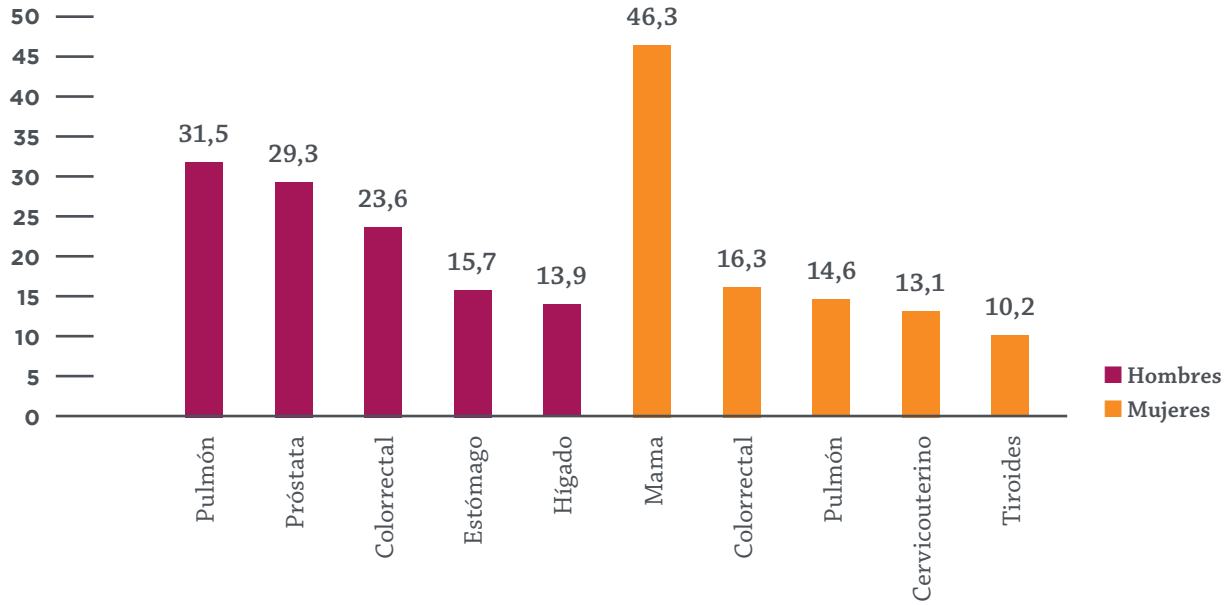
Las **ECV** son la **principal causa de muerte en todo el mundo,** producen más de 17,7 millones de fallecimiento al año, lo que constituye el 31% de las muertes. El 75% de estas defunciones se producen en países de ingresos bajos y medios. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares[28].

Cáncer

Con un total de 8,8 millones de defunciones en el año 2015, el **cáncer** es la **segunda causa de muerte en el mundo,** explicando casi el 16%[29].

[28] *Enfermedades cardiovasculares,* OMS, n.d.
[29] *10 datos sobre el cáncer,* OMS, n.d.

Gráfico 1. Principales tipos de cáncer por sexo según incidencia *(casos cada 100.000 habitantes)*. OMS 2018



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Cáncer today, International Agency for Research on Cáncer.*
Disponible en: *http://gco.iarc.fr/today/home*

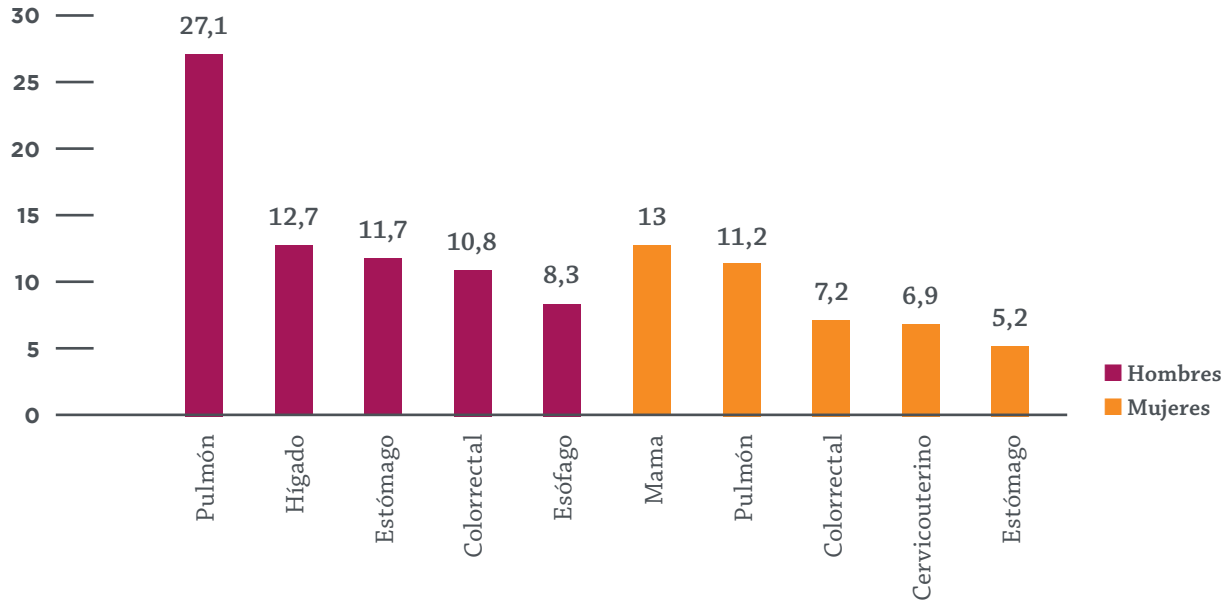
El *Gráfico 1* muestra los principales tipos de cáncer por sexo de acuerdo a su incidencia[30]. Los cinco principales tipos de cáncer en varones explican en su conjunto 114 casos nuevos cada 100.000 habitantes cada año, mientras que en el caso de las mujeres, los cinco tipos más frecuentes producen 100,5 casos nuevos en forma anual.

Al considerar la mortalidad por cáncer diferenciada por sexo surgen diferencias con respecto a cuales son los tipos de cáncer que producen mayor mortalidad con respecto a la incidencia observada *(Gráfico 2)*. También se evidencia una marcada diferencia en la mortalidad entre ambos sexos para los cinco principales tipos de cáncer; en el caso de los varones, en su conjunto, producen 70,6 muertes cada 100.000 habitantes mientras que en las mujeres causan 43,5 fallecimientos en la misma cantidad de población de referencia.

Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son diferentes en varones que en mujeres. Para los varones son: pulmón, hígado, estómago, colon y esófago; mienstras que para las mujeres son: mama, pulmón, colon, cervicouterino y estómago.

[30] La tasa de incidencia corresponde a la cantidad de casos nuevos cada 100.000 habitantes por año.

Gráfico 2. Principales tipos de cáncer por sexo según mortalidad *(fallecimientos cada 100.000 habitantes).* OMS 2018



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Cáncer today, International Agency for Research on Cáncer.*
Disponible en: *http://gco.iarc.fr/today/home*

Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. Sin embargo, en 2017 solo el 26% de los países de ingresos bajos informaron de que su sistema público de salud contaba con servicios para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%[31]. A esto se agrega la falta de información a nivel nacional para impulsar políticas efectivas para paliar la enfermedad: sólo 1 de cada 5 países de ingresos medianos o bajos dispone de datos necesarios para el diseño de políticas basadas en evidencia (8)[32].

[31] *Cáncer,* OMS, n.d.

[32] Desde hace tiempo, tanto en los países desarrollados como los de medianos y bajos ingresos, se reconoce la necesidad de mejorar el desempeño de los gobiernos en la conducción de los asuntos públicos. Para esto se propone introducir una visión más fudamentada para diseñar e implemantar políticas públicas. Este enfoque requiere de que la formulación de buenas políticas depende información de alta calidad que surje del conocimiento especializado, de investigaciones existentes nacionales e internacionales, de datos estadísticos, y de consulta a expertos. (Flores Crespo, Pedro. (2013). *El enfoque de la política basado en la evidencia: Análisis de su utilidad para la educación de México.* Revista mexicana de investigación educativa, 18(56), 265-290. Recuperado en 23 de abril de 2020, de *http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662013000100012&lng=es&tlng=es)*

Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%

Otra falencia en el abordaje de este grupo de patologías es la accesibilidad a cuidados paliativos donde solo el 14% de las personas delmundo tienen acceso. Además del impacto en la salud de las personas, de las familias y de las comunidades, el impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Según las estimaciones, el costo total atribuible a la enfermedad en 2010 ascendió a US$ 1,16 billones (Stewart et al., 2014).

Enfermedades respiratorias crónicas

Se estima que cerca de 235 millones de personas padecen asma actualmente[33] y otros 251 millones sufrieron EPOC durante el año 2016[34]. Se espera que con el envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de tabaquismo en ciertos países su incidencia vaya en aumento.

En el año 2015 se registraron 383.000 muertes por asma, principalmente en adultos mayores. En el mismo año ocurrieron 3,17 millones de fallecimientos por EPOC en todo el mundo, lo que equivale a una muerte cada 10 segundos y representa un 5% de las muertes registradas ese año. Las muertes por enfermedades respiratorias se concentran en países de ingresos bajos y medianos, en un 90% para el caso de la EPOC y un 80% para el caso del asma, lo que evidencia la falta de acceso a un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado oportuno. Si no se toman de manera urgente medidas específicas para reducir la exposición a tabaco y a contaminantes ambientales, se espera que la mortalidad por ambas causas vaya en aumento[35].

La EPOC produce una muerte cada 10 segundos, representando el 5% de las muertes. La mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

[33] *Enfermedades respiratorias crónicas,* OMS, n.d.
[34] *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),* n.d.
[35] *10 datos sobre el asma,* OMS, n.d.

Diabetes

En los últimos 30 años la diabetes ha incrementado su frecuencia en forma constante, pasando de 108 millones de diabéticos en 1980 a más de 422 millones en la actualidad[36]. En el mismo período, la prevalencia mundial paso de 4,7% a 8,5%. Este crecimiento se dio en forma paralela con el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Los países de bajos y medianos ingresos son los que experimentaron los mayores incrementos en sus poblaciones.

En 30 años la prevalencia de diabetes se ha duplicado, a la par del aumento mundial de la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

SITUACIÓN REGIONAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Al considerar la región de las Américas en su conjunto, las ECNT provocan anualmente 5,5 millones de muertes sobre un total de 6,9 millones, representando el 81% (19). Se espera que esta cifra vaya en aumento como consecuencia del crecimiento y el envejecimiento de la población, la urbanización y la exposición a los factores de riesgo[37].

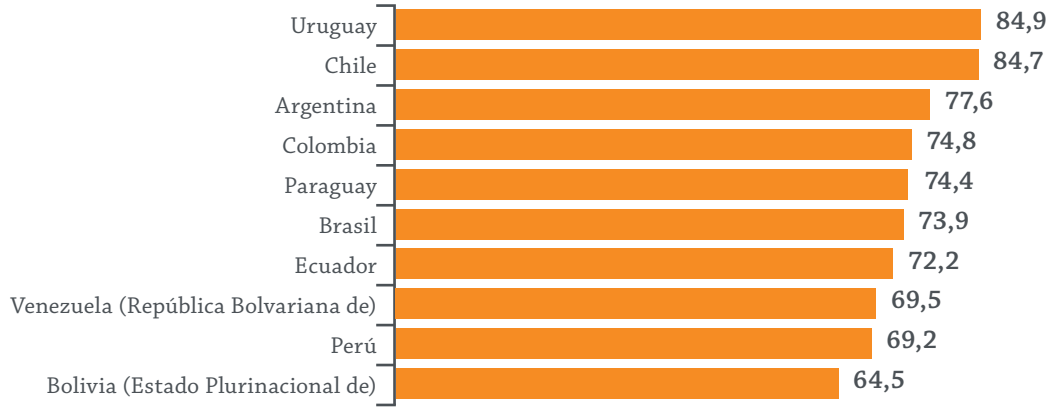
Estos grandes números ocultan diferencias marcadas al interior de cada territorio que se irán evidenciando a lo largo del informe, tanto a niveles supranacionales como al interior de nuestro país. En la región de América del Sur y el área Andina, sobre un total de 2.617.000 muertes al año, las ECNT representan el 74% de las causas. Por otro lado en América del Norte representan el 88% de fallecimientos (2.700.200 sobre 3.058.000).

Al considerar los países de América del Sur, como se dijo anteriormente, las ECNT representan el 74% de las muertes anuales, alcanzando en 2016 1.940.800 fallecimientos[38]. Los países con mayor proporción de muertes debido a estas causas son Uruguay, Chile y la Argentina, mientras que Bolivia, Perú y Venezuela

[36] *Informe mundial sobre diabetes 2014 OMS.pdf,* n.d.
[37] *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles,* n.d.
[38] *Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas: hechos y cifras,* n.d.

se encuentran entre los países donde las ECNT explican menos del 70% de los fallecimientos *(Gráfico 3)*. En la totalidad de los países que componen la región, las ECV representan la principal causa de muerte, seguida por cáncer, ERC y finalmente diabetes. En la Argentina, el cáncer y las ERC tienen un mayor peso relativo que en la mayoría de los países de la región *(Anexo I)*.

Gráfico 3. Mortalidad proporcional por enfermedades crónicas no transmisibles *(%)*. América Latina, 2016



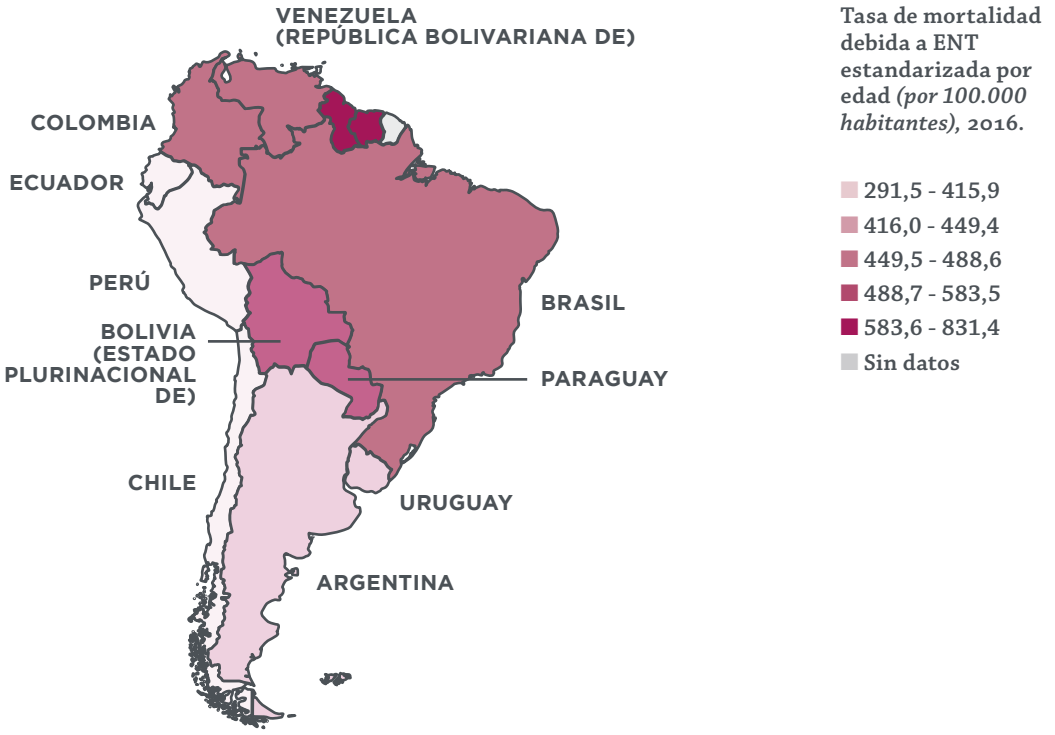
Fuente: *Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas Hechos y Cifras (**Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas: hechos y cifras**, n.d.). **Disponible en:** https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y*

Al comparar las tasas de mortalidad estandarizadas por edad[39] de los diferentes países de la región se desprende que existen diferencias marcadas entre países. Paraguay presenta la tasa más elevada, un 33% mayor que la tasa de Chile, que es el país con la menor tasa de mortalidad por ECNT de la región *(Gráfico 4)*.

Al desagregar los datos por sexo, tanto en valores absolutos como en tasas de mortalidad específicas se ve que las ECNT afectan en mayor medida a los varones. Estas diferencias oscilan entre tasas de mortalidad 18% superiores en varones que en mujeres en el caso de Bolivia, hasta una diferencia del 71% en Uruguay *(Anexo II)*. Esto pone en evidencia la mayor exposición de los varones a los factores de riesgo y la falta de vinculación de los varones con las acciones de cuidado y con el sistema de salud.

[39] La estandarización de tasas permite comparar tasas de distintas unidades geográficas entre las cuales la composición de la población presenta diferencias en la edad que pudieran llevar a una incorrecta interpretación de las tasas comparadas. Al estandarizar las tasas, se neutralizan las distorsiones que pudieran deberse a la composición por edad de la población.

Gráfico 4. Países de América del Sur de acuerdo a la tasa estandarizada de mortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles, *cada 100.000.* Año 2016



Fuente: *Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas Hechos y Cifras (**Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas: hechos y cifras**, n.d.). **Disponible en:** https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y*

Estas diferencias se verifican también cuando se consideran de manera particular las principales ECNT. En el caso de las ECV, todos los países muestran tasas superiores en varones y lo mismo sucede con el cáncer, a excepción de Bolivia donde las tasas de mortalidad son superiores en las mujeres. En el caso de la diabetes se constatan las mismas diferencias, a excepción de Bolivia y Paraguay. En el caso de las ERC, las tasas en varones a veces llegan a duplicar las de las mujeres.

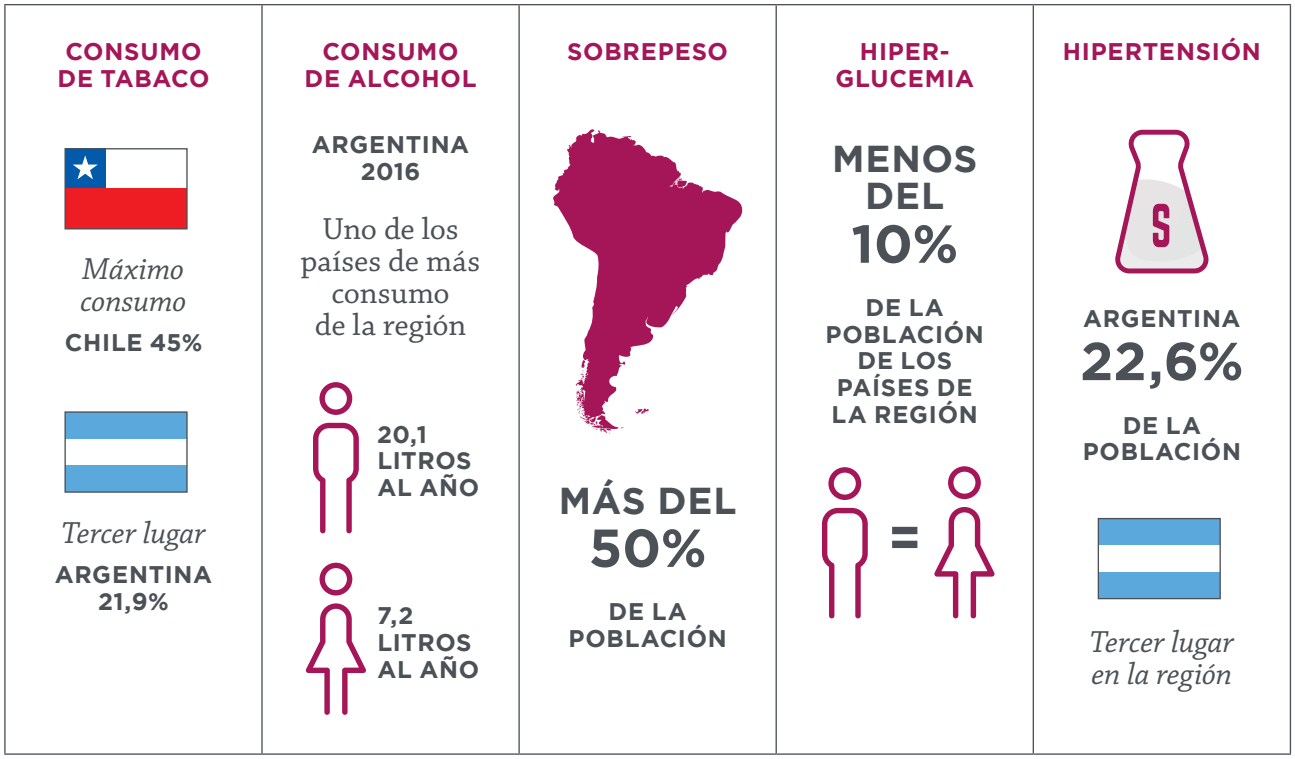
En relación a los factores de riesgo existen diferencias marcadas entre países de la región *(Anexo III)*. El consumo de tabaco alcanza el 45% de la población en Chile, que duplica a los que tienen menos incidencia, mientras que la Argentina se ubica en tercer lugar con 21,9%. En los adultos, el consumo de tabaco se concentra principalmente en los varones pero al considerar a la población adolescente esta relación se invierte en muchos casos en que las mujeres superan a los varones.

Al considerar el consumo de alcohol, Uruguay alcanza el nivel más alto de la región con más de 11 litros per cápita al año. La Argentina se ubica en segundo lugar con 9,5 litros per cápita al año. Estudios más recientes demuestran que este indicador ha ido en un marcado ascenso. En el año 2016, Argentina registró un consumo de 14,6 litros per capita (World Health Organization et al., 2018). Con este factor de riesgo en particular, la problemática se concentra especialmente en los varones que duplican y hasta triplican el consumo registrado en las mujeres. Por ejemplo, para nuestro país los varones consumen 20,1 litros al año mientras que las mujeres 7,2 litros.

En relación al sobrepeso y la obesidad, en todos los países de la región más el 50% de su población padece de esta problemática. El valor máximo es en Venezuela que alcanza el 63,4%. En general no se registran diferencias significativas entre varones y mujeres.

La prevalencia de hiperglucemia registra valores por debajo del 10% de la población en todos los países excepto en Chile que alcanza el 10,5% y tampoco se registran diferencias significativas entre varones y mujeres.

Gráfico 5. Cartografía de los factores de riesgo para las ECNT



Elaboración propia en base a World Health Organization (2018)

En cuanto a la frecuencia de hipertensión y consumo de sal, Paraguay y Brasil registran los valores más altos de hipertensión con 24,6% y 23,3% respectivamente y también el mayor consumo de sal con 11 y 10 gr/día cada uno. La Argentina se ubica en el tercer lugar con una prevalencia de 22,6% de hipertensión y un consumo de sal de 8 gr/día.

Finalmente en relación a la falta de actividad física existen diferencias marcadas entre países. Brasil registra un 47% de su población con inactividad física, mientras que Uruguay en el otro extremo registra valores muy inferiores: 22,4%. En general las mujeres se ven más afectadas por la falta de actividad física.

SITUACIÓN NACIONAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO

Los datos sobre ECNT en nuestro país configuran razones suficientes para promover políticas activas y eficientes que busquen controlar el impacto y retrasar su aparición lo más posible en el ciclo de vida.

Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles

De acuerdo a la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, en el año 2018, 47,5% de las muertes se debió a ECV, tumores malignos y ACV, lo que coloca a éstas entre las tres principales causas[40]. En el año 2017 se verificó el mismo comportamiento aunque la mayor parte de ellas hayan descendido levemente con respecto del año previo *(Gráfico 5)*.

Al desagregar las causas de muerte por grupo de edad y sexo se verifica que también son las principales causas de muerte en cada etapa de la vida *(Gráfico 6)*. Hasta los 34 años en los varones y 24 en las mujeres, la principal causa de muerte son las lesiones, que si bien son consideradas dentro del grupo de enfermedades no transmisibles, no forman parte de las crónicas, por lo que no son abordadas en este informe y dada la trascendencia del tema dedicaremos un documento especial. La alta tasa de incidencia de las ECNT genera una carga de muerte prematura que se traduce en años de vida potencialmente perdidos[41], en los que estos padecimientos constituyen las de mayor impacto en nuestro país, pues

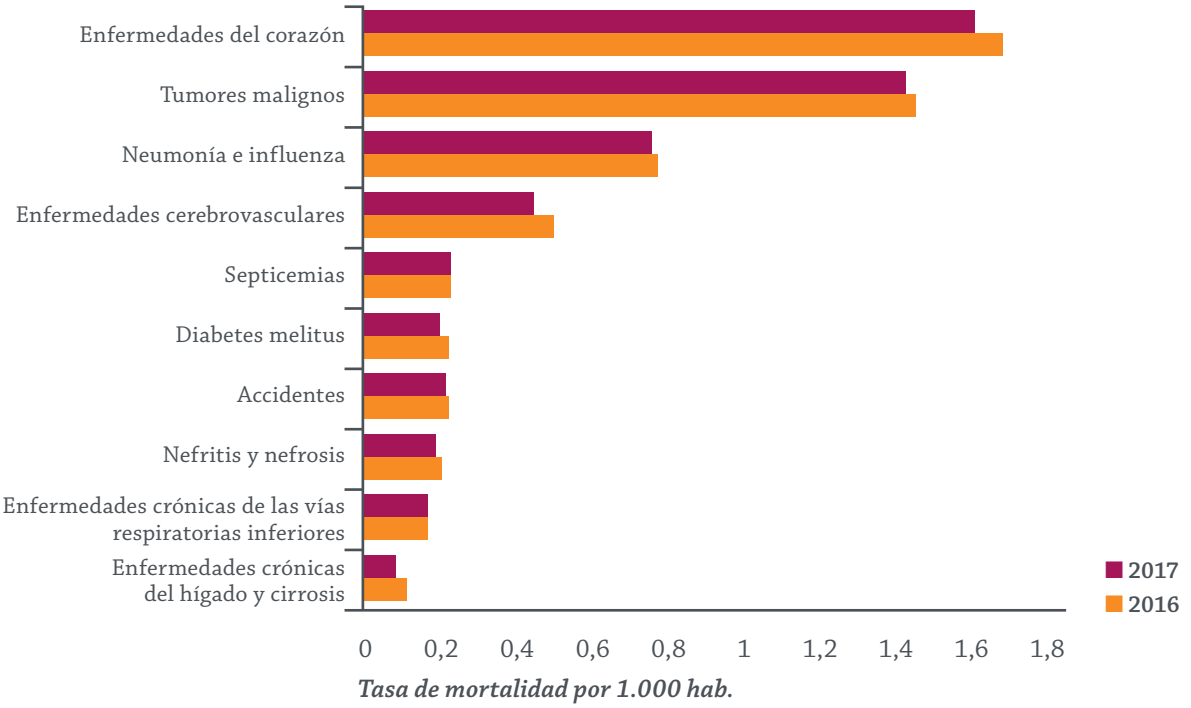
[40] *Estadísticas vitales Información básica Argentina 2018,* n.d.

[41] Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) es una medida de muerte prematura, es decir, aquellas muertes que ocurrieron antes de cumplir un límite de edad definido (se utiliza 70 años como edad de corte). Los AVPP miden el número total de años adicionales que las personas hubieran vivido de no haber muerto debido a una causa determinada (expresado como una tasa cada 10,000 habitantes).

representan la causa del 49,4% de las muertes[42]. Los tumores malignos son los que más impactan. Se considera que potencialmente se pierden 10,21 años cada 1.000 habitantes, con mayor afectación en las mujeres, en segundo lugar los ACV producen 7,16 años potencialmente perdidos cada 1.000 habitantes, pero en este caso los más afectandos son los hombres (9,68 vs 4,66)[43].

En nuestro país las ECNT 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.

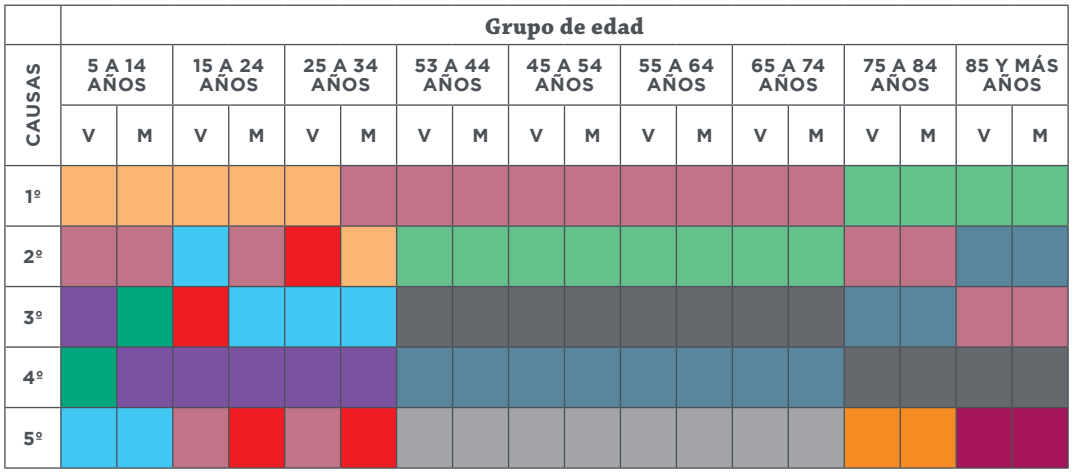
Gráfico 5. Tasa de mortalidad según grupo de causas. ARGENTINA, 2017



Fuente: *Síntesis estadística N°5, Natalidad y mortalidad 2017. DEIS.*
Disponible en: *http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf*

[42] *Mortalidad por ECNT-MSAL,* n.d.
[43] *Análisis de situación de salud Nacional,* MSAL 2018, n.d.

Gráfico 6. Principales causas de muerte por grupo de edad y sexo, según tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes. ARGENTINA, 2015



- Accidentes, inclusive secuelas
- Tumores malignos
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades cerebrovasculares
- Suicidios, inclusive secuelas
- Enfermedad por HIV
- Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis
- Neumonía e influenza
- Diabetes mellitus
- Agresiones, inclusive secuelas
- Eventos de intención no determinada
- Malformaciones congénitas
- Septicemias
- Enfermedades hipertensivas

Fuente: *http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001392cnt-Anlisis%20de%20situacin%20de%20salud%20-%20Repblica%20Argentina%20-%20ASIS%202018.pdf*

Morbilidad asociada a las enfermedades crónicas no transmisibles

Para captar la morbilidad que representan las ECNT en la población, se optó por tomar los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (EFNR), en su versión 2013[44] ya que fue la última vez en la que se indagó acerca de diagnósticos de infarto de miocardio, ACV, EPOC y enfermedades renales. La ENFR forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH)[45]. Al momento se llevaron a cabo 4 ediciones: 2005, 2009, 2013 y 2018. Estas encuestas proporcionan información valiosa sobre factores de riesgo (como consumo de tabaco, alcohol, alimentación y actividad física, entre otros), procesos de atención en el sistema de salud y principales enfermedades no transmisibles en la población argentina (hipertensión, diabetes, obesidad y otras).

[44] *0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf,* n.d.
[45] de, n.d.

En relación al infarto de miocardio, se diagnosticó en el 3,8% de la población a lo largo de su vida sin diferencias por sexo y se constata una mayor frecuencia a edades más avanzadas. Otro dato interesante es que la frecuencia de los eventos varía dependiendo del nivel educativo alcanzado, las personas que solo terminaron el primario (8%) triplicaron **la frecuencia de diagnóstico que tienen secundario completo o más** (2,4). Algo similar sucede al desagregar por quintiles de ingresos donde **el 20% que menos ingresos tiene, tuvo una carga de enfermedad un 50% superior al quintil de mejores ingresos** (4,5% vs 2,9). Estas diferencias también surgen al desagregar este dato por provincia, donde a partir de una media nacional de 3,8% vemos que La Rioja supera en tres veces la carga de morbilidad que Jujuy (4,8% vs. 1,5%) *(Gráfico 7).*

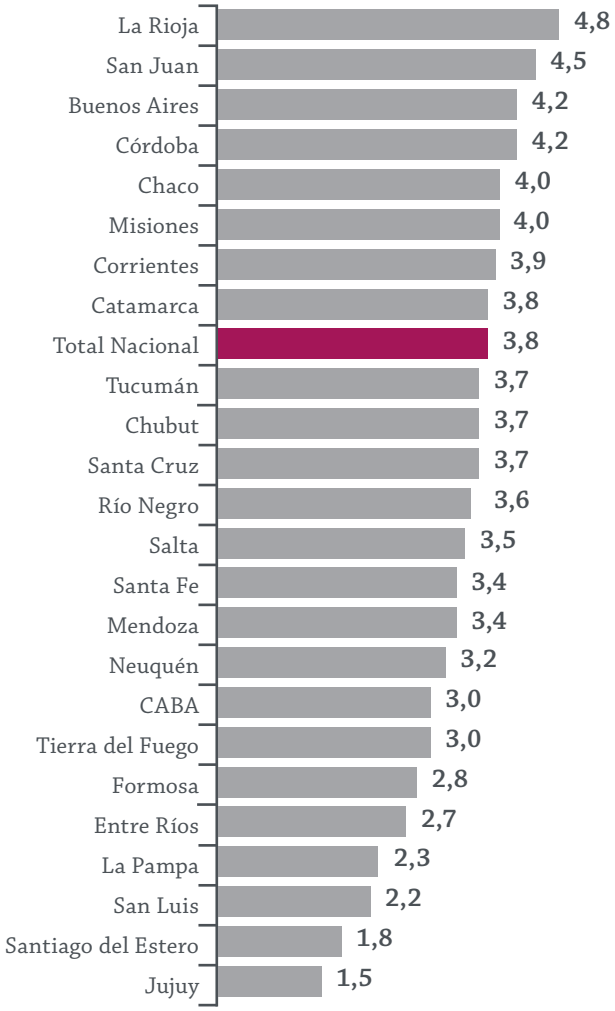
En el caso de los ACV, la prevalencia nacional alcanza 1,9%, con una mayor frecuencia en varones (2,1% vs. 1,7%) y también con una mayor afectación a edades más avanzadas. Si bien existen diferencias entre los diferentes niveles educativos alcanzados no se verifica una tendencia creciente en los grupos de menores ingresos. Al desagregar los datos por provincia *(Gráfico 4),* nuevamente La Rioja muestra valores muy por encima de la media nacional (3,1% vs. 1,9%) y más aún cuando se la compara con La Pampa, que presenta la menor prevalencia (0,7%).

Por otro lado, la EPOC muestra una prevalencia nacional de 4,3%, con una leve diferencia entre ambos sexos y una marcada progresión a edades más avanzadas. También se verifican valores más altos de diagnóstico en las poblaciones con menor nivel educativo (7,9% en las personas que terminaron la primaria vs. 3,7% en las que tienen secundario completo o más). Nuevamente al desagregar por provincias *(Gráfico 8)* se constatan marcadas diferencias entre ellas, en este caso es Misiones la que supera en más de un 50% la media nacional, con una prevalencia de 7,4%.

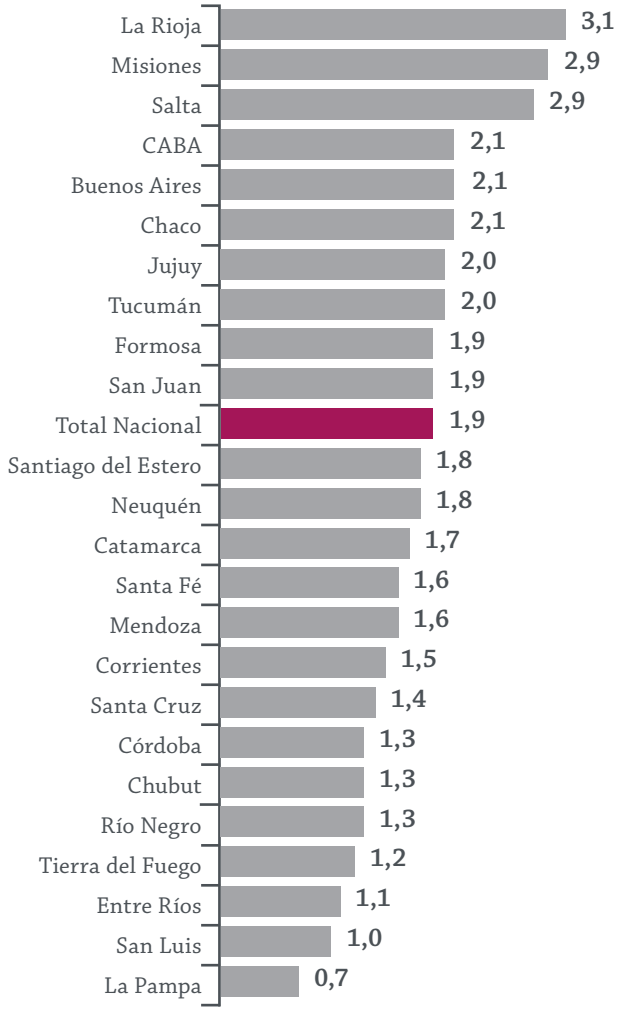
Finalmente, si bien las enfermedades renales no fueron mencionadas anteriormente como una de las enfermedades crónicas que genera mayor mortalidad, si surge como la más frecuentemente diagnosticada a nivel nacional con una prevalencia de 4,8%. Existe un mayor diagnóstico en las mujeres en relación a los varones (6% vs. 3,4%) y lo mismo que en las anteriores, se verifica un diagnóstico creciente en los grupos de mayor edad. Entre los distintos niveles educativos nuevamente se verifican diferencias marcadas (6,6% en las personas que finalizaron el primario vs. 3,7% en las que tienen secundario o más). El nivel de ingresos también muestra una relación inversa, el primer quintil de ingresos tiene una prevalencia de 6,1% vs. 3,5% del quintil más alto. Por último, las diferencias entre provincias son marcadas *(Gráfico 5),* Chubut y Tierra del Fuego muestran una prevalencia de 2,5% contra el 10,7% y 10,1% de Formosa y Corrientes.

Gráfico 7. Prevalencia de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, *desagregado por provincia.* ARGENTINA, 2013.

Prevalencia (%) de diagnóstico de infarto de miocardio alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por provincia. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS.



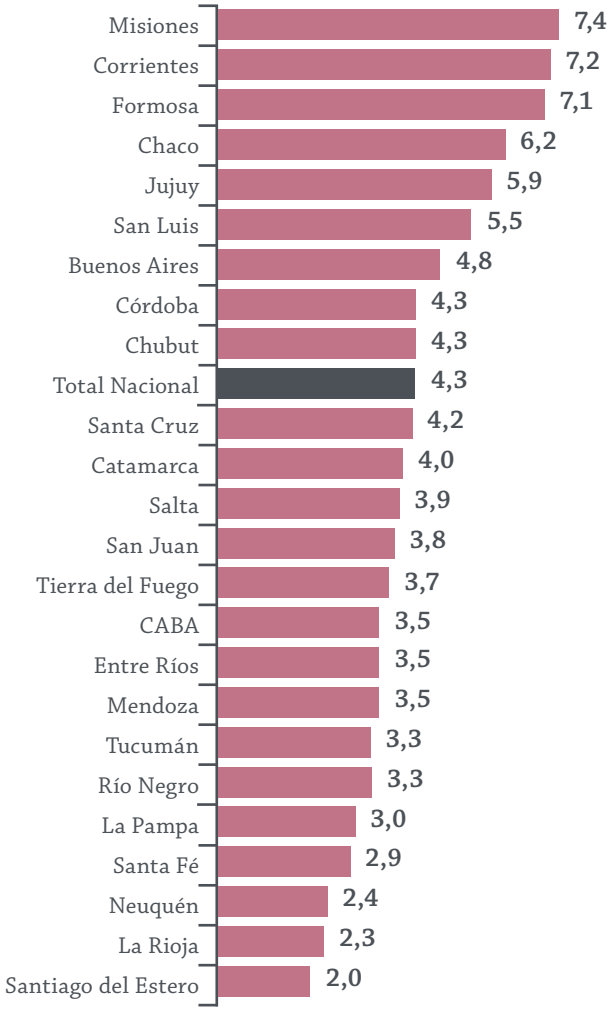
Prevalencia (%) de diagnóstico de ACV alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por provincia. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS.



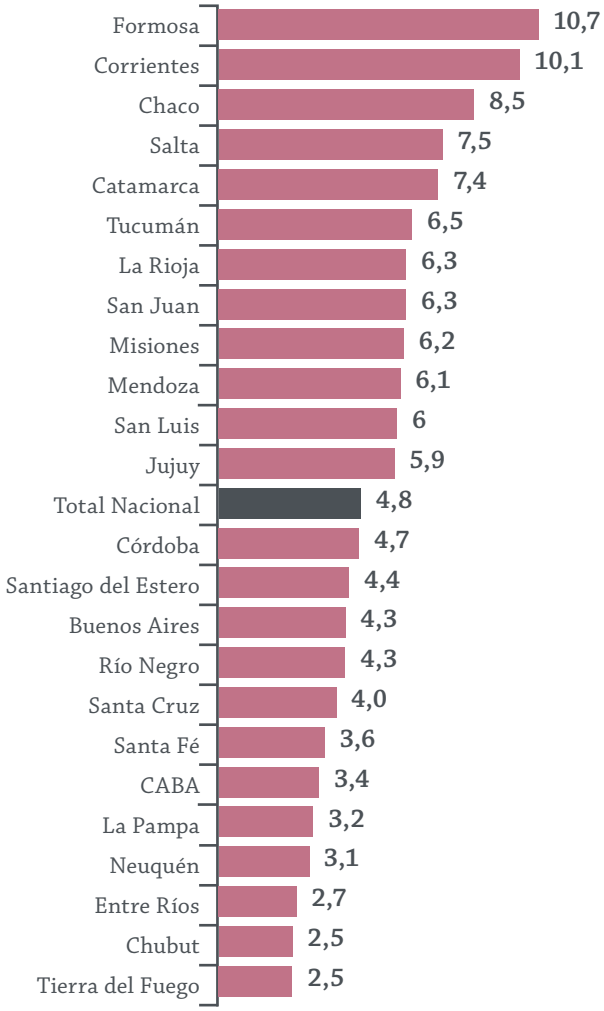
Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013).*
Disponible en: *http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf*

Gráfico 8. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva cronica y enfermedad renal, *desagregado por provincia*. ARGENTINA, 2013

Prevalencia (%) de diagnóstico EPOC alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por provincia. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS.



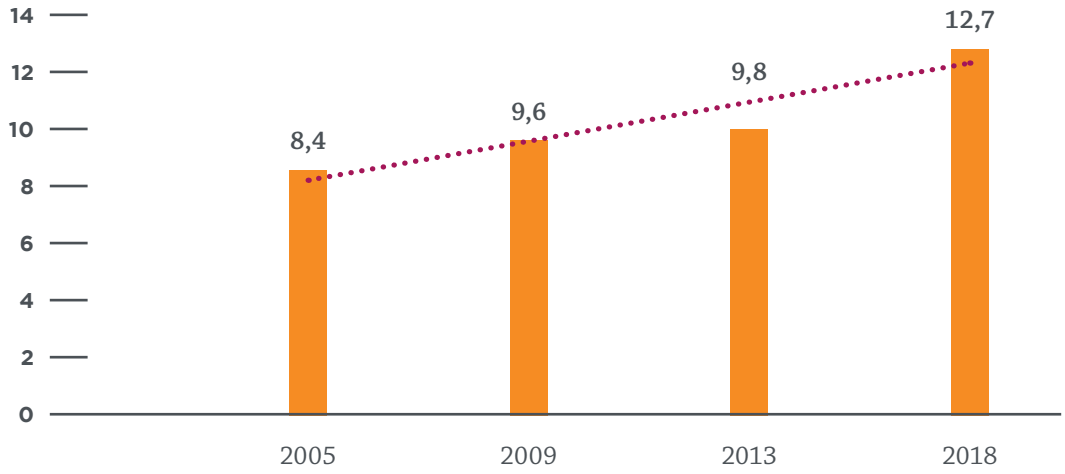
Prevalencia (%) de diagnóstico enfermedad renal alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por provincia. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013).*
Disponible en: *http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf*

En el caso de la diabetes los datos más recientes son de la última ENFR (2018)[46]. La prevalencia autorreportada[47] de diabetes en la última encuesta alcanzó el 12,7%, que constituyó el valor más alto de los cuatro relevamientos, confirmando una tendencia ascendente *(Gráfico 9)*. Se registra una diferencia entre ambos sexos: la diabetes afecta en mayor medida a las mujeres (13,7% vs. 11,6%). Existe un aumento de la prevalencia a mayor edad y todos los grupos etarios experimentaron un aumento con respecto al relevamiento anterior, lo cual implica que las medidas tomadas hasta el momento resultan insuficientes y obliga a pensar intervenciones integrales, sostenidas en el tiempo, que integren el trabajo del Estado con otros actores de la sociedad en un esfuerzo común con roles complementarios. Al considerar el nivel educativo, la prevalencia del grupo que finalizó la primaria duplica al que al menos finalizó los estudios secundarios (22,9% vs. 10,3%). En este caso no se verifican diferencias significativas entre los distintos quintiles de ingresos. Al desagregar el dato por provincia *(Gráfico 10)* surgen marcadas diferencias, donde la provincia más afectada, San Luis, duplica a CABA, que registra el menor valor (17,3% vs. 8,8%). El diagnóstico temprano de esta patología se torna clave para evitar complicaciones vinculadas a un grado avanzado de la enfermedad. Es fundamental aumentar el acceso a los controles de glucemia (que es la manera de realizar diagnóstico de diabetes) con programas de intervención comunitaria, para alcanzar poblaciones que no acceden a los servicios de salud y que son diagnosticados de manera tardía.

Gráfico 9. Prevalencia de diabetes por autorreporte. ARGENTINA 2005, 2009, 2013 Y 2018.



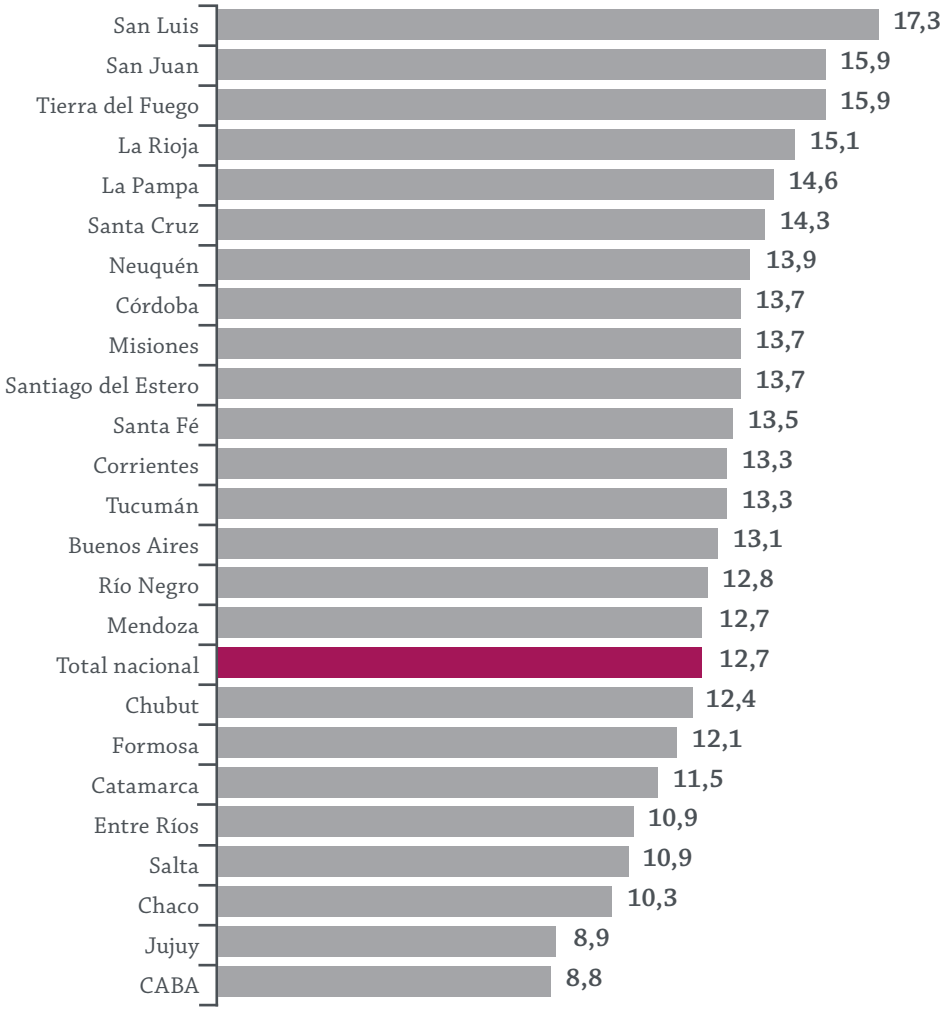
Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

[46] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

[47] La prevalencia autoreportada registra el dato no de forma objetiva sino a través de lo declarado por la persona encuestada.

Gráfico 10. Prevalencia de diabetes por autorreporte, *desagregado por provincia*. ARGENTINA, 2018.

Prevalencia (%) de diabetes o glucemia elevada por autorreporte en población de 18 años y más por provincia. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

Las cinco enfermedades crónicas consideradas (infarto agudo de miocardio, ACV, EPOC, enfermedades renales crónicas y diabetes) muestran marcadas diferencias en el grado de afectación de poblaciones con diferente nivel educativo y de ingresos.

Las diferencias vistas en la prevalencia de estas patologías no se acotan a las diferencias entre provincias de ingresos altos, medio y bajos. Al interior de las mismos también existen diferencias entre las poblaciones de acuerdo a su nivel educativo y de ingresos, reproduciendo la desigualdad en el impacto de estas enfermedades. De los datos considerados, se desprende que el nivel educativo es una clara variable de segmentación en el grado de afectación de estas patologías con un mayor grado de afectación en las personas de niveles educativos inferiores. Ocurre algo similar, aunque en menor medida, con el nivel de ingresos. A estas diferencias se suma la heterogeneidad entre las diferentes provincias. En su conjunto, estas diferencias ponen en relieve la necesidad de garantizar el acceso a la salud pública de forma efectiva, oportuna y equitativa. Es fundamental que ese acceso se logre no solamente para la atención de patologías avanzadas sino de forma temprana para el diagnóstico precoz e idealmente trabajando en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Esto requiere de un trabajo articulado entre los distintos niveles del Estado y diferentes actores de la sociedad civil, como universidades, sindicatos, empresas y medios de comunicación que permitan llegar por diferentes vías a las poblaciones involucradas, empezando por las más vulnerables.

Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en la Argentina

Tabaco en Argentina

El tabaco es uno de los factores de riesgo principales vinculados a las ECNT y el principal vinculado a la ocurrencia de cáncer[48]. En nuestro país, el 13% de las defunciones anuales son causadas por enfermedades vinculadas al consumo de tabaco[49]. Para dar una idea del impacto del consumo de tabaco, **en el año 2013 el país gastó más de 33.000 millones de pesos para atender enfermedades producidas por el consumo de tabaco, lo cual representó el 7,5% del gasto total en salud de ese año.**

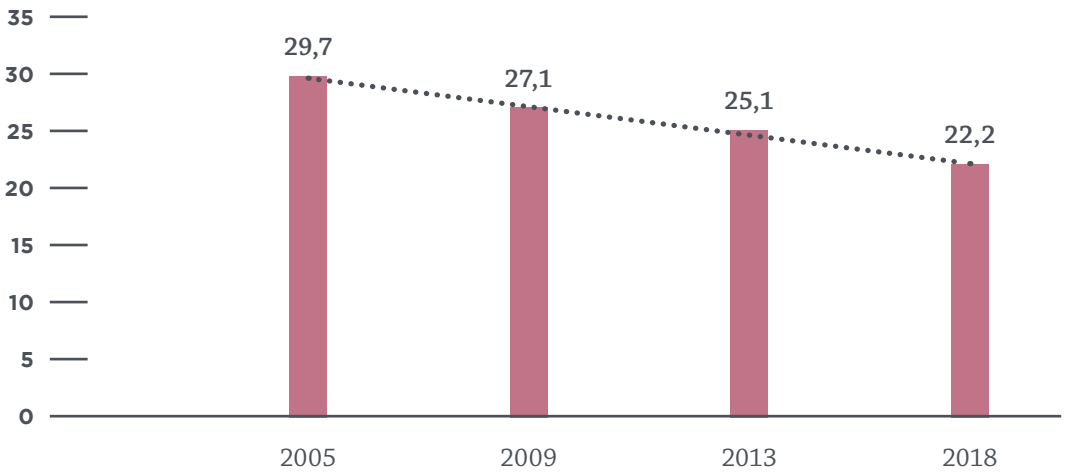
[48] *Tabaco,* n.d.
[49] de, n.d.

Como todo factor de riesgo comportamental es prevenible y modificable. Nuestro país en línea con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, ha logrado disminuir el consumo de tabaco de manera sostenida *(Gráfico 11)* a través de cuatro acciones principales:

- prohibir la publicidad, promoción y exhibición de productos de tabaco en todos los ámbitos,
- asegurar el acceso a toda la población a tratamientos para dejar de fumar,
- garantizar ambientes cerrados 100% libre de humo,
- desincentivar la compra de productos de tabaco mediante el aumento de impuestos, aumentando los precios de los mismos,
- incorporar advertencias sanitarias en los envases de productos de tabaco.

En el año 2018, la prevalencia de consumo de tabaco en los mayores de 18 años en nuestro país fue del 22,2%, la cifra más baja de los últimos 4 relevamientos *(Gráfico 11)*[50]. Esta tendencia decreciente se verificó en todos los distritos del país.

Gráfico 11. Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos en la población de 18 años y más. TOTAL PAÍS, 2005, 2009, 2013 Y 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

[50] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

Se constatan algunas diferencias entre distintos grupos. Los varones consumen tabaco un 40% más que las mujeres (26,1% vs. 18,6%). Al segmentar la población de acuerdo a la cobertura de salud con la que cuenta, las personas que cuentan únicamente con cobertura pública superan ampliamente a los que cuentan con obra social (29,1% vs. 18,8%), lo que expone la necesidad de prevenir este factor de riesgo activamente desde el sector público, para disminuir la carga de patología que va a recurrir al sistema público para su atención. Finalmente, no se registran diferencias marcadas entre los diferentes grupos de edad ni por nivel educativo.

Es fundamental continuar con las acciones implementadas que lograron consolidar una tendencia decreciente del consumo de tabaco hasta el momento, pero es necesario complementarlas con otras para lograr un avance definitivo sobre este factor.

Actividad física en la Argentina

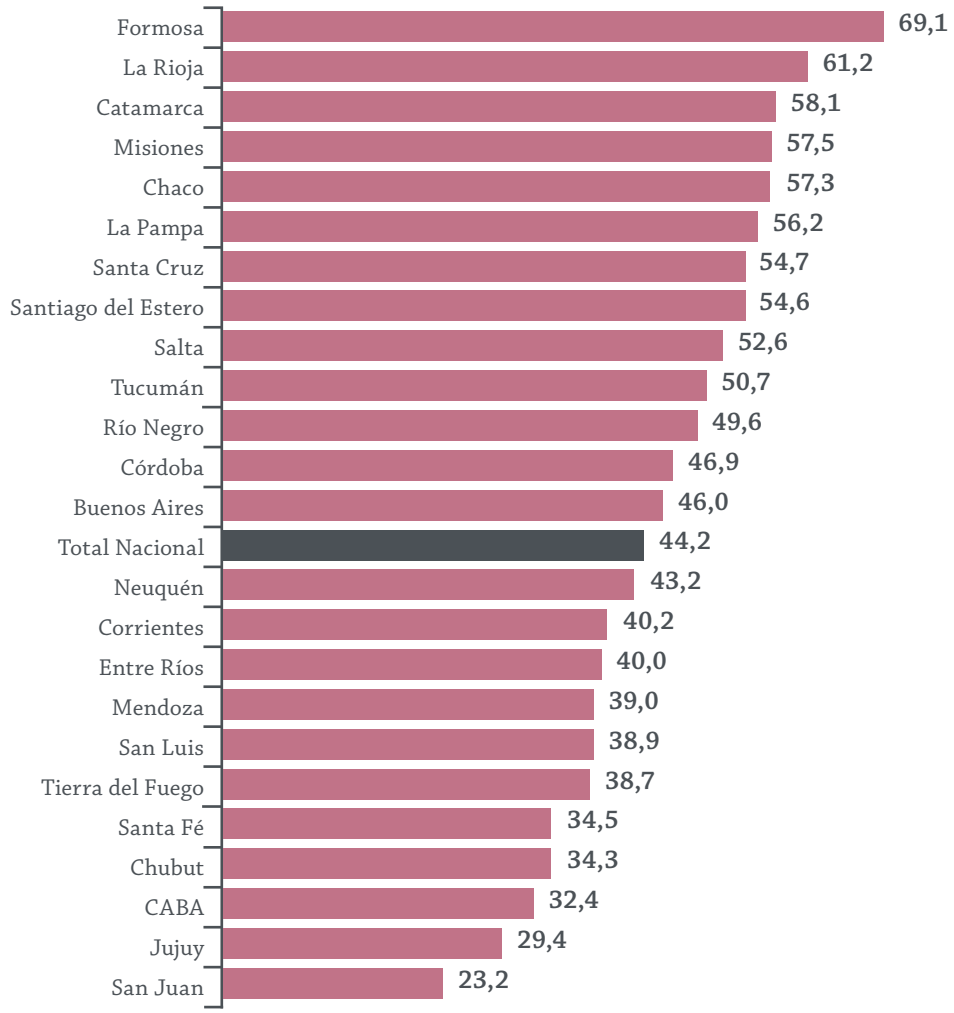
La actividad física regular actúa como un factor de protección para las enfermedades crónicas no transmisibles. Disminuyen el riesgo de padecer hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer, muertes por enfermedades cardiovasculares y ACV. También contribuye a disminuir el sobrepeso y la obesidad, principal epidemia en la Argentina. La actividad física puede ser llevada a cabo en todas las etapas de la vida y produce efectos beneficiosos en la salud en el momento en el que se realiza y en las etapas posteriores.

La insuficiente actividad física es considerada como el cuarto factor de riesgo de mortalidad por ECNT, solo superado por la hipertensión, el tabaco y la diabetes. Los cambios en la urbanización, las transformaciones culturales y de los modos de vida han contribuido a un aumento de los hábitos sedentarios.

Los últimos resultados disponibles indican que la actividad física insuficiente alcanza al 44,2% de la población, muy por encima de los valores de la región y del mundo. Sin embargo, desde el año 2009 la inactividad física viene mostrando un marcado descenso: 54,9% en 2009, 54,7% en 2013 y 44,2% en 2018.

En el interior de nuestro país *(Gráfico 12)* existen diferencias marcadas en la prevalencia de actividad física baja. Formosa es el distrito con mayor porcentaje de población que no realiza actividad física suficiente (69,1%), triplicando a San Juan (23,2%), que es la que muestra mejores niveles de actividad ubicándose en el otro extremo de la distribución.

Gráfico 12. Prevalencia (%) de actividad física insuficiente en población de 18 años y más por provincia. Localidades de 5.000 habitantes o más, año 2018.

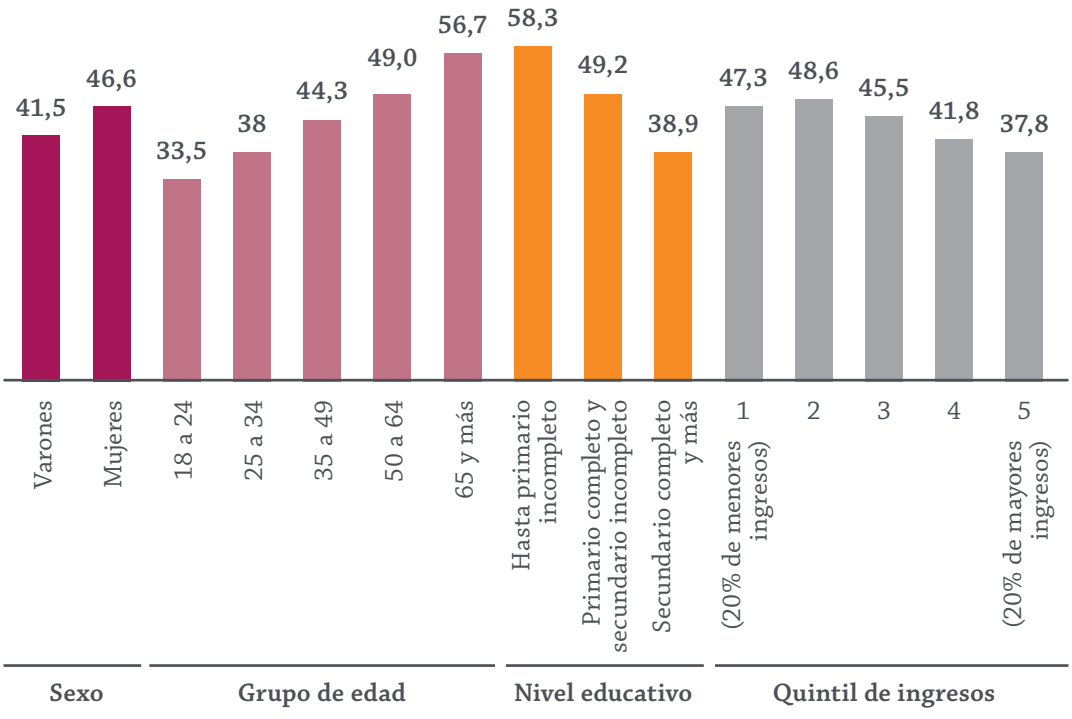


Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

Al desagregar por sexo, las mujeres realizan menos actividad física *(Figura 13)*. Algo similar sucede al desagregar la población por edad: a mayor edad se incrementa la proporción de población sedentaria, partiendo de un tercio de población inactiva en las primeras etapas de la vida hasta alcanzar casi el 60% de la población en las etapas más avanzadas. También se evidencian diferencias cuando se desagrega por variables socioeconómicas como el nivel educativo y los ingresos, donde las poblaciones de niveles inferiores muestran más inactividad.

Tanto las diferencias al interior del territorio como entre los diferentes grupos ponen en evidencia la heterogeneidad de situaciones a las que se expone a la población a los mismos factores de riesgo. Esta heterogeneidad no puede ser abordada solamente desde el sistema de salud. Implica, necesariamente, líneas de trabajo específicas orientadas de manera diferencial a grupos que tienen un acceso desigual para realizar actividad física. Como ejemplo, algunas de

Gráfico 13. Prevalencia (%) de actividad física insuficiente, desagregada por sexo, edad, nivel educativo e ingresos. Localidades de 5.000 habitantes o más, año 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

las medidas deberían estar dirigidas a adultos mayores, en articulación con centros de jubilados y otros espacios de encuentro. También es necesario generar infraestructura pública que facilite e incentive la actividad física a aquellas personas de menores recursos que estén disponibles en cualquier momento.

Consumo de alcohol en la Argentina

Nuestro país muestra un incremento sostenido en el consumo de alcohol por habitante, que alcanza actualmente los 14,6 litros de alcohol per capita (21). En nuestro país se registran dos patrones de consumo diferenciales: el consumo regular de bebidas alcohólicas y el consumo episódico excesivo que afecta principalmente a adolescentes, cada vez a edades más tempranas.

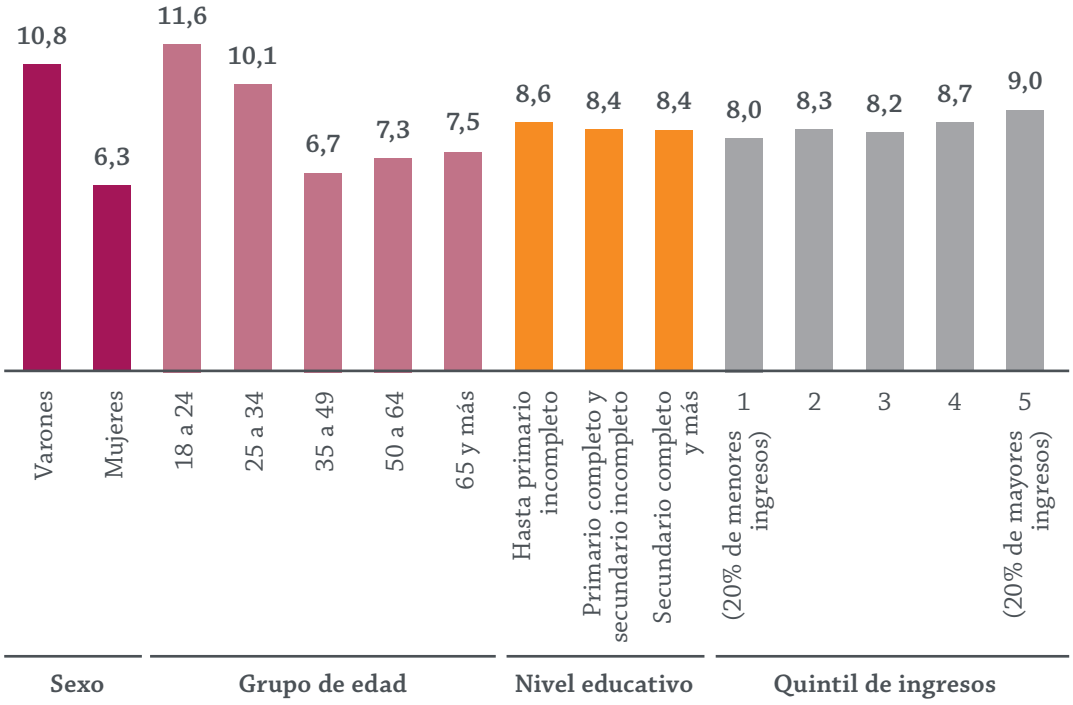
El consumo de riesgo se define como el nivel o patrón de consumo de alcohol que puede causar daños en la salud si el hábito del consumo persiste.Según la OMS, se considera de riesgo el consumo medio regular de 20 a 40g de alcohol diarios en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres en los últimos 30 días (una copa de vino de 200ml equivale a 20g de alcohol aproximadamente). En el año 2018 el consumo de riesgo alcanzó a 8,4% de la población. Aunque este indicador sufre fluctuaciones entre los relevamientos anteriores y no muestra una tendencia clara (6,6% en 2005, 8,2% en 2009 y 7,8% en 2013).

Los varones superan ampliamente el consumo de alcohol en relación con las mujeres *(Figura 14)*. También existen diferencias marcadas por grupo de edad, los jóvenes de 18 a 24 años exhiben la mayor proporción de consumo regular y no existen diferencias significativas cuando se desagrega por nivel educativo o de ingresos.

El consumo episódico excesivo en adolescentes duplicó su prevalencia entre 2007 (35,3%) y 2012 (62,9%), y se mantuvo estable desde ese momento hasta el año 2018 (63,1%).

Ambos patrones de consumo muestran una necesidad urgente de enfocarse en la población más joven, fundamentalmente por la marcada tendencia en aumento. Cada vez es más temprana la edad de iniciación y claramente el marco regulatorio resulta insuficiente para hacer frente a este problema. Es necesario trabajar articuladamente con distintas dependencias del estado para implementar medidas similares a las que han demostrado resultados positivos para controlar el consumo de tabaco.

Gráfico 14. Prevalencia (%) de consumo de alcohol regular de riesgo, desagregada por sexo, edad, nivel educativo e ingresos. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS, AÑO 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

Alimentación saludable en la Argentina

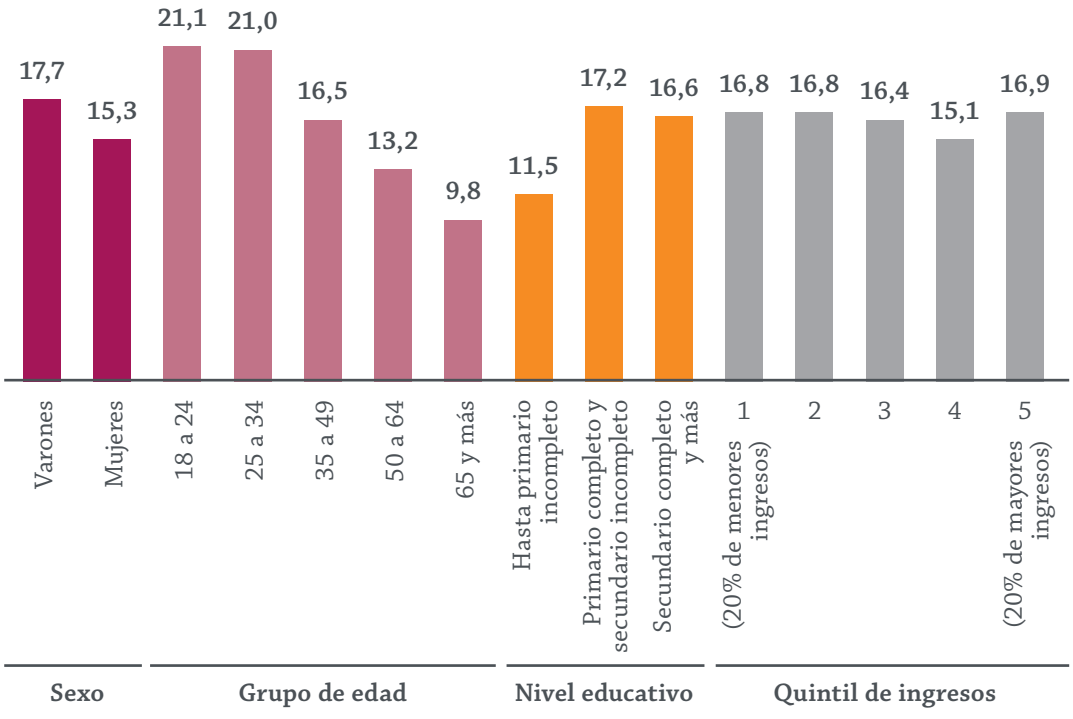
La mala alimentación se traduce directamente en riesgos para la salud, ya sea con la aparición de factores de riesgo metabólicos como sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y el aumento de colesterol, que se abordarán más adelante; o como causas de muerte asociadas tales como ECV, cáncer y diabetes[51]. Ciertos hábitos alimenticios como el alto consumo de sodio y el bajo consumo de frutas y verduras ocasionan la mayor cantidad de muertes por esta causa[52]. Estos hábitos alimentarios están vinculados a la accesibilidad económica y a los cambios en la industria alimenticia, cuya oferta de alimentos ultraprocesados viene en aumento (con alta carga de contenido energético, grasas azúcares y sal y bajo valor nutritivo) en detrimento de alimentos poco procesados o sin procesar como

[51] *Malnutrición,* n.d.
[52] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

frutas y verduras. En nuestro país, el consumo de frutas disminuyó un 41% y el de hortalizas, un 21% en los últimos 20 años; mientras que el consumo de gaseosas y jugos en polvo se duplicó en el mismo período.

En cuanto al consumo de sal, se estima que es de 11g diarios por día por persona, mientras que la recomendación de la OMS es de hasta 5g diarios. La población que le agrega sal a las comidas luego de su cocción fue del 16,4% en el año 2018, que fue el registro más bajo de las 4 ediciones de la ENFR (23.1% en 2005, 25,3% en 2008 y 17,3% en 2013). No se evidenciaron diferencias significativas por nivel educativo o ingresos *(Gráfico 15)*. Sí se registra una diferencia al considerar los diferentes grupos de edad, en los que el consumo guarda una relación inversa con la edad de las personas y por sexo ya que los varones registran un mayor consumo que las mujeres.

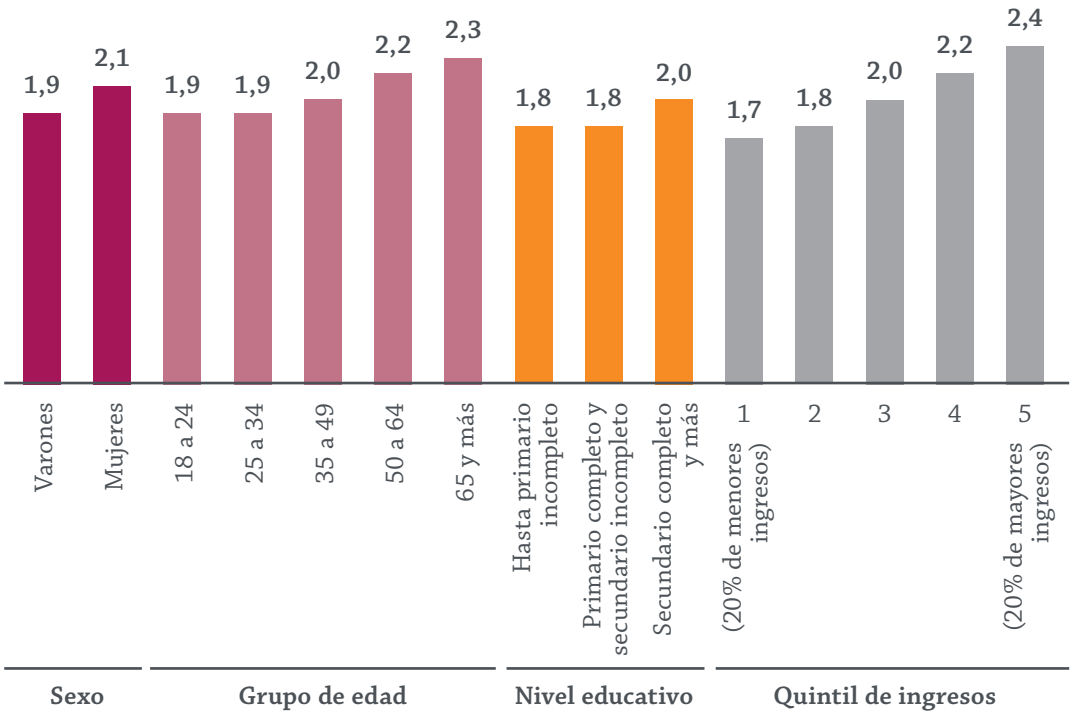
Gráfico 15. Prevalencia (%) de utilización de sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo e ingresos. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS, AÑO 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

En relación al consumo de frutas y verduras, la OMS recomienda la ingesta diaria de 400g o cinco porciones diarias[53]. La Argentina se encuentra muy por debajo de esta recomendación porque el promedio nacional alcanza solamente las dos porciones diarias[54]. Este indicador no se ha alterado en las distintas ediciones de la ENFR (dos porciones en 2009 y 1,9 en 2013). Solamente el 6% de la población alcanza el consumo de cinco porciones recomendado.

Gráfico 16. Promedio de consumo diario de porciones de frutas o verduras de la población de 18 años y más más por sexo, grupo de edad, nivel educativo e ingresos. Localidades de 5.000 habitantes o más, año 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

[53] *Alimentación sana,* n.d.

[54] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

Al desagregar este indicador *(Gráfico 16)* vemos una leve diferencia de las mujeres en relación a los hombres y un aumento progresivo del consumo en los diferentes grupos de edad. Cuando se compara entre edades se evidencia que los cambios recientes en los hábitos alimenticios tienen un mayor impacto en poblaciones jóvenes. El nivel educativo no muestra una influencia mayor en este indicador pero si el nivel de ingresos, ya que existe una relación lineal entre ingresos y consumo de frutas y verduras.

Los hábitos alimenticios no son decisiones individuales que pueden desligarse en las personas, responden a múltiples y complejos condicionantes que requieren de un abordaje integral del que participen el Estado con sus múltiples actores, la industria, los medios y los consumidores. Influyen factores tan diversos como los ingresos, los precios, dimensiones culturales, modos de vida, la información disponible, la producción de los alimentos, la disponibilidad, el acceso, las formas de comercialización y el marketing, entre otros. Abordar una temática con tantas aristas requiere mesas locales intersectoriales que brinden soluciones ajustadas a la realidad de cada territorio y los diferentes grupos poblacionales que la componen, pero sobre todo, lo mismo que para el consumo de alcohol, de la voluntad política de diseñar e implentar políticas adecuadas que afectan fuertes intereses.

Peso corporal en la Argentina

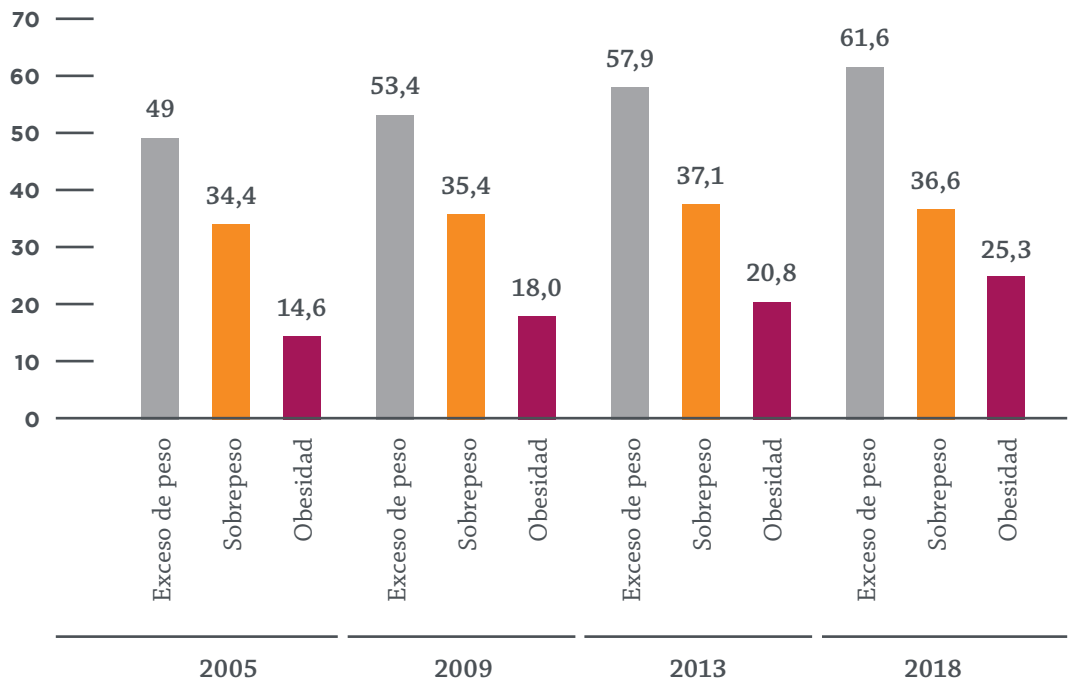
El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud[55], y surgen como resultado de un desbalance entre las calorías consumidas y las gastadas. Esta problemática es una consecuencia directa de los cambios de hábitos que se dieron en las últimas décadas que resultaron en un aumento de la ingesta de alimentos ultraprocesados, hipercalóricos, con alto contenido de grasa, sal y azúcar y pobres en nutrientes como fibra, vitaminas y minerales entre otros; una disminución de la actividad física dada por las nuevas formas de trabajo, cada vez más sedentarias, cambios en los modos de transporte y una concentración de la población en entornos urbanos[56]. Tanto el sobrepeso como la obesidad se encuentran directamente asociados a enfermedades crónicas no transmisibles tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer[57].

[55] *¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?,* OMS, n.d.
[56] *Sobrepeso y obesidad,* n.d.
[57] *Obesidad y sobrepeso,* n.d.

En nuestra región ha aumentado rápidamente en las últimas décadas, y conviven situaciones de malnutrición de extremos opuestos: el sobrepeso y la obesidad por un lado y la desnutrición por otro, ambas condiciones asociadas principalmente a la pobreza[58].

Nuestro país acompaña la tendencia regional con un marcado aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los últimos años en toda la población pero particularmente en los grupos más vulnerados[59]. El exceso de peso afecta a 6 de cada 10 habitantes de nuestro país, lo que la convirtió en la principal epidemia. El incremento en la población del exceso de peso se dio principalmente a expensas del aumento de la obesidad, que es la forma más grave de sobrepeso *(Gráfico 17),* lo que significa que las poblaciones con sobrepeso han ido agravando su situación y que, además, se incorporó mayor cantidad de población con sobrepeso. **En un lapso de 13 años la obesidad aumentó en 10 puntos porcentuales.**

Gráfico 17. Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad por autorreporte en la población de 18 años y más. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005, 2009, 2013 y 2018



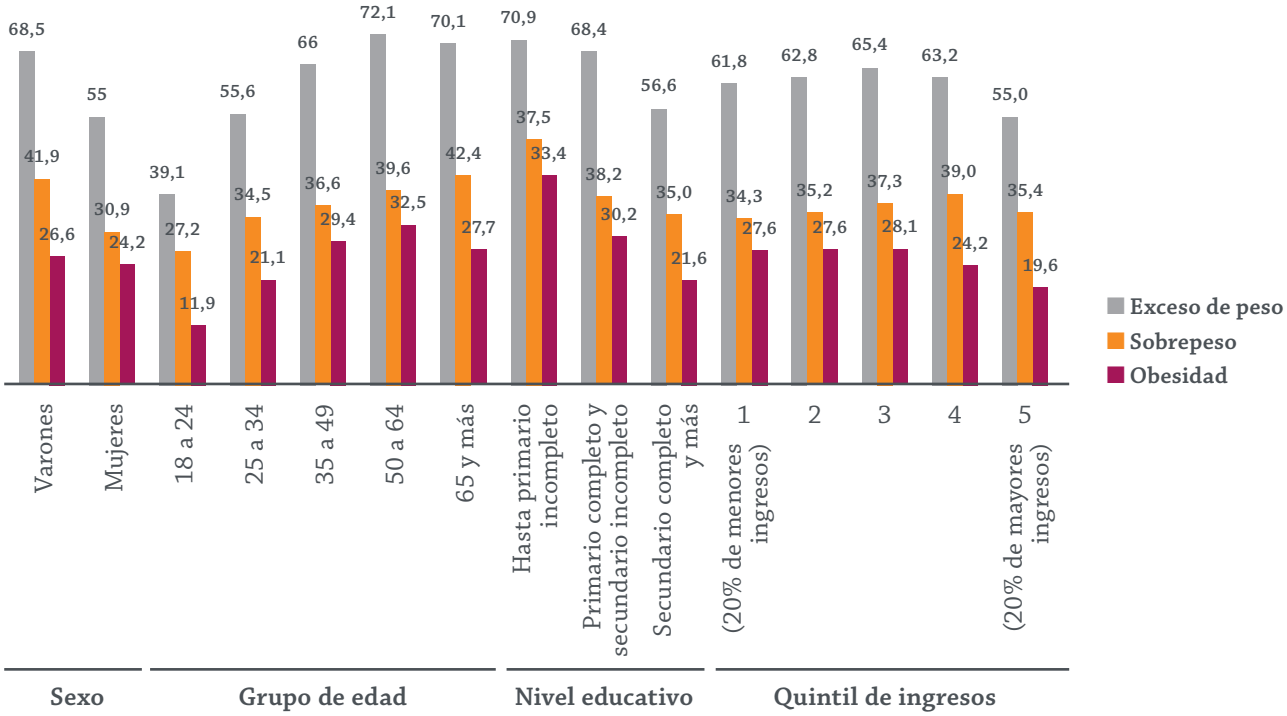
Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

[58] [59] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

Al considerar las diferentes variables de corte *(Gráfico 18)*, los varones se encuentran sensiblemente más afectados superando a las mujeres en 10 puntos porcentuales, fundamentalmente por sobrepeso, ya que la obesidad afecta casi por igual a varones y mujeres. En relación a los grupos de edad, se nota un progresivo aumento de la prevalencia en edades más avanzadas, sin diferencias marcadas en los dos grupos de mayor edad. También se verifica una relación inversa entre el nivel educativo y la proporción de personas afectadas por sobrepeso y obesidad.

En relación a los ingresos, sólo el 20% de las personas que pertenecen a la población de mayores ingresos padece de sobrepeso en muestra una menor afectación en relación al 80% restante.

Gráfico 18. Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad por autorreporte en la población población de 18 años y más más por sexo, grupo de edad, nivel educativo e ingresos. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS, AÑO 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

Actualmente el sobrepeso y la obesidad son la principal epidemia en nuestro país, afecta a todos los grupos etarios y sociales con una marcada tendencia en aumento. La magnitud del problema, sumado a los efectos que tiene sobre la salud de la población, hacen del sobrepeso y la obesidad una prioridad de abordaje para salud pública y para la comunidad en su conjunto. Se requiere un accionar conjunto en el que el Estado otorgue un marco regulatorio en relación a la formulación de alimentos y la publicidad de los mismos y desincentive el consumo de alimentos ultraprocesados. Además, es fundamental que los gobiernos locales trabajen para fomentar la actividad física de las personas generando entornos y actividades que la promuevan en articulación con los diferentes actores de la sociedad civil. La regulación de entornos habilitantes, el control de los productos y la promoción de hábitos de vida saludables se constituyen como las intervenciones de mayor impacto a nivel poblacional[60].

Hipertensión arterial en la Argentina

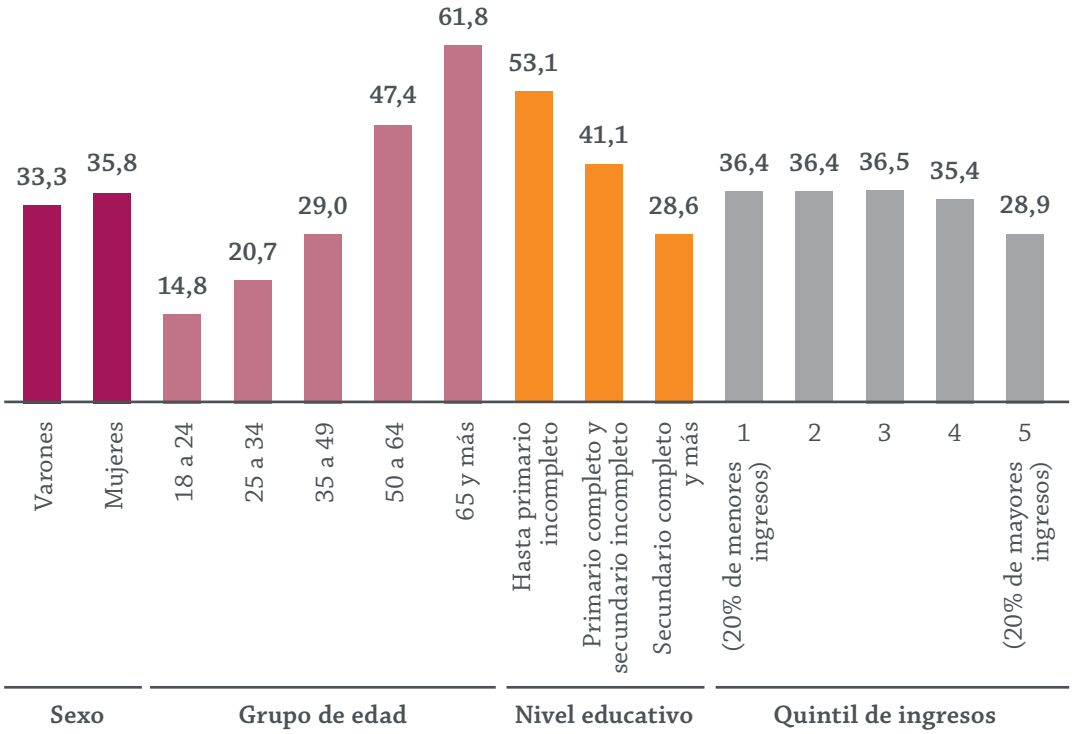
La hipertensión arterial se considera el principal factor de riesgo metabólico asociado a ECV[61] como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardiaca, la fibrilación auricular, las enfermedades de la aorta y arterias periféricas, la demencia, la insuficiencia renal y la retinopatía[62]. Este factor de riesgo se acompaña muchas veces de una falta de diagnóstico oportuno ya que las manifestaciones clínicas son leves hasta que se alcanza un estado avanzado.

En nuestro país la hipertensión afecta aproximadamente a un tercio de nuestra población. Esta proporción no ha sufrido modificaciones importantes en los últimos años (34,5% en 2005, 34,6% en 2009, 34,1% en 2013 y 34,7% en 2018)[63]. La prevalencia sostenida se da en un contexto de un mayor control por parte de la población. En el año 2005 el 78,7% de la población se había controlado la presión en los últimos dos años, alcanzando el 84,3% en 2018.

La hipertensión arterial se considera el principal factor de riesgo metabólico asociado muchas de las ECNT, en la Argentina afecta a más del 30% de la población y su progresión se debe muchas veces a la falta de diagnóstico oportuno.

[60] [62] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.
[61] *Hipertensión,* n.d.
[63] *Encuestas Poblacionales,* n.d.

Gráfico 19. Prevalencia hipertensión por autorreporte en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo e ingresos. Localidades de 5.000 habitantes o más, año 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

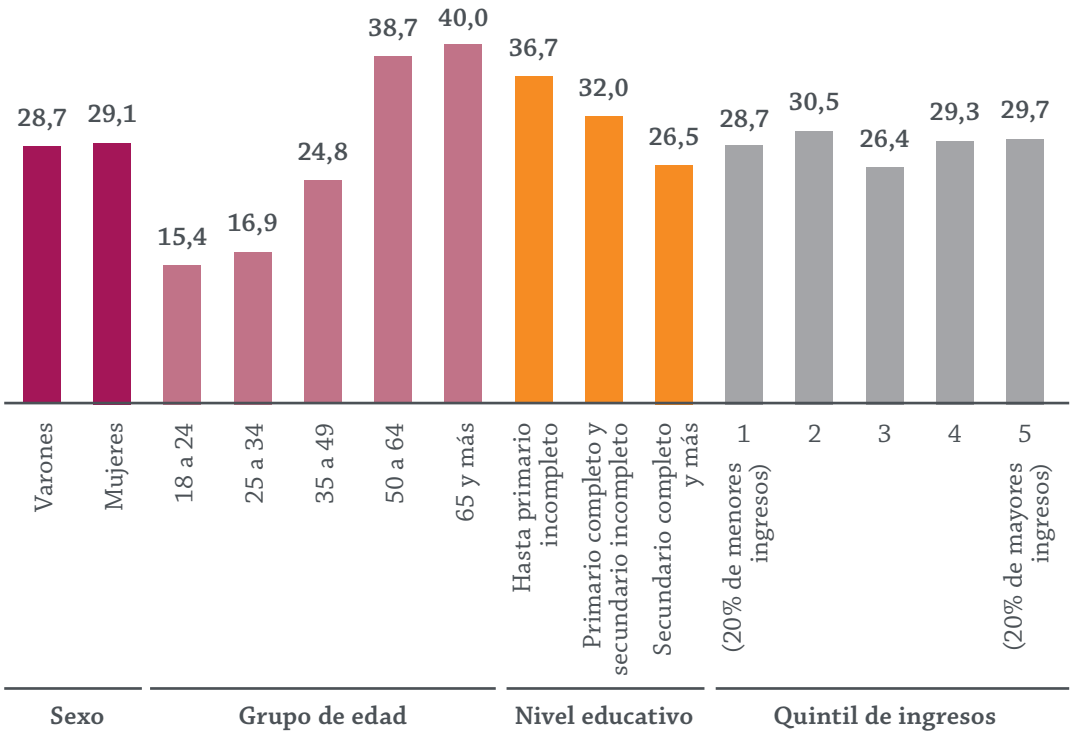
La prevalencia de hipertensión no muestra diferencias significativas entre varones y mujeres, pero se verifica una relación lineal progresiva con la edad, ya que alcanza al 60% de la población en los mayores de 65 años. En cuanto a las variables socioeconómicas, el nivel educativo muestra una relación inversa con la ocurrencia de hipertensión, mientras que cuando se consideran los ingresos sólo el 20% de mayores ingresos muestra una afectación menor.

Es importante resaltar que el abordaje se esta problemática no puede disociarse de los factores considerados anteriormente: la mala alimentación y el sobrepeso y obesidad.

Colesterol en la Argentina

El colesterol elevado es el segundo factor de riesgo asociado a ECV luego de la hipertensión[64]. Si bien el colesterol elevado puede tener un origen genético hereditario, su concentración en sangre está principalmente determinada por los modos de vida que describimos en secciones anteriores, sobre todo el exceso de peso, la inactividad física, el consumo de alimentos ultraprocesados y el consumo problemático de alcohol[65].

Gráfico 20. Prevalencia colesterol elevado por autorreporte en la población de 18 años y más más por sexo, grupo de edad, nivel educativo e ingresos. LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES O MÁS, AÑO 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*
Disponible en: *https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2*

[64] *Enfermedades cardiovasculares*, OMS, n.d.
[65] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf*, n.d.

En nuestro país, la prevalencia de colesterol elevado afecta a una de cada tres personas[66], esta proporción se mantiene estable a lo largo de los años (27,8% en 2005, 29,1% en 2009, 29,8% en 2013 y 28,9% en 2018). Al igual que en el caso de la hipertensión existe un progreso en relación a las personas que se controlan pasando del 73% en 2005 al 82% en 2018, lo que permite un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la patología.

Dentro de las variables de segmentación, la edad y el nivel educativo muestran diferencias marcadas a su interior. Como es de esperar, a mayor edad aumenta la prevalencia de colesterol elevado y lo opuesto sucede al considerar el nivel educativo alcanzado. El resto de los grupos de comparación no muestra diferencias significativas.

Al igual que cuando consideramos el abordaje de hipertensión, el colesterol debe ser abordado en una estrategia integral que fomente hábitos de vida saludable, en el caso del colesterol es importante incrementar la accesibilidad al diagnóstico para abordar la problemática sin medicación, promoviendo hábitos saludables y evitar consecuencias.

[66] de, n.d.

El costo de las enfermedades crónicas no transmisibles

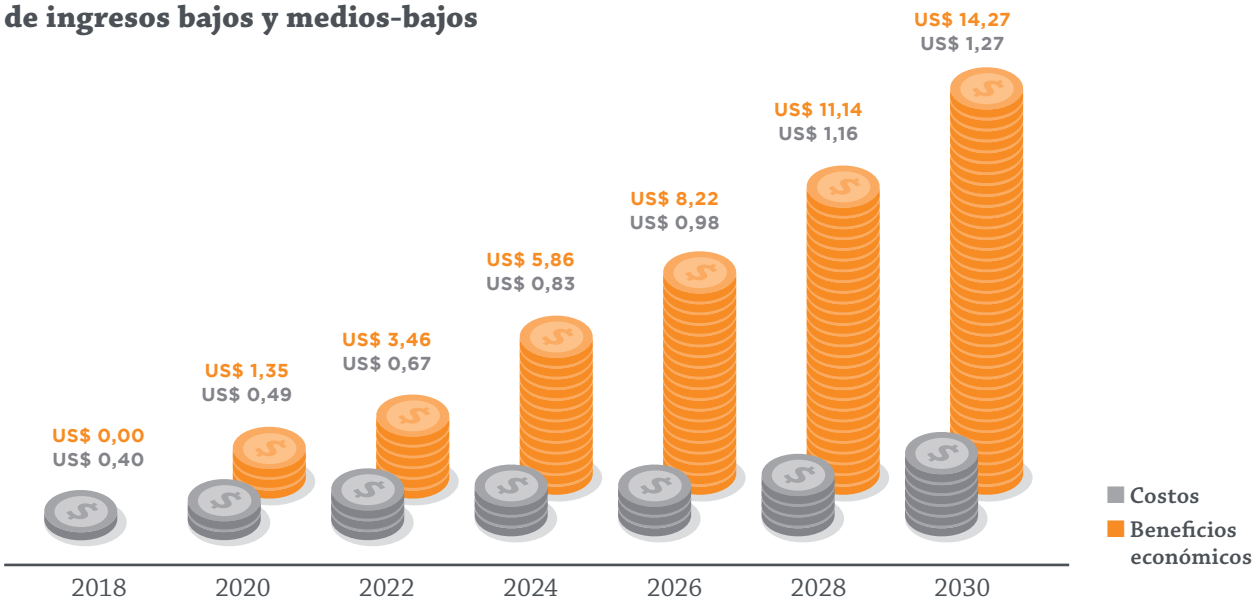
Las ECNT son un impedimento para disminuir la pobreza y constituyen un gran desafío para el desarrollo económico de los países ya que son la principal causa de muerte prematura y de discapacidad.

Las ECNT son un factor que incide en la reproducción de la pobreza y constituyen un gran desafío para el desarrollo económico de los países, ya que son la principal causa de muerte prematura y de discapacidad. Si bien afectan a personas de todas las edades, casi la mitad de los casos se producen en las etapas más productivas de la vida. Los datos muestran que, del total de muertes en el mundo, 15 millones atribuidas a ECNT se producen entre los 30 y los 69 años[67]. **Un informe publicado por la OMS muestra que los países más pobres del mundo podrían ganar US$ 350 000 millones hasta 2030 si aumentan las inversiones en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas como cardiopatías y cáncer,** algo que supondría únicamente un gasto adicional sobre el gasto actual de US$ 1,27 por persona al año. Con esas medidas se salvarían más de 8 millones de vidas en el mismo período (28) liberando gran cantidad de recursos.

La inversión en promoción de la salud, prevención y el control de las ECNT no sólo mejora la salud porque disminuye la morbilidad y mortalidad temprana por estas causas, sino que también puede mejorar la productividad económica de un país. Mejora la participación y la productividad de la fuerza de trabajo y limita la carga económica que suponen los gastos de salud imprevistos que generan para las personas, sus familias y los sistemas de salud. Esta inversión es particularmente necesaria en los países de ingresos bajos y medios donde las tendencias de las ECNT van en aumento. Así se podrían evitar más de 1.700 muertes al día, 628.586 al año, lo que representaría 8,2 millones de vidas salvadas para el año 2030; y se reduciría en un 15% las muertes prematuras causadas por estas enfermedades.

[67] *0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf,* n.d.

Gráfico 21. **Beneficios económicos de la combinación de intervenciones más rentables por persona y por año en los países de ingresos bajos y medios-bajos**



Fuente: *Salvar vidas, reducir el gasto.*
Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275408/WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf?ua=1

Gráfico 22.

INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

En el año 2017 la OMS publicó un documento[68] que compila intervenciones efectivas y costo-eficientes para abordar las ECNT del "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020"[69]. Las intervenciones se organizan de acuerdo a los cuatro principales factores de riesgo (tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, dietas poco saludables e inactividad física), y las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles (ECV, diabetes, cáncer y enfermedades pulmonares crónicas). Estas intervenciones apuntan a contribuir con el cumplimiento de las metas que componen el ODS 3 de Salud y Bienestar. Las intervenciones fueron seleccionadas de acuerdo a su probada eficacia, su relación de costo-efectividad y su factibilidad. Si bien el primer criterio de selección fue la relación de costo-efectividad, también debe considerarse su factibilidad, eficacia, disponibilidad, viabilidad en los contextos locales de aplicación y las repercusiones en la equidad sanitaria. Algunas son recomendaciones generales de tipo normativo para toda la población y otras específicas. Muchas de las intervenciones mencionadas ya se encuentran implementadas en nuestro país, y otras pueden ser consideradas para implementarlas en el futuro, y para eso es necesario construir los consensos necesarios.

Para la selección implementación de intervenciones se sugiere considerar:

- las intervenciones que aportan el mayor retorno de inversión en las respuestas a nivel nacional, en vistas de cumplir con las metas de los ODS.
- los sectores de gobierno prioritarios que deben participar.
- las articulaciones sectoriales necesarias para lograr compromisos concretos que beneficien a todos los sectores participantes y que resulten en un impacto directo en la salud de las poblaciones.
- los criterios económicos y no económicos de la aplicación de las intervenciones tales como: efectos para la salud, la aceptabilidad, la sostenibilidad, la escalabilidad, la equidad, las cuestiones éticas, las medidas multisectoriales, las necesidades de capacitación, la idoneidad de las instalaciones actuales y la vigilancia de los problemas de salud en los que se pretende intervenir.

[68] *Enfermedades no transmisibles | Best-buys para las ENT, OPS OMS,* n.d.
[69] *9789275318669_spa.pdf,* n.d.

La selección de medidas costo-eficaces se hizo a partir de un punto de corte que se define como un costo menor a I$[70] 100 por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

Las intervenciones se organizan por tema y de acuerdo al punto de corte de costo efectividad.

1) Intervenciones para reducir el consumo de tabaco:

a) Intervenciones costo-eficaces (menor a I$ 100 por AVAD):

i) Aumentar los impuestos especiales y los precios aplicados a los productos de tabaco.

ii) Utilizar un empaquetado neutro-normalizado y/o con advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes.

iii) Promulgar y aplicar una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

iv) Eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos y transportes públicos.

v) Realizar campañas a gran escala a través de los medios de comunicación para educar al público acerca de los daños causados por el hábito de fumar, el consumo de tabaco y el humo de tabaco ajeno.

b) Intervenciones costo-eficaces (mayor a I$ 100 por AVAD):

i) Proporcionar apoyo gratuito, eficaz y generalizado para la cesación tabáquica.

ii) Aplicar medidas para reducir al mínimo el comercio ilícito de productos de tabaco.

iii) Prohibir la publicidad transfronteriza, en particular mediante el uso de los medios de comunicación modernos.

iv) Proporcionar servicios por telefonía móvil para ayudar a abandonar el hábito de fumar a quienes lo deseen.

2) Intervenciones para reducir el consumo problemático de alcohol:

a) Intervenciones costo-eficaces (menor a I$ 100 por AVAD):

i) Aumentar la carga impositiva a bebidas alcohólicas.

ii) Promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol (en diferentes medios de comunicación).

iii) Reducir los horarios de venta de bebidas alcohólicas.

[70] I$= dólares internacionales: es una unidad monetaria hipotética que tiene la misma paridad del poder adquisitivo que el dólar de los EE.UU. tenía en los Estados Unidos en un momento dado.

b) Intervenciones costo-eficaces (mayor a I$ 100 por AVAD):

i) Promulgar y aplicar legislación sobre conducción bajo los efectos del alcohol y de límites de concentración de alcohol en la sangre mediante puestos de control.
ii) Proporcionar breves intervenciones psicosociales a las personas que consumen alcohol de forma peligrosa y nociva.
iii) Establecer precios mínimos del alcohol.
iv) Limitar o prohibir la promoción de bebidas alcohólicas en relación con el patrocinio y las actividades dirigidas a los jóvenes.
v) Llevar a cabo actividades de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y sus patologías asociadas en los servicios de salud y sociales.
vi) Proporcionar información a los consumidores acerca de las bebidas alcohólicas y etiquetar las bebidas, señalando los daños relacionados con el alcohol.

3) Intervenciones para reducir las dietas poco saludables:

a) Intervenciones costo-eficaces (menor a I$ 100 por AVAD):

i) Reducir la ingesta de sal reformulando los productos alimenticios para que contengan menos sal y fijando niveles objetivo de contenido de sal en los alimentos.
ii) Reducir la ingesta de sal mediante la creación de un entorno propicio en instituciones públicas, tales como hospitales, escuelas, lugares de trabajo y residencias para que puedan proponerse opciones con menos contenido de sodio.
iii) Reducir la ingesta de sal mediante una campaña en los medios de comunicación que inste a un cambio de comportamiento.
iv) Reducir la ingesta de sal mediante la instauración de un etiquetado en la parte frontal de los envases.

b) Intervenciones costo-eficaces (mayor a I$ 100 por AVAD):

i) Eliminar las grasas trans industriales mediante la elaboración de legislación que prohíba su uso en la cadena alimentaria.
ii) Reducir el consumo de azúcar con la aplicación de impuestos sobre las bebidas azucaradas.
iii) Ofrecer subvenciones para fomentar el aumento de la ingesta de frutas y hortalizas.
iv) Sustituir las grasas trans y las grasas saturadas por grasas insaturadas mediante la reformulación, el etiquetado y políticas fiscales y agrícolas.
v) Limitar el tamaño de las porciones y los envases para reducir la ingesta calórica y el riesgo de sobrepeso u obesidad infantil.

vi) Introducir el etiquetado frontal nutricional para reducir la ingesta total de calorías (kcal), azúcares, sodio y grasas.
vii) Poner en marcha campañas en los medios de comunicación sobre la conveniencia de una alimentación saludable y en particular de marketing social para reducir la ingesta de grasa total, grasas saturadas, azúcares y sal y promover la ingesta de frutas y hortalizas.

4) Intervenciones para reducir la inactividad física:

a) Intervenciones costo-eficaces (menor a I$ 100 por AVAD):

i) Impulsar campañas de educación y concientización pública para fomentar la actividad física que incluya una campaña en los medios de comunicación combinada con otros programas ambientales y de educación y motivación.

b) Intervenciones costo-eficaces (mayor a I$ 100 por AVAD):

i) Proporcionar asesoramiento en materia de actividad física y derivación de los pacientes en el marco de los servicios básicos de atención primaria de la salud mediante una intervención breve.
ii) Introducir programas que abarquen a la escuela en su conjunto y prevean actividades de educación física, la disponibilidad de instalaciones adecuadas y el apoyo a la actividad física para todos los niños.
iii) Proporcionar acceso conveniente y seguro a espacios públicos abiertos de calidad e infraestructuras adecuadas para fomentar los desplazamientos a pie y en bicicleta.
iv) Poner en marcha en el lugar de trabajo programas de actividad física integrados por múltiples componentes.
v) Promover la actividad física por medio de grupos y clubes deportivos organizados, programas y eventos.

5) Abordaje de enfermedades cardiovasculares:

a) Intervenciones costo-eficaces (menor a I$ 100 por AVAD):

i) Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos) y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con riesgo alto (≥ 30%) o moderado (≥ 20%) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años.

6) Abordaje de diabetes:

a) Intervenciones costo-eficaces (menor a I$ 100 por AVAD):

i) Intervenciones sobre el modo de vida para prevenir la diabetes de tipo 2.

7) Abordaje de cáncer:

a) Intervenciones costo-eficaces (menor a I$ 100 por AVAD):

i) Vacunación contra el papilomavirus humano (2 dosis) de las niñas de 9 a 13 años.

ii) Prevención del cáncer cervicouterino mediante la realización de pruebas de cribado a las mujeres de entre 30 y 49 años de edad.

iii) Prevención del cáncer hepático mediante inmunización contra la hepatitis B.

b) Intervenciones costo-eficaces (mayor a I$ 100 por AVAD):

i) Cribado con mamografía (una vez cada dos años para las mujeres de entre 50 y 69 años), diagnóstico oportuno y tratamiento del cáncer de mama.

También se proponen opciones de políticas a implementar para alcanzar diferentes objetivos:

Objetivo 1:

Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas de desarrollo mundiales, regionales y nacionales y los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente mediante el refuerzo de la cooperación internacional y la promoción:

- Sensibilizar al público y a los responsables políticos acerca de la prevención y el control de las ECNT y aumentar sus conocimientos teóricos y prácticos.
- Integrar las enfermedades no transmisibles en la agenda social y de desarrollo y en las estrategias de reducción de la pobreza.
- Fortalecer la cooperación internacional en materia de movilización de recursos, creación de capacidad, capacitación del personal sanitario e intercambio de información sobre las enseñanzas extraídas y las prácticas óptimas.
- Lograr la participación y movilización de la sociedad civil y del sector privado, según proceda, y reforzar la cooperación internacional para respaldar la aplicación del plan de acción en los ámbitos mundial, regional y nacional.

Objetivo 2:

Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles:

- Priorizar y aumentar según sea necesario las asignaciones presupuestarias destinadas a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a establecer sus políticas fiscales y de otra índole.

- Evaluar la capacidad nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Elaborar y aplicar una política y un plan nacional multisectorial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles con participación de distintos sectores.

Objetivo 3:
Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de buena calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles:

- Formular y poner en práctica un programa nacional de investigaciones prioritarias en materia de enfermedades no transmisibles.
- Priorizar las asignaciones presupuestarias para la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Fortalecer los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de investigación.
- Fortalecer la capacidad de investigación mediante la cooperación con instituciones de investigación nacionales y extranjeras.

Objetivo 4:
Seguir de cerca las tendencias y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los avances realizados para su prevención y control:

- Elaborar metas e indicadores nacionales basados en el marco mundial de vigilancia y vinculados con una política y con planes multisectoriales.
- Reforzar los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de vigilancia y monitoreo y de evaluación.
- Establecer y/o reforzar un sistema de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles que incluya registros fiables de las causas de muerte, registros oncológicos, recopilación periódica de datos sobre los factores de riesgo y seguimiento de la respuesta nacional.
- Integrar la vigilancia y el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los sistemas nacionales de información sanitaria.

RECURSOS PARA ABORDAR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA ARGENTINA

Estructura nacional y provincial

El Estado nacional cuenta desde el año 2009 con la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de ECNT del Ministerio de Salud de la Nación que implementa la Estrategia Nacional de Prevención y Control de ECNT aprobada por la resolucion N° 1083/2009. Tiene como finalidad reducir los factores de riesgo, las muertes y discapacidad por enfermedades no transmisibles y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de las personas en riesgo y afectadas por estas patologías.

Los objetivos de esta Dirección Nacional son:

- Coordinar programas dirigidos a la prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
- Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
- Promover la elaboración de guías de prevención y control de ECNT o que presentan factores de riesgo para ellas.
- Promover hábitos, costumbres y comportamientos saludables para mejorar la salud de la población.
- Desarrollar y coordinar estrategias y acciones de vigilancia epidemiológica de las principales enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
- Desarrollar acciones dirigidas a combatir el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco.
- Formular, proponer y evaluar el desarrollo de políticas públicas en relación a la promoción de la salud y prevención de ECNT.
- Promover el desarrollo de entornos saludables (instituciones, escuelas, universidades, etc.).
- Promover la regulación de la oferta de productos y servicios con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población (disminución del contenido de sal en los alimentos industrializados, eliminación de grasas trans, disminuir el acceso al consumo de tabaco, etc.).
- Promover acciones de comunicación social y de educación para la salud por medios masivos y/o interpersonales y asesorar en esta materia a los organismos que lo requieran.
- Asesorar y/o representar a autoridades en las instancias intersectoriales en los temas de su competencia.

A su vez, algunas provincias cuentan con una dirección específica que aborda la temática o con líneas de acción incluidas en una dirección más abarcativa. Sea como fuere, todas las provincias cuentan con un referente que trabaja sobre la temática.

Marco normativo

En este apartado se pretende relevar las políticas de salud, el marco legislativo y jurídico, los instrumentos y recursos legales con los que se cuenta para abordar las ECNT y sus factores de riesgo. La legislación es una herramienta fundamental para instrumentar políticas de salud, aunque no suficiente[71].

Los problemas de salud abordados desde la perspectiva de las políticas públicas pueden convocan a analizar distintas dimensiones: el marco legislativo, si el desarrollo de las leyes está basado en conceptos actualizados y fundados en la evidencia y se utilizan modelos que contemplan el contexto en el que se dan los problemas y los múltiples factores involucrados para evitar respuestas insuficientes y poco abarcativas centradas sólo en el modelo médico de atención. Junto a esto, la fragmentación en los sistemas de financiación y la falta de un trabajo intersectorial para la mejora de la salud de la población, hacen que los resultados no sean los esperados[72].

En el *Anexo IV* se presenta la legislación nacional referida a las principales ECNT, partiendo de la Resolución Ministerial N°1083/2009 que enmarca a todas las ECNT y también se desagrega por enfermedades específicas: cardiovasculares; cáncer, ERC y diabetes. Además existe un marco regulatorio específico para los principales factores de riesgo que también se incluye en el anexo.

[71] *Recopilación de NORMAS sobre PREVENCIÓN y CONTROL de ENFERMEDADES CRÓNICAS en AMÉRICA LATINA: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares,* n.d.

[72] *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles,* n.d.

Conclusiones / Comentarios

A lo largo del documento se evidencia que las ECNT y sus factores de riesgo asociados constituyen una prioridad para la salud pública nacional e internacional. El impacto de estas patologías en términos de mortalidad, morbilidad, secuelas y costos directos e indirectos para los Estados, las convierte en una temática de abordaje ineludible, que requiere múltiples intervenciones y de trabajo intersectorial articulado para dar respuestas específicas al contexto donde se desarrollan.

Si bien existen recomendaciones para abordar las diferentes aristas de esta problemática, no puede aplicarse una fórmula general. Las distintas medidas deben ser discutidas y adaptadas a conjuntos específicos de la población. Hemos puesto en evidencia diferencias entre países de una misma región, al interior de nuestro propio país y aún entre diferentes grupos segmentados por sexo, edad, nivel educativo e ingresos, para poner de manifiesto que cada uno de estos grupos requiere de abordajes particulares que requieren de articulaciones entre los distintos actores de la sociedad.

Así como mostramos que las ECNT son el principal problema de salud pública en la Argentina, también fuimos desarrollando algunos de los múltiples recursos con los que se cuenta para hacerle frente desde estructura estatal, apoyo internacional, marco normativo y guías y recomendaciones que muchas veces no son accesibles para el personal de salud y los tomadores de decisiones locales. Es importante visibilizar estos recursos para que sean aprovechados en todo su potencial.

Una sección del documento fundamenta las razones que explican que **las inversiones necesarias para prevenir o tratar tempranamente a las ECNT no es un gasto para el sistema de salud, sino que a mediano y largo plazo se traduciría en un ahorro significativo.** Este puede ser un argumento valioso para los tomadores de decisión a los que el fundamento sanitario no les sea suficiente.

Finalmente, algunos de los recursos y esfuerzos no se han traducido en mejores resultados, lo que nos permite resaltar la relevancia de intensificar los esfuerzos, involucrando a la mayor cantidad de sectores posibles para que participen activamente incluyendo a la población.

Bibliografía

0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf

0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf

9789275318669_spa.pdf. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento147.pdf

Alimentación sana. www.who.int, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

Análisis de situación de salud Nacional- MSAL 2018. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001392cnt-Anlisis%20de%20situacin%20de%20salud%20-%20Repblica%20Argentina%20-%20ASIS%202018.pdf

Cáncer-OMS. www.who.int, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados preliminares. p. 11.

Diabetes. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Encuestas Poblacionales. http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). www.who.int, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

Enfermedades cardiovasculares OMS. www.who.int, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas: hechos y cifras. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Enfermedades no transmisibles - página inicial WHO. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Accedido 18 de febrero de 2020.

ENT | Enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. WHO, World Health Organization. www.who.int, http://www.who.int/ncds/es/

Estadísticas vitales. Información básica Argentina 2018. http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf

Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Hipertensión. www.who.int, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Informe mundial sobre diabetes 2014 OMS.pdf. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?sequence=1

Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 Resumen de orientación. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Lence, Juan J., y Rolando Camacho. **Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe.** Revista Cubana de Salud Pública, vol. 32, N°3, 1999, Editorial Ciencias Médicas, septiembre de 2006, pp. 0-0.

Malnutrición. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition. Accedido 25 de febrero de 2020

Mortalidad por ECNT-MSAL. http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/vigilancia/areas-de-vigilancia/mortalidad

Obesidad y sobrepeso. www.who.int, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

OMS | 10 datos sobre el asma. WHO, World Health Organization. www.who.int, http://www.who.int/features/factfiles/asthma/es/. Accedido 29 de marzo de 2020

OMS | 10 datos sobre el cáncer. WHO, World Health Organization. www.who.int, http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/

OMS | 10 datos sobre la diabetes. WHO, World Health Organization. www.who.int, http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/

OMS | Enfermedades respiratorias crónicas. WHO, World Health Organization. www.who.int, http://www.who.int/respiratory/es/. Accedido 29 de marzo de 2020

OMS | ¿Qué son el sobrepeso y la obesidad? WHO, World Health Organization. www.who.int, http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/. Accedido 14 de abril de 2020

OPS OMS | Enfermedades no transmisibles | Best-buys para las ENT. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=9499&item=enfermedades-no-transmisibles&cat=communication&type=best-buys-ent-intervenciones-costoeficaces-prevencion-control-ent-9499&Itemid=40933&lang=es. Accedido 1 de abril de 2020

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. www.paho.org, https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=prevencion-y-control-de-las-enfermedades-no-transmisibles

¿Qué es el cáncer? www.cancer.org, https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html. Accedido 29 de marzo de 2020.

Recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ENT-Normas-Prevencion-AL.pdf

Sobrepeso y obesidad. http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/obesidad

Stewart, Bernard W., et al. **World Cancer Report 2014.** International Agency for Research on Cancer ; Distributed by WHO Press, 2014. Open WorldCat, http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=979458

Tabaco. www.who.int, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Accedido

WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275408/WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf?ua=1

World Health Organization, et al. **Global Status Report on Alcohol and Health 2018.** 2018.

Anexo I

Mortalidad absoluta y mortalidad proporcional por **Enfermedades Crónicas No Transmisibles,** países de América del Sur, 2016

AMÉRICA DEL SUR	TOTAL DEFUNCIONES	DEFUNCIONES POR ENT (CANTIDAD)			PROPORCIÓN DE DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (%)					
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL ENT	ECV	CÁNCER	ERC	DIABETES	OTRAS ENT
Argentina	**328.000**	**254.500**	**128.500**	**126.000**	**77,6**	**27,8**	**20**	**10,5**	**2,8**	**16,5**
Bolivia (Estado Plurinacional de)	71.000	45.900	23.500	22.400	64,5	23,5	11,2	4,6	4	21,2
Brasil	1.320.000	975.400	516.800	458.500	73,9	28	17,7	6,4	5	16,8
Chile	110.000	92.900	47.500	45.400	84,7	27,1	25,5	6,4	4,7	21
Colombia	282.000	211.400	110.100	101.200	74,8	29,7	19,9	6,5	3,4	15,3
Ecuador	84.000	60.700	31.500	29.300	72,2	23,6	16,6	5,2	7,7	19,1
Paraguay	36.000	27.000	14.000	13.100	74,4	28,9	15,9	3,2	6,6	19,7
Perú	172.000	119.400	61.500	57.900	69,2	20,8	16,6	5,6	3,5	22,8
Uruguay	33.000	27.800	13.600	14.200	84,9	28,2	26,3	8,2	2,9	19,4
Venezuela (República Bolivariana de)	181.000	125.800	68.700	57.200	69,5	29,9	15,8	4	8,3	11,6

Fuente: *Enfermedades No Transmisibles en la Región de las Américas: Hechos y Cifras.*
Disponible en: *https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y*

Anexo II

Tasas de defunción estandarizadas por edad grupo de causas, por 100.000 habitantes, países de América del Sur, 2016

AMÉRICA DEL SUR	TODAS LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES			ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			CÁNCER			DIABETES			ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Argentina	425	552	334	143	193,2	106,6	119,7	147,8	101,9	16,1	21	13	53	71	41,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	495	540	456	181	206,4	156,8	89,5	81,3	98,1	32,9	31	35	35	41	29,1
Brasil	452	556	370	170	211,6	137,2	108,5	133,1	90,8	30,3	32	29	39	51	31,1
Chile	380	472	310	117	148,3	91,1	118,6	144,6	101,6	20,5	24	18	27	36	21,4
Colombia	463	547	396	186	228,9	150,6	120,9	135,1	110,7	21,3	22	20	41	51	33,3
Ecuador	405	456	361	132	154,2	111,5	95,1	98,3	93,6	44,8	45	45	28	36	22,2
Paraguay	506	553	464	200	220,7	179,7	109,4	124,9	96,7	46,3	38	54	22	30	14,9
Perú	415	478	362	124	146,7	103,9	100,6	106,2	97,7	21,7	24	20	34	42	26,8
Uruguay	437	580	340	132	176,6	101,1	154,3	206,2	120,6	15	19	12	39	59	26,4
Venezuela (República Bolivariana de)	474	593	382	207	272,9	155,6	106,1	123,4	95,2	57,3	66	50	28	35	22,8

Fuente: *Enfermedades No Transmisibles en la Región de las Américas: Hechos y Cifras.*
Disponible en: *https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y*

Anexo III

Prevalencia de los principales factores de riesgo, países de América del Sur, 2016

Parte 1

AMÉRICA DEL SUR	TABACO						ALCOHOL			SOBREPESO Y OBESIDAD								
	PREVALENCIA DEL CONSUMO ACTUAL DE TABACO FUMADO EN ADULTOS (%)			PREVALENCIA DEL CONSUMO ACTUAL DE TABACO EN ADOLESCENTES (%)			CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS (LITROS/ PER CÁPITA/AÑO)			PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS (%)			PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ADULTOS (%)			PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ADOLESCENTES (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Argentina	**21,9**	**27,7**	**16,1**	**20,2**	**18,7**	**21,4**	**9,5**	**14,7**	**4,7**	**62,7**	**66,2**	**59,3**	**28,3**	**27,3**	**29,0**	**14,4**	**18,3**	**10,4**
Bolivia (Estado Plurinacional de)	...	...	...	10,9	13,6	8,1	5,2	7,9	2,5	56,1	52,2	59,8	20,2	14,5	25,6	7,8	8,2	7,3
Brasil	13,8	17,6	9,9	6,9	6,7	7,0	7,3	11,7	3,2	56,5	57,6	55,4	22,1	18,5	25,4	9,0	10,1	7,8
Chile	45,0	49,2	40,7	24,5	19,8	27,8	9,4	14,5	4,6	63,1	64,7	61,4	28,0	24,9	31,0	13,6	15,6	11,5
Colombia	8,2	12,6	3,9	20,2	20,6	19,6	5,7	9,2	2,4	59,0	56,6	61,2	22,3	17,6	26,6	6,1	6,3	6,0
Ecuador	...	...	...	13,0	15,3	10,7	5,6	8,6	2,7	56,0	52,6	59,2	19,9	14,9	24,7	8,0	8,9	7,2
Paraguay	13,4	21,7	5,1	7,0	7,4	6,6	5,8	9,1	2,5	53,5	53,7	53,3	20,3	17,1	23,4	9,1	10,0	8,0
Perú	10,2	16,6	3,8	9,7	10,9	8,4	6,0	9,2	2,9	57,5	54,8	60,1	19,7	15,2	24,2	6,4	7,0	5,8
Uruguay	22,5	26,0	18,9	12,8	12,7	12,5	11,1	17,4	5,4	62,9	64,9	60,8	27,9	24,9	30,6	12,2	14,2	10,0
Venezuela (República Bolivariana de)	...	...	...	9,4	11,0	7,2	5,4	8,5	2,3	63,4	62,9	63,8	25,6	22,4	28,6	12,4	13,0	11,6

Fuente: *Enfermedades No Transmisibles en la Región de las Américas: Hechos y Cifras.*
Disponible en: *https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y*

Anexo III

Prevalencia de los principales factores de riesgo, países de América del Sur, 2016

Parte 2

AMÉRICA DEL SUR	GLUCOSA EN SANGRE ELEVADA			HIPERTENSIÓN			INACTIVIDAD FÍSICA			SAL		
	PREVALENCIA DE GLUCOSA EN SANGRE ELEVADA (%)			PREVALENCIA DE PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA (%)			PREVALENCIA DE INACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS (%)			INGESTA DE SAL EN ADULTOS (GRAMOS/DÍA)		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Argentina	9,7	9,9	9,5	22,6	27,6	17,6	41,6	37,6	45,3	8,0	8,0	7,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	8,0	7,0	8,9	17,9	19,7	16,1	...	...	...	9,0	10,0	9,0
Brasil	8,3	7,8	8,7	23,3	26,7	19,9	47,0	40,4	53,3	10,0	11,0	10,0
Chile	10,5	10,2	10,8	20,9	25,4	16,5	26,6	24,4	28,6	7,0	7,0	7,0
Colombia	8,5	8,3	8,7	19,2	21,5	16,9	44,0	38,8	48,9	10,0	11,0	10,0
Ecuador	8,0	7,5	8,5	17,9	19,8	16,0	27,2	24,6	29,7	8,0	8,0	7,0
Paraguay	8,1	8,0	8,3	24,6	27,8	21,3	37,4	38,1	36,8	11,0	11,0	10,0
Perú	7,7	7,2	8,1	13,7	16,1	11,2	...	...	...	8,0	8,0	7,0
Uruguay	9,5	9,1	9,8	20,7	24,7	16,8	22,4	18,7	25,7	7,0	7,0	7,0
Venezuela (República Bolivariana de)	9,5	9,9	9,0	18,6	21,5	15,7	31,4	29,5	33,3	9,0	9,0	9,0

Fuente: *Enfermedades No Transmisibles en la Región de las Américas: Hechos y Cifras.*
Disponible en: *https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y*

Anexo IV

Legislación nacional por temática específica

TEMÁTICA	LEY/NORMA/ RESOLUCIÓN	PUNTOS ABORDADOS	COMPLEMENTARIAS/ MODIFICATORIAS
Enfermedades No Transmisibles	Resolución Ministerial N°1083/2009	Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Enfermedades No Transmisibles Plan Nacional Argentina Saludable Comisión Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles	Resolución 801 / 2011: **Programa Nacional de Prevención de las enfermedades cardiovasculares** *(Creación)* Resolución 578 / 2013: **Programa Nacional de Lucha contra el sedentarismo** *(Creación)* Resolución 645 / 2014: **Programa nacional de prevencion y control de las enfermedades respiratorias cronicas** *(Creación)* Resolución 732 / 2016: **Programa Nacional de Alimentacion saludable y prevencion de la obesidad** *(Creación)*
Enfermedades cardio-vasculares	Ley N°25.501 y Decreto	Establece la prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional.	Resolución 801 / 2011: **Programa Nacional de Prevencion de las enfermedades cardiovasculares** *(Creación)* Resolución 578 / 2013: **Programa Nacional de Lucha contra el sedentarismo** *(Creación)* Resolución 732 / 2016: **Programa nacional de alimentacion saludable y prevencion de la obesidad** *(Creación)*
Enfermedades cardio-vasculares	Ley N°27.159	Sistema de prevención integral de eventos por muerte súbita en espacios públicos y privados de acceso público a fin de reducir la morbimortalidad súbita de origen cardiovascular.	

Fuente: *Elaboración propia.*

TEMÁTICA	LEY/NORMA/ RESOLUCIÓN	PUNTOS ABORDADOS	COMPLEMENTARIAS/ MODIFICATORIAS
Enfermedades cardio-vasculares	Resolución Ministerial N°801/2011	Creación del Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares.	
Enfermedades cardio-vasculares			
Cáncer	Ley 15766	Ley de la Lucha contra el cáncer	
Cáncer	Ley 23611	Prevención del cáncer, los lindones, las leucemias y demás enfermedades neoproliferativas malignas	
Cáncer	Ley 26606	Mes Nacional de Concientización sobre el Cáncer de Mama	
Cáncer	Ley 26803	Día Nacional para la Lucha contra el Cáncer Infantil	
Cáncer	Ley 27285	Instituto Nacional del Cáncer	
Cáncer	Decreto 1286/2010	Instituto Nacional del Cáncer	
Cáncer	Decreto 955/2016	Día Nacional de Lucha Contra el Cáncer Bucal	
Cáncer	Resolución 480/1998	Subprograma Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino	
Cáncer	Resolución 435/2001	Protocolos nacionales convencionales en oncología clínica, oncohematología y oncopediatría	
Cáncer	Resolución 112/2011	Programa de Promoción de la Investigación en Cáncer	
Cáncer	Resolución 224/2011	Incorporación de medicamentos al Vademécum de Drogas Oncológicas	

TEMÁTICA	LEY/NORMA/ RESOLUCIÓN	PUNTOS ABORDADOS	COMPLEMENTARIAS/ MODIFICATORIAS
Cáncer	Resolución 508/2011	Programa de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer	
Cáncer	Resolución 1261/2011	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino	
Cáncer	Resolución 2185/2011	Formularios de admisión y renovación de solicitud de medicamentos oncológicos	
Cáncer	Resolución 406/2012	Programa de Capacitación de Corta Duración de Recursos Humanos en Cáncer	
Cáncer	Resolución 150/2013	Marco regulatorio del Programa de Capacitación de Corta Duración de Recursos Humanos en Cáncer	
Cáncer	Resolución 1187/2013	Programa de Rotación de Residentes de Medicina en Especialidades Oncológicas	
Cáncer	Resolución 1813/2013	Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama	
Cáncer	Resolución 2173/2013	Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal	
Cáncer	Resolución 1995/2015	Reglamento para el otorgamiento de asistencia financiera a Proyectos de Investigación en Cáncer de Origen Nacional III	
Cáncer	Resolución 344/2016	Programa de Capacitación de corta duración de Recursos Humanos en Cáncer	

TEMÁTICA	LEY/NORMA/ RESOLUCIÓN	PUNTOS ABORDADOS	COMPLEMENTARIAS/ MODIFICATORIAS
Cáncer	Resolución 1565-E/2016	Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer	
Cáncer	Resolución 754-E/2017	Programa Nacional de Cáncer Bucal (PRONACABU)	
Cáncer	Resolución 1022/2018	Programa de rotación de residentes de medicina en áreas oncológicas año 2018	
Cáncer	Resolución 37/2019	Guía de Tratamiento de la Patología de Cáncer de Mama	
Cáncer	Resolución 309/2019	Guía de Recupero para la patología Cáncer de Colon	Resolución 374/2019: Rectificación de la resolución 309/2019
Cáncer	Resolución 405/2019	Organigrama de la coordinación de banco de drogas especiales	
Cáncer	Resolución 1089/2019	Vademécum de drogas oncológicas de la coordinación de banco de drogas especiales	
Enfermedades respiratorias crónicas	Resolución N° 645/2014 MSAL	**Programa Nacional de Prevencion y control de las enfermedades respiratorias cronicas** *(Creación)*	
Diabetes	Ley 23753	Enfermedad diabética	Decreto 1286/2014: Reglamentación de la ley 23753 Ley 26914: Modificación de la ley 23753
Diabetes	Ley 25788	Exclusión de la diabetes como causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público como en el privado	
Diabetes	Resolución 301/1999	Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA)	

TEMÁTICA	LEY/NORMA/ RESOLUCIÓN	PUNTOS ABORDADOS	COMPLEMENTARIAS/ MODIFICATORIAS
Diabetes	Resolución 542/1999	Inclusión de la insulina y demás elementos necesarios para su aplicación entre los medicamentos que deben ser provistos en el marco del PMO	
Diabetes	Resolución 644/2000	Guía de Diagnóstico y Tratamiento en Diabetes	
Diabetes	Resolución 1135/2000	Comisión Permanente Asesora de Diabetes	
Diabetes	Resolución 899/2001	Guías de orientación para el diagnóstico y tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en la atención primaria de salud	
Diabetes	Resolución 58/2003	Guía de diagnóstico y tratamiento en diabetes	
Diabetes	Resolución 695/2009	Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2	
Diabetes	Disposición 2247/2009	Guía para Estudios Clínicos de Diabetes Tipo 2	
Diabetes	Resolución 1711/2014	Programa para la Atención Integral de Personas con Diabetes Mellitas	Resolución 547/2016
Diabetes	Resolución 1156/2014	Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus	
Diabetes	Resolución 423/2018	Normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con diabetes Resolución 764/2018	

GDFE
Grupo de Fundaciones y Empresas