



Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. Resultados para la Ciudad de Buenos Aires

Informe de resultados | 1520



Enero de 2021



Introducción

El presente informe presenta los resultados de la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 (ENFR) obtenidos para la Ciudad de Buenos Aires, mostrando las prevalencias de los principales indicadores según sexo, grupo de edad, nivel educativo y cobertura de salud de la población.

La ENFR 2018, al igual que las anteriores de 2005, 2009 y 2013, fue realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en convenio con las Direcciones Provinciales de Estadística. La última onda se desarrolló entre los meses de septiembre y diciembre de 2018.

La población objetivo de la encuesta comprende las personas de 18 años y más que residen en hogares particulares de áreas urbanas en localidades de 5.000 habitantes y más. En 2018, y por primera vez, la 4ª ENFR incorporó mediciones objetivas antropométricas y bioquímicas. Además, como segunda innovación sustantiva, el relevamiento se realizó con dispositivos digitales (tabletas).

La encuesta tiene por objetivos:

- Proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, procesos de atención en el sistema de salud y prevalencias de las principales Enfermedades No Transmisibles (ENT)
- Monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT.
- Evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.
- Proporcionar parámetros objetivos de los principales factores de riesgo y las ENT a partir de las mediciones físicas y bioquímicas.

En la encuesta se relevó información básica sobre las personas, sus hogares y viviendas de modo de permitir una caracterización del perfil de la población bajo riesgo (sexo, edad, situación conyugal, nivel de instrucción, cobertura de salud, situación laboral). Se indagó sobre salud general y calidad de vida, actividad física, alimentación, peso corporal, tabaco, consumo de alcohol, hipertensión arterial, colesterol, diabetes, prácticas preventivas (mamografía, PAP y cáncer de colon) y lesiones por causas externas (seguridad vial).

La información relevada en la encuesta fue por autoreporte (es decir, mediante una entrevista sólo al encuestado seleccionado mayor de 18 años y más del hogar, quien responde las preguntas del cuestionario sobre sí mismo) y también personal de salud realizó mediciones antropométricas y de laboratorio. La ENFR 2018, siguiendo la metodología de los pasos (o STEPS) propuesta por la Organización

Mundial de la Salud (OMS)¹, se desarrolló en tres pasos. El *Paso 1* consistió en el relevamiento por autoreporte, aplicando un cuestionario muy similar al de las ediciones anteriores². El *Paso 2* incluyó, en el momento de la entrevista, la realización de mediciones físicas: registro de la presión arterial y parámetros antropométricos tales como peso, talla y perímetro de la cintura. Por último, en el *Paso 3* se realizaron mediciones de glucemia capilar y colesterol total, mediante digitopunción. Cabe destacar que los indicadores analizados en este informe sólo son aquellos obtenidos en el *Paso 1*, es decir, a partir de la información declarativa de los encuestados.

El diseño muestral de la ENFR 2018 fue probabilístico y multietápico. El tamaño de la muestra alcanzó a 49.170 viviendas a nivel país para el *Paso 1* (relevamiento por autoreporte), de las cuales 3.160 corresponden a la Ciudad de Buenos Aires. Para el *Paso 2* (incluye la realización de mediciones antropométricas) se realizó una submuestra con el 75% de dichas viviendas. Y para el *Paso 3* (determinaciones bioquímicas), se mantuvo esa submuestra, pero restringida a las localidades de 150.000 habitantes y más. Para la Ciudad de Buenos Aires, en el *Paso 2* y *3*, correspondieron 2.360 viviendas. Debido al alto nivel de no respuesta de esta jurisdicción la muestra efectiva de la Ciudad fue de 1.372 individuos (la tasa de respuesta de hogares a nivel país para el Paso 1 fue de 73,4% y en la Ciudad: 58,2%).

Dadas las características señaladas anteriormente de los pasos, la encuesta tiene dominios de estimación diferentes para cada uno de ellos. Para el *Paso 1*, permite además de resultados representativos a nivel total del país, desagregarlos para las 24 jurisdicciones (23 provincias y Ciudad de Buenos Aires) y para cada uno de los ocho aglomerados urbanos de más de 500.000 habitantes: Gran Buenos Aires, Gran Córdoba, Gran La Plata, Gran Mendoza, Gran Rosario, Gran Salta, Gran Tucumán y Mar del Plata (estos aglomerados fueron dominios de estimación en las ENFR anteriores). Para el *Paso 2* de mediciones antropométricas, y como consecuencia de la reducción de la muestra de viviendas en un 25%, las estimaciones son representativas al total del país; en cambio para el *Paso 3* (mediciones bioquímicas), al ser un recorte geográfico de la muestra del *Paso 2*, se define un único dominio de estimación compuesto por el conjunto de aglomerados o localidades de 150.000 habitantes y más³.

1 Véase Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud para las Américas: "STEPS Panamericano: método paso a paso de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles". Descargado 13/10/2020 de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1928:the-pahowho-stepwise-approach-to-chronic-noncommunicable-diseases-risk-factor-surveillance&Itemid=1669&lang=es.

2 Véase el cuestionario completo de la ENFR 2018 en INDEC (2019): "Manual de uso de la base de datos usuario, 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018". Descargado 13/10/2020 de: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menu superior/enfr/manual_base_usuario_enfr2018.pdf.

3 Para mayor información sobre el diseño muestral y dominios de estimación, consultar la publicación del INDEC (2019): "4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Factores de expansión, estimación y cálculo de los errores de muestreo. Nota técnica".

Tal como plantea el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019, p. 11-12), “[...] las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), [...] representadas por las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, son una epidemia global y constituyen la principal amenaza para la salud humana. Por año fallecen 41 millones de personas por esta causa, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo [...]. Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en 2015 la principal causa de muerte fueron las enfermedades del corazón (39,3%), seguidas por los tumores (25,6%) [...]. Las ECNT comparten los mismos factores de riesgo, que explican 3 de cada 4 muertes por ECNT. Los cuatro más importantes son el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol”. Por lo tanto, la vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo son fundamentales para diseñar y evaluar políticas efectivas. A su vez, para poder realizar actividades de promoción de la salud y prevención de estas enfermedades es necesario actuar sobre sus determinantes, los llamados factores de riesgo⁴.

A continuación, se presenta una síntesis de los principales resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 para la Ciudad de Buenos Aires. En primer lugar, se muestran los resultados de la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol. En segundo término, aquellos relacionados con la alimentación, la actividad física y el peso corporal. En tercer lugar, se hace foco en los indicadores de prevalencia de enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial y el colesterol alto. Luego, se presentan datos sobre prácticas preventivas de cánceres prevalentes en grupos de población específicos y, finalmente, indicadores de estado de salud, en general.

4 Desde el año 2009 la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, implementa la “Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles” aprobada por la Resolución N° 1083/2009 tendiente a reducir los factores de riesgo, las muertes y discapacidad por ECNT, así como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de las personas en riesgo y afectadas por las ECNT. Para mayor detalle de las líneas de acción y programas que implementa la mencionada Dirección Nacional, véase la publicación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019): “4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. Informe definitivo”.

1. Consumo de tabaco y alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se calcula que en Argentina, 40.000 personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En la Ciudad de Buenos Aires, las causas de muerte que afectan a más del 65% de la población, son las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias y los tumores⁵.

⁵ Los datos surgen de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Para el año 2018 en la Ciudad hubo 27.771 defunciones y las 3 principales causas de muertes fueron las enfermedades del corazón y cerebrovasculares (9.255 defunciones), tumores malignos (5.239 defunciones) y las infecciones respiratorias agudas (3.788 defunciones). Descargado 13/10/2020 de: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=78592>.

La **prevalencia de consumo de tabaco** (cigarrillos) fue, en 2018 en la Ciudad, de 17,5% (Cuadro 1), lo que muestra un continuo y sostenido descenso desde la ENFR 2005 (27,4%). Este descenso es similar al total del país, en donde la prevalencia pasó de 29,7%, en 2005, a 22,2%, en 2018.

Este indicador es mayor en varones (20,7%) que en mujeres (14,9%) y en cuanto al análisis según edad, los menores porcentajes se observan en los dos extremos (menores de 25 años y 65 años y más), registrándose en el grupo etario de 24 a 35 años el mayor porcentaje de consumo de tabaco (22,7%). Según nivel de instrucción, se evidencian valores similares en los diferentes niveles educativos y respecto de la cobertura de salud, hubo mayor prevalencia en aquellas personas que manifestaron tener cobertura sólo pública, con una diferencia significativa respecto de las personas con obra social o prepaga: 27,1% y 16,3%, respectivamente (Cuadro 2).

Cuadro 1 Indicadores seleccionados de consumo de tabaco y de alcohol para la población de 18 años y más. Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 2005-2009-2013-2018

Indicadores seleccionados	2005		2009		2013		2018	
	Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción	
	Total país	Ciudad de Buenos Aires	Total país	Ciudad de Buenos Aires	Total país	Ciudad de Buenos Aires	Total país	Ciudad de Buenos Aires
Consumo de tabaco fumadores actuales	29,7	27,4	27,1	26,1	25,1	24,3	22,2	17,5
Exposición al humo ambiental de tabaco ajeno ¹	///	///	43,8	39,7	35,9	30,6	35,0	33,2
Consumo de alcohol regular de riesgo	6,6	5,6	8,2	9,9	8,0	7,4	8,4	8,4
Consumo de alcohol episódico excesivo	10,1	8,7	8,9	9,5	10,5	11,2	13,3	15,6

¹ No se presentan valores para el año 2005 por motivos de comparabilidad con las ediciones posteriores de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, señalado por la fuente. **Nota:** excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009-2013-2018.

Respirar humo de tabaco ajeno incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias entre quienes no fuman. El indicador de **exposición al humo ambiental del tabaco**⁶ también muestra un descenso a lo largo del tiempo. Entre la ENFR 2009 y la ENFR 2018, la exposición bajó de 39,7% a 33,2%, respectivamente (Cuadro 1).

⁶ Este indicador registra aquellas personas no fumadoras que estuvieron expuesta al humo de tabaco ajeno en lugares cerrados (casa, trabajo, instituciones educativas, bares/restaurantes, hospitales/centros de salud y otros lugares) durante los últimos 30 días.

Tal como señala la OMS (2015), *“el uso nocivo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial y es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de entre 15 y 49 años, franja etaria que suele ser de las más productivas económicamente”*.

Contrariamente a lo observado con el tabaco, el consumo de alcohol está en aumento. El indicador de **consumo de alcohol regular de riesgo**⁷ aumentó 1 punto porcentual a

⁷ Se considera regular de riesgo cuando se consume en los últimos 30 días, más de 1 trago promedio por día (en las mujeres) y más de 2 tragos promedio por día (para los varones). Es consumo episódico excesivo cuando se consume 5 tragos o más de cualquier bebida alcohólica en una misma oportunidad en los últimos 30 días.

lo largo de las 2 últimas ediciones de la ENFR (7,4% en 2013 a 8,4% en 2018) y el indicador de **consumo de alcohol episódico excesivo** pasó de 11,2% a 15,6%, respectivamente (Cuadro 1). Al analizar el consumo de alcohol regular de riesgo según variables sociodemográficas (Cuadro 2), el indicador resultó

mayor entre varones (8,9%) respecto de mujeres (7,9%), en el grupo etario de 25 a 34 años (10,6%) y entre quienes manifiestan tener obra social o prepaga (8,6%). Respecto del nivel educativo, se observaron diferencias significativas entre el nivel más bajo (18,0%) y el más alto (8,0%).

Cuadro 2 Porcentaje de población de 18 años y más con consumo de tabaco fumadores actuales y consumo de alcohol regular de riesgo según sexo, grupo de edad, nivel de instrucción y cobertura de salud. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2018

Características sociodemográficas	Consumo de tabaco fumadores actuales		Consumo de alcohol regular de riesgo	
	2013	2018	2013	2018
Sexo				
Total	24,3	17,5	7,4	8,4
Varón	27,6	20,7	8,2	8,9
Mujer	21,6	14,9	6,7	7,9
Grupo de edad (años)				
Total	24,3	17,5	7,4	8,4
18 - 24	35,7	17,0	7,5	6,7
25 - 34	30,7	22,7	15,1	10,6
35 - 49	28,2	19,0	8,3	7,1
50 - 64	23,4	18,1	2,1	8,8
65 y más	7,2	10,5	3,6	8,6
Máximo nivel de instrucción alcanzado¹				
Total	24,3	17,5	7,4	8,4
Hasta primario incompleto	6,5	17,5	-	18,0
Secundario incompleto	28,9	18,5	7,9	9,5
Secundario completo y más	23,2	17,3	7,4	8,0
Cobertura de salud				
Total ²	23,9	17,5	7,5	8,4
Solo pública	31,5	27,1	13,9	6,9
Obra social o prepaga	23,0	16,3	6,7	8,6

¹ Excluye el nivel de educación especial.

² Para el año 2013, los totales del indicador de cobertura de salud difieren de los totales de los demás indicadores debido a la exclusión de los casos No sabe/no contesta. Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013- 2018.

2. Alimentación, actividad física y peso corporal (sobrepeso y obesidad)

Otro grupo de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles son la mala alimentación, la falta de actividad física y la obesidad o sobrepeso. Esta última, requiere una atención especial en la medida que se asocia en forma directa e indirecta a una mayor prevalencia de otros factores de riesgo y enfermedades como hipertensión arterial, niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria, etc. Los indicadores de alimentación y de actividad física se relacionan directamente con el peso corporal.

En cuanto a la alimentación, los datos de la ENFR 2018 muestran que continúa siendo muy bajo el consumo de frutas y verduras en toda la población, aunque la tendencia muestra un crecimiento sostenido en la última década (Cuadro 3). Solo el 8,2% de la población de la Ciudad **consume 5 o más porciones diarias de fruta y verdura** (recomendado por los especialistas). En 2009 era de 6,1%. Aunque el 19,4% de la población todavía **agrega sal en sus comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa**, desde la ENFR 2005, este valor disminuyó alrededor de 10 puntos.

Por su parte, la **prevalencia de actividad física baja**⁸ fue de 32,4%, es decir, 3 de cada 10 personas no realiza la actividad física recomendada. Por otra parte, este dato muestra una reducción significativa respecto al valor en 2013 (53,2%). También se observa que ese porcentaje es casi 12 puntos porcentuales menor al promedio nacional (Cuadro 3).

La actividad física baja resultó mayor en mujeres respecto de varones (34,0% y 30,4%, respectivamente) y ese porcentaje aumenta tendencialmente a medida que lo hace la edad de la población: mientras que los adultos jóvenes de 18 a 24 años tuvieron una prevalencia de actividad física baja de 19,3%, los adultos mayores (65 años y más) tuvieron una prevalencia de 41,5%.

Por otra parte, las personas con primaria incompleta tuvieron una prevalencia de actividad física baja de 53,7%, porcentaje que disminuye a medida que aumenta el nivel educativo (secundario completo y más: 30,8%). Este indicador resultó mayor en las personas con cobertura de salud sólo del sistema público (Cuadro 4).

El **exceso de peso** por autoreporte (que suma **sobrepeso y obesidad**⁹) aumentó de modo continuo a lo largo de las 4 ediciones de la ENFR: 44,2% en 2005 a 50,3% en 2018. Este crecimiento ha sido producto del incremento de la obesidad (Cuadro 3). Por otro lado, se puede destacar que en la Ciudad, en todas las ediciones de la encuesta, la prevalencia de obesidad es menor al promedio nacional (en 2018 la brecha alcanza 8,3 puntos).

La prevalencia de obesidad por autoreporte fue mayor en varones que en mujeres (21,8% y 12,9%, respectivamente). El indicador presentó un aumento progresivo según grupos de edad para disminuir finalmente en el grupo de los adultos mayores (65 años y más). Asimismo, su prevalencia fue significativamente menor en el grupo con mayor nivel de instrucción respecto a los otros niveles educativos. Este indicador resultó más alto en las personas con cobertura de salud sólo pública (Cuadro 4).

8 Este indicador se construye a partir de la cantidad de días por semana de actividad física y el tiempo empleado en realizarla. Con esos datos, se categoriza el nivel de actividad física en alto, medio y bajo. Véase más adelante en el Glosario: Nivel de actividad física.

9 El indicador de sobrepeso identifica a las personas con Índice de Masa Corporal (IMC) autoreportado igual o superior a 25 y menor a 30. El de obesidad, a aquellas personas con IMC autoreportado igual o superior a 30.

Cuadro 3 Indicadores seleccionados de alimentación, actividad física y peso corporal para la población de 18 años y más. Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 2005-2009-2013-2018

Indicadores seleccionados	2005		2009		2013		2018	
	Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción	
	Total país	Ciudad de Buenos Aires						
Consumo de 5 o más porciones diarias de fruta y verdura	.	.	4,8	6,1	5,0	6,2	6,0	8,2
Siempre o casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa	23,1	29,9	25,3	32,7	17,3	22,1	16,4	19,4
Actividad física baja ¹	///	///	54,9	43,3	54,7	53,2	44,2	32,4
Sobrepeso	34,4	32,7	35,4	32,2	37,1	32,0	36,3	33,3
Obesidad	14,6	11,5	18,0	13,5	20,8	16,0	25,3	17,0

¹ No se presentan valores para el año 2005 por motivos de comparabilidad con las ediciones posteriores de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, señalado por la fuente.

Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009-2013-2018.

Cuadro 4 Porcentaje de población de 18 años y más con nivel bajo de actividad física y obesidad según sexo, grupo de edad, nivel de instrucción y cobertura de salud. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2018

Características sociodemográficas	Actividad física baja		Obesidad	
	2013	2018	2013	2018
Sexo				
Total	53,2	32,4	16,0	17,0
Varón	48,1	30,4	19,0	21,8
Mujer	57,5	34,0	13,4	12,9
Grupo de edad (años)				
Total	53,2	32,4	16,0	17,0
18 - 24	40,9	19,3	0,9	4,9
25 - 34	46,8	32,7	10,6	13,4
35 - 49	53,0	33,5	16,8	15,4
50 - 64	56,9	28,6	23,9	25,4
65 y más	64,4	41,5	22,0	21,0
Máximo nivel de instrucción alcanzado¹				
Total	53,2	32,4	16,0	17,0
Hasta primario incompleto	87,4	53,7	43,4	23,6
Secundario incompleto	58,6	38,8	22,1	25,8
Secundario completo y más	50,8	30,8	13,5	15,3
Cobertura de salud				
Total²	53,4	32,4	16,1	17,0
Solo pública	47,5	36,4	13,8	22,4
Obra social o prepaga	54,2	31,9	16,3	16,3

¹ Excluye el nivel de educación especial.

² Para el año 2013, los totales del indicador de cobertura de salud difieren de los totales de los demás indicadores debido a la exclusión de los casos No sabe/no contesta.

Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013- 2018.

3. Diabetes, hipertensión arterial y colesterol elevado

La diabetes mellitus resulta, en la actualidad, una epidemia mundial vinculada al rápido aumento del sobrepeso, promovido por la mala alimentación, el sedentarismo o la actividad física insuficiente, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población. Esto representa, de este modo, un problema sanitario y socioeconómico de gran magnitud.

La **prevalencia de diabetes o glucemia elevada**¹⁰ por autoreporte tuvo un leve aumento: 8,2% en 2013 a 8,8% en 2018. Lo mismo sucedió con la **prevalencia de colesterol elevado**¹¹ por autoreporte (ENFR 2013 fue de 27,9% y en ENFR 2013: 29,6%).

En cambio, la **prevalencia de hipertensión arterial** por autoreporte¹² se ubicó en 26,6%, disminuyendo unos puntos con respecto a las ediciones anteriores que rondaba en 29,0% (Cuadro 5).

Por otra parte, en el Cuadro 5 también se observa que el porcentaje de la población que accedió a realizarse

un **control de presión arterial, glucemia y colesterol** aumentó respecto de las anteriores ENFR.

Cabe resaltar que, en cada edición de la encuesta en la Ciudad, la prevalencia de presión arterial elevada y la de glucemia elevada son menores al promedio nacional, en cambio la prevalencia de colesterol elevado supera al total país.

10 Para este indicador se indagó, entre las cuestiones más relevante, sobre mediciones de glucemia, sobre la existencia de diagnóstico de glucemia elevada o diabetes (si es mujer, si este diagnóstico ocurrió durante el embarazo), la realización de tratamiento/s indicado/s por un médico o profesional de la salud en las últimas dos semanas, y el tipo de tratamiento. Asimismo, si la persona es insulino dependiente, y si hubo algún diagnóstico de diabetes entre familiares directos y entre otros familiares.

11 Se registró haberse medido el colesterol alguna vez, la última vez que se efectuó, la existencia de diagnóstico de colesterol elevado, la realización de tratamiento/s indicado/s por un médico o profesional de la salud en las últimas dos semanas y su tipo.

12 En este caso se registró la medición de la presión arterial alguna vez, cuándo fue la última vez que lo hizo, la existencia de diagnóstico de presión arterial elevada, la realización de tratamiento/s indicado/s por un médico o profesional de la salud en las últimas dos semanas y su tipo, y la continuidad en el tratamiento, entre otras cuestiones.

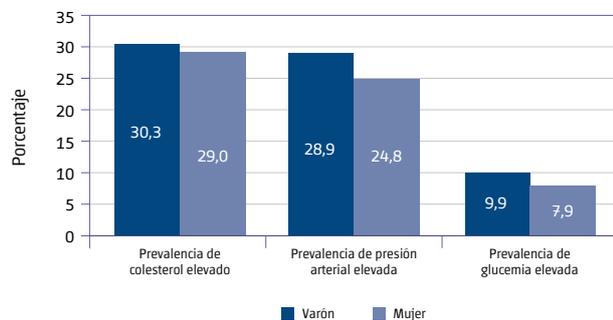
Cuadro 5 Indicadores seleccionados de diabetes, hipertensión arterial y colesterol elevado para la población de 18 años y más. Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 2005-2009-2013-2018

Indicadores seleccionados	2005		2009		2013		2018	
	Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción	
	Total país	Ciudad de Buenos Aires						
Control de presión arterial en el último año	69,3	77,2	72,2	75,7	72,6	80,5	74,0	82,1
Control de presión arterial en los últimos dos años	79,7	88,1	82,7	88,0	83,3	92,4	85,2	92,1
Control de presión arterial alguna vez	88,2	94,3	89,7	94,4	89,0	95,0	93,1	97,2
Prevalencia de presión arterial elevada	34,5	29,7	34,6	29,0	34,1	28,5	34,7	26,6
Control de colesterol en el último año	39,9	57,7	48,8	58,0	48,0	63,7	49,6	67,5
Control de colesterol en los últimos dos años	50,2	70,9	58,6	71,3	58,5	77,4	61,8	80,6
Control de colesterol alguna vez	57,6	78,5	64,0	78,2	64,1	81,5	71,5	90,0
Prevalencia de colesterol elevado	27,8	32,4	29,1	28,1	29,8	27,9	28,9	29,6
Control de glucemia en el último año	46,5	60,7	53,2	59,6	55,0	66,6	55,2	71,6
Control de glucemia en los últimos dos años	60,7	75,5	67,6	76,8	69,3	81,2	69,4	85,9
Control glucemia alguna vez	74,7	88,0	78,5	86,6	79,4	87,5	82,2	96,3
Prevalencia de diabetes o glucemia elevada	8,4	8,0	9,6	7,4	9,8	8,2	12,7	8,8

Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes, excepto en los indicadores de prevalencia.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009-2013-2018.

Gráfico 1 Porcentaje de población de 18 años y más por prevalencia de colesterol elevado, prevalencia de presión arterial elevada y prevalencia de glucemia elevada según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2018



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Las prevalencias mencionadas anteriormente fueron mayores en los varones (Gráfico 1), presentaron un marcado aumento con la edad y entre aquellos con obra social o prepaga. Ahora bien, entre quienes tienen un nivel educativo más alto las prevalencias son menores que en los otros niveles educativos (Cuadro 6).

En todos los casos la prevalencia de personas que se hicieron dichos controles en el sistema de salud fue mayor en las mujeres respecto a los varones. Se destaca una tendencia progresiva de aumento en los controles a mayor edad de la población. Se registra los mayores porcentajes entre aquellos con secundario completo y más (a excepción, del control de glucemia). Las personas con cobertura de salud exclusiva del sector público presentan menor porcentaje de controles que aquellos con obra social o prepaga (Cuadro 6). Cabe resaltar que en la Ciudad los valores de todos los controles son mayores que el promedio nacional.

Cuadro 6 Porcentaje de población de 18 años y más por control de presión arterial, prevalencia de presión arterial elevada, control de colesterol, prevalencia de colesterol elevado, control de glucemia y prevalencia de glucemia elevada según sexo, grupos de edad, nivel de instrucción y cobertura de salud. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013 - 2018

Características sociodemográficas	Control de presión arterial (alguna vez)		Prevalencia de presión arterial elevada		Control de colesterol (alguna vez)		Prevalencia de colesterol elevado		Control de glucemia (alguna vez)		Prevalencia de diabetes o glucemia elevada	
	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018
Sexo												
Total	95,0	97,2	28,5	26,6	81,5	90,0	27,9	29,6	87,5	96,3	8,2	8,8
Varón	91,8	96,5	25,7	28,9	75,6	86,3	26,9	30,3	81,9	94,9	9,2	9,9
Mujer	97,6	97,8	30,7	24,8	86,3	93,1	28,6	29,0	92,1	97,4	7,4	7,9
Grupo de edad (años)												
Total	95,0	97,2	28,5	26,6	81,5	90,0	27,9	29,6	87,5	96,3	8,2	8,8
18 - 24	84,8	91,1	6,0	3,6	67,1	66,9	9,7	11,5	83,9	82,7	-	5,0
25 - 34	91,8	97,7	12,7	9,4	71,1	86,5	16,1	17,8	80,5	97,0	3,2	1,9
35 - 49	96,2	96,2	15,2	18,5	78,4	91,4	23,5	23,3	80,9	96,5	2,8	3,7
50 - 64	98,7	98,9	38,4	35,4	90,9	96,0	38,9	36,9	94,0	99,2	12,6	14,2
65 y más	99,2	99,6	60,9	55,3	94,9	97,8	38,6	46,0	98,3	99,8	20,7	18,7
Máximo nivel de instrucción alcanzado¹												
Total	95,0	97,2	28,5	26,6	81,5	90,0	27,9	29,6	87,5	96,3	8,2	8,8
Hasta primario incompleto	91,0	86,5	63,4	35,0	83,4	87,0	48,0	44,8	85,4	100,0	9,7	20,2
Secundario incompleto	90,4	95,7	43,1	46,9	75,0	83,8	34,7	36,4	86,2	94,8	10,5	16,5
Secundario completo y más	96,6	97,7	23,4	23,0	83,5	91,2	25,5	28,1	87,9	96,5	7,5	7,2
Cobertura de salud												
Total²	95,0	97,2	28,8	26,6	81,5	90,0	28,2	29,6	87,8	96,3	8,4	8,8
Solo pública	75,3	91,0	22,5	17,8	46,3	73,0	40,5	22,6	62,2	91,4	3,3	6,4
Obra social o prepaga	97,2	98,0	29,4	27,7	85,7	92,1	27,5	30,2	90,6	96,9	9,0	9,1

¹ Excluye el nivel de educación especial.

² Para el año 2013, los totales del indicador de cobertura de salud difieren de los totales de los demás indicadores debido a la exclusión de los casos No sabe/no contesta.

Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes, excepto en los indicadores de prevalencia.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013- 2018.

4. Prácticas preventivas de cánceres prevalentes

A nivel global, el cáncer representa la segunda causa de muerte en el mundo. En 2018, tanto para el total de la Argentina como en la Ciudad, los tumores malignos son la tercera causa de muerte. El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres (total país y Ciudad); y el cáncer de cuello de útero es la quinta causa de muerte en la Ciudad entre las mujeres (cuarta en Argentina). El cáncer colorrectal representa la segunda causa de muerte por tumores malignos en varones (total país y Ciudad); y en mujeres la segunda causa de muerte en total país y la tercera en la Ciudad¹³.

Como señala el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019, p. 223) “alrededor del 30% de los casos de cáncer pueden curarse si se detectan en forma temprana y se tratan adecuadamente. El cáncer de mama, el de cuello uterino y el cáncer colorrectal son enfermedades en las que estas prácticas están recomendadas. [...] Las agencias internacionales, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y las sociedades científicas recomiendan en la población general asintomática, aunque con algunas discrepancias, la realización de mamografía cada uno o dos años en mujeres de entre 50 y 69 años, la realización de PAP en mujeres de 25 a 64 años o la realización del test de VPH en mujeres entre 30 y 64 años; y el tamizaje de cáncer colorrectal en adultos de 50 a 75 años”.

El seguimiento de los indicadores que se presentan en este apartado, tiene por objetivo describir la prevalencia de la realización de estudios preventivos de cáncer de mama, cuello uterino y colon que contribuyan a orientar las políticas de salud con relación a estas enfermedades.

¹³ Según información publicada en la página web de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Nación. Descargado 20/10/2020 de: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>.

Ahora bien, los principales resultados referidos a las **prácticas preventivas de cáncer** muestran que el 88,9% de las mujeres de 25 a 65 años se realizó un Papanicolaou (PAP) en los últimos dos años, porcentaje que viene incrementándose con cada una de las encuestas (Cuadro 7). En cuanto a la realización de mamografía, el 85,0% de las mujeres de entre 50 y 70 años se realizó una en los últimos

dos años, valor que ha aumentado sostenidamente desde la primera edición de esta encuesta (75,5% en 2005). Para el caso de rastreo de cáncer de colon o pólipos, el 51,7% de las personas de entre 50 y 75 años se hizo alguna de las pruebas recomendadas, lo que registra un crecimiento de 3,8 puntos porcentuales con respecto a 2013 (47,9%).

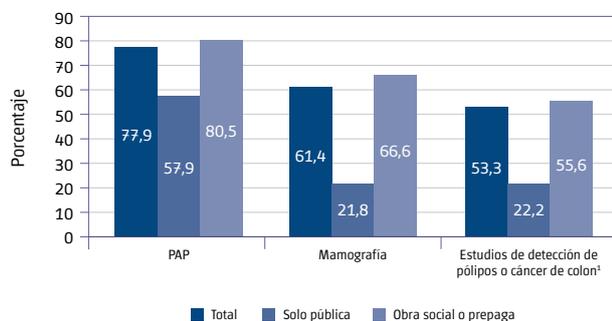
Cuadro 7 Indicadores seleccionados de prácticas preventivas de cánceres prevalentes para la población de grupos de edad seleccionados. Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 2005-2009-2013-2018

Indicadores seleccionados	2005		2009		2013		2018	
	Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción		Jurisdicción	
	Total país	Ciudad de Buenos Aires	Total país	Ciudad de Buenos Aires	Total país	Ciudad de Buenos Aires	Total país	Ciudad de Buenos Aires
Mujeres de 25 a 65 años (riesgo carcinoma cérvico-uterino)								
Realización de PAP en los últimos dos años	60,6	80,6	68,3	79,1	72,3	87,3	70,8	88,9
Mujeres de 50 a 70 años (riesgo carcinoma mamario)								
Realización de mamografía en los últimos dos años	46,1	75,5	59,0	77,4	66,3	82,6	66,3	85,0
Población de 50 a 75 años (riesgo carcinoma de colon)								
Realización de estudios de rastreo de cáncer de colon o pólipos alguna vez	.	.	.	.	24,5	47,9	31,8	51,7

Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009-2013-2018.

Gráfico 2 Porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou (PAP), mamografía en los últimos dos años y porcentaje de población que realizó algún estudio para la detección de pólipos o cáncer de colon según cobertura de salud. Ciudad de Buenos Aires. Año 2018



¹ Incluye a la población mayor a 50 años.

Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

En la Ciudad de Buenos Aires el porcentaje de cada una de estas prácticas preventivas supera en más de 18 puntos al del total país.

Si se analizan estas prácticas preventivas según la cobertura de salud, se observa que el porcentaje es significativamente menor entre quienes sólo acceden al sistema público de salud (Gráfico 2). Asimismo, se registra un significativo aumento de los valores de estas prácticas preventivas en la población de mayor nivel educativo (Cuadro 8).

Cuadro 8 Porcentaje de mujeres que realizaron Papanicolaou (PAP) y mamografía en los últimos dos años y porcentaje de población que realizó algún estudio para la detección de pólipos o cáncer de colon según grupos de edad, nivel de instrucción y cobertura de salud. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013 - 2018

Características sociodemográficas	Realización en los últimos dos años...					
	PAP		Mamografía		Estudios de detección de pólipos o cáncer de colon ²	
	2013	2018	2013	2018	2013	2018
Grupo de edad (años)						
Total	78,0	77,9	61,8	61,4	45,9	53,3
18 - 24	62,2	61,5	21,6	18,6	///	///
25 - 34	93,3	92,3	36,2	29,8	///	///
35 - 49	88,1	88,1	78,1	74,3	///	///
50 - 64	80,8	86,4	84,6	87,6	44,8	44,8
65 y más	59,6	53,3	64,8	68,7	47,1	61,4
Máximo nivel de instrucción alcanzado⁴						
Total	78,0	77,9	61,8	61,4	45,9	53,3
Hasta primario incompleto	45,1	38,7	45,1	40,8	21,3	40,8
Secundario incompleto	68,2	59,1	49,4	47,6	44,1	45,3
Secundario completo y más	81,9	82,0	65,9	64,2	47,7	56,3
Cobertura de salud						
Total³	79,3	77,9	62,8	61,4	45,9	53,3
Solo pública	64,5	57,9	35,5	21,8	13,3	22,2
Obra social o prepaga	80,6	80,5	65,4	66,6	48,1	55,6

¹ Excluye el nivel de educación especial.

² Comprende a la población mayor a 50 años.

³ Para el año 2013, los totales del indicador de cobertura de salud difieren de los totales de los demás indicadores debido a la exclusión de los casos No sabe/no contesta. Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013- 2018.

5. Indicadores de salud general

La calidad de vida relacionada con la salud refiere, según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019, p 21) “[...] a los efectos de las enfermedades y de sus tratamientos en la vida cotidiana de los pacientes”. Se trata de un concepto multi-dimensional que incluye cuestiones de salud física, mental, social y de percepción de salud general y calidad de vida. Su medición resulta de relevancia para la identificación de poblaciones vulnerables y la formulación de políticas de salud.

Sobre la **salud general y calidad de vida** de los residentes en

la Ciudad, se observa que el 13,2% refirió que su salud general era regular o mala, sin mostrar importantes variaciones con respecto a las anteriores mediciones (Cuadro 9). Para el total del país este indicador asciende al 20,9%.

En cuanto a los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud, se destaca que en todos hay una disminución y/o se mantiene estable con respecto a 2013. El porcentaje de personas que refieren tener un dolor o malestar se ubica en 20,9%, le sigue el porcentaje de quienes manifiestan estar ansiosos o deprimidos (17,7%) y luego los que dicen tener algún problema de movilidad (9,9%).

Cuadro 9 Porcentaje de la población de 18 años y más que percibe su estado de salud regular o malo e indicadores de calidad de vida relacionada con la salud por tipo de problema. Ciudad de Buenos Aires. Años 2005-2009-2013-2018

Tipo de problema	2005	2009	2013	2018
Salud general mala o regular	15,3	14,9	14,5	13,2
Algún problema en la movilidad	12,1	9,3	11,0	9,9
Algún problema en relación con las actividades cotidianas	7,7	4,7	7,2	4,9
Algún problema en el cuidado personal	2,9	1,5	1,8	1,8
Tiene dolor o malestar	31,9	27,0	21,6	20,9
Está ansioso o deprimido	28,1	19,2	18,8	17,7

Nota: excluye No sabe/no contesta para el cálculo de los porcentajes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009-2013-2018.

A modo de síntesis

Los resultados de la 4ª ENFR 2018 evidencian un aumento sostenido en la prevalencia de exceso de peso en la población residente en la Ciudad desde la primera edición realizada en 2005, acompañado de un escaso consumo de frutas y verduras (aunque la tendencia muestra un crecimiento sostenido en la última década) y se destaca un tercio de la población que declara no realizar la actividad física recomendada (en 2018 se muestra una reducción significativa respecto al valor en 2013: 32,4% y 53,2%, respectivamente).

Asimismo los indicadores de consumo de alcohol aumentan en 2018 con respecto a 2013, y específicamente, el consumo episódico excesivo: su porcentaje viene creciendo de manera continua desde 2005.

Por el contrario, se observa una disminución en el consumo de sal, en el consumo de tabaco y en la exposición al humo de tabaco ajeno; resultados que sugieren la influencia de las regulaciones en los hábitos de la población, tales como la Ley N° 26.687 (regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco) que prohíbe fumar en lugares cerrados de acceso público, pero también denota un cambio de comportamiento de las personas ya que se observa una disminución en la exposición al humo de tabaco ajeno en los hogares. De la misma forma, las acciones impulsadas por la Ley N° 26.905 (promoción de reducción del consumo de sodio) pudieron haber modificado los hábitos en relación con el agregado de sal a las comidas.

En cuanto a las prácticas preventivas, se muestra un incremento en la prevalencia de medición de presión arterial, colesterol y glucemia entre las últimas ondas, denotando mejoras en el cuidado de la salud. Por otro lado, también hubo un aumento sostenido de la realización de pruebas de tamizaje de cáncer de cuello de útero y cáncer de mama en mujeres con indicación de éstas prácticas, y de rastreo de cáncer de colon o pólipos en personas de 50 a 75 años, lo que indicaría un mayor acceso de la población al sistema de salud. Esta mejora es registrada en todos los subsistemas de salud para éstas prácticas preventivas y de tamizaje de cáncer, aun cuando los indicadores hayan sido menos favorables en personas con cobertura de salud sólo pública.

Referencias bibliográficas

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019): *“Factores de expansión, estimación y cálculo de los errores de muestreo. Nota técnica”*, 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019): *“Manual de uso de la base de datos usuario”*, 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019): *“4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. Informe definitivo”*.

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (2015): *“Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas”*.

Glosario¹⁴

Consumo de tabaco y alcohol

Fumadores/as actuales: son aquellas personas que fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente cigarrillos todos o algunos días.

Exposición al humo ambiental de tabaco ajeno: registra aquellas personas no fumadoras que estuvieron expuesta al humo de tabaco ajeno en lugares cerrados (casa, trabajo, instituciones educativas, bares/restaurantes, hospitales/ centros de salud y otros lugares) durante los últimos 30 días. Se considera población no fumadora aquellas personas que nunca fumaron cigarrillos o que, si lo hicieron, fumaron menos de 100 cigarrillos en su vida. Para la elaboración de este indicador se consideran casos positivos cuando el encuestado responde que notó que alguien fumó en al menos uno de los lugares cerrados presentados en el cuestionario.

Consumo de alcohol regular de riesgo: se considera cuando se consume en los últimos 30 días, en el caso de las mujeres más de 1 trago promedio por día y en el caso de los varones más de 2 tragos promedio por día.

Consumo de alcohol episódico excesivo: se define como el consumo de 5 tragos o más de cualquier bebida alcohólica en una misma oportunidad en los últimos 30 días.

Alimentación, actividad física y peso corporal (sobrepeso y obesidad)

Consumo de frutas y verduras: se tiene en cuenta la cantidad de porciones de frutas y de verduras y la cantidad de días de consumo en una semana típica, clasificando a la población de acuerdo a si consume o no al menos 5 porciones de frutas y/o verduras por día en una semana típica.

Consumo de sal: cociente entre la cantidad de casos que responden que siempre o casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa y el total de casos válidos.

Nivel de actividad física: se construye a partir de la cantidad de días por semana de actividad física y el tiempo empleado en realizarla. De acuerdo a las recomendaciones del cuestionario IPAQ (Internacional Physical Activity Questionnaire) se categoriza el nivel de actividad física de la siguiente manera:

Nivel intenso o alto: cumple alguno de los siguientes criterios:

- 3 o más días de actividad intensa acumulando al menos 1500 METs-minuto por semana.
- 7 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 3000 METs-minutos por semana.

Nivel moderado o medio: cumple alguno de los siguientes criterios:

- 3 o más días de actividad intensa de al menos 20 minutos por día; o
- 5 o más días de actividad moderada y/o caminata acumulando al menos 30 Minutos x día; o
- 5 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 600 METs-minutos por semana.

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

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

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

Peso corporal: la población encuestada se clasifica en peso normal, sobrepeso y obesidad teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC se elabora a partir de las respuestas que dieron los encuestados respecto de sus medidas de peso y talla. El IMC se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Prevalencia de sobrepeso: porcentaje de personas con IMC autoreportado igual o superior a 25 y menor a 30

Prevalencia de obesidad: porcentaje de personas con IMC autoreportado igual o superior a 30

La suma de las categorías sobrepeso y obesidad se definen como población con **exceso de peso**.

Diabetes, hipertensión arterial y colesterol elevado

Control de glucemia: identifica a la población que responde que le midieron alguna vez el azúcar/glucemia en sangre. Se calcula dividiendo la cantidad de casos que le midieron el azúcar/glucemia en sangre sobre el total de casos válidos.

Prevalencia de diabetes o glucemia elevada: identifica a la población con diabetes o glucemia elevada (en la población total), definida a partir del reporte del encuestado con un

¹⁴ Elaborado a partir del documento del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019): "4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. Informe definitivo".

diagnóstico de diabetes o glucemia elevada efectuado por un profesional de la salud.

Control de presión arterial: identifica a la población que responde que le tomaron alguna vez la presión arterial. Se calcula dividiendo la cantidad de casos que le tomaron la presión arterial sobre el total de casos válidos.

Prevalencia de hipertensión arterial: identifica a la población con hipertensión (entre quienes se la controlaron), definida a partir del reporte del encuestado con un diagnóstico de presión arterial elevada efectuado por un profesional de la salud.

Control de colesterol: identifica a la población que responde que le midieron alguna vez el colesterol. Se calcula dividiendo la cantidad de casos que le midieron el colesterol sobre el total de casos válidos.

Prevalencia de colesterol elevado: identifica a la población con hipercolesterolemia (entre quienes se la controlaron), definida a partir del reporte del encuestado con un diagnóstico de colesterol elevado efectuado por un profesional de la salud.

Prácticas preventivas de cánceres prevalentes

Realización de Papanicolaou en los últimos dos años: discrimina a las mujeres en tanto se hayan realizado un Papanicolaou o no en los últimos dos años. Se calcula dividiendo el total de mujeres que se realizaron un estudio de Papanicolaou en los últimos dos años sobre el total de mujeres, por cien. Se presentan los resultados para todas las mujeres mayores de 18 años y también para la subpoblación compuesta por mujeres de entre 25 y 65 años debido a que agencias internacionales, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y las sociedades científicas recomiendan la realización de Papanicolaou en mujeres asintomáticas de este grupo etario cada uno o dos años.

Realización de mamografía en los últimos dos años: permite identificar a las mujeres encuestadas según se hayan hecho o no una mamografía en los últimos dos años. Se calcula dividiendo el total de mujeres que se realizaron una mamografía en los últimos dos años sobre el total de mujeres, por cien. Se presentan los resultados para todas las mujeres mayores de 18

años y también para la subpoblación compuesta por mujeres de entre 50 y 70 años debido a que agencias internacionales, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y las sociedades científicas recomiendan la realización de mamografía en mujeres asintomáticas de este grupo etario cada uno o dos años.

Realización de estudios de detección de cáncer de colon o pólipos: representa al porcentaje de población de entre 50 y 75 años que haya realizado alguna vez un estudio de detección de cáncer de colon o pólipos tales como Prueba de sangre oculta en materia fecal, Colonoscopia y/o Radiografía de colon por enema. Se presentan los resultados para esta subpoblación debido a que agencias internacionales, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y las sociedades científicas recomiendan la realización de estudios de detección de cáncer de colon en personas asintomáticas de este grupo etario cada dos años.

Indicadores de salud general

Salud general mala o regular: se obtiene a partir de una pregunta de escala actitudinal de tipo Likert de autoevaluación del estado de salud general que tiene las siguientes categorías: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo. De esta manera se registra la opinión de la persona encuestada sobre su estado de salud. El indicador se calcula mediante la suma de las respuestas de las categorías “regular” y “malo” sobre el total poblacional.

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