



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REPÚBLICA ARGENTINA

Edición 2018

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social de la Nación

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof.Dr. Adolfo Rubinstein

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

Dr. Mario Sergio Kaler

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles

Dra. Miriam Burgos

Directora Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud

Dra. Patricia Inés Angeleri

EQUIPO DE REDACCIÓN

Equipo del Área de Análisis y Sala de Situación de Salud

Bonanno, Daniela
Codebó, Olenka
Di Lollo, María Pía
Dinerstein, Nira
Dorigo, Analía
Gazia, María Victoria
Poyard, Eleonora
Vega, Ayelén
Iummato, Luciana Eva
Almeida, Virna

Residencia de Epidemiología

Barrera, Esmeralda
Morreale, Silvia Edith
Gonzalez Albert, María Laura
Botazzi, Laura
Rosin, Paula
Rueda, Dalila
Calvo, Victor
Pennini, Velén

Comité Revisor

Rodríguez Cámara, Julieta
Fernández, Hugo
Comes, Yamila
Santoro, Adrián

AGRADECIMIENTOS

A nuestros compañeros de la Dirección Nacional de Epidemiología, especialmente a: Carlos Giovacchini, Natalia Casas y Christian Hertlein. A los equipos técnicos de: la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), el Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA), la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, que nos aportaron información y contribuyeron con sugerencias para que este ASIS sea posible.

Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación
Análisis de situación de salud : República Argentina / Ministerio de Salud de la Nación Ministerio de Salud de la Nación. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2018.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-38-0271-7

1. Epidemiología. I. Título.
CDD 614.409

ÍNDICE

Abreviaturas (P.4)

Prólogo (P.6)

Determinantes Demográficos (P.7)

Síntesis (P.9)

1. Estructura Poblacional (P.10)
2. Dinámica Poblacional (P.14)
3. Migraciones (P.19)
4. Análisis de grupos poblacionales específicos (P.21)
5. Distribución Territorial (P.23)

Determinantes Socioeconómicos (P.27)

Síntesis (P.29)

6. Educación (P.30)
7. Trabajo (P.35)
8. Pobreza (P.8)

Recursos del Sistema de Salud (P.45)

Síntesis (P.47)

9. Gasto y coberturas de la población (P.48)
10. Infraestructura de los servicios de salud (P.49)
11. Capital humano (P.55)

Determinantes de Salud Ambiental (P.57)

Síntesis (P.59)

12. Calidad de la vivienda (P.60)
13. Servicios básicos (P.61)
14. Características del entorno (P.64)
15. Calidad ambiental (P.66)

Perfil de Morbilidad (P.71)

Síntesis (P.74)

16. Egresos Hospitalarios (P.76)
17. Enfermedades Transmisibles (P.79)
18. Enfermedades No Transmisibles (P.82)
19. Discapacidad (P.90)

Perfil de Mortalidad (P.99)

Síntesis (P.101)

20. Mortalidad General (P.102)
21. Mortalidad según causas (P.107)
22. Mortalidad Infantil (P.110)
23. Mortalidad Neonatal (P.112)
24. Mortalidad Posneonatal (P.114)
25. Mortalidad Perinatal (P.115)
26. Mortalidad en niños de 1 a 4 años (P.115)
27. Mortalidad Materna (P.116)

ABREVIATURAS

ASIS	Análisis de Situación de Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
BID	Banco Interamericano del Desarrollo
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CE	Causas Externas
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CUD	Certificado Único de Discapacidad
CV	Cardiovasculares
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información en Salud
EAHU	Encuesta Anual de Hogares Urbanos
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENFR	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
EnPreCoSP	Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas
ENR	Empleo no registrado
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
ESCIE	Establecimiento de salud con internación especializada en otras especialidades
ESCIEM	Establecimiento de salud con internación especializada en maternidad/materno infantil
ESCIEP	Establecimiento de salud con internación especializada en pediatría
ESCIESM	Establecimiento de salud con internación especializada en salud mental
ESCIETE	Establecimiento de salud con internación especializada en tercera edad
ESCIG	Establecimiento de salud con internación general
ESCL	Establecimiento de salud complementario
ESSID	Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico
ESSIDT	Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento
ESSIT	Establecimiento de salud sin internación de tratamiento
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INF	Infecciones
INSSJyP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
MAC	Métodos Anticonceptivos
MSal	Ministerio de Salud de la Nación
MI	Mortalidad Infantil
MM	Mortalidad Materna
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas

NEA	Noreste Argentino
NOA	Noroeste Argentino
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OOSS	Obras Sociales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAP	Papanicolaou
PBI	Producto Bruto Interno
PDLP	Población con Dificultad o Limitación Permanente
PEA	Población Económicamente Activa
PES	Planificación Estratégica Situacional
PSEA	Proceso de Salud Enfermedad Atención
PSEAC	Proceso de Salud Enfermedad Atención Cuidado
REFES	Registro Federal de Establecimientos de Salud
REFEPS	Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SO	Tasa de subocupación horaria
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
TLD	Todas Las Demás
TMAPE	Tasa de Mortalidad Ajustada por la Edad
TME	Tasa de Mortalidad Específica
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
TMN	Tasa de Mortalidad Neonatal
TMP	Tasa de Mortalidad Posneonatal
TUM	Tumores
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

PRÓLOGO

Uno de los principales objetivos que tiene el Área de Análisis y Sala de Situación, dependiente de la Direccional Nacional de Epidemiología, es contribuir a la toma de decisiones en salud, a partir de la orientación de las acciones. Es decir, crear evidencia válida y oportuna para informar a los decisores auxiliando en la priorización, formulación y evaluación de las políticas de salud.

En esta línea se llevó a cabo el presente Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la República Argentina.

Los ASIS permiten describir, explicar y evaluar el Proceso de Salud, Enfermedad y Atención de una población en un contexto definido, teniendo en cuenta sus determinantes sociales. Para tal fin se hace indispensable poder contar con información sociosanitaria que sirva de insumo para la elaboración de productos de análisis que hagan de mapas orientativos de dichas decisiones. En este caso, ha sido imprescindible el trabajo interdisciplinario donde distintas áreas de la Secretaría de Gobierno de Salud han aportado información que producen y sugerencias según su saber.

La intención de este documento es describir el perfil y la tendencia de morbilidad y mortalidad en el país. Es decir quiénes, dónde y de qué se enferma o muere la población en Argentina, así como también mostrar las condiciones de vida en las que se vive y cuáles son los recursos con los que cuenta el sistema de salud para dar respuesta a las necesidades.

De esta manera se han seleccionado y priorizado indicadores diversos que hacen alusión a determinantes sociodemográficos (Distribución, concentración y dinámica de la población a lo largo de los años), socioeconómicos (características de las condiciones materiales de vida de la población), socioambientales (características del entorno en el que se vive y la calidad del acceso a servicios básicos) y la estructura de los servicios de salud (características del sistema de salud en cuanto a la estructura y cobertura).

Argentina cuenta con un mapa heterogéneo a lo largo y ancho del país, que muestra realidades diversas. De esta manera se observarán en el análisis a las 24 jurisdicciones que conforman el país agrupadas en Regiones Sanitarias con el fin de organizar los resultados: Centro (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos), NEA (Misiones, Corrientes, Formosa, y Chaco), NOA (Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán), Cuyo (San Juan, Mendoza y San Luis), Sur (Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Río Negro, Neuquén y La Pampa).

Del mismo modo, se presentarán distintos indicadores. Algunos referidos a tendencias de los últimos años, y otros con la información del último año disponible.

Por último, queremos destacar que se espera que este documento contribuya a la ampliación del acceso a la información en los distintos niveles de toma de decisiones y a la comunidad, para conocer la situación de salud de su territorio, así como también mostrar una metodología de análisis de la información que sirva para el trabajo cotidiano.



DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

Los determinantes demográficos son aquellos vinculados a la estructura y a la dinámica de la población. La composición de una población y su evolución en el tiempo son factores que contribuyen a explicar el comportamiento de los procesos de salud y enfermedad.

El análisis de la estructura de la población consiste en observar, en un período específico, la distribución de las personas que la componen respecto de distintas clasificaciones, principalmente el sexo y la edad, o la pertenencia a grupos poblacionales específicos (como la población económicamente activa). Conocer la composición de una población permite obtener información sobre sus características generales posibilitando orientar estrategias de políticas económicas y sociales (Almanza, 1999).

La dinámica demográfica aborda los cambios a través del tiempo en la magnitud y en el volumen de la población. El cambio en una población se relaciona con tres hechos demográficos: nacimientos, defunciones y migraciones.

El proceso de disminución de los niveles de mortalidad y natalidad atravesados por las poblaciones¹ se denomina transición demográfica (Thompson, 1929; Notestein, 1945). El aumento de la esperanza de vida (producto de los avances en las ciencias de la salud y las mejoras en la calidad de vida de las poblaciones) y los cambios del comportamiento reproductivo (menor cantidad de hijos por mujer y retraso del inicio de la vida reproductiva) generan cambios en el ritmo de crecimiento de las poblaciones y en su estructura de edades, dando lugar a poblaciones cada vez más envejecidas. La variación de los flujos migratorios asimismo puede, en un período muy corto, cambiar el perfil de una población, afectando su estructura, rejuveneciéndola o envejeciéndola (Rivadeneira, 2003).

El envejecimiento poblacional conlleva una serie de problemáticas asociadas a la edad y a los procesos vitales de las personas, que plantean un desafío para la organización de los servicios de salud y las políticas sanitarias (Rivadeneira, 2003). Argentina se encuentra en una etapa de transición avanzada debido a que presenta niveles de natalidad y mortalidad moderados o bajos, lo que implica un crecimiento vegetativo bajo (aproximadamente del 1%) (CEPAL, 2005).

En países periféricos, con elevados niveles de desigualdad, puede hablarse también de “transición polarizada” donde los segmentos sociales con mayores recursos alcanzan etapas más avanzadas de la transición demográfica en contraposición con los de menores recursos que continúan presentando mayores tasas de natalidad y menor esperanza de vida (Tuirán, 2002). La transición polarizada podría explicar las diferentes dinámicas poblacionales entre jurisdicciones de nuestro país.

En cuanto a la disminución observada de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida cabe destacar también el concepto de la transición epidemiológica (Omram, 1971) que establece que el perfil de la mortalidad de las sociedades tiende a modificarse, pasando del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas al de las enfermedades crónico-degenerativas. Los países de América Latina se caracterizan por presentar un mosaico epidemiológico. Esto significa que el perfil de morbi-mortalidad es heterogéneo, confluyendo altas incidencias de enfermedades infecciosas y también de enfermedades no transmisibles. A esto debe agregarse que en América Latina se ha observado un resurgimiento de eventos infecciosos que habían sido controlados en el pasado (Frenk, 1994).

En síntesis, los determinantes demográficos son aquellos ligados a la estructura y dinámica de la población. Brindan información que permite analizar el Proceso de Salud Enfermedad Atención y Cuidado (PSEAC), a la vez que reorientar políticas, acciones, instituciones y servicios.

¹ Este proceso comienza a visualizarse sobre todo en la segunda posguerra, en los países desarrollados.

SÍNTESIS

La estructura de la población argentina da cuenta de una sociedad que ha iniciado una transición demográfica, comenzando el proceso de envejecimiento poblacional pero aún conservando una dinámica progresiva, con un peso mayoritario de los grupos de menor edad sobre el total de la población. Asimismo las mujeres representan más de la mitad de la población, predominando de forma más acentuada entre los grupos de mayor edad.

La proporción de inmigrantes sobre la población total es del 4,5%, donde predominan migrantes de países limítrofes. Respecto a la población indígena u originaria representan más del 2% a nivel país pero con grandes variaciones según la región de que se trate. La población afrodescendiente representa menos del 1% de la población total, la mayoría en este subgrupo son personas nacidas en Argentina.

En relación a la dinámica poblacional de acuerdo con los indicadores analizados, puede observarse que hasta mediados del siglo XX la población se encontraba en marcado crecimiento, especialmente por olas migratorias que arribaron al país. A partir de 1970, se desaceleró el crecimiento indicando un comienzo de transición en la estructura de la población.

Las tasas de natalidad y fecundidad muestran tendencias decrecientes según proyecciones poblacionales que se mantendrán en las próximas décadas. Asimismo la esperanza de vida continuará su camino ascendente. En los últimos 55 años este indicador se incrementó en 11 años, y de acuerdo a las proyecciones, se espera un incremento de 4 años en los próximos 25 años. Estos fenómenos darán como resultado una estructura poblacional de tipo regresiva, que tenderá en principio a un maduramiento y luego a un envejecimiento. Esto se visualiza en la pirámide poblacional correspondiente al año 2040, construida a partir de proyecciones de datos censales, que presenta una base angosta por la baja proporción de niños, niñas y jóvenes, y una cúspide ancha por la alta proporción de adultos mayores, con mayor sobrevivencia entre las mujeres.

Respecto a la distribución de la población en el territorio se observa que la mayor parte se concentra en la región centro (66%), donde se encuentran los mayores centros urbanos como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Área Metropolitana Bonaerense. Además en esta región se encuentran las provincias con ciudades densamente pobladas, como Córdoba y Santa Fe. Esta región a su vez es la que presenta mayor cantidad de habitantes por km². El sur del país, en cambio, es la región que menor proporción de habitantes tiene y la que presenta la población más dispersa.

En resumen, Argentina presenta actualmente una población que se encuentra en un período de transición demográfica que resultará en un envejecimiento significativo de la estructura poblacional en los próximos 25 años.

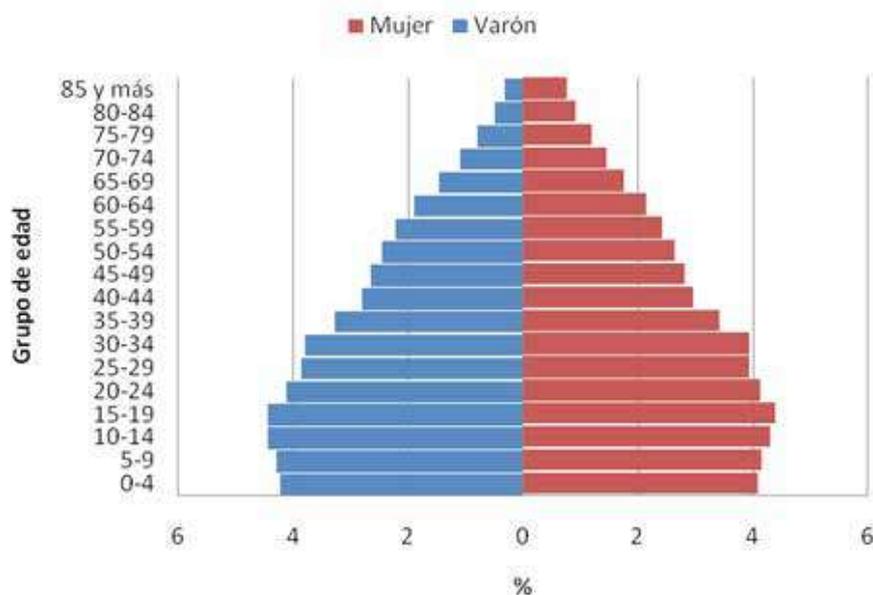
1. ESTRUCTURA POBLACIONAL

La estructura de una población refiere al modo en que está distribuida dicha población según una clasificación de las personas que la componen, principalmente según el sexo y el grupo de edad.

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010 en la República Argentina hay 40.117.096 habitantes. Las proyecciones poblacionales realizadas a partir de dicho censo estiman un población de 43.590.368 para el año 2016.

La pirámide de la población argentina del año 2010 presenta una forma denominada “de campana”, esto quiere decir que muestra una base que comienza a estrecharse debido a la reducción de la natalidad, y una cúspide que se ensancha por el incremento de la esperanza de vida (especialmente entre las mujeres). Este tipo de pirámides se corresponden con sociedades que han comenzado la denominada transición demográfica, tendiendo a un progresivo envejecimiento pero aun conservando una dinámica progresiva, con un peso mayoritario de los grupos de menor edad (figura 1.1)

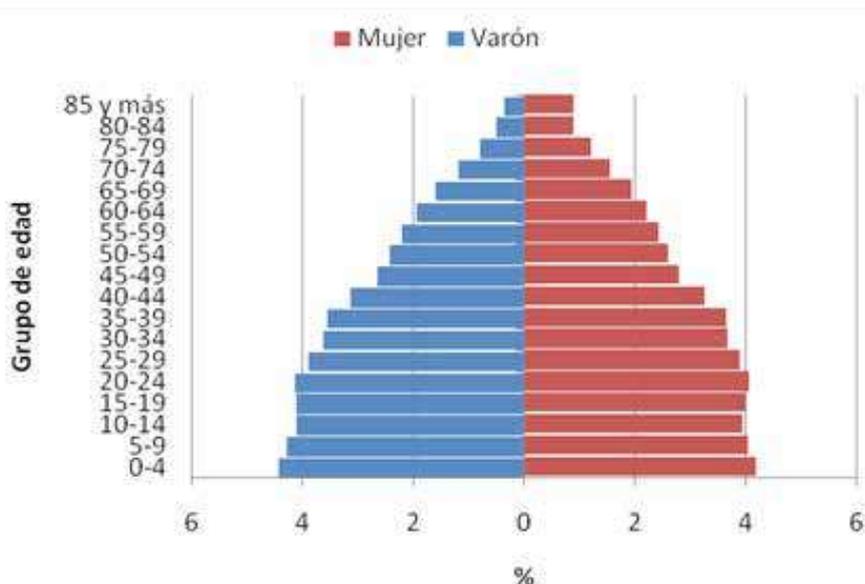
Figura 1.1 Pirámide Poblacional. República Argentina. Año 2010. N= 40.117.096



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

La pirámide poblacional construida a partir de las estimaciones para el año 2016 presenta, en comparación con la de 2010, un ligero aumento del grupo de 0 a 4 años y un ensanchamiento en la cúspide, nuevamente más pronunciado en el grupo de las mujeres (figura 1.2).

Figura 1.2. Pirámide Poblacional. República Argentina. Año 2016. N=43.590.368

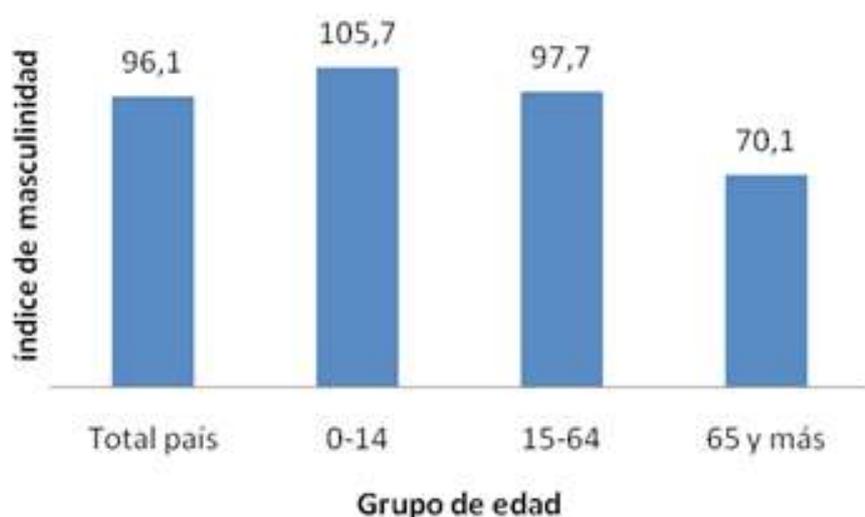


Fuente: Elaboración propia en base a datos de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

En cuanto a la distribución de la población por sexo se observa que la mayor proporción son mujeres, representando el 51% del total. El índice de masculinidad para el país en 2010 fue del 95%. Si se toman los datos proyectados para 2016 el índice de masculinidad es del 96%, lo que indica una leve disminución de la diferencia entre hombres y mujeres.

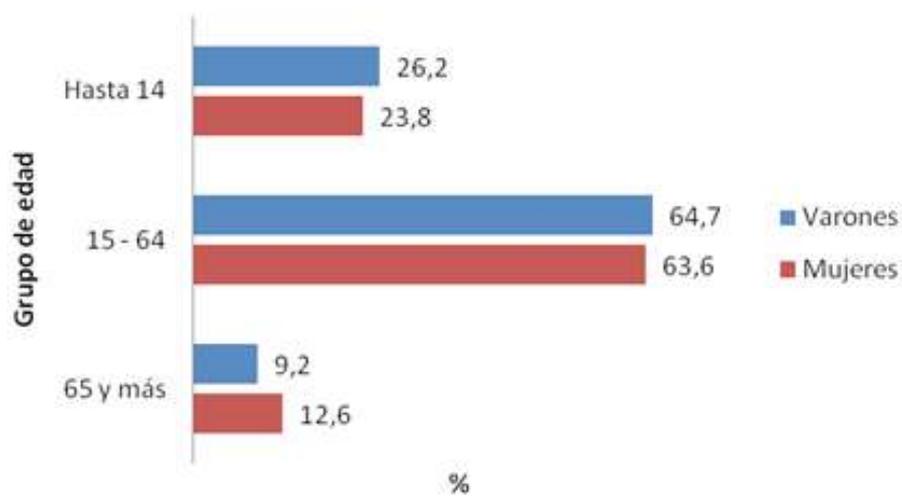
Sin embargo al analizar estos datos según grandes grupos de edad se observa una gran variación consistente con lo observado en la pirámide: si bien hay más varones entre la población infantil a medida que la edad aumenta comienzan a predominar las mujeres, llegando, en el grupo de 65 años y más, a superar ampliamente a los varones (figuras 1.3 y 1.4).

Figura 1.3. Índice de masculinidad según grandes grupos de edad. Argentina, 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Figura 1.4. Distribución porcentual de la población de varones y mujeres según grandes grupos de edad. Argentina, 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

El Índice de dependencia da cuenta del peso de la población menor de 15 años y la población mayor de 64 años (población dependiente) sobre la población de 15 a 64, potencialmente activa. En 2010 este indicador fue de 55,6 y de 55,9 en 2016 (Tabla 1.1).

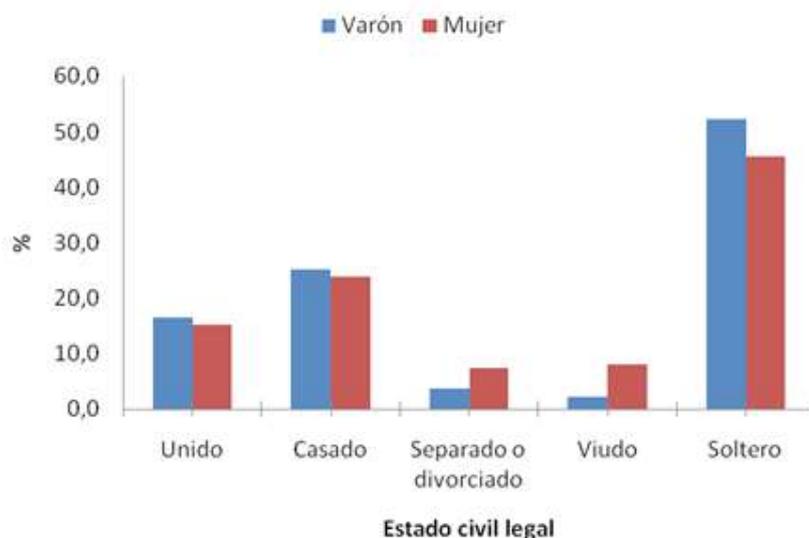
Tabla 1.1. Índices de dependencia de la población argentina. Años 2010 y 2016.

	2010	2016
Índice de dependencia potencial total	55,5	55,9
Índice de dependencia potencial de los jóvenes	39,6	38,9
Índice de dependencia potencial de los adultos mayores	15,9	17,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Al considerar el estado civil legal se observa que más de la mitad de la población mayor de 14 años es soltera (52%). En cuanto a las diferencias por sexo los solteros representan una proporción mayor entre los varones que entre las mujeres, lo mismo sucede con los casados. Por el contrario las personas viudas alcanzan una mayor proporción entre las mujeres en comparación con el grupo de los varones (presumiblemente debido a la mayor sobrevivencia que presentan las primeras), como se puede apreciar en la figura 1.5.

Figura 1.5. Población de 14 años y más por estado civil legal, según sexo. Argentina, 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En cuanto a la caracterización de la población de mujeres cabe destacar, de acuerdo a las proyecciones de 2016, que las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) representan el 49,5% del total de las mujeres.

Tabla 1.2. Porcentaje de mujeres en edad fértil en Argentina. Años 2010 y 2016.

	2010	2016
Porcentaje de mujeres en edad fértil	49,7	49,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Por último la tasa de fecundidad en adolescentes fue en el año 2015 de 32.3 cada 1.000 mujeres:

Tabla 1.3. Tasa de fecundidad adolescente, tasa temprana y tasa tardía por cada 1.000 mujeres. Argentina. Año 2015

Tasa de fecundidad adolescente	Tasa de fecundidad temprana	Tasa de fecundidad tardía
32,3	1,6	62,6

Fuente: Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina - Año 2015. Boletín DEIS.

2. DINÁMICA POBLACIONAL

La dinámica demográfica aborda el crecimiento de la población y sus distintos componentes, su composición y distribución espacial.

Entre finales del siglo XIX y principios del XX se observó en Argentina un marcado crecimiento poblacional llegando a cuadruplicarse la población. A partir de 1960 se observa que el crecimiento poblacional se desacelera, lo que indica una transición demográfica hacia la maduración y envejecimiento poblacional (Tabla 2.1). Esta tendencia se observa también a nivel regional donde hay una disminución de la variación intercensal en los períodos estudiados (Tabla 2.2).

Tabla 2.1. Población total, variación intercensal y tasa media anual de crecimiento. República Argentina. Años 1869 - 2010.

Año	Población	Variación intercensal	Tasa media anual de crecimiento
		%	%
1869	1.877.490	-	-
1895	4.044.911	115,4	30
1914	7.903.662	95,4	35,9
1947	15.893.811	101,1	21,4
1960	20.013.793	25,9	17,9
1970	23.364.431	16,7	15,6
1980	27.947.446	19,6	18,1
1991	32.615.528	16,7	14,1
2001	36.260.130	11,2	10,6
2010	40.117.096	10,6	11,2

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los censos nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Tabla 2.2. Variación intercensal según región. República Argentina. Años 1869 - 2010.

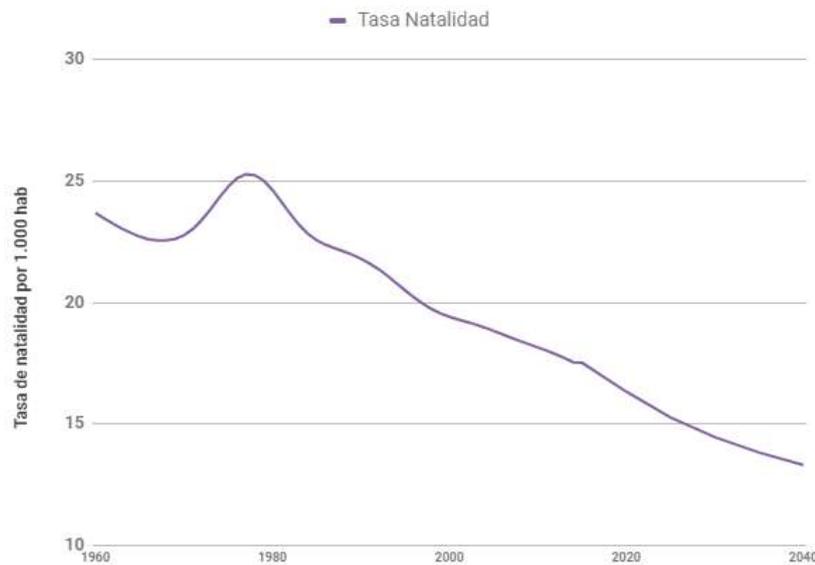
	1947	1960	1970	1980	1991	2001	2010
Región Centro	97,1	26,1	18,2	10,2	19,9	7,6	10,2
Región NEA	182,3	22,8	11,8	24,3	25,6	19,3	9,3
Región NOA	49,6	47,9	8,2	26,5	22,1	21,2	10,2
Región Cuyo	97,8	33,1	14,1	21,8	18,7	15,3	11,1
Región Sur	155,4	25,9	31,5	41,1	40,4	17	18,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los censos nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

La desaceleración del crecimiento poblacional se vincula con la disminución en los niveles de natalidad de la población (y con la reducción del flujo inmigratorio luego de la primer

posguerra, como se menciona más adelante), en las figuras 2.1 y 2.2 pueden observarse las tendencias decrecientes a partir de 1960 y su evolución hasta 2040 al incorporar los análisis prospectivos de las proyecciones poblacionales.

Figura 2.1. Tendencia polinómica de la Tasa de Natalidad. República Argentina. Años 1960 - 2040



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

La Tasa Global de Fecundidad (TGF), al igual que la Tasa de Natalidad, muestra una tendencia descendente que se mantendrá en las proyecciones realizadas (Figura 2.2). En la actualidad se estima que una mujer en edad fértil tendrá entre 2 y 3 hijos (TGF 2,41) y que, en 2040, cada mujer en promedio tendrá menos de dos hijos (TGF 1,98).

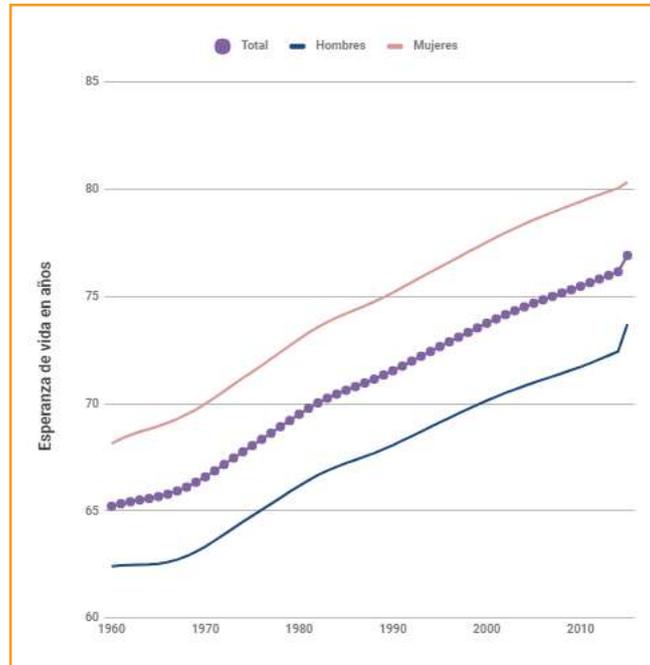
Figura 2.2. Tendencia polinómica de la Tasa Global de Fecundidad República Argentina. Años 1960- 2040



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

La esperanza de vida al nacer en Argentina para el año 2014 fue de 76 años, siendo de 80 años para las mujeres y 72 años para los varones. En el período de 1960 a 2014 se incrementó 11 años la esperanza de vida del país, 10 años para los varones y 12 para las mujeres. Cabe destacar que la diferencia en la esperanza de vida en hombres y mujeres también se acrecentó durante este período, siendo de 6 años al inicio (1960) y 7,6 años en 2014. La diferencia entre hombres y mujeres disminuye en el año 2015 llegando a los 6,6 años (Figura 2.3).

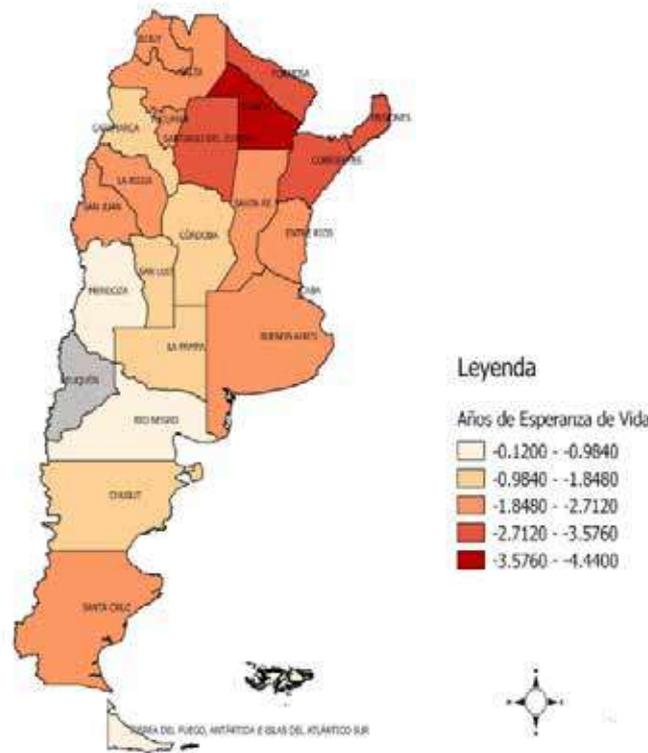
Figura 2.3. Esperanza de Vida al nacer según sexo. República Argentina. Años 1960-2015



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

La esperanza de vida es un indicador que presenta variaciones considerables al interior del país. En este sentido pueden evaluarse, de acuerdo a la información aportada por el INDEC, las diferencias entre la provincia que mayor valor obtuvo (Neuquén con una esperanza de vida de 77,29 años) y las demás provincias del país. En el mapa 2.1 se observa que las provincias que presentan una brecha mayor son Chaco, Misiones, Corrientes, Formosa (las que conforman la región del NEA), mientras que Mendoza, Río Negro y Tierra del Fuego son las que tienen la menor diferencia.

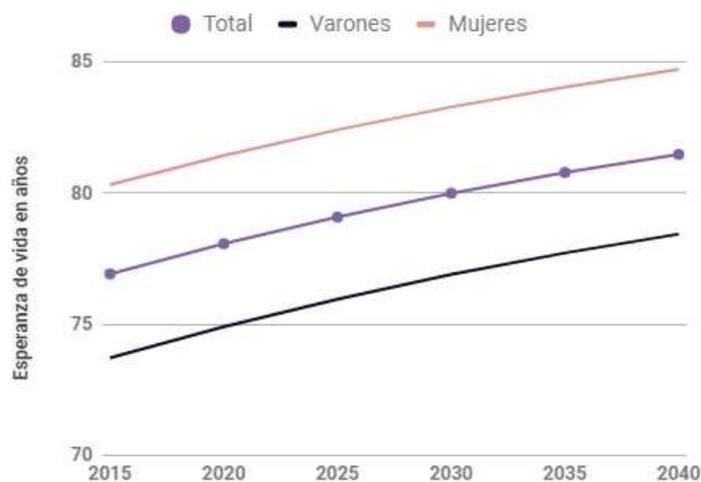
Mapa 2.1. Diferencia en años de la esperanza de vida de cada provincia respecto de la provincia de Neuquén*. Argentina 2008 - 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015.* Provincia que presentó el valor más alto en relación al resto del país.

Si se estudia la esperanza de vida estimada a partir de las proyecciones poblacionales realizadas en base al censo 2010 se observa que la tendencia en aumento se mantiene. En cuanto a la brecha entre sexos se registraría una disminución a partir de un incremento en la esperanza de vida en los varones, alcanzando en 2040 un valor estimado de 6,28 años de esperanza de vida (Figura 2.4).

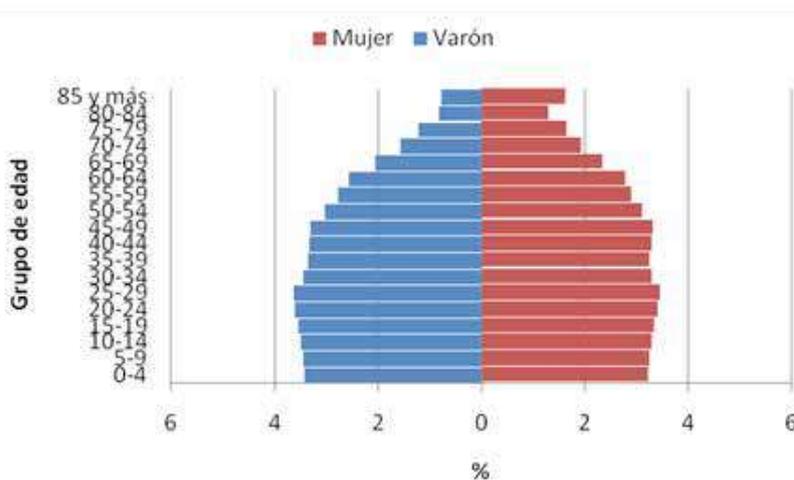
Figura 2.4. Esperanza de Vida al nacer según sexo. República Argentina. Años 2015 -2040



Fuente: Elaboración propia en base a datos de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

De acuerdo a esta dinámica, la estructura poblacional será regresiva en las próximas décadas, al continuar disminuyendo la tasa de natalidad y aumentando la esperanza de vida. La pirámide poblacional correspondiente al año 2040, construida a partir de las proyecciones, muestra una base estrecha por la baja proporción de niños, niñas y jóvenes, lo que indica una baja fecundidad, y una cúspide ancha por la alta proporción de adultos mayores, especialmente entre las mujeres.

Figura 2.5. Pirámide Poblacional. República Argentina. Año 2040. N=52.778.477



Fuente: Elaboración propia en base a datos de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Esta tendencia al envejecimiento poblacional puede observarse a través de los índices de envejecimiento demográfico (Tabla 2.3). Se estima que para el año 2040 va a haber 76 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, mientras que en el año 2010 sólo había 40 mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años.

Otros índices de envejecimiento muestran resultados similares. El de Sundbarg da cuenta de una población madura en 2016, y una población envejecida en 2025 y 2040 (el grupo de 0 a 14 años es inferior al grupo de mayores de 50). Por otro lado, el índice de Burgdofer indica una población envejecida en todos los años señalados (población de 5 a 14 años inferior a la de 45 a 64 años) mientras que el valor del índice de Fritz describe una población madura (compara la población de menores de 19 años respecto a la población de 30 a 49 años).

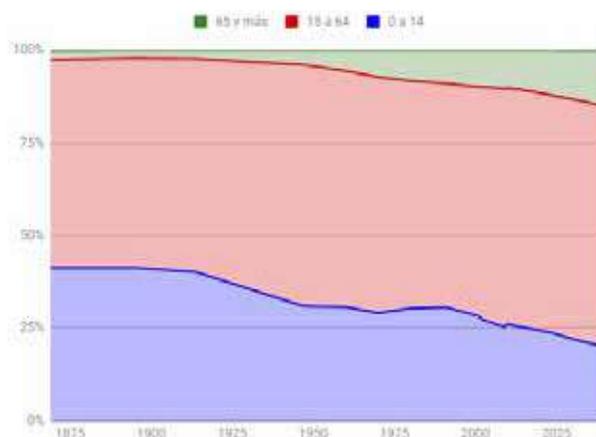
Tabla 2.3. Índices de análisis del envejecimiento demográfico. República Argentina. Años 2010, 2016, 2025 y 2040.

	2010	2016	2025	2040
Índice de Sundbarg	1,06	1,01	0,87	0,62
Índice de Burgdofer	0,89	0,85	0,76	0,57
Índice de Friz	133,8	125,8	104,9	101,8
Índice de envejecimiento	40,2	43,6	52,8	75,8

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010 y de proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Finalmente puede observarse en la figura 2.6, donde se presenta la población distribuida en grandes grupos de edad desde 1869 (año del primer censo nacional) hasta el año 2040, cómo la población de mayores de 65 años se incrementa paulatinamente a la vez que la población de menores de 15 años disminuye en proporción.

Figura 2.6. Tendencia de la distribución poblacional según grandes grupos de edad. República Argentina. Años 1869 - 2040

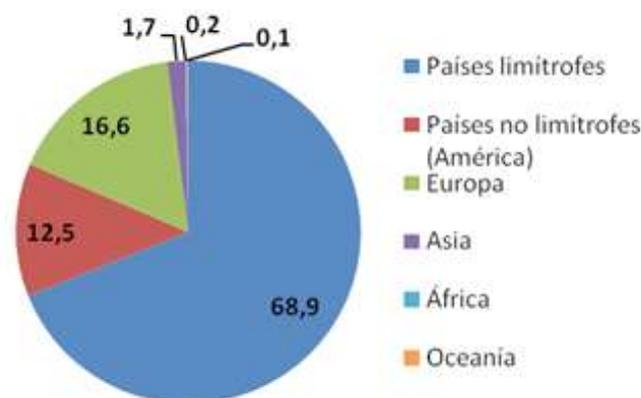


Fuente: Elaboración propia en base a datos de los censos nacionales y proyecciones poblacionales en base al censo del año 2010

3. MIGRACIONES

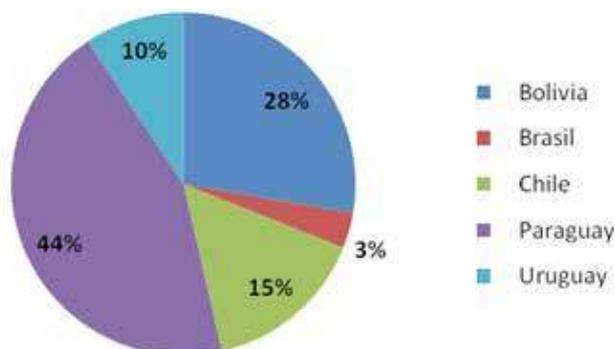
En Argentina hay 1.805.957 inmigrantes de otros países, 4,5% del total de habitantes según datos del Censo 2010. El 70% de éstos provienen de países limítrofes (figura 3.1) y dentro de éstos, las dos terceras partes son migrantes Paraguayos o Bolivianos (figura 3.2).

Figura 3.1. Distribución de los migrantes externos según origen. Argentina, 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

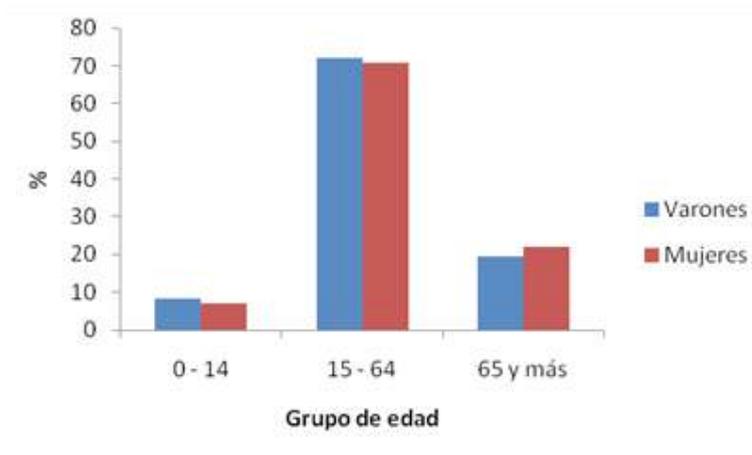
Figura 3.2. Distribución de los migrantes de países limítrofes según país de origen. Argentina, 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En cuanto a la composición de los inmigrantes según sexo y edad se observa que las mujeres representan el 54% del total y que el grupo mayoritario en ambos sexos es el de 15 a 64 años, grupo funcional asimilable a la población económicamente activa (figura 3.3).

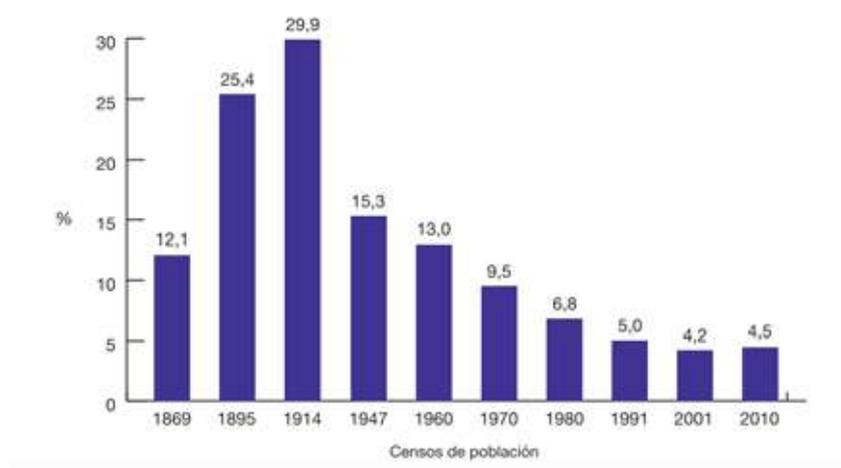
Figura 3.3. Distribución de los migrantes externos según grupos funcionales de edad. Argentina, 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Si se analiza retrospectivamente el aporte de las migraciones externas a la composición de la población argentina puede observarse que las migraciones europeas de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX explican el crecimiento poblacional que el país experimentó entre los censos de 1869 y 1914. El peso de los inmigrantes en la población total ha ido disminuyendo desde entonces (como se observa en la figura 3.4) a la vez que ha cambiado la composición en las nacionalidades. La predominancia de la inmigración europea ha disminuido en favor del crecimiento de las migraciones provenientes de países limítrofes.

Figura 3.4. Población nacida en el extranjero según censos de población. Argentina. Años 1869-2010.



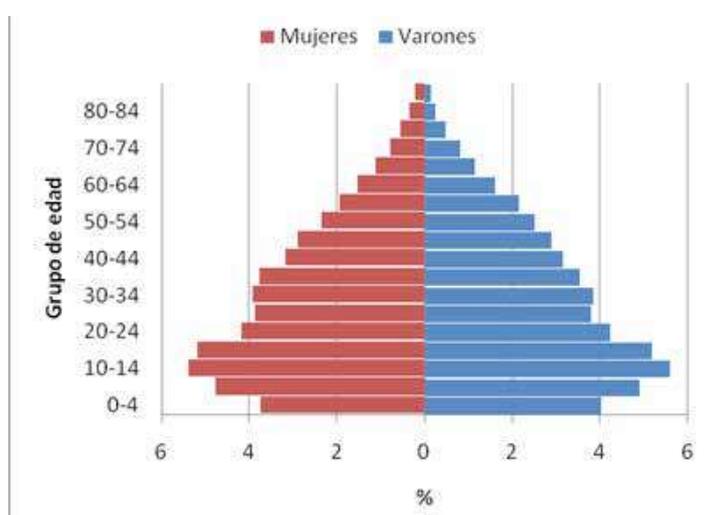
Fuente: Censos Nacionales de Población, 1869 a 2010 en Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos. INDEC, 2012.

4. ANÁLISIS DE GRUPOS POBLACIONALES ESPECÍFICOS

Población de algún pueblo indígena u originario

En el Censo de 2010 se reportó una población de 955.032 personas que se auto-reconocen como pertenecientes a algún grupo indígena u originario, representando el 2,4% de la población total. Al interior de este grupo, los varones son más numerosos que las mujeres, presentando un índice de masculinidad de 101,5%. Respecto a la distribución por edad se puede observar que la población es mayoritariamente joven, pero la base de la pirámide se angosta especialmente en el grupo de 0 a 4 años (Figura 4.1).

Figura 4.1. Pirámide poblacional de la población de algún pueblo indígena u originario*. República Argentina. Año 2010. N=955.032



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010. *Se considera población indígena a las personas que se auto-reconocen como descendientes (porque tienen algún antepasado), o pertenecientes a algún pueblo indígena u originario (porque se declaran como tales).

En cuanto a su distribución territorial si bien la región centro aglutina aproximadamente a la mitad de los habitantes pertenecientes a grupos originarios, si se observa este dato en relación con la población total de cada región se aprecia que en el sur se da la mayor proporción de población originaria sobre población total (6.5%), seguida por el NOA (3.5%).

Tabla 4.1. Población de algún pueblo indígena u originario según región. República Argentina. Año 2010. N=955.032

Región	Poblac. Indígena	Poblac. Total	Indígena/ total (%)
Centro	473.747	26.254.642	1,80
Cuyo	56.982	2.852.294	2,00
NEA	91.655	3.679.609	2,49
NOA	173.436	4.911.412	3,53
Sur	159.212	2.419.139	6,58
Total	955.032	40.117.096	2,38

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Población afrodescendiente

En el Censo de 2010, 149.493 personas se auto-reconocieron afrodescendientes, representando el 0,3% de la población total. El 92% de este grupo poblacional nació en Argentina.

Tabla 4.2. Población que se auto reconoce afrodescendiente* según lugar de nacimiento. República Argentina. Año 2010. N= 149.493

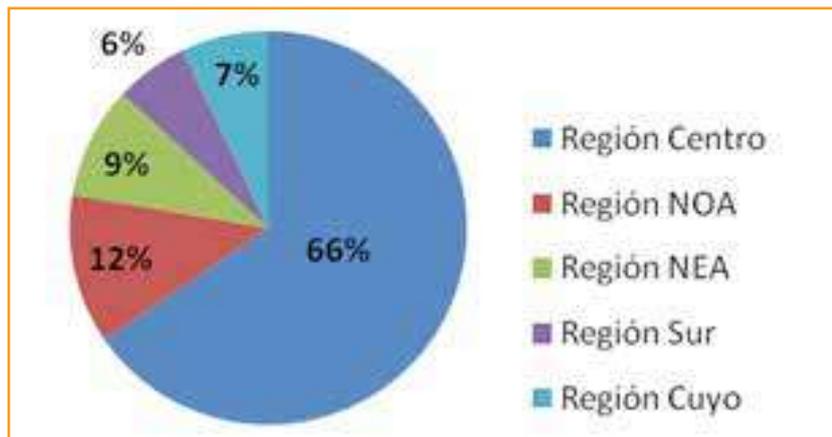
Lugar de Nacimiento	Varones	Mujeres	Total
En Argentina	137.503	70.088	67.415
América	10.182	4.804	5.378
Uruguay	2.122	1.070	1.052
Paraguay	1.642	787	855
Brasil	1.444	475	969
Perú	1.269	627	642
Bolivia	1.140	620	520
Resto de América	2.565	1.225	1.340
En otro país o continente	11.990	5.976	6.014
África	1.040	780	260
Asia	167	82	85
Europa	601	310	291
Total	149.493	76.064	73.429

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.
*Refiere a aquellas personas que declararon ser afrodescendientes o tener antepasados de origen afrodescendiente o africano (padre, madre, abuelos/as, bisabuelos/as).

5. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

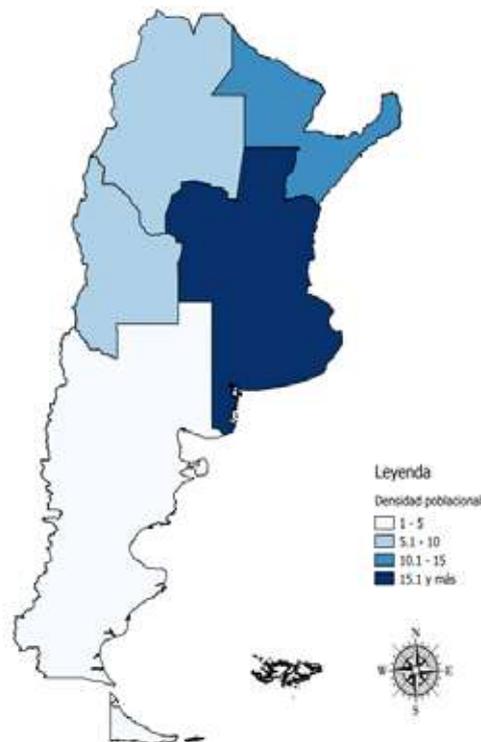
La densidad poblacional de Argentina es de 10 habitantes por km². En cuanto a la distribución poblacional en el territorio, se observa que la región centro es la que mayor proporción de habitantes tiene, con una densidad de 38 habitantes por km² y el 66% de la población (26.254.642 habitantes). Es seguida por el NOA que concentra el 12% (4.911.412) de la población. La región Sur es la que menor proporción de la población concentra y la de menor densidad poblacional. (Figura 5.1 y mapa 5.1)

Figura 5.1. Distribución de la población según región. República Argentina. Año 2010. N=40.117.096



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Mapa 5.1. Densidad poblacional según regiones. República Argentina. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Finalmente cabe destacar que en el año 2010 la población urbana de la Argentina representó el 90,9% de la población total (36.467.245 habitantes) y la Tasa de Urbanización del período intercensal (2001 a 2010) fue de 2,1. En este sentido mientras el crecimiento intercensal para la población urbana fue positivo (12,8%), la población rural se redujo en un 7,4% en el período.

Tabla 5.1. Variación intercensal total, urbana y rural. Argentina. Año 2010.

	Variación intercensal 2010 - 2001*			Tasa de urbanización 2001- 2010
	Total de población	Población urbana	Población rural	
Total del país	10,6	12,8	-7,4	2,1

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

*Expresada en porcentaje

DEFINICIONES

- **Crecimiento natural o vegetativo:** Es la diferencia entre los nacimientos menos las defunciones, la diferencia será positiva en el caso que haya mayor número de nacimientos que de muertes y la diferencia será negativa si las defunciones superan al total de nacimientos ocurridos en la población.
- **Densidad de población:** Es el cociente entre la cantidad de población y los km² de superficie de cada jurisdicción.
- **Esperanza de vida al nacer:** estimación del promedio de años que viviría una población asumiendo que los movimientos de la tasa de mortalidad sean constantes.
- **Grandes grupos de edad:** para estudios económicos y sociales se clasifica en los siguientes grupos: de 0 a 14 años, de 15 a 64 años y de 65 y más. El grupo de 15 a 64 años lo constituyen personas potencialmente activas.
- **Índice de masculinidad:** Es la razón entre varones y mujeres de una población multiplicada por cien.
- **Índice de dependencia potencial total:** Expresa la cantidad de población que depende, en términos teóricos, de cada individuo en edad activa. Cuanto mayor sea el índice, mayor el número de personas dependientes de cada individuo potencial, o demográficamente activo y viceversa. Cantidad de población menor de 15 años y mayor de 64 años por cada cien personas de 15 a 64 años.
- **Índice de dependencia potencial de los jóvenes:** proporción de población menor de 15 años respecto a la población de 15 a 64 años, por cien.
- **Índice de dependencia potencial de los mayores:** proporción de población de 65 años y más respecto a la población de 15 a 64 años, por cien.
- **Índice de envejecimiento:** técnica utilizada para medir el envejecimiento demográfico. Relaciona la población de mayores de 65 respecto a los menores de 15.
- **Índice de Burgdofer:** técnica utilizada para medir el envejecimiento demográfico. Compara la población de 5 a 14 años respecto a la de 45 a 64 años. Si el primer grupo es mayor la población es joven, si son iguales es madura y si es menor es una población envejecida.
- **Índice de Friz:** técnica utilizada para medir el envejecimiento demográfico. Compara la población de menores de 19 respecto a la población de 30 a 49.

Si es mayor a 160 la población es joven, si es entre 66 y 160 es madura y si es menor a 60 es vieja.

- **Índice de Sundbarg:** técnica utilizada para medir el envejecimiento demográfico. Compara la población de los grupos de 0 a 14 años respecto a los mayores de 50 años. Si el primer grupo es mayor la población es joven, si es igual es madura y si es menor es regresiva (vieja).
- **Porcentaje de mujeres en edad fértil:** es la cantidad de mujeres de 14 a 49 años sobre el total de mujeres de un área determinada, por cien.
- **Tasa de crecimiento natural o vegetativo:** es la tasa a la que está aumentando (o disminuyendo) una población en un año determinado, es la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad. Esta tasa no incluye los efectos de la inmigración ni la emigración.
- **Tasa media anual de crecimiento:** indica el ritmo de crecimiento de la población, tomando el crecimiento natural y los procesos migratorios.
- **Tasa de natalidad:** es la relación entre la cantidad de nacimientos y el total de la población en un lugar y período.
- **Tasa global de fecundidad:** es la media de niños que tendrían mujeres en su edad fértil, de acuerdo a las tasas de fecundidad el lugar y período.
- **La Tasa de fecundidad adolescente:** Es el cociente entre el número de nacidos vivos registrados en la población femenina de 10 a 19 años de una zona geográfica dada en un año dado y la población femenina de ese grupo de edad de la zona geográfica dada en mitad del mismo año, por 1000 mujeres.
- **La Tasa de fecundidad adolescente temprana:** se refiere a la tasa de fecundidad de mujeres de 10 a 14 años.
- **La Tasa de fecundidad adolescente tardía:** se refiere a la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años.
- **Variación intercensal:** indica el crecimiento de la población entre censos.
- **Tasa de urbanización:** es la diferencia entre el crecimiento total de la población y el crecimiento de la población urbana.

BIBLIOGRAFÍA

- Almanza, L. M., Jiménez, J. M., Manso, E. C., Baly, M., García, E. V., & Ramos, O. P. (1999). Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. *Resumed*, 12(2), 77-90.
- CELADE, División de Población de la CEPAL (2005). Transición demográfica. Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas miradas. *Boletines CEPAL. Temas de Población y Desarrollo*. Número 1. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/taxonomy/term/8162/29276>
- Frenk, J., Lozano Ascencio, R., & Bobadilla, J. L. (1994). La transición epidemiológica en América Latina. *CEPAL Notas de población N°60*. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12808>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012) Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B nº 2. - 1a ed. -INDEC: Buenos Aires.
- Notestein, F.W. (1945), "Population - The long view." en. Schultz, Theodore William -Ed-, *Food for the world*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 36-57.
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- Rivadeneira, L., & Villa, M. (2003). El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. *Eúphoros*, (6), 87-122.
- Thompson, W.S. (1929), "Population" *American Sociological Review* 34 (6): 959-975.
- Tuirán, R. (2002). Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones. *Papeles de Población*, vol. 8, núm. 31, pp. 25-66
- World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, no.2. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/



DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

INTRODUCCIÓN

Los determinantes socioeconómicos refieren a aquellos factores ligados a recursos materiales y simbólicos que tienen efectos en el Proceso de Salud Enfermedad Atención y Cuidado (PSEAC) (Marmot, 2005; Whitehead, 2006). En este sentido, se entiende que ciertas condiciones como la pobreza, el acceso a los servicios básicos, el nivel educativo, las condiciones de la vivienda, el tipo de calificación laboral, entre otros, constituyen factores que tienen influencia en la salud de las personas.

Los indicadores educativos son indicadores sociales centrados en la operación del sistema, sus necesidades y consecuencias inmediatas (Dirección de Información y Estadística, La Plata 2006). En este sentido, por ejemplo, saber leer y escribir o el máximo nivel educativo alcanzado, condiciona directamente el acceso a la información para el cuidado de la salud, el ingreso al mercado laboral, a una cobertura formal en salud. Por otro lado, las tasas de escolarización, de alfabetismo, de asistencia escolar, así como las características de los establecimientos educativos, son indicadores que describen la situación de la educación en nuestro país.

En relación al trabajo, indicadores como la población económicamente activa e inactiva, tasa de empleo, de ocupación y desocupación sirven para obtener un panorama de la situación en nuestro país en cuanto a las condiciones de vida y la capacidad de subsistencia de la población. Está íntimamente vinculado a la pobreza.

Hablar de pobreza es hablar de privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano (OMS, 2003). La pobreza es un fenómeno con múltiples dimensiones; existen dos metodologías para su medición. La primera, el “método directo”, identifica las necesidades básicas insatisfechas en los hogares (NBI) a partir de umbrales mínimos de acceso establecidos la cual permite delimitar los grupos que se encuentran en situación de pobreza estructural. La segunda metodología o “método indirecto”, implica el cálculo de una línea de pobreza, es decir un ingreso mínimo por debajo del cual los hogares se encuentran en situación de pobreza.

La condición de pobreza en una población refiere por tanto a la incapacidad de acceder a un entorno que permita el desarrollo de una vida sana, tener acceso a una alimentación saludable, educación, trabajo, servicios de salud, actividades de esparcimiento, entre otros. La relación entre pobreza y salud se ve reflejada en algunos indicadores como la mortalidad infantil o el rendimiento laboral y educativo.

SÍNTESIS

En el presente capítulo se han descrito determinantes socioeconómicos de la salud sistematizando información referida a indicadores de educación, trabajo y pobreza, a nivel del país y de las regiones que lo componen.

En Argentina se observaron altos niveles de escolarización, el 93,7% de la población en edad escolar mostró asistir a algún establecimiento educativo y en relación con el sexo, las mujeres mostraron valores más elevados de escolarización en todos los grupos de edad. En contraposición con este dato el porcentaje de la población de 25 años o más que nunca recibió instrucción es del 2,1%, sin embargo observando las diferencias por región se destacó que en el NEA este grupo llegó a representar un 5%. Asimismo el 2% de la población era analfabeta, este porcentaje se incrementó en el NEA alcanzando un 4,9% y en el NOA con un 3,7%.

Respecto del máximo nivel de instrucción alcanzado aproximadamente el 43% de la población de 25 años y más alcanzó hasta primario completo y el 23,5% llegó a los niveles terciario o universitario. Cabe destacar que las mujeres que alcanzaron los niveles educativos superiores representaron el 26% mientras que sólo el 20% de los varones llegaron a estos niveles.

En relación a los establecimientos educativos, para el año 2016 había un total de 61.961 establecimientos, y casi el 60% ubicados en la región Centro dada su mayor densidad poblacional. El 80% eran establecimientos de gestión pública, el 19% eran establecimientos de gestión privada y el 1% restante de tipo social o cooperativo.

En relación con la ocupación y el empleo se observó que en el país la Población Económicamente Activa representó el 66% del total. Las regiones con proporción de PEA más alta eran las regiones Sur y Centro, mientras que las más bajas se registraron en el NEA y el NOA. La tasa de empleo para el primer trimestre de 2018 fue de 42,4%, siendo el NEA la región con la tasa más baja. La tasa de desocupación total fue del 9,1%, observándose los niveles más altos en el Gran Buenos Aires y en la región Pampeana. Para las mujeres la tasa de desocupación fue dos veces más alta que para los varones. Para el 2010, el 9% de los hogares del país y el 12% de la población tenía al menos un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), índice que mide la pobreza llamada estructural. Las regiones del NEA y NOA presentaron mayor proporción de hogares con NBI, representando el doble que en el resto de las regiones.

Analizando la pobreza por ingresos (coyuntural) se observó para el segundo semestre de 2017 que el 17,9% de los hogares y el 25,7% de las personas se encontraban bajo la línea de pobreza y, el 3,5 % de los hogares bajo la línea de indigencia. En la región del NEA se observó el mayor porcentaje de hogares pobres e indigentes.

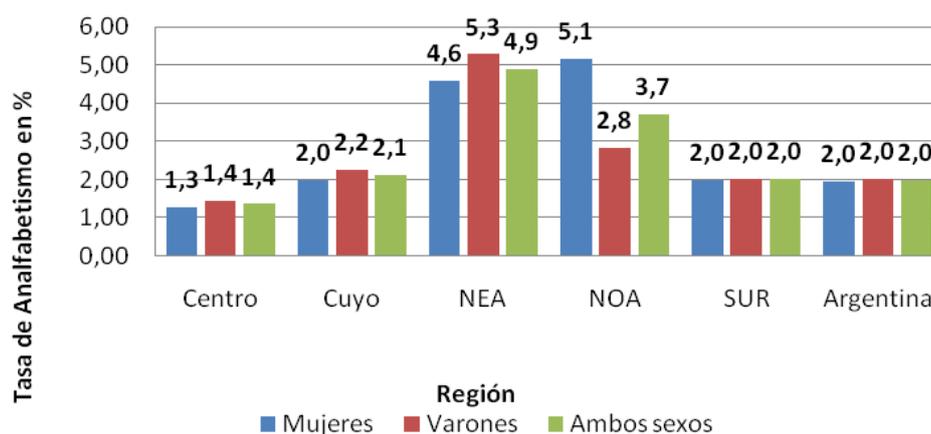
Respecto a las condiciones sanitarias de los hogares de Argentina, para 2010 el 2,6% no tenía baño, observándose una gran diferencia entre las regiones, con un mínimo de 1,6% de hogares sin baño en la región centro y un máximo de 6,5% de hogares sin baño en la región del NEA. El hacinamiento crítico en los aglomerados urbanos fue del 3%. La calidad de la conexión a servicios básicos (que contempla el agua y tipo de desagüe) fue insuficiente en el 30% de las viviendas del país, llegando a representar este tipo de viviendas el 43% del total en el NEA.

En síntesis, en el análisis realizado se destacó que las regiones del NEA y NOA son las que presentaron mayor situación de vulnerabilidad. Esto se pudo observar tanto en los indicadores de pobreza como de educación y trabajo. Se destaca además que las mujeres en general, y en dichas regiones en particular, presentaron peores condiciones a nivel laboral que los varones.

6. EDUCACIÓN

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010, en la República Argentina el 2% (639.621) de la población mayor de 10 años fue analfabeta. A nivel regional, las zonas que exhibieron las mayores tasas de analfabetismo fueron el NEA con un 4,9% (134.392), seguido por la región NOA con un 3,7%. Con respecto a la distribución por sexo, con excepción de la región NOA que mostró una tasa de analfabetismo de mujeres de casi el doble sobre los varones. En el resto del país los varones mostraron valores superiores. (Figura 6.1).

Figura 6.1. Tasa de analfabetismo en porcentaje según región y sexo. República Argentina. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Respecto a los valores jurisdiccionales, las provincias que conforman la región NEA son las que presentaron los valores más elevados superando el valor nacional.

Tabla 6.1 Tasa de analfabetismo en porcentaje por provincia según sexo. República Argentina. Año 2010

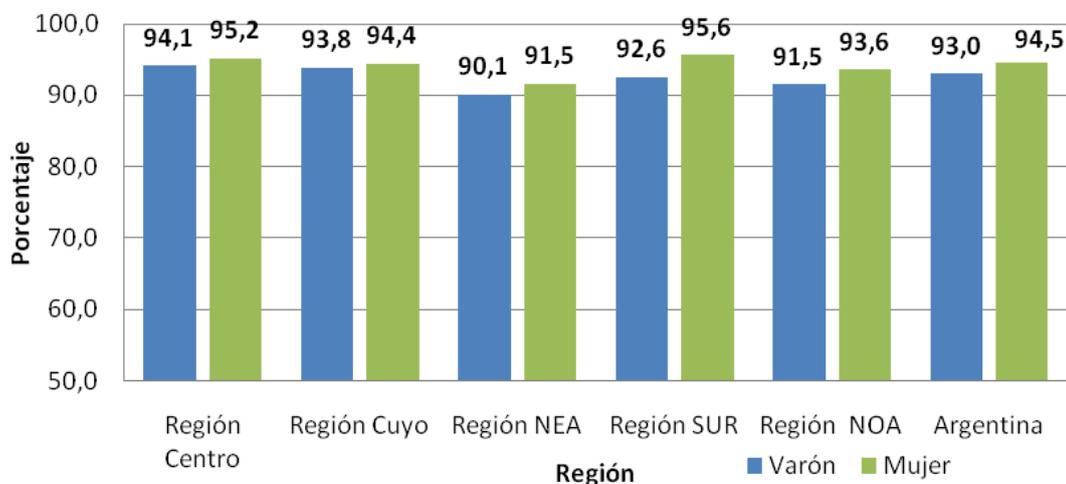
Tasa de Analfabetismo		
Provincias / Región	Varones	Mujeres
Chubut	1,93	2,03
La Pampa	2,13	1,64
Neuquén	2,28	2,32
Río negro	2,50	2,43
Santa Cruz	1,13	1,13
Tierra del Fuego	0,65	0,70
Región Sur	2,02	1,99
CABA	0,46	0,50
Buenos Aires	1,39	1,32
Córdoba	1,67	1,28
Entre Ríos	2,47	1,82
Santa Fe	1,93	1,64
Región Centro	1,44	1,28
Mendoza	2,23	2,14
San Juan	2,39	1,81
San Luis	2,12	1,57
Región Cuyo	2,25	1,98
Corrientes	4,60	3,97
Chaco	5,38	5,58
Formosa	3,75	4,42
Misiones	3,98	4,23
Región Nea	5,28	4,57
Catamarca	2,11	1,93
Jujuy	2,03	4,18
La Rioja	2,11	1,55
Salta	2,69	3,56
Santiago del Estero	4,32	3,69
Tucumán	2,77	2,18
Región Noa	2,83	3,00
Argentina	2,00	1,95

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Respecto a la tasa de asistencia escolar a nivel nacional en la población de 5 a 17 años fue del 93,7%. A nivel regional, la región Sur presentó la tasa más alta con 95 % y el NEA la más baja con 91%.

En cuanto a la diferencia entre ambos sexos se observó que en todas las regiones la tasa de asistencia en mujeres es al menos 1 punto más alta que la de los varones (Figura 6.2).

Figura 6.2. Tasa de Asistencia de establecimiento escolar según región y sexo. República Argentina. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En lo que respecta a la cobertura educativa de la población para el año 2010, el grupo de edad de 6 a 11 años presentó la mayor tasa de escolarización en todas las regiones del país, seguido por el grupo de 12 a 14 años. En el grupo de 18 a 25 años se observó un descenso marcado, especialmente en los varones. Las mujeres mostraron valores más elevados en todos los grupos de edad. En relación a las tasas regionales el NEA es la región que mostró porcentajes más bajos en todos los grupos de edad.

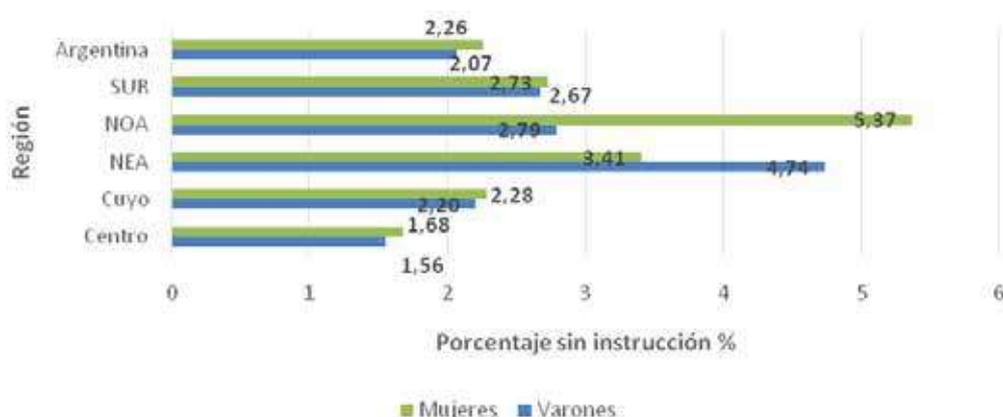
Tabla 6.2. Tasa de escolarización en porcentaje por grupo de edad y región. República Argentina. Año 2010.

Grupo de Edad	Sexo	Región Centro	Región NOA	Región NEA	Región SUR	Región Cuyo	Argentina
5 años	V	93,6	87,7	83,4	91,3	90,3	91,3
	M	94,0	88,5	84,9	91,7	90,6	91,9
6 a 11 años	V	99,0	98,8	98,1	99,3	99,2	98,9
	M	99,2	99,0	98,5	99,3	99,2	99,1
12 a 14 años	V	96,8	94,8	93,7	97,3	95,8	96,1
	M	97,6	96,2	94,7	97,8	97,1	97,0
15 a 17 años	V	80,7	74,7	72,9	82,5	77,2	78,8
	M	85,8	81,9	76,8	87,5	83,9	84,2
18 a 25 años	V	32,5	31,0	28,8	28,0	31,1	31,6
	M	40,1	38,9	34,9	37,4	39,2	39,2

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

A nivel nacional, el porcentaje de la población de 25 años o más que nunca concurren a un establecimiento de enseñanza formal fue del 2,1% (499.467). Respecto a las diferencias por sexo, se observa que la población femenina en la región NOA presenta un número más elevado por falta de instrucción con respecto a las otras regiones, mientras que para la población masculina tasa más elevada se registra en NEA. (Figura 6.3).

Figura 6.3. Población de 25 años o más sin instrucción según región y sexo. República Argentina. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado en la población de 25 años o más, el nivel primario es el que muestra mayor porcentaje en todas las regiones. En relación a los valores por sexo, salvo en la Región NOA, en el resto de las regiones se observaron valores mayores para los varones respecto a completitud de los niveles de enseñanza primario y secundario, a diferencia del nivel Terciario o Universitario donde se vieron para todas las regiones, valores superiores para mujeres. (Tabla 6.3).

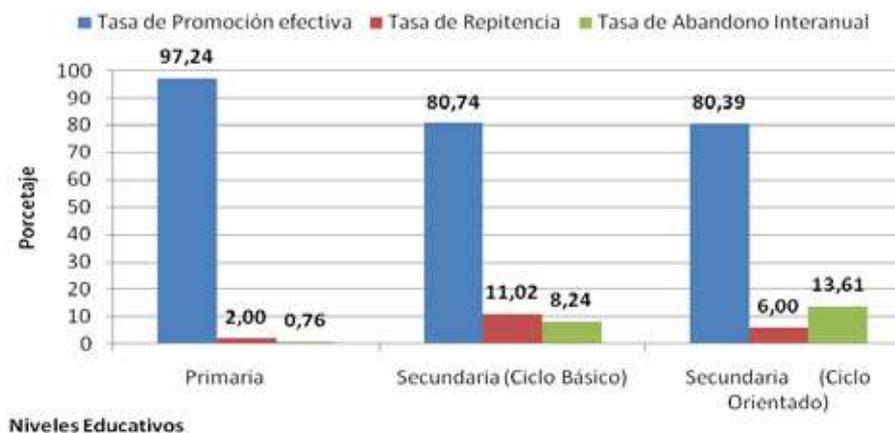
Tabla 6.3. Máximo nivel educativo alcanzado por la población de 25 años o más según si completó o no el nivel y por región. República Argentina. Año 2010

Región	Sexo	Sin instrucción	Prim. inc.	Prim. comp.	Sec. inc.	Sec. comp.	Terc./ Univ. inc.	Terc./ Univ. comp.
Centro	V	1,6	11,0	28,3	15,5	21,1	9,8	12,6
	M	1,8	11,3	27,1	12,1	20,5	9,6	17,6
NEA	V	3,3	17,5	28,1	15,1	17,9	8,8	9,3
	M	3,5	16,0	26,3	12,7	17,5	9,7	14,3
NOA	V	5,5	23,0	25,2	11,6	14,7	7,0	13,0
	M	4,9	24,0	28,2	12,9	15,9	6,0	8,2
Sur	V	2,9	13,9	26,8	18,6	19,9	7,6	10,4
	M	2,9	12,8	23,7	15,3	19,9	9,7	15,7
Cuyo	V	2,3	15,0	28,3	16,9	17,4	9,5	10,5
	M	2,4	14,5	27,5	13,2	17,3	9,7	15,5
Arg.	V	2,2	13,3	28,2	15,5	20,0	9,2	11,6
	M	2,3	13,0	26,7	12,4	19,5	9,4	16,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En Argentina, la tasa de Promoción Efectiva a nivel nacional, teniendo en cuenta los niveles escolares que propone la última modificación de la Ley de Educación nacional N° 26.206 en el año 2006, y según datos del Censo 2010, fue más alta en el nivel primario que en el secundario. En el nivel secundario, se observó que durante el ciclo básico la tasa de repitencia era más alta que en el ciclo de orientación (6%). Además, en este último fue más alta la tasa de abandono interanual (13,6%).

Figura 6.4. Tasa en porcentaje de Promoción Efectiva, Repitencia, Abandono Interanual según ciclo educativo. República Argentina. Año 2014



Fuente: Elaboración propia en base a los relevamientos anuales 2014 y 2015. DiNIEE. MEyDN.

En relación a los establecimientos educativos se observó que el 80% fueron públicos, seguido por el sector privado (19%) y por último de tipo social o cooperativa (1%). A nivel regional, el centro registró la mayor cantidad de establecimientos educativos (57%), seguido por el NEA y NOA (con un 15% y 14% respectivamente).

Al interior de todas las regiones la proporción de establecimientos públicos (entre 70 y 90%) fue mayor que los privados. Por otro lado, en lo que respecta a los establecimientos de gestión privada, la región Centro registró la mayor cantidad de establecimientos con un 25,2%, incluso superior a la del total país (19%). En relación a los establecimientos de gestión social/cooperativa, las regiones de NEA y Cuyo registraron la mayor cantidad de los mismos.

Figura 6.5. Establecimientos Educativos según región y sector. República Argentina. Año 2016



Fuente: Elaboración propia en base al padrón de establecimientos 2016. DiNIEE. MEyDN.

Respecto a la cantidad de establecimientos para la población en edad escolar (entre los 5 y los 17 años) se observó en Argentina que por cada 1000 habitantes hay 3 establecimientos, es decir, aproximadamente 330 personas por cada uno. A nivel regional, la región NEA fue la que más cantidad de establecimientos por cada 1000 habitantes tuvo, con casi 10 establecimientos por cada 1.000 habitantes en edad escolar. Por otro lado, la región

centro mostró el valor más bajo, incluso por debajo del promedio del país. Esto se puede asociar a la diferente densidad poblacional de las regiones. En relación al tipo de gestión educativa, el sector público mostró mayor cantidad de establecimientos públicos por cada 1000 habitantes en todas las regiones, superando a la gestión privada por al menos el doble de su valor.

Tabla 6.4. Razón establecimientos educativos por población escolarizada de 5 a 17 años por 1000 habitantes, según región y sector región. Año 2010.

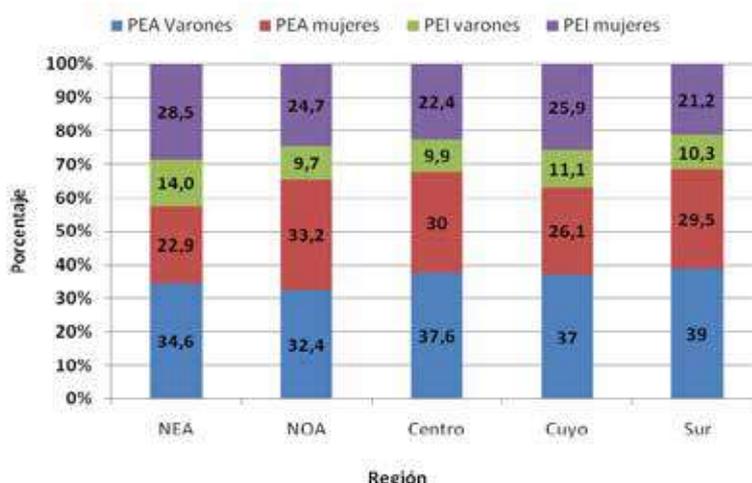
Región	Estatal	Privado	General ²
Centro	1,7	0,6	2,2
NOA	5,9	0,7	6,6
NEA	8,9	0,8	9,8
SUR	2,7	0,4	3,2
CUYO	4,0	0,8	5,3
Argentina	2,5	0,6	3,1

Fuente: Elaboración propia en base al padrón de establecimientos 2016. DiNIEE. MEyDN y Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

7. TRABAJO

El porcentaje de Población Económicamente Activa (PEA) -que incluye a aquellas personas de 14 años y más, ocupadas, y a aquellas desocupadas que están buscando trabajo-, a nivel país fue en 2010 del 66%. Las regiones con proporción de PEA más altos fueron Sur y Centro, mientras que las más bajas se registraron en el NEA y el NOA. Además se observó una distribución diferencial según sexo, siendo el porcentaje de varones al menos 10 puntos porcentuales superior al de mujeres en cada región. Esto último no se observó en la región NOA, donde fue mayor la PEA en mujeres. La PEA fue más alta que la población económicamente inactiva (PEI) en todas las regiones que componen al país. En el análisis por sexo se observó que las mujeres representaban más del doble de la PEI en relación a los varones. (Figura 7.1)

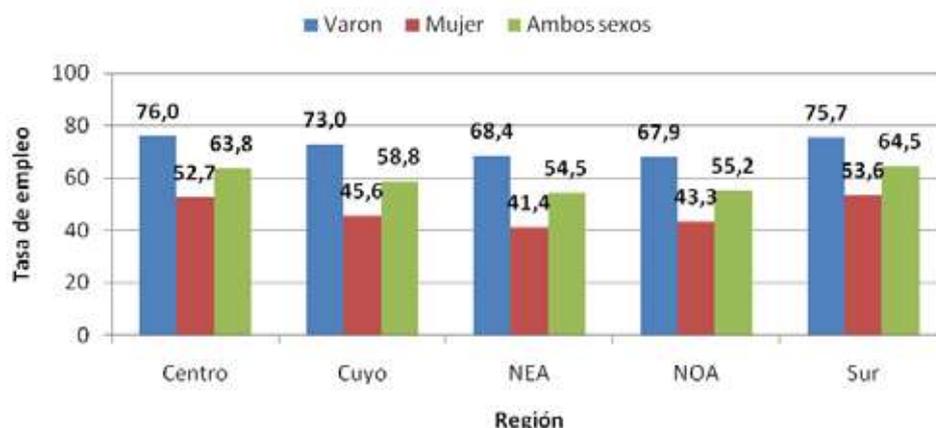
Figura 7.1. Población Económicamente Activa e Inactiva por región y sexo. República Argentina. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.
2 General: incluye todos los establecimientos públicos, privados y social cooperativa.

Con respecto a la tasa de empleo, para el total de la población de 14 años y más del país fue en 2010 del 61,7%, con un 24% más en varones que en mujeres. Las regiones Sur y Centro fueron las que presentaron tasas más altas, siendo el NEA la que presentó la menor. A nivel regional también se observó diferencia entre ambos sexos, siendo mayor esta diferencia en Cuyo y NEA. (Figura 7.2)

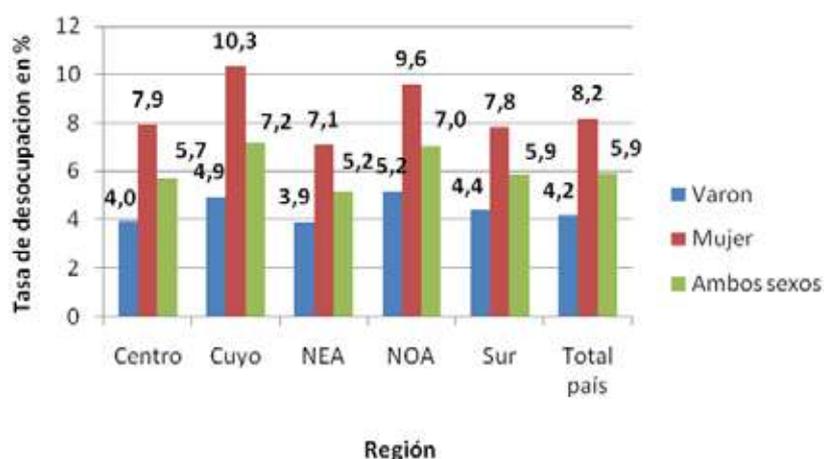
Figura 7.2. Tasa de empleo en porcentaje por región y sexo. República Argentina. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Con respecto a desocupación, la tasa para el país fue de 5,9%. A nivel regional, Cuyo y NOA presentaron las tasas más altas con un 7% de desocupados superando al valor nacional. El resto de las regiones se mantuvo por debajo del total país, oscilando entre el 5,2% (NEA) y el 7,2% (Cuyo). Del mismo modo, se pudo observar que las mujeres superan a los varones en todas las regiones.

Figura 7.3. Tasa de desocupación en porcentaje por región y sexo. República Argentina. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del 1º trimestre de 2018, la tasa de actividad para los 31 aglomerados urbanos fue de 46,7% y la tasa de empleo de 42,4%, ambos valores menores a los registrados en 2010. La tasa de desocupación total fue del 9,1%, observándose los niveles más altos en los aglomerados del Gran Buenos Aires y en la región Pampeana mostrando diferencias de igual forma con los valores obtenidos en el censo de 2010.(Tabla 7.1).

Tabla 7.1. Tasa en porcentaje de empleo, actividad, desocupación por área geográfica. República Argentina. Primer Trimestre 2018

Regiones	Tasa de Empleo	Tasa de actividad	Tasa de desocupación
Total 31 aglomerados	42,4	46,7	9,1
Gran Buenos Aires	42,9	48,1	10,7
Cuyo	41,7	43,4	4,0
NEA	39,4	41,6	5,2
NOA	40,5	43,5	6,8
Pampeana	43,2	47,2	8,6
Región Patagónica	40,3	43,2	6,6
Total Aglomerados de 500.000 y más habitantes	42,9	47,6	9,9
Total Aglomerados de menos 500.000 habitantes	40,3	42,8	5,8

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. Primer Trimestre 2018.

Con respecto a las principales ramas de actividad de ocupación de la población en Argentina según la Encuesta durante el relevamiento realizado el tercer trimestre de 2014, se observó que el comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas, ocuparon el porcentaje mayor (17,2 %), seguido de la Industria manufacturera (12,82%) y la Construcción con un 10.28%.

Tabla 7.2. Porcentaje de Población Ocupada por Rama de Actividad. Argentina. Año 2014.

Principales Ramas de Actividad de Ocupación	%
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	2,05
Explotación de minas y canteras	0,52
Industria manufacturera	12,82
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire	0,45
Suministro de agua: alcantarillado, gestión de desechos y actividades de saneamiento	0,63
Construcción	10,28
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas	17,12
Transporte y almacenamiento	6,02
Alojamiento y servicios de comida	3,73
Información y comunicación	1,69
Actividades financieras y de seguros	1,4
Actividades inmobiliarias	0,21
Actividades profesionales, científicas y técnicas	3,48
Actividades administrativas y servicios de apoyo	3,13
Administración pública y defensa; planes de seguro social	9,04
Enseñanza	8,18
Salud humana y servicios sociales	5,34
Artes, entretenimiento y recreación	1,54
Otras actividades de servicios	3,57
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bi	8,78
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0
Total	100

Fuente: Encuesta Anual de Hogares Urbanos - EAHU. Tercer trimestre. Año 2014.

8. POBREZA

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010, en la República Argentina el 9% de los hogares y el 12% de la población tiene al menos un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Las regiones del NEA y NOA presentan mayor proporción de hogares con NBI, siendo el doble que en el resto de las regiones (Tabla 8.1).

Tabla 8.1. Porcentaje de Hogares con NBI. República Argentina. Año 2010.

	Hogares con NBI		Población con NBI	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
NEA	167.805	16,8	778.308	21,3
NOA	194.610	15,6	943.721	19,4
Sur	66.033	8,7	255.439	10,8
Cuyo	65.738	8,2	317.356	11,2
Centro	616.729	7,4	2.658.909	10,2
País	1.110.915	9,1	4.953.733	12,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Según los datos de la EPH del 2^{do} semestre de 2017 del total de aglomerados urbanos, el 17,9% de los hogares y el 25,7% de las personas entraron dentro de la categoría de pobres, es decir que no contaban con ingresos suficientes para cubrir la Canasta Básica Total y, el 3,5% de los hogares y el 4,8% de las personas se encontraban en indigencia, es decir que no contaban con ingresos suficientes para cubrir una canasta básica o mínima alimentaria. A nivel regional, se observa el mayor porcentaje de hogares pobres e indigentes en el NEA (Tabla 8.2).

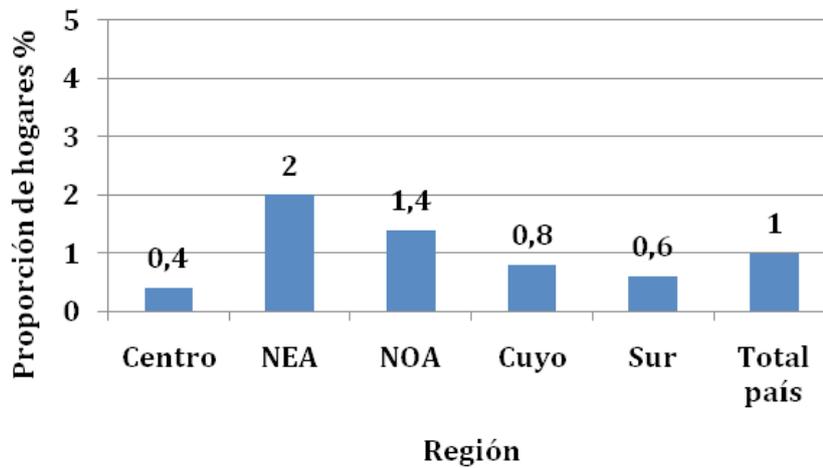
Tabla 8.2. Porcentaje de Hogares y personas bajo la línea de pobreza e indigencia según los 31 aglomerados urbanos y por región. República Argentina. Segundo semestre 2017.

Áreas geográficas	Pobreza		Indigencia	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas
Total 31 aglomerados	17,9	25,7	3,5	4,8
Gran Buenos Aires	17,4	25,5	3,9	5,54
Cuyo	18,9	26,3	3,0	3,8
Noreste	25,2	33,2	4,2	5,8
Noroeste	19,2	25,4	3,0	3,8
Pampeana	17,6	25,4	3,1	4,1
Patagónica	13,3	18,9	1,7	2,2
Total aglomerados de 500.000 y más habitantes	17,7	25,5	3,6	4,9
Total aglomerados de menos de 500.000 habitantes	18,8	26,3	3,1	4,2

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. Segundo Semestre 2017.

En relación a la capacidad de subsistencia insatisfecha, es decir aquellos hogares que tienen al menos 4 o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación, a nivel nacional mostró un porcentaje del 1% (81.953); mientras que, a nivel regional, el NEA presentó el porcentaje más alto para esta variable, alcanzando al 2% (20.144) de los hogares (Figura 8.1).

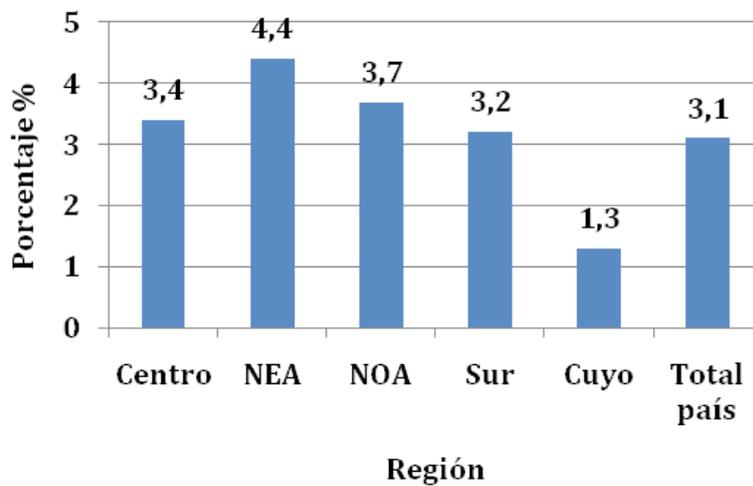
Figura 8.1. Porcentaje de Hogares con capacidad de subsistencia insatisfecha por región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En lo que respecta al tipo de vivienda, se observó que el 3,1% (371.642) de los hogares se encontraba en una vivienda de tipo inconveniente. A nivel regional, el NEA exhibió la mayor proporción de hogares en viviendas con dicha condición (Figura 8.2).

Figura 8.2. Porcentaje de Hogares en una vivienda de tipo inconveniente por región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

De acuerdo a los datos censales el 4% de los hogares en Argentina vive en condición de hacinamiento crítico. El porcentaje más alto para esta variable se observó en el NOA y NEA, con un 7% y 6% respectivamente, y el menor porcentaje en la región Centro con un 3%, incluso por debajo del total país.

Tabla 8.3. Porcentaje de Hogares con condición de Hacinamiento Crítico por región. Argentina. Año 2010.

Región	% de Hacinamiento Crítico
Centro	3,2
NOA	6,9
NEA	6,4
Cuyo	4,1
Sur	3,7
Argentina	3,9

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En relación al régimen de tenencia de la vivienda, se observó que el 68% de las personas que residían en el país eran propietarios y el 16% inquilinos. A nivel regional, NOA mostró los valores más altos con personas propietarias de vivienda y terreno. Por otra parte, Cuyo registró el porcentaje más alto de ocupantes. Las regiones Sur y Centro fueron las que presentaron mayor proporción de inquilinos (Tabla 8.4).

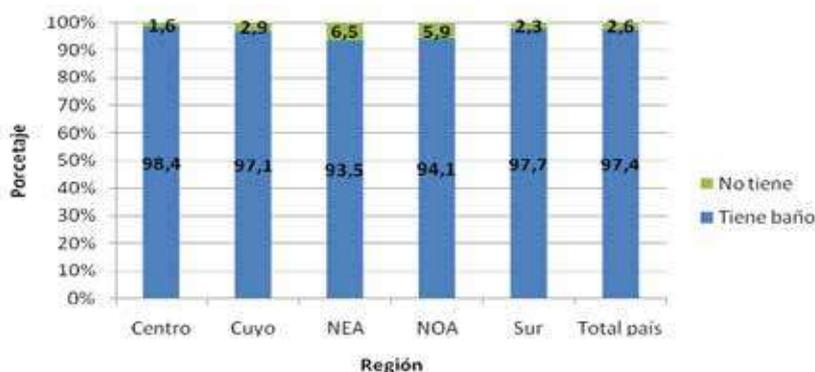
Tabla 8.4. Régimen de tenencia de la vivienda por región. República Argentina. Año 2010.

	Propietario de la vivienda y del terreno	Propietario sólo de la vivienda	Inquilino	Ocupante	Otra situación
Centro	67,7	4	17,6	8,1	2,5
Cuyo	64,5	2,1	16	14,4	2,9
NEA	67,7	8,7	9,6	9,6	4,4
NOA	71,7	5,7	9,1	9,5	4
Sur	64,3	3,4	19,8	10	2,4
Total País	67,7	4,4	16,1	8,9	2,8

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Respecto a las condiciones sanitarias del hogar, se observó que el 2,6% de los hogares en la Argentina no tenía baño. A nivel regional se observó una gran diferencia entre las regiones, teniendo un mínimo de 1,6% de hogares sin baño en la región centro y un máximo de 6,5% de hogares sin baño en la región del NEA (Figura 8.3).

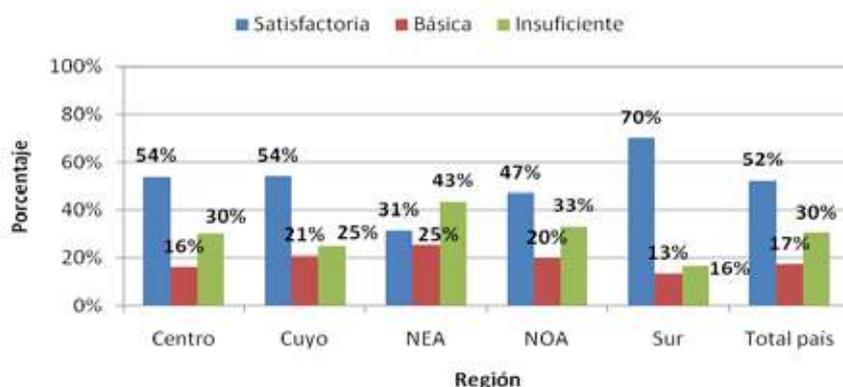
Figura 8.3. Porcentaje de Hogares según tenencia de baño por regiones. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Respecto de la accesibilidad a la conexión con los servicios básicos, que contempla el agua y el tipo de desagüe, en el 30% (11.317.507) de las viviendas de la Argentina se observó una calidad de conexión insuficiente. A nivel regional, el NEA presentó la proporción más alta de viviendas con dicho tipo de conexión (43%), seguida por el NOA (Figura 8.4).

Figura 8.4. Proporción de viviendas según calidad de conexión a servicios básicos según región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

El 56,1% de los hogares del país mostró que utiliza como principal combustible para cocinar gas de red. En cuanto a las diferencias regionales, el Sur exhibió la proporción más alta de hogares que utilizan dicho combustible, seguido por el Centro. Ambas regiones superaron al porcentaje observado a nivel país (Tabla 8.5.).

Tabla 8.5 Combustible usado principalmente para cocinar según región. República Argentina. Año 2010

	Gas de red	Gas a granel, tubo o garrafa	Electricidad	Leña o carbón	Otro
Centro	63,1	36,1	0,3	0,3	0,1
Sur	85,9	12,5	0,1	1,4	0,1
Cuyo	60,9	38	0,2	0,8	0,1
NEA	0	83,7	0,3	15,9	0,2
NOA	33,3	56,7	0,1	9,6	0,3
Total País	56,1	40,8	0,3	2,7	0,1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

DEFINICIONES

EDUCACIÓN

- **Tasa de Analfabetismo:** es el cociente entre el número de personas analfabetas de 10 años y más y el total de la población de 10 años y más.
- **Máximo nivel educativo alcanzado:** es el máximo nivel de estudio de la población mayor de 15 o mayor de 25 años, ya sea que lo haya completado o no.

Los niveles son: Sin instrucción / Nunca asistió: son las personas que nunca concurren a un establecimiento de enseñanza formal. Primario incompleto, Secundario incompleto. Terciario/Universitario incompleto: incluye a las personas que asistían a algunos de esos niveles de enseñanza formal pero no llegaron a completarlo. Primario completo, Secundario completo, Terciario / Universitario completo: incluye a las personas que cursaron y aprobaron el último grado / año de alguno de esos niveles.

- **Promoción Efectiva:** es la proporción (porcentaje) de alumnos matriculados en un grado dado en un determinado año escolar (al comienzo del mismo), que a principios del año escolar siguiente se matricularon en el grado siguiente.
- **Tasa de escolarización por grupo de edad:** es el cociente entre el número de personas escolarizadas en cada grupo de edad independientemente del nivel que cursan y el total de la población de ese grupo de edad.
- **Tasa de asistencia escolar:** es el porcentaje de población de determinado grupo de edad que asiste a algún establecimiento de educación formal independientemente del nivel que curse- sobre el total de población de ese grupo de edad.
- **Tasa de repitencia:** es el porcentaje de alumnos que se matriculan como alumnos repitientes en el año lectivo siguiente.
- **Tasa de Abandono Interanual:** es el porcentaje de alumnos que no se matriculan en el año lectivo siguiente.

TRABAJO

- **Población económicamente activa:** la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.
- **Población no Económicamente Activa:** Comprende a todas las personas no incluidas en la población económicamente activa (jubilados, estudiantes, otra situación). Personas que no participan en la actividad económica, es decir, las que no tienen trabajo ni lo buscan activamente.
- **Tasa de empleo:** se calcula como el porcentaje entre la población ocupada de 14 años y más y la población total. Por población ocupada se entiende a quienes trabajaron aunque sea una hora en la semana inmediata anterior al relevamiento, percibiendo un pago en dinero o en especie por la tarea que realizaron. También a quienes realizan tareas regulares de ayuda en la actividad de un familiar, reciban o no una remuneración por ello, y a quienes se hallan en uso de licencia por cualquier motivo.

- **Tasa de actividad:** se calcula como el porcentaje entre la población económicamente activa y la población total.
- **Tasa de desocupación:** personas que, no teniendo ocupación están buscando activamente trabajo.
- **Rama de actividad:** Población ocupada de 15 años y más en una determinada rama de actividad dividido por la población ocupada de 15 años y más, multiplicado por 100. Las ramas de actividad se clasificaron en: primaria, secundaria y terciaria. Primaria (Agricultura, ganadería, caza, silvicultura, y Pesca.) Secundaria (Explotación de minas y canteras, Industria manufacturera, Suministro de electricidad, gas y agua, y Construcción), Terciaria (Comercio al por mayor y al por menor, Hoteles y restaurantes, Transporte, almacenamiento y comunicaciones, Intermediación financiera, Servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler, Administración pública, defensa y seguridad social, Educación, Servicios sociales y de salud, Servicios comunitarios, sociales y personales, Servicios a los hogares y servicio doméstico, y Servicio de organizaciones extraterritoriales.

POBREZA

- **Hacinamiento crítico:** Hogares que habitan viviendas con más de 3 personas por cuarto.
- **Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):** se consideran hogares con NBI aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación:
 - **Hacinamiento:** Hogares que habitan viviendas con más de 3 personas por cuarto (hacinamiento crítico).
 - **Vivienda:** Hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo).
 - **Condiciones sanitarias:** Hogares que habitan en viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua.
 - **Asistencia escolar:** Hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela.
 - **Capacidad de subsistencia:** Hogares que tienen 4 o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos al nivel primario).
 - **Línea de indigencia:** refiere a la cantidad de hogares que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas (Canasta Básica Alimentaria).
 - **Línea de pobreza:** refiere a la cantidad de hogares que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir la Canasta Básica Total, la cual incluye a los consumos alimentarios mínimos y a otros consumos básicos no alimentarios.
 - **Calidad de acceso a servicios básicos:** se utilizan las variables procedencia del agua y tipo de desagüe. Las categorías clasificatorias son: Calidad satisfactoria: refiere a las viviendas que disponen de agua a red pública y desagüe cloacal. Calidad básica: describe la situación de aquellas viviendas que disponen de agua de red pública y el desagüe a pozo con cámara séptica. Calidad insuficiente: engloba a las viviendas que no cumplen ninguna de las 2 condiciones anteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- Bazdresch Parada, M. (2001). Educación y pobreza: una relación conflictiva. En F. Enghel (Ed.), Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina (pp. 65 - 81). Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Beccaria, L., Groisman, F. y Monsalvo, P. (2006). Segmentación del mercado de trabajo y pobreza en Argentina. XII - Reunión Anual AAEP. Ponencia presentada en la reunión anual de la Asociación Argentina de Economía Política, Salta, Argentina.
- Behm, H. (2011). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. Salud colectiva, 7 (2), 231 - 253. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1978). Tendencias y proyecciones a largo plazo del desarrollo económico de América Latina. Santiago, Chile: CEPAL.
- García, A.M. (2010). Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24 (1), 62-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.07.002
- Garriga, Y., Navarro, J., Saumell, A., Serviat, T., de la Hoz, J.L. y García, S. (2012). Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. Infodir, 8 (15). Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/infodir/n1512/infodir212.htm>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina. Recuperado de http://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EPH_metodologia_22_pobreza.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Bogotá D.C, Colombia: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Influencia de la pobreza en la salud. Informe de la secretaria (Consejo Ejecutivo 113a reunión). Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf
- Paz, J. (23 de mayo 2013). El mercado de trabajo. El economista. Recuperado de <http://www.eleconomista.com.ar>
- O' Connor, E. (1 de noviembre de 2015). El mercado laboral con miras al 2016. El economista. Recuperado de <http://www.eleconomista.com.ar>



RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Contar con un panorama general de los recursos permite dar cuenta de la respuesta sanitaria que se puede dar ante las problemáticas que emergen, en pos de orientar la planificación para mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención. El modo en que responde el sistema de salud a las necesidades de la población “(...) es un factor determinante para la presencia o ausencia de daños a la salud en una población.” (Ministerio de Salud de Perú, 2008).

Para ello, en este capítulo se analiza en primer lugar, indicadores de infraestructura en términos de efectores y la estructura de los servicios. En segundo lugar, el capital humano con el que cuenta el sector salud nacional y regional. Por último, se realiza una descripción en términos de producción de los servicios.

El sistema de salud en la República Argentina es un sistema mixto, compuesto por un subsector público, uno de seguridad social y uno privado. Al sector público (que a su vez se encuentra dividido en tres niveles: Nacional, Provincial y Municipal) tienen derecho al acceso todos los habitantes, independientemente de que tengan algún tipo de cobertura social o privado. Los trabajadores del mercado formal, así como sus familiares directos que se incorporan como beneficiarios, tienen una cobertura adicional de instituciones de seguridad social denominadas “Obras Sociales” (OOSS), que conforman el segundo subsector. El subsector privado se financia a partir del aporte económico de sus usuarios a empresas de medicina prepaga donde el pago se corresponde a cada individuo (inclusive en el caso de los grupos familiares); y muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (“doble afiliación”).

El subsector público, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita. Consta de una red de hospitales, centros de salud y establecimientos que deben cubrir la atención de todas las personas en territorio argentino. Una característica de este subsector es que tiene representatividad a nivel nacional por la distribución de los servicios y establecimiento, dando cobertura en las zonas que no son alcanzadas por el sector privado debido a la baja rentabilidad. Cabe destacar que la cobertura del subsector público es generalmente a la población de menos ingresos. La población que no tiene cobertura por obras sociales o por el sector privado es la que demanda atención al subsector público. (Acuña, 2002)

Los sistemas de información con representatividad nacional se corresponden principalmente con el subsector público. Los subsectores de seguridad social y el privado tienen baja representatividad en los sistemas de información nacionales por la baja adherencia de estos subsectores a los mismos. En este sentido, gran parte de la información recolectada y analizada corresponde generalmente al subsector público por lo que no representa a toda la población.

SÍNTESIS

En Argentina se observó que el 64% de la población cuenta con una cobertura de obra social o privada, siendo la obra social la cobertura mayoritaria (46% del total). El 36% de la población se atiende exclusivamente en servicios públicos de salud.

Si se analiza la cantidad de población solamente con cobertura del sector público en cada región del país se destaca que en el NOA y en el NEA se registran los porcentajes más altos (44% y 51%), superando ampliamente el promedio del país.

Argentina cuenta con 25.751 establecimientos de salud, la mitad de los cuales se encuentran en la región Centro de nuestro país, habida cuenta de la mayor densidad poblacional que presenta esta región (sólo la provincia de Buenos Aires cuenta con el 26% del total de establecimientos).

De igual forma, se observó la mayor cantidad de establecimientos y de camas por habitantes y la mayor cantidad de médicos/as por población (10,7 c/mil habitantes) en la región centro. El mayor número de enfermeros/as se encontró en la región Sur, que presentó también la mayor relación de enfermeros/as por médicos/as.

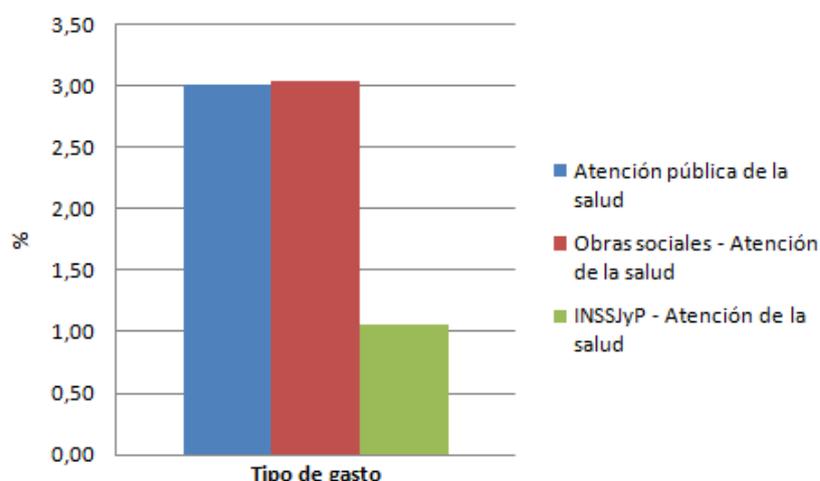
Las regiones del NEA y NOA fueron las de mayor relación de establecimientos públicos por habitantes. Estas regiones a su vez, tuvieron la mayor frecuencia de CAPS. Sin embargo, en los mismos se observó que hay predominancia de aquellos sin atención médica en forma periódica.

9. GASTO Y COBERTURAS DE LA POBLACIÓN.

Gasto público en Salud

El gasto público en salud en el año 2015 representó el 7,1% del PBI, el 3% estuvo destinado a la atención pública, el 3% a las obras sociales y el 1% restante a gastos destinados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) (Figura 9.1).

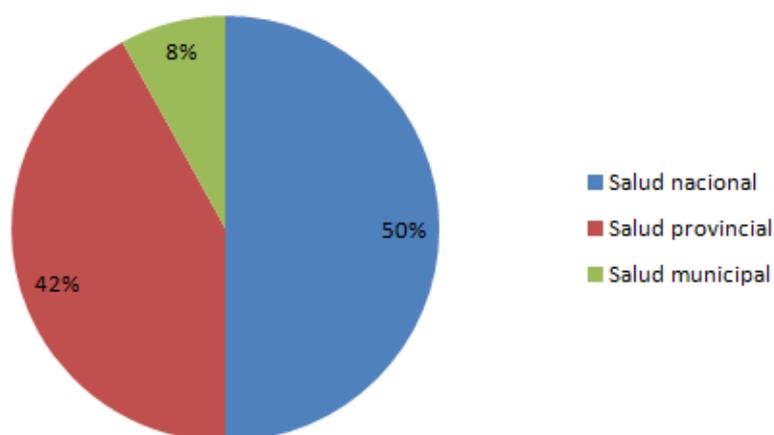
Figura 9.1 Distribución del gasto público en salud según tipo de gasto. República Argentina. Año 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Subsecretaría de Programación Macroeconómica - Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo en base a Secretaría de Hacienda, Cuentas de Inversión y presupuestos.

En cuanto a la composición del gasto público en salud por jurisdicción el 50% correspondió al gasto del nivel nacional, el 42% al nivel provincial y el 8% restante al nivel municipal, como puede observarse en la figura 9.2.

Figura 9.2. Composición del gasto público en salud por jurisdicción. Promedio 2004-2015. República Argentina.

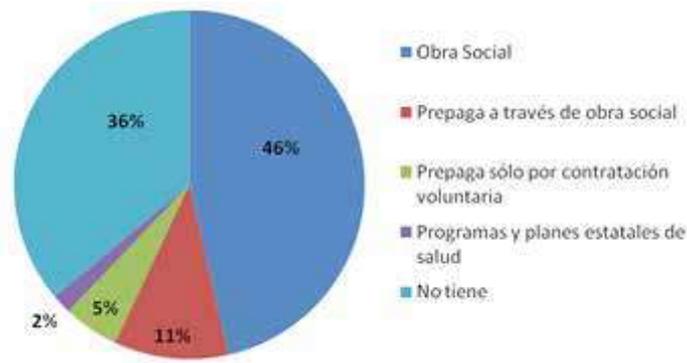


Fuente: Dirección de Análisis Fiscal y de Ingresos. Subsecretaría de Programación Macroeconómica. Ministerio de economía.

Coberturas de Salud

Las diferentes formas de Cobertura de Salud son la Obra Social, la Prepaga (a través de la obra social o por contratación voluntaria) y los Programas y Planes estatales de salud. Se observó para el año 2010 que, el 64% de la población contaba con una cobertura, siendo la obra social la cobertura mayoritaria (46% del total). El 36% de la población se atendió exclusivamente en servicios públicos de salud según datos del último censo de población (Figura 9.3).

Figura 9.3. Población según tipo de cobertura de salud. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC.

Al analizar la cantidad de población que únicamente tiene acceso al sistema público de salud en cada región del país se destacó que en el NOA y en el NEA se registran los porcentajes más altos (44% y 51%), superando ampliamente el promedio del país. Sur y Centro fueron las regiones con menor proporción de población (30% y 33%). (Figura 9.4).

Figura 9.4. Tenencia de cobertura de Salud según Región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC.

10. INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Argentina contó para 2017 con 25.751 establecimientos de salud, la mitad de los cuales se encontró en la región Centro de nuestro país, habida cuenta de la mayor densidad poblacional que presenta esta región (sólo la provincia de Buenos Aires cuenta con el

26% del total de establecimientos). Al relacionar la cantidad de establecimientos con el tamaño de las poblaciones de cada región se observó que la región Centro tiene la menor cantidad de establecimientos (4,6) cada 10.000 habitantes, por debajo del valor promedio del país. La región de Cuyo es la que presentó la mejor relación establecimiento/población con casi 10 cada 10.000 habitantes (Tabla 10. 1).

Tabla 10.1 Cantidad de establecimientos de salud por 10.000 habitantes según región. República Argentina. Año 2017.

Región/ Establecimientos	Estab/10000 hab.
Centro	4,6
Cuyo	9,9
NEA	6,8
NOA	8,2
Sur	8,2
Total	5,8

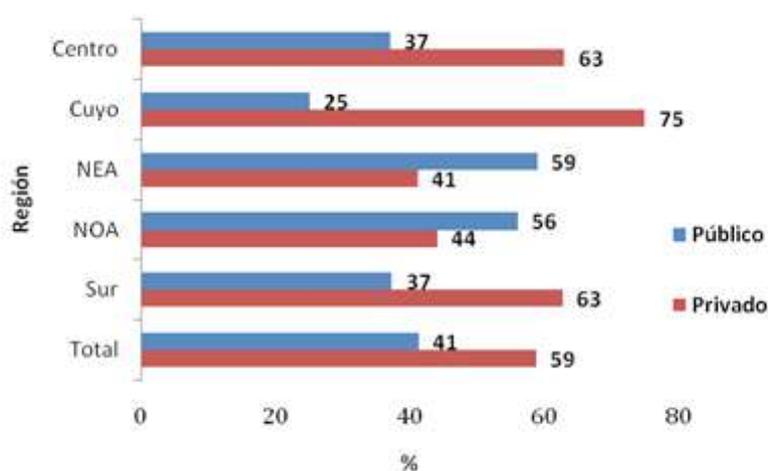
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y a proyecciones poblacionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Descripción de los establecimientos

Establecimientos por dependencia y financiamiento

Para 2017 se observó que más del 40% de los establecimientos de salud del país eran públicos, sin embargo en el NOA y en el NEA los establecimientos públicos alcanzaron proporciones que superan ampliamente este promedio, con 56% y 59% respectivamente. Asimismo en estas regiones había aproximadamente 4 establecimientos públicos por cada 10.000 habitantes, mientras que a nivel país este valor fue de 2.4. Cuyo fue la región donde los establecimientos públicos representan la menor proporción, con el 25% del total y Centro la región donde hubo menor cantidad de establecimientos públicos en función de la población (1,7 cada 10.000 habitantes). (Figura 10.1 y tabla 10.2).

Figura 10.1 Establecimientos agrupados por región y financiamiento. República Argentina. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

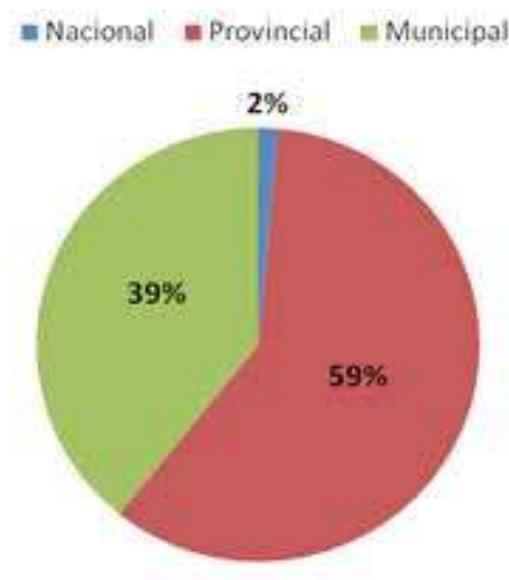
Tabla 10.2 Cantidad de establecimientos de salud públicos por 10.000 habitantes según región. República Argentina. Año 2017.

Región/ establecimientos	Estab/10.000 hab
Centro	1,7
Cuyo	2,5
NEA	4,0
NOA	4,6
Sur	3,1
Total	2,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y a proyecciones poblacionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Finalmente al considerar la dependencia de los establecimientos públicos se destacó que la mayor parte, 59% (6.134) fue de dependencia provincial, 39% (4056) Municipal y sólo 2% (151) de dependencia nacional (Figura 10.2). Sin embargo en la región Centro esta distribución se dio de manera muy diferente: la mayoría de los establecimientos fueron municipales, a expensas de Córdoba y de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo del total de los establecimientos nacionales (incluyen establecimientos denominados complementarios³) el 74% se encontraba en esta región, especialmente en la CABA, como se puede ver en la tabla 10.3.

Figura 10.2 Establecimientos públicos agrupados por dependencia jurisdiccional*. República Argentina. Año 2017.



*Excluye establecimientos de FFAA y fuerzas de seguridad, establecimientos universitarios y establecimientos penitenciarios.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

³ Establecimiento destinado a prestar asistencia a la población que coadyuva a las acciones realizadas por los otros tipos de establecimientos (sistemas de emergencias, vacunatorios, laboratorios, etc.).

Tabla 10.3 Establecimientos públicos de la región Centro por provincia y dependencia jurisdiccional*. República Argentina. Año 2017.

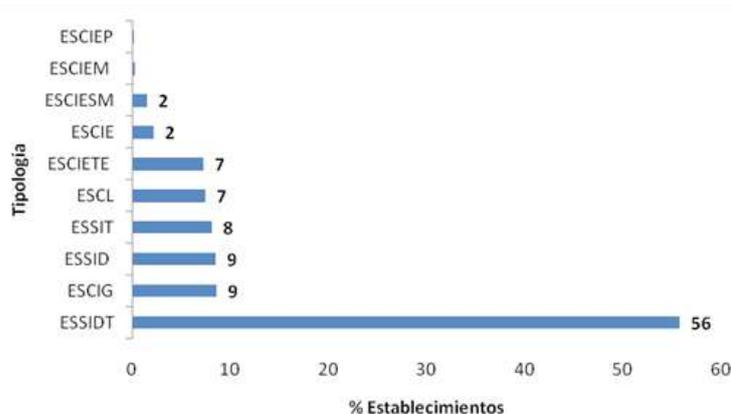
Provincia/ dependencia	Nacional	Provincial	Municipal
Buenos Aires	31	101	2.346
CABA	69	1	122
Córdoba	4	81	768
Entre Ríos	4	282	127
Santa Fe	4	589	173

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).
*Excluye establecimientos de FFAA y fuerzas de seguridad, establecimientos universitarios y establecimientos penitenciarios.

Establecimientos por tipología

Del total de los establecimientos de salud del país se observó que el tipo más frecuente es el establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT), superando la mitad del total (55,8%). Luego se encuentra el Establecimiento con internación general (ESCIG) y en tercer lugar el establecimiento de diagnóstico sin internación (ESSID). Los tipos de establecimientos menos frecuentes fueron los de internación pediátrica (ESCIEP), materno-infantil (ESCIEM) y de salud mental (ESCIESM).

Figura 10.3 Establecimientos de salud según tipología. República Argentina. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

REFERENCIAS:

Con internación:

- Establecimiento de salud con internación general (ESCIG)
- Establecimiento de salud con internación especializada en pediatría (ESCIEP)
- Establecimiento de salud con internación especializada en maternidad/materno infantil (ESCIEM)
- Establecimiento de salud con internación especializada en salud mental (ESCIESM)
- Establecimiento de salud con internación especializada en otras especialidades (ESCIE)
- Establecimiento de salud con internación especializada en tercera edad (ESCIETE)

Sin internación:

- Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT)
- Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico (ESSID)
- Establecimiento de salud sin internación de tratamiento (ESSIT)
- Establecimiento de salud complementario (ESCL)

La mayor parte de establecimientos con internación se encontraron en la región Centro y la menor en el Sur, lo que se corresponde con la densidad poblacional de dichas regiones, sin embargo cabe destacar que al comparar la cantidad de establecimientos con internación respecto de los que no la tienen, en cada región pudo verse que por cada 10 establecimientos sin internación en el Centro hubo 4 con internación, mientras que esta relación fue menor en las demás regiones del país (Tabla 10.4).

Tabla 10.4 Establecimientos agrupados por región y tenencia de internación. República Argentina. Año 2017.

Región	Con internación	Sin internación	Razón con/sin internación
Centro	3.627	9.467	0,4
Cuyo	359	2.806	0,1
NEA	421	2.341	0,2
NOA	472	4.021	0,1
Sur	311	2.010	0,2
Total	5.190	20.645	0,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

Camas disponibles

La mayor cantidad de camas pertenecieron a la región Centro, con el 74% del total del país (Tabla 10. 5). Se observó además que la mayor proporción de camas en todas las regiones es de camas generales, seguidas de camas de internación prolongada. La región con mayor relación de camas y habitantes fue la región centro con 5,7 camas por cada 1000 habitantes (Tabla 10.6).

Tabla 10.5 Camas disponibles por región (Públicos y privados). Año 2017. República Argentina

Tiempo de cama/ Región	Centro	%	Cuyo	%	NEA	%	NOA	%	Sur	%	TOTAL	%
Generales	61.659	38	4.058	34	8.345	57	10.740	50	4.512	45	89.314	40
Pediátricas	5.273	3	1.032	9	1.111	8	2.052	10	877	9	10.345	5
Maternidad	3.866	2	924	8	967	7	1.783	8	961	10	8.501	4
Cama Especiales	3.194	2	396	3	239	2	1.357	6	748	7	5.934	3
Unidades de Terapia Intensiva Adultos	5.640	3	374	3	721	5	1.134	5	424	4	8.293	4
Unidad de Terapia Intensiva Pediátricas	1.248	1	100	1	112	1	281	1	82	1	1.823	1
Neonatología	3.945	2	436	4	613	4	1.073	5	435	4	6.502	3
Hospital día	1.039	1	420	4	243	2	630	3	221	2	2.553	1
Internaciones Prolongadas	75.729	47	4.218	35	2.106	14	2.246	10	1.485	15	85.784	39
No discriminadas	1.188	1	23	0	142	1	271	1	237	2	1.861	1
Total	162.781	100	11.981	100	14.599	100	21.567	100	9.982	100	220.910	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

Tabla 10.6 Razón de camas cada 1000 habitantes en establecimientos públicos y privados según región. Año 2017. República Argentina

Región	Cantidad de camas
Centro	5,71
Cuyo	3,78
NEA	3,59
NOA	3,94
Sur	3,57
Total	5,02

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y a proyecciones poblacionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Centros de Atención Primaria de la Salud

Las regiones con mayor cantidad de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) por población resultaron NOA y NEA con 39,41 y 32,50 cada 100.000 habitantes respectivamente (Tabla 10.7).

Tabla 10.7 Razón de CAPS cada 100.000 habitantes según región. Año 2017. República Argentina

Región	Caps c/100,000 hab
Centro	13,01
Cuyo	20,89
NEA	32,50
NOA	39,41
Sur	22,23
Total	19,25

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y a proyecciones poblacionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

En esas regiones la categoría más frecuente de CAPS se correspondió a aquellos que no contaban con atención médica en forma periódica, en contraposición con región Centro, Cuyo y Sur, en donde la mayoría de los CAPS correspondieron a aquellos con atención médica diaria y con especialidades y/ o otras profesiones (Tabla 10.8).

Tabla 10.8 CAPS agrupados por región y categoría. Año 2017. República Argentina.

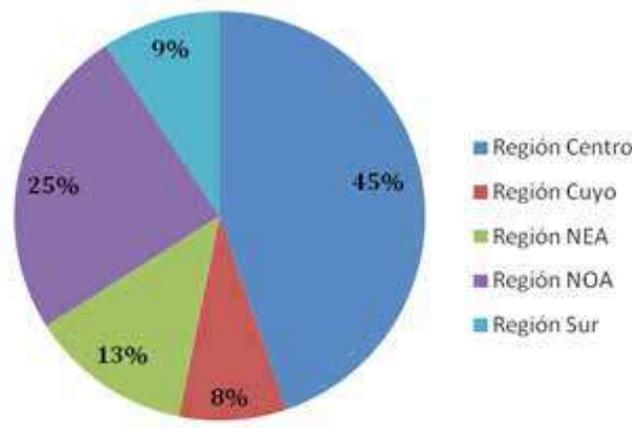
CAPS/Región	Centro	%	Cuyo	%	NEA	%	NOA	%	Sur	%	Total	%
Sin atención médica en forma periódica (menor a 3 veces por semana)	179	6	118	18	632	48	854	40	162	26	1945	25
Con atención médica general por lo menos 3 días de la semana	901	29	161	24	293	22	611	28	150	24	2.116	27
Con atención médica diaria y con especialidades y/o otras profesiones	1953	63	341	51	382	29	632	29	250	40	3.558	45
Con guardia permanente	45	1	43	6	15	1	63	3	59	10	225	3
Total	3.078	100	663	100	1.322	100	2.160	100	621	100	7.844	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

Vacunatorios

En Argentina se observó que la mayor proporción de vacunatorios se encontró en la región centro con el 45% seguido de la región NOA. La región con menor proporción fue la región de Cuyo con el 8%.

Figura 10.4 Vacunatorios por región. Argentina. Año 2017.



Fuente: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)

11. CAPITAL HUMANO

Caracterización de la situación laboral de los/as trabajadores/as de salud

De acuerdo a datos de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) del 3er trimestre de 2014, en el sector salud se encontraron 832.167 personas en actividad. La mayor parte (57%) de los/as trabajadores/as desarrollaban sus actividades profesionales en el sector privado. El 54% de ellos/as contaron con nivel educativo correspondiente a superior universitaria completo.

El 36% de los trabajadores tenían una ocupación de carácter técnico, seguido por el 29% cuya ocupación era de carácter profesional. En cuanto a la intensidad de la ocupación, fue posible encontrar ocupación plena en el 60% de los trabajadores. Sin embargo, resultó un dato a destacar que el 27% de los trabajadores refirieron sobreocupación horaria.

Distribución de profesionales de la salud

Entre los distintos profesionales de la salud, los/as médicos/as son los que presentaron mayor cantidad a nivel país. La mayor cantidad de enfermeros/as se observó en las regiones NOA y Centro (Tabla 11.1). Aun así, la región Sur presentó mayor relación enfermero/médico. En cuanto a la cantidad de médicos/as por habitante, el mayor número pertenecía a la región Centro, en donde hay 10,7 médicos/as c/mil habitantes, seguido por la Sur con 7,8 médicos/as c/mil habitantes. La región Sur tenía mayor cantidad de enfermeros/as cada mil habitantes (Tabla 11.2).

Tabla 11.1 Profesionales por región y disciplina. Año 2017. República Argentina.

Profesión/región	Centro	Cuyo	NOA	NEA	Sur	Total	%
Médico	304.970	17.710	21.159	18.653	21.739	384.231	32,7
Enfermero*	253.458	16.947	25.448	21.026	26.174	343.053	29,2
Odontólogo	35.278	4.337	4.042	4.959	5.379	53.995	4,6
Psicólogo	90.701	4.729	1.329	2.215	4.408	103.382	8,8
Farmacéutico	17.336	2.901	2.761	1.840	2.487	27.325	2,3
Técnico radiólogo	20.057	1.045	1.204	1.186	2.451	25.943	2,2
Otros	167.642	22.208	18.190	10.678	18.888	237.606	20,2
Total	889.442	69.877	74.133	60.557	81.526	1.175.535	100,0
%	75,7%	5,9%	6,31%	5,2%	6,9%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

*Se incluye Lic. en enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería.

Tabla 11.2 Indicadores de profesionales de salud seleccionados por región. Año 2017. República Argentina.

Profesión/región	Centro	Cuyo	NOA	NEA	Sur	Total país
Médicos c/mil hab.	10,7	5,6	3,9	4,6	7,8	8,7
Enfermeros* c/mil hab.	8,9	5,3	4,6	5,2	9,4	7,8

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

*Se incluye Lic. En enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña C. & Chudnovsky M. (2002). El sistema de salud en argentina. Ministerio de Salud de Perú, 2008.



DETERMINANTES DE SALUD AMBIENTAL

INTRODUCCIÓN

Los determinantes de salud ambiental refieren a aquellas condiciones del entorno donde viven y trabajan las personas que tiene efectos en su situación de salud. Pueden actuar tanto como factores de riesgo como factores protectores para la salud humana.

Los factores ambientales que más afectan a la salud son los vinculados con las acciones que la población ejerce sobre su entorno en su crecimiento demográfico y en la búsqueda de satisfacer sus necesidades básicas. Entre éstos, se pueden identificar los siguientes riesgos ambientales: saneamiento básico insatisfecho (falta de acceso a agua segura para consumo humano, inadecuada disposición de excretas y deficiente gestión de la basura), contaminación (suelo, aire, agua) y equipamiento urbano ausente o inseguro (iluminación, alcantarillado, asfalto). (Bañuelos, Cernadas Fonsalías, Dakessian, Kielmanovich & Pierri, 2013).

Se atribuye el concepto de “calidad ambiental” a las condiciones óptimas que rigen al comportamiento del espacio habitable en términos de confort asociados a lo ecológico, biológico, económico-productivo, sociocultural, tipológico, tecnológico y estético en sus dimensiones espaciales. En este sentido, determinadas poblaciones (especialmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad social) quedan en mayor medida expuestas a riesgos ambientales, o cuentan con menores posibilidades de acceso a recursos o bienes ambientales (Celemin & Velázquez, 2013).

Estadísticas proporcionadas por la OMS en el año 2006 demuestran que el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% de todos los fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales. En los niños de 0 a 14 años, un 36% de las muertes se deben a causas del medio ambiente (OMS, 2006). En 2012 perdieron la vida 12,6 millones de personas por vivir o trabajar en ambientes poco saludables: casi una cuarta parte del total mundial de muertes, según nuevas estimaciones de la OMS. Entre las enfermedades vinculadas con el ambiente se destacan: diarreas, infecciones respiratorias, lesiones accidentales, dengue y paludismo (OMS, 2006). También existe una nueva morbilidad asociada a los factores ambientales en afecciones como asma, trastornos del neuro desarrollo, malformaciones congénitas, cáncer, entre otras (GCBA, s.f).

En resumen, es necesario establecer las relaciones entre ambiente (factores asociados a la calidad ambiental, factores sociales, económicos, culturales) y salud. Los determinantes ambientales brindan información valiosa que permite evaluar las posibles intervenciones para prevenir y reducir los daños físicos, químicos y biológicos de la población. Del mismo modo, permite profundizar el conocimiento del PSEAC, facilitando la toma de decisiones relacionadas con la solución, control y prevención de los problemas de salud vinculados al ambiente.

SÍNTESIS

Respecto de la calidad constructiva de las viviendas del país, se observaron diferencias a nivel regional. La región Sur presentó los mejores indicadores de calidad constructiva de la vivienda, siendo la diferencia con la región en peores condiciones (NOA) de 30 puntos. Se destaca además en el NEA la mayor proporción de viviendas con calidad constructiva insuficiente, siendo esta proporción más de 3 veces que la observada en el sur.

En cuanto a la procedencia del agua, la región Sur es la que presentó las mejores condiciones, con mayores proporciones de hogares con acceso a agua de red pública. Esta región además tuvo la mayor proporción de hogares con cañerías dentro de la vivienda. En cambio, el NEA fue la región con el menor acceso a agua de red y la mayor proporción de agua fuera de la vivienda, tanto dentro como fuera del terreno.

En relación a la disposición sanitaria de excretas se evidenció que la mayoría de los hogares del país tuvieron baño o letrina, encontrándose poca diferencia en la desagregación regional. En cuanto al uso exclusivo del baño, el Sur fue la región con menor proporción de baños de uso compartido y el NOA con la mayor.

Asimismo, la mayoría de los hogares con baño del país disponían de un sistema de descarga para la limpieza del inodoro. Se registraron diferencias a nivel regional, siendo el Sur la región con mejores condiciones y el NEA la región con las peores. En tanto que el 80% de los hogares con baño del país tenían desagüe del inodoro a red pública (cloaca) o a cámara séptica y pozo ciego. En este caso también es el Sur la región con mayor proporción (88,6%) de ambos tipos de desagüe, mientras que la región NEA obtuvo los peores valores (67%) para este indicador.

Respecto de las características del entorno, la mayoría de los hogares del país contaba con cobertura de recolección de residuos; casi el 75% tiene al menos una cuadra pavimentada en el segmento; y la mitad disponía de la presencia de al menos una boca de tormenta o alcantarilla en el segmento. A nivel regional, el Centro presentó los mejores valores para cada uno de esos servicios, superando los promedios nacionales. Cabe destacar que el Centro es donde se hallaron los mayores centros urbanos del país, como así también es la región que concentró la mayor proporción de hogares ubicados en zonas inundables. Por otro lado, el NEA registró la menor cobertura de recolección de residuos, cuyo la menor proporción de pavimentación, y el NOA disponía de la menor proporción de bocas de tormenta o alcantarillas.

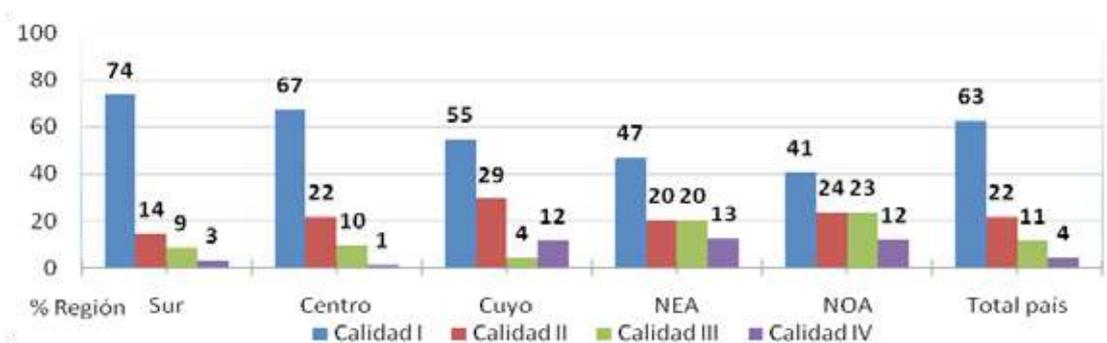
Considerando la calidad ambiental, medida a través del ICA, la región Cuyo obtuvo los valores superiores y la región Centro los valores inferiores. Aunque, analizando los datos a nivel provincial, se añadieron provincias del NEA y del NOA a la situación más desfavorecida.

En resumen, la región Sur presentó las mejores condiciones de vivienda y de servicios básicos; mientras que los hogares del Centro registraron la mejor condición de acceso a servicios en el entorno de las viviendas. En tanto que el norte del país (NEA y NOA) presentó en general las peores condiciones de salud ambiental analizadas.

12. CALIDAD DE LA VIVIENDA

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010, el 63% (7.085.330) de las viviendas de todo el país presentaron materiales de calidad I. La región sur es la que presentó mayor proporción (74%) de viviendas con materiales de calidad I, mientras que solamente el 41% de las viviendas del NOA registraron dicha calidad. El NEA es la región que presentó mayor proporción (13%; 117.603) de viviendas con materiales de calidad IV, triplicando el valor del total país para este indicador, seguido por el NOA y Cuyo (Figura 12.1).

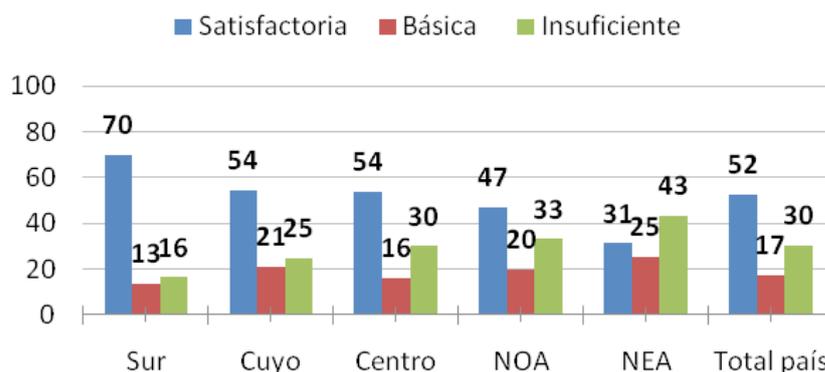
Figura 12.1. Calidad de los materiales de la vivienda según región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En relación a la calidad de conexión a servicios básicos, aproximadamente la mitad (5.933.597) de las viviendas del país presentaron nivel satisfactorio, en tanto que el 30% (3.424.622) fue insuficiente. La región que obtuvo mejores condiciones para este indicador fue la región sur, con el 70% de viviendas con calidad satisfactoria de conexión a servicios básicos; mientras que en el NEA se evidenciaron las peores condiciones, con el 43% de viviendas con calidad insuficiente de conexión a dichos servicios (Figura 12.2).

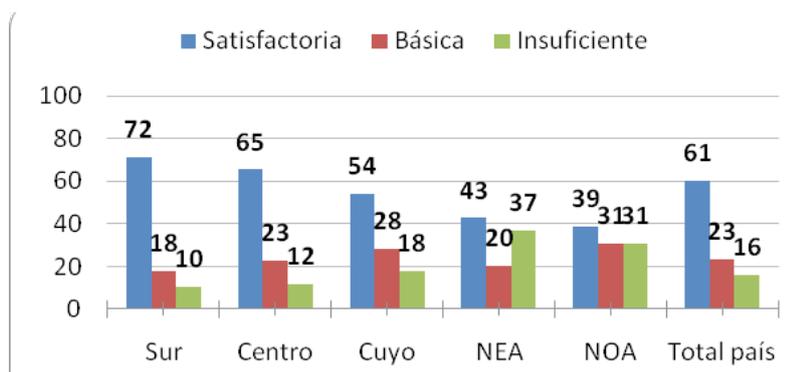
Figura 12.2. Calidad de conexión de la vivienda a servicios básicos según región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En cuanto a la calidad constructiva de la vivienda, a nivel nacional el 61% (6.848.463) de las viviendas registraron calidad satisfactoria y el 23% (2.646.315) calidad básica. A nivel regional, el 72% de las viviendas del Sur presentaron calidad constructiva satisfactoria, siendo el NOA la región que tuvo menor proporción de calidad satisfactoria de vivienda (39%). En tanto que el NEA obtuvo la mayor proporción de viviendas con calidad constructiva insuficiente (Figura 12.3).

Figura 12.3. Calidad constructiva de la vivienda según región. República Argentina. Año 2010.



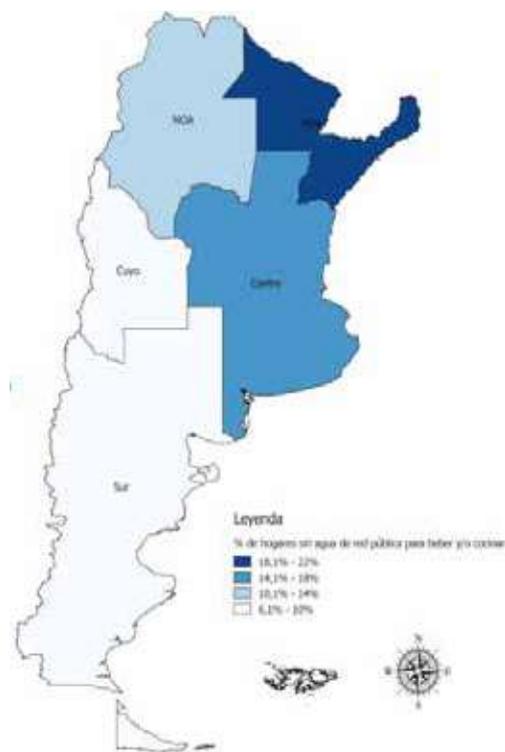
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

13. SERVICIOS BÁSICOS

Agua segura

En base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010, el 16,1% de los hogares del país no contaban con agua de red pública para beber y cocinar. La región NEA presentó la mayor proporción de hogares (22%; 219.821) que se abastecía de agua a través de perforación con bomba (a motor o manual), pozo, transporte por cisterna, agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia. Mientras que en el sur se encontró la menor proporción para este indicador (6,7%). (Mapa 13.1).

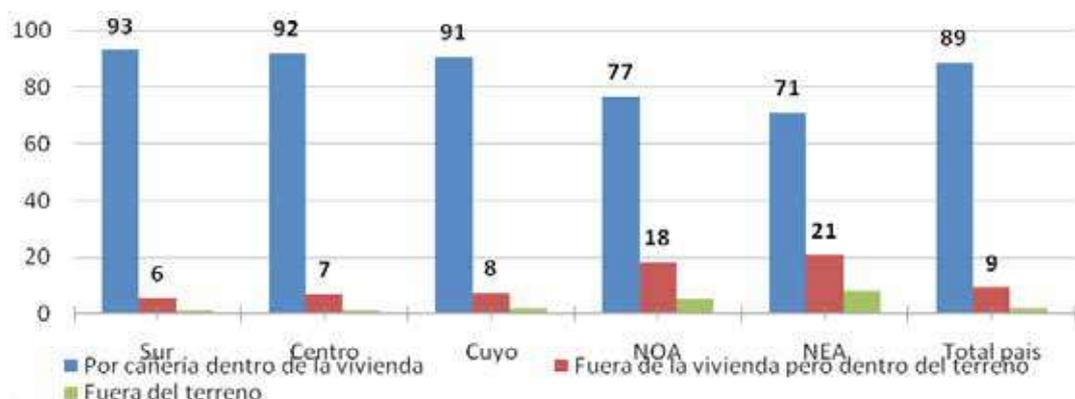
Mapa 13.1 Hogares con agua para beber y cocinar no procedente de Red Pública. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En cuanto a la forma en que el hogar accede al agua que utiliza, el 89% (10.777.695) de los hogares del país poseían cañerías dentro de la vivienda. A nivel regional, la mejor situación se observó en el sur (93%) y la peor en el NEA (71%). A su vez, la región NEA tenía mayores proporciones de tenencia de agua fuera de la vivienda pero dentro del terreno (21%; 207.344) y fuera del terreno (8%; 82.525). (Figura 13.1).

Figura 13.1 Tenencia de agua del hogar según región. República Argentina. Año 2010.



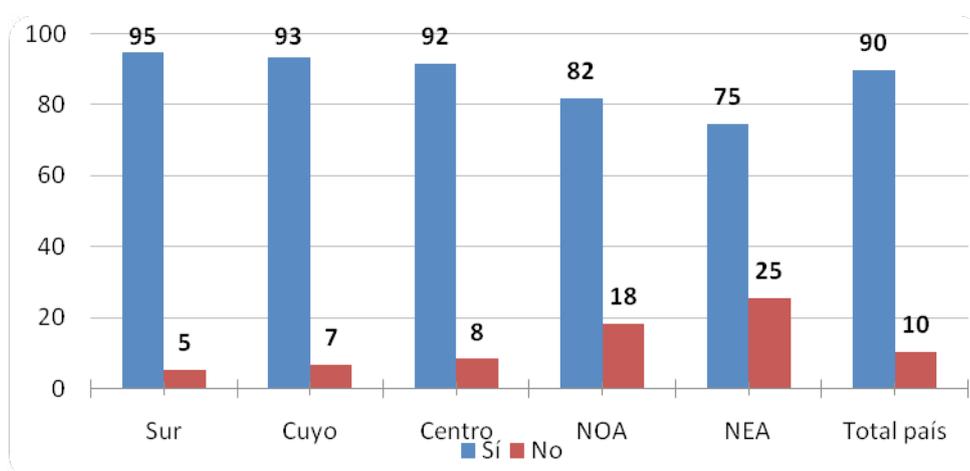
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Disposición sanitaria de excretas

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010, el 97% de los hogares del país tenían baño o letrina, lo que representa un total de 11.855.204 hogares. La región con mayor proporción de hogares que tenían baño o letrina fue el centro (98%; 8.234.605), mientras que el NEA fue la región con menor proporción (94%; 934.178). Cabe destacar que todas las regiones presentaron una proporción mayor al 90%.

En cuanto al mecanismo de descarga, el 90% (10.627.064) de los hogares con letrina o baño del país tenían botón, cadena o mochila para la limpieza del inodoro. La región con mejores valores para este indicador fue el sur (95%; 697.587). Las regiones del NOA y el NEA obtuvieron porcentajes inferiores al promedio nacional (Figura 13.2).

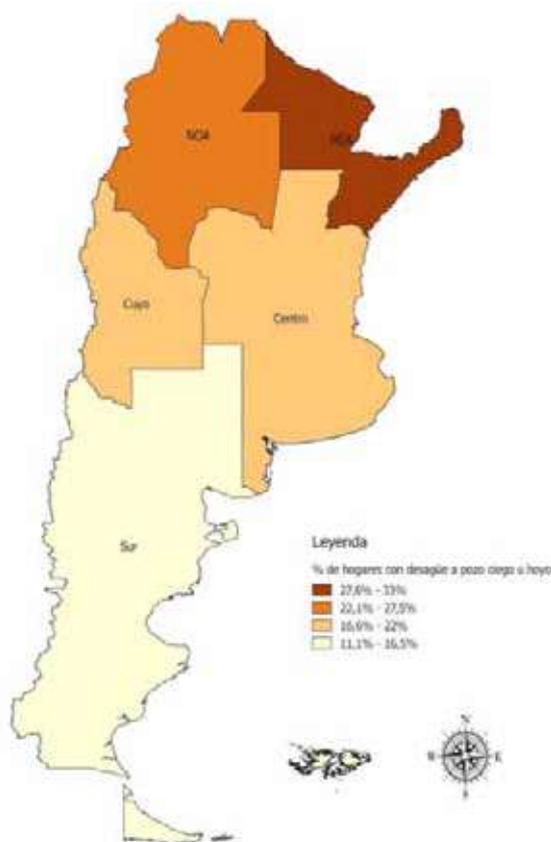
Figura 13.2. Tenencia de mecanismo de descarga de inodoro en los hogares según región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

Del total de hogares del país con baño, el 80% tenía desagüe del inodoro a red pública (cloaca) o a cámara séptica y pozo ciego. La región que presentó el mayor porcentaje de ambos tipos de desagüe fue el sur (87%); mientras que la región NEA fue la que presentó mayor proporción (33%) de desagüe sólo a pozo ciego, hoyo o excavación (Mapa 13.2).

Mapa 13.2 Hogares con desagüe del inodoro sólo a pozo ciego, hoyo o excavación. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En relación al uso del baño, el 95,8% (11.352.094) de los hogares del país que tenían baño, disponían de su uso exclusivo. En la región sur se registró la mayor proporción de hogares con uso exclusivo del baño, en tanto que el NOA es la región que presentó mayor porcentaje de hogares con uso de baño compartido (Tabla 13.1).

Tabla 13.1. Proporción de hogares con baño exclusivo o compartido según región. República Argentina. Año 2010.

Región	Usado sólo por este hogar	Compartido con otros hogares
Sur	97,3	2,7
Centro	96,4	3,6
NEA	95,1	4,9
Cuyo	94,1	5,9
NOA	92,0	8,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

De acuerdo a la Encuesta Permanente de Hogares del segundo trimestre del año 2016, del total de hogares de los aglomerados urbanos que poseían baño el 96,8% lo tenían dentro de la vivienda. A nivel regional, el NOA presentó la mayor proporción de hogares con baño fuera de la vivienda pero dentro del terreno, mientras que el Sur obtuvo los menores valores de este indicador (Tabla 13.2).

Tabla 13.2. Proporción de hogares según ubicación del baño y región. República Argentina. Año 2016.

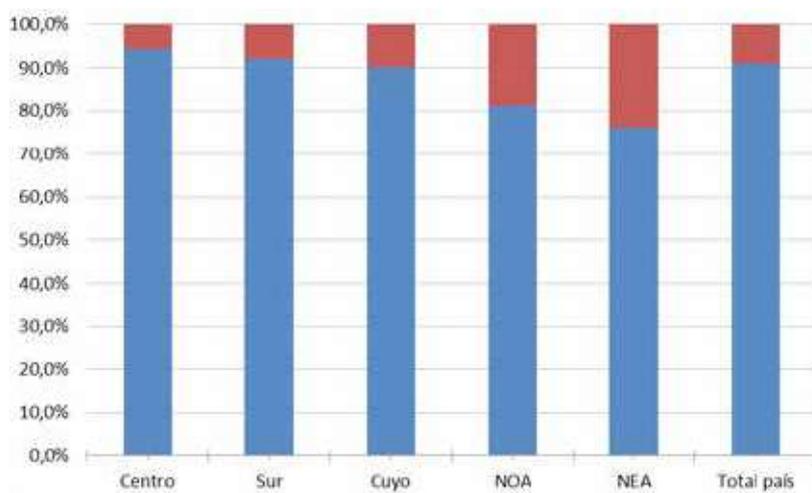
Región	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda dentro del terreno
Sur	98,6	1,4
Centro	97,3	2,7
Cuyo	97,1	2,9
NEA	95,5	4,5
NOA	91,4	8,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares, segundo trimestre de 2016.

14. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

En base al Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010, el 91% (11.075.555) de los hogares del país tenía cobertura de recolección de residuos al menos dos veces por semana en el segmento⁴. El Centro fue la región que contó con mayor cobertura (94%) de este servicio; en tanto que el NEA registró el menor porcentaje (76%) de este indicador, seguido por el NOA (81%). (Figura 14.1).

Figura 14.1. Cobertura de recolección de residuos en el segmento según región. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En relación a la existencia de bocas de tormenta o alcantarillas en el segmento, el 57% (6.875.818) de los hogares del país posee al menos una de ellas. A nivel regional se registraron diferencias de hasta 30 puntos porcentuales, entre la región Centro (63%) y el NOA (33%). (Tabla 14.1).

⁴ La presencia de servicios se determinó en relación al segmento, independientemente de la situación particular de cada hogar. En los casos de situaciones de heterogeneidad en el segmento, se registró la situación predominante.

Tabla 14.1. Presencia de boca de tormenta o alcantarilla en el segmento según región. República Argentina. Año 2010.

Región	Sí		No	
	N°	%	N°	%
Centro	5.298.380	63%	3.071.979	37%
Cuyo	429.065	54%	369.853	46%
Sur	325.659	43%	429.179	57%
NEA	405.317	41%	594.158	59%
NOA	417.397	33%	830.688	67%
Total país	6.875.818	57%	5.295.857	43%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

En cuanto a la pavimentación, el 74,7% (9.096.475) de los hogares del país contaban con la existencia de al menos una cuadra pavimentada en el segmento. A nivel regional, mientras que el Centro fue la única región que obtuvo un valor superior al 80%, en Cuyo más de la mitad (54,4%) de los hogares no contaban con la existencia de al menos una cuadra pavimentada en el segmento (Tabla 14.2).

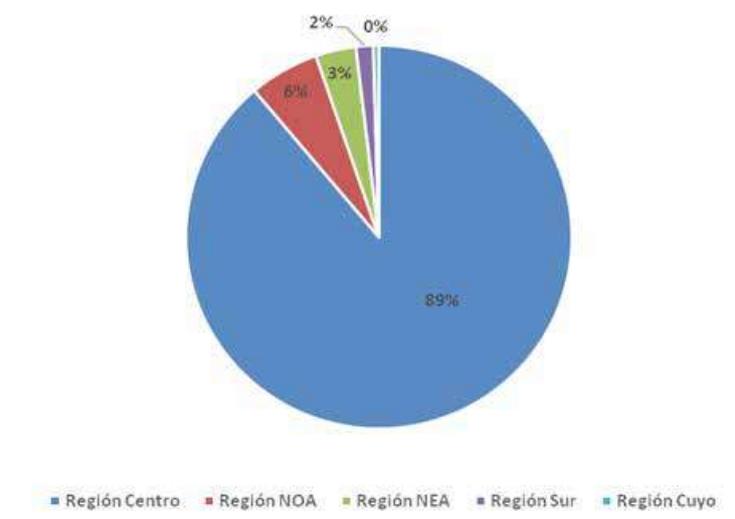
Tabla 14.2. Existencia de pavimentación en el segmento según región. República Argentina. Año 2010.

Región	Sí		No	
	N°	%	N°	%
Centro	6.834.052	82%	1.536.307	18%
Cuyo	612.858	77%	186.060	23%
Sur	473.990	63%	280.848	37%
NOA	719.980	58%	528.105	42%
NEA	455.595	46%	543.880	54%
Total país	9.096.475	75%	3.075.200	25%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares del año 2010.

De acuerdo a datos de la EPH del segundo trimestre del año 2016, el 13% (1.141.444) de los hogares de los aglomerados urbanos del país estaban ubicados en zonas inundables (considerando los 12 meses previos). El Centro es la única región que superó el promedio nacional, con 14,9% de hogares en zonas inundables. Del total de hogares ubicados en zonas inundables (1.141.444), casi el 90% se concentró en dicha región (Figura 14.2).

Figura 14.2. Distribución de los hogares ubicados en zonas inundables según región. República Argentina. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares, segundo trimestre de 2016.

En relación a los basurales, a nivel nacional, el 7,4% de los hogares pertenecientes a los aglomerados urbanos se encontraban ubicados a tres cuadras o menos de algún basural. La proporción de hogares cercanos a basurales de la región NOA superó al doble del valor nacional; mientras que las regiones Cuyo y Sur presentaron valores inferiores al 2% (Tabla 14.3).

Tabla 14.3. Hogares ubicados cerca de basurales según región. República Argentina. Año 2016.

Región	Con basurales cercanos		Sin basurales cercanos	
	N°	%	N°	%
NOA	116.644	17%	582.032	83%
NEA	37.765	9%	360.579	91%
Centro	480.748	7%	6.318.600	93%
Cuyo	8.123	2%	493.111	98%
Sur	5.665	2%	369.201	98%
Total país	648.945	7%	8.123.523	93%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares, segundo trimestre de 2016.

15. CALIDAD AMBIENTAL

La calidad ambiental caracteriza al entorno donde viven las personas. Medida a través del Índice de Calidad Ambiental (ICA), en este caso refiere a los departamentos como unidades de análisis. El ICA se compone de 23 variables agrupadas en tres dimensiones de interés: recursos recreativos de base natural, recursos recreativos socialmente construidos y problemas ambientales. De acuerdo a la valoración de los atributos que presenta cada departamento se asigna un puntaje del índice.

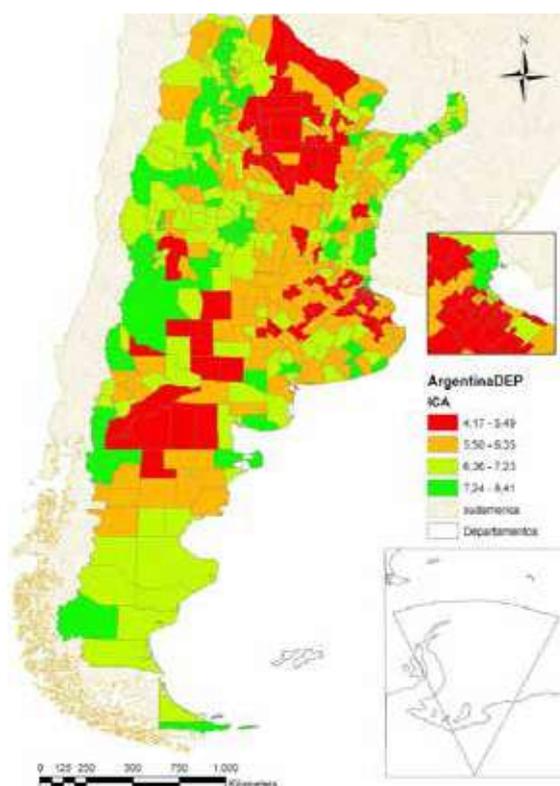
Tabla 15.1. Índice de Calidad Ambiental (ICA) según región. República Argentina. Año 2010.

Región	Índice de Calidad Ambiental
Centro	6,24
Sur	6,81
NEA	6,91
NOA	7,04
Cuyo	7,29

Fuente: Elaboración propia en base a datos del trabajo de Celemin J. P.; Velázquez G. A. (2013) La calidad ambiental en la Argentina: análisis regional y departamental c.2010.

Como puede observarse en el cuadro precedente los menores valores del ICA (menor calidad ambiental) se dan en las regiones del Centro y Sur de nuestro país, mientras que en el NOA y en Cuyo se dan los valores más altos (mayor calidad ambiental). Sin embargo cabe destacar que esta agregación del dato no permite considerar la heterogeneidad de situaciones que efectivamente se evidencia entre unidades territoriales más pequeñas, por ello a continuación se presenta el ICA según departamento (Mapa 15.1).

Mapa 15.1. Índice de Calidad Ambiental (ICA) según departamento. República Argentina. Año 2010.



Fuente: Tomado de Celemin J. P.; Velázquez G. A. (2013) La calidad ambiental en la Argentina: análisis regional y departamental c.2010.

A diferencia de lo que se observó con el ICA por región, el mapa ilustra cómo los departamentos más afectados pertenecían a provincias como Formosa, Chaco o Santiago del Estero (dato invisibilizado si se consideran los valores por región). También presentaron los valores más bajos departamentos de La Pampa, Río Negro y la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA). Los departamentos más favorecidos se encontraron en Misiones, Jujuy, La Rioja, San Luis, Tierra del Fuego, Mendoza.

DEFINICIONES

- **Calidad de los materiales:** refiere a la calidad de los materiales con que están construidas las viviendas (material predominante de los pisos y techos). Categorías:
Calidad I: materiales resistentes y sólidos tanto en el piso como en techo; y cielorraso.
Calidad II: materiales resistentes y sólidos tanto en el piso como en el techo; y techos sin cielorraso o bien materiales de menor calidad en pisos.
Calidad III: materiales poco resistentes y sólidos en techo y en pisos.
Calidad IV: materiales de baja calidad en pisos y techos.
- **Calidad de conexión a servicios básicos:** refiere al tipo de instalaciones con que cuentan las viviendas para su saneamiento (variables procedencia del agua y tipo de desagüe). Categorías:
Calidad satisfactoria: disponibilidad de agua a red pública y desagüe cloacal.
Calidad básica: disponibilidad de agua de red pública y el desagüe a pozo con cámara séptica.
Calidad insuficiente: viviendas que no cumplen ninguna de las 2 condiciones previas.
- **Calidad constructiva de la vivienda:** indicador construido a partir de la calidad de los materiales con los que está construida la vivienda y las instalaciones internas a servicios básicos (agua de red y desagüe) de las que dispone. Categorías:
Calidad satisfactoria: viviendas que disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada. También disponen de cañerías dentro de la vivienda y de inodoro con descarga de agua.
Calidad básica: no cuentan con elementos adecuados de aislación o tienen techo de chapa o fibrocemento. También cuentan con cañerías dentro de la vivienda y de inodoro con descarga de agua.
Calidad insuficiente: viviendas que no cumplen ninguna de las 2 condiciones previas.
- **Procedencia del agua para beber y cocinar:** fuente y sistema predominante de abastecimiento del agua que el hogar utiliza para beber y cocinar. Categorías:
Red pública (agua corriente): sistema de captación, tratamiento y distribución de agua mediante una red de tuberías comunal sometida a inspección y control por las autoridades públicas. El sistema puede estar a cargo de un organismo público, cooperativa o empresa privada.
Perforación con bomba a motor: sistema de captación que consiste en la extracción del agua de las napas profundas, a través de un medio mecánico de elevación con motor.
Perforación con bomba manual: sistema de captación que consiste en la extracción del agua de las napas profundas, a través de un medio mecánico de elevación manual.
Pozo: sistema de captación que consiste en la extracción del agua de las napas superficiales a través de un medio mecánico de elevación (manual o a motor) o bien a través de un balde o similar (sin utilizar medios mecánicos de elevación).
Transporte por cisterna: el hogar se abastece del agua que provee un camión tanque, un tren aguatero, etcétera.
Agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia: el hogar se abastece de agua acumulando el agua de lluvia en un recipiente o directamente de ríos, canales, arroyos o acequias.

- **Tenencia de agua:** forma en que el hogar accede al agua que utiliza. Categorías:
 - Por cañería dentro de la vivienda: el hogar posee en la vivienda un sistema de suministro de agua conectado a una red de tuberías por medio de la cual se distribuye el agua en el interior de la vivienda.
 - Fuera de la vivienda pero dentro del terreno: el hogar posee un sistema de suministro de agua dentro de los límites que ocupa el terreno pero no dispone de una red de tuberías para distribuirla hacia el interior de la vivienda.
 - Fuera del terreno: el hogar accede a un sistema de suministro de agua que se encuentra fuera de la vivienda y fuera de los límites que ocupa el terreno.
- **Disponibilidad de baño/ letrina:** disponibilidad de un espacio cerrado por paredes que se elevan del suelo hasta el techo, o por tabiques (pared que se eleva desde el suelo hasta una altura de dos metros), utilizado por el hogar para la evacuación de excretas. Puede estar dentro o fuera de la vivienda y ser de uso exclusivo del hogar o compartido con otros hogares.
- **Disponibilidad de botón, cadena, mochila para limpieza del inodoro:** implica la disponibilidad de un sistema automático o semi-automático de descarga de agua para la limpieza del inodoro.
- **Desagüe del inodoro:** disponibilidad de un sistema de cañerías que permite el arrastre del agua y la eliminación de las excretas del inodoro. Categorías:
 - Desagüe a red pública: sistema de cañerías interno que enlaza con una red de tuberías comunal de eliminación y tratamiento de las aguas servidas y materia sólida (líquidos cloacales).
 - Desagüe a cámara séptica y pozo ciego: sistema de cañerías interno que enlaza a un sistema de tratamiento y eliminación de excretas interno (no conectado a ninguna red comunal) que consta de dos excavaciones interconectadas: el pozo negro o ciego y la cámara séptica.
 - Desagüe sólo a pozo ciego: sistema de cañería interno conectado a un sistema de eliminación de excretas interno, no conectado a ninguna red comunal. Consta de una sola excavación, el pozo ciego, donde desaguan las excretas sin tratamiento previo.
 - Desagüe a hoyo, excavación en la tierra, etcétera: pozo o zanja de escasa profundidad y diámetro que se utiliza para el desagüe directo de las excretas.
- **Calidad ambiental:** medida a través del índice de Calidad Ambiental (ICA), que contempla la existencia de recursos recreativos naturales, de recursos recreativos socialmente construidos y de problemas ambientales tales como los típicos de las grandes ciudades (congestionamiento, inseguridad, entre otros) y aquellos asociados con actividades productivas intensivas y contaminantes. (Celemin & Velázquez, 2013).
- **Índice de Calidad ambiental:** medida a través del ICA elaborado por Guillermo Angel Velázquez y Juan Pablo Celemin (Celemin & Velázquez, 2013). Componentes del ICA: Presencia de Recursos Recreativos de Base Natural – RRBN (espejos y cursos de agua, playas, parques y espacios verdes, etc.), Presencia de Recursos Recreativos Socialmente Construidos – RRSC (Centros culturales, comerciales, deportivos, etc.), Problemas Ambientales (Uso de plaguicidas en agricultura. Participación de industria y minería en el Producto Bruto Geográfico. Contaminación-ruido-congestionamiento. Localizaciones peligrosas. Localizaciones con externalidades negativas. Inseguridad (Tasa de hechos delictivos cada 10.000 habitantes). Sismicidad o vulcanismo. Tornados. Inundabilidad. Villa de emergencia. Existencia de basurales. Confort climático).
- **Segmento de hogares:** unidad de relevamiento censal que representa el área que se le asignó como carga de trabajo a cada censista el día del operativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bañuelos, C.; Cernadas Fonsalías, C.; Dakessian, M. A.; Kielmanovich, M.; Pierri, C. (2013). La formación en la perspectiva de derechos en la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS) en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/banuelos.pdf
- Celemin J. P.; Velázquez G. A. (2013) La calidad ambiental en la Argentina: análisis regional y departamental c.2010. GCBA (s.f) <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/riesgos-ambientales-y-cuidados-para-la-salud>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). Referentes conceptuales y abordajes sobre Determinantes Ambientales. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/referentes-conceptuales-abordajes-determinantes-ambientales.pdf>
- World Health Organization. (2006). Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdiseexecsumsp.pdf
- World Health Organization. (2016). Cada año mueren 12,6 millones de personas a causa de la insalubridad del medio ambiente. Comunicado de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/es/>



PERFIL DE MORBILIDAD

INTRODUCCIÓN

La dimensión de morbilidad analiza dónde, de qué se enferma y qué población es más vulnerable a determinados eventos según el relevamiento o corte temporal que se haya realizado. El perfil de morbilidad según género y grupos de edades es dinámico, puede cambiar en el tiempo según las condiciones y determinantes que atraviesan a la población. Esta dimensión está compuesta por distintos grupos de enfermedades o daños a la salud organizados en función de la etiología junto a sus determinantes: las Enfermedades Transmisibles y las Enfermedades No Transmisibles.

Las enfermedades transmisibles son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse de una persona a otra o a través de un vector. Las zoonosis son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas al ser humano. El número creciente y el posible hacinamiento de muchas poblaciones humanas facilitan la difusión de estas enfermedades de una persona a otra. Estos factores también pueden contribuir a provocar cambios epidemiológicos o a exacerbar la virulencia de algunos agentes infecciosos. Además, la expansión de algunas poblaciones hacia nuevos nichos ecológicos puede poner a la gente en contacto con nuevos microorganismos potencialmente patógenos, y originar problemas relacionados con enfermedades de aparición reciente. El primer paso para controlar las enfermedades transmisibles y reconocer la aparición de las nuevas es su detección e identificación inmediatas (OPS, 2001).

En Argentina, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son responsables de más del 60% de las muertes y la principal causa de años potenciales de vida perdidos (APVP). Estas enfermedades suelen compartir factores de riesgo comunes a varias de ellas, así como también estrategias de vigilancias conjuntas e integradas (Msal, 2017). Agrupan a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), los padecimientos mentales y las lesiones por causas externas.

Las ECNT son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Están representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Estas patologías representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales. Se asocian a una serie de factores de riesgo comunes, dentro de los cuales los más importantes son: la alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, entre otros. Tienen un gran impacto económico, no sólo por los costos derivados de la atención médica sino también debido a la pérdida de productividad de las personas afectadas, ya que suelen afectar a personas menores de 60 años (Bloom et al., 2011).

A nivel mundial se estima que 6 de cada 10 muertes y el 70% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se deben a las ECNT (ENFR, 2013). Asimismo, se proyecta que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial (ENFR, 2013). La mayoría de los países de América Latina, al menos durante los últimos 50 años, han experimentado una transformación de sus condiciones de salud, acompañado por una diferenciación en las causas de morbilidad y mortalidad. En Argentina las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (OMS, 2014).

Se entiende por padecimiento mental “a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes”. Las personas con padecimiento mental tienen mayor riesgo a padecer otras enfermedades y presentan índices de discapacidad y mortalidad prematura más altos en comparación con el resto de la población. Además, los problemas de salud mental contribuyen a la

ocurrencia de lesiones intencionales y no intencionales. Se calcula que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe (OPS, 2009).

Las lesiones por causas externas hacen alusión a lesiones ocasionadas principalmente por accidentes, homicidios y suicidios. A nivel mundial, las causas externas de morbilidad y de mortalidad se encuentran desde hace dos décadas entre las primeras causas de muerte, adquiriendo cada vez mayor relevancia por su magnitud, las severas consecuencias que acarrea y el alto costo social que representan. Se estima que actualmente representan el 10% de las muertes a nivel global, y se espera que para el 2030 sean una de las veinte principales causas de muerte. A su vez, un 16% de todas las discapacidades a nivel mundial se deben a las lesiones por causas externas (OMS, 2010).

Las lesiones ocasionadas por el tránsito de vehículos a motor afectan particularmente a la población más joven, y al igual que lo que ocurre con las ECNT, son prevenibles. De la misma manera comparten problemáticas y estrategias comunes de prevención y control tanto a nivel de los determinantes sociales, como en varias de las acciones dirigidas a los servicios y redes de atención.

La discapacidad es una problemática de salud de creciente preocupación a nivel mundial: aproximadamente un 15% de la población vivía con algún tipo de discapacidad en el año 2010, cifra sensiblemente superior al 10% estimado por la OMS en hacia 1970 (OMS, 2011). Este aumento ha sido asociado al paulatino envejecimiento de la población y al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

Las personas con discapacidad tienen menor participación económica debido a que experimentan mayores limitaciones en las oportunidades de empleo y, en caso de tenerlo, generalmente obtienen salarios más bajos que las personas no discapacitadas. Esta población específica también suele encontrar mayores obstáculos que el resto de la población en el acceso a servicios básicos como la salud, el transporte, la educación y a la información.

SÍNTESIS

En el presente capítulo se ha descrito el perfil de morbilidad en Argentina. El análisis se abordó en base a cuatro ejes principales: egresos hospitalarios, enfermedades transmisibles, Enfermedades No Transmisibles (ENT), y discapacidad. Dentro de las ENT se analizaron indicadores vinculados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), factores de riesgo asociados, lesiones y salud mental.

En el año 2014, la mitad de los egresos hospitalarios en la población general se debieron a alguna ENT. Dentro de este grupo se destacaron las lesiones (11%) y las enfermedades digestivas (10%). Luego de las ENT, la segunda causa de egreso hospitalario en la población general fueron eventos asociados al embarazo, parto y puerperio (22%). Esto se refleja en el análisis de egresos por sexo: entre las cinco primeras causas en mujeres, tres estuvieron relacionadas al embarazo y complicaciones asociadas. Las enfermedades genitourinarias también tuvieron relevancia en la morbilidad hospitalaria de mujeres. En varones predominaron los traumatismos como causa de egreso. Dentro de este grupo de eventos, en ambos sexos predominaron aquellos con afectación de miembros superiores e inferiores. Sin embargo, la tasa en varones para este evento fue aproximadamente el doble que en mujeres: 211,01 y 112,04 cada 100.000 egresos, respectivamente.

Respecto de las enfermedades transmisibles seleccionadas para este capítulo cabe mencionar que las que presentan la mayor cantidad de notificaciones son las diarreas y las enfermedades respiratorias, dentro de este grupo las enfermedades tipo influenza (ETI) son las más numerosas. En cuanto a las diarreas agudas la tendencia en el período analizado 2013-2017 es descendente en el país y en todas sus regiones, las ETI por otra parte presentaron los valores más elevados en el año 2013 y en menor medida en el 2016.

Por otra parte durante el período analizado se destaca que a nivel país el HIV presenta una tendencia decreciente y la tuberculosis ascendente, a expensas principalmente de la evolución de la región del centro, que agrupa la mayor cantidad de los casos notificados. El sur es la región con las tasas más altas de HIV y el NOA y el NEA las que presentan las mayores tasas de tuberculosis.

Respecto de las enfermedades de transmisión vertical se observa que el Chagas presenta una evolución decreciente mientras que la sífilis se encuentra en aumento a nivel país, tanto en relación con los casos de recién nacidos como en relación a la positividad en embarazadas tamizadas. La región del NEA es la que tiene los mayores niveles de positividad en embarazadas para ambas patologías.

Respecto del dengue, las regiones afectadas por casos autóctonos (donde hay presencia del mosquito) son el NEA, NOA y el Centro, siendo el NEA la que presentó las mayores tasas de notificación en el período analizado.

Sobre las enfermedades zoonóticas seleccionadas, la única que tiene presencia en todas las regiones es la hidatidosis, sin embargo en el sur es donde presenta los índices más elevados. La leishmaniasis existe principalmente en el NOA y en el NEA y el hantavirus, si bien produce casos en el centro y el sur es en el NOA donde presenta la mayor cantidad.

Respecto a las ECNT, en el año 2013 la prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) fue 3,8%; la de Enfermedad Renal Crónica (ERC) 4,8%; la de Accidente Cerebro Vascular (ACV) 1,9%, la de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 4,3% y la de Diabetes (DBT) 9,8%. Todas estas afecciones presentaron un incremento en la prevalencia a medida que aumentó el grupo de edad. La prevalencia del IAM fue mayor en varones en todos los grupos de edad. La prevalencia de ACV fue mayor en varones en todos los grupos de edad con excepción del grupo de 35 a 49. La prevalencia de DBT y la prevalencia de ERC fue mayor en mujeres con excepción del grupo de edad de 65 y más. La prevalencia de EPOC fue mayor en mujeres que en varones en todos los grupos de edad con excepción

del grupo de 18 a 24 años. En un análisis regional, el NEA presentó las prevalencias más elevadas de ERC y EPOC y ocupó el segundo lugar para IAM y ACV.

En referencia a la situación del cáncer del año 2012, la incidencia fue de 216,7 cada 100.000 habitantes. En mujeres los tumores de mama, de cuello de útero y de colon-recto fueron los que presentaron mayores tasas de incidencia y los tumores de próstata, pulmón y colon-recto en varones.

En el periodo 2005-2013 se ha observado un aumento estadísticamente significativo en la prevalencia de obesidad. En el caso del sobrepeso y colesterol elevado, se registró un aumento pero éste no fue significativo en términos estadísticos. La prevalencia de HTA se mantuvo estable a lo largo del periodo y no presentó diferencias entre sexos. El sobrepeso y la obesidad presenta mayores prevalencias en varones que en mujeres, en todos los grupos de edad. La región de NOA presentó las prevalencias más altas en sobrepeso y colesterol elevado, y las segundas más elevadas en obesidad e HTA. El NEA tuvo la mayor proporción de personas con HTA.

En lo que respecta a salud mental, el 72% de los egresos hospitalarios de este área se concentró en tres grupos diagnósticos: trastornos debido al consumo de psicotrópicos; esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes; y trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos. La primera causa en varones fue T. mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos y en mujeres fue esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes. En los trastornos asociados al consumo de psicotrópicos la sustancia predominante fue el alcohol.

En cuanto a lesiones por causas externas, las no intencionales (accidentes de transporte y otras causas) concentraron en 75 % de los egresos hospitalarios por lesiones. En cuanto a las causas intencionales, en mujeres predominan las lesiones autoinfligidas por sobre las agresiones y homicidio mientras que en varones esta relación se invierte.

El 12,9% de las personas que habitan en viviendas particulares cuentan con Certificado Único de Discapacidad (CUD) o declaran tener alguna dificultad o limitación permanente (física y/o mental). Esta situación se presentó con mayor frecuencia en mujeres a partir del grupo de 40-49 años. Las provincias del NOA presentaron las mayores prevalencias de dificultad o limitación permanente. Entre las persona con CUD, los tipos de discapacidad más frecuentes fueron la motora (28%) y la mental (26%).

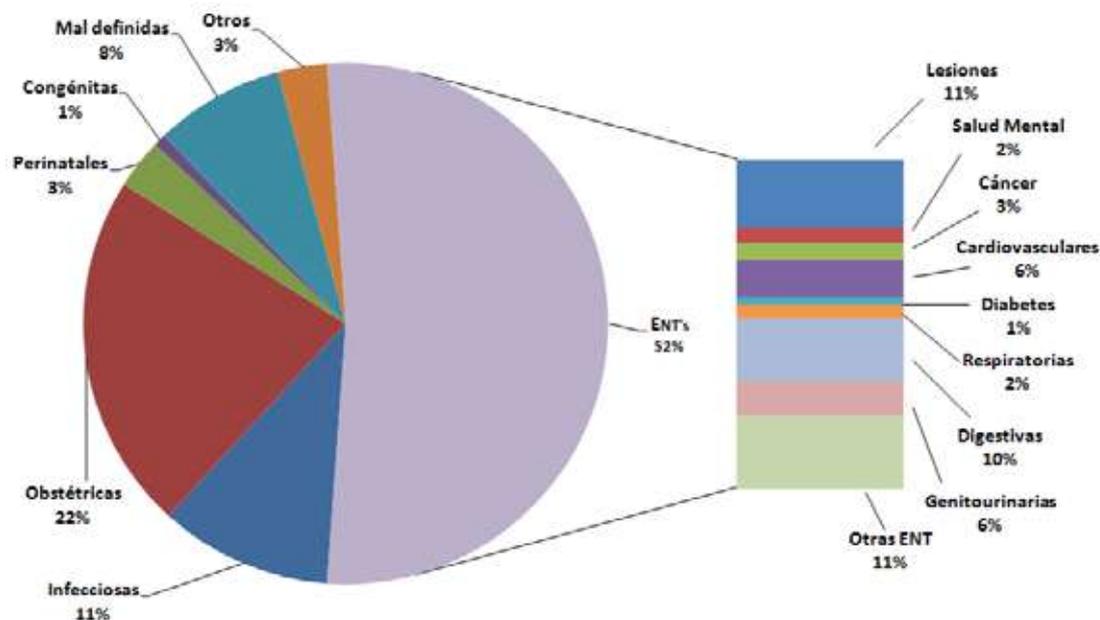
En síntesis, en el análisis realizado, las regiones de NEA y NOA son la que presentaron valores más elevados en los indicadores de morbilidad analizados.

16. EGRESOS HOSPITALARIOS

Una forma de caracterizar la situación de morbilidad en Argentina es tomando los datos de egresos hospitalarios registrados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud e la Nación⁵. Cabe destacar que el egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

Para el año 2014, el grupo de las enfermedades no transmisibles fue el que tuvo la mayor proporción de egresos hospitalarios en el año 2014 (52%). Las causas de internación asociadas a eventos obstétricos ocuparon el segundo lugar con un 22%, seguida de las enfermedades infecciosas con un 11%. Dentro de las enfermedades no transmisibles, las lesiones y las enfermedades digestivas fueron las que tuvieron mayor presencia (Figura 16.1).

Figura 16.1. Egresos hospitalarios según tipo de patología. Argentina. Año 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

En la Tabla 16.1 se presentan las principales causas de morbilidad hospitalaria en mujeres en el año 2014. La primera causa de egreso hospitalario fue parto, sumando un total de 265.145 egresos que representan el 19% del total de los egresos de mujeres de ese año. La segunda causa con mayor número de egresos es complicaciones en el embarazo, trabajo de parto y parto. Esta representa el 11% del total de los egresos hospitalarios de mujeres de ese año. El tercer, cuarto y quinto lugar en relación al número de egresos lo ocuparon enfermedades del sistema genitourinario; coleditiasis y colecistitis; y aborto respectivamente. Estas cinco primeras causas sumaron un total de 595.738 egresos, 43 % del total de egresos de mujeres del 2014.

⁵ Información sobre egresos registrados en los establecimientos asistenciales con internación del Subsector Oficial, dependencia Nacional, Provincial y Municipal. No informan a este registro los establecimientos dependientes de Universidades Nacionales y de los Subsectores Obras Sociales y Privado.

Tabla 16.1. Principales causas de morbilidad hospitalaria⁶ en mujeres. Argentina. Año 2014.

Principales causas de morbilidad hospitalaria. Año 2014. Mujeres. Argentina.				
Nº	Código CIE-10	Causas	Egresos	%
1	A00-Z99	Total	1.389.792	100,0
	O80-O84	Parto	265.145	19,1
2	O10-O75, O98-O99	Complicaciones en el embarazo, trabajo de parto y parto	155.850	11,2
	O30-O75	- Complicaciones del trabajo de parto y del parto	95.420	6,9
	O10-O29	- Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo	48.592	3,5
	O98,O99	- Causas obstétricas indirectas	11.838	0,9
3	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	78.612	5,7
	N00-N39	- Enfermedades del sistema urinario	46.944	3,4
	N70	- Salpingitis y ooforitis	542	0,04
4	K80-K81	Colelitiasis y colecistitis	49.183	3,5
5	O00-O08	Aborto	46.948	3,4
6	I00-I52	Enfermedades cardíacas	35.991	2,6
	I10-I15	- Enfermedades hipertensivas	16.713	1,2
	I21-I22	- Infarto agudo del miocardio	1.528	0,1
7	A00-A09	Ciertas enfermedades infecciosas intestinales	34.129	2,5
8	J10-J18	Neumonía e influenza	31.995	2,3
9	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	30.934	2,2
10	C00-C99	Tumores malignos	30.314	2,2
	C50	- Tumor maligno de la mama	6.386	0,5
	C53-C55	- Tumor maligno del útero	5.539	0,4
	C15-C26	- Tumor maligno órganos digestivos	3.906	0,3
	C91-C95	- Leucemia	2.431	0,2
11	S40-S99	Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	24.395	1,8
12	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	24.213	1,7
	F10	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	2.130	0,2
13	J20-J21	Bronquitis y bronqueolitis agudas	22.747	1,6
14	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	21.484	1,5
15	L00-L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	17.799	1,3
16	T00-T19	Traumatismos múltiples o de región no especificada	17.706	1,3
17	S00-S19	Traumatismos de la cabeza y cuello	17.288	1,2
18	K35-K38	Enfermedades del apéndice	16.431	1,2
19	J40-J44	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	12.437	0,9
20	D00-D48	Tumores benignos, in situ y de comportamiento incierto	12.428	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

⁶ Se excluyeron del análisis de las principales causas de Egresos Hospitalarios los siguientes capítulos de CIE 10: "Factores que influyen en estado salud y contacto con los servicios" y "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio"

En la Tabla 16.2 se presentan las principales causas de morbilidad hospitalaria en varones en el año 2014. La primera causa de morbilidad hospitalaria fueron traumatismos de los miembros superiores e inferiores, sumando un total de 44.093 egresos, que representan el 5,3% del total de los egresos de hombres de ese año. La segunda causa con mayor número de egresos fue enfermedades cardíacas y representa el 5,2% del total de los egresos hospitalarios de hombres de ese año. El tercer, cuarto y quinto lugar en relación al número de egresos lo ocuparon traumatismos de cabeza y cuello; traumatismo múltiple o de región no especificada; y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal respectivamente. Estas cinco primeras causas sumaron un total de 197.026 egresos, 24 % del total de egresos de varones del 2014.

Tabla 16.2 Principales causas de morbilidad hospitalaria⁷ en varones. Argentina. Año 2014.

Principales causas de morbilidad hospitalaria. Año 2014. Hombres. Argentina.				
Nº	Código CIE-10	Causas	Egresos	%
1	A00-Z99	Total	836.103	100,0
	S40-S99	Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	44.093	5,3
2	I00-I52	Enfermedades cardíacas	43.449	5,2
	I10-I15	- Enfermedades hipertensivas	14.078	1,7
	I21-I22	- Infarto agudo del miocardio	4.500	0,5
3	S00-S19	Traumatismos de la cabeza y cuello	38.164	4,6
4	T00-T19	Traumatismos múltiples o de región no especificada	36.219	4,3
5	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	35.101	4,2
6	J10-J18	Neumonía e influenza	34.831	4,2
7	A00-A09	Ciertas enfermedades infecciosas intestinales	30.726	3,7
8	N00-N39	Enfermedades del sistema urinario	29.290	3,5
9	J20-J21	Bronquitis y bronqueolitis agudas	27.924	3,3
10	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	27.250	3,3
	F10	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	8.347	1,0
11	C00-C97	Tumores malignos	26.433	3,2
		- Tumor maligno de órganos digestivos	6.989	0,8
		- Tumor maligno de órganos respiratorios e intratorácicos	4.112	0,5
		- Leucemia	2.818	0,3
		- Tumor maligno de la próstata	1.952	0,2
12	K80-K81	Colelitiasis y colecistitis	23.300	2,8
13	L00-L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	22.685	2,7
14	K35-K38	Enfermedades del apéndice	21.406	2,6
15	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	18.205	2,2
16	J40-J44	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	16.906	2,0
17	K40-K46	Hernia inguinal y otras hernias	14.082	1,7
18	E10-E14	Diabetes mellitus	12.936	1,5
19	S20-S39	Traumatismos tórax, abdomen, columna lumbar y pelvis	12.157	1,5
20	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	11.899	1,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

⁷ Se excluyeron del análisis de las principales causas de Egresos Hospitalarios los siguientes capítulos de CIE 10: "Factores que influyen en estado salud y contacto con los servicios" y "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio"

En relación a las tablas presentadas, se destaca que entre las cinco primeras causas en mujeres, tres estuvieron relacionadas al embarazo y complicaciones asociadas. Las enfermedades genitourinarias también tuvieron relevancia en la morbilidad hospitalaria de mujeres. En cambio, en varones, predominaron los traumatismos como causa de egreso. Sin embargo, la tasa en varones para este evento fue aproximadamente el doble que en mujeres: 211,01 y 112,04 cada 100.000 egresos, respectivamente.

17. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

A pesar de la creciente participación de las enfermedades crónicas, las transmisibles aún generan un impacto considerable en la salud de las poblaciones. Es prioritario el abordaje de estos eventos junto con los determinantes sociales que configuran escenarios de mayor vulnerabilidad para algunos grupos poblacionales.

En Argentina, es conveniente destacar que existe un grupo de enfermedades erradicadas o eliminadas como el sarampión, la polio a virus salvaje, o en vías de eliminación como el paludismo, como consecuencia de la incorporación de vacunas al calendario nacional y/o de las acciones de vigilancia y control sostenidas desde los sistemas de salud.

En este apartado se han seleccionado enfermedades según diversos criterios:

- a) su importancia en cuanto a su magnitud y el consecuente impacto en los servicios de salud
- b) su priorización por parte del Ministerio de Salud en cuanto a la implementación de acciones programáticas de prevención y control
- c) la importancia de monitorear la dinámica de la distribución espacial del vector y de los casos humanos para definir la presencia o ausencia de áreas endémicas
- d) un enfoque de equidad debido a que afectan con mucha mayor frecuencia a grupos sociales en condiciones de vulnerabilidad
- e) la necesidad de mayor visibilización entre los servicios de salud

A continuación se presentan las tasas de notificación de los eventos seleccionados en los últimos 5 años, en cada una de las regiones del país.

Las enfermedades que presentan la mayor cantidad de notificaciones son las diarreas y las enfermedades respiratorias, dentro de este grupo las enfermedades tipo influenza (ETI) son las más numerosas.

Se observa que en cuanto a las diarreas la tendencia en el período analizado es descendente en el país y en todas sus regiones. La región del NOA es la que presenta las tasas más elevadas y la región Centro la que presenta las más bajas.

Respecto de las ETI el comportamiento a lo largo del período es similar en todas las regiones, es la región del NEA la que presenta las mayores tasas y el Cuyo las menores. Se observa que los años 2013 y 2016 fueron los que tuvieron los índices más elevados en todas las regiones.

Tabla 17.1. Casos notificados de enfermedades seleccionadas por 100.000 habitantes, según región. Años 2013 - 2017.

Eventos seleccionados	Región	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	Tasas 2016	Tasas 2017	2013-2017
Diarreas agudas*100.000 hab	Centro	1968,1	1868,1	1876,8	1556,8	1513,8	
	Cuyo	4618,3	4194,6	4030,3	3772,1	3463,67	
	NEA	2584,1	2396,9	2374,1	2119,6	2040,31	
	NOA	6291,3	6694,3	6399,7	5780,4	5195,38	
	Sur	5139,5	4493,0	4534,2	4410,8	4187,20	
	ARGENTINA	2945,0	2844,9	2788,0	2472,1	2336,30	
Eventos seleccionados	Región	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	Tasas 2016	Tasas 2017	2013-2017
Enfermedades Tipo Influenza*100.000 hab	Centro	2258,6	1981,7	2008,5	2149,2	1946,2	
	Cuyo	1999,3	1683,9	1768,8	2052,6	1825,18	
	NEA	6607,4	5314,1	5680,7	6021,2	5887,83	
	NOA	3882,4	2908,9	3173,6	3505,0	3642,28	
	Sur	3120,9	2393,1	2511,0	2908,6	2637,22	
	ARGENTINA	2893,1	2406,7	2501,2	2713,9	2558,60	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Respecto de las enfermedades de transmisión vertical seleccionadas se observa que el Chagas presenta una evolución decreciente mientras que la sífilis se encuentra en aumento a nivel país, tanto en relación con los casos de recién nacidos como en relación a la positividad en embarazadas tamizadas. La región del NEA es la que tiene los mayores niveles de positividad en embarazadas para ambas patologías. En cuanto a los casos congénitos, las mayores tasas de sífilis se observan en el NOA y el NEA y las de Chagas en Cuyo y NEA. Debe destacarse que las tendencias ascendentes de la sífilis congénita y en embarazadas son producto del aumento de la sífilis en la población general, como se observa en la tabla 17.2, donde se observa el crecimiento en el período, siendo la región centro donde se observa la variación más acentuada.

Tabla 17.2. Sífilis y Chagas en mujeres embarazadas según región. Años 2014-2017.

% de positividad	Región	% posit 2014	% posit 2015	% posit 2016	% posit 2017	2014-2017
Sífilis en embarazadas	Centro	3,67	4,22	4,99	6,07	
	Cuyo	1,24	1,60	1,99	2,33	
	NEA	5,05	4,31	4,13	5,02	
	NOA	3,06	3,05	3,42	3,06	
	Sur	0,81	0,66	1,43	1,18	
	ARGENTINA	3,27	3,46	3,94	4,63	
% de positividad	Región	% posit 2014	% posit 2015	% posit 2016	% posit 2017	2014-2017
Chagas en Embarazadas	Centro	1,57	1,45	1,28	1,31	
	Cuyo	2,84	2,54	5,56	2,16	
	NEA	5,66	4,71	4,77	4,32	
	NOA	2,23	2,39	2,21	2,15	
	Sur	0,90	0,92	0,77	0,72	
	ARGENTINA	2,62	2,37	2,25	2,06	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Tabla 17.3. Sífilis y Chagas congénito según región. Años 2013-2017.

Eventos seleccionados	Región	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	Tasas 2016	Tasas 2017	2013-2017
Sífilis congénita*1.000 NV	Centro	0,59	0,96	1,04	0,80	1,40	
	Cuyo	0,11	0,18	0,14	0,27	0,29	
	NEA	0,98	1,28	1,46	1,35	1,35	
	NOA	1,39	1,35	1,38	0,59	1,47	
	Sur	0,19	0,25	0,20	0,19	0,51	
	ARGENTINA	0,67	0,94	1,00	1,10	1,26	
Eventos seleccionados	Región	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	Tasas 2016	Tasas 2017	2013-2017
Chagas congénito*1.000 NV	Centro	0,14	0,12	0,12	0,08	0,06	
	Cuyo	0,61	0,28	0,47	0,43	0,27	
	NEA	0,68	0,40	0,30	0,31	0,56	
	NOA	0,43	0,41	0,37	0,40	0,38	
	Sur	0,27	0,23	0,19	0,20	0,20	
	ARGENTINA	0,29	0,22	0,21	0,19	0,20	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Tabla 17.4. Sífilis en población general según región. Años 2013-2017.

Eventos seleccionados	Región	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	Tasas 2016	Tasas 2017	2013-2017
Sífilis en población general *100.000 hab	Centro	11,24	16,30	22,55	27,25	43,71	
	Cuyo	11,53	12,83	18,82	17,29	20,70	
	NEA	10,39	9,74	30,54	17,39	15,32	
	NOA	16,79	14,60	13,05	18,64	19,63	
	Sur	9,20	9,34	13,03	19,07	24,56	
	ARGENTINA	11,74	14,80	21,28	24,05	35,17	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Otras enfermedades seleccionadas en este apartado fueron la tuberculosis y el VIH, los años tomados en este desarrollo corresponden a los últimos 5 años disponibles. A nivel país el VIH presenta una tendencia decreciente y la tuberculosis ascendente, a expensas principalmente de la evolución de la región del centro, que agrupa la mayor cantidad de los casos notificados. El sur es la región con las tasas más altas de HIV y el NOA y el NEA las que presentan las mayores tasas de tuberculosis.

Tabla 17.5. Casos notificados de enfermedades seleccionadas por 100.000 habitantes, según región. Años 2011-2016*.

Eventos seleccionados	Región	Tasas 2011	Tasas 2012	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	2013-2017
VIH*100.000 hab	Centro	17,80	16,30	15,95	13,15	11,88	
	Cuyo	14,30	14,40	16,70	14,70	15,00	
	NEA	8,70	11,40	11,10	6,30	5,50	
	NOA	15,30	16,20	15,60	16,30	16,30	
	Sur	20,00	17,60	18,60	17,50	18,10	
	ARGENTINA	16,90	16,30	16,10	13,70	12,90	
Eventos seleccionados	Región	Tasas 2012	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	Tasas 2016	2013-2017
Tuberculosis*100.000 hab	Centro	22,60	21,80	24,10	24,30	25,60	
	Cuyo	9,90	7,30	8,50	8,30	8,80	
	NEA	25,10	24,00	25,50	25,50	27,20	
	NOA	25,20	27,60	24,50	24,40	25,70	
	Sur	13,40	12,80	10,80	11,10	12,50	
	ARGENTINA	22,00	21,26	22,51	22,63	23,91	

Fuente: Boletines epidemiológicos de la Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC y boletines epidemiológicos ANLIS-INEI.

*Se presentan las tasas de 2011 a 2015 de HIV y de 2012 a 2016 de tuberculosis por corresponder a los últimos datos publicados por los respectivos Programas.

Finalmente en cuanto a las enfermedades zoonóticas y vectoriales seleccionadas si bien representan pocos casos sobre el total de habitantes su monitoreo se torna central debido a que alertan sobre las desiguales condiciones de vida de la población y revisten importancia para controlar la distribución espacial de vectores, reservorios animales y la posible conformación de áreas endémicas. También es fundamental la notificación y seguimiento de los casos para la aplicación de los tratamientos específicos en forma oportuna y de esta manera, disminuir la mortalidad ocasionada por estos eventos.

Respecto del dengue, debe destacarse que durante el período analizado los picos observados (2016 y en menor medida 2013) responden a años de grandes brotes en el cono sur, especialmente en Paraguay y Brasil. Se presentan los datos de las regiones donde existieron casos autóctonos, que son aquellas con circulación del mosquito, siendo el NEA la que presentó las mayores tasas de notificación.

Sobre las enfermedades zoonóticas seleccionadas, la única que tiene presencia en todas las regiones es la hidatidosis o echinococcosis, sin embargo en el sur es donde presenta los índices más elevados. La leishmaniasis existe principalmente en el NOA y en el NEA y el hantavirus, si bien produce casos en el centro y el sur es en el NOA donde presenta la mayor cantidad.

No se observan en general tendencias ascendentes excepto en las notificaciones de leishmaniasis cutánea en el NOA.

Tabla 17.6. Casos notificados de enfermedades seleccionadas por 100.000 habitantes, según región. Años 2013-2017.

Eventos seleccionados	Región	Tasas 2013	Tasas 2014	Tasas 2015	Tasas 2016	Tasas 2017	2013-2017
Dengue autóctono*100.000 hab	Centro	0,36	0,02	0,95	38,39	0,51	
	NEA	40,51	0,00	0,45	655,77	2,53	
	NOA	20,24	8,66	0,00	49,45	0,04	
Hidatidosis*100.000 hab	Centro	0,70	0,60	0,50	0,60	0,40	
	Cuyo	1,80	2,50	2,20	1,40	2,00	
	NEA	0,64	0,40	0,40	0,37	0,60	
	NOA	2,00	2,50	2,30	2,40	2,00	
	Sur	5,10	5,90	6,80	5,20	5,70	
	ARGENTINA	1,24	1,26	1,26	1,16	1,13	
Hantavirus*100.000 hab	Centro	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20	
	NOA	0,70	0,70	1,60	0,80	0,50	
	Sur	0,20	0,40	0,00	0,20	0,20	
Leishmaniasis visceral*100.000 hab	NEA	0,10	0,20	0,20	0,20	0,10	
	NOA	1,20	1,10	3,50	2,40	0,50	
Leishmaniasis cutánea*100.000 hab	NEA	0,60	1,50	3,20	2,50	3,10	
	NOA	0,60	1,50	3,20	2,50	3,10	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

18. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

En este apartado se aborda la situación de las Enfermedades No Transmisibles de acuerdo a diversas fuentes de información. En primer lugar, se presentan datos respecto a la prevalencia de un grupo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) priorizadas en la tercera edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2013, se incluyen las tasas de incidencia de los principales tipos de cáncer y también se abordan algunos factores de riesgo comunes, asociados a las ECNT analizados en las diferentes ediciones de la ENFR. Por último, se exhibe información respecto a la situación de la salud mental y las lesiones por causas externas en el país.

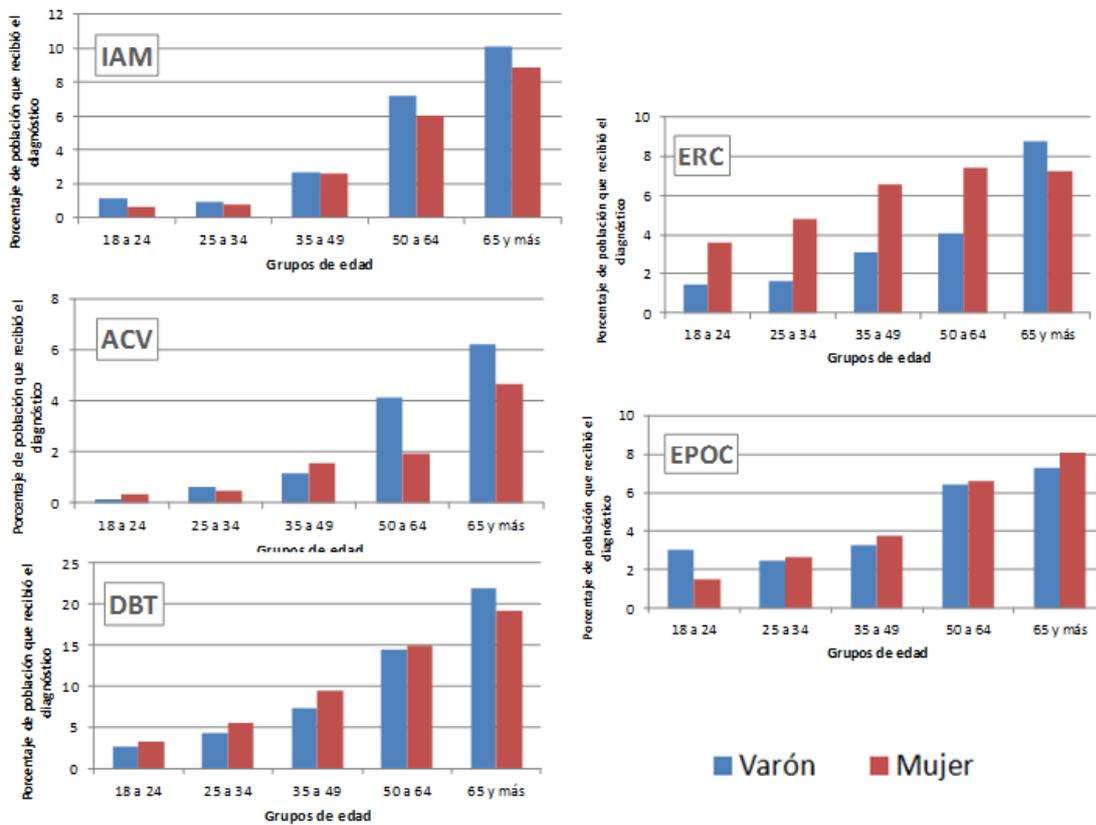
Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

En la tercera edición de la ENFR se incluyeron estimaciones de la prevalencia de cuatro enfermedades crónicas de gran relevancia para la salud pública a nivel global: Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Accidente Cerebrovascular (ACV), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Enfermedad Renal Crónica (ERC). Cabe mencionar que este grupo de afecciones crónicas se sumaron a la diabetes o glucemia elevada (DBT), patología ya contemplada en el diseño de la encuesta en ediciones anteriores.

De acuerdo a datos recabados en la tercera edición de la ENFR, el 3,8% de las personas afirmaron haber sido diagnosticadas de IAM alguna vez en la vida, 4,8% de ERC, 1,9% de ACV y 4,3% de EPOC. En el caso de la DBT, la prevalencia fue de 9,8% y no se observaron diferencias respecto a años anteriores.

En relación a la prevalencia de las ECNT, las que presentaron mayores diferencias entre sexos fueron ERC (3,4% en varones y 6,0% en mujeres) y ACV (2,1% en varones y 1,7% en mujeres). Al analizarlas también por grupos de edad, se observó un incremento en las prevalencias a medida que aumentó la edad. Además, en la ERC, las mujeres superaron a los hombres en todos los grupos de edad a excepción del grupo de mayores de 65 años. Esta tendencia se replicó en la DBT aunque con menores diferencias. El IAM tuvo una prevalencia levemente mayor en varones en todos los grupos de edad. Por el contrario, la EPOC fue más prevalente en mujeres, aunque por escasas diferencias, a excepción del grupo de 18 a 24 años. En el caso del ACV, se observaron cifras más elevadas en los varones en los grupos de 50 a 64 años (poco más del doble) y en el de mayores de 65 años (Figura 18.1).

Figura 18.1 Prevalencia de diagnósticos de afecciones crónicas alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por sexo y grupo de edad. (IAM, EPOC, ERC, DBT, ACV) República Argentina. Año 2013 (%).



Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación. Ver en anexo el detalle de las estimaciones con sus intervalos de confianza.

Al analizar la prevalencia por región, en el NEA se observaron las proporciones más altas de ERC y EPOC y dicha región se ubicó en segundo lugar, por escasa diferencia, para IAM y ACV. La prevalencia más alta de IAM correspondió a la región Centro y la de ACV al NOA (Tabla 18.1).

Tabla 18.1. Prevalencia de diagnóstico de afecciones crónicas alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más según región. República Argentina. Año 2013 (%).

Región	IAM	ACV	EPOC	ERC	DBT
Centro (IC 95%)	3,9 (3,4 - 4,5)	1,9 (1,6 - 2,3)	4,3 (3,7 - 5,0)	4,1 (3,5 - 4,7)	9,8 (8,9 - 10,7)
NOA (IC 95%)	3,1 (2,6 - 3,7)	2,2 (1,8 - 2,8)	3,6 (3,0 - 4,3)	6,4 (5,4 - 7,6)	10,2 (9,3 - 11,2)
NEA (IC 95%)	3,8 (3,2 - 4,6)	2,1 (1,6 - 2,8)	7,0 (5,9 - 8,2)	8,6 (7,2 - 10,4)	8,7 (7,7 - 10,0)
Cuyo (IC 95%)	3,5 (2,8 - 4,3)	1,6 (1,1 - 2,2)	3,9 (3,1 - 4,9)	6,1 (5,0 - 7,4)	9,7 (8,5 - 11,1)
Sur (IC 95%)	3,4 (2,9 - 3,9)	1,4 (1,1 - 1,7)	3,4 (2,9 - 4,1)	3,4 (2,8 - 4,0)	10,0 (9,0 - 11,0)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación.

En referencia a la situación del cáncer en el país, según estimaciones del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), en el año 2012 la tasa de incidencia (ajustada por edad) para todos los sitios tumorales en la población general fue 216,7 cada 100.000 habitantes. En el caso de los varones, la tasa general fue 230,4 y los sitios tumorales que presentaron tasas de incidencia más altas fueron los de próstata (44,1), pulmón (32,5) y colon-recto (19,1). En el caso de las mujeres, la tasa general fue 211,8 y los cánceres de mama (71,2), cuello del útero (44,1) y de colon-recto (19,1) fueron los más incidentes (Tabla 18.2).

Tabla 18.2. Estimaciones de incidencia de cáncer para los principales sitios tumorales según sexo. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes según población estándar mundial. República Argentina. Año 2012.

HOMBRES		MUJERES	
Sitio Tumoral	Indicencia	Sitio Tumoral	Indicencia
Próstata	44,1	Mama	71,2
Pulmón	32,5	Cuello del útero	20,8
Colon - recto	29,8	Colon-recto	19,1
Riñón	11,7	Pulmón	11,8
Vejiga	10,7	Ovario	8,7
Páncreas	9,9	Cuerpo del útero	7,8
Estómago	8,0	Tiroides	7,4
Linfoma no Hodgkin	7,2	Páncreas	5,7
Leucemia	6,3	Linfoma no Hodgkin	5,0
Esófago	6,2	Riñón	5,0
SNC	5,2	Estómago	4,2
Testículos	5,0	Leucemia	4,0
Laringe	4,7	SNC	3,9
Hígado	4,4	Vesícula biliar	3,6
Cavidad oral	4,2	Hígado	2,5
Melanoma	3,5	Melanoma	2,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CIIC/Globocan.

Factores de riesgo asociados a las ECNT

A continuación se presenta información vinculada a un grupo de factores de riesgo asociados a las ECNT: sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial (HTA) y colesterol elevado.

Datos obtenidos en la tercera edición de la ENFR mostraron que aproximadamente 4 de cada 10 personas registraron exceso de peso y 2 de cada 10, obesidad. Entre 2005 y 2013 aumentó un 42,5% la prevalencia de obesidad (14,6% a 20,8%). Las diferencias observadas entre 2005, 2009 y 2013 en la prevalencia de obesidad han resultado estadísticamente significativas, no así en el caso del sobrepeso y del colesterol elevado aunque éstos registraron un leve aumento a lo largo del periodo. En el caso de la HTA, las proporciones se mantuvieron relativamente estables (Tabla 18.3.).

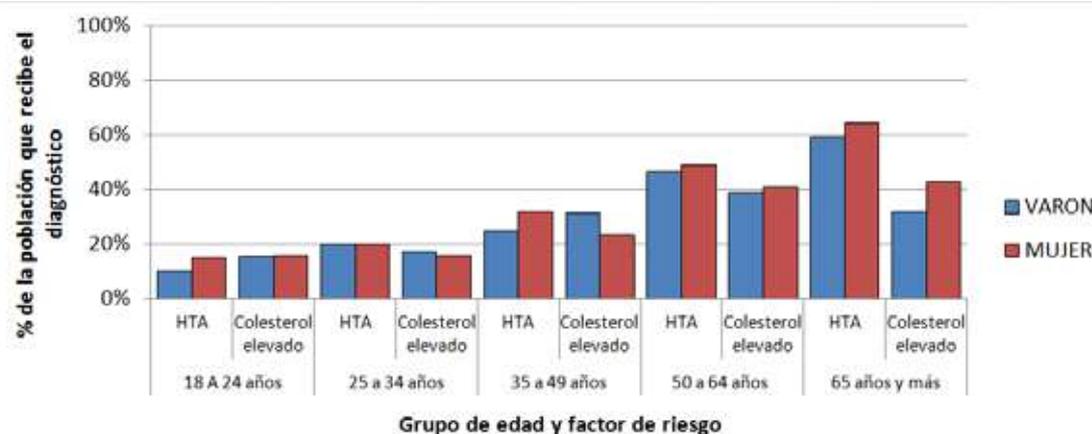
Tabla 18.3. Prevalencia de factores de riesgo para ECNT. Período 2005 - 2013. Total país.

Factor de Riesgo	2005	2009	2013
Sobrepeso (IC 95%)	34,4%	35,4%	37,1%
	(33,4 - 35,5)	(34,6 - 36,3)	(36,0 - 38,2)
Obesidad (IC 95%)	14,6%	18,0%	20,8%
	(13,9 - 15,5)	(17,4 - 18,7)	(19,9 - 21,8)
HTA (IC 95%)	34,5%	34,6%	34,1%
	(33,3 - 35,7)	(33,6 - 35,5)	(32,9 - 35,3)
Colesterol Elevado (IC 95%)	27,8%	29,1%	29,8%
	(26,5 - 29,1)	(28,1 - 30,2)	(28,5 - 31,1)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación.

Al analizar estos eventos por sexo y edad, se observó un aumento de la prevalencia de HTA y colesterol elevado a medida que aumenta el grupo de edad, tanto en varones como mujeres, con prevalencias de 10% a 16% en el grupo de 18-24 años llegando a prevalencias mayores de 40% en mayores de 65 años. La prevalencia de HTA fue más elevada en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad salvo en el de 25 a 34 años donde presentó valores similares. La frecuencia de personas con colesterol elevado fue mayor en mujeres que en varones en los grupos de 18-24, 50-64 y mayores de 65 años (Figura 18.2).

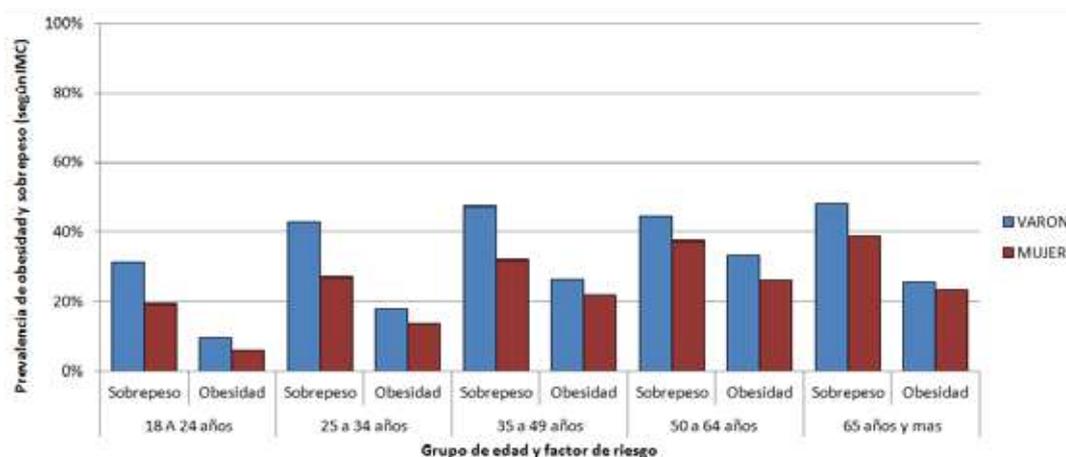
Figura 18.2. Prevalencia de HTA y colesterol elevado según sexo y grupo de edad. Total país. Año 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación. Ver en anexo el detalle de las estimaciones con sus intervalos de confianza.

Se observaron mayores prevalencias de obesidad y sobrepeso en varones que en mujeres en todos los grupos de edad. En varones, los grupos de edad 35-49 y 65 y más son los que presentaron prevalencias más altas. En mujeres, la mayor prevalencia de sobrepeso se presentó en el grupo de 65 años y más. En cuanto a la prevalencia de obesidad, los mayores valores observaron en el grupo de 50-64 años para ambos sexos (Figura 18.3.).

Figura 18.3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según sexo y grupo de edad. Total país. Año 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación. Ver en anexo el detalle de las estimaciones con sus intervalos de confianza.

Al analizar por región, el NOA presentó la prevalencia más alta de sobrepeso (primer lugar compartido con región Sur) y colesterol elevado; y se ubicó en segundo lugar en el caso de la obesidad y la hipertensión arterial. La región Sur también ocupó el primer lugar en lo que respecta a la prevalencia de obesidad y el NEA es la que presenta mayor proporción de personas con HTA (Tabla 18.4.).

Tabla 18.4. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular según región. República Argentina. Año 2013.

Región	Sobrepeso	Obesidad	HTA	Colesterol elevado
Centro (IC 95%)	36,7	20,8	33,8	29,4
	(35,2 - 38,2)	(19,5 - 22,1)	(32,3 - 35,5)	(27,7 - 31,2)
NOA (IC 95%)	38,5	21,3	35,6	33,6
	(36,9 - 40,2)	(19,8 - 22,8)	(33,7 - 37,5)	(31,5 - 35,7)
NEA (IC 95%)	37,1	20,2	38,9	32,3
	(35,1 - 39,1)	(18,4 - 22,1)	(36,8 - 41,0)	(29,8 - 34,9)
Cuyo (IC 95%)	37,2	20,1	31,0	26,5
	(35,0 - 39,5)	(18,4 - 22,0)	(29,0 - 33,1)	(23,9 - 29,2)
Sur (IC 95%)	38,5	22,1	32,4	30,2
	(37,0 - 40,1)	(20,8 - 23,4)	(30,7 - 34,2)	(28,5 - 31,9)

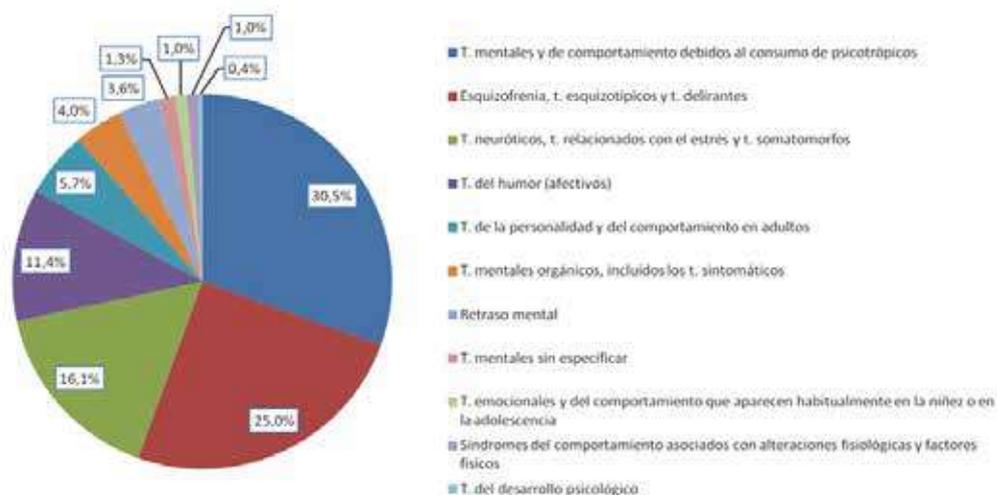
Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación.

Salud mental

En la Figura 18.4 se presenta la distribución de causas de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento (en adelante salud mental) de la población total que estuvo internado por algún trastorno de la salud mental en el año 2014. Se observó que la primera causa de egreso en salud mental es “Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos” que representó un 30,5% del total de los egresos por salud mental. Le siguió “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes” que representaron el 25% del total de los egresos de salud mental. El tercer

lugar lo ocupó “Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos” con el 16% del total de los egresos por salud mental. Estas tres principales causas suman un total de 36.282 egresos hospitalarios que representaron el 72% del total de egresos de salud mental.

Figura 18.4. Distribución de causas de egresos hospitalarios por salud mental. Población total. Año 2014. Argentina.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de egresos hospitalarios, año 2014.

En la Figura 18.5 se muestran las principales causas de egresos hospitalarios de salud mental en el año 2014, según grupo de edad y sexo, ordenadas por cantidad de egresos en orden decreciente. Puede observarse en todos los grupos de edad la predominancia de causas asociadas al consumo de psicotrpicos.

En edades más tempranas (de 5 a 34 años), las causas asociadas al consumo de psicotrpicos y los trastornos neuróticos junto con las asociadas al estrés, son las primeras en el ranking de causas. Esto es seguido por esquizofrenia y trastornos esquizotipicos.

A medida que la edad aumenta, se mantiene como causa principal en hombres las asociadas al consumo de psicotrpicos. En mujeres mayores de 35 años, la causa principal es esquizofrenia y trastornos esquizotipicos, seguido por trastornos neuróticos y relacionados al estrés.

Por último, los varones de de 65 y más, presentan como primera causa las asociadas al consumo de psicotrpicos, seguido por trastornos mentales orgánicos. En mujeres de este mismo grupo etario, la causa principal son los trastornos mentales orgánicos, y en segundo lugar, los trastornos neuróticos y relacionados al estrés.

Figura 18.5. Principales causas de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10: F1 al F9) según grupo de edad y sexo.

Causas	0 a 14		15 a 24		25 a 34		65 o mas		TOTAL	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
1°	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2°	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3°	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4°	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5°	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

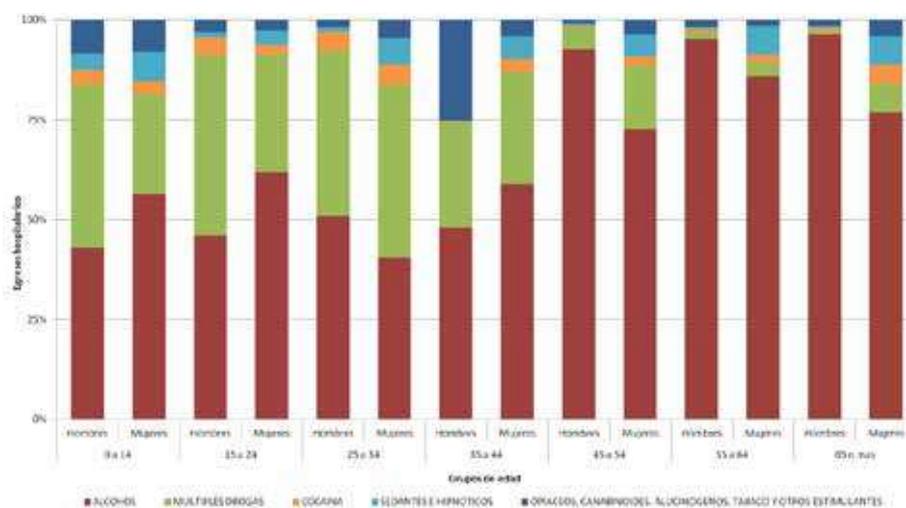
Referencias:

- T. neuróticos, t. relacionados con el estrés y t. somatomorfos.
- T. mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos.
- Esquizofrenia, t. esquizotípicos y t. delirantes.
- T. emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia.
- T. del humor (afectivos).
- T. del desarrollo psicológico.
- T. de la personalidad y del comportamiento en adultos.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de egresos hospitalarios, año 2014.

En la Figura 18.6 se presenta la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos por causas específicas y según sexo y grupo de edad. Los egresos debidos al consumo de alcohol aumentaron en relación a los egresos por múltiples drogas a medida que aumentó el grupo de edad. A partir de los 25 años se observó una menor cantidad de egresos debido al alcohol en mujeres que en hombres. En cuanto a los egresos debido a sedantes hipnóticos, fueron mayores en mujeres que en hombres para todos los grupos de edad.

Figura 18.6. Distribución de causas de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos por sustancia según sexo y grupo de edad. Año 2014. Total país.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de egresos hospitalarios, año 2014.

Al analizar por región los egresos hospitalarios de salud mental (Tabla 18.5), Centro fue la región que presentó mayor cantidad de egresos por estos motivos. En cuanto a los egresos por trastornos mentales debido al consumo de alcohol, Centro fue la región con más egresos, seguido del NEA.

Tabla 18.5. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, y agravados por el consumo de alcohol según región. Argentina, año 2014.

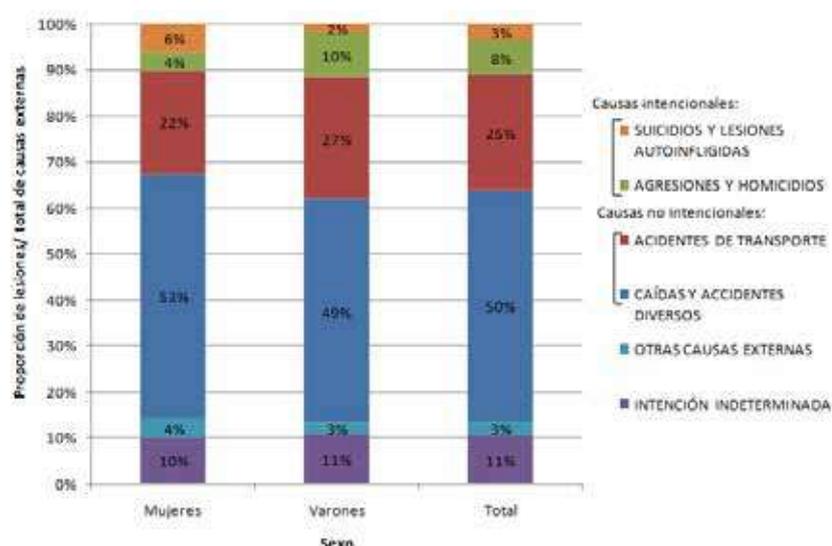
Región	Total de egresos por trastornos mentales	% de Egresos por trastornos mentales	Total de egresos por trastornos mentales debido al consumo de alcohol	% de de egresos por el consumo de alcohol	Total de egresos
Cuyo	6.242	2,38	1.004	0,49	143.802
Sur	5060	2,46	1.402	0,43	157.451
Centro	29354	4,34	5.074	0,70	1.193.983
NOA	6035	1,72	2.067	0,59	351.891
NEA	3570	3,56	935	0,89	290.805
Total país	50807	1,23	10.482	0,32	2.137.332

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de egresos hospitalarios, año 2014. Código CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99), y debidos a consumo de alcohol (F10).

Lesiones por causas externas

En la Figura 18.7 se presenta la distribución de causas de egresos hospitalarios por lesión, según sexo, del año 2014. Las lesiones por causas no intencionales fueron las principales causas de egresos por lesiones, en ambos sexos: Los accidentes diversos fueron la causa más frecuente, con proporciones de 52% en mujeres y 49% en varones, y los accidentes de transporte ocuparon el segundo lugar, el 22% en mujeres y el 27% en varones. Dentro de las causas intencionales, las agresiones y homicidios representaron un porcentaje mayor en varones (10%) que en mujeres (4%), mientras que los suicidios y lesiones autoinfligidas presentaron un porcentaje mayor en mujeres (6%) que en varones (2%).

Figura 18.7. Distribución de causas de egresos hospitalarios por lesión, según sexo. Año 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de egresos hospitalarios, año 2014.

En la tabla 18.6 se presenta la distribución por regiones de los egresos por lesiones de causas externas. La región del NEA presentó las mayores proporciones de causas no intencionales. En las causas intencionales, la región de Cuyo tuvo las mayores proporciones. La región del centro tuvo la mayor proporción de lesiones de intención no determinada.

Tabla 18.6. Distribución de causas de egresos hospitalarios por lesión, según región. Año 2014.

Causa externa	Centro	NEA	NOA	Cuyo	Sur	Total
Causas no intencionales	72,9%	83,3%	76,5%	77,0%	70,8%	75,3%
Caídas y accidentes diversos	48,2%	64,4%	43,4%	50,7%	48,1%	50,2%
Accidente de transporte	24,8%	18,9%	33,1%	26,3%	22,7%	25,1%
Causas intencionales	7,4%	3,8%	7,8%	10,7%	9,5%	7,2%
Agresiones y homicidios	3,4%	2,7%	4,4%	5,8%	6,3%	3,8%
Suicidios y lesiones autoinfligidas	3,9%	1,1%	3,4%	4,9%	3,2%	3,4%
Intención indeterminada	16,7%	11,1%	12,1%	6,7%	15,8%	14,3%
Otras causas externas	3,0%	1,7%	3,6%	5,6%	3,8%	3,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

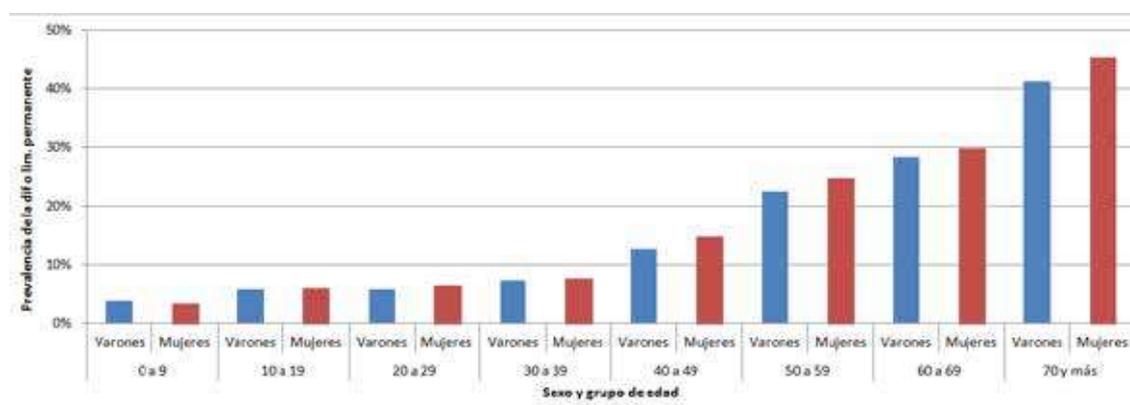
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de egresos hospitalarios, año 2014.

19. DISCAPACIDAD

El siguiente análisis se realizó a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, usando los datos relativos a la Población con Dificultad o Limitación Permanente (PDLP). El 12,9% de las personas que habitan en viviendas particulares presenta algún tipo de dificultad o limitación permanente (física y/o mental).

Según la Figura 19.1, la prevalencia de la dificultad o limitación permanente aumenta a medida que aumenta el grupo de edad. A partir del grupo de 40-49 años, y en los subsiguientes, es más prevalente en mujeres que en varones. En el grupo de 70 y más años, la prevalencia de la dificultad o limitación permanente supera el 40%.

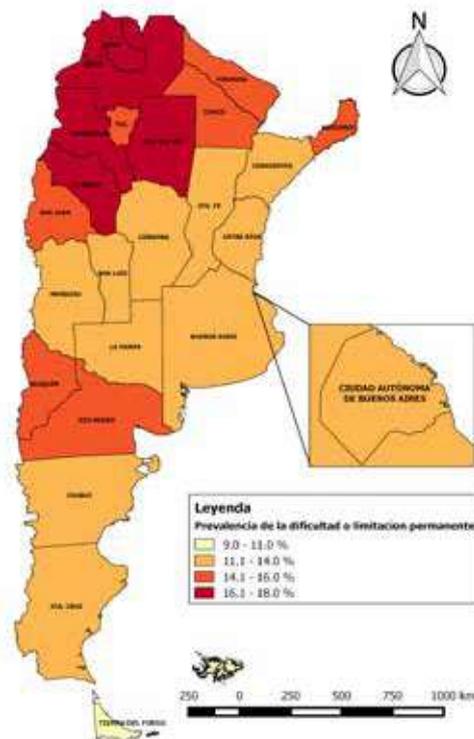
Figura 19.1. Prevalencia de la dificultad o limitación permanente según sexo y grupo de edad. Año 2010. Total país.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo 2010. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación.

Con relación a la distribución de la discapacidad o limitación permanente en todo el país, según se observa en el Mapa 19.1, la región con mayor prevalencia es el NOA. Las provincias de esta región presentan valores superiores al 16%, excepto Tucumán con un 14,3%; el valor más elevado corresponde a la provincia de La Rioja con 17,1%. En la Región Patagónica, las provincias del Neuquén y Río Negro presentan la prevalencia más alta con un 15,1% y 14,5% respectivamente. Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur tiene la prevalencia más baja del país, con un 9,8%.

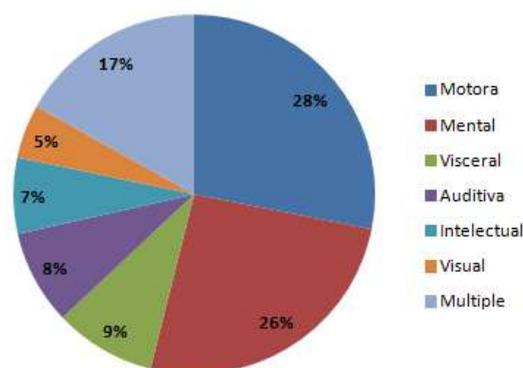
Mapa 19.1. Prevalencia de la dificultad o limitación permanente por provincia. Total país. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo 2010. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación.

Según datos del Registro Nacional de Personal con Discapacidad, organismo encargado de emitir el Certificado Único de Discapacidad (CUD), en 2016 se emitieron 225.865 certificados. Respecto a la distribución por tipo de discapacidad, el mayor porcentaje correspondió a discapacidad motora, seguido de la mental y la múltiple (más de un tipo de discapacidad) (Figura 19.2.).

Figura 19.2. Distribución de las personas con CUD según tipo de discapacidad. República Argentina. Año 2016.



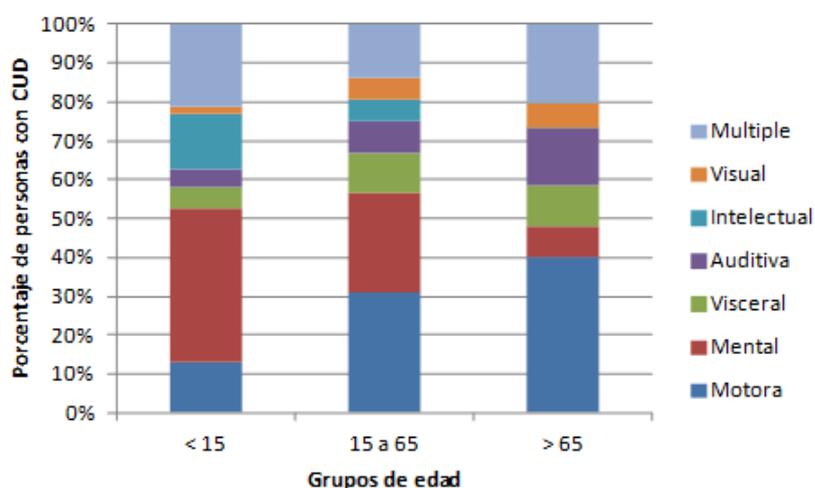
Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de Datos estadísticos sobre discapacidad 2016. Argentina 2016. Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud de la Nación.

Respecto a la distribución por grupos de edad (Figura 19.3), se observó que la discapacidad mental fue la más frecuente en los menores de 15 años y su presencia disminuyó en edades más avanzadas, al igual que la discapacidad intelectual. La discapacidad motora ocupó el primer lugar tanto en personas de 15 a 65 años como en mayores de 65. Este tipo de discapacidad, al igual que la auditiva, aumenta a medida que se avanza en los grupos de edad.

En cuanto al análisis por sexo, en los hombres predomina la discapacidad mental (29%) y en mujeres la discapacidad motora (32%). En los tipos de discapacidad restantes se observa una distribución similar.

Respecto a la distribución por tipo de discapacidad en cada región, se advierte que, en todas ellas, las discapacidades más frecuente son la mental y la motora, aunque la región Centro es la única donde la mental ocupa el primer lugar por escasa diferencia. En NOA se observa la mayor diferencia entre ambos tipos de discapacidades en favor de la motora.

Figura 19.3. Distribución de las personas con CUD según tipo de discapacidad y grupos de edad. República Argentina. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del informe de Datos estadísticos sobre discapacidad 2016. Argentina 2016. Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud de la Nación.

DEFINICIONES

Egreso hospitalario: es la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

Se utilizó el siguiente agrupamiento de las causas de egresos hospitalarios, a partir de los códigos del CIE 10:

- Infecciosas: A00 – B99, G00 – G05, J00 – J06, J09 – J18, J20 – J22, H65 – H66, N70 – N73.
- Obstétricas: O00 – O99
- Perinatales: P00 – P96
- Otras ENT
- Salud mental: F00 – F99
- Congénitas: Q00-Q99
- Cáncer: C00 – C97
- Cardiovasculares: I00 – I99
- Diabetes: E10 – E14
- Respiratorias crónicas: J40 – J47
- Lesiones: S00 – T98
- Nutricionales: E00-02, E40-46, E50-64, D50-53, D649
- Mal definidas: R00 – R99
- Códigos Z: Z00 – Z99

Salud Mental: Correspondencia de categorías con códigos CIE-10:

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos: F00-F09
- Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos: F10-F19
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes: F20-29
- Trastornos del humor (afectivos): F30-39
- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos: F40-49
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos : F50-59
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos: F60-69
- Retraso mental: F70-79
- Trastornos del desarrollo psicológico: F80-89
- Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia: F90-F98

Causas externas: Daño físico que resulta cuando el cuerpo humano es sometido a niveles de energía que sobrepasan su margen de tolerancia. También se incluye en la definición al daño ocasionado por la falta de uno o más elementos esenciales para la vida como el agua, el aire y el calor, como sucede en casos de ahogamiento, estrangulamiento o

congelamiento. Clasificación según el Grupo de Expertos en Lesiones del Estudio de Carga Global de Enfermedad (Global Burden of Diseases –GBD– Injury Expert Group):

- **Causas intencionales:** incidente deliberado con intención de causar daño, lesión o muerte en el que la energía usada o el intento de su uso resultaron en lesión o lesiones.
 - Agresiones y Homicidios: Cuando las lesiones son perpetradas por otros. Se corresponde con los códigos X85- Y09 del CIE10.
 - Suicidios y lesiones autoinfligidas: Cuando las lesiones son perpetradas por uno mismo. Se corresponde con los códigos X60-X84 de CIE10.
- **Causas no intencionales:** la lesión no es un producto buscado ya que no media la intención manifiesta de provocar un daño. Dentro de este grupo de lesiones se encuentran:
 - Accidentes de transporte: comprende las lesiones de transporte, es decir, que involucran a un medio diseñado fundamentalmente para llevar personas o bienes de un lugar a otro – vehículo—, usado primordialmente para ese fin en el momento de la lesión. Se corresponde con los códigos V00-V99 del CIE10.
 - Caídas y accidentes diversos: se corresponde con los códigos W00-X59 del CIE10.
- **Intención indeterminada:** esta categoría de la CIE10 codifica las muertes por causas externas cuando al momento de elaborar el Informe Estadístico de Defunción, es decir, cuando se inscribe la defunción en el Registro Civil, el médico certificante no ha podido establecer la intencionalidad de la lesión. Se corresponde con los códigos Y10 - Y34 del CIE10.
- **Otras causas externas:** se incluyen Lesiones por intervenciones legales (eventos donde la lesión fue ocasionada por fuerzas de seguridad durante una intervención legal realizada a petición de la autoridad judicial o gubernamental), operaciones de guerra (lesiones producidas al personal militar o a civiles causadas por guerra o insurrección civil) y eventos adversos a medicamentos. Se corresponde con los códigos Y35-Y89 del CIE10.

Discapacidad

- **Dificultad o limitación permanente:** El concepto de dificultad o limitación permanente considera a aquellas personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender (INDEC, 2014)
- **Discapacidad motora:** término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuromusculotendinoso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales eficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.
- **Discapacidad visceral:** término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales que impliquen una restricción física no relacionada con el sistema locomotor asociadas a limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad real.
- **Discapacidad mental:** la Discapacidad con Deficiencia Mental (Discapacidad Psicosocial) se define como un término global que hace referencia a las deficiencias en los procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las

estructuras del sistema nervioso, y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas.

- **Discapacidad intelectual:** corresponde distinguir la deficiencia mental de la intelectual, entendiendo por ésta última a un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos. Se origina antes de los 18 años y es un término que reemplaza al de retraso mental y constituye una parte integrante de la diversidad humana.
- **Discapacidad auditiva:** término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales asociadas a las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.
- **Discapacidad visual:** la discapacidad con deficiencia sensorial de origen visual es un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales que implican una limitación en la actividad y restricción en la participación. Se consideran las funciones corporales básicas relacionadas con la visión, las estructuras comprometidas y sus métodos de evaluación.

Tasas de notificación: refiere al número de notificaciones de una enfermedad de notificación obligatoria (ENO) en relación con la población en un lugar y período determinado. La notificación de las enfermedades se realiza en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

ANEXO

Prevalencia de diagnóstico de afecciones crónicas alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por sexo y grupo de edad. República Argentina. Año 2013.

Sexo	Grupo de edad		ERC	EPOC	IAM	ACV	DBT	
Varón	18 a 24	Estimación	1,4%	3,0%	1,1%	,1%	2,6%	
		95% IC	inferior	,8%	1,8%	,6%	,0%	1,3%
			superior	2,4%	5,0%	2,2%	,4%	5,1%
	25 a 34	Estimación	1,6%	2,5%	,9%	,6%	4,3%	
		95% IC	inferior	1,0%	1,7%	,4%	,3%	3,0%
			superior	2,5%	3,7%	2,2%	1,6%	6,0%
	35 a 49	Estimación	3,1%	3,3%	2,7%	1,2%	7,3%	
		95% IC	inferior	2,2%	2,3%	1,8%	,7%	5,9%
			superior	4,4%	4,6%	3,9%	2,0%	9,1%
	50 a 64	Estimación	4,1%	6,4%	7,2%	4,1%	14,4%	
		95% IC	inferior	2,9%	4,8%	5,7%	2,9%	12,3%
			superior	5,8%	8,5%	8,9%	5,9%	16,8%
	65 y más	Estimación	8,8%	7,3%	10,1%	6,2%	22,0%	
		95% IC	inferior	6,4%	5,1%	8,1%	4,8%	18,5%
superior			11,9%	10,3%	12,6%	8,0%	25,8%	
Total	Estimación	3,4%	4,2%	3,8%	2,1%	9,1%		
	95% IC	inferior	2,9%	3,6%	3,3%	1,7%	8,2%	
		superior	4,0%	4,9%	4,4%	2,5%	10,0%	
Mujer	18 a 24	Estimación	3,6%	1,5%	,7%	,3%	3,2%	
		95% IC	inferior	2,6%	,8%	,3%	,1%	2,2%
			superior	4,8%	2,7%	1,4%	1,3%	4,7%
	25 a 34	Estimación	4,8%	2,6%	,8%	,5%	5,5%	
		95% IC	inferior	3,7%	1,8%	,4%	,2%	4,4%
			superior	6,1%	3,9%	1,3%	,9%	6,9%
	35 a 49	Estimación	6,5%	3,7%	2,6%	1,5%	9,4%	
		95% IC	inferior	5,3%	2,8%	1,8%	1,0%	7,9%
			superior	8,0%	5,0%	3,8%	2,4%	11,1%
	50 a 64	Estimación	7,4%	6,6%	6,1%	2,0%	14,9%	
		95% IC	inferior	6,1%	5,2%	4,8%	1,4%	12,9%
			superior	9,0%	8,3%	7,7%	2,8%	17,2%
	65 y más	Estimación	7,2%	8,1%	8,8%	4,7%	19,2%	
		95% IC	inferior	5,7%	6,3%	7,1%	3,3%	16,8%
superior			9,1%	10,3%	11,0%	6,6%	21,9%	
Total	Estimación	6,0%	4,5%	3,7%	1,7%	10,4%		
	95% IC	inferior	5,4%	3,9%	3,2%	1,4%	9,6%	
		superior	6,7%	5,1%	4,2%	2,2%	11,3%	

Referencias: Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Accidente Cerebrovascular (ACV), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedad Renal Crónica (ERC). Diabetes o glucemia elevada (DBT).

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación.

**Prevalencia de factores de riesgo para ECNT según sexo y grupo de edad.
Total país. Año 2013.**

Sexo	Grupo de edad			Obesidad	Sobrepeso	Colesterol elevado	Hipertensión arterial
Varón	18 a 24	Estimación		9,4%	31,4%	15,2%	10,2%
		95% IC	inferior	7,2%	27,3%	9,3%	7,3%
			superior	12,1%	35,8%	23,9%	14,2%
	25 a 34	Estimación		17,9%	43,0%	17,2%	19,6%
		95% IC	inferior	15,4%	39,6%	13,6%	16,6%
			superior	20,7%	46,4%	21,5%	23,0%
	35 a 49	Estimación		26,6%	47,6%	31,4%	24,5%
		95% IC	inferior	24,0%	44,5%	27,9%	21,7%
			superior	29,5%	50,8%	35,2%	27,5%
	50 a 64	Estimación		33,3%	44,7%	38,7%	46,4%
		95% IC	inferior	30,0%	41,3%	34,9%	42,8%
			superior	36,6%	48,1%	42,7%	50,1%
	65 y más	Estimación		25,6%	48,1%	31,5%	58,7%
		95% IC	inferior	21,8%	43,7%	27,6%	54,3%
superior			29,8%	52,5%	35,7%	62,9%	
Total	Estimación		22,9%	43,3%	29,7%	31,4%	
	95% IC	inferior	21,5%	41,7%	27,5%	29,6%	
		superior	24,4%	44,9%	31,8%	33,2%	
Mujer	18 a 24	Estimación		6,1%	19,4%	15,8%	15,0%
		95% IC	inferior	4,7%	16,3%	11,4%	12,1%
			superior	7,8%	22,8%	21,5%	18,4%
	25 a 34	Estimación		13,8%	27,1%	15,9%	19,8%
		95% IC	inferior	11,7%	24,0%	13,3%	17,7%
			superior	16,1%	30,3%	18,9%	22,2%
	35 a 49	Estimación		21,9%	32,2%	23,3%	31,8%
		95% IC	inferior	19,7%	29,7%	20,7%	29,0%
			superior	24,3%	34,8%	26,2%	34,7%
	50 a 64	Estimación		26,3%	37,5%	40,7%	48,5%
		95% IC	inferior	23,5%	34,4%	37,4%	45,4%
			superior	29,3%	40,8%	44,2%	51,6%
	65 y más	Estimación		23,3%	38,8%	42,9%	64,3%
		95% IC	inferior	20,7%	35,4%	39,6%	61,1%
superior			26,2%	42,4%	46,2%	67,5%	
Total	Estimación		18,8%	31,3%	29,9%	36,4%	
	95% IC	inferior	17,7%	29,9%	28,4%	35,0%	
		superior	20,0%	32,7%	31,5%	37,8%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina 2013. INDEC, Ministerio de Salud de la Nación.

BIBLIOGRAFÍA

- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
- Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (año). Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles, Presentación de los Principales Resultados. [acceso 10 de Diciembre, 2017] Disponible en: (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>)
- INDEC (2014) Censo Nacional de Población y Hogares y Vivienda 2010. Población con dificultad o limitación permanente. [Acceso 15 de Diciembre, 2017] Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (2018) Notificación de casos de Tuberculosis en Argentina 1980 - 2016 [acceso 20 de Junio 2018] Disponible en: <http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2018/02/An%C3%A1lisis-de-la-notificaci%C3%B3n-2016-de-TB.pdf>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2013) Boletín Epidemiológico. Descripción epidemiológica de la morbilidad por lesiones de causa externa en Argentina [acceso 22 de Enero 2018] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-03_boletin-epideomologia-06.pdf
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2017) Boletín Epidemiológico sobre VIH- SIDA en Argentina. [Acceso 20 de Junio 2018] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-epidemiologicos>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2013). Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. [Acceso 20 de Diciembre 2017]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
- OPS (2001). El Control de las Enfermedades Transmisibles. James Chin editor. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
- World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Ginebra.
- World Health Organization (2014). Health statistics and health information systems. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Argentina 2014. . [Acceso 20 de enero 2018] Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/arg_en.pdf?ua=1



PERFIL DE MORTALIDAD

INTRODUCCIÓN

Analizar la mortalidad es indagar acerca del lugar, las causas y quienes son aquellas personas que se enferman y mueren más en un lugar determinado. Es decir, hablar de mortalidad es también hablar de las condiciones de vida en que se vive así como también del grado de accesibilidad a los servicios de salud.

El perfil de mortalidad según género y grupos de edades es dinámico, y puede cambiar en el tiempo según las condiciones y determinantes que atraviesan a la población. En este sentido para un análisis más específico se divide en las categorías: mortalidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna.

La mortalidad general tiene en cuenta las muertes que se dan en una población en un momento dado.

Por motivos biológicos, la mortalidad es más alta entre los menores de 5 años y los mayores de 65 (extremos de la vida). La mortalidad general varía según la estructura de la población (Bankirer, 2014), y su análisis es un insumo básico para la construcción de indicadores sobre el estado de salud de las poblaciones. Permite conocer el patrón de mortalidad y analizar la existencia de sobremortalidad en distintos grupos poblacionales e identificar grupos de riesgo (Ariño, 2013).

La mortalidad infantil es un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida de la población y permite evaluar la situación de salud de la infancia y población general de un territorio. (Spinelli, 2000) Su importancia es que visibiliza el efecto de los determinantes económicos, sociales y culturales en la salud, así como también la eficacia de los servicios (Elejalde, 2008). El proceso de crecimiento y desarrollo de los niños es sensible a las condiciones de vida, por eso en entornos adversos hay mayor riesgo de enfermar y morir en ese tramo de la vida.

Por su parte, la mortalidad materna se vincula con las condiciones de vida, en especial con la pobreza. En diferentes países del mundo se observa una relación inversa entre la tasa de mortalidad materna y el nivel socio-económico alcanzado (Elu, 2004). Por este motivo las muertes maternas no son hechos aislados sino que son eventos graves evitables.

Hay distintos enfoques para el análisis de mortalidad. El primero es demográfico y tiene que ver con el análisis del crecimiento de una población. El segundo es que a partir de la mortalidad se puede estimar el riesgo de morir y la esperanza de vida. Y el tercer enfoque es el análisis de los factores que intervienen en el comportamiento de la mortalidad en un período (Bankirer, 2014). Según este último enfoque, el comportamiento de las muertes no depende únicamente de factores biológicos sino que varía según los determinantes sociales de la salud (OMS, 2010).

La mortalidad se vincula también con los procesos de transición demográfica y epidemiológica. En el primero se produce una disminución de la mortalidad, aumentando así la esperanza de vida en las poblaciones (Bankirer, 2014). En el segundo se observa el crecimiento de las enfermedades crónicas por sobre las infecciosas como causales de la mortalidad (Frenk, 1994).

SÍNTESIS

En Argentina durante el periodo 2006-2015, la tasa de mortalidad general (TM) muestra un comportamiento estable oscilando entre valores de 7,5 y 8 cada 1.000 habitantes, con un pico en el año 2007.

Comparando las tasas de mortalidad, según el sexo, durante el mismo período, los varones registraron tasas con valores superiores a las mujeres. En ambos sexos las tasas más elevadas se registraron en el año 2007.

En general se observa un aumento progresivo a medida que aumenta la edad, a diferencia del grupo de menores de 5 años que muestra valores elevados respecto del promedio de los demás grupos de edad. Los hombres siempre muestran valores superiores con respecto a las mujeres, salvo en el grupo de 5 a 9 años y 10 a 14 años donde se igualan.

Sin contar la categoría de “todas las demás causas” que ocupan el primer lugar con un 33,3%, las defunciones por causas cardiovasculares ocuparon el segundo lugar, seguidas de las causas tumorales, las infecciones y por último las causas externas.

En Argentina en el año 2015 se registraron 770.040 nacidos vivos y fallecieron 7.445 niños menores de 1 año. La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) fue 9,7‰ nacidos vivos. Entre 1980 y hasta 2015 se observó una evolución descendente de la tasa de mortalidad del 70,8%, pasando de 33,6 cada 1.000 nacidos vivos en 1980 a 9,7 cada 1.000 nacidos vivos en 2015.

Analizando las causas de la mortalidad infantil se observó que las afecciones originadas en el período perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas concentraron el 78% del total de muertes infantiles.

En relación a las afecciones más frecuentes en el período perinatal, los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal fueron la principal causa de mortalidad neonatal general y neonatal temprana, y la tercera causa en la neonatal tardía. En esta última, la principal causa fue la sepsis bacterianas del recién nacido y en segundo lugar se ubicó la hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento.

En relación con las causas de la mortalidad en niños de 1 a 4 años casi el 30% correspondieron a causas externas, la segunda causa más frecuente fueron las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (15%) y la tercera las enfermedades del sistema respiratorio (11,4%).

Desde el año 1980 se observó una ligera tendencia al descenso en la TMM en Argentina, para luego mantenerse estable desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad (con valores que oscilaron entre 3,5 y 5,5 defunciones maternas por 10.000 nacidos vivos).

Con respecto a las causas de mortalidad materna durante el año 2015, las causas obstétricas directas fueron responsables del 53,7% de las defunciones maternas; 18,5% de las defunciones maternas fueron debidas a complicaciones del aborto, y 27,9% fueron debidas a causas obstétricas indirectas.

Entre las causas obstétricas directas, aparecieron en primer lugar complicaciones del puerperio que incluye la sepsis puerperal (12,8%), seguida por los trastornos hipertensión (12,4%), y las hemorragias anteparto y postparto (9%). Con respecto a las causas obstétricas indirectas, 5,4% correspondieron a enfermedades respiratorias y 0,7% estuvieron vinculadas a enfermedad por VIH.

20. MORTALIDAD GENERAL

En 2015, se registraron 333.407 defunciones en todo el país. Éstas ocurrieron en un rango promedio de edad de 0 a 76 años.

La tasa bruta de mortalidad (TBM) en el año 2015 fue de 7,7 cada 1.000 habitantes, siendo de 8,1 en los hombres y 7,3 para las mujeres, mientras que la tasa de mortalidad ajustada por edad (TMAPE) fue de 6,5 cada 1.000 habitantes.

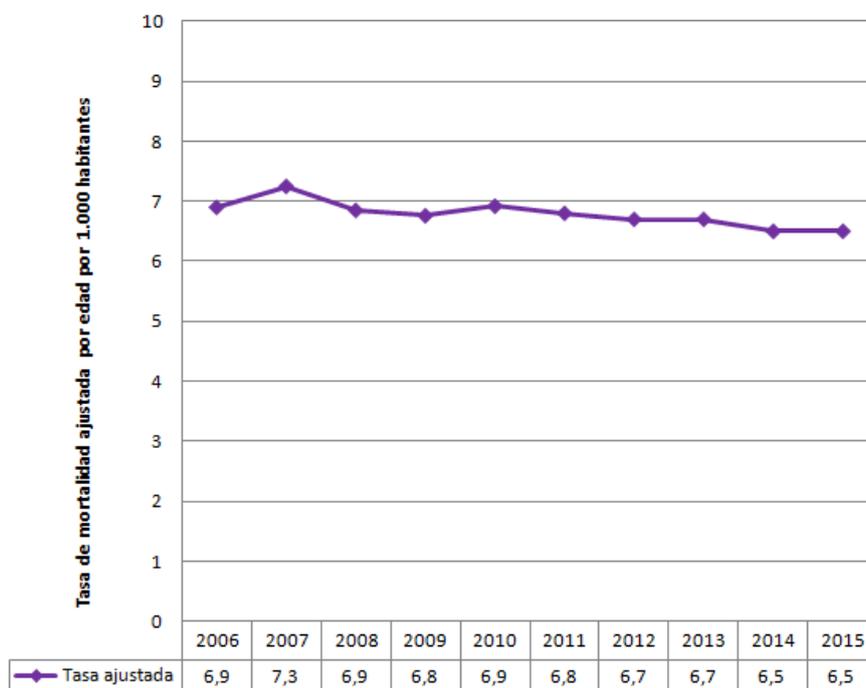
Tabla 20.1 Tasa Bruta de Mortalidad y Tasa de Mortalidad Ajustada por Edad según sexo cada 1.000 habitantes. Año 2015.

	TBM	TMAPE
Ambos sexos	7,7	6,5
Mujeres	7,3	5,1
Hombres	8,1	8,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

Analizando el periodo 2006-2015, la tasa de mortalidad (TM) se ha mantenido estable a lo largo del periodo oscilando entre valores de 6,5 y 7,3 cada 1.000 habitantes.

Figura 20.1. Evolución de la Tasa bruta de mortalidad cada 1.000 habitantes. Argentina, años 2006-2015.

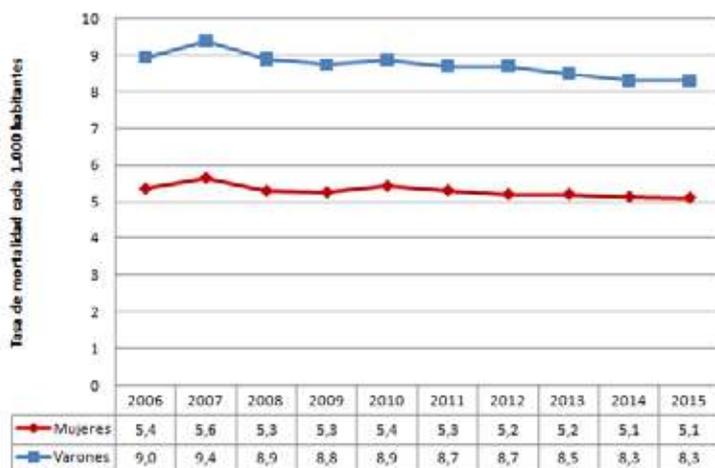


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

Mortalidad por sexo

Comparando las TM, según sexo, durante todo el periodo estudiado, los varones registraron tasas con valores superiores a las mujeres.

Figura 20.2. Tendencia de la Tasa de Mortalidad según sexo cada 100.000 habitantes. Años 2006-2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

A nivel regional se observó que la Región NOA es la que presenta la tasa ajustada de mortalidad general más alta con 7,1 cada 1000 habitantes, seguida de la Región Nea con 6,6 cada 1000 habitantes. Al igual que a nivel nacional, los varones muestran tasas más altas que las mujeres.

Tabla 20.2. Tasa de mortalidad bruta y ajustada por región y sexo por 1000 habitantes. Año 2015. Argentina.

Región	Población	TBM	TMAPE
Centro	Varones	8,7	8,3
	Mujeres	8,2	5,1
	Total	8,5	6,5
NEA	Varones	6,9	8,3
	Mujeres	5,5	5,2
	Total	6,2	6,6
NOA	Varones	7,1	8,9
	Mujeres	5,4	5,5
	Total	6,3	7,1
Cuyo	Varones	7,3	7,6
	Mujeres	6,8	5,2
	Total	7,0	6,2
Sur	Varones	6,5	7,7
	Mujeres	4,9	4,5
	Total	5,7	6,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

Mortalidad por grupos de edad

La tabla 20.3 muestra el total de defunciones en grupos quinquenales de edad, la proporción que éstas representaron con respecto al total y la tasa de mortalidad específica (TME) para cada grupo de edad. Como se puede observar, el aumento del número de las defunciones fue directamente proporcional al progreso de la edad con excepción del grupo de 0 a 4 años de edad.

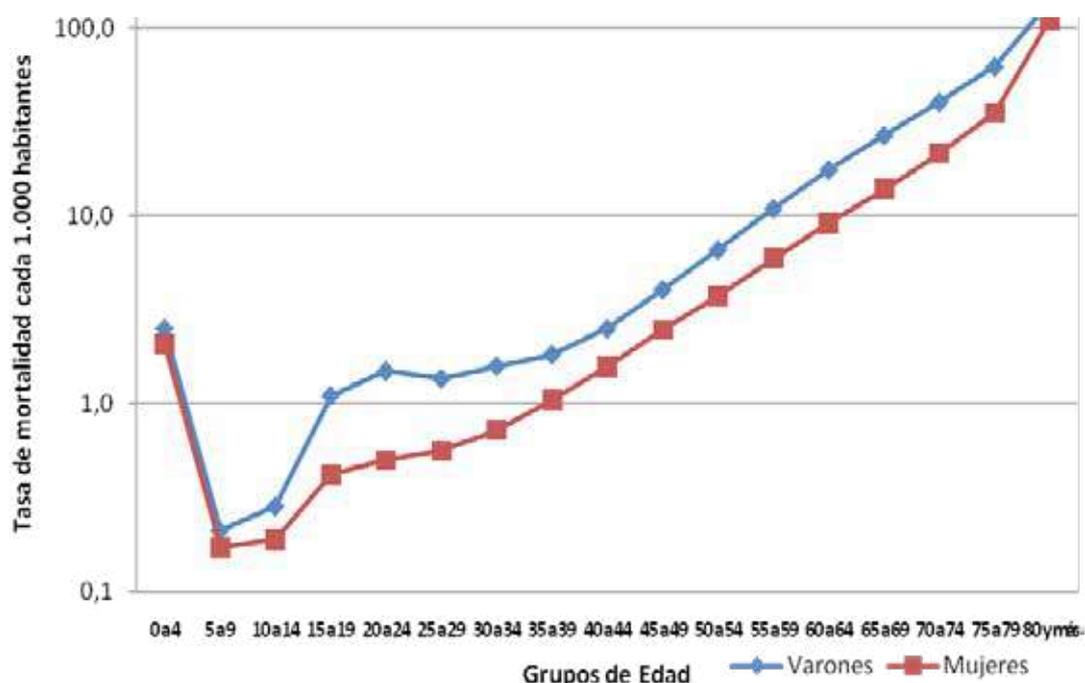
Tabla 20.3 Defunciones y Tasa de Mortalidad Específica (TME) por grupo de edad quinquenal cada 1.000 habitantes. Año 2015.

Grupos de edad	Defunciones	Proporción (%)	TME cada 1000 hab.
Total	33.3407	100	
0-4	8.701	2,6	2,31
5-9	686	0,21	0,19
10-14	836	0,25	0,24
15-19	2.717	0,81	0,77
20-24	3.560	1,07	1
25-29	3.222	0,97	0,96
30-34	3.653	1,10	1,16
35-39	4.463	1,34	1,44
40-44	5.495	1,65	2,04
45-49	7.550	2,26	3,25
50-54	11.179	3,35	5,15
55-59	16.704	5,01	8,37
60-64	23.557	7,07	13,22
65-69	29.995	9,00	19,92
70-74	34.742	10,42	29,99
75-79	39.800	11,94	46,54
80 y más	134.838	40,44	120,81

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

En la figura 20.3 se observa un aumento progresivo de la TME a medida que aumenta la edad, registrando los hombres siempre valores superiores de la tasa con respecto a las mujeres, salvo en el grupo de 5 a 9 años y 10 a 14 años donde se igualan. Estas diferencias son de 19 por 1000 en el grupo de 70 a 74 años y de 28 por 1000 en el grupo de 75 a 80 años.

Figura 20.3 Tasa de Mortalidad Específica según sexo y grupo de edad quinquenal cada 1.000 habitantes. Año 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

Mortalidad por jurisdicciones

En la tabla 20.4 se puede observar que la tasa de mortalidad varió de manera importante entre las diferentes jurisdicciones, con valores de 10,4 cada 1.000 habitantes en CABA a 3,4 cada 1.000 habitantes en Tierra del Fuego. Dado que estas tasas están influidas por la estructura de edad de la población, se realizó un ajuste directo de tasas por edad, pasando la tasa de CABA a 5,7 cada 1.000 habitantes y Tierra del fuego manteniéndose como la jurisdicción de menor tasa de mortalidad en 2015 con 5,6 cada 1.000 habitantes.

Tabla 20.4 Tasa Bruta de Mortalidad y Tasa de Mortalidad Ajustada por Edad según jurisdicción cada 1.000 habitantes. Año 2015.

Jurisdicción	TBM	TMAPE
República Argentina	7,7	6,5
Capital Federal	10,4	5,7
Chaco	6,7	7,8
Tucumán	6,8	7,0
Misiones	5,7	7,0
Formosa	6,2	6,9
Santa Fe	8,7	6,5
Entre Ríos	7,8	6,6
Salta	5,7	6,5
Córdoba	8,1	6,4
Corrientes	6,4	6,6
San Juan	6,6	6,4
Sgo. del Estero	6,4	6,7
La Rioja	5,9	6,5
Jujuy	5,6	6,2
San Luis	6,7	6,4
Mendoza	7,3	6,2
Buenos Aires	8,2	6,6
Santa Cruz	4,7	6,7
Catamarca	6,4	6,5
Neuquén	5,3	6,0
Río Negro	6,2	6,0
Chubut	5,6	6,1
La Pampa	7,4	5,8
Tierra del Fuego	3,4	5,6

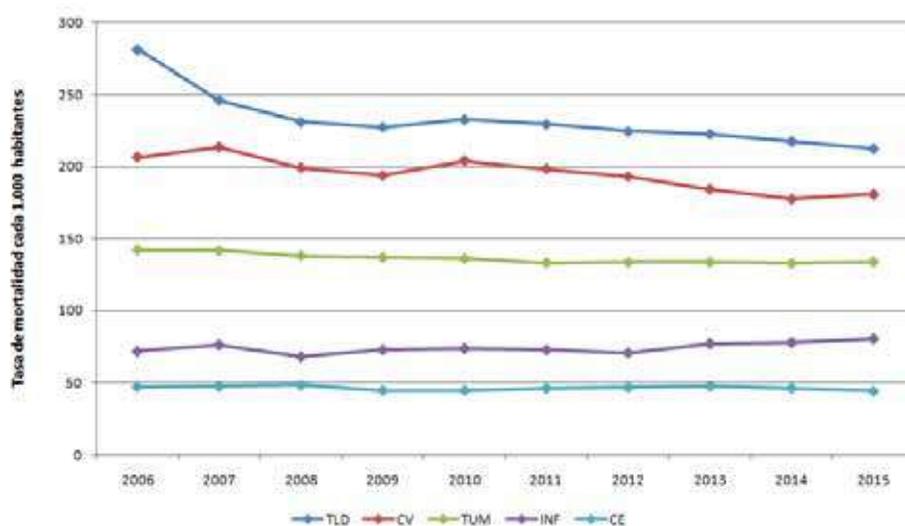
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

21. MORTALIDAD SEGÚN CAUSAS

Analizando la mortalidad por grupos de causas, las tasas más elevadas sin contar al grupo de todas las demás causas a lo largo de todo el periodo de estudio (2006-2015) se debieron a las defunciones por causas cardiovasculares, seguidas por las causas tumorales, las infecciones y por último las causas externas.

Se constata que la sumatoria de las primeras cuatro “grandes causas” integradas por las enfermedades cardiovasculares, los tumores, las infecciones y las causas externas explican el 66,7% de las causas de muerte, mientras que el 33,33% restante se le atribuye a todas las demás causas de defunción (TLD).

Figura 21.1. Tasa de Mortalidad cada 1.000 habitantes según grupos causas. Argentina, años 2006-2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

Para el año 2015 se analizaron las causas de mortalidad agrupadas en los capítulos establecidos por la CIE-10. La tabla 21.1 muestra la cantidad de defunciones atribuida a cada capítulo, su tasa de mortalidad cada 1.000 hab. y la proporción que representa con respecto al total de defunciones acontecidas en el año en estudio.

Las tres primeras causas de mortalidad en el año 2015 fueron enfermedades del sistema circulatorio (28,9%), tumores (19,6%) y enfermedades del sistema respiratorio (17,1%).

Tabla 21.1 Defunciones y Tasa de Mortalidad 100.000 habitantes, según Grandes Capítulos CIE.10, Año 2015.

Grandes capítulos	Defunciones	%	Tasa c / 1.000 hab.
Total	33.3407	100	7,73
Enf. del sistema circulatorio	96.252	28,9	2,23
Tumores (neoplasias)	65.480	19,6	1,52
Enf. del sistema respiratorio	56.901	17,1	1,32
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	20.395	6,1	0,47
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	19.525	5,9	0,45
Enf. del sistema digestivo	16.337	4,9	0,38
Ciertas enf. infecciosas y parasitarias	13.565	4,1	0,31
Enf. del sistema genitourinario	12.910	3,9	0,30
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	12.618	3,8	0,29
Enf. del sistema nervioso	5.296	1,6	0,12
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.632	0,8	0,06
Trastornos mentales y del comportamiento	2.589	0,8	0,06
Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	2.339	0,7	0,05
Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1.375	0,4	0,03
Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.128	0,3	0,03
Embarazo, parto y puerperio	336	0,1	0,01
Enf. del ojo y sus anexos	1	0	0,00

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC.

Principales causas de defunción por grupo de edad y sexo

En la figura 21.2 se muestran las principales causas de defunción para el año 2015, según grupo de edad y sexo, ordenadas por la tasa de mortalidad específica (por 100.000 habitantes) en orden decreciente. Puede observarse en todos los grupos de edad la predominancia de causas externas y enfermedades crónicas.

En el grupo de 5 a 34 años, tanto lesiones intencionales (suicidios, agresiones), como no intencionales (accidentes o eventos de intención no determinada) son las que ocupan la mayor cantidad de puestos en el ranking de causas. Seguido por tumores malignos y malformaciones congénitas. A medida que aumenta de edad, se mantiene como causa general, los eventos no transmisibles con predominancia en enfermedades crónicas (Tumores, Diabetes, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades Hipertensivas) seguido de enfermedades infecciosas (Enfermedades de Tipo Influenza, Sepsis, HIV).

Figura 21.2. Principales causas de defunción según grupo de edad y sexo. Año 2015.

Causas	GRUPO DE EDAD																			
	5 a 14 años		15 a 24 años		25 a 34 años		35 a 44 años		45 a 54 años		55 a 64 años		65 a 74 años		75 a 84 años		85 y más años			
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M		
1°	Accidentes	Accidentes	Accidentes	Accidentes	Accidentes	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón		
2°	Tumores	Tumores	Suicidios	Tumores	Agresiones	Accidentes	Enfermedades del corazón	Tumores	Tumores	Suicidios	Suicidios									
3°	Eventos de intención no determinada	Malformaciones congénitas	Agresiones	Suicidios	Suicidios	Suicidios	Enfermedades cerebrovasculares	Suicidios	Suicidios	Tumores	Tumores									
4°	Malformaciones congénitas	Eventos de intención no determinada	Neumonía e influenza	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares													
5°	Suicidios	Suicidios	Tumores	Agresiones	Tumores	Agresiones	Diabetes mellitus	Septicemias	Septicemias	Enfermedades hipertensivas	Enfermedades hipertensivas									

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

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales Información Básica Argentina. Año 2015. Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)

Analizando los APVP en Argentina según los datos de mortalidad del año 2015, el mayor índice de APVP se registró en las causas externas, seguidas por los tumores y luego las causas cardiovasculares.

Realizando el análisis por sexo se evidenció un mayor índice en varones con respecto a mujeres, salvo en el caso de los tumores, donde se registró un índice levemente superior en las mujeres.

Tabla 21.3. Índice de años potenciales de vida perdidos cada 1.000 habitantes, por sexo y grupo de causas de defunción. Año 2015.

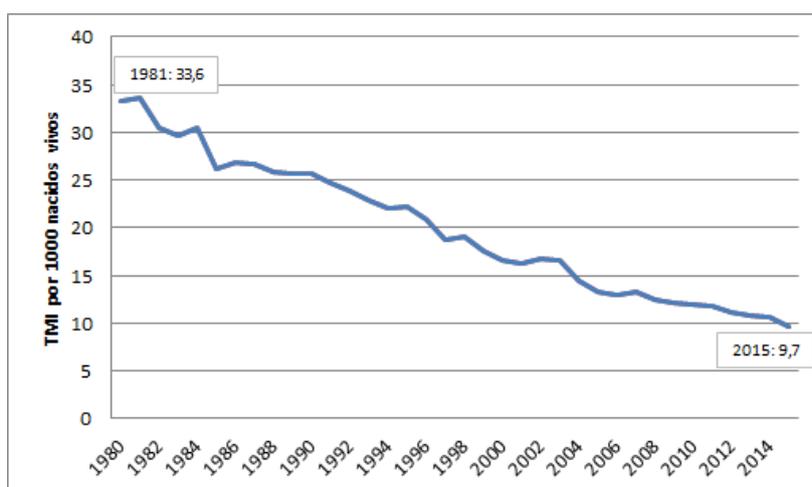
CAUSAS	SEXO	VALOR
CARDIOVASCULAR	Total	7,16
	Varones	9,68
	Mujeres	4,66
TUMORES	Total	10,21
	Varones	10,06
	Mujeres	10,34
INFECCIOSAS	Total	5,43
	Varones	6,60
	Mujeres	4,27
CAUSAS EXTERNAS	Total	13,57
	Varones	21,91
	Mujeres	5,30
TODAS LAS DEMAS	Total	23,65
	Varones	27,64
	Mujeres	19,64

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones poblacionales del INDEC. Nota: Se consideró población menor de un año a los nacidos vivos de 2015.

22. MORTALIDAD INFANTIL

En Argentina en el año 2015 se registraron 770.040 nacidos vivos y fallecieron 7.445 niños menores de 1 año. La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) fue 9,7‰ nacidos vivos. Entre 1980 y hasta 2015 se observó una evolución descendente de la tasa de mortalidad del 71,1%, pasando de 33,6 cada 1.000 nacidos vivos en 1980 a 9,7 cada 1.000 nacidos vivos en 2015.

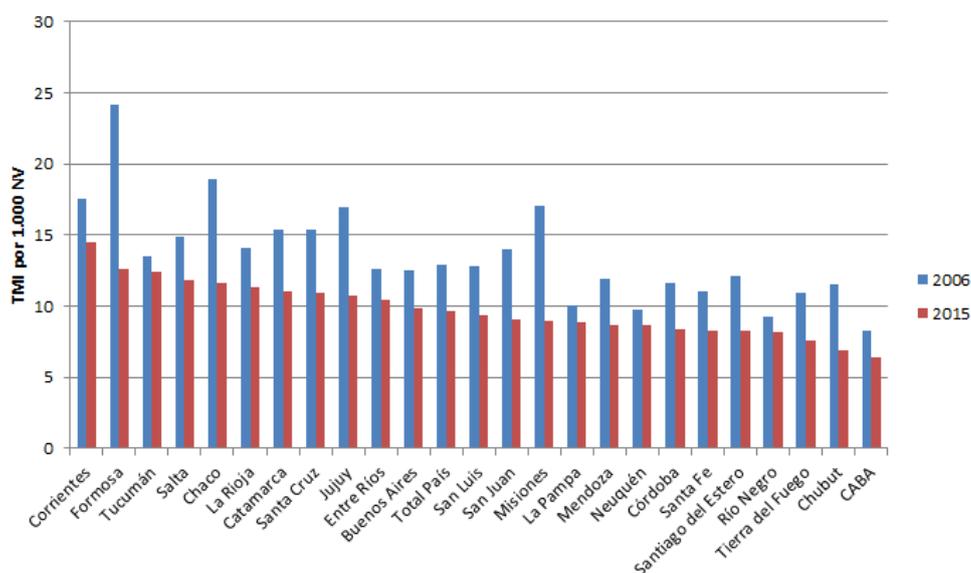
Figura 22.1. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil cada 1000 nacidos vivos. República Argentina. Años 1980-2015.



Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

A nivel jurisdiccional comparando las TMI registradas en los años 2006 y 2015 (Figura 11.2) se observó un descenso de este indicador en todas las jurisdicciones del país, destacándose Formosa con una variación porcentual del 47,9%, seguida de Chaco (38,6%) y Corrientes (17,1%).

Figura 22.2. Comparación de la Tasa de Mortalidad Infantil cada 1.000 nacidos vivos años 2006 - 2015. Total País y jurisdicciones.



Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Analizando las causas de la mortalidad infantil se observó que las afecciones originadas en el período perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas concentraron el 78% del total de muertes infantiles. Cabe destacar que las defunciones con causa mal definida ocuparon la cuarta posición.

Tabla 22.1. Total de defunciones infantiles y mortalidad proporcional por causas. República Argentina. Año 2015.

Mortalidad Infantil según causas	Muertes	%
Afecciones Perinatales	3.728	50,1
Malformaciones congénitas	2.085	28
Enfermedades respiratorias	503	6,7
Mal definidas	394	5,4
Enfermedades infecciosas y parasitarias	236	3,2
Causas externas de mortalidad	176	2,4
Enfermedades del sistema nervioso	131	1,8
Enfermedades del sistema circulatorio	53	0,7
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	51	0,5
Enfermedades del sistema digestivo	26	0,4
Enfermedades de la sangre	24	0,3
Tumores (neoplasias)	24	0,3
Enfermedades del sistema genitourinario	11	0,2
Todas las causas	7.445	100

Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

El análisis de la mortalidad infantil según criterios de reducibilidad, señala que 62,9% de las defunciones en el primer año de vida se pueden reducir gracias al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico existente en el sistema público de atención de salud en nuestro país.

Tabla 22.2. Defunciones infantiles, en números absolutos y porcentajes, según grupos de causas basados en criterios de reducibilidad. República Argentina. Año 2015.

Grupos de causas	Defunciones	%
Todas las causas	7.445	100%
Reducibles	4.683	62,9%
Difícilmente reducibles	1.795	24,1%
No clasificables	621	8,4%
Mal definidas e inespecíficas	346	4,6%

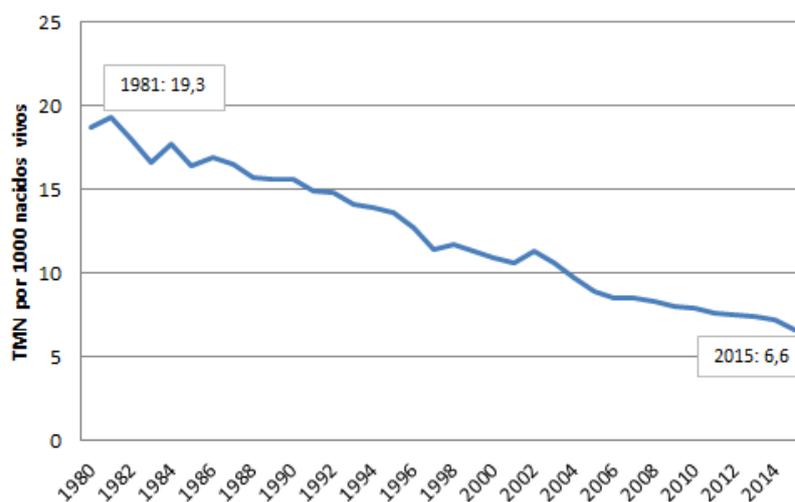
Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

En el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), Argentina se propuso reducir en 2/3 la mortalidad infantil respecto a la tasa de 1990 (25,6%). En el año 2015, Argentina debería haber alcanzado una TMI de 8,5%. La tasa del año 2015 fue 9,7%, superando por 1,2 puntos la meta establecida, por lo que el objetivo propuesto no ha sido alcanzado.

23. MORTALIDAD NEONATAL

En Argentina en el año 2015 se registraron 5.059 muertes en niños menores de 28 días y la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) fue 6,6% nacidos vivos. Desde 1980 y hasta 2015 se observó una evolución descendente de la TMN. En el período estudiado el descenso en la Tasa de Mortalidad Neonatal fue de 65,8%.

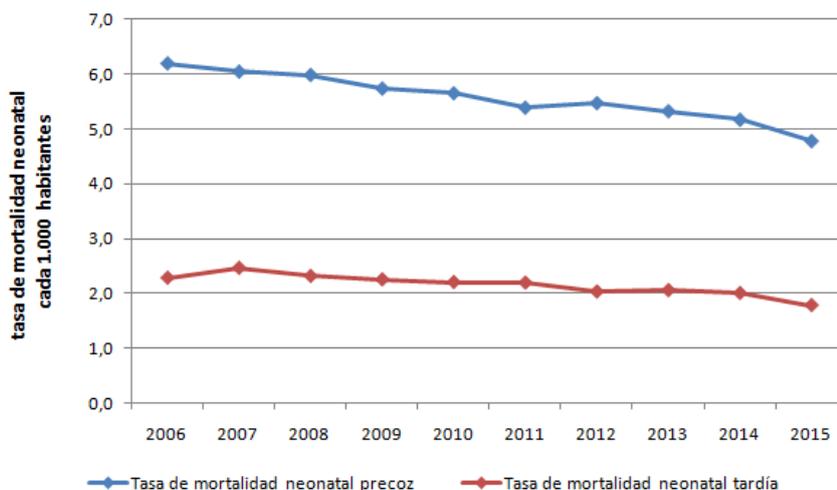
Figura 23.1. Evolución de la Tasa de la mortalidad Infantil neonatal cada 1.000 nacidos vivos. República Argentina. Años 1980-2015.



Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

La mortalidad neonatal se puede desagregar en sus componentes de mortalidad neonatal temprana (entre 0 y 6 días de vida) o tardía (entre 7 y 27 días de vida). En ambos componentes se observó una evolución descendente (Figura 23.2.). Si bien el descenso de la mortalidad neonatal precoz se mostró más pronunciado que la tardía (22,6% y 13,7% respectivamente), la primera fue en todo el período más de 3 veces superior a la tardía.

Figura 23.2. Evolución de las tasas de mortalidad Infantil neonatal precoz y tardía. República Argentina. Años 2006-2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

En relación a las afecciones más frecuentes en el período perinatal, los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal fueron la principal causa de mortalidad neonatal general y neonatal temprana, y la tercera causa en la neonatal tardía. En esta última, la principal causa fue la sepsis bacterianas del recién nacido y en segundo lugar se ubicó la hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (Tabla 23.1.)

Tabla 23.1. Principales causas de mortalidad infantil neonatal según componentes perinatales. República Argentina. Año 2015.

Afecciones originadas en el Período Perinatal	Mortalidad Proporcional		
	Defunciones Neonatales	Defunciones Neonatales Precoces	Defunciones Neonatales Tardías
Total	100%	100%	100%
Trastornos relacionados con la duración de gestación y crecimiento fetal	26,70%	29,40%	18,70%
Dificultad respiratoria del recién nacido	20,20%	21,80%	15,40%
Otras afecciones respiratorias del recién nacido	13,70%	14,80%	10,60%
Sepsis bacteriana del recién nacido	13,20%	10,50%	21,40%
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	10,80%	7,60%	20,30%
Todas las demás*	15,4%	15,9%	13,40%

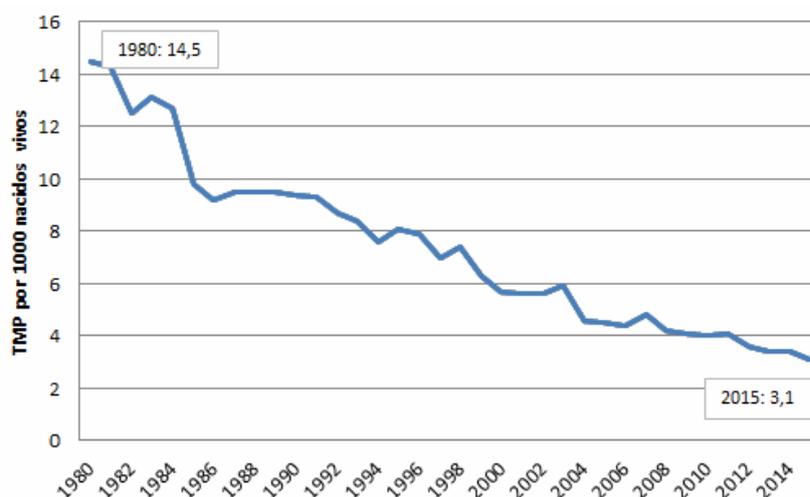
Fuente: Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Informe Análisis de la mortalidad materno - infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015.

*Trastornos hemorrágicos y hematológicos del recién nacido, Neumonía congénita, Traumatismo del nacimiento, Resto de afecciones perinatales, Recién nacido afectado por factores maternos y complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto.

24. MORTALIDAD POSNEONATAL

En Argentina, en el año 2015 se registraron 2.836 muertes en niños entre 28 y 365 días de vida, mostrando una Tasa de Mortalidad Posneonatal (TMP) de 3,1‰ nacidos vivos. Desde 1980 y hasta 2015 se observó una evolución descendente de esta tasa. En el período estudiado el descenso en la Tasa de Mortalidad Posneonatal fue del 79%.

Figura 24.1. Evolución de la Tasa de mortalidad Infantil posneonatal cada 1.000 nacidos vivos. República Argentina. Años 1980-2015.



Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Las primeras causas de mortalidad postneonatal fueron las malformaciones congénitas, seguidas de las enfermedades del sistema respiratorio y las mal definidas (Tabla 24.1).

Tabla 24.1. Mortalidad Postneonatal según causas. República Argentina. Año 2015.

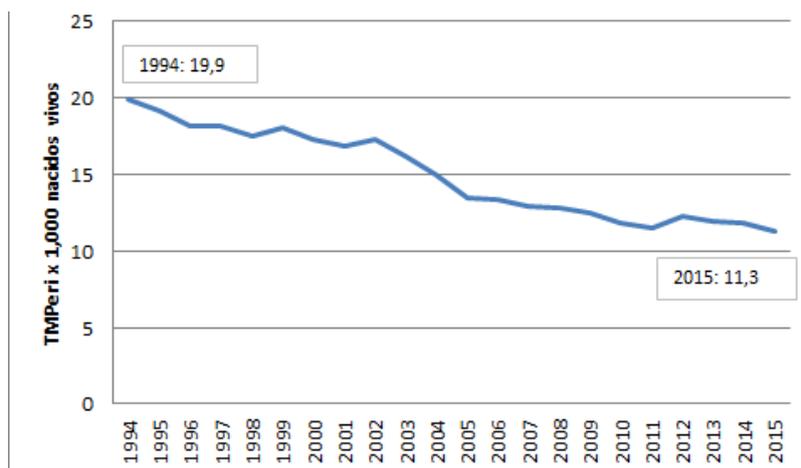
Mortalidad Postneonatal según causas	Muertes	%
Todas las causas	2.386	100%
Malformaciones congénitas	691	29%
Enfermedades del sistema respiratorio	472	19,8%
Mal definidas	329	13,8%
Afecciones Perinatales	281	11,8%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	167	7,0%
Causas externas de mortalidad	151	6,3%
Enfermedades del sistema nervioso	125	5,2%
Otras causas	170	7,1%

Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

25. MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal refiere a las defunciones ocurridas entre la semana 22 de gestación y los primeros 7 días de vida. En 2015 hubo 5.038 defunciones fetales tardías y fallecieron 3.686 niños en los primeros 7 días de vida. La Tasa de Mortalidad Perinatal (TMPeri) fue de 11,3 por mil nacidos vivos. En la figura 6.6.1 puede observarse una evolución decreciente en la TMPeri. Entre los años 1994 y 2015 este indicador ha registrado una disminución de 43,2%, siendo el valor inicial del periodo de 19,9‰ y el valor de 2015 11,3‰.

Figura 25.1. Evolución de la mortalidad perinatal. República Argentina. Años 1994-2015.

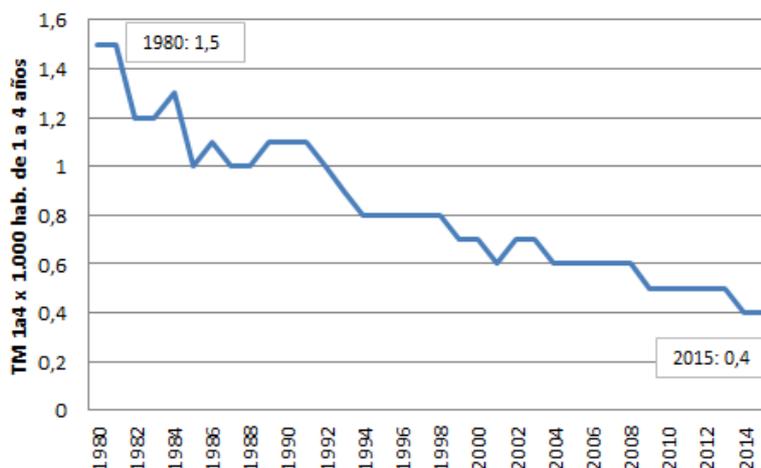


Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

26. MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS

En el año 2015 se registraron 1.256 muertes en niños de 1 a 4 años y la Tasa de Mortalidad de niños de 1 a 4 fue de 0,4‰. En cuanto a la tendencia de las últimas décadas se observa un descenso aunque con oscilaciones ascendentes en algunos períodos. Entre 1980 y 2015 la Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años se reduce en un 73,3%.

Figura 26.1 Evolución de la mortalidad de niños de 1 a 4 años. República Argentina. Años 1980-2015.



Fuente: "Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015". Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

En relación con las causas de la mortalidad en niños de 1 a 4 años casi el 30% correspondieron a causas externas, la segunda causa más frecuente fueron las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (15%) y la tercera las enfermedades del sistema respiratorio (11,4%).

Tabla 26.1 Mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad según causas. Total País. República Argentina. Año 2015.

Mortalidad de niños de 1 a 4 años según causas	Números Absolutos	Mortalidad Proporcional
Todas las causas	1.256	100%
Causas externas de mortalidad	371	29,5%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	188	15%
Enfermedades del sistema respiratorio	143	11,4%
Enfermedades del sistema nervioso	131	10,4%
Tumores (neoplasias)	117	9,3%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	86	6,8%
Mal definidas	80	6,4%
Enfermedades del sistema circulatorio	44	3,5%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	30	2,4%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	26	2,1%
Enfermedades del sistema digestivo	20	1,6%
Enfermedades del sistema genitourinario	16	1,3%
Otras causas	4	5,3%

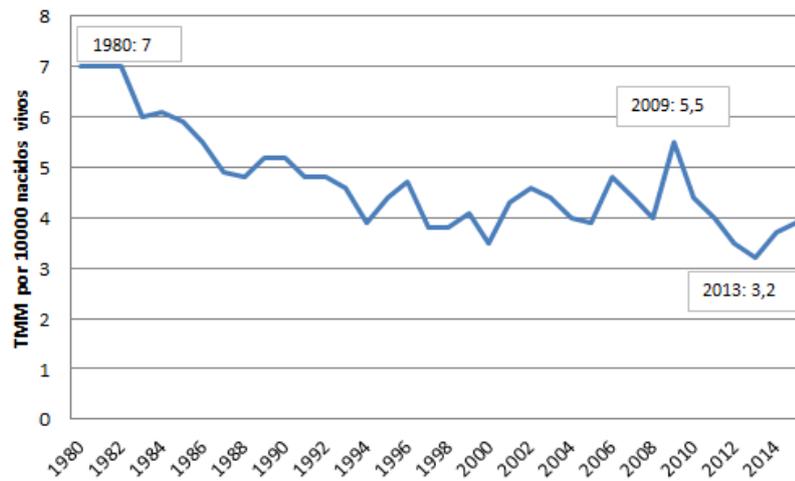
Fuente: “Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015”. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

27. MORTALIDAD MATERNA

Durante el año 2015 se registraron 298 defunciones de mujeres durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, lo que representó una Tasa de Mortalidad Materna (TMM) de 3,9 por 10.000 nacidos vivos.

Desde el año 1980 se observó una ligera tendencia al descenso en la TMM en Argentina, para luego mantenerse estable desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad (con valores que oscilaron entre 3,5 y 5,5 defunciones maternas por 10.000 nacidos vivos). Durante el año 2009, se produjo un incremento de la TMM a expensas de las causas indirectas (debido al impacto de la gripe H1N1) se registró la mayor TMM del período (5,5‰). Luego se observó un descenso hasta el año 2013 y un nuevo incremento a partir del año 2014.

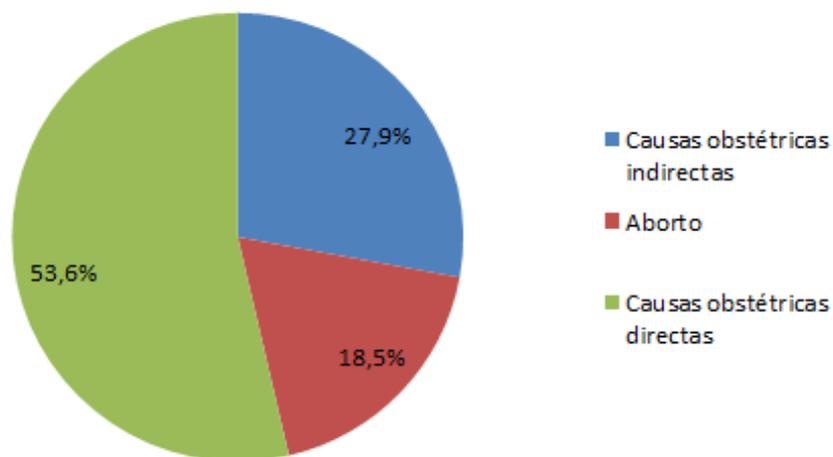
Figura 27.1: Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna cada 1.000 nacidos vivos. Total País. República Argentina. Años 1980 - 2015.



Fuente: “Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015”. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Con respecto a las causas de mortalidad materna durante el año 2015, las causas obstétricas directas fueron responsables del 53,7% de las defunciones maternas; 18,5% de las defunciones maternas fueron debidas a complicaciones del aborto, y 27,9% fueron debidas a causas obstétricas indirectas.

Figura 27.2. Mortalidad Materna por causas. Total País. República Argentina. Año 2015.



Fuente: “Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015”. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Entre las causas obstétricas directas, aparecieron en primer lugar complicaciones del puerperio que incluye la sepsis puerperal (12,8%), seguida por los trastornos hipertensivos (12,4%), y las hemorragias anteparto y postparto (9%). Con respecto a las causas obstétricas indirectas, 5,4% correspondieron a enfermedades respiratorias y 0,7% estuvieron vinculadas a enfermedad por VIH.

Tabla 27.1: Mortalidad Materna según causas. Total País. República Argentina. Año 2015.

GRUPOS DE CAUSAS	Defunciones Maternas	
	Número	Porcentaje (%)
Todas	298	100
Aborto	55	18,5
Causas obstétricas directas	160	53,7
Trastornos hipertensivos	37	12,4
Hemorragia anteparto	9	3
Hemorragia postparto	18	6
Sepsis y complicaciones del puerperio	38	12,8
Otras causas directas	58	19,5
Causas obstétricas indirectas	83	27,9
Enfermedades respiratorias	16	5,4
Enfermedad por HIV	2	0,7

Fuente: “Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015”. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

En cuanto a la evolución de la mortalidad materna según causas en los últimos 10 años se evidencian valores semejantes, que oscilaron entre rangos estables a lo largo del período analizado, con excepción del año 2009 donde las defunciones por causas indirectas aumentaron debido al impacto de la pandemia de gripe A H1N1.

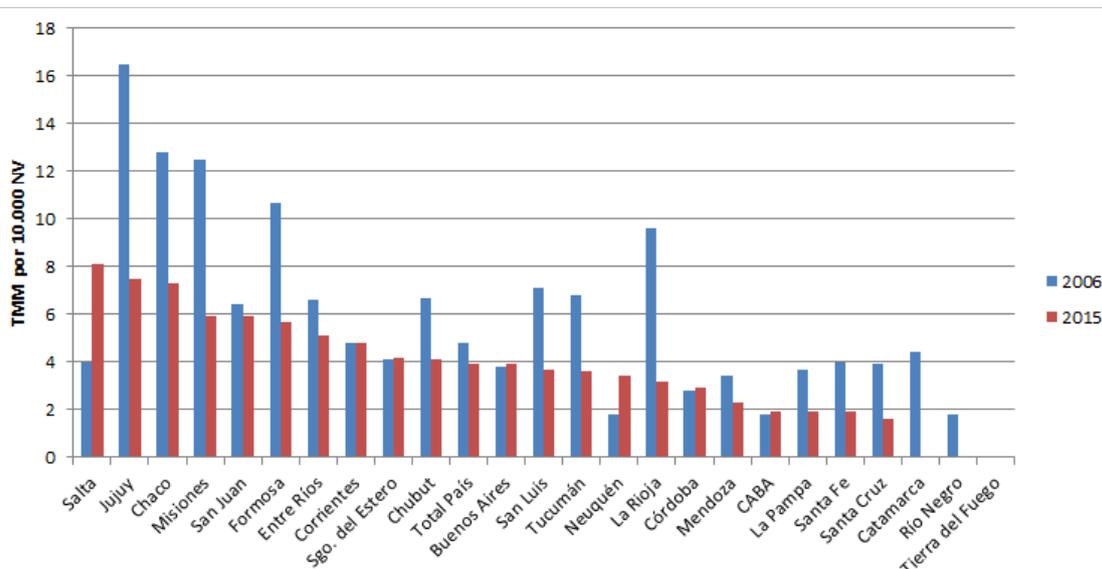
En el año 2000 Argentina asumió los compromisos propuestos por la Organización de las Naciones Unidas en el marco de los ODM, donde se propuso reducir 75% la Mortalidad Materna a partir del año 1990. Esto implicaba alcanzar en el año 2015 una Tasa de Mortalidad Materna de 1,3‰. En 2015, la TMM registrada para el Total País es 3,9‰ por lo que no se ha alcanzado el objetivo propuesto.

En el año 2015, la Tasa de Mortalidad Materna nacional fue 3,9‰, en tanto que 10 jurisdicciones tuvieron un valor superior a la media nacional: Chaco, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta, San Juan y Santiago del Estero. La jurisdicción con la mayor Tasa de Mortalidad Materna fue Salta (8,1‰), mientras que en 3 jurisdicciones (Catamarca, Río Negro y Tierra del Fuego) no se registraron defunciones maternas en el año 2015.

Con relación a la evolución en cada una de las jurisdicciones de la TMM en los últimos 10 años, en la Tasa de Mortalidad Materna nacional se constató un descenso de 18,8%. A su vez se registró un aumento en las Tasas de 9 jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Salta, San Juan, Neuquén, Santiago del Estero, y Tierra del Fuego. La provincia de Tierra del Fuego, no ha presentado defunciones maternas en ninguno de los dos años (2006 y 2015).

La situación en cada una de las jurisdicciones en los últimos 10 años muestra oscilaciones en torno a valores semejantes en cada una de ellas, sin ninguna tendencia definitiva en ningún sentido.

Figura 27.3. Comparación de la Tasa de Mortalidad Materna (TMM). Años 2006 y 2015. Total País y según jurisdicciones.



Fuente: “Análisis de la mortalidad materno-infantil. Lecturas de Estadísticas Vitales. Año 2015”. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

DEFINICIONES

Mortalidad General

- **Tasa bruta de mortalidad:** El número total de defunciones estimadas en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 1.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
- **Tasas ajustadas por edad:** El número total de defunciones estimadas en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución de edad, expresada por 1.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las tasas fueron por el método directo y se utilizó como población estándar la población total de Argentina del año 2000, con intervalos de 5 años. La misma población se aplica tanto a mujeres como a varones para permitir la comparación entre sexos.
- **Índice de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP):** indicador que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuanto más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. El número de APVP se obtiene sumando los productos del número de muertes de cada edad por la diferencia entre esta edad y una edad límite (70 años). Esta sumatoria se expresa en años perdidos. Si se divide el número de APVP por el número de habitantes (usualmente la población por debajo de la edad límite escogida) y se multiplica por un factor (1.000, 10.000 o 100.000), se llega al Índice de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP).
- **Causa básica de defunción:** “la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal”, según lo expuesto

en la Clasificación Internacional de Enfermedades. La décima revisión (CIE-10) está compuesta por una lista de categorías de tres caracteres dispuestas en XXI capítulos, denominados “grandes capítulos”. Las causas de mortalidad también fueron agrupadas en “grupos causas”, donde:

- *CV Cardiovasculares*: corresponde a los códigos I00 al I99, excepto I46.
- *TUM Tumores*: corresponde a los códigos C00 a D48.
- *INF Infecciones*: corresponde a los códigos A00 a B99; J00 a J22; G00 a G03.
- *CE Causas Externas*: corresponde a los códigos V01 a V99; W00 a Y98.
- *TLD Todas las demás*: Resto de los códigos. Incluye el paro cardíaco (como causa básica de mortalidad), y los capítulos: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; Trastornos mentales y del comportamiento; Enfermedades del sistema nervioso (excepto meningitis); Enfermedades del ojo y sus anexos; Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; Enfermedades del sistema respiratorio (excepto infecciones); Enfermedades del sistema digestivo; Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo; Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo; Enfermedades del sistema genitourinario; Embarazo, parto y puerperio; Ciertas afecciones originadas en el período perinatal; Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; y Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

Mortalidad Materna

- **Defunciones obstétricas directas**: son las que resultan de complicaciones obstétricas, del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- **Defunciones obstétricas indirectas**: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- **Defunción materna**: la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (CIE-10: O00-O99 (salvo O96-O97) y A34), pero no por causas accidentales o incidentales. Tasa de Mortalidad Materna refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.

Mortalidad Infantil

- **Defunción Infantil**: muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año, para un determinado país, territorio o área geográfica según reportado por la autoridad sanitaria nacional.
- **Defunción neonatal**: muertes de niños menores de 28 días de edad en un determinado año, para un determinado país, territorio o área geográfica según reportado por la autoridad sanitaria nacional.
- **Defunción neonatal precoz**: refiere a las muertes de niños durante la primera semana de vida.
- **Defunción neonatal tardía**: refiere a las defunciones de niños de entre los 7 y los 27 días de vida.

- **Defunción posneonatal:** muertes de niños de entre 28 y 364 días de edad en un determinado año, para un determinado país, territorio o área geográfica según reportado por la autoridad sanitaria nacional.
- **Defunción perinatal:** nacidos muertos y muertes en la primera semana de vida en un determinado año, para un determinado país, territorio o área geográfica según reportado por la autoridad sanitaria nacional.

Aclaración metodológica: Respecto de las tasas mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, como es mencionado en la publicación de Estadísticas Vitales de la DEIS, se observan oscilaciones importantes entre los años 2014 y 2015. Estas variaciones podrían deberse, entre otras razones, a problemas de cobertura y calidad del registro de defunciones infantiles.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alazraqui, M. & Spinelli, H. (2008). Abordaje conceptual de las desigualdades en salud. Desigualdades en salud en el nivel local/municipal. (pp. 19). Remedios de Escalada: Ediciones De la UNLa- Universidad Nacional de Lanús.
- Almeida Filho, N. D., & Rouquayrol, M. Z. (2008). Introducción a la Epidemiología. In Salud colect. Lugar.
- Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Bergonzoli, G. (2006). Sala situacional, IAESP. Instrumento para la vigilancia de salud pública.
- Almeida Filho, N. D., & Silva Paim J. (2014). Saúde Coletiva. Teoría e Práctica. 1º edición. Río de Janeiro. MedBook.
- Breilh, Jaime. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. En: Viveros Vigoya, Mara, comp. y Garay Ariza, Gloria, comp. Cuerpo, diferencias y desigualdades. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, CES, 1999.
- Campos, O. (1969). O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. Revista de Saúde Pública, 3(1), 79-81.
- García-Laguna, D. G., García-Salamanca, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T., Ramos, C., & Marcela, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Hacia la Promoción de la Salud, 17(2), 169-185.
- Huertas, F. (1996). El método PES. Entrevista com Carlos Matus. São Paulo: Fundap.
- Heredia, H. Artmann, E., López, N., & Useche, J. (2011). Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela. Ciênc. saúde coletiva, 16(3), 1887-1898.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health care of Canadians: A working document. Ottawa, ON: Government of Canadá.
- Livi-Bacci, M. (1993). Introducción a la demografía. Barcelona: Ariel.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365(9464), 1099-1104.
- Martínez, L. & Abriata, G. (2008). Situación de Salud en la Argentina. Boletín Epidemiológico Periódico N° 40.
- Ministerio de Salud de Colombia (2014): Referentes conceptuales y abordajes sobre

determinantes ambientales. OPS/OMS.

- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. Fundamentos de la salud pública, 161-189.
- Moreno Y. (2004) Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana [tesis doctoral]. Valencia: Servei de Publicacions, Universitat de Valencia
- Ochoa, J. (2013): Análisis de Situación de Salud Fontana, Chaco.
- Organización Mundial de la Salud (1993): Global Strategy: Health, Environment and Development: Approaches to Drafting Country-Level Strategies for Human Well-Being Under Agenda 21.
- Organización Mundial de la Salud (1998): Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health.
- Teixeira CF (org). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiencias. Salvador: EDUFBA, 2010.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health, 2.

