DATOS VITALES

AÑO 2016

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE
MARCOS JUAREZ

Trabajo articulado entre

PROGRAMA EQUIPO DE SALUD COMUNITARIA Y REGISTRO CIVIL DE LA MUNICIPALIDAD DE MARCOS JUÁREZ.

PUBLICACIÓN FEBRERO 2017

Sala de situación de salud local en www.mmj.gov.ar

GUÍA DE GRÁFICOS

Presentación del Informe Pag. 3

Sección A: NATALIDAD

A.1.: Cuadro Comparativo de Tasa de Natalidad: Locales, Provinciales y Nacionales Pag. 5

A.2.: Gráfico de Tendencia de Natalidad Pag. 6

A.3.: Gráfico División sexual de Nacimientos Pag. 6

A.4.: Gráfico de Prevalencia de edad de las Mujeres al momento del parto. Pag. 7

A.5.: Gráfico de Nacimientos de madres adolescentes Pag. 8

A.6.: Gráfico de Tendencias de Maternidad adolescente Pag. 8

A.7.: Gráfico de Edad de los varones con parejas adolescentes Pag. 8

A.8.: Gráfico de Nacimientos de Recién Nacidos de Bajo Peso Pag.11

A.9: Gráfico Tendencia de Recién Nacidos con muy bajo peso y/ prematurez Pag. 12

A.10.: Gráfico de Lugar de Ocurrencia de Nacimientos Pag. 14

Sección B: MORTALIDAD

B.1.: Cuadro Comparativo de Tasa de Mortalidad Pag. 15

B.2.: Gráfico de tendencia de Tasas de mortalidad Pag. 16

B.3.: Gráfico División Sexual de fallecimientos Pag. 16

B.4.: Gráfico de tendencia Esperanza de Vida al Nacer. Pag. 17

B.5.: Gráfico de Lugar de Ocurrencia de los Fallecimientos. Pag. 18

B.6.: Gráfico de Causas de Muertes Tasa de Mortalidad Bruta Pag. 19

B.7.: Gráfico de Primeras causas comparativo entre varones y mujeres Pag. 23

B.8.: Grafico de Muertes por Tumores Malignos prevalentes Pag. 24

B.9.: Gráfico de Tendencia de Tumores últimos años Pag. 25

SECCION C: DESAFIOS 2017 Pag. 28

SECCION D: ANEXOS Pag. 29

SECCION E: BIBLIOGRAFIA Pag. 30

Presentación

El presente informe forma parte de una de las acciones que desarrolla el equipo de salud comunitaria de Marcos Juárez en forma articulada con el Registro Civil y que confluye en la publicación y difusión a través la Sala de Situación de Salud Local del Programa Nacional Comunidades y Municipios Saludables. Las fuentes de información sobre las que se apoya el presente documento provienen de los datos que proporciona el Registro Civil de Marcos Juárez a través de las actas de nacimientos y de defunción de las personas residentes de nuestra ciudad. A su vez se entrecruzan los datos con el Censo Nacional del año 2010 y el Censo Provincial del año 2008 y las tasas publicadas por los estados nacionales y provinciales a modo de realizar estudios comparativos.

La trayectoria que se viene transitando desde el año 2010 va mostrando avances en cuanto a la calidad de la información que se transmite a la comunidad, habiéndose generado ajustes en el proceso de recolección de los datos que se acercan a mostrar la realidad de las personas que habitamos esta ciudad.

El posicionamiento del equipo es creer que: conociendo las características de las personas en cuanto a la edad y al género, prevalencias de las causas de muerte, nacimientos, embarazos en la adolescencia, estado de salud al nacer, expectativas de vida, tendencias en los últimos años otorgará a los decisores políticos y agentes de salud intervenciones que apunten a mejorar la calidad de vida de cada ciudadano. Por ello contar con dicha información implica tener en cuenta que cada comunidad posee particularidades atravesadas por el contexto social en el cual se desarrolla a través de una lectura integral de los datos desde los 4 determinantes de la salud: Modos de Vida, Socioeconómico, Medio Ambiente y Sistemas y Servicios de Salud.

Entendemos que es fundamental la promoción de una cultura de análisis de la información en todos los niveles organizacionales del sistema de salud, ya que resulta esencial como instrumento para la vigilancia y toma de decisiones en salud pública. Un sistema de información hace que este documento se convierta en una herramienta de gestión municipal basada en evidencias para la identificación de necesidades, la movilización de recursos, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones en torno a la política pública local.

La labor que protagoniza la Sala de Situación de Salud Local (SSSL) cobra importancia comunitaria cuando el análisis permite la democratización de la información sanitaria con actividades que posibilitan ampliar la difusión de la información a la población. Dicho espacio es accesible a través de la página web del Municipio siendo de acceso público a toda la comunidad. [1]

A continuación, damos lugar a la lectura y análisis de los indicadores que miden la realidad local del año 2016 ampliándose en el mismo las tendencias de los últimos años, aprovechamos esta instancia para agradecer a los y las profesionales del Centro de Salud N° 3 de Villa Argentina y a los referentes del Programa Comunidades y Municipios Saludables con quienes se socializa y se debate el presente documento con miras a mejorar las políticas de prevención de la salud en nuestra ciudad.

EQUIPO DE SALUD COMUNITARIA – MARCOS JUAREZ

PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS

[1] http://www.mmj.gob.ar/webmj/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=315

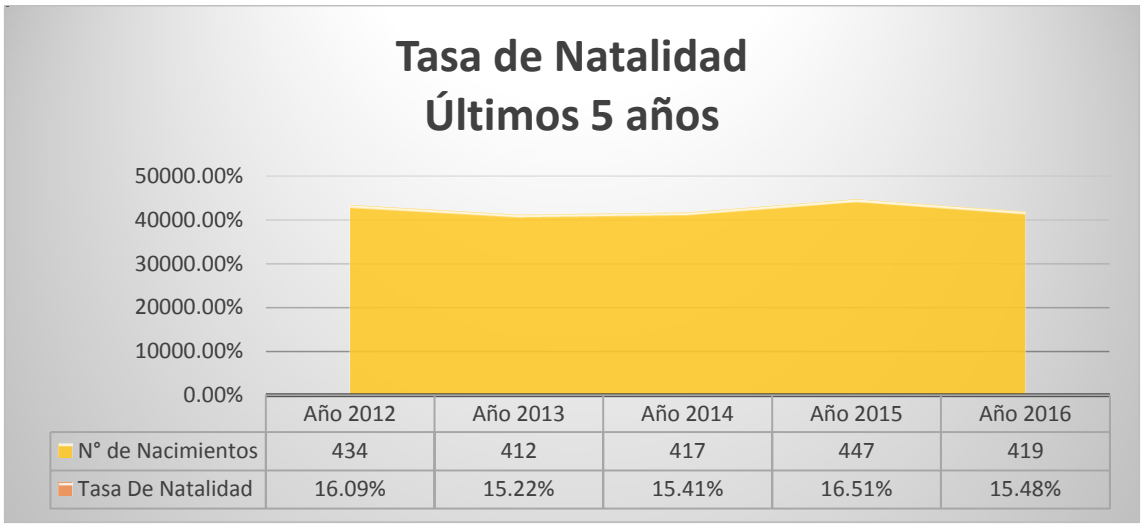
TASA DE NATALIDAD

Nacidos Vivos Año 2016: 419/27071*1000

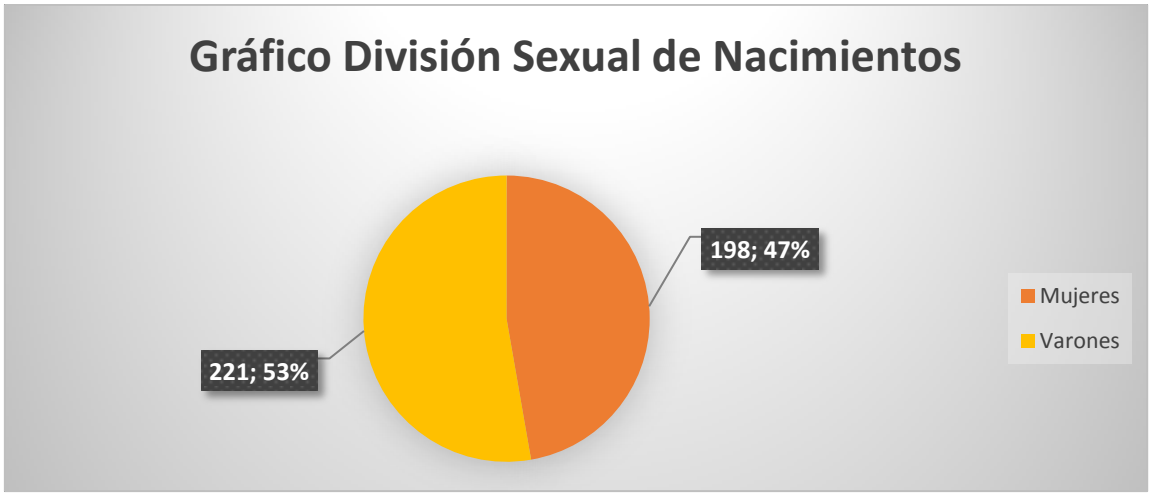
	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Tasa De Natalidad	16,09%	15,22%	15,41%	16,51%	15,48%
N° de Nacimientos	434	412	417	447	419
N° y % de Nacimientos De Madres Adolescentes Hasta 15 Años	5 1,15%	6 1,46%	9 2,16%	3 0,67%	7 1,67%
N° y % de Nacimientos de Padres Adolescentes hasta 15 años					1 0,24%
N° y % de Nacimientos De Madres Adolescentes Hasta 19 Años	54 12,44%	62 15,05%	61 14,63%	60 14,09%	59 14,08%
N° y % de Nacimientos de Padres Adolescentes Hasta 19 años					16 3,82%[2]
N° y % de Recién Nacidos con Bajo Peso Al Nacer <2500 Kgrs.	17 3,92%	26 6,31%	24 5,76%	29 6,49%	35 8,35%
N° de Recién Nacidos Con Bajo Peso Al Nacer De Madres Adolescentes < 2500 Kgrs.	1 0,002%	4 0,97%	2 0,48%	9 2,01%	7 1,67%
N° de Recién Nacidos con muy bajo peso al nacer y/o Prematuros <1500 Kgrs.			1 0,24%	2 0,45%	6 1,43%
N° de Recién Nacidos con muy bajo peso al nacer y/o Prematuros de adolescentes <1500 Kgrs.			0 0%	1 0,23	3 0,07%

[2] Se han identificado 17 padres adolescentes, 29 padres jóvenes entre 20-31 años y 14 que no se han registrado.

Desde el año 2016 se comienza a registrar la edad de los padres de los recién nacidos vivos a modo de complementar la información del embarazo adolescente para no caer en análisis reduccionistas que depositan solo en la mujer la responsabilidad de los cuidados parentales.

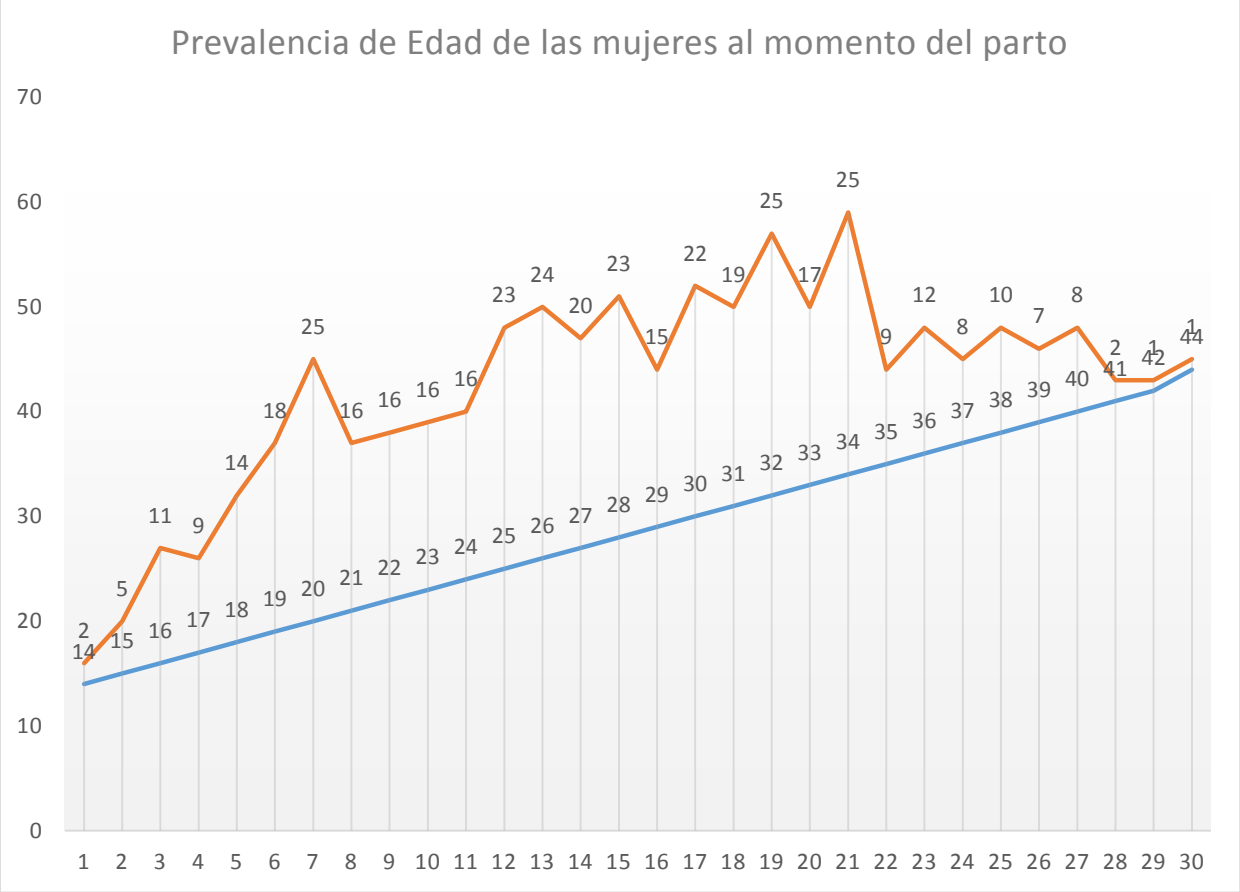


	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
N° de Nacimientos	434	412	417	447	419
Tasa De Natalidad	16.09%	15.22%	15.41%	16.51%	15.48%



La tasa de natalidad da el número promedio anual de nacimientos durante un año por cada 1000 habitantes, también conocida como tasa bruta de natalidad. Esta variable suele ser el factor decisivo para determinar la tasa de crecimiento de la población. Depende tanto del nivel de fertilidad y de la estructura por edades de la población.

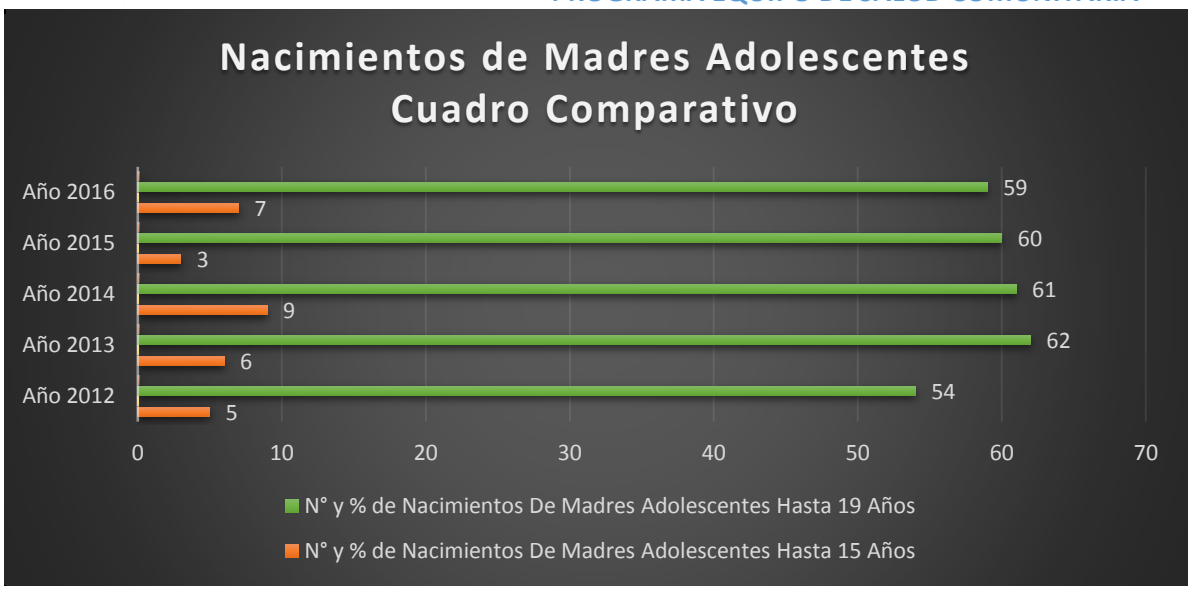
La tasa de natalidad demuestra un descenso en los nacimientos producidos durante el año 2016 respecto de los anteriores, siendo el mismo de 1,03 de diferencia, similar con los datos del año 2013 y 2014. En la misma se demuestra que en la división biológica de la sexualidad se evidencia un porcentaje mayor de varones que de mujeres.

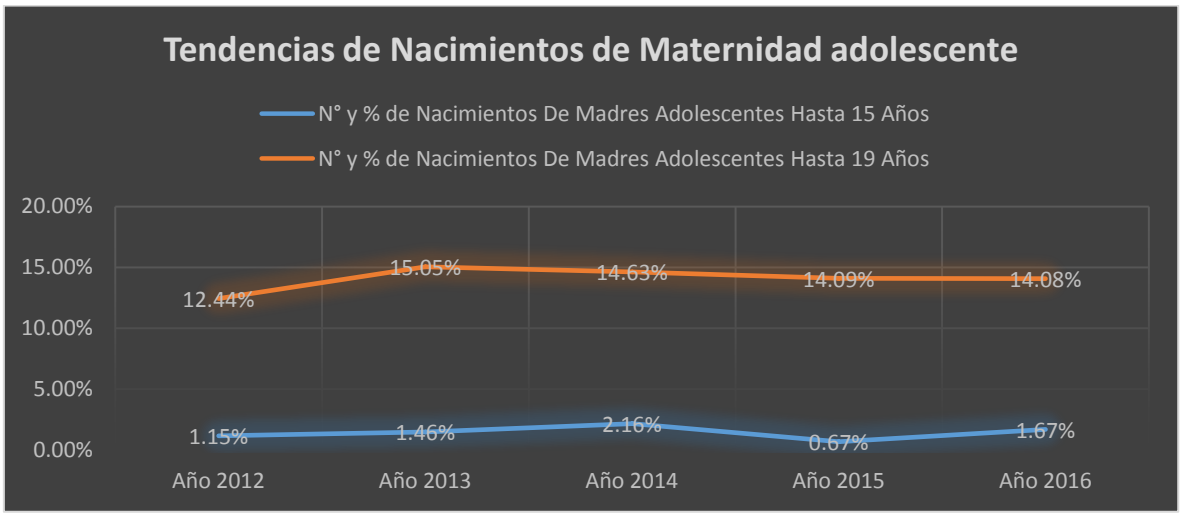


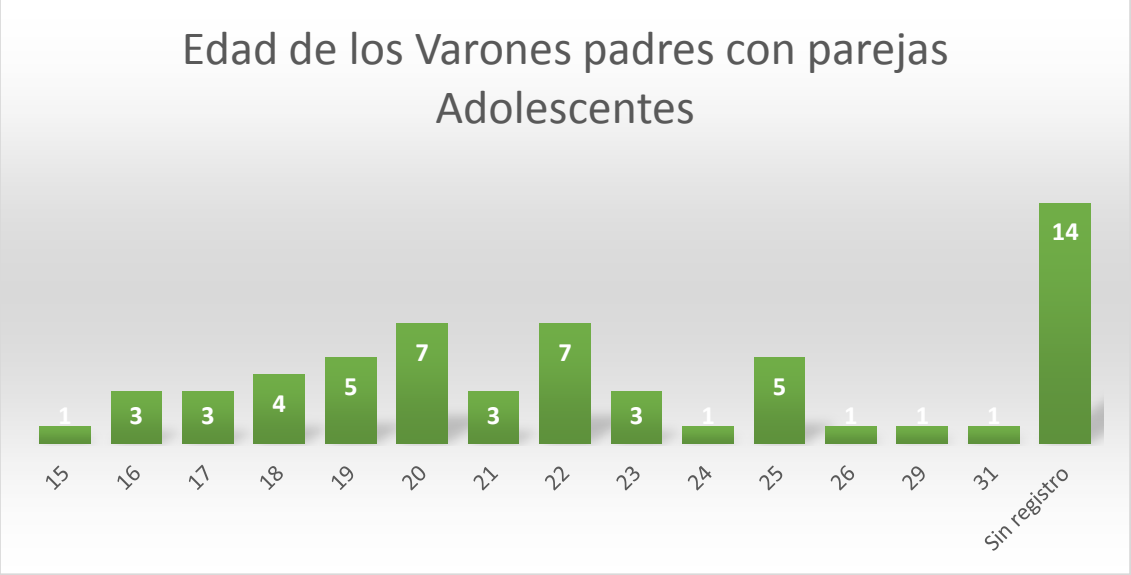
Como muestra el presente gráfico se evidencian las edades de las mujeres marcosjuarences al momento de parir. En el mismo se visualiza que las tendencias están marcadas a los 20 asumiendo una prevalencia entre los 25 y 34 años como edades de mayor reproducción familiar.

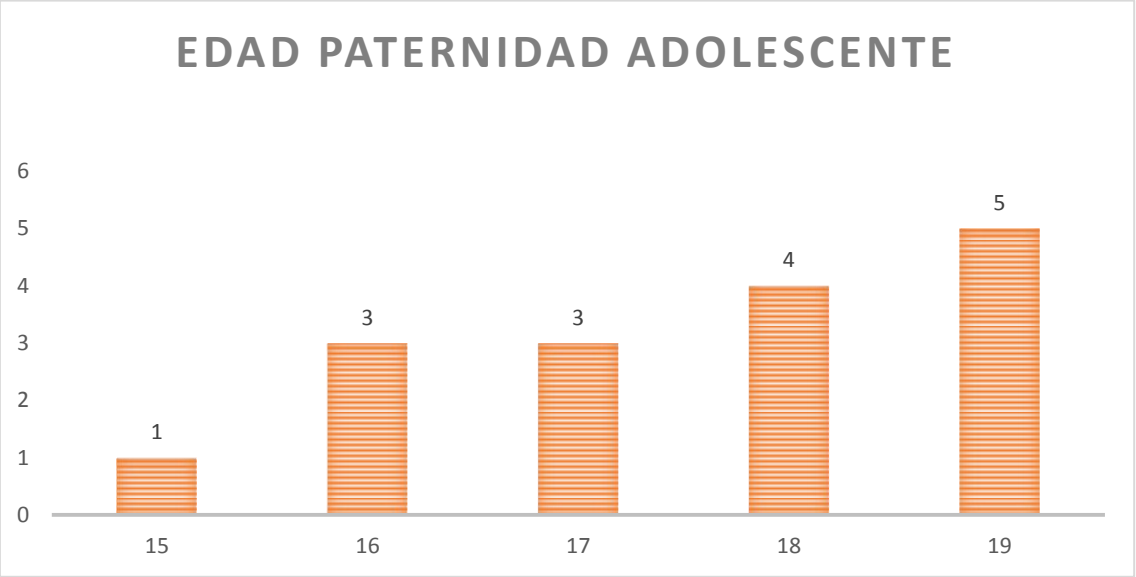
En este sentido se demuestra la tendencia hacia una maternidad cada vez más tardía y a tener un menor número de hijos e hijas, aunque dicho análisis es diferente a pensarlo en edades más tempranas. Se puede inducir que la franja etaria entre 25 y 34 años esté asociada al periodo de mayor acomodamiento social en cuanto a la finalización de estudios de nivel terciario o universitario, estabilidad laboral, independencia económica, viajes asi como la conformación de estructuras familiares, entre otras posibilidades.

En el gráfico también se muestra las mujeres mayores de 40 años que en el año 2016 han transitado por partos siendo 12 en total.


Nacimientos de Madres Adolescentes
Cuadro Comparativo
Año 2016
Año 2015
Año 2014
Año 2013
Año 2012
59
7
60
3
61
9
62
6
54
5
0
10
20
30
40
50
60
70
N° y % de Nacimientos De Madres Adolescentes Hasta 19 Años
N° y % de Nacimientos De Madres Adolescentes Hasta 15 Años


Tendencias de Nacimientos de Maternidad adolescente
N° y % de Nacimientos De Madres Adolescentes Hasta 15 Años
N° y % de Nacimientos De Madres Adolescentes Hasta 19 Años
20.00%
15.00%
10.00%
5.00%
0.00%
12.44%
15.05%
14.63%
14.09%
14.08%
1.15%
1.46%
2.16%
0.67%
1.67%
Año 2012
Año 2013
Año 2014
Año 2015
Año 2016





*En la **Argentina** hay 700 mil nacimientos por año. El **16%** proviene de madres adolescentes de entre **15 y 19 años** (en algunas provincias equivale al 25%) y más de 3000 son de niñas de 10 a 13 años. El **69%** de esas mujeres adolescentes **no planearon ese embarazo** (SIP 2010).*

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los y las adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una

construcción histórica y de un proceso social. En la adolescencia, el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social.

La transmisión de imágenes negativas de la relación maternidad-paternidad adolescente podría debilitar aún más la moral de los y las adolescentes, típicamente retratados en las noticias y en otros medios de comunicación como violentos o delictivos, con hábitos no saludables, entre otros. El rol de los medios de comunicación es clave para apoyar e informar a la sociedad, en particular a las familias, sobre las controversias alrededor del embarazo adolescente y la brecha que existe entre la información y el apoyo que necesitan.

Es necesario remarcar que existen además diferencias en los valores de la cultura mayoritaria y aquellos que constituyen las minorías, por ejemplo comunidades indígenas y/o poblaciones rurales se ven fuertemente vulnerables.

En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años. Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.

En Marcos Juárez, ha descendido mínimamente el indicador en un 0,01% siendo el valor de 14,08% pero han aumentado los nacimientos en adolescentes menores de 15 años respecto del año anterior no llegando a equipararse con el año 2014 donde este indicador fue superado. La tasa de fecundidad adolescente es un indicador que muestra la probabilidad de embarazo en esta población y puede analizarse según dos franjas etarias: adolescencia precoz (10 a 15 años) o adolescencia tardía (16 a 19 años).

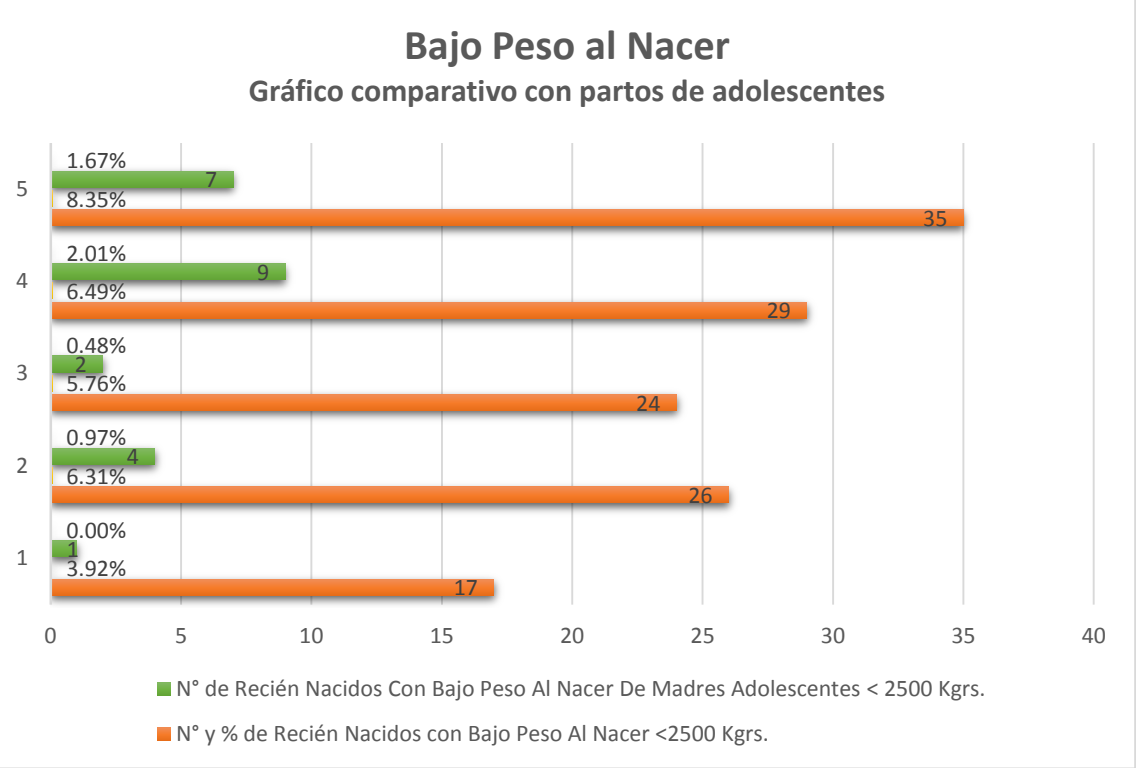
Respecto a los varones desde una perspectiva que mide a los nacimientos de adolescentes con mirada en la igualdad de género y corresponsabilidad en el ejercicio de la parentalidad, se observan que solo 1 varón en edad precoz (15 años) ha protagonizado la paternidad, mientras que entre los 16 y 19 años son 15 los jóvenes que transitan dicha situación. En este sentido el resto de los padres se dividen entre los 20 y 31 años siendo el total de 29 mientras que 14 mujeres adolescentes han registrado los nacimientos sin el reconocimiento del varón.

El abordaje del embarazo en la adolescencia requiere de una desagregación del concepto para ofrecer respuestas acordes a cada situación y con una mirada integral que contemple tanto la

educación en salud sexual y reproductiva para proporcionar información objetiva e integral acerca de los métodos anticonceptivos, cubrir los vacíos de conocimiento acerca de su uso correcto y los efectos secundarios típicos, para mejorar su comprensión respecto del método y las posibles consecuencias del uso incorrecto. La disponibilidad de escuelas inclusivas y de maternidades seguras que garanticen una atención de calidad para el control prenatal y el parto son también fundamentales para evitar el abandono escolar o complicaciones por riesgos en el embarazo, parto y puerperio.

En este sentido, Argentina dispone de un marco legislativo y programático favorable para garantizar el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad (Ley 26.061) (Ley 25.673). La implementación de un programa de Educación Sexual Integral en las escuelas (Ley 26.150) y el derecho a la educación en las adolescentes durante el embarazo y lactancia (Leyes 25.808 y 25.273) también estarían garantizados. Para el caso del embarazo en la adolescencia precoz es importante considerar, también, que para la ley Argentina la ocurrencia de un embarazo en adolescentes por debajo de la edad de consentimiento sexual habilita a la implementación de las acciones definidas para la atención de abortos no punibles.

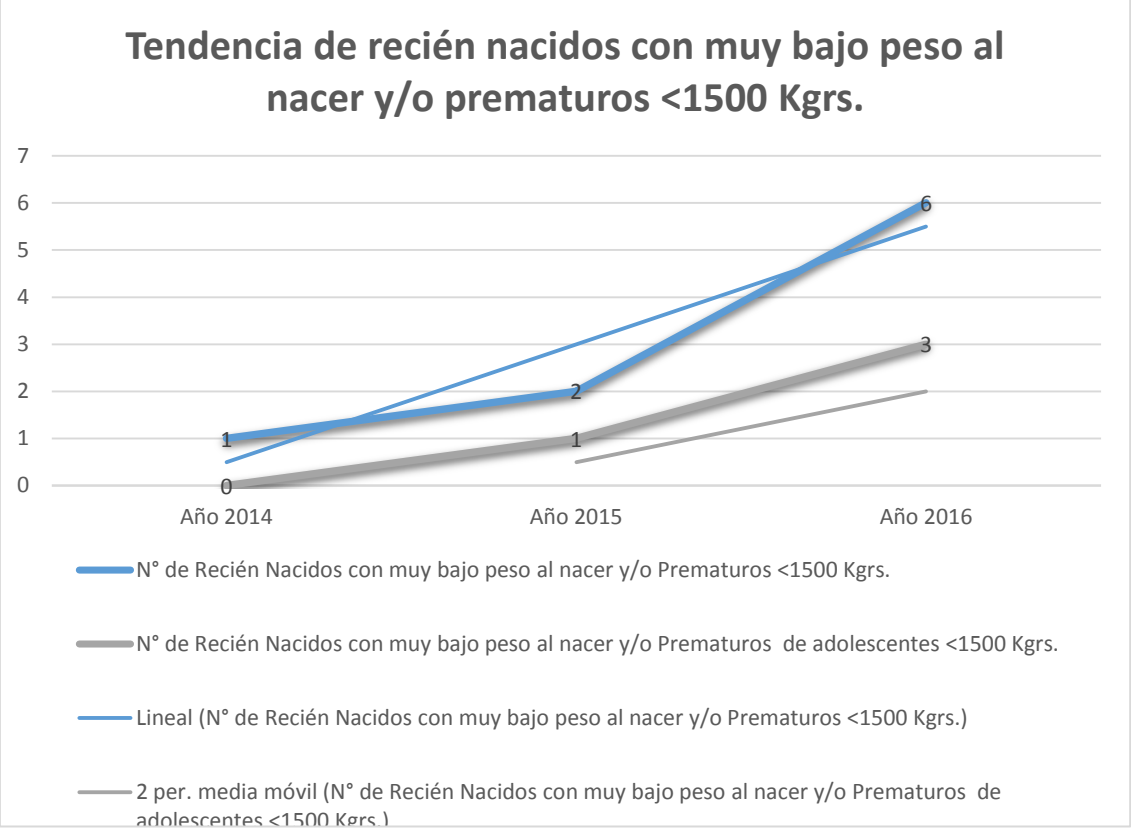
El ejercicio de los derechos ciudadanos de los y las adolescentes pasa por expresiones culturales que les son específicas. Es a través de ellas que los y las adolescentes hacen escuchar su voz y manifiestan su percepción del mundo. El enfoque de derechos nos lleva a concebir la política pública ya no como estrictamente gubernamental, sino concertada entre diferentes actores sociales. Sin embargo, si las políticas no atienden a las poblaciones minoritarias con necesidades específicas, éstas permanecerán en situaciones de desventaja que les impedirán acceder y beneficiarse de las políticas universales de protección de sus derechos.



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el bajo peso al nacer se da cuando un/una recién nacido pesa menos de 2,500 g al nacer.

Por lo general, recién nacidos prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay quienes que nacen a término, pero con bajo peso por problemas con su crecimiento intrauterino.

En el gráfico se observa la existencia de un aumento en el año 2016 de partos con peso menor al estipulado y una disminución en lo que respecta a recién nacidos de madres adolescentes.



En lo que respecta a recién nacidos con muy bajo peso al nacer y/o prematuros en función de las semanas de gestación cuando se produce el nacimiento se evidencia un aumento significativo en el año 2016 respecto de los años anteriores, marcándose una tendencia creciente tanto en las mujeres adultas como en las adolescentes.

El parto pretérmino es un problema de gran magnitud, tanto para la salud pública de nuestro país como a nivel mundial. La cuestión trasciende lo sanitario, con un gran impacto social y económico, e influencia sobre la familia y sobre la sociedad. Anualmente se producen en el mundo 15 millones de nacimientos pretérmino, que representan más del 10% del total de nacidos.

Esto constituye el principal determinante de morbilidad y mortalidad neonatal, con consecuencias para la salud a largo plazo.

Gran parte de estos recién nacidos (RN) requieren cuidados especiales de alto costo para los sistemas de salud y con un alto costo social para sus familias.

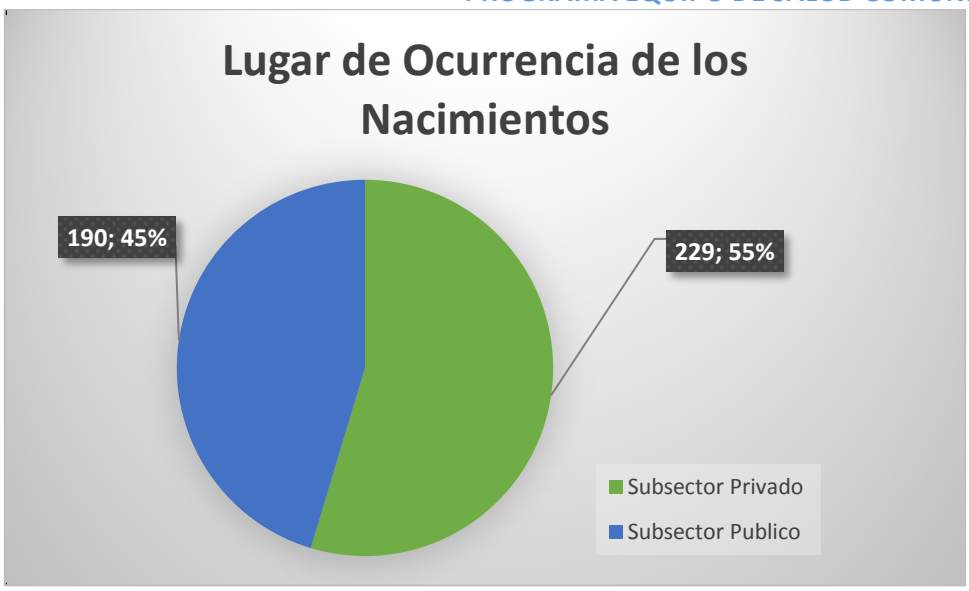
La prematurez es la principal causa de mortalidad neonatal.

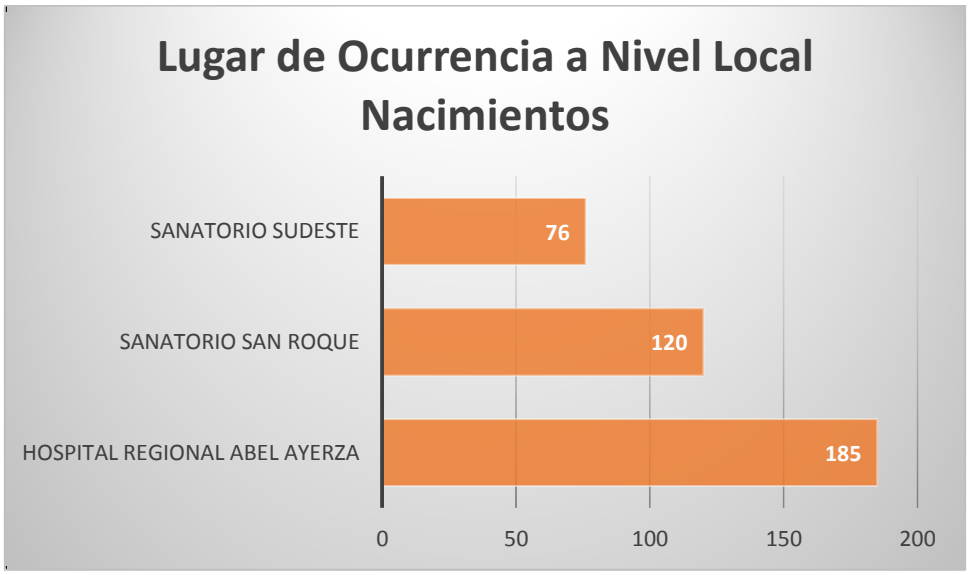
Las acciones de prevención del Parto pretérmino deben desplegarse en tres niveles:

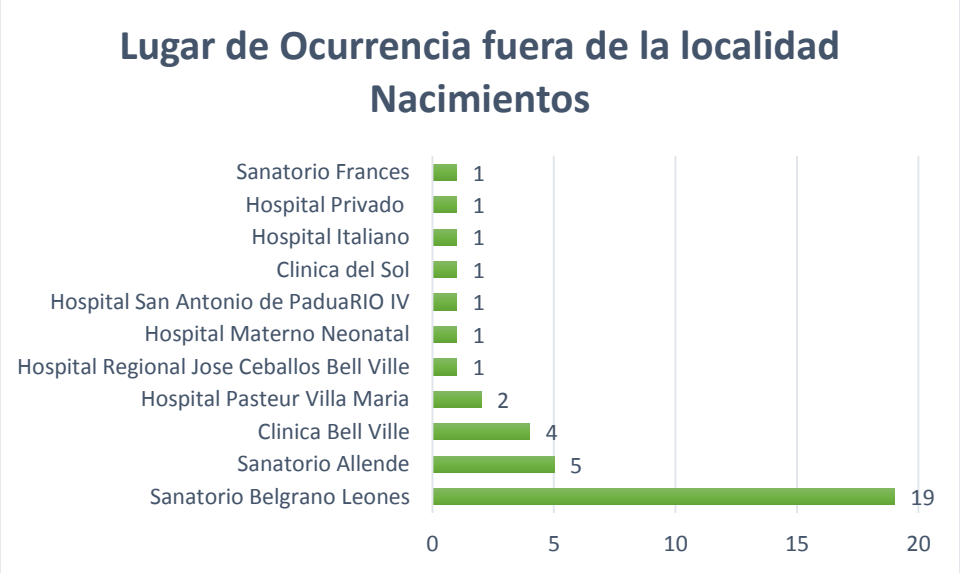
Prevención primaria: Se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir factores de riesgo en la población general sin antecedentes de nacimiento pretérmino (NP). Las intervenciones se desarrollan en la etapa preconcepcional o en el embarazo. Amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas

Prevención secundaria: Son acciones tempranas de diagnóstico y prevención de enfermedades recurrentes en personas con riesgo demostrado. Es decir, en aquellas pacientes que ya presentaron un embarazo con uno o más nacimientos prematuros, o que presentan otros factores de riesgo.

Prevención terciaria: Son las acciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad después de que se ha producido el daño. Es decir, una vez que se ha desencadenado una amenaza de PP o un trabajo de PP.


Lugar de Ocurrencia de los Nacimientos
190; 45%
229; 55%
Subsector Privado
Subsector Publico

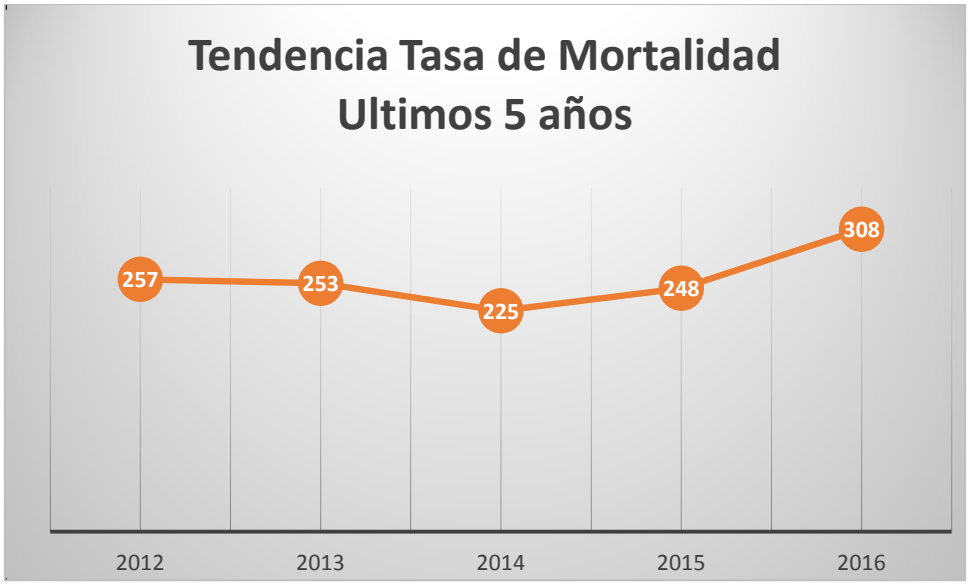

Lugar de Ocurrencia a Nivel Local Nacimientos
SANATORIO SUDESTE
76
SANATORIO SAN ROQUE
120
HOSPITAL REGIONAL ABEL AYERZA
185
0
50
100
150
200

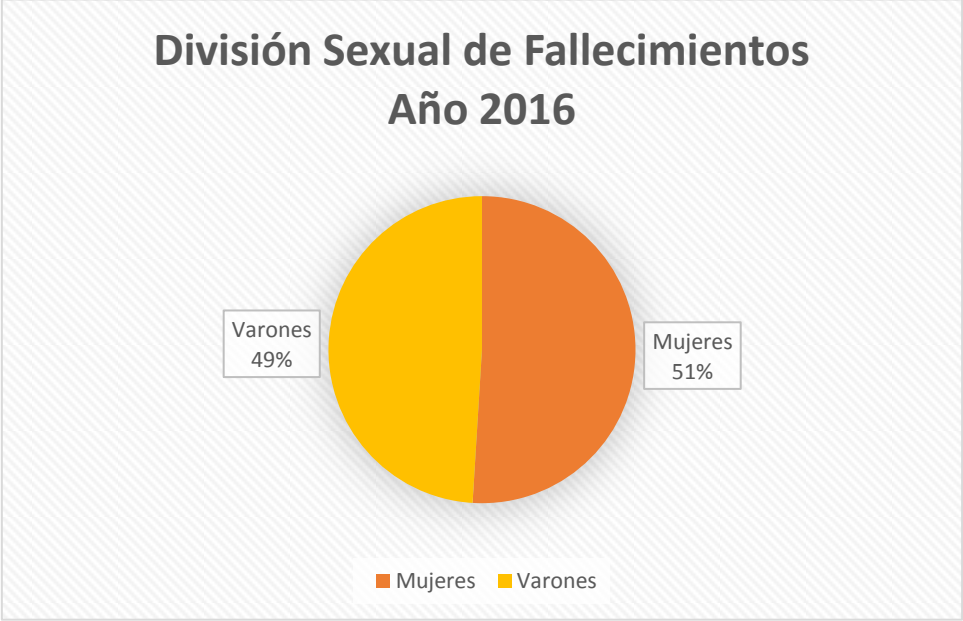

Lugar de Ocurrencia fuera de la localidad Nacimientos
Sanatorio Frances 1
Hospital Privado 1
Hospital Italiano 1
Clinica del Sol 1
Hospital San Antonio de PaduaRIO IV 1
Hospital Materno Neonatal 1
Hospital Regional Jose Ceballos Bell Ville 1
Hospital Pasteur Villa Maria 2
Clinica Bell Ville 4
Sanatorio Allende 5
Sanatorio Belgrano Leones 19
0
5
10
15
20

TASA DE MORTALIDAD

Tasas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Provincia	Nación
Tasa bruta de mortalidad general	8,94%°	9,49%	9,49%	9,35%°	8,31%°	9,16%°	308/27071* 1000: 11,38%	8%	7,36%
Tasa de Mortalidad Fetal				2,43% *1000	2,92% *1000	4,47%°	2/419: 4,77%°		
Tasa de mortalidad neonatal (antes de los 7 dias)	4% * 1000	5% * 1000	6,91% * 1000	4,85% * 1000	11,7%°	8,95%°	4/419: 9,55%°	7,20%	7,60%
Tasa de mortalidad post neonatal	6% * 1000	5%* 1000	4% * 1000	2,43% * 1000	0%°	6,71%°	1/419: 2,39%°	3,6%	4,10%
Tasa de mortalidad materna	0% * 1000	0%* 1000	0% * 1000	0% * 1000	0%°	0%°	0%	1,9%	4%
Tasa de mortalidad infantil	1% * 1000	0% * 1000	0% * 1000	0% * 1000	2,92%°	15,66%°	0	9,6%	10,8%
Tasa de mortalidad en jóvenes (15 a 24 años).	0% * 1000	4% * 1000	0,75% * 1000	0% * 1000	1,21%°	0,97%°	1/4137*1000: 0,24%	Sin datos	Sin datos
Tasa de mortalidad adulta.	11,4% * 1000	11,7% * 1000	12,1% * 1000	14,95% * 1000	12,85%°	14,23%°	300/16654* 1000: 18,01%	Sin datos	Sin datos

La tasa de mortalidad general es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo (usualmente expresada en tanto por mil por año, ‰).





En el año 2016 se evidencia un crecimiento en la tendencia de muertes registradas, aumentando 50 muertes más que el año anterior. En este sentido la división sexual de fallecimientos marca que han fallecido más mujeres que varones.

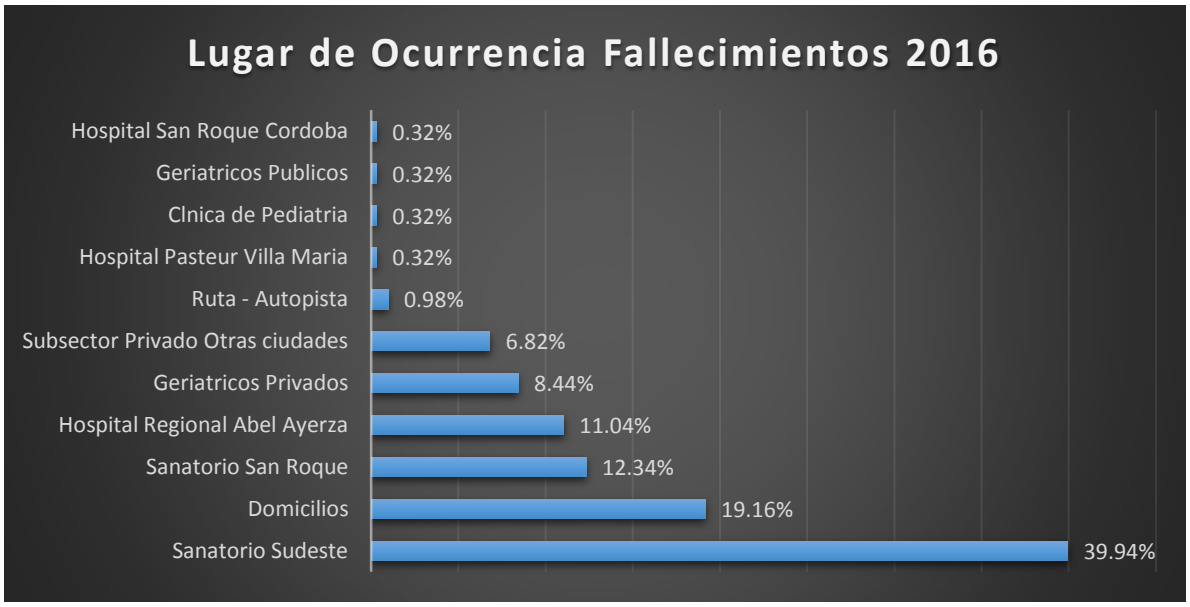
La esperanza de vida al nacer es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantuvieran constantes. Es uno de los indicadores de la calidad de vida más comunes, aunque resulta difícil de medir.

En el presente gráfico se marca la tendencia más significativa entre los 75 y 84 años comenzando a disminuir la curva levemente entre la franja etaria de 85 a 94 años hasta el final entre 95 a 102 que fue la edad más avanzada que falleció la persona en nuestra ciudad.

En torno a la división sexual de las muertes se establece que las mujeres viven más años que los varones lo cual se explicita en el cuadro que se muestra a continuación:

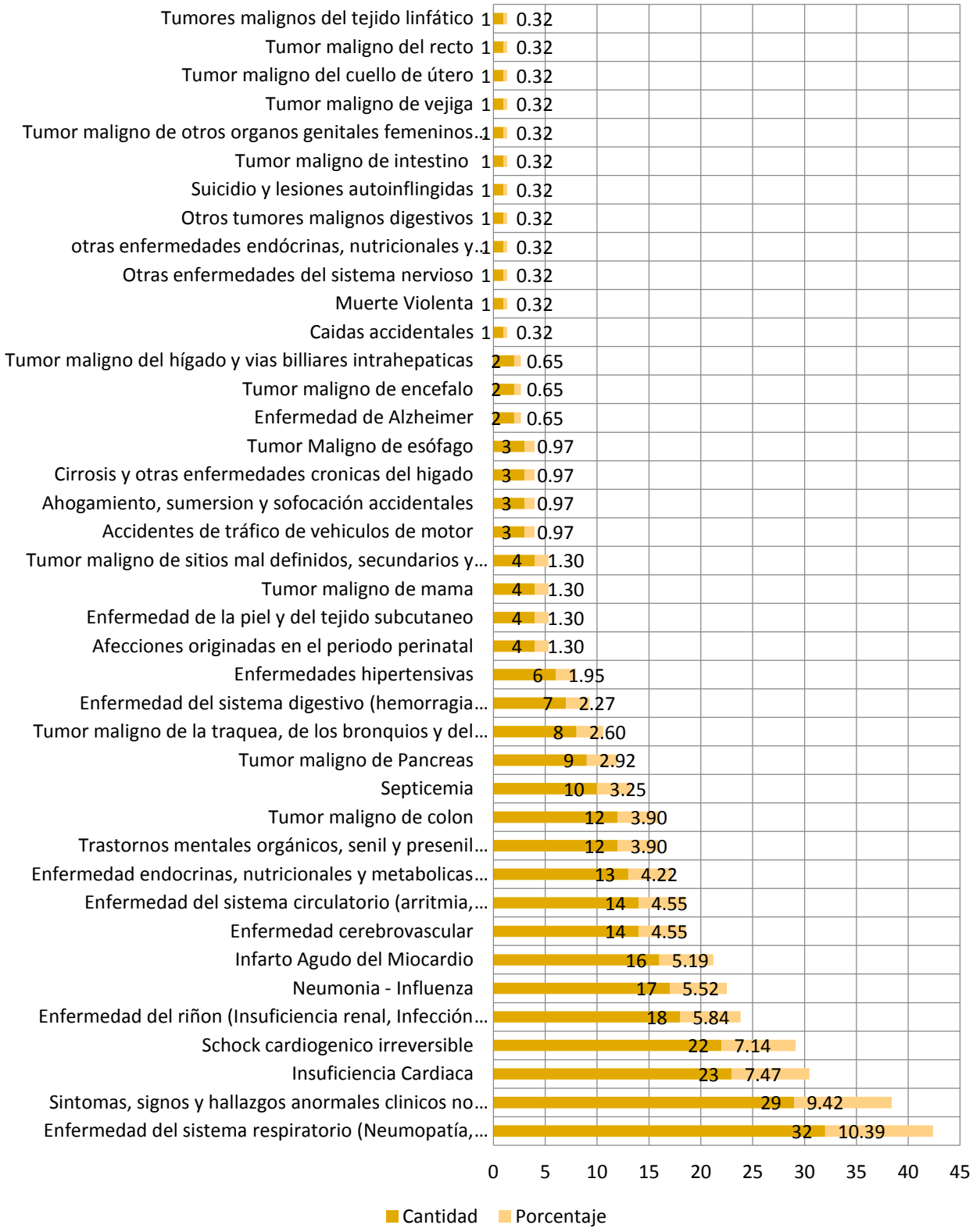
Franja etaria	***Mujeres***	***Varones***
95 a 102	*8*	*2*
85 a 94	*53*	*34*
65 a 74	*50*	*47*
51 a 64	*21*	*34*
40 a 50	*12*	*21*

25 a 39	*6*	*5*


Lugar de Ocurrencia Fallecimientos 2016
Hospital San Roque Cordoba
0.32%
Geriatricos Publicos
0.32%
Clnica de Pediatria
0.32%
Hospital Pasteur Villa Maria
0.32%
Ruta - Autopista
0.98%
Subsector Privado Otras ciudades
6.82%
Geriatricos Privados
8.44%
Hospital Regional Abel Ayerza
11.04%
Sanatorio San Roque
12.34%
Domicilios
19.16%
Sanatorio Sudeste
39.94%

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE CLASIFICACION SEGÚN CIE-10 Y SU CORRESPONDENCIA CON LA CIE-9	Personas	%
Enfermedad del sistema respiratorio (Neumopatía, Epoc, Insuficiencia Respiratoria)	32	10,39
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos no clasificados en otra parte (PCR, Enfermedad, Falla Multiorgánica)	29	9,42
Insuficiencia Cardiaca	23	7,47
Shock cardiogénico irreversible	22	7,14
Enfermedad del riñón (Insuficiencia renal, Infección Urinaria)	18	5,84
Neumonía - Influenza	17	5,52
Infarto Agudo del Miocardio	16	5,19
Enfermedad cerebrovascular	14	4,55
Enfermedad del sistema circulatorio (arritmia, fibrilación ventricular, cardiopatía)	14	4,55
Enfermedad endocrina, nutricionales y metabólicas (Diabetes)	13	4,22
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil (Senescencia, Demencia senil, esclerosis)	12	3,90
Tumor maligno de colon	12	3,90
Septicemia	10	3,25
Tumor maligno de Páncreas	9	2,92
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	8	2,60
Enfermedad del sistema digestivo (hemorragia digestiva, pancreatitis)	7	2,27
Enfermedades hipertensivas	6	1,95
Afecciones originadas en el periodo perinatal	4	1,30
Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	4	1,30
Tumor maligno de mama	4	1,30
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	4	1,30
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	3	0,97
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	3	0,97
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3	0,97
Tumor Maligno de esófago	3	0,97
Enfermedad de Alzheimer	2	0,65
Tumor maligno de encéfalo	2	0,65
Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepaticas	2	0,65
Caídas accidentales	1	0,32
Muerte Violenta	1	0,32
Otras enfermedades del sistema nervioso	1	0,32
otras enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	1	0,32
Otros tumores malignos digestivos	1	0,32
Suicidio y lesiones autoinflingidas	1	0,32
Tumor maligno de intestino	1	0,32
Tumor maligno de otros órganos genitales femeninos (Endometrio)	1	0,32
Tumor maligno de vejiga	1	0,32
Tumor maligno del cuello de útero	1	0,32
Tumor maligno del recto	1	0,32
Tumores malignos del tejido linfático	1	0,32

CAUSAS DE MORTALIDAD BRUTA
AÑO 2016



Las tasas de mortalidad por causas muestran que dentro de las 10 primeras causas de muerte en la localidad se debieron a Enfermedades No Transmisibles, representando mayores riesgos de mortalidad que las enfermedades transmisibles. Estas diferencias también se encuentran en el análisis por sexo, siendo las insuficiencias cardíacas, las enfermedades endocrinas y de metabolismos, los accidentes cerebrovasculares y los infartos de miocardio, las primeras causas de muerte tanto para hombres como para mujeres.

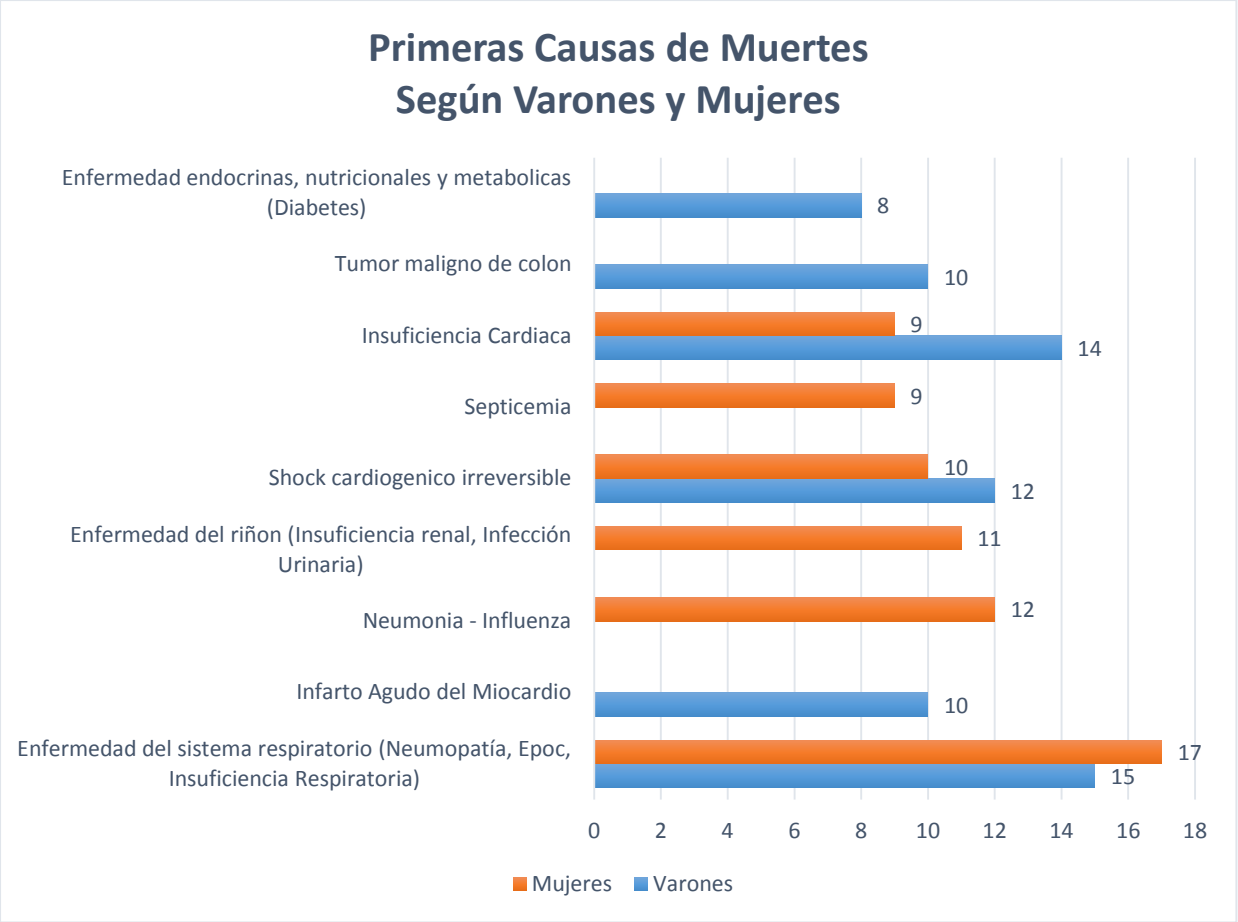
Se resalta como primera causa las enfermedades del sistema respiratorio encontrándose dentro de las 10 primeras las neumonías.

Los datos presentados muestran que la carga de enfermedad y mortalidad atribuida a Enfermedades No Transmisibles (ENT) (enfermedades cardiovasculares, tumores y lesiones) está en aumento.

Entre los Factores de Riesgo para las enfermedades No transmisibles que aumentaron su prevalencia en la provincia de Córdoba en el período 2005-2009 se encuentran: actividad física baja, consumo de tabaco, sobrepeso (IMC >25 y <30), obesidad (IMC ≥30) y presión arterial elevada.

Cabe destacarse que se evalúa un descenso en las muertes por accidentes de tránsito, identificándose solo 1 joven ya que los traumatismos involuntarios provocados por accidentes de tránsito son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes (10 a 19 años) en los países de ingresos medio-altos. Por ello es necesario reforzar los mecanismos de prevención tanto, el uso de cinturón de seguridad (siempre) y uso de casco (siempre) como en la educación de la seguridad vial.

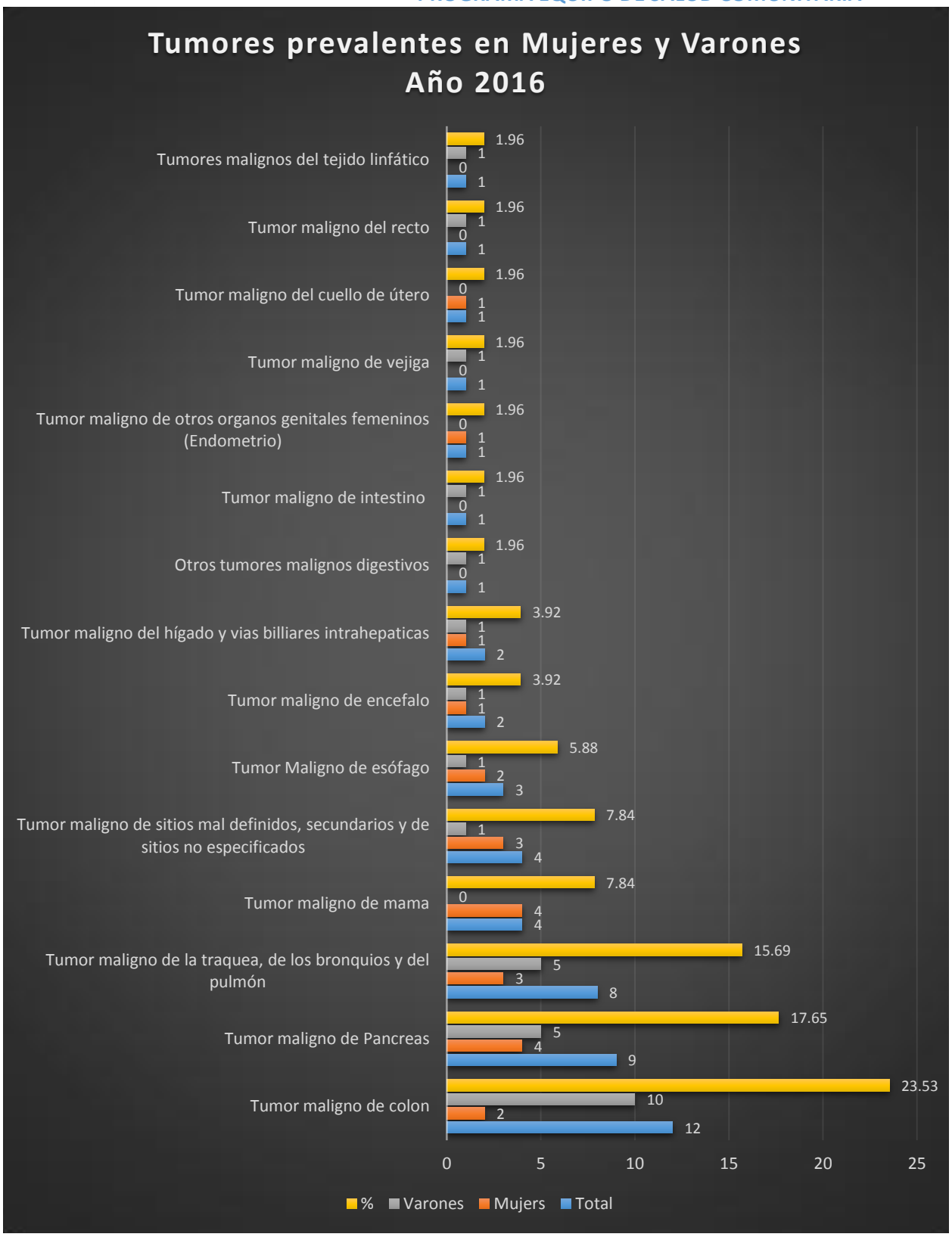
Ampliando el análisis se realiza un cuadro comparativo entre mujeres y varones en relación a las 10 primeras causas de muertes donde las enfermedades respiratorias son más prevalentes en mujeres que en varones. El consumo de tabaco y el uso de combustibles sólidos para cocinar son los principales factores de riesgo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) – una afección potencialmente mortal– en la mujer. Una tercera parte de la carga total de mortalidad y morbilidad por esta causa en las mujeres se debe a la exposición en espacios interiores al humo producido al cocinar a fuego abierto o con hornillos y cocinas ineficientes.

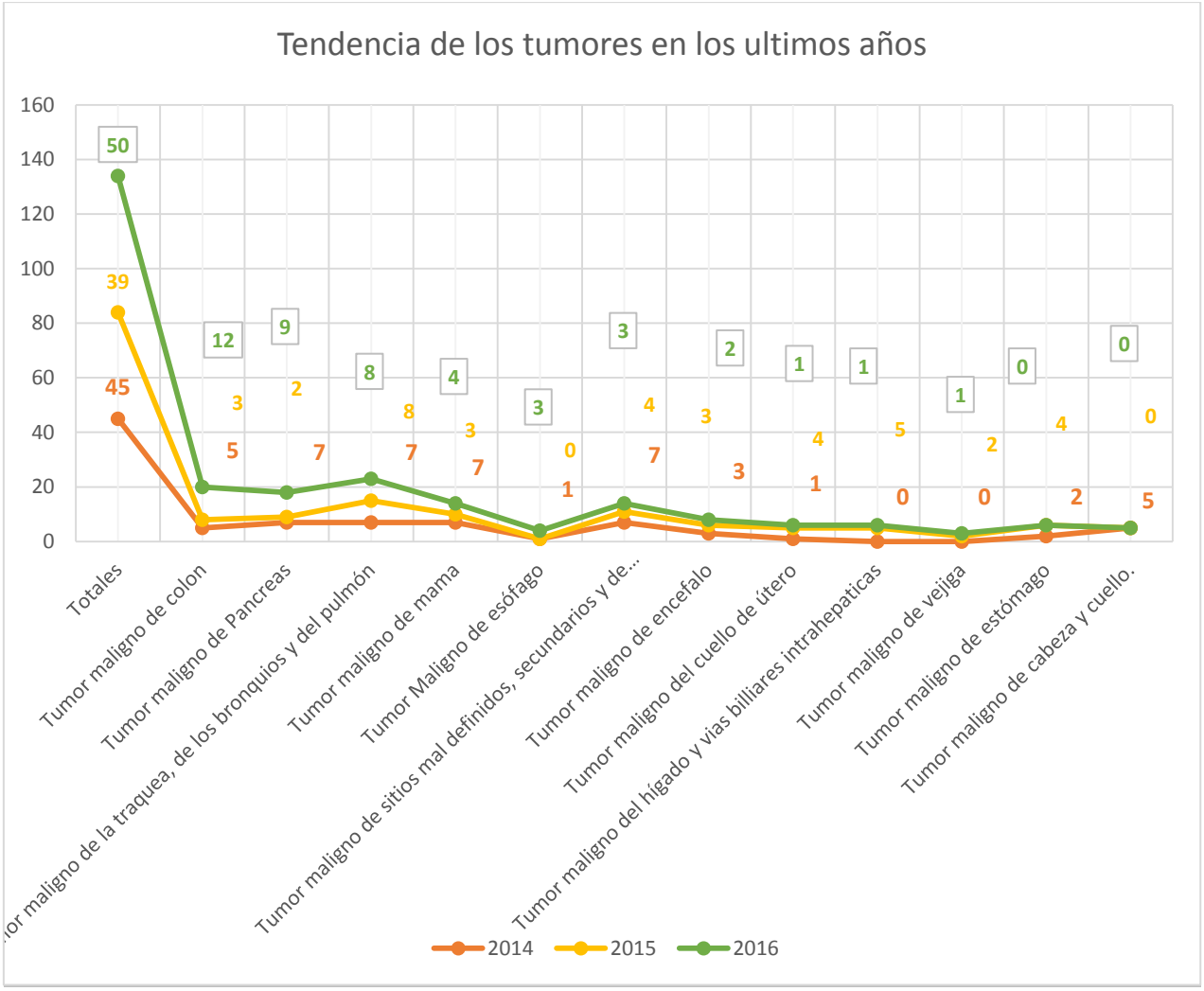


En cuanto a los varones los ataques cardíacos, es tam*bién una de las principales causas de muerte.*

Las enfermedades renales y las septicemias afectan más a las mujeres que a los varones, mientras que las endócrinas y metabólicas, entre ellas la Diabetes, son los varones quienes padecen sus consecuencias.

Como se analizará en el cuadro siguiente no es menor resaltar que el cáncer de colon ha afectado en mayor proporción a varones que a mujeres.


Tumores prevalentes en Mujeres y Varones
Año 2016
Tumores malignos del tejido linfático
1.96
1
0
1
Tumor maligno del recto
1.96
1
0
1
Tumor maligno del cuello de útero
1.96
0
1
1
Tumor maligno de vejiga
1.96
1
0
1
Tumor maligno de otros organos genitales femeninos (Endometrio)
1.96
0
1
1
Tumor maligno de intestino
1.96
1
0
1
Otros tumores malignos digestivos
1.96
1
0
1
Tumor maligno del hígado y vias billiares intrahepaticas
3.92
1
1
2
Tumor maligno de encefalo
3.92
1
1
2
Tumor Maligno de esófago
5.88
1
2
3
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados
7.84
1
3
4
Tumor maligno de mama
7.84
0
4
4
Tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón
15.69
5
3
8
Tumor maligno de Pancreas
17.65
5
4
9
Tumor maligno de colon
23.53
10
2
12
0
5
10
15
20
25
% Varones Mujers Total



El cáncer presenta un amplio entramado de determinantes tanto del orden genético como ambiental. Comparte con las principales enfermedades crónicas no transmisibles algunos factores de riesgo relacionados con el comportamiento. En el gráfico que antecede se evidencia un aumento de las muertes causados por tumores malignos respecto de los años anteriores.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles (ENFR) releva cada cuatro años desde 2005 los principales factores de exposición para este grupo de enfermedades.

Se consideran como principales factores:

- *bajo consumo de frutas y hortalizas*
- *inactividad física*
- *alto índice de masa corporal*
- *consumo de tabaco*
- *ingesta excesiva de alcohol*

Se calcula que el aumento del consumo de frutas y verduras podría reducir la carga mundial de morbilidad por cáncer de esófago, estómago, pulmón y colon-recto, en un 20, 19%, 12% y 2%, respectivamente.

En el gráfico se visualiza que el cáncer de colon afecta mayoritariamente a varones (10) que a las mujeres (2) siendo el principal tumor maligno que causa la muerte en nuestra localidad. Está comprobado que afecta a personas mayores de 50 años informando que se prioricen aquellas que tienen al menos un familiar con antecedente, así como aquellas personas que tienen diagnóstico de colitis o enfermedad de Crohn. Los estudios preventivos mediante test de sangre y colonoscopia después de los 50 años deben ser promovidos por los equipos de salud.

Le siguen el cáncer de páncreas, cáncer de pulmón, bronquios y tráquea y en las mujeres se sostiene el indicador de muertes por cáncer de mama.

Entre otros factores puede atribuirse al exceso de peso entre el 7% y el 41% de la carga de ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando de manera significativa en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en las regiones urbanas.

Presentan mayores índices los varones, las personas entre 50 y 64 años y aquellas con menor nivel de instrucción.

El consumo de alcohol regular de riesgo a nivel nacional presentó una prevalencia en varones siendo la causa de muerte de cirrosis en un 100%.

Para prevenir el inicio de cánceres nuevos, los científicos analizan los factores de riesgo y los factores de protección. Cualquier cosa que aumenta el riesgo de cáncer se llama factor de riesgo del cáncer; cualquier cosa que disminuye la probabilidad de cáncer se llama factor protector del cáncer.

En este sentido desde los equipos de salud se insiste en los controles periódicos preventivos asi como en la promoción de factores protectores que beneficien en la salud personal de cada ciudadano/a.

A MODO DE CIERRE

Si bien este documento creemos tiene como objetivo comunicar a la ciudadanía el estado de salud de la población de Marcos Juárez, creemos que también tiene otra intención que es no dejar de ver las herramientas que tenemos cada uno para decidir sobre nuestra salud, en cuanto a la prevención y a la promoción en búsqueda de una mejora en la calidad de vida.

En función a ello, queremos remarcar que el estado municipal cuenta con 3 centros de atención primaria de la salud ubicados geográficamente distribuidos al alcance de la población y una asistencia pública con laboratorio; y el Hospital Regional Abel Ayerza que cuenta con servicios de complejidad para garantizar entre todos el derecho a la salud.

Consideramos desde nuestro lugar que la salud debe ser entendida desde los 4 determinantes: Medio Ambiente, Socio económico, Modos de Vida y Sistemas y Servicios de salud, en cuanto y en tanto cada uno de ellos debe estar contemplado al momento de determinar el estado de salud de una población.

Trabajar permanentemente en la prevención y la promoción de la salud desde una perspectiva de derechos es deber del estado en sus diferentes estratos.

Por ello analizando los siguientes datos nos queda como desafío para el presente año, priorizar la campaña de prevención del cáncer colon rectal, cáncer de mama, favorecer servicios de calidad para adolescentes buscando derribar las barreras en la accesibilidad a su salud sexual y reproductiva, trabajar en la promoción de la actividad física y alimentación saludable para prevenir causas de muertes que derivan de las enfermedades no transmisibles y continuar promocionando la salud integral de la mujer y de los y las recién nacidos.

Esperando que este documento sea apropiado por cada persona que lo lea y lo difunda quedamos a su entera discusión y mejoras en cuanto a la calidad de la información.

Gracias a cada uno de los actores que participaron de este documento.

Equipo de Salud Comunitaria – Programa Médicos Comunitarios

Equipo de Gestión – Programa Municipios y Comunidades Saludables.

MARCOS JUAREZ 2017

ANEXOS

El embarazo adolescente en números en la Argentina
Entre la población de 14 a 19 años que se manifestó como sexualmente activa el promedio de edad de iniciación sexual es 15,5 años en mujeres y 14,9 en varones.
1 de cada 6 nacimientos corresponde a una mamá adolescente.
El 65,5% de las adolescentes quedaron embarazadas por no utilizar un método anticonceptivo.
El 53% de las adolescentes que quedaron embarazadas manifestaron no buscarlo.
6 de cada 10 chicas que quedan embarazadas al momento de estudiar abandonan la escuela. Sólo un porcentaje mínimo de ellas retoma los estudios años después.
#HablarEsPrevenir
UNFPA

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud Indicadores Básicos. Argentina 2012.
- Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf
- Romero M, Abalos E, Ramos S. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del
- Milenio 5. OSSyR Marzo, 2013. http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf
- Estadísticas vitales. Información básica año 2011. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud