



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



EN
Escuela de
Nutrición | FCM

“TENDENCIAS EN EL PERFIL DE TRANSICIÓN SANITARIA DE LA ARGENTINA, EN EL PERÍODO 2005-2018”.



AUTORAS:

Cervella, Nadia Lujan

Santoni, Candela

Schiavoni, Camila

DIRECTORA: Prof. Mgter. Scruzzi, Graciela Fabiana

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN.

***“Tendencias en el perfil de la transición sanitaria
de la Argentina, en el periodo 2005-2018”***

Autoras:

Cervella, Nadia Lujan

Santoni, Candela

Schiavoni, Camila

Directora: Prof. Mgter. Scruzzi, Fabiana Graciela

Tribunal evaluador:

Dra. Mariana Butinoff.....

Lic. Silvana Rosa.....

Mgter, Scruzzi Graciela.....

Abril, 2021.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN.

“Tendencias en el perfil de transición sanitaria de la Argentina, en el período 2005-2018”.

HOJA DE APROBACIÓN

Autoras:

Cervella, Nadia Lujan	39.612.759
Santoni, Candela	39.301.255
Schiavoni, Camila	39.612.383

Tribunal de evaluación:

Dra. Mariana Butinoff.....

Lic. Silvana Rosa.....

Mgter, Graciela Scruzzi.....

Calificación:

Fecha:

Art 28º: Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.

Córdoba, 2021.

RESUMEN

“Tendencias en el perfil de transición sanitaria de la Argentina, en el período 2005-2018”.

Área temática de investigación: Epidemiología y Salud Pública

Autoras: Cervella NC, Santoni C, Schiavoni C, Scruzzi FG

Introducción: La transición sanitaria (TS) es una teoría dinámica e integral que permite el análisis de la salud de las poblaciones, a partir de las condiciones de salud y la respuesta que se da a las mismas. **Objetivo:** Caracterizar las tendencias en el perfil de transición sanitaria de la Argentina en el período 2005-2018, que sintetizen las principales diferencias entre las provincias. **Metodología:** Estudio ecológico de series temporales. Análisis exploratorio para identificar el perfil epidemiológico, de riesgo, protector, socioeconómico y de atención sanitaria en las 23 provincias de Argentina y Ciudad Autónoma de Buenos Aires; análisis inferencial mediante test t y test Kruskal-Wallis, (NC 95%), software R y R Studio. **Resultados:** Perfil Epidemiológico: descenso de TMI, RMM, TMCV, TMCE; y aumento de TMInf, Sífilis en adultos, DBT, Diarrea, Neumonía y Bronquiolitis. Perfil Sanitario: disminución de tasa de médicos y de cobertura de obra social. Perfil de Riesgos: disminución del consumo de sal, y aumento de obesidad, sobrepeso y tabaquismo. Perfil Protector, si bien se observó un aumento del consumo de frutas y verduras, este no fue significativo. Perfil Socioeconómico: disminución de la población con NBI. Las provincias del Norte tuvieron los valores más altos de TMI, RMM, TMInf, población sin cobertura de obra social y población con NBI, mientras que las ENT, sífilis en adultos, y tasa de médicos tuvieron mayor prevalencia en la región Pampeana y Patagónica. **Conclusión:** Se observa que Argentina atraviesa un ***“Modelo polarizado prolongado de transición sanitaria”***, con **superposición** de etapas y heterogeneidad entre las provincias.

Palabras claves: Transición sanitaria - Transición Epidemiológica - Transición nutricional

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
<i>Transición demográfica.....</i>	<i>9</i>
<i>Transición epidemiológica.....</i>	<i>10</i>
<i>Transición nutricional.....</i>	<i>15</i>
<i>Transición sanitaria.....</i>	<i>16</i>
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	20
DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
<i>Tipo de estudio.....</i>	<i>21</i>
<i>Población y muestra.....</i>	<i>21</i>
<i>Operacionalización de las variables.....</i>	<i>22</i>
<i>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</i>	<i>27</i>
<i>Análisis estadístico y tratamiento de datos.....</i>	<i>32</i>
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIÓN.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

INTRODUCCIÓN

Tras los diferentes análisis demográficos en los últimos 200 años en Europa, en 1971, Omran formula la teoría de la Transición Epidemiológica (TE). La misma postula el paso de un patrón de causas de muerte dominado por enfermedades infecciosas, con una alta mortalidad especialmente en las edades más jóvenes a otro dominado por enfermedades degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre, como las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte. Esta es, a grandes rasgos, la propuesta central de la TE (1-3).

La TE considera que las variaciones en ritmo e intensidad de la transición obedece inicialmente a la reducción de la mortalidad y, secundariamente, a las variaciones en la fecundidad. Para caracterizar el desarrollo histórico de la mortalidad, Omran define diferentes fases según la causa dominante, en el contexto de Europa Occidental, entre ellas la de la peste y hambrunas, la de descenso y desaparición de las pandemias y la de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre, a las que luego agrega dos más: la de la declinación de la mortalidad cardiovascular, envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes y por último la de la calidad de vida esperada para mediados del siglo XXI. Por otro lado, para los países no Occidentales, las etapas son más tardías y a las dos primeras etapas le adiciona la de la triple carga de salud. Adicionalmente, propone tres modelos básicos de TE, según la dinámica del cambio: modelo clásico, acelerado y tardío (1-4).

La Transición Nutricional (TN) es el proceso por el cual se producen cambios en el patrón dietario y en el estilo de vida, los cuales incrementan la prevalencia de sobrepeso y obesidad, con el consecuente aumento de la morbimortalidad debida a enfermedades crónicas no transmisibles. La misma acompaña la transición epidemiológica y demográfica y al igual que estas, no se desarrolla de la misma manera en cada sociedad.

Nuestro país presenta una occidentalización de la dieta, caracterizada por un aumento de la disponibilidad de alimentos procesados y de comida rápida, disminución de la actividad física de la población, lo que conlleva a una reducción del gasto energético impactando negativamente en la salud de la población (5,6).

Estas transiciones dieron lugar a la aparición de la Transición Sanitaria (TS), la cual no concibe la transición como un período cronológico unidireccional, sino que busca formular una teoría general que explique los cambios epidemiológicos a partir de tres mecanismos: la declinación de la fertilidad, los cambios en los diferentes factores de riesgo y la reducción de la letalidad de muchas enfermedades. Concretamente, su análisis del estado de la salud de las poblaciones, comprende dos dimensiones objeto de análisis: las condiciones de salud y la respuesta que se da a las mismas, incorporando de esta forma a la transición epidemiológica (TE), la transición de riesgo (TR) y transición de la atención sanitaria (TAS), así en su marco conceptual, de carácter general y dinámico incorpora no solo los conceptos mencionados por estas teorías, sino también otros pertenecientes tanto a la transición demográfica como nutricional, conformando una compleja teoría que pretende demostrar la importancia de los determinantes sociales y de comportamiento en el estado de salud de las poblaciones (1,2,4).

Partiendo de este marco conceptual, el presente estudio se propone caracterizar las tendencias en el perfil de transición sanitaria de la Argentina en el período 2005-2018, que sinteticen las principales diferencias entre las provincias.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las tendencias en el perfil de transición sanitaria de la Argentina, en el período 2005-2018, que sintetizen las principales diferencias entre las provincias?

Objetivos generales y específicos

Objetivo General: Caracterizar las tendencias en el perfil de transición sanitaria de la Argentina en el período 2005-2018, que sintetizen las principales diferencias entre las provincias.

Objetivos Específicos:

- Describir las tendencias en el perfil epidemiológico de la Argentina en el periodo 2005-2018.
- Identificar las tendencias en el perfil de atención sanitaria de la Argentina en el periodo 2005-2018.
- Identificar las tendencias en las características socioeconómicas de la Argentina en el periodo 2005-2018.
- Determinar las tendencias en el perfil de riesgos y protector para la salud de la Argentina en el período 2005-2018.

MARCO TEÓRICO

Transición demográfica

El volumen poblacional, su crecimiento y la composición por edades de la población de un país son el resultado de la dinámica de tres factores básicos: mortalidad, fecundidad y migración, por ello, para explicar la dinámica poblacional en el mediano y largo plazo, es necesario establecer un modelo interpretativo que relacione estas variables entre sí y con otras variables del desarrollo económico y social. La aceleración del crecimiento de la población, ocurrida durante los siglos XIX y XX a nivel mundial, constituyó el punto de partida de la teoría de la transición demográfica (TD) que, en sus orígenes, se derivó de la experiencia histórica de los países occidentales, especialmente de Europa, proponiendo como hipótesis fundamental la relación estrecha entre el nivel de crecimiento de una población y el desarrollo socioeconómico. Por lo tanto, la TD se entiende como una sucesión de etapas caracterizadas por reducciones en la mortalidad y en la fecundidad, las cuales son definidas mediante los indicadores sintéticos de ambas, como son la esperanza de vida al nacer (EVN), y la Tasa global de fecundidad (TGF). Esta se refleja en los análisis demográficos realizados en la década de 1940, en los que la tasa bruta de mortalidad bajó de 40% a menos de 10%, la tasa de fecundidad descendió de 50% a menos de 10% y la esperanza de vida, que aumentó de 30 a más de 70 años (1,2,7).

Entre los precursores de la TD encontramos a Thompson en 1929, quien especificó tres tipos de países con diferentes tasas de crecimiento de la población, pero no llevó su tipología más allá. En 1934 Landry desarrolló las mismas ideas postulando 3 tipos de estadios en el desarrollo de la población (primitivo, intermedio y contemporáneo) ofreciendo una explicación más completa sobre la reducción de la mortalidad y la fecundidad. El mismo relata que la reducción de la mortalidad se debió a mejoras en el *bienestar material*: la aparición de la vacunación y una mejor higiene y la consiguiente disminución de la pandemia, el avance de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, la disminución de hambrunas y muertes por guerras, violencias, la reducción de la mortalidad infantil y mejoras en el estilo de vida. Por otro lado para la reducción de la fecundidad, refiere que esta comienza en Francia en el siglo XVIII, y no se debió a factores psicológicos ni morales sino a un cierto egoísmo que llevaría al individuo a la

realización personal e individualismo. Otro de los aportes fueron realizados por A. M.Carr- Saunders, en su libro publicado en 1936, titulado como “World population past growth and trends”, el cual presentaba datos del “Sistema de familia pequeña” restringidos a los países de Europa Occidental y sus colonias, una discusión de lo que más tarde sería la Transición Demográfica para unos países. Sin embargo, no es hasta el año 1944, que la Oficina de Investigación en Población de Princeton publica la definición de TD, teniendo como base el trabajo realizado por Notestein y colaboradores titulado como “The future population of europe and the soviet union population projections 1949- 1970”, quien presentó una tipología de poblaciones, muy cercana a la de Thompson y Londry, pero su debate se basó en la compilación de datos de la discusión hecha por A. M.Carr- Saunders (2).

Transición epidemiológica

Es a partir de la TD que se da origen a la Transición Epidemiológica (TE), el término fue utilizado por primera vez por Frederiksen en 1969, quien propuso que los patrones de mortalidad, morbilidad, fertilidad y la organización de los servicios de salud, ocurrían en estrecha relación con procesos económicos, configurando una TE en cuatro etapas, las cuales corresponden a su vez a cuatro estadios de la sociedad: la tradicional, la transicional temprana, la transicional tardía y la moderna. En 1971, Abdel R. Omran publica su artículo “Transición Epidemiológica”, una teoría epidemiológica del cambio poblacional, en el que analiza la situación europea y concluye que las poblaciones pasan de una etapa donde los niveles de mortalidad son elevados, especialmente por acción de las enfermedades infecciosas, a otra etapa donde la mortalidad se reduce notablemente y las enfermedades degenerativas son la principal causa de muerte. Para caracterizar el desarrollo histórico de la mortalidad define 3 fases según la causa dominante: “*la etapa de pestilencia y hambrunas*”, caracterizada por una mortalidad alta por causa de enfermedades infecciosas, parasitarias y deficiencias nutricionales, demográficamente la mortalidad, fecundidad y natalidad son altas con esperanza de vida por debajo de los 50 años; “*la del descenso y desaparición de las pandemias*”, que cursa con una disminución de la desnutrición y de las enfermedades transmisibles con predominio de las parasitarias y aumento proporcional de las enfermedades no infecciosas, demográficamente la población crece por una mortalidad en disminución, una alta fecundidad y un aumento en la esperanza de vida y “*la etapa de las enfermedades*

degenerativas y producidas por el hombre”, donde las enfermedades cardiovasculares y el cáncer predominan sobre las infecciosas, aumenta la prevalencia de enfermedades mentales, adicciones, obesidad y enfermedades metabólicas, la mortalidad sigue descendiendo, la esperanza de vida aumenta a más de 50 años y el crecimiento poblacional depende de la fecundidad. Años más tarde adiciona dos más: *“la etapa de la declinación de la mortalidad cardiovascular, envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes”*, la cual presenta disminución del tabaquismo, dieta baja en grasa, con aumento de actividad física y avances tecnológicos para el manejo de estas patologías, y *“la de la calidad de vida esperada”* para mediados del siglo XXI que se caracteriza por una alta esperanza de vida lo que traerá problemas en los sistemas de salud generando inequidad. Pero para el caso de los países no Occidentales, estas etapas son más tardías e incompletas, por lo tanto, para Omran las dos primeras etapas se desarrollan de igual forma, mientras que a la tercera etapa la define como *“la etapa de la triple carga de salud”* caracterizada por los viejos problemas de salud, sumado a los nuevos problemas de salud y sistemas de salud mal preparados (1, 8,9).

Según la dinámica del cambio surgen *tres modelos básicos* de TE: el *Clásico*, correspondiente a las sociedades Occidentales socialmente determinadas y en un proceso de modernización, el *Acelerado* beneficiado por la revolución médica y por último el *Tardío*, que responde a países del Tercer Mundo no Occidentales y en desarrollo influenciada por la moderna tecnología médica, en gran parte importada. Esta es, a grandes rasgos, la propuesta central de la TE mediante la cual Omran pretende generar una aproximación más amplia y multidisciplinar a la teoría de la población.

En su publicación *“La transición epidemiológica en América Latina”* (1994), Frenk describe que durante los últimos 50 años, los países de América Latina, han experimentado una transformación compleja de sus condiciones de salud, que se manifiestan mediante un cuadro epidemiológico en que las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de la salud reproductiva han perdido su predominio anterior, pero aún ocupan un lugar importante en el perfil epidemiológico. Por lo tanto, la TE presenta cinco atributos que son precisos de analizar para describir la diferencia entre estos países, los cuales son: *“el cambio de la estructura de la mortalidad por edades”*, al comienzo de la TE, la mayoría de las muertes corresponde a niños menores

de 15 años mientras que durante la transición, el grueso de las defunciones se desplaza hacia los grupos de mayor edad; *“los cambios en las causas predominantes de defunción”* donde las enfermedades transmisibles tienden a verse desplazadas por las no transmisibles, los traumatismos y las enfermedades mentales; *“la duración y secuencia de los cambios”* en el cual Omran reconoce tres modelos de transición el "modelo clásico u occidental", "modelo acelerado", y *“el modelo contemporáneo o retrasado”*, clasificándolos según el momento histórico en que se inicia la transición y la velocidad con que cada país atraviesa las etapas, en comparación con Europa Occidental; *“la distribución de los perfiles de salud”* donde la duración y secuencia de la TE para un determinado país refleja un promedio de diversas transiciones que se presentan entre sus distintos grupos sociales, evidenciando así las desigualdades en materia de salud, particularmente las que se reflejan en la mortalidad infantil y las enfermedades transmisibles, que se vuelven más agudas en algunos grupos y producen lo que hemos denominado la "polarización epidemiológica"; y por último, *“la secuencia de los períodos”* en donde todos los países completaron, durante el siglo pasado, la transición de la preponderancia de las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles. Sin embargo, las tasas de mortalidad específica por edades respecto de muchas enfermedades no transmisibles todavía varían considerablemente entre estos países (1-4, 9,10).

Teniendo en cuenta el análisis de sus resultados, Frenk define esta experiencia como un "modelo polarizado prolongado", caracterizado por una superposición de etapas, donde tanto las principales enfermedades infecciosas como las causas no transmisibles de muerte mantienen gran importancia; otra característica del mismo es la contratransición, ya que se opone a la naturaleza lineal y unidireccional de la TE original; el carácter prolongado es otro pilar, ya que plantea que no existe una resolución clara del proceso de transición, y por último, la anteriormente mencionada polarización epidemiológica (10).

Por otro lado, la TE sufrió transformaciones a largo plazo mediante tres mecanismos prioritarios los cuales son: en primer lugar, *los cambios en los factores de riesgo*, actuando principalmente sobre la probabilidad de contraer una enfermedad, es decir, en las tasas de incidencia. Jamison y Mosley (1991) consideran que el proceso de urbanización es un determinante básico del cambio en las condiciones de salud, debido al mejoramiento de las condiciones sanitarias, mientras que Cusser lo vincula con el

rebrote de nuevos problemas de salud debido a las cambiantes condiciones y estilos de vida. Entre otros cambios socioeconómicos importantes se incluyen: la expansión de la educación; la participación creciente de la mujer en la fuerza de trabajo, que se traduce en notables modificaciones de la familia y la dinámica comunitaria; y las mejoras en los niveles medios de nutrición, condiciones de la vivienda y servicios higiénicos, con los que se obtiene una disminución de los riesgos de salud. En segundo lugar, *la disminución de la fecundidad*, traducida en la variación de la estructura etaria, siendo creciente la proporción de adultos y de personas de edad avanzada, aumentando la importancia relativa de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Y por último el *mejoramiento de las tasas de letalidad*, varios cambios en la magnitud, la distribución, organización y el contenido tecnológico de los servicios de salud han contribuido a la TE. Durante el último siglo, las investigaciones en el campo de la medicina y el desarrollo tecnológico han dado por resultado progresos importantes en el diagnóstico y tratamiento eficaz de muchas enfermedades, tanto contagiosas como no transmisibles, reduciendo la letalidad de las mismas (10).

El análisis de la mortalidad es un tema de interés en diversos campos, como la salud pública, la seguridad social y las políticas públicas. Su estudio, según variables como “causa de muerte”, “sexo” y “edad” es vital para comprender el perfil epidemiológico de un país o región y tomar acciones que permitan orientar los servicios y elaborar programas de prevención/intervención para combatir aquellas enfermedades que producen mayor mortalidad. El análisis temporal de la mortalidad también posibilita monitorear cambios en los perfiles epidemiológicos que son propios de cada región, como resultado de condiciones biológicas, sociales, culturales y estructurales en una sociedad. En América Latina, la TE comenzó hacia los años treinta del siglo xx, presentándose en la región gran heterogeneidad en los perfiles epidemiológicos entre países o en su interior. La carga de morbimortalidad refleja una mixtura de enfermedades de la pre y la post transición, lo que permite observar que los países Latinoamericanos se hallan en diferentes etapas o están experimentando una nueva y prolongada transición, que podría ser explicada por las desigualdades entre grupos sociales al interior de cada país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2015 se registraron, en el mundo, 56,4 millones de defunciones, siendo las principales causas de mortalidad, y desde los últimos 15 años, la cardiopatía isquémica (15,5%) y el accidente cerebrovascular (11,1%). En América Latina se

reportaron, ese año, cerca de 6,6 millones de defunciones, con mayor carga (80,3%) para las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes), seguidas de las condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (10,0%) y las lesiones (9,7%). Estos mismos grupos representaron, respectivamente, el 77,3; 13,1 y 9,6 % de las defunciones del año 2000, cifras que son coherentes con lo postulado por la TE, en cuanto a un aumento ponderado en la mortalidad por enfermedades no transmisibles y una disminución por las enfermedades infecciosas. Sin embargo, la heterogeneidad en la región se percibe cuando se analizan los perfiles epidemiológicos de países (11).

Al momento de analizar la TE con más profundidad, Mackenbach, puso en evidencia la dificultad de incluir los estadios planteados en un tiempo específico, ya que el comienzo se extiende hasta la prehistoria, porque la mortalidad siempre ha sido alta y fluctuante, y el final tampoco se encuentra claramente definido. A esta, se suma otra crítica a la obra de Omran: la ausencia de cambios en la composición por edad de la población y por sexo, donde se presenta un patrón diferente para hombres y mujeres en los países del modelo Oeste. Finalmente, tras la presentación de la primera edición de Clasificación Internacional de Enfermedades en 1900, se pone en cuestión la clasificación de las causas de muerte, debido a la utilización de una base de datos con fuentes poco adecuadas y en la cual se disponía con esquemas de clasificación particulares de cada país basados en un cuerpo de conocimientos con el cual ya no se está familiarizado. Además de los problemas relacionados con la disponibilidad de datos para identificar el fin de la transición epidemiológica, carece de una idea consensuada acerca de las causas de muerte que deben ser incluidas en el análisis.

Por otro lado, la TE explica parcialmente la mortalidad ocurrida en el último siglo, aún en países industrializados, desconociendo las grandes diferencias en la defunción que se detectan en un mismo país cuando se comparan grupos definidos con criterios étnicos, económicos o socioculturales (3).

Como teoría general de la población, la TE deja mucho que desear. Algunos autores consideran que la transición epidemiológica no puede aceptarse como una teoría general de los cambios poblacionales, porque presenta varias limitaciones, tanto en su componente descriptivo como en su dimensión explicativa (1).

Transición nutricional

En este contexto de transiciones y cambios que ocurren, se suma la Transición Nutricional (TN), la cual es introducida por primera vez en el estudio “Nutritional Patterns and Transitions” (1993) y definida como el cambio de los patrones de consumo alimentario tradicionales con alto contenido en cereales y fibras hacia una dieta occidental con alto contenido en azúcar, grasa y alimentos de origen animal. Para fundamentar su modelo recurre a lo que él llama *cinco amplios patrones*, que se han aparecido en diversos contextos históricos de muchas sociedades: la etapa de “*la recolección de alimentos*” con alto contenido de carbohidratos y fibra, y baja cantidad de grasa; “*la de las hambrunas*” vinculada al desarrollo de la agricultura; “*la de reducción de las hambrunas*” en la que aumenta el consumo de frutas, verduras y carnes; “*la etapa de predominio de enfermedades crónicas*” producto del sobrepeso y la obesidad, que son el resultado de un consumo elevado de grasa, colesterol y carbohidratos refinados y el bajo consumo de ácidos grasos poliinsaturados y fibra, acompañado del sedentarismo como consecuencia de la urbanización; por último “*la etapa del cambio de conducta*” por medio de la acción de los gobiernos y las personas para reorientar la dieta a los patrones tradicionales de alimentación (12).

En los años 70, se creía a la TN un fenómeno reservado solo para los países ricos, debido a la disponibilidad de aceites y grasas vegetales, la cual se relacionaba positivamente con el nivel de ingresos. Sin embargo, tras un estudio realizado en el período 1962-1994, en base al análisis de datos de disponibilidad alimentaria realizada por Pokin, se evidencia que también ocurría una transición en aquellos de menores ingresos, al disponer de los mismos aceites y grasas vegetales que los países ricos, pero más accesibles, provocando un cambio de su dieta. Como consecuencia de esto, se produjo una importante intervención sobre los patrones de consumo alimentario a escala mundial, provocando una “occidentalización” de las dietas en diversas regiones del mundo. A esta situación se agregaron además otros hábitos como el descenso en la elaboración casera de los alimentos y el aumento del uso de comida elaborada, en desmedro del consumo de alimentos frescos como frutas, verduras, entre otros. Este tipo de alimentación, provocó la instalación de dietas con un exceso de algunos nutrientes (grasas, azúcares simples, sodio, fósforo, etc.) y simultáneamente la deficiencia de otros (vitaminas, minerales y fibras). A este fenómeno se lo conoce como “doble carga de la

malnutrición” y constituye la característica principal de la TN en la que estaríamos inmersos actualmente. Esta situación nutricional, asociada con algunos otros factores antes mencionados, como el sedentarismo, están entre las causas de enfermedades no transmisibles como obesidad, resistencia a la insulina, diabetes tipo 2 y otras (12, 13).

Hasta entonces la ciencia limitaba los factores determinantes de la transición nutricional a aspectos demográficos y epidemiológicos. La doble carga de desnutrición y sobrepeso en los países de bajos ingresos se explica según Popkin por una serie de factores adicionales que además varían según el contexto y que tienen que ver además con las características de los diversos procesos de desarrollo y de urbanización asociadas a los mismos y que afectan a la población de manera diferente. En Argentina se realizó un estudio retrospectivo de los aspectos socioeconómicos de las personas que vivían en condiciones de pobreza para analizar los factores que condicionaban el acceso a la alimentación en base a la información obtenida entre 1965 y 1995 por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales (Aguirre 2000). En su análisis Aguirre hace hincapié en que la obesidad en los pobres es consecuencia de una mala alimentación y la desnutrición es el resultado de bajos ingresos que conlleva al consumo elevado de alimentos procesados a bajo costo como mayor oferta de la industria agroalimentaria. Las más afectadas por la doble carga en Argentina son, según ella, las mujeres (Aguirre 2000). Es recién P Bourdieu en su obra “La distinción” (1981) uno de los primeros que puso atención especial en el consumo de alimentos como parte de su “sociología del consumo”. Muchos autores consideran que la sociología de la alimentación surge partiendo de la sociología del consumo, la rural y de los sistemas agroalimentarios, de la cultura, de la antropología social y cultural, de la sociología de la salud y del cuerpo, de la historia de la alimentación y de la ciencia de la Nutrición” (12).

Transición sanitaria

A la TD y la TE le siguieron varios planteamientos que percibían los cambios como transiciones, entre ellos la Transición Sanitaria (TS). Desde 1973, y en un contexto más amplio que el propuesto por Omran, Lerner había mencionado la TS para referirse a tres estadios secuenciales que él denominaba: baja vitalidad, control creciente de la

mortalidad y ampliación de la noción de salud. A diferencia de la TE, la TS no concibe la transición como un período cronológico unidireccional, sino como un proceso dinámico de transformaciones, donde los patrones de salud y enfermedad aparecen, desaparecen o reemergen como respuesta a los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos que tienen lugar. El concepto de TS se planteó como una extensión del concepto de TE, el cambio de nomenclatura de epidemiológica hacia sanitaria, viene dado porque mientras que la TE se limita a describir los cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad de las poblaciones, la TS pretende explicar los cambios sociales, de comportamiento y de las condiciones de salud en la población, así como también sus consecuencias. Su visión en primer lugar, reconoce que el buen estado de salud depende de los recursos, valores y comportamiento de los individuos, las familias y las comunidades; en segundo lugar, supone un cambio desde la preponderancia de las intervenciones médicas al examen y consideración de los determinantes de la salud en general (nutrición, higiene, entre otros) y por último, implica un interés hacia cuestiones tan amplias como la evolución social, la educación, la equidad o el empoderamiento (1-4,8,12).

Respecto a la búsqueda de indicadores que sirvan para explicar la TS existen también distintas posturas. Algunos autores proponen la mortalidad infantil como indicador útil y válido para la TS. Sostienen que, aunque la mortalidad no lo dice todo del estado de salud y los niños no son los únicos que se benefician de las mejoras en salud, la mortalidad infantil está altamente correlacionada con la general, es fácil de medir y los cambios que se producen son un buen exponente de lo que está ocurriendo en materia de salud. Otro indicador convencional del perfil de salud es la estructura de la mortalidad por causas, sin embargo, según Ruzicka y Kane (1990), las causas de muerte son un indicador inadecuado del estado de salud debido a que solo representaban una correcta descripción cuando eran las enfermedades infecciosas y transmisibles las principales responsables de la mortalidad, pero cuando la misma descendió a niveles bajos y las enfermedades no transmisibles, crónicas, degenerativas, accidentes, desórdenes mentales y discapacidades pasaron a ser los principales problemas de salud, las causas de muerte reflejan sólo una pequeña fracción del complejo perfil de salud de las poblaciones. De acuerdo con todas estas consideraciones, en los últimos años se han introducido nuevos indicadores para evaluar el estado de salud de las poblaciones. Así, además de utilizar datos de mortalidad y de prevalencia o incidencia de enfermedad, se

ha empezado a evaluar la carga de enfermedad mediante el indicador AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad) permitiendo cuantificar la misma al tener en cuenta simultáneamente la muerte prematura y las consecuencias no mortales para la salud de la enfermedad y los traumatismos, aportando información que puede ayudar a fijar, de forma más adecuada, las prioridades de los servicios de salud (8).

Además de la TE, la TS incorpora otros dos conceptos, de carácter más específico, que intentan aproximarse al estudio de los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones, la transición de la atención sanitaria (TAS) y la transición de riesgos (TR). La transición de la atención sanitaria (TAS) se define como la transformación que experimentan los patrones de la respuesta social organizada, a las condiciones de salud. Dichos cambios están determinados en cada región por su grado de desarrollo social, económico y tecnológico, y deberían dar respuesta a la transición epidemiológica. Al respecto, Frenk resalta que desde mediados del presente siglo se puede hablar de dos cambios importantes el primero de ellos condujo a la adopción de un modelo de atención médica guiado por tecnologías complejas y basado en los hospitales, mientras que el segundo se refiere al desarrollo reciente de un enfoque integral de la atención primaria de salud basado en la comunidad. Por otro lado, el concepto de transición de riesgos (TR) para la salud se enmarca en el contexto de los procesos de urbanización e industrialización de las sociedades occidentales, cuando los riesgos “tradicionales” son reemplazados por riesgos “modernos”. Los riesgos tradicionales, propios de la etapa pre-industrial, tanto ambientales como laborales, son reemplazados (en los países desarrollados) ó se superponen (en los países en desarrollo) a los riesgos modernos: entre otros, la contaminación atmosférica, el uso de pesticidas, el consumo de tabaco, los accidentes de tráfico, así como riesgos laborales derivados de las nuevas industrias. La urbanización, la modernización en la agricultura, la industrialización y el desarrollo de nuevas tecnologías han aumentado los riesgos de salud modernos, como reflejan los nuevos tipos de accidentes y riesgos laborales. Por tanto, proporciona un marco útil para la comparación y el análisis de los cambios experimentados por distintos países y regiones en el “riesgo”, así como para monitorizar estrategias ambientales y articular medidas preventivas (8).

Consideramos, por lo tanto, la TS como un concepto *global y dinámico*. Global, en primer lugar, porque realiza un análisis de todos los posibles factores y determinantes

que están detrás de los cambios en las *condiciones de salud* de las poblaciones, y en segundo lugar por su carácter multidisciplinario, ya que sus conceptos son producto del enriquecimiento de las distintas disciplinas relacionadas con la salud y la población. En cuanto al concepto dinámico, se refiere a que tiene en cuenta las variantes locales, regionales o nacionales que se pueden presentar en los distintos contextos (8).

HIPÓTESIS Y VARIABLES

Hipótesis: Las provincias de Argentina presentan distintos perfiles de transición sanitaria a lo largo del período 2005-2018.

Variables:

Perfil epidemiológico

Perfil de atención sanitaria

Perfil de riesgos

Perfil protector

Perfil socioeconómico

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional descriptivo, ecológico de series temporales. Es un estudio de tipo ecológico, en tanto se definen como unidades de observación grupos poblacionales -provincias- y no individuos. Dentro de su clasificación se corresponde a un estudio de series de tiempo, el cual se define como una sucesión ordenada en el tiempo de valores de una variable. El mismo consiste en estudiar la relación entre dos o más variables, intentando construir un modelo explicativo de la evolución temporal de esa variable, con el fin de cuantificar los efectos de factores de riesgo. Los métodos de series temporales intentan estudiar y cuantificar la asociación entre, al menos, dos series temporales: la serie temporal de la respuesta en términos de un problema de salud, y la serie temporal de factores de riesgo (14).

Población y muestra: La población está conformada por las 23 provincias de Argentina y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), obteniendo datos oficiales de la misma a partir de diferentes estudios por parte de Ministerio de Salud y el INDEC.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable teórica:

Perfil epidemiológico: estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en una población con determinadas características geográficas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud, en un momento determinado (16).

Dimensiones:

Tasa de Mortalidad Infantil: relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. Se expresa en un factor de ampliación de 1.000 (17).

Razón de Mortalidad Materna: refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, utilizando como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas, expresándose en un factor de ampliación de 10.000 (17).

Tasa de Mortalidad por enfermedad Cardiovascular: relaciona las defunciones provenientes de las enfermedades cardiovasculares con la población. Suministra un índice de la disminución de la población total por esta causa y se expresa por cada 100.000 (17).

Tasa de Mortalidad por enfermedades infecciosas: relaciona las defunciones provenientes de las enfermedades infecciosas con la población. Suministra un índice de la disminución de la población total por esta causa, expresado en un factor de ampliación de 10.000(17).

Tasa de Mortalidad por Causas Externas: relaciona las defunciones provenientes de causas externas con la población. Suministra un índice de la disminución de la población total por accidentes de tránsito, suicidio y homicidio, expresada en un factor de ampliación de 100.000 (17).

Tasa de incidencia de Sífilis Congénita: número de nacidos vivos diagnosticados con SC sobre el total de nacidos vivos. Se expresa en un factor de ampliación de 1.000 (18).

Tasa de Sífilis en adultos: relaciona las defunciones provenientes de la sífilis en adultos con la población. Suministra un índice de la disminución de la población total por esta causa, expresada en un factor de ampliación de 100.000 (19).

Prevalencia de hipercolesterolemia: prevalencia de colesterol elevado entre quienes se midieron alguna vez en la vida (población 18 años y más), expresado en una ampliación de 100 (17).

Prevalencia de diabetes: porcentaje de población de 18 años o más con glucemia elevada y/o Diabetes por autorreporte (19).

Prevalencia de Hipertensión arterial: porcentaje de personas de 18 años o más con PA elevada por autorreporte ($\geq 140/90$ mmHg) (19).

Prevalencia de neumonía: mide los casos notificados de Neumonía, por los servicios de salud, públicos o privados que adhieren al Sistema Nacional de Vigilancia, expresado cada 100.000 habitantes (19).

Prevalencia de diarrea: relaciona las notificaciones de diarreas agudas, registradas por los servicios de salud - públicos o privados – en menores de 5 años cada 100.000 habitantes (20)

Prevalencia de bronquiolitis: mide los casos notificados de bronquiolitis en menores de dos años, por los servicios de salud, públicos o privados que adhieren al Sistema Nacional de Vigilancia, expresado cada 100.000 habitantes (19).

Variable teórica:

Perfil de atención sanitaria: conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población (21).

Dimensiones:

Número total de establecimientos asistenciales con internación: se refiere a los establecimientos de salud con internación general, con internación especializada en pediatría, internación especializada en maternidad/materno infantil, internación especializada en salud mental, internación especializada en otras especialidades y con internación especializada en tercera edad (22).

Número total de establecimientos asistenciales sin internación: se refiere a los establecimientos de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (22).

Número de médicos: profesional de hasta 64 años (inclusive), con matrícula habilitada para el ejercicio profesional, que se desempeña en una jurisdicción y que, si bien puede estar habilitada para ejercer en otras jurisdicciones, cuenta con un domicilio legal único registrado, expresado cada 100.000 habitantes (23).

Acceso a cobertura de salud: porcentaje de la población que no presenta afiliación a obra social o prepaga (24).

Variable teórica:

Perfil de riesgo: conjunto de rasgos, características o exposiciones a la cual un individuo de una determinada población se predispone en un tiempo determinado, aumentando la probabilidad de sufrir enfermedad o lesión (24).

Dimensiones:

Prevalencia de consumo de alcohol: definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días. Se expresa en un factor de amplificación de 100 (19).

Prevalencia de consumo de sal: porcentaje de población adulta que utiliza siempre/casi siempre sal después de la cocción o al sentarse a la mesa. Se expresa en un factor de amplificación de 100 (19).

Prevalencia de bajo nivel de actividad física: Porcentaje de población adulta con bajo nivel de actividad física. Se expresa en un factor de amplificación de 100 (19).

Prevalencia de bajo peso al nacer: Se define como bajo peso al nacer al inferior a 2.500 gramos (hasta 2.499 gramos inclusive), el mismo debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra la pérdida postnatal importante de peso (17).

Prevalencia de obesidad en adultos: porcentaje de personas de 18 años o más con IMC autorreportado igual o superior a 30. Se expresa en un factor de amplificación de 100 (19).

Prevalencia de sobrepeso: porcentaje de personas de 18 años o más con IMC autorreportado igual o superior a 25 e inferior a 30. Se expresa en un factor de amplificación de 100 (19).

Prevalencia de tabaquismo: definida a partir de quienes fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente cigarrillos. Se expresa en un factor de amplificación de 100 (19).

Variable teórica:

Perfil protector: definido como aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar (25).

Dimensiones:

Consumo de frutas/verduras: porcentaje de población adulta que consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día, expresado en un factor de amplificación de 100 (19).

Variable teórica:

Perfil socioeconómico: conjunto de factores ligados a recursos materiales y simbólicos que posee una población y tienen efectos en el Proceso de Salud Enfermedad, Atención y Cuidado (24).

Dimensiones:

Conexión a agua de red: porcentaje de la población con provisión de agua de red pública por cañería dentro de la vivienda (20).

Accesibilidad a internet: porcentaje de la población que presenta acceso a internet.

NBI: porcentaje de población que presenta al menos una necesidad básica insatisfecha (26)

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE **RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los datos se obtuvieron a partir de diversas fuentes de información secundarias para el período estudiado, entre ellas: las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR), publicaciones de la serie Indicadores Básicos Argentina del Ministerio de Salud y otros reportes del INDEC; Boletín Integrado de Vigilancia (Min. Salud).

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

La misma constituye una herramienta del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). La misma proporciona información válida, confiable y oportuna sobre los factores de riesgo, los procesos de atención en el sistema de salud como también de las principales ENT en la población argentina. Se recogió información utilizando como instrumento un cuestionario estructurado llevado a cabo por entrevistadores capacitados en cada domicilio, donde se indagó sobre los parámetros antropométricos como el peso, la estatura y perímetro de la cintura utilizando el instrumental correspondiente como balanza portátil, tallímetro y cinta métrica; se tomaron determinaciones bioquímicas de glucemia capilar y colesterol total mediante un dispositivo de química seca y con 8 hs de ayuno previo; además se midió la tensión arterial con un tensiómetro digital. Finalmente, por medio de un cuestionario que permitía obtener la información por autorreporte, se investigó acerca de antecedentes de enfermedades crónicas, comportamiento e información demográfica y socioeconómica del encuestado (15,19).

Anuario DEIS

Otro instrumento utilizado fue el Anuario DEIS, publicación anual de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), documento que contiene información estadística sobre los hechos vitales –nacimientos, defunciones, defunciones fetales y matrimonios- ocurridos en la República Argentina. La obtención de los datos supone el cumplimiento de las etapas en un nivel local, en el cual el personal de salud de los establecimientos certifica los hechos y realiza una recolección de datos de forma normatizada, un nivel jurisdiccional quienes reciben, controlan y codifican los

datos, suministrados anualmente al nivel nacional, este último se encarga de elaborar las estadísticas sobre hechos vitales, interviene en la normatización de todos los procesos, publica y difunde información de interés nacional. Este proceso se basa en normas uniformes de recolección, elaboración y análisis de la información estadística. Las Estadísticas Vitales son parte de este Sistema y se encuentran bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y Desarrollo Social por delegación del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (19).

Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)

El SISA, sistema tecnológico de información de alcance federal da respuesta a las necesidades del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales respecto de la gestión de los datos de sus establecimientos, profesionales, programas o prestaciones para la comunidad. El mismo digitaliza la información de todos los niveles de atención de la salud mediante instrumentos como el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), estos gestionan y regulan el ejercicio profesional en salud en las diferentes provincias, contando con la información actualizada de los profesionales matriculados del país. Además, SISA elaboró el Padrón de Ciudadanos compuesto por las fichas de todos aquellos que registran prestaciones en el sistema de salud, en forma de un repositorio único e individual (28).

Sala de situación de salud

Documento mediante el cual se describe el perfil y la tendencia de morbilidad y mortalidad en el país, por medio de indicadores que hacen alusión a determinantes sociodemográficos, socioeconómicos, socioambientales y las características del sistema de salud en cuanto a la estructura y cobertura.

Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda- INDEC

Publicaciones basados en cuestionarios básicos o cuestionarios ampliados de viviendas, cuyo objetivo es identificar indicadores, como las necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la población (24, 26).

Para la caracterización del perfil de transición sanitaria las variables se organizaron en los ejes: Perfil epidemiológico, Perfil de atención sanitaria, Perfil de riesgos, Perfil protector y Perfil socioeconómico, a continuación se presentan los mismos y se especifica la fuente de obtención de los datos (Tabla 1).

Tabla 1: Ejes de la Transición Sanitaria, indicadores y fuentes de datos.

Variable	Indicador	Fuente
<i>Perfil Epidemiológico</i>		
Mortalidad materna	Razón de mortalidad materna expresada por diez mil nacidos vivos.	Anuario DEIS 2007, 2012, 2017
Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos.	Anuario DEIS 2007,2012, 2017
Mortalidad por enfermedad cardiovascular	Tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular ajustada por edad por cien mil habitantes.	Anuario DEIS 2007,2012, 2017
Mortalidad por causas externas	Tasa de mortalidad por causas externas ajustada por edad por cada cien mil habitantes.	Anuario DEIS 2007,2012, 2017
Mortalidad por enfermedades infecciosas	Tasa de mortalidad por infecciones ajustadas por edad por cien mil habitantes.	Anuario DEIS 2007,2012, 2017
Sífilis Congénita	Tasa de sífilis por cien mil nacidos vivos con sífilis congénita.	Anuario DEIS 2007,2012, 2017
Sífilis en adultos	Tasa de sífilis en adultos por cada cien mil habitantes de ambos sexos.	Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de la Salud. Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Módulo de Vigilancia Clínica, vigilancia laboratorial y unidades centinelas de hepatitis virales. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Años 2013-2018.
Bronquiolitis	Tasa de bronquiolitis en menores de 2 años por cien mil habitantes	Boletín epidemiológico 2011, 2016, 2019
Diarrea	Prevalencia de diarrea expresada por cien mil habitantes.	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Área de Vigilancia de la salud. Abril de 2014. Dirección de Epidemiología. Ministerio de la Salud.

Neumonía	Prevalencia de neumonía expresada por cien mil habitantes.	Boletín epidemiológico 2011, 2016, 2019
Hipertensión arterial	Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019
Diabetes	Prevalencia de glucemia elevada/diabetes por autorreporte en la población de 18 años y más.	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019
Hipercolesterolemia	Prevalencia de colesterol elevado entre quienes se midieron alguna vez en la vida (población 18 años y más).	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019
<i>Perfil de atención sanitaria</i>		
Establecimientos asistenciales con internación	Número total de establecimientos de salud con internación general, con internación especializada en pediatría, internación especializada en maternidad/materno infantil, internación especializada en salud mental, internación especializada en otras especialidades y con internación especializada en tercera edad	Listado establecimientos de salud asentados en el registro federal (REFES) 2016-2018
Establecimientos asistenciales sin internación	Número total de establecimientos de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento	Listado establecimientos de salud asentados en el registro federal (REFES) 2016-2018
Número de médicos por cada 100 mil habitantes	Tasa que expresa el número de profesionales de hasta 64 años (inclusive), con matrícula habilitada para el ejercicio profesional, que se desempeña en una jurisdicción y que, si bien puede estar habilitada para ejercer en otras jurisdicciones, cuenta con un domicilio legal único registrado cada 100 mil habitantes.	Observatorio federal de recursos humanos en salud. Año 2016
Acceso a la cobertura de salud	Porcentaje de la población que no presenta afiliación a obra social o prepaga.	Análisis de situación de salud 2018
<i>Perfil de riesgos</i>		
Consumo alcohol	Prevalencia de consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días.	ENFR 2005,2009, 2013, 2019

Tabaquismo	Prevalencia/ Definida a partir de quienes fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente cigarrillos.	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019
Prevalencia de sobrepeso	Porcentaje de personas de 18 años o más con IMC autorreportado igual o superior a 25 e inferior a 30.	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019
Obesidad en adultos	Porcentaje de personas de 18 años o más con IMC autorreportado igual o superior a 30.	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019.
Bajo nivel de actividad física	Porcentaje de población adulta con bajo nivel de actividad física.	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019.
Consumo de sal	Porcentaje de población adulta que utiliza siempre/casi siempre sal después de la cocción o al sentarse a la mesa.	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019.
Bajo peso al nacer	Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (<2.500 grs.)	Anuario DEIS 2007,2012, 2017.
<i>Perfil protector</i>		
Consumo de frutas y verduras	Porcentaje de población adulta que consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día.	ENFR 2005, 2009, 2013, 2019.
<i>Perfil Socioeconómico</i>		
Necesidades Básicas Insatisfechas	Porcentaje de población que presenta al menos una necesidad básica insatisfecha	Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. INDEC 2001 y 2010.
Conexión a agua de red	Porcentaje de la población con provisión de agua de red pública por cañería dentro de la vivienda.	Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. INDEC 2001 Y 2010.
Accesibilidad a internet	Porcentaje de la población que presenta acceso a internet.	INDEC: Acceso a internet 2016, 2017, 2018.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS Y TRATAMIENTO

DE DATOS.

En una primera instancia se realizó un análisis exploratorio de los datos recabados en el estudio para caracterizar a la población, para lo cual se acudió al uso de

herramientas de estadística descriptiva, incluyendo la construcción de tablas, gráficos y medidas de resumen, de acuerdo con la naturaleza de las variables (29).

Posteriormente, se realizaron pruebas estadísticas confirmatorias y se verificaron supuestos que determinen la distribución y normalidad de las variables. Seguidamente, se exploraron las relaciones entre las variables estudiadas. Se utilizó test t de diferencias de medias para las variables de distribución normal y se utilizaron procedimientos propios de la estadística no paramétrica que comprende el test Kruskal-Wallis para aquellas con distribución no normal.

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R y R Studio. Los resultados se expresan con un nivel de significación del 0,05.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los cuadros resúmenes de cada perfil de transición sanitaria, destacando los años mencionados y sus análisis correspondientes.

Tabla 2. Medidas de resumen de indicadores del Perfil Epidemiológico según ejes de estudio en el año 2005 y 2019 y diferencias observadas en dicho período, Argentina.

<i>Perfil epidemiológico</i>	<i>Media 2005^a (DS)</i>	<i>Media 2018^a (DS)</i>	<i>p valor^b</i>
Tasa de Mortalidad Infantil (x1.000)	13,48 (3,73)	9,26 (2,16)	<0,01
Razón de Mortalidad Materna (x10.000)	5,39 (3,96)	3,2 (2,31)	0,0328
Tasa de mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares (x100.000)	192,15 (29,52)	156,96 (32,15)	0.0001
Tasa de mortalidad por Enfermedades Infecciosas(x10.000)	71,25 (20,61)	84,30 (20,29)	0.0161
Tasa de mortalidad por causas externas (x100.000)	50,4 (10,31)	43,77 (8,78)	0.0103
Tasa de Sífilis congénita (x1.000)	93,49 (80,33)	147,34 (155,82)	0.2082
Tasa de Sífilis en adultos (x100.000)	7,05 (6,94)	26,67 (20,63)	< 0.01
Prevalencia de diabetes (x autorreporte)	8,3 (1,57)	13,02 (2,10)	< 0.01
Prevalencia de dislipemia	29,91 (3,64)	30,86 (4,26)	0.2066
Prevalencia de hipertensión (x autorreporte)	35,11 (3,28)	35,40 (5,29)	0.5903
Prevalencia de neumonía (x100.000)	66,93 (27,41)	503,7 (237,22)	< 0.01
Prevalencia de diarrea(x100.000)	321,58 (159,95)	3099,14 (1565,94)	< 0.01
Prevalencia de bronquiolitis (x100.000)	1023,36 (1303,96)	20001,33 (8636,52)	< 0.01

^aLos años se referencian como 2005 y 2018, por ser los extremos de la serie en estudio, pero para algunos indicadores corresponden a otros años dentro de la serie, según disponibilidad. ^b Test T o Wilcoxon, para la diferencia de medias 2005 y 2018 (en negrita: valores p estadísticamente significativos para $\alpha=0,05$).

En relación al perfil epidemiológico se observa un descenso significativo de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), Razón de Mortalidad Materna (RMM), Tasa de Mortalidad por enfermedades Cardiovasculares (TMCV), Tasa de Mortalidad por Causas Externas (TMCE); y un aumento significativo de la Tasa de Mortalidad por enfermedades Infecciosas (TMInf), prevalencia de Sífilis en adultos, Diabetes (DBT), Diarrea, Neumonía y Bronquiolitis.

En los gráficos a continuación se presenta la evolución de estas variables por cada provincia:

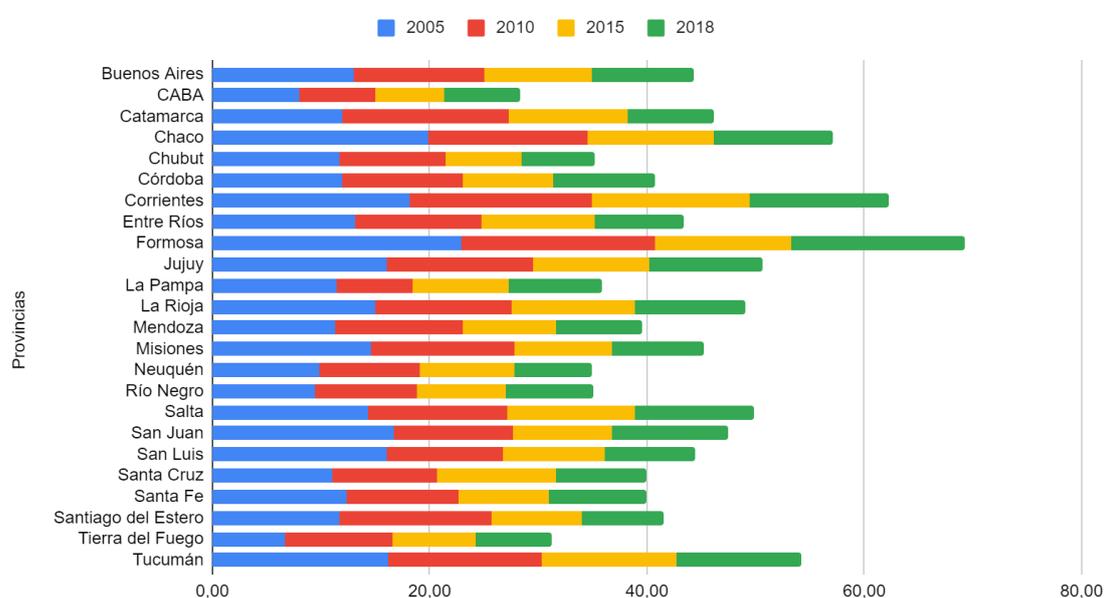


Figura 1: Tendencias en la TMI según provincias. Argentina 2005-2018.

Teniendo en cuenta los extremos de la serie del estudio (2005-2018), se puede observar que la mayor TMI se encontró en la región del Norte, representado por la provincia de Formosa quien presentó una tasa de 22,90 y 16,00 cada 1000 nacidos vivos respectivamente. Por otro lado, los valores más bajos se presentaron en mayor parte en la región Patagónica, pudiendo destacarse Tierra del Fuego (6,70 y 7,00 cada 1000 nacidos vivos), Neuquén (9,90 y 7,10) y Río Negro (9,40 y 8,10) y la región Pampeana, por CABA (8,00 y 6,90/ 1000 nacidos vivos).

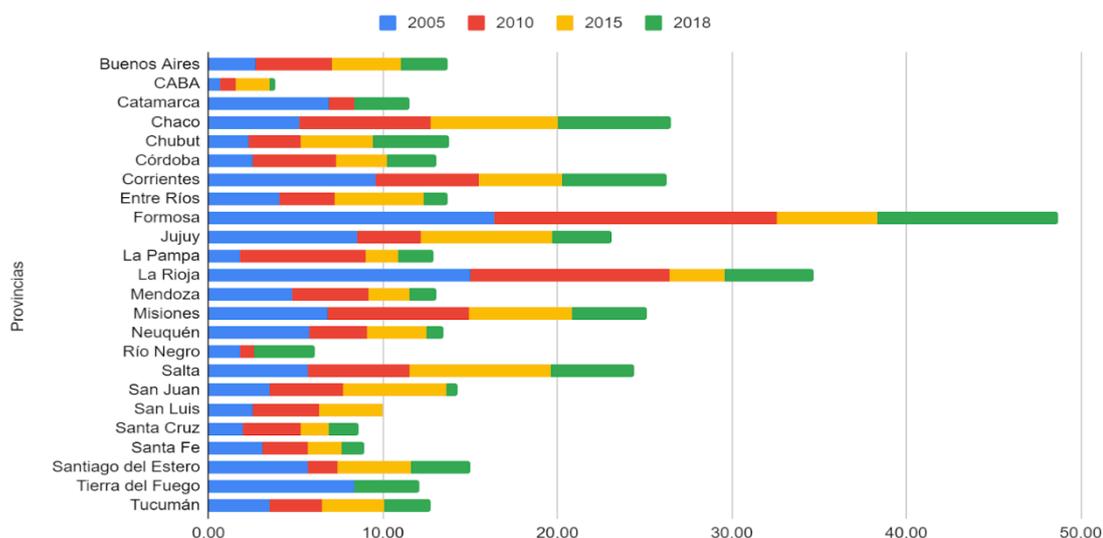


Figura 2: Tendencias en la RMM según provincias. Argentina 2005-2018.

En la región del Norte se encontraron las provincias con mayor RMM, entre ellas, los mayores valores se observaron en Formosa y La Rioja, registrando en 2005 una tasa de 16,40 y 15,00 muertes maternas cada 10 mil nacidos vivos respectivamente, mientras que para el año 2018 se destacaron Formosa (10,40) y Chaco (6,50). Por otro lado, los valores más bajos se encontraron en primer lugar, en la región Pampeana, representado por CABA con una tasa de 0,7 muertes maternas cada 10 mil nacidos vivos en el año 2005 y 0,30 en el 2018. En segundo lugar, en la región Patagónica, por Río Negro (1,80 y 3,50 respectivamente).

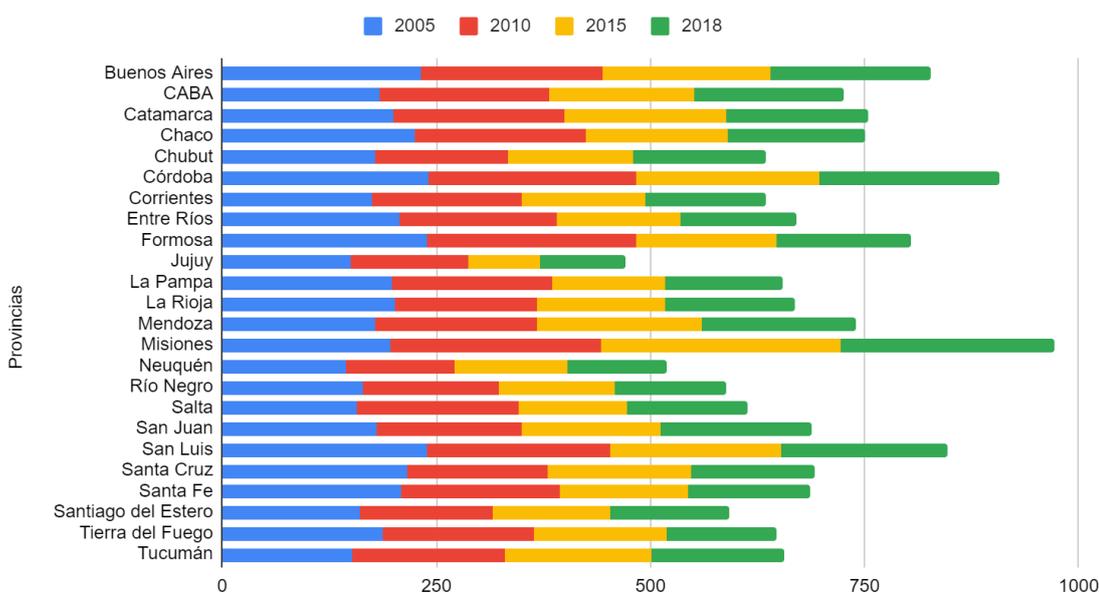


Figura 3: Tendencias en la TMCV según provincias. Argentina 2005-2018

Respecto a la TMCV, se puede observar que en los años 2005 y 2018 las mayores tasas se presentaron en las provincias de Misiones con valores de 195,57 y 249,99 cada 100 mil habitantes respectivamente, Córdoba (240,21 y 209,72), San Luis (238,89 y 194,65) y Buenos Aires (231,22 y 186,9) demostrando, excepto para Misiones, una disminución de estas para el año 2018. Por otro lado, las tasas más bajas durante los años anteriormente mencionados se encontraron en Jujuy (149,17 y 99,48/100 mil habitantes respectivamente.) y Neuquén (145,15 y 115,38).

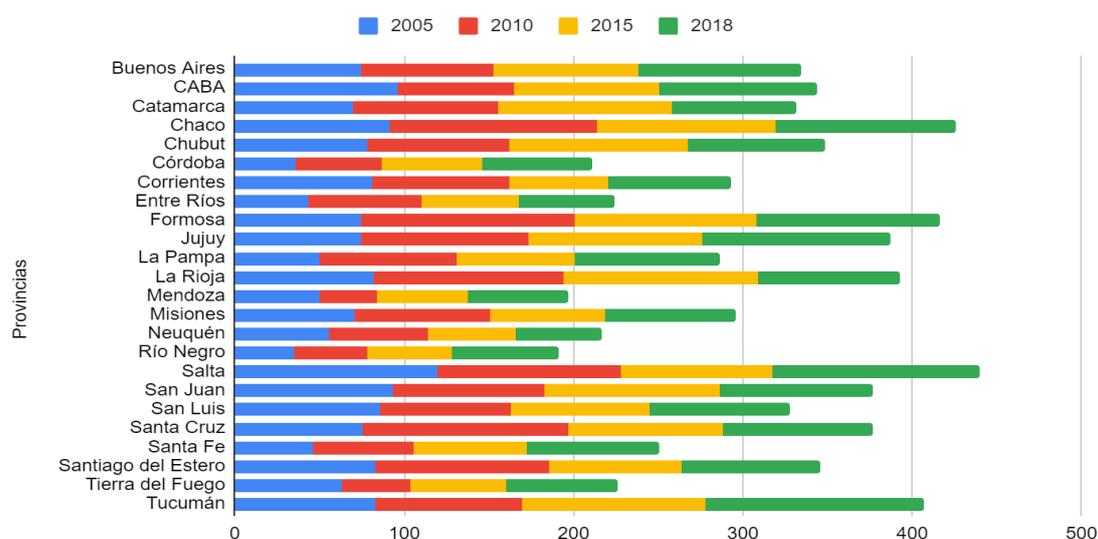


Figura 4: Tendencias en la **TMIInf** según provincias. Argentina 2005-2018.

Entre las provincias con mayor TMIInf durante el año 2005 se destacaron Salta, presentando una tasa de 119,52 cada 100 mil habitantes, CABA (95,74) y San Juan (93,57), mientras que para el año 2018 se evidenciaron en las provincias de Tucumán (128,83) y Salta (122,36). En contraste, los valores más bajos para el año 2005 se encontraron en Río Negro (35,09) y Córdoba (35,76), mientras que para el año 2018 en Neuquén (51,07) y Entre Ríos (56,67).

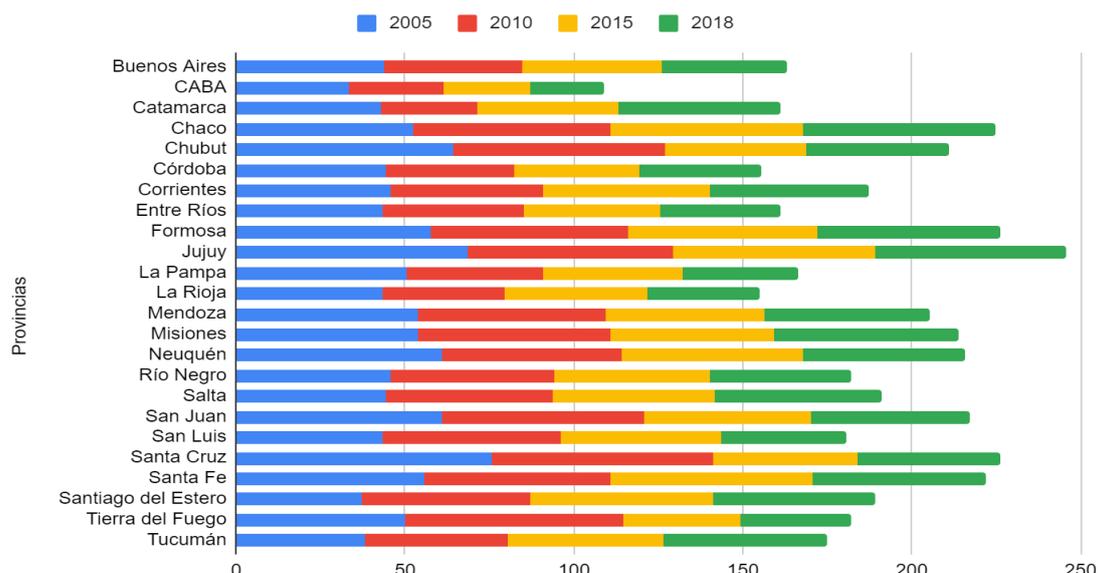


Figura 5: Tendencias en la TMCE según provincias. Argentina 2005-2018.

Las TMCE más elevadas en Argentina durante el año 2005 se registraron en las provincias de Santa Cruz y Jujuy con valores de 75,52 y 68,41 cada 100 mil habitantes respectivamente, mientras que para el año 2018 se hallaron en las provincias de Chaco (56,96) y Jujuy (56,26). Con respecto a los valores más bajos durante el año 2005 se destacó CABA (33,54) y Santiago del Estero (37,04), mientras que para el año 2018, CABA (22,09) y Tierra del Fuego (32,82).

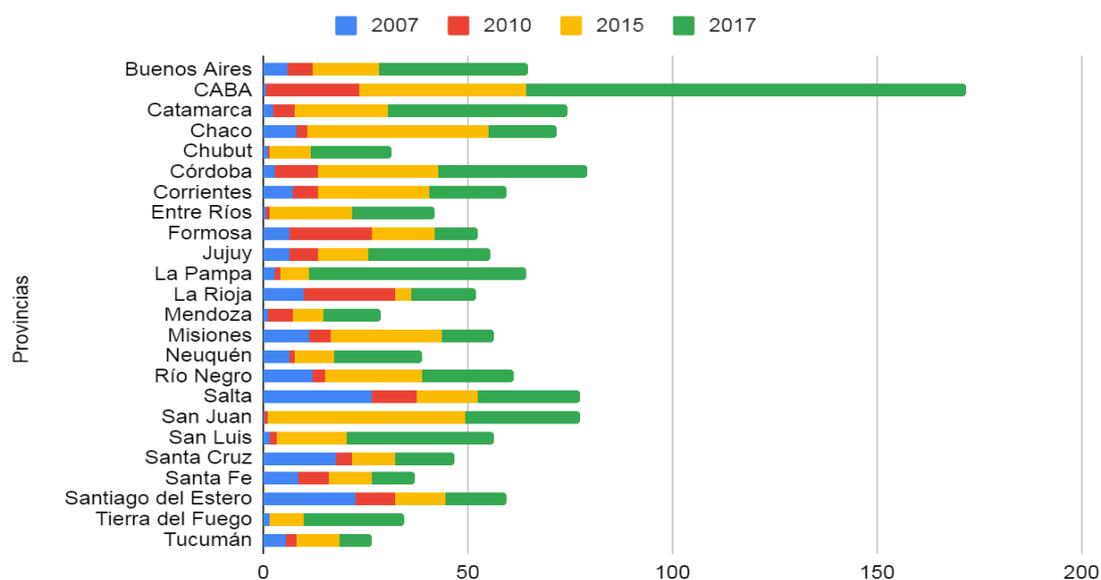


Figura 6: Tendencias de sífilis en adultos según provincias. Argentina 2005-2018.

Dentro del país, la mayor tasa de sífilis en adultos durante el año 2005 se evidenció en las provincias de Salta con 26,5 individuos cada 100 mil habitantes y Santiago del Estero (22,6), mientras que para el año 2018 los valores más elevados se presentaron en CABA (107,7) y La Pampa (53,2). Por otro lado, las tasas más bajas de la Argentina, se destacaron en 2005 San Juan (0,3) y Entre Ríos (0,6), mientras que para el año 2018 Tucumán (7,9) y Santa Fe(10,5).

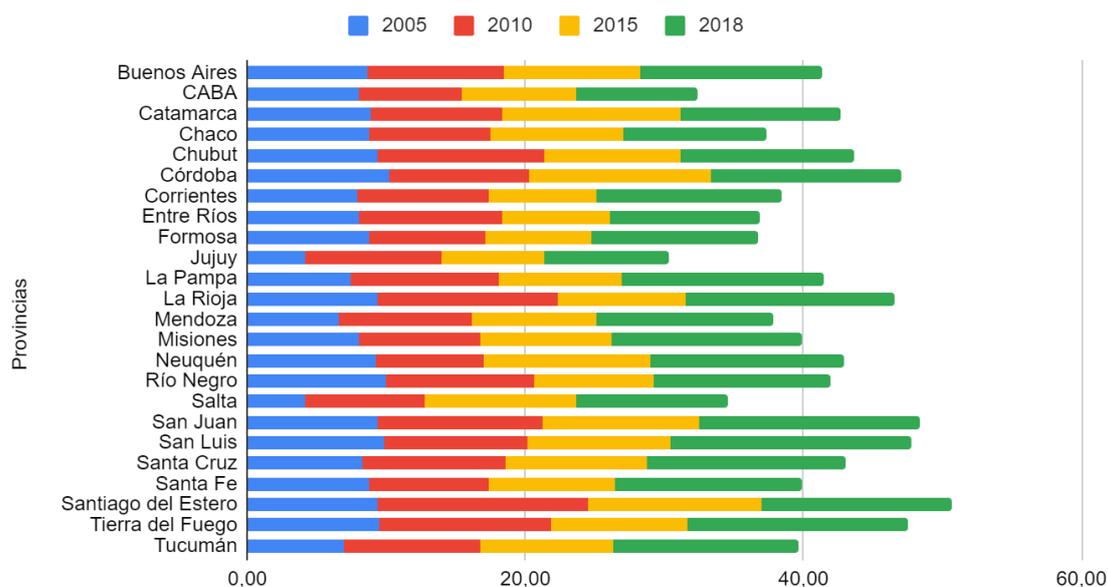


Figura 7: Tendencias en la **prevalencia de DBT** según provincias. Argentina 2005-2018.

Realizando un análisis en el interior del país, entre las provincias con mayor prevalencia de DBT durante el año 2005, se destacaron Córdoba y Río Negro con un promedio de 10,20% y 10,00 %, mientras que para el año 2018 en San Juan (15,90%) y San Luis (17,30%). Los valores más bajos durante el año 2005, se encontraron en la región del Norte, representados por Jujuy (4,10%) y Salta (4,20%), por otro lado en el año 2018, se encontraron en CABA (8,80%) y Jujuy (8,90%).

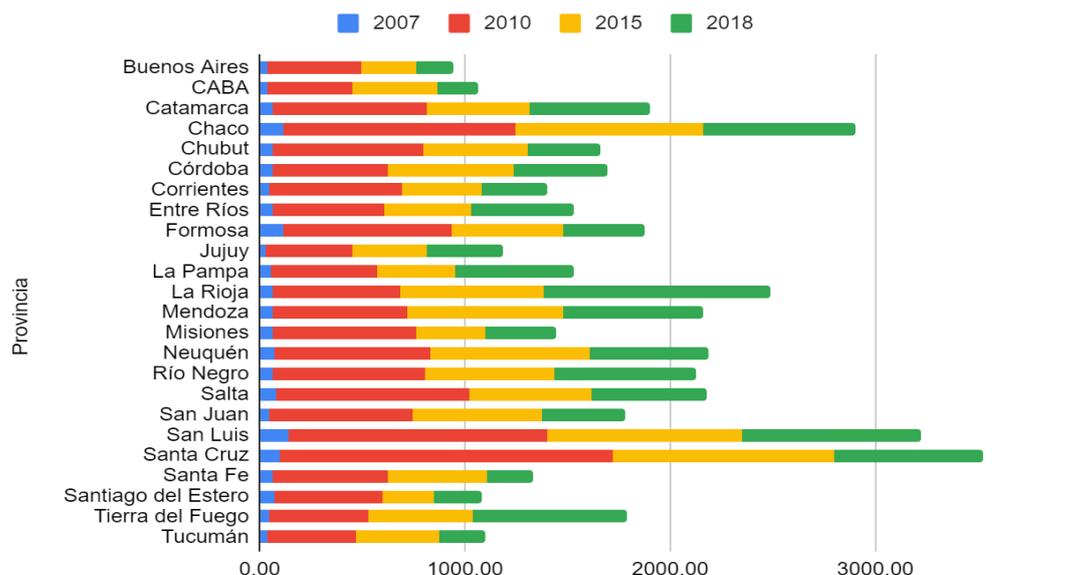


Figura 8: Tendencias en la **Prevalencia de neumonía** según provincias. Argentina 2005-2018.

En el interior de la Argentina, los valores más altos de Neumonía durante el año 2005 se encontraron en San Luis y Formosa (143,63 y 119,19 cada 100 mil habitantes respectivamente), mientras que para el 2018 se destacaron La Rioja (1104,08) y San Luis (871,20). Por otro lado, los valores más bajos para el año 2005 se destacaron en Jujuy (32,08) y Tucumán (38,43%) y en 2018, en las provincias de Buenos Aires (183,90) y CABA (202,40).

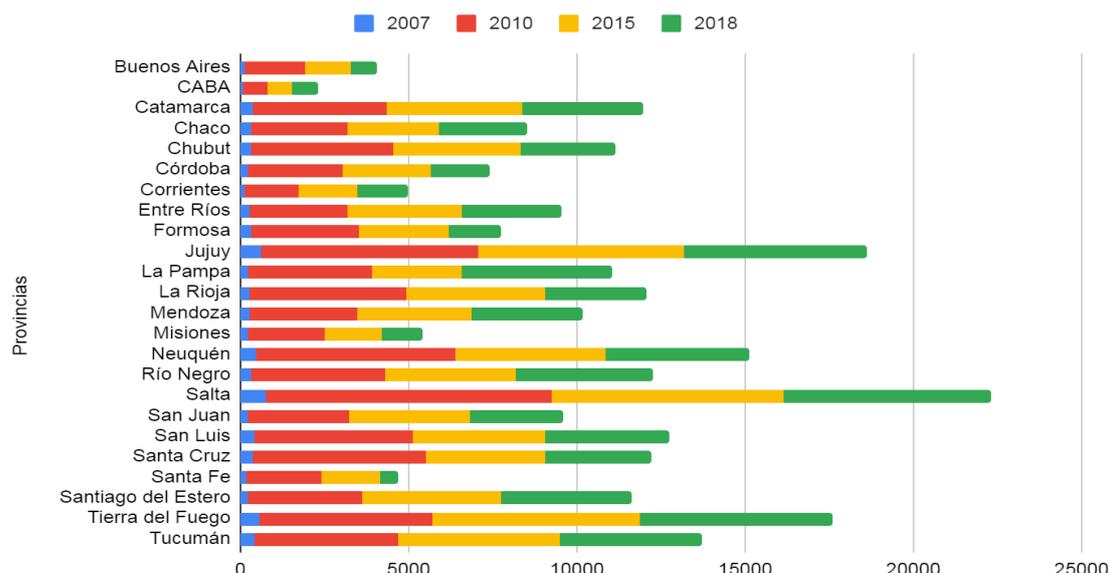


Figura 9: Tendencias en la **Prevalencia de diarrea** según provincias. Argentina 2005-2018.

Dentro del país, la mayor prevalencia de diarrea durante el año 2005 y 2018 se destacaron las provincias de Salta con 744,82 y 6144,90 cada 100 mil habitantes respectivamente, y Tierra del Fuego (585, 97 y 5718,90). Mientras que los valores más bajos en el año 2005 se encontraron en las provincias de CABA (94,68) y Buenos Aires (114,85). Para el año 2018, estos se presentaron en Santa Fe (526,80) y CABA (750,70).

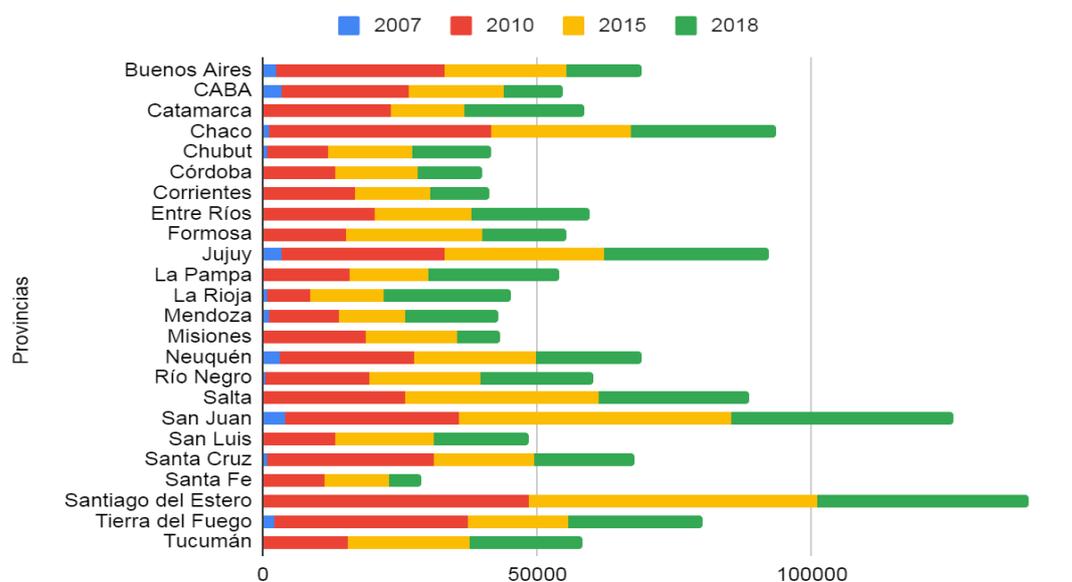


Figura 10: Tendencias en la **Prevalencia de bronquiolitis** según provincias. Argentina 2005-2018.

Al interior del país, los valores más altos de bronquiolitis durante el año 2005 se encontraron en las provincias de San Juan y CABA (3978,93 y 3539,47 cada 100 mil habitantes, respectivamente), mientras que para el año 2018 se destacaron San Juan (40295,20) y Santiago del Estero (38502,00). Por otro lado, los valores de prevalencia más bajos se encontraron en las provincias de Santa Fe (5735,20) y Misiones (7537,20).

En cuanto al perfil epidemiológico en la Argentina, se puede observar que la mortalidad materno-infantil, así como la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas prevalecieron en el Norte del país (Formosa, Salta y Chaco) mientras que la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sífilis en adultos predominaron en la región Pampeana (CABA, Córdoba y La Pampa), lo que podría estar demostrando estadios avanzados de transición epidemiológica en esta última.

Tabla 3. Medidas de resumen de indicadores del Perfil Sanitario según ejes de estudio en el año 2005 y 2019 (escala provincial), y diferencias observadas en dicho periodo, Argentina.

<i>Perfil de atención sanitaria</i>	<i>Media 2005- (DS)</i>	<i>Media 2018- (DS)</i>	<i>p valor^b</i>
Número total de establecimientos asistenciales con internación	213,75 (425,24)	222,58 (445,48)	0.8366
Número total de establecimientos asistenciales sin internación	814,37 (866,28)	834,42 (833,33)	0.8046
Número de médicos cada 100 mil habitantes	4,38 (1,33)	3,73 (2,18)	0.0124
Acceso a cobertura de salud	48,88 (10,87)	37,93 (10,99)	< 0.01

^a Los años se referencian como 2005 y 2018, por ser los extremos de la serie en estudio, pero para algunos indicadores corresponden a otros años dentro de la serie, según disponibilidad. ^b Test T o Wilcoxon, para la diferencia de medias 2005 y 2018 (en negrita: valores p estadísticamente significativos para $\alpha=0,05$).

Con relación al perfil sanitario se observa una disminución significativa de la tasa de médicos por 100 mil habitantes y del acceso a cobertura de obra social.

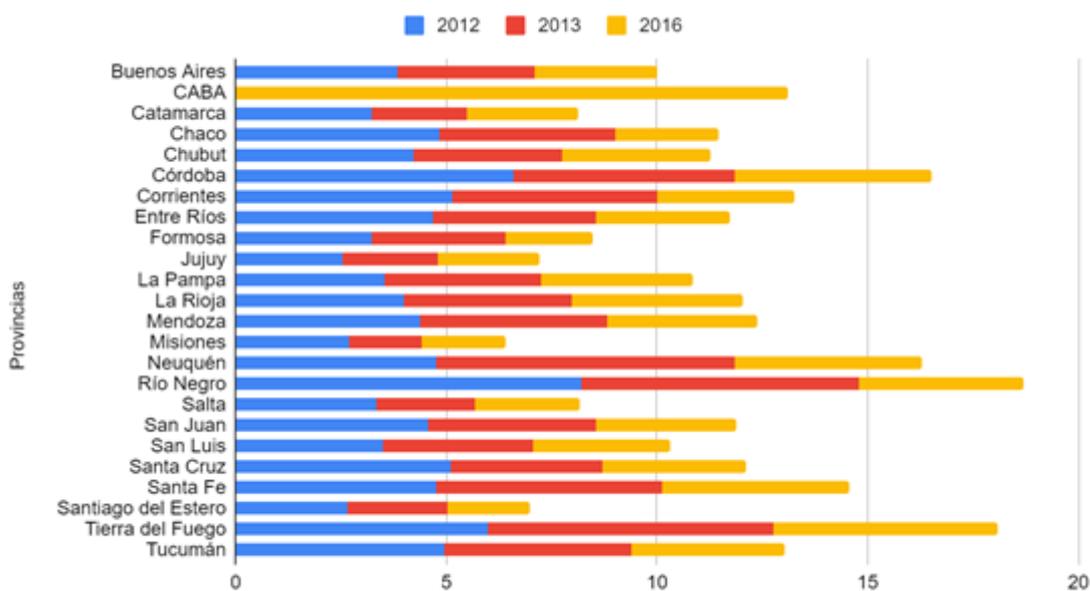


Figura 11: Tendencias en el **número de médicos cada 100 mil habitantes** según provincias. Argentina 2005-2018.

Al interior del país, las provincias con mayor tasa de médicos cada 100 mil habitantes durante el año 2005 fueron Río Negro (8,2) y Tierra del Fuego (5,97), mientras que para el año 2018 se destacaron CABA (13,12) y Tierra del Fuego (5,31). Por otro lado, durante el 2005 las provincias con menores valores se encontraron en Jujuy (2,55) y Santiago del Estero (2,67) y durante el 2018 en Santiago del Estero (1,96) y Misiones (1,97).

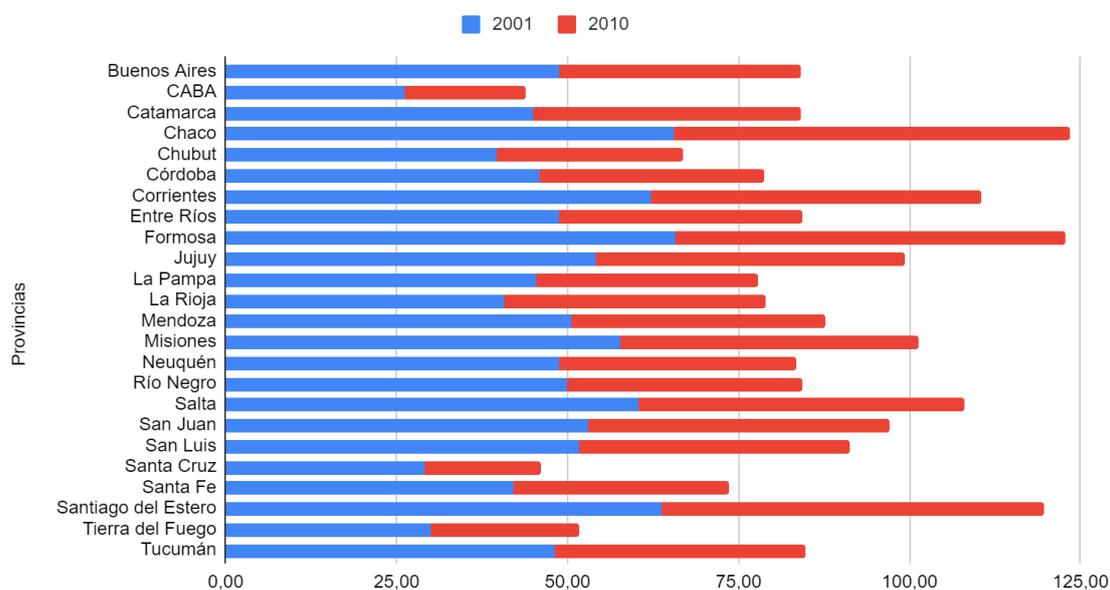


Figura 12: Tendencias en la **población no cubierta con obra social** según provincias. Argentina 2005-2018.

Dentro del país, se puede observar que los mayores valores de población no cubierta con obra social tanto durante el año 2001 como 2010 se encontraron en la región del Norte, destacándose Chaco (65,50 y 57,90% respectivamente) y Formosa (65,80% y 56,90%). En cuanto a los menores valores tanto para 2001 como 2010, se destacaron las provincias de Santa Cruz (29,20% y 16,90%) y CABA (26,20% y 17,70 %).

En el perfil sanitario podemos observar una desventaja en las provincias pertenecientes al Norte argentino con valores más bajos de médicos y más altos de población sin cobertura de obra social.

Tabla 4. Medidas de resumen de indicadores del Perfil de Riesgos según ejes de estudio en el año 2005 y 2019 (escala provincial), y diferencias observadas en dicho periodo, Argentina.

<i>Perfil de riesgos</i>	<i>Media 2005^a (DS)</i>	<i>Media 2018^a (DS)</i>	<i>p valor^a</i>
Prevalencia del consumo de alcohol	7,01 (1,86)	7,65 (2,42)	0.1561
Prevalencia del consumo de sal	20,93 (5,16)	14,04 (4,73)	<0,01
Prevalencia de bajo nivel de actividad física	45,00 (9,32)	46,18 (11,39)	0.3487

Prevalencia de bajo peso al nacer	7,14 (0,77)	7,05 (0,65)	0.3367
Prevalencia de obesidad en adultos	16,08 (2,42)	26,74 (3,82)	< 0.01
Prevalencia de sobrepeso en adultos	34,46 (1,99)	37,09 (2,76)	< 0.01
Prevalencia de tabaquismo	31,48 (4,19)	21,26 (3,51)	< 0.01

Los años se referencian como 2005 y 2018, por ser los extremos de la serie en estudio, pero para algunos indicadores corresponden a otros años dentro de la serie, según disponibilidad. ^b Test T o Wilcoxon, para la diferencia de medias 2005 y 2018 (en negrita: valores p estadísticamente significativos para $\alpha=0,05$).

Con relación al perfil de riesgos se observa una disminución significativa del consumo de sal y prevalencia de tabaquismo, y un aumento de la prevalencia de obesidad y sobrepeso.

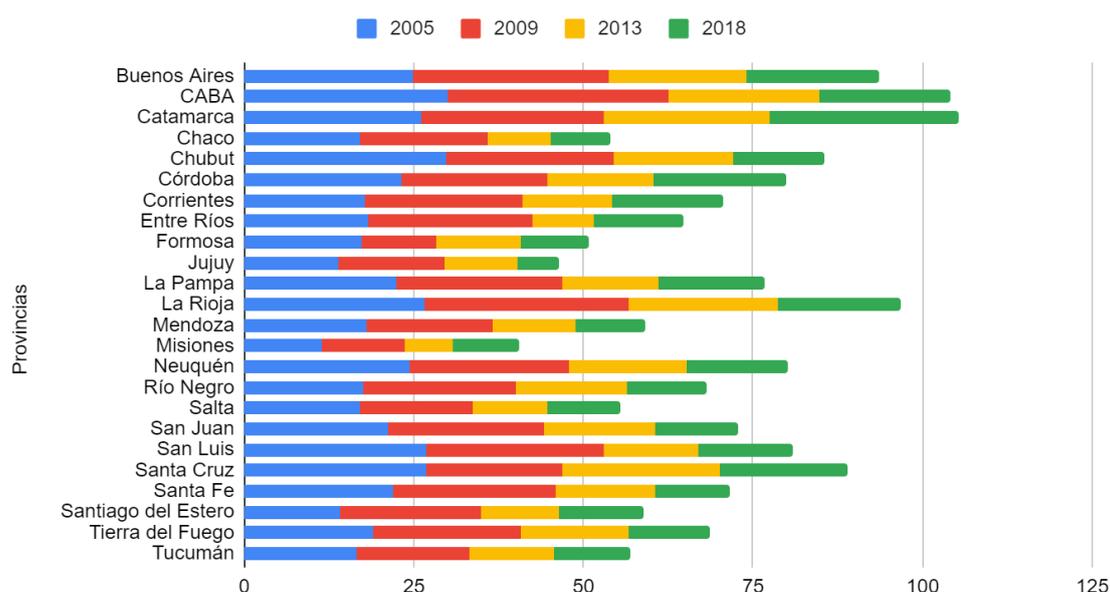


Figura 13: Tendencias en la **prevalencia del consumo de sal** según provincias. Argentina 2005-2018.

Al interior del país, la mayor prevalencia de consumo de sal durante el año 2005 se registró en las provincias de CABA (29,9%) y Chubut (29,8%), mientras que para el año 2018, se destacaron Catamarca (27,80%) y Buenos Aires (19,60 %). Por otro lado, los valores más bajos durante el año 2005 se encontraron en las provincias de Misiones (11,5%) y Jujuy (13,8%) y para el año 2018 en Jujuy (6,10%) y Chaco (8,80%)

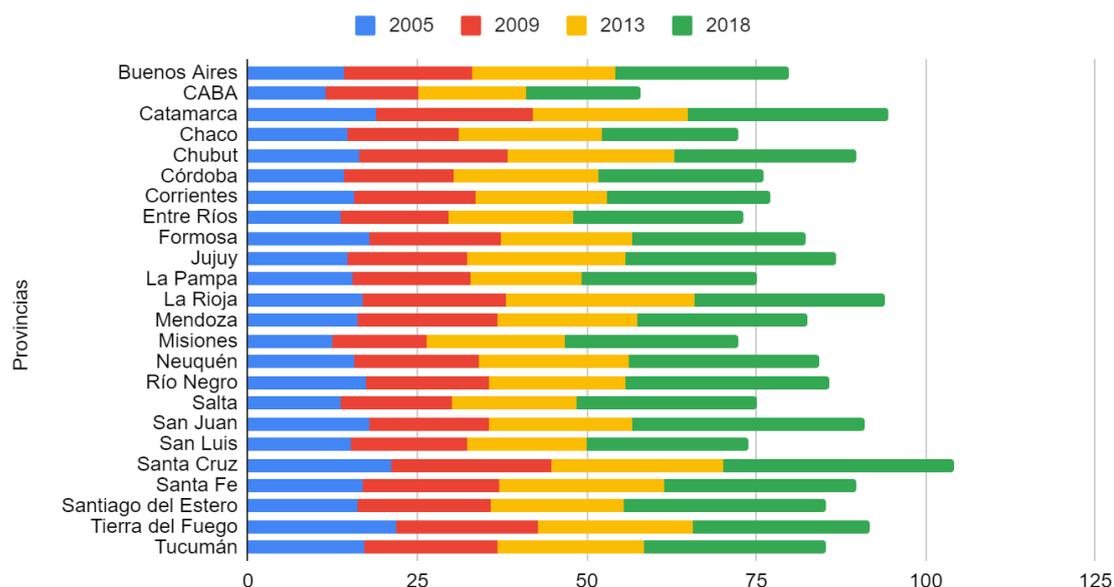


Figura 14: Tendencias en la **prevalencia de obesidad** en adultos según provincias. Argentina 2005-2018.

Respecto a la obesidad, en Argentina durante el año 2005 los valores más elevados se encontraron en las provincias de Tierra del Fuego (21,80%) y Santa Cruz (21,20%), mientras que para el año 2018 fueron Santiago del Estero (29,9%) y Catamarca (29,5 %). Entre los valores más bajos durante el año 2005, se encontraron CABA (11,50%) y Misiones (12,40%) y en el año 2018 CABA (17%) y Chaco (20%).

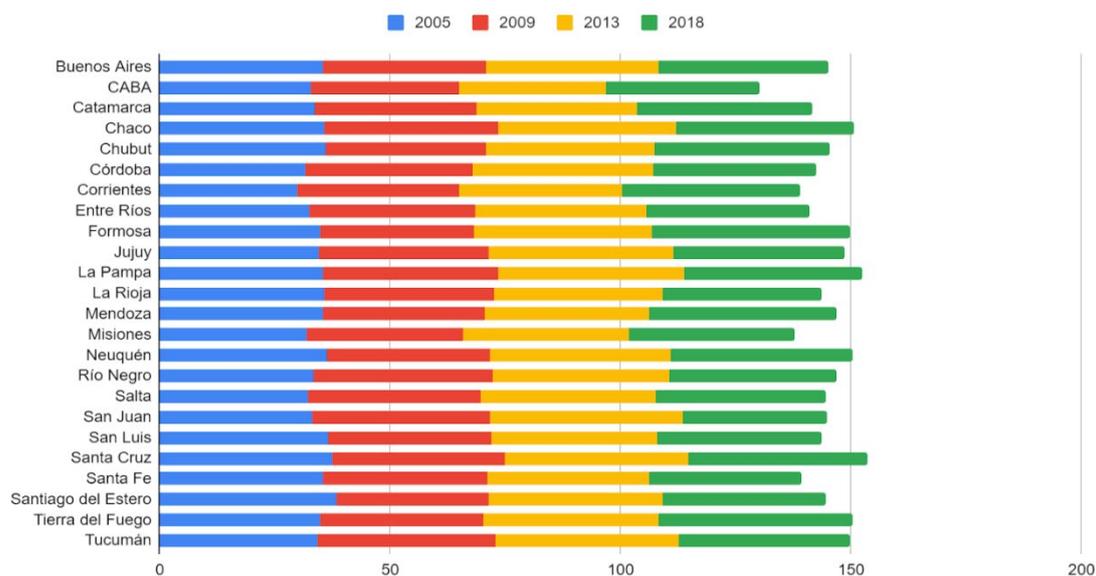


Figura 15: Tendencias en la **prevalencia de sobrepeso** en adultos según provincias. Argentina 2005-2018.

Entre las provincias con mayor prevalencia de sobrepeso durante el año 2005 en la Argentina, se destacaron Santiago del Estero (38,3%) y Santa Cruz (37,4%), mientras que para el año 2018, Formosa (43,2%) y Tierra del Fuego (42,1%). Por otro lado, en el año 2005 los valores más bajos se encontraron en las provincias de Corrientes (29,9%) y Misiones (32%), y en el año 2018 en las provincias de San Juan (31,3%) y Santa Fe (32,9%).

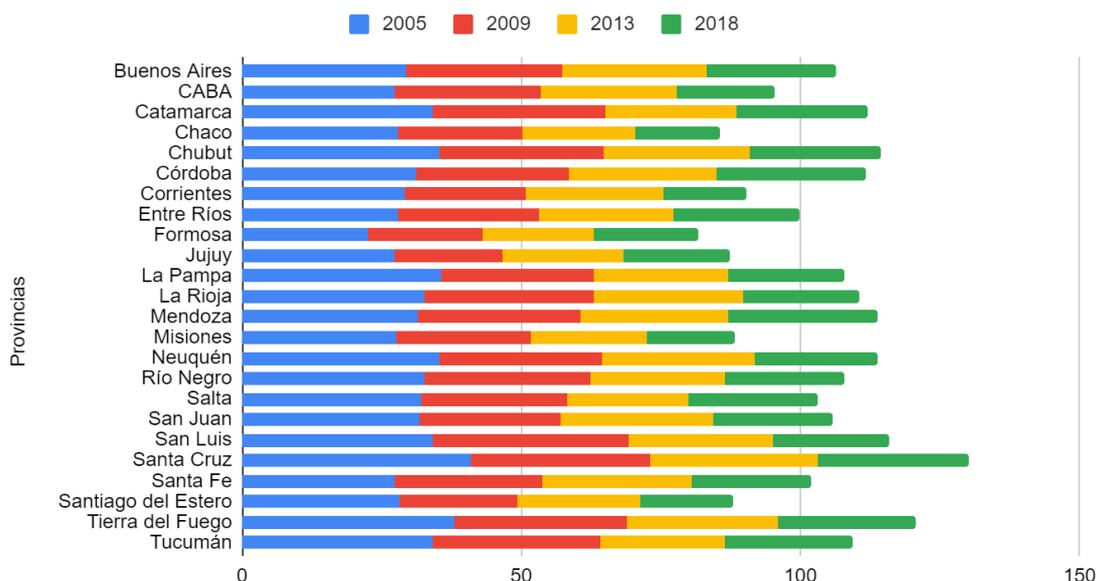


Figura 16: Tendencias en la **prevalencia de tabaquismo** según provincias. Argentina 2005-2018.

Al interior del país, la mayor prevalencia de tabaquismo se encuentra en la región Patagónica, en primer lugar, por la provincia de Santa Cruz y Tierra del fuego con valores de 41,1 y 38,1%, respectivamente, para el año 2005, mientras que en 2018, se destacó Santa Cruz (27,1%) y Mendoza (26,8%). Los valores más bajos se encontraron en 2005, representados por Formosa (22,6%) y Santa Fe (27,3%), y en 2018 por Corrientes (14,9%) y Chaco (15,4%).

La distribución observada en el perfil de riesgos varía respecto a los anteriores perfiles, encontrándose que en este caso el Norte argentino presenta un menor avance de los factores de riesgo característicos de estadios más avanzados de transición epidemiológica. Jujuy fue la provincia que presentó el menor consumo de sal: 6,10% de la población en 2018, cifra que además indica una reducción del 55,8% respecto a 2005. En tanto en la región Pampeana, CABA, presentó los valores más bajos de la región

(19%) y en la región Patagónica fue la provincia de Neuquén (14,8%), ambos valores muy por encima de los reportados en las provincias del Norte. En el caso de la obesidad y el sobrepeso, Santa Cruz y Santiago del Estero fueron quienes presentaron los valores más elevados, respectivamente. Finalmente, para el tabaquismo, vuelve a destacarse la Patagonia al presentar la mayor prevalencia en la provincia de Santa Cruz (27,1% en 2018); en tanto la región Pampeana osciló entre 17,5% y 26,6%; mientras que para el Norte la misma no supera el valor de 23,5%.

Tabla 5. Medidas de resumen de indicadores del Perfil Protector según ejes de estudio en el año 2005 y 2019 (escala provincial), y diferencias observadas en dicho período, Argentina.

<i>Perfil protector</i>	<i>Media 2005^a (DS)</i>	<i>Media 2018^a (DS)</i>	<i>p valor^b</i>
Consumo de frutas y verduras	4,39 (1,38)	6,37 (4,69)	0.1488

^aLos años se referencian como 2005 y 2018, por ser los extremos de la serie en estudio, pero para algunos indicadores corresponden a otros años dentro de la serie, según disponibilidad. ^b Test T o Wilcoxon, para la diferencia de medias 2005 y 2018 (en negrita: valores p estadísticamente significativos para $\alpha=0,05$).

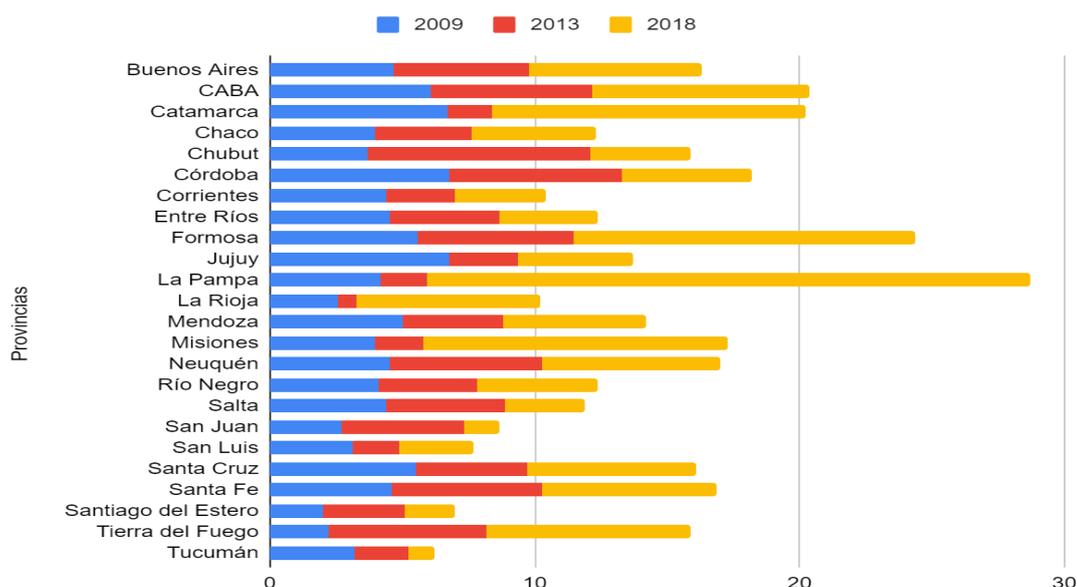


Figura 17: Tendencias en el consumo de frutas y verduras según provincias. Argentina 2005-2018.

Dentro del perfil protector, durante el año 2005 las provincias que presentaron un mayor consumo de frutas y verduras fueron Córdoba y Jujuy con un valor de 6,80% y Catamarca (6,70%), mientras que para el año 2018, se destacaron La Pampa (22,8%) y Formosa (12,9%). Por otro lado, el menor consumo durante el 2005 se presentó en Santiago del Estero (2%) y Tierra del Fuego (2,20%), y en 2018 en las provincias de Tucumán (1%) y San Juan (1,4%).

Dentro del perfil protector, si bien no hubo diferencias significativas a nivel nacional entre los años 2009 y 2018, se observa que salvo en Tucumán, todas las provincias incrementaron su consumo, destacándose La Pampa con un aumento relativo del 81,6% (de 4,20% en 2008 a 22,8% en 2018) y Tierra del Fuego con un aumento del 71,4% (de 2,2% a 7,7% respectivamente). Por otro lado, Catamarca presentó tanto en 2009 como en 2018 los valores más elevados del consumo de frutas y verduras, 6,70 y 11,8% respectivamente. En cuanto a los valores más bajos se destaca Santiago del Estero (2,00% para el 2009, y 1,9% para el 2018).

Tabla 6. Medidas de resumen de indicadores del Perfil Socioeconómico según ejes de estudio en el año 2005 y 2019 (escala provincial), y diferencias observadas en dicho período, Argentina

<i>Perfil socioeconómico</i>	<i>Media 2005^a</i> <i>(DS)</i>	<i>Media 2018^a</i> <i>(DS)</i>	<i>p valor^b</i>
Conexión a agua de red	84,22 (12,17)	88,75 (7,82)	0.1376
Accesibilidad a internet	38,5 (4,6)	45,95 (4,11)	0,09
Necesidades Básicas Insatisfechas	20,1 (7,76)	14,4 (5,53)	0,0026

^aLos años se referencian como 2005 y 2018, por ser los extremos de la serie en estudio, pero para algunos indicadores corresponden a otros años dentro de la serie, según disponibilidad. ^b Test T o Wilcoxon, para la diferencia de medias 2005 y 2018 (en negrita: valores p estadísticamente significativos para $\alpha=0,05$).

En relación al perfil socioeconómico se observa una disminución significativa de la población con NBI.

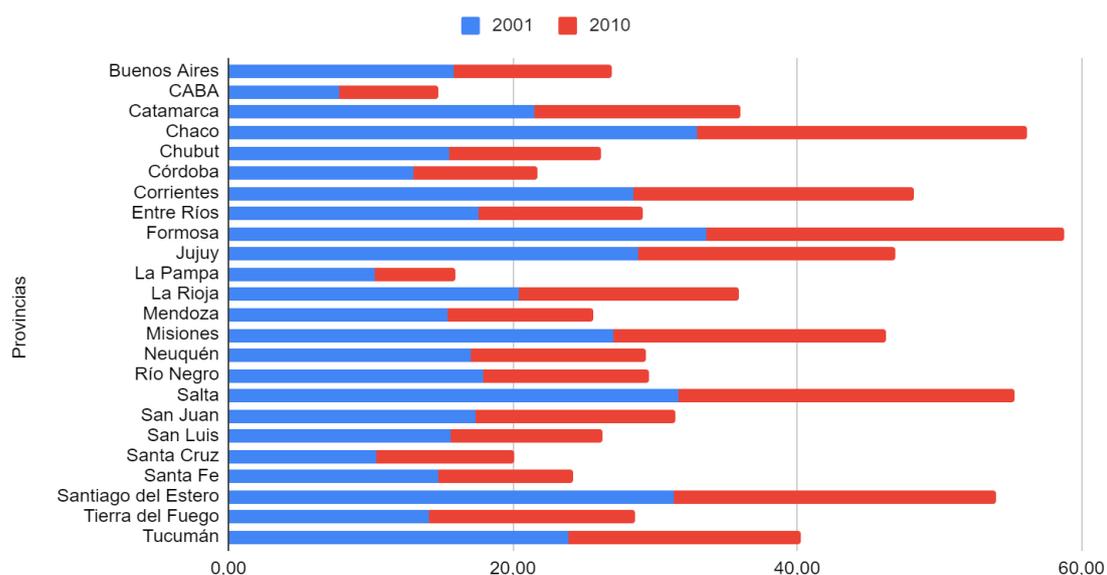


Figura 18: Tendencias en la NBI según provincias. Argentina 2005-2018.

Dentro del perfil socioeconómico, los mayores valores de NBI durante el año 2001 se encontraron en las provincias del Norte, representados por las provincias de Formosa (33,60%) y Chaco (33%), al igual que para el año 2018, por Formosa (25,20%) y Salta (23,70%). Por otro lado, los valores más bajos de NBI se presentaron tanto para el año 2005 como 2018 en CABA (7,80 y 7% respectivamente) y La Pampa (10,30 y 5,70%)

Con respecto a las provincias del Norte podemos observar que fueron las más desfavorecidas dentro del perfil sanitario ya que durante la serie de estudio (2005-2018) en las mismas se registraron los valores más bajos de la tasa de médicos cada 100 mil habitantes y la mayor proporción de población no cubierta con obra social. Estos datos reflejan la relación que existe entre el perfil socioeconómico y sanitario, evidenciado la inequidad que existe dentro del país.

DISCUSIÓN

A partir del análisis realizado se puede observar que a nivel nacional hubo variaciones en el proceso de transición sanitaria en la Argentina; pero estas no se dieron de igual manera en todas las provincias.

En cuanto a la **Razón de mortalidad materna (RMM)**, en los países de América Latina y el Caribe calculada por el Grupo Inter-Agencial (MMEIG) en mujeres en edad reproductiva, si bien muestra un importante descenso como promedio regional en los últimos años, desde 8,8 por cada 10 mil nacidos vivos en 2005 a 7,4 en 2017, ha presentado altibajos en el período, dando cuenta de que el problema no se encuentra resuelto. Estos datos demuestran además una inequidad con los países desarrollados donde para 2015 la RMM promedio era de tan solo de 1,2 por 10 mil. Otras disparidades se evidencian también entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana (30,31).

En la Argentina, según los datos del presente estudio, durante los extremos considerados de la serie (2005-2018), se registró una RMM de **5,39** y **3,2** muertes maternas cada 10 mil nacidos vivos respectivamente, demostrando un descenso de 29,89%. Así, la situación de Argentina en el 2018 es similar, según los indicadores básicos de la OMS (2018), a la de los países de México en el año 2016 (3,67%00), Nicaragua y el Salvador en el año 2017 (3,51 y 3,11(3,67%00), respectivamente), pero valores considerablemente más altos que los evidenciados por Chile (**1,98**(3,67%00), y Uruguay (**1,5**(3,67%00), en 2008 (32,33).

La **mortalidad infantil** presentó el mismo comportamiento que la mortalidad materna, según los datos de nuestro estudio, la misma en el año 2005 fue de 13,48 cada mil nacidos vivos en Argentina, mientras que en 2018 fue de 9,3%0, demostrando un descenso significativo de 29,52%.

Según el Informe de la Cepal (Naciones Unidas 2008), se pudo observar que los valores de la Argentina se mostraron inferiores a los observados en Haití (49 (3,67%0), Asia (42 (3,67%0), y en África (83 (3,67%0), pero resultaban muy elevados comparado con Cuba (5 (3,67%0), y Europa (7 (3,67%0). Por otro lado, según Indicadores Básicos

de la OMS (2018), la TMI de la Argentina entre los años 2015-2018 es similar a los países de Trinidad y Tobago (9,3 (3,67%0), Ecuador (9,1 (3,67%0), del año 2016 y El Salvador (9,2 (3,67%0), del año 2017 (32,34).

En cuanto a la **Tasa de Mortalidad por enfermedades Infecciosas**, en la Argentina según el presente estudio, fue de 71,25 cada 100 mil habitantes durante el año 2005, observándose un aumento significativo de 23,48% de la misma para el año 2018, representado por 84,3 muertes cada 100 mil habitantes.

Según los datos obtenidos por la OMS en su reciente publicación “Indicadores Básicos 2018”, las enfermedades infecciosas o transmisibles representan en la región de América Latina y el Caribe una tasa de mortalidad de 59,9 (3,67%000. Argentina evidenció una tasa de mortalidad que supera el promedio de América Latina (79,2 (3,67%000), y asemejándose al presentado por República Dominicana (94,1 (3,67%000) de ese mismo año. Si bien estos valores son elevados, el mayor en la región fue el de Perú (140,2 (3,67%000), en contraste con los países vecinos Uruguay y Chile quienes presentan valores de 43,3%000 y 34,5%000 respectivamente (32,35).

Respecto a la **diarrea**, la cual es una de las principales causas de morbimortalidad en menores de 5 años en todo el mundo, presenta un impacto asociado al grado de desarrollo económico, social y cultural de los distintos países. Los casos graves y fatales asociados a la enfermedad diarreica están, generalmente, relacionados con diversos factores: inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias, falta de agua potable, sistema de eliminación de excretas ineficiente, falta de educación e información preventiva por parte de los padres y dificultades en el acceso a los servicios de salud para un tratamiento adecuado y oportuno (36-38).

En base a los datos analizados, teniendo en cuenta el período de estudio (2005-2018), la Argentina presentó una tasa de 321,68%000 durante el año 2005 con un aumento significativo de 880,37% para el año 2018 (3099,14%000).

Según datos publicados en 2008 por la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) las tasas de incidencia de diarrea aguda en Argentina, entre el año 2005 y 2015 se asemejan a la situación de los países de Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana (39).

A nivel global, se conoce que la **Neumonía** constituye la sexta causa de muerte en los países desarrollados, significando entre 7 y 15 casos por cada mil personas al año, presentando mayor ocurrencia de casos durante los meses de invierno y en hombres; con una frecuencia elevada en menores de 2 años y una estimación de 1.000 y 12.000 por cada 100 mil niños, y a partir de los 50 años. En América Latina y el Caribe, más de 80.000 niños menores de 5 años mueren cada año por infecciones del tracto respiratorio y de ellos, el 85% por neumonía (40).

Con respecto a los datos del presente estudio, los casos de neumonía ocurrentes en la Argentina durante el año 2005 representaron una prevalencia de 66,93 cada 100 mil habitantes con un significativo aumento de 652,57% hacia el año 2018 (503,7%000).

En cuanto a la **Bronquiolitis**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) causó la muerte de 5,9 millones de niños antes de cumplir cinco años de edad en el año 2015, es decir 43 muertes por mil nacidos vivos. Estas cifras de mortalidad son mayores en los países subdesarrollados, calculándose en 60 y 100 casos por mil niños menores de cinco años. (41).

En este contexto, Argentina presentó la mayor prevalencia de bronquiolitis en el año 2010 (222,44%0), para luego descender el 187,81% hacia el final del periodo de estudio (2018) con una tasa de 200,01%0, encontrándose muy por debajo de los valores anteriormente mencionados.

De acuerdo con los datos publicados en 2019 por la OMS, más de 1 millón de personas de 15 a 49 años se contagian cada día por una infección de transmisión sexual (ITS). En total, se registran anualmente más de 376 millones de nuevos casos de estas cuatro infecciones: clamidiosis, gonorrea, tricomoniasis y **sífilis** (42).

La situación epidemiológica actual a nivel global de Sífilis suele ser muy variable, su magnitud se está incrementando aún en lugares donde se le consideraba bajo control, como en algunas regiones de Europa oriental y occidental, en las que se observa incremento de la incidencia en años recientes. La OMS ha estimado en 2006 que alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo en la población adulta, 90% de ellos en países en desarrollo, presentando una prevalencia de 0,54% en 2008. Para el año 2016 se produjeron 5,6 millones de nuevos casos de sífilis

en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, con una tasa de incidencia mundial de 1,5%0 (43-45).

Para Latinoamérica y el Caribe el estimado de la incidencia anual de casos de *sífilis* en población adulta es de 3 millones. En cuanto a la mediana de seroprevalencia de sífilis en embarazadas reportada es de 3,9 %, calculando que nacen anualmente más de 164.000 niños con sífilis congénita. (43,46).

Durante nuestro período de estudio, en la Argentina, se puede observar un aumento de 1615,69% de la tasa de sífilis en adultos, presentando el año 2005 una tasa de 7,05%000 mientras que para 2017, año considerado extremo de la serie de estudio, se registró una tasa de 26,6%000. En comparación a otros países vemos que en estados miembros de la Unión Europea se registró un 5,1%000 en el año 2014, mientras que en España y Alemania presentaron en el mismo año 3.568%000 y 5718%000, respectivamente. Por su parte, en Latinoamérica, Chile presentó en el año 2016, una tasa de 22,8%000, valor menor al observado en Argentina en el año 2017 (47, 48%000).

De acuerdo con el Informe del Estado Global en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en abril de 2011, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) fueron la causa de aproximadamente el 63% (36 millones) del total de muertes ocurridas en el mundo en el año 2008. Las *enfermedades cardiovasculares* se encuentran junto con el cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, dentro de las cuatro principales causas, siendo la primera causante del 29,82 % (17 millones) de las muertes (49).

Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Se estima que, en el año 2015, 17,7 millones de personas murieron por este tipo de enfermedades, lo que representa el 31% de las muertes registradas. Esta patología no afecta a toda la población por igual, en el caso de los países desarrollados como Estados Unidos, más de 2.200 personas mueren de enfermedades cardiovasculares cada año, tendencia que es similar en los países europeos. Para los países en desarrollo la situación es más grave, ya que más del 80% de las muertes se producen allí (49,50).

Teniendo en cuenta los dos extremos considerados la serie del período de estudio, durante el año 2005 se registró una *TMCV* de 4611,65%000 mostrando un descenso significativo de 96,59 % hacia el año 2018. En comparación con otros países, para el

año 2016, Argentina presentaba una tasa de 143,4‰, asemejándose así a Uruguay (132,4‰) y México (136,5‰); posteriormente, hacia el año 2018, la misma aumentó hasta 156,96‰ (51).

La **Diabetes Mellitus** tipo 2 (DMT2) es la forma más frecuente de la enfermedad (90-95% de los casos), y su prevalencia a nivel mundial muestra un crecimiento continuo, con mayor velocidad en regiones con ingresos bajos y medianos (África, América Latina, Sudeste asiático y Pacífico Oeste), donde además su tasa de morbimortalidad es más elevada y los recursos sanitarios disponibles más limitados. Este fenómeno se ha atribuido al aumento de la expectativa de vida y a la adopción de hábitos de vida no saludables (sedentarismo y plan de alimentación inadecuada), que han conducido a la epidemia de obesidad y diabetes (52).

A nivel global existe una tendencia al incremento de la prevalencia de DM tipo 2, en 2003 se reportó un promedio del 5,1% de la población mundial afectada ascendiendo a un 6,0% en 2007 y se espera alcanzar para 2025 un promedio de 6,3%. Según la 6^{ta} edición del Atlas de la Diabetes Federación Internacional de Diabetes (IDF) se estimaba que para el año 2012 habría 371 millones de personas con DM es decir un 8,3% de la población, mientras que en la 7^{ta} edición del mismo se confirma que cerca de 382 millones de personas presentaron DMT2 en el año 2013 de las cuales el 80% vive en los países con mayores condiciones de pobreza. Para el año 2014, la OMS estimó un promedio del 9% entre los adultos mayores de 18 años (53-54).

En Norteamérica, incluyendo Puerto Rico y México, datos epidemiológicos registrados en el IDF indican que, durante el año 2013, la cifra de personas con esta enfermedad fue de 37 millones. En Centroamérica, el resto de El Caribe, Centro y toda Sudamérica, la cantidad fue de 24 millones, sin embargo, los países que presentan cifras más elevadas fueron China, con 98,4 y la India, con 65,1 millones (55).

Durante nuestro periodo de estudio, pudimos observar que la prevalencia de diabetes en la Argentina fue de 8,3 % para el año 2005, mostrando un aumento de 61,50% para el año 2018 (13,02%). Al analizar la misma con respecto a otros países, observamos que la tasa presentada es similar a los países de Uruguay (15,0%) y Estados Unidos (15,3%) de ese mismo año (56).

Con respecto a la prevalencia de **Consumo de sal**, la ingesta excesiva de sodio constituye de uno de los principales factores de riesgo para las ECV, siendo la principal causa de morbi-mortalidad en Latinoamérica. La recomendación de la OMS de ingesta diaria máxima para personas es de 5 g de sal o su equivalente 2 g de Sodio, sin embargo, las cifras mundiales muestran que el promedio de consumo de sal es de 10 g diarios por persona (57,58).

A nivel mundial, desde el año 2015, 75 países implementaron una estrategia nacional para reducir el consumo de sal. Dentro de América Latina, Argentina es el único país que ha adoptado esquemas legislativos integrales para limitar los niveles de sal en los alimentos mediante la Ley 26.905. Este accionar es clave, ya que, según datos del Ministerio de Salud de la Nación en la Argentina, el consumo de sal por persona ronda los 12 g diarios, esto es: 4718 mg de Sodio. En comparación con otros países, evidenciamos que Brasil tiene un consumo promedio de sal de 11 gr, Chile 9,8 gr, Estados Unidos 8,7 gr, Canadá 7,7 gr y en los países de Europa occidental y continente asiático el mismo es de 16g. De este modo, teniendo en cuenta la media nacional de consumo de sal de Argentina, la misma es similar a Brasil y Chile (55, 57,58).

En el presente estudio, podemos observar que la Argentina, durante el año 2005, presentó un promedio de consumo de sal de 20,92%, mientras que para el año 2018 se evidenció un descenso de 32,69%, resultando en un 14%.

Actualmente existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso, y al menos 300 millones de ellos son obesos. La distribución del **Sobrepeso y la Obesidad** es desigual, pues las prevalencias van desde menos de 5% en países como China y algunos de África, hasta 75% en las Islas del Pacífico Sur. En algunos de los países latinoamericanos como México, las tasas de obesidad son intermedias (18.6% en hombres y 28.1% en mujeres), pero cercanas a las de países desarrollados como EUA (31% en hombres y 33.2% en mujeres) e Inglaterra (22.3% en hombres y 23% en mujeres). Asimismo, en el año 2016, Chile, Uruguay y México, presentaron los valores de 28,0%, 27,9% y 28,9%, respectivamente coincidiendo con el registrado en Argentina (28,3%). Según datos de la OMS, en América Latina la prevalencia del exceso de peso está aumentando de manera similar a la observada en las sociedades más avanzadas (70,56).

Según los datos registrados en nuestro estudio, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la Argentina durante el año 2005 fue de 34,46% y 16,08 % respectivamente, mostrando para el año 2018 un leve aumento de sobrepeso de 2,63 %, mientras para la obesidad fue significativo (10,66%).

El **Tabaquismo** constituye la principal causa de muerte prevenible en el mundo. Aproximadamente 6 millones de personas mueren por consecuencias relacionadas con fumar, tanto por el consumo directo como por el consumo indirecto de cigarrillos (tabaquismo pasivo). La mayor incidencia de tabaquismo (comienzo del hábito) se da en hombres de países de ingreso bajo y medio, pero la prevalencia del tabaquismo es mayor entre los países de ingreso medio-alto. En 2005 entró en funcionamiento el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT-OMS), firmado por 177 Estados, desde entonces Latinoamérica empezó a establecer medidas para reducir la demanda y el suministro del tabaco (61).

Teniendo en cuenta el presente estudio, en la Argentina se pudo observar una prevalencia de tabaquismo de 31,48 % durante el 2005, disminuyendo a 21,26% hacia el año 2018.

La ingesta insuficiente de **Frutas y Verduras** es un factor de riesgo fundamental y común de varias ECNT. De acuerdo con la OMS, la baja ingesta de frutas y verduras ocasiona 1,7 millones de muertes al año, por lo tanto, su consumo habitual se asocia a un menor riesgo de enfermedad y mortalidad. La OMS recomendó en 2004 un consumo mínimo de 600 g por persona al día de frutas y verduras variadas. Mientras que el Plan Alimentario Promedio que consideran las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), elaboradas por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND) en el año 2000 y actualizadas en 2016, recomienda consumir 400 g de hortalizas no feculentas y 300g de frutas, es decir, un total de 700 g de frutas y verduras. En términos de porciones, la sugerencia es consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores (62,63).

Sin embargo, el promedio diario nacional de porciones de frutas o verduras consumidas por persona fue de 2 porciones, siendo solo el 6,0% de la población argentina quien cumplió la recomendación de las 5 porciones diarias. Según la última Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) realizada en 2012 y representativa de la

población argentina indicó un valor total de ingesta de 228g. Además, se observó que en los últimos 20 años el consumo de hortalizas y frutas disminuyó considerablemente, ya que durante el año 2012 y 2013 se consumió un 41% menos frutas y 13% menos vegetales que en 1996- 1997 (63,64).

Otro estudio que refleja el bajo consumo de frutas y verduras fue el realizado por Barbero en 2012 en la ciudad de Córdoba. En el mismo se analizaron los hábitos de consumo de frutas y verduras de los consumidores cordobeses, obteniendo como resultado que se consumían 221 gramos de verduras por persona al día y 206 gramos de frutas. Otro hallazgo fue la composición de la canasta de frutas y vegetales de la población, la cual está conformada principalmente por 5 hortalizas y 4 frutas, observándose que su consumo está directamente relacionado con los ingresos del hogar, pero aun los hogares de mayores ingresos no alcanzan a consumir las cantidades recomendadas (65).

En el presente estudio, observamos que, según años considerados extremos de la serie, el promedio de consumo de frutas en las Argentina en el año 2005 fue de 4,39%, evidenciando un aumento no significativo de 0,97 % para el 2018 (6,37 %). Según la Revista de la Facultad de Medicina Humana publicada en 2019, el consumo per-cápita de frutas y verduras en el país no alcanza los 200 gr diarios, en comparación con Europa donde el consumo promedio de frutas y verduras es de 386 gr por día (66).

La **mortalidad por causas externas (TMCE)** es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia en Latinoamérica, además, es un indicador de desigualdades e inequidades en salud que tiene gran impacto social y económico en la población. La misma incluye aquellas muertes intencionales (suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes de tránsito u otros accidentes) y de intención indeterminada. La OMS estima que anualmente mueren 5 millones de personas por estas causas y otras resultan con lesiones graves, por lo que requieren cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación, lo que acarrea costos sociales y costos económicos (67).

La Región de las Américas, en el período 2010-2013 presentó como principal causa de muerte, en el grupo etario de 10 a 24 años el homicidio, con una tasa de mortalidad de 20,4%000, seguido de los accidentes de transporte terrestre (13,4%000), y el suicidio (5,7%000) (66).

Al analizar esta situación a nivel global, se observó que los países comprendidos en el área andina (Chile, Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela) la misma fue de 89,1‰ en el 2010-2013. Centroamérica presentó el mayor aumento en el periodo 2006-2009, llegando al valor de 98,5‰, para finalmente descender hasta 90,2‰ en el 2010-2013. En este contexto, la TMCE de Argentina se ubica por debajo de las mencionadas anteriormente, presentando un valor promedio de 47,55‰ en el año 2018 (67).

Los datos sobre los recursos disponibles para los sistemas de salud son esenciales para que los gobiernos puedan determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades relacionadas con la salud de la población. En cuanto *al personal médico*, se conoce que, a nivel mundial, hay 130 médicos por cada 100 mil habitantes, en tanto la OMS recomienda 230 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos, enfermeras y parteras) por cada 100 mil habitantes para una adecuada cobertura en la atención primaria de salud. (69).

Para el año 2015, Argentina contaba con 394 médicos cada 100 mil habitantes según OSINSA, presentando una distribución inequitativa: escasa representación en zonas rurales y superpoblación en zonas urbanas, principalmente en CABA y en la provincia de Buenos Aires donde se concentra el 55% de los profesionales, debido a las mayores posibilidades de inserción ocupacional y de desarrollo profesional que ofrecen. Además, se observó una amplia cantidad de matrículas no exclusivas entre provincias patagónicas y otras provincias de diferentes regiones, así Tierra del Fuego, Río Negro y Buenos Aires son quienes cuentan con más profesionales matriculados en dos o más jurisdicciones. Respecto a las especialidades, Argentina presenta escasez de médicos generalistas, contando con una gran cantidad de especialistas y una pobre distribución geográfica de los mismos (70-71).

Teniendo en cuenta los años considerados extremos de la serie de estudio, la Argentina durante el año 2005 presentó 4,38 médicos por cada 100 mil habitantes mientras que para el año 2018 la tasa disminuyó un 20,66% (3,37‰). Su distribución presenta grandes variaciones entre países y regiones, así en la Región de África sólo hay 20 médicos por cada 100 mil, frente a 320‰ en la Región de Europa.

Al referirnos a la variable **población no cubierta por Obra Social**, observamos que en América Latina y el Caribe, según la publicación de la OMS acerca de la Cobertura universal de la Salud y la equidad en la región, la mayoría de los países mantuvieron un sistema de dos niveles para la atención de salud: uno para las personas empleadas en el sector formal y otro, prestado por los Ministerios de Salud, destinado a las personas pobres y no aseguradas. Esto generó una fragmentación, haciendo que desde los años 80 y 90 varios países emprendieran reformas para reducirla al mínimo. Así, mediante una variedad de políticas, Argentina, Guatemala, Jamaica, México, Perú y Uruguay buscan mejorar la eficiencia y ampliar el acceso a la atención de salud, en particular para las personas pobres y las que se encuentran en riesgo de caer en la pobreza (72).

En Argentina en el año 1997 la población que contaba con seguro de obra social fue del 50,2%, porcentaje que tras la crisis del 2001 se vio afectado, ya que los sectores medios y los trabajadores perdieron la cobertura de las empresas de medicina prepaga y obras sociales, pasando a depender del sector estatal. Además, ocurrió una devaluación de las prepagas y disminución de sus beneficios, aun así, en el 2004 el sector aún conservaba 2,6 millones de afiliados Finalmente, ese mismo año se anunció el Plan Federal de Salud, conformado por 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 Obras Sociales nacionales, 24 Obras Sociales provinciales, decenas de empresas de medicina prepaga y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (73-75).

En Argentina, según los dos extremos considerados de la serie del presente estudio (2005-2018), se registró un promedio de 48,88% y 37,93% respectivamente de personas no cubiertas por obra social, observándose una disminución de 23,44%, lo que evidencia mejoras en la cobertura de salud. Al comparar con otros países, observamos que la situación es menos favorable que lo evidenciado durante el año 2015, en Uruguay donde la cobertura es del 100%, mientras que en contraste, en Bolivia el 70% de la población no posee cobertura de salud, acercándose a lo observado en Ecuador (78%), Paraguay (84%), Chile (97,4%) y Colombia (91%), demostrando diferencias significativas en la región de acceso a la salud (78).

Con respecto a las ***Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)***, en América Latina y el Caribe, se verificó una importante caída entre **2002 y 2011**, en casi todos los países de la región, con excepción de Uruguay, en donde la misma se mantuvo y México donde se registró un leve aumento. Argentina, según los datos provistos por el Censo de 2001,

presentó 1.442.934 hogares con NBI (14.3%), mientras que para el año 2010, el registro fue de 1.110.852, lo cual representa el 9.1% del número total de hogares del país, es decir 4.953.206 personas. De esta forma, la variación intercensal del período mostró una reducción del 23%, cifra que se traduce en la mejora de la calidad de vida en casi 1,4 millones de personas (79).

Resultado del análisis del presente estudio y lo observado en el documento de la CEPAL “Panorama social de América Latina”, en ambos casos Argentina presentó una disminución de personas con NBI del 27,56% entre el año **2001** (20,1%) y **2010** (14,1%) y conformó el grupo de países con una caída de entre 12 y 7 puntos porcentuales entre 2002 y 2012 junto con Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Venezuela (80).

CONCLUSIÓN

En el presente estudio se caracterizó la tendencia en el perfil de transición sanitaria de la Argentina, entre el período 2005-2018, describiendo las principales diferencias entre las provincias a partir del comportamiento de los perfiles epidemiológico, de atención sanitaria, socioeconómico, de riesgo y protector.

De esta manera, las provincias que componen la **región del Norte** se destacaron por evidenciar una transición de carácter tardío con respecto a las otras. Esto se reflejó en las altas tasas de enfermedades infecciosas y mortalidad materno-infantil, condicionado a su vez, por una desventaja en el perfil de atención sanitaria y socioeconómico, debido a la baja tasa de médicos y la elevada prevalencia de población no cubierta con obra social como también de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). En tanto que el perfil de riesgo reflejó bajos valores de tabaquismo, obesidad, sobrepeso y consumo sal; y el perfil protector se caracterizó por mayor consumo de frutas y verduras, en especial en las provincias de Jujuy, Catamarca y Formosa.

En la **región Pampeana**, predominaron las enfermedades Crónicas No Transmisibles, así como sus factores de riesgo (enfermedad cardiovascular, diabetes, sobrepeso) y enfermedades reemergentes (sífilis en adultos), lo que podría estar demostrando estadios avanzados de transición epidemiológica. En cuanto al perfil protector, el consumo de frutas y verduras demostró un aumento no significativo, excepto en La Pampa, quien se destacó por su elevado incremento. Por otro lado, las provincias de esta región representaron las poblaciones con menor NBI.

En la **región Patagónica**, los datos reflejan que la misma atraviesa una transición sanitaria avanzada debido a su baja tasa de mortalidad infantil y enfermedades infecciosas (excepto neumonía), así como también un perfil de riesgo, representado por elevadas prevalencias de sobrepeso y obesidad, consumo de sal y tabaquismo. Además, se puede observar una elevada tasa de médicos y los valores más bajos de población no cubierta por obra social.

Teniendo en cuenta lo planteado por Frenk sobre la Transición epidemiológica (TE) y los hallazgos del presente trabajo de investigación, se demostró que Argentina, durante el período 2005-2018, atraviesa un “**Modelo polarizado prolongado de la TE**”, definido

como un proceso de **superposición** de etapas, o lo que Omran denominó etapa 3 de los países en desarrollo “La triple carga de salud”: *enfermedades viejas* (neumonía, bronquiolitis, sífilis en adultos, sífilis congénita) a las cuales se le suman las *nuevas* (enfermedad cardiovascular, sobrepeso, obesidad, hipertensión) y *sistemas de salud mal preparados* (recurso humano médico insuficiente).

Es de destacar que se observan mejoras significativas en el consumo de sal y tabaquismo, y no significativas del consumo de frutas y verduras; lo que podría estar reflejando mejoras en el estilo de vida.

De esta manera, podemos decir que las provincias de la Argentina experimentaron profundos cambios en el período de estudio (2005-2018) que se sustentan en el marco de la teoría de la transición, con gran heterogeneidad entre las regiones, y al interior de ellas, entre las provincias, conformando tres grandes etapas, lo que confirma la hipótesis planteada en este trabajo de investigación.

Referencias bibliográficas:

1. Gómez, R. D. La transición en epidemiología y salud pública: ¿Explicación o condena? Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2001,19 (2).
2. Vera Bolaños, M. La teoría de la transición epidemiológica: 11 [Internet]. 1999 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: http://fcm.uccuyosl.edu.ar/images/pdf/materiales_de_estudio/4-La_teoría_de_la_transición_epidemiológica.pdf
3. Vera Bolaños, M. Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. Papeles de población. 2000, 6 (25): 179-206.
4. Robles-González E. Bernabeu- Mestre, J.;García-Benavides, F. "La transición sanitaria: una revisión conceptual". Revista de Demografía Histórica. 1996,14(1):117-144.
5. Acosta, LD.; Carrizo, E.; & Peláez, E. Transición epidemiológica y transición nutricional en Argentina [Internet] 23 al 26 de octubre de 2012[citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en http://www.alapop.org/Congreso2012/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2012_FINAL348.pdf
6. Sánchez, EEDLC. La transición nutricional. Abordaje desde de las políticas públicas en América Latina. Revista de Ciencias Humana y Sociales. 2016;(11):379-402.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Transición demográfica en las Américas. Revistas científicas y Boletines. 1994,15(1).
8. Bernabeu Mestre, J; Robles González, E. “Demografía y problemas de salud: unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria”. Política y Sociedad. 2000, (35), ISSN 1130-8001: 45-54.
9. Ramos, C.; Enrique, C. Transición epidemiológica en Colombia: de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. Revista Ciencias Biomédicas. 2012, 3 (2).
10. Frenk J, Lozano-Ascencio R, Bobadilla, JL. La transición epidemiológica en América Latina. Notas de población. 1994, (60): 79-101.
11. Di Cesare, M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Documentos de Proyectos. 2011, (395).
12. Leon, E.; Morazán P. Transición nutricional y la epidemia de la obesidad: Una revisión bibliográfica Párrafo introductorio sobre la obesidad. 1 de julio de 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319878371_Transición_nutricional_y_la_epidemia_de_la_obesidad_Una_revisión_bibliográfica_Parrafo_introductorio_sobre_la_obesidad

13. Dupraz, H.; Zeni SB, M.; Rio ME. Transición nutricional y obesidad epidémica. Características en la edad escolar. *Revista Farm.* 158 (2): 3-19.
14. Sáez, M.; Pérez- Hoyos, S.; Tobias, A.; Saurina, C.; Barceló, MA.; Ballester, F. Métodos de series temporales en los estudios epidemiológicos sobre contaminación atmosférica. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1999, 73(2): 133-143.
15. Ministerio de la salud, Dirección Nacional de promoción de salud y control de enfermedades no transmisibles. Encuestas poblacionales [Internet]. Buenos Aires Argentina: msal.gov [citado 23 de Mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publices>
16. OPS, OMS. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades: control de enfermedades en la población [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2002 [citado 23 de Mayo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9161:2013-mopece-training-modules-epidemiology&Itemid=40096&lang=es
17. Ministerio de la Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Anuario 2017 [Internet]. Buenos Aires, Argentina: deis.msal.gov [citado 23 de Mayo 2020]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>
18. MSPAS, OMS, OPS: “Diagnóstico Situacional de la Sífilis Materna y la Sífilis Congénita en El Salvador en las 28 maternidades de la red del MSPAS en el año 2009”. [Internet] San salvador; 2010 [citado 27 de Julio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=885-diagnostico-sifilis&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364
19. INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Factores de riesgo [Internet]. Argentina: __INDEC; 2019 [citado 23 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>
20. DIAyS, SAyDS, JGM. SIDSA: Sistema de Estadística Ambiental Argentina [Internet]. Indicadores de desarrollo sustentable [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://estadisticas.ambiente.gob.ar/?idarticulo=13486>
21. Ministerio de la salud, Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). La atención de la salud [Internet]. Argentina: [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
22. Ministerio de la salud. Resolución E 900/2017 [Internet]. Argentina.gob.ar; 2017 [Citado 23 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-900-2017-277042>
23. Ministerio de Salud, Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (RUHS). Datos sobre fuerza de trabajo [Internet]. Argentina.gob.ar. 2018 [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>

24. Ministerio de Salud, Epidemiología y análisis de situación de salud. Sala de situación de salud [Internet]. Argentina.gov.ar.; 2019 [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/sala>
25. Melba AH. García HL. Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. Revista de la Facultad de Medicina. 2007, 30 (2): (119-123).
26. INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Necesidades Básicas Insatisfechas [Internet]. INDEC [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-47-156>
27. DIAyS, SAyDS, JGM. ILAC: Iniciativa Latinoamericana y Caribeña para el Desarrollo Sostenible Sistema de Estadística Ambiental Argentina [Internet]. Sistema de Estadística Ambiental Argentina [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://estadisticas.ambiente.gob.ar/?idArticulo=13488>
28. Ministerio de Salud, Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA). Ayuda en línea [Internet]. Buenos Aires Argentina: Ayuda en línea [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://sis.ms.gov.ar/sisadoc/index.jsp>
29. Hernandez-Sampieri, R. Análisis de datos cuantitativos. Toledo-Castellanos, MA; Mares-Chacón, J; Rocha-Martínez, MI. Metodología de la investigación. 6ta edición. México: McGraw-Hill; 2014. 271-335.
30. CEPAL, Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Mortalidad materna [Internet]. Naciones Unidas [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
31. OMS: Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. OMS; 19 de septiembre de 2019 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
32. OPS, OMS. Indicadores Básicos 2018 [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos de América; 2018 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1
33. OSSyR: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La situación de la mortalidad materna en la Argentina [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires-Argentina: CEDES, CREP, IIE/ANM; Abril de 2010 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_01.pdf
34. CEPAL, UNICEF. Mortalidad en la niñez: una base de datos de América Latina desde 1960 [Internet]. Naciones Unidas: cepal.org ; Mayo de 2011 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1425/1/S201185_es.pdf

- 35.OMS, OPS. Los últimos “Indicadores Básicos” de la OPS arrojan luz sobre la situación de salud en las Américas. [Internet]. OPS, Washington, DC: paho.org; Febrero de 2019 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en:https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14960:ultimo-s-indicadores-basicos-de-la-ops-arrojan-luz-sobre-la-situacion-de-salud-en-las-americas&Itemid=1926&lang=es
36. Degiuseppe, J. Tendencia de los egresos hospitalarios por enfermedades infecciosas intestinales en niños en Argentina, 2005-2013. Archivos argentinos de pediatría. 2017; 115 (4): 350-356.
37. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de maternidad e infancia. Enfermedades prevalentes de la infancia: Guías para la prevención y tratamiento de la diarrea aguda [Internet]. Buenos Aires, Argentina:bancos.salud.gob.ar, Febrero 2011 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000314cnt-s04-diarrea-aguda.pdf>
38. Chiarelli, J.;Blumenfeld, A.;Amalfa,F. Epidemiología de diarrea aguda sanguinolenta en menores de 18 años en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Pública. 2019;10(40): 26-31.
39. Benavente-Herrera, F.; García-Comas, A.; De los Santos-Mascareñas,A. Impacto de las enfermedades diarreicas agudas en América Latina: Justificación del establecimiento de un Comité de Enfermedades Diarreicas en SLIPE. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2018; 31 (1): 8-16.
40. Sigüenza-Peñañiel, T.; Webster-Valverde, ES.; Martínez-Reyes, F.; Córdova-Neira, F. Estudio Transversal: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños. Revista Médica HJCA. 2016; 8(1): 25-29.
41. García F, De la Cruz R. Actualización en la etiopatogenia de la bronquiolitis aguda. 16 de Abril. 2018;57(268):125-134. la 63 es la 61
42. OMS. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable. [Internet]. Ginebra, Suiza: who.int ; 6 de junio de 2019 [citado 27 de Enero de 2021].Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
43. Galban, E., Benzaken, A. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(3-4): 166-172
44. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín epidemiológico sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N36. CABA: aahitc.org; Diciembre 2019 [citado 27 de Enero de 2021].Disponible en: https://www.aahitc.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf
- 45.OPS, OMS. Sífilis[Internet] paho.org [citado 27 de Enero de 2021].Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14869:sti-syphilis&Itemid=3670&lang=es

46. Catuogno, F; Bellotti Cuevas, F; Rosselli, G. Estudio epidemiológico de sífilis en embarazadas en un hospital bonaerense en el período 2010 - 2015. *ByPC*. 2017;81(1):35-40
47. ECDC: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades. La tasa de sífilis aumenta en Europa. [Internet] OMC. Madrid, Mayo de 2016; *medicosypacientes.com* [citado 27 de Enero de 2021]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-tasa-de-sifilis-aumenta-en-europa>
48. Cáceres, K. Situación epidemiológica de sífilis.(CIE 10: A50-A53.9).Chile, 2016. *Revista chilena de infectología*. 2018; 35(3): 284-296.
49. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica* Diciembre. 2011, 31(4): 469-473.
50. CAEME: Cámara Argentina de Especialidades Médicas. Informe Weber. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. *caeme.org.ar*; 2020 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en <https://www.caeme.org.ar/archivo-weber/enfermedades-cardiovasculares>
51. OMS,OPS. PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas. Mortalidad por causa de muertes.[Internet] Washington D.C.: OPS; 2020 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/data/index.php/es/mnu-mortalidad/mortalidad-por-causa-de-muerte-nivel-por-pais.html>
52. Gagliardino, JJ; Costa-Gil JE; Faingold MC. Insulina y control de la diabetes en la Argentina. *Revista medicina*. 2013; 73 (6): 520-528.
53. Fundación diabetes. Atlas de la diabetes de la FID 6ta edición [Internet] 2013. *fundaciondiabetes.org* [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/61/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf
54. Fundación diabetes. Atlas de la diabetes de la FID 7ma edición [Internet] 2015. *fundaciondiabetes.org* [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
55. Naranjo-Hernández, Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. *Revista Finlay*. 2016, 6(1): 1-2
56. OPS, OMS. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras [Internet]. Washington, D.C: *iris.paho.org* ; 2019 [citado 27 de Enero de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

57. Gaitán, D; Chamorro, R; Cediél, G. Sodio y Enfermedad Cardiovascular: Contexto en Latinoamérica. ALAN: Archivos latinoamericanos de Nutrición. 2015, 65 (4): 206-215.
58. Lopez, P; Perez, W. Situación del consumo de sodio y sal en Centroamérica y República Dominicana. [Internet] INCAP: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, marzo de 2018[citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones-incap/96-incap-situacion-del-consumo-de-sodio-y-sal-en-centroamerica-y-republica-dominicana/file>
59. Mora-Morales, E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. Acta Médica Costarricense. Junio 2014, 52 (2).
60. López AMG, Rodríguez CM. Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Nov/Dic 2008, 65 (6): 421-429
61. Bardach A, García-Perdomo HA, Ruano-Gándara RA, Ciapponi A. Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(4):263–71.
62. Moñino, M; Rodríguez, E; Tapia, M S. Evaluación de las actividades de promoción de consumo de frutas y verduras en 8 países miembros de la Alianza Global de Promoción al Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”- AIAM5. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2016, 20 (4).
63. Giacobone, G; Castronuovo, L; Tiscornia, V. Análisis de la cadena de suministro de frutas y verduras en Argentina. [Internet] Abril 2018 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.fcargentina.org/wp-content/uploads/2018/03/1812_CadenaValor.pdf
64. CESNI: Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil. Consumo de frutas y vegetales de la población argentina [Internet]. cesni.org.ar [citado 27 de enero 2021]. Disponible en <http://www.cesni.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/Consumo-frutas-y-hortalizas-OBSERVATORIO-Final.pdf>
65. Barbero, L. Estudio sobre hábitos de consumo de frutas y verduras de los consumidores cordobeses. Agosto 2012. Disponible en: <https://desarrolloterritorial.adec.org.ar/horticola/images/habitos-de-consumo-de-frutas-y-verduras.pdf>
66. Rodríguez-Leyton, M. desafíos para el consumo de frutas y verduras. Rev. Fac. Med. Hum. Lima; Abril/Junio 2019, 19 (2).
67. Davila Cervantes, C A; Pardo Montaña A M. Análisis de la tendencia e impacto de la mortalidad por causas externas: México, 2000-2013. Revista Salud Colectiva. 2016, 12 (2).

- 68.OMS, OPS. Estado de salud de la población: Mortalidad en la Región de las Américas. [Internet]. Washington, D.C. [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=mortalidad-en-la-regin-de-las-americas&lang=es
- 69.OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales. Personal Sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales [Internet]. 2009; [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf
70. Williams, G; Duré, I; Dursi, C. Médicos en Argentina: Red Federal de registros de profesionales de la salud. Revista Argentina de Medicina. 2015; 2(60).
71. Ministerio de la salud. Dirección nacional de capital humano y salud ocupacional. La gestión de recursos humanos en Argentina: una estrategia de consensos. [Internet]. Argentina.gob.ar; noviembre 2015 [Citado 27 de enero de 2021]. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf
- 72.Cabo-Salvador, J. Estructura organizativa, financiación, gasto, provisión de servicios y desarrollo de los sistemas sanitarios en los países de la Comunidad Económica Europea. Belmont-Lerma, MA; Cabo-Muñoz, J; Herreros-González, JM. Gestión sanitaria Integral: pública y privada. 1ra edición. Madrid: Centro de estudios Financieros; 2010.
- 73.Acuña, CH; Chudnovsky, M. El sistema de salud en Argentina. Marzo 2002. Disponible en <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>.
- 74.Stolkiner, A; Comes, Y; Garbus, P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la salud en Argentina. Rev. Ciencia y salud colectiva. 2011, 16 (6).
75. Clavero, MP. Análisis competitivo del sector de medicina prepaga. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Económicas. Septiembre 2011 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitaes/4604/clavero-analissectormedicinaprepaga.pdf
78. OSINSA: Observatorio Sindical de la Salud Argentina. Cobertura universal de salud en América del Sur. [Internet]. 25 de agosto, 2015; [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.osinsa.org/2015/08/25/cobertura-universal-de-salud-en-america-del-sur/>
- 79 Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias (DINREP). Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): información censal del año 2010.[Internet]. Enero 2014; [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>

“Tendencias en el perfil de transición sanitaria de la Argentina, en el período 2005-2018”.

80. CEPAL, Naciones Unidas. Panorama Social de América Latina. [Internet]. Chile; 2013 [citado 27 de Enero de 2021]. Disponible en:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Panorama%20Social%20America%20Latina%20Espa%C3%B1ol.pdf>