



Ministerio de Salud Pública
Provincia de Tucumán

*Objetivos, metas y
estrategias sanitarias
2007-2016
“Salud al Bicentenario”*



PROVINCIA DE TUCUMAN. REPUBLICA ARGENTINA



Provincia de Tucumán

Ministerio de Salud Pública

Objetivos, Metas y
Estrategias Sanitarias
2007 - 2016

“Salud al Bicentenario”



AUTORIDADES

GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN

CPN José Jorge Alperovich

MINISTRO DE SALUD PUBLICA DE LA PROVINCIA

Dr. Juan Luis Manzur

JEFE DEL GABINETE DE SALUD PUBLICA

Dr. Raúl Penna

SECRETARIO EJECUTIVO MEDICO

Dr. Pablo Yedlin

SECRETARIO EJECUTIVO ADMINISTRATIVO CONTABLE

CPN José Gandur

SUBSECRETARIOS

Dr. Máximo Diosque

Ing. Sergio Epstein

Dr. Fernando Avellaneda

Dr. Alberto Sabaj

PERSONAL DE GABINETE

Dra. Alicia Jordán

Dr. Daniel Alvarez Garmendia

Sr. Néstor Mosteirín

Ing. Enrique Espeche

INDICE

Nota del Sr. Gobernador	6
Nota del Sr. Ministro	7
Introducción	8
Participantes	9
CAPITULO 1	
Misión del Ministerio de Salud Pública	19
CAPITULO 2	
Metodología y otras experiencias	23
CAPITULO 3	
Marco General y Objetivos Sanitarios al 2016	33
CAPITULO 4	
Situación sanitaria	39
4.1 Política	41
4.2 Factores determinantes	42
Demografía	42
Determinantes sociales	52
Estilos de vida y factores de riesgo	66
Ambiente	79
Situación institucional	83
Sistema Provincial de Vigilancia Epidemiológica	95
4.3 Situación de salud	109
Mortalidad general	109
Mortalidad infantil	112
Mortalidad materna	120
Mortalidad y Morbilidad por grandes grupos de causas	124
Escenario Epidemiológico para el 2016	185
Matriz de Marco Lógico	196
CAPITULO 5	
Metas y estrategias de salud al 2016	203
CAPITULO 7	
Políticas Públicas para la Salud	247
CAPITULO 8	
Bibliografía	255

Nueva política

CPN José Alperovich / Gobernador

Han transcurrido casi cuatro años desde que asumimos la gobernación de Tucumán con un objetivo claro, cambiar a esta provincia transformándola en un lugar de esperanza y en un motivo de orgullo para todos los tucumanos.

No solamente la situación social era insostenible, sino también las causas que originaron esa trágica realidad.

Decidimos desde el primer día que trabajaríamos incansablemente junto a la gente para no solo paliar el hambre y la desesperanza sino también para cambiar desde las bases la forma de hacer las cosas, incluyendo la forma de hacer política.

Esta manera de actuar respondía no solo a nuestro pensamiento sino que estaba en la misma línea de acción que el Presidente Néstor Kirchner estaba imponiendo en todo el País.

Por eso exigimos de nuestros colaboradores que actuaran sobre lo urgente pero que también previeran el futuro, que se ocuparan de los asuntos propios pero también que rompieran los compartimentos estancos que aíslan el esfuerzo individual y hacen ineficiente el uso de los recursos del Estado.

Seguimos paso a paso todo lo que se ha hecho en salud. Supervisamos cada obra y vigilamos el cumplimiento de las metas expresadas en el Plan Cuatrienal y vimos los resultados.

El hecho de que Salud, dentro de los Obje-

tivos del Milenio a los cuales hemos adherido, presente hoy sus Objetivos y Metas Sanitarias al año 2016, es un hecho sin precedentes en la Provincia y en el país. Pero nosotros no lo celebramos por esa razón, sino porque entendemos que los logros alcanzados deben de ser mejorados y que la transformación del sector salud, en el marco del desarrollo tucumano, debe de profundizarse y la única manera de lograrlo es que todos estemos de acuerdo con los principios que lo orientan y con los cambios que se proponen.

Este documento nos lleva a pensar como será la salud de los tucumanos en el 2016 y cual debe de ser el compromiso del Gobierno y de la sociedad para alcanzarlos, es por eso que queremos que esta propuesta se transforme en una política de estado para que se mantenga en el tiempo.

Mi reconocimiento a nuestro Presidente y su gabinete por todo su apoyo y orientación en un marco de extraordinario respeto federal, sin el cual no hubiéramos logrado avanzar como lo hicimos. Gracias a todos los tucumanos porque nos exigieron otra manera de actuar y de hacer política y por su trabajo y estímulo. ■

Supervisamos cada obra y vigilamos el cumplimiento de las metas expresadas en el Plan Cuatrienal, y vimos los resultados.

Una reforma sanitaria con consenso

Dr. Juan Manzur / Ministro de Salud

La salud en Tucumán se ha convertido en una política central del Gobierno provincial, recibiendo todo el apoyo del Señor Gobernador CPN José Alperovich y por su intermedio del Señor Presidente de la Nación, doctor Néstor Kirchner. Además, nos beneficiamos también del impulso de las políticas de salud de la Nación expresadas en el Plan Federal de Salud concretado por el Señor Ministro de Salud, doctor Ginés González García.

En estos cuatro años la situación sanitaria de Tucumán ha cambiado y ha cambiado para bien según lo demuestran los indicadores que contiene este trabajo. Hemos mejorado, pero no estamos conformes. Nos encontramos en medio de un proceso que recién se inicia y que nunca terminará, ya que la salud es una tarea permanentemente inconclusa, permanentemente en construcción.

Hemos iniciado y estamos avanzado en una verdadera reforma sanitaria y lo hemos hecho ordenadamente, fijándonos políticas y metas claras al mediano plazo y solucionando simultáneamente lo inmediato, lo impostergable.

Con la convicción de que lo urgente no debe de ser enemigo ni estar contrapuesto a lo estratégico, y de que las reformas son un proceso integral en las cuales todos los sistemas deben de ser modificados armoniosamente, es que nos propusimos y estamos proponiendo a Tucumán, a su gente, a sus instituciones, a sus científicos y a sus trabajadores, a quienes integramos el sector salud y a los otros sectores, que sigamos por este camino. Nos ha ido bien porque no hemos improvisado, porque hemos buscado el consenso y porque nuestras

acciones estaban amparadas por la más firme voluntad política, construyendo así la sustentabilidad de este proceso.

Con esa convicción es que nos atrevimos a plantear, en un país y en una provincia predecibles en sus objetivos de justicia social, los objetivos sanitarios al 2016, año del bicentenario de nuestra Nación, desde una provincia que está renaciendo de su más profunda crisis con renovadas esperanzas fundadas en lo obtenido con el esfuerzo de su gente en solo 4 años.

Este Informe no lo hicimos solos, hemos convocado a más de 400 personas a lo largo de las Segundas Jornadas de Salud Pública de Tucumán y en todos los procesos de análisis y propuestas. Gracias por su participación a los trabajadores de la salud, a la UNT y a sus Facultades de Medicina y Odontología, a las asociaciones científicas, a los colegios profesionales, al Ministerio de Educación, a la Secretaría de Políticas Sociales, a la Secretaría de Ciencia y Técnica y a la Secretaría de Planeamiento, que coordinó el proceso de los Objetivos y Metas del Milenio. Nuestro reconocimiento por su cooperación técnica a la OPS/OMS, a UNICEF, a la CEPAL y al PNUD, al igual que a la Oficina de Cooperación Internacional de España, a la Fundación Clinic de Barcelona y a la Fundación HADDASSAH.

Señor Gobernador, tuvimos el honor de conducir este proceso con su orientación y apoyo de los trabajadores de salud, estos son los resultados y la propuesta para un futuro cada vez mejor. ■

“

Estamos avanzado en una verdadera reforma sanitaria y lo hemos hecho ordenadamente

”

INTRODUCCION

La gran oportunidad de dar continuidad a cuatro años de trabajo

Dr. Raúl Penna / Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud

Se nos presenta la gran oportunidad de dar continuidad a las políticas sanitarias acordadas hace cuatro años. Esto es posible no sólo por la voluntad política y porque contamos con una conducción y un liderazgo sanitario consolidado, sino también porque la cultura institucional está cambiando con rapidez. El Ministerio de Salud Pública y el SIPROSA ya no son entidades disgregadas, sin unidad de propósito y sin objetivos comunes, ya no somos un grupo de programas y de personas con una mentalidad vertical, aislados unos de otros.

Fuimos capaces de generar y llevar adelante un profundo cambio, con resultados evidentes en la salud de la población

Hoy confiamos en nosotros como institución y como individuos porque fuimos capaces de generar y llevar adelante un profundo cambio, con resultados evidentes en la salud de la población y en el funcionamiento de las instituciones.

Hoy ya no es novedad y no produce desconfianza el trabajo en grupos matriciales con responsabilidades compartidas.

Hoy sabemos, con claridad lo que nos queda por hacer y conocemos las debilidades que tenemos que transformar en fortalezas. Sabemos que es mucho lo que se debe de lograr para tener una institución realmente moderna y totalmente enfocada en las nece-

sidades de las personas. Ese conocimiento, y la certeza de que podemos estar a la altura del desafío, nos hacen fuertes.

El equipo que trabajó en la confección de este documento compuesto por el Secretario Ejecutivo Médico del SIPROSA, doctor Pablo Yedlin, la Dirección General de Planificación, la Dirección de Epidemiología y el Grupo de Calidad de Servicios, ha plasmado las opiniones, sugerencias y orientaciones de centenares de personas que participaron creativa, y a veces apasionadamente, en este trabajo.

Nuestras metas al 2016 están centradas en los cambios posibles en la salud de las personas; metas que han sido formuladas con información confiable y con metodologías refrendadas por organismos internacionales y por nuestra Facultad de Medicina. Pensar que hace cuatro años apenas teníamos información para aventurar metas en la salud de la madre y del niño.

Las estrategias que identificamos se basan en el análisis de los condicionantes de la salud y en los cambios institucionales necesarios para cumplir las metas sanitarias. Seguimos adelante planificando y actuando con humildad pero con firmeza.

Agradecemos al Señor Ministro de Salud Pública la confianza que puso en todos los trabajadores de la salud y en nosotros al encomendarnos esta tarea inimaginable cuatro años atrás.

PARTICIPANTES

El Ministro de Salud Pública encargó a la Jefatura de Gabinete los estudios conducentes a la formulación de los Objetivos y Políticas Sanitarias 2007-2016, para lo cual se organizó una Comisión de Redacción, integrada por el Secretario Ejecutivo Médico del SIPROSA, doctor Pablo Yedlin, la Dirección General de Planificación, con funciones de coordinación, el Grupo de Calidad de Servicios de Salud y la Dirección de Epidemiología.

Se contó, además, con el apoyo o la cooperación técnica del Ministerio de Salud de la Nación, de la Facultad de Medicina de la UNT, de la Facultad de Odontología de la UNT, de la Universidad Tecnológica Nacional, de las Secretarías provinciales de Planeamiento y de Ciencia y Técnica, de la Fundación del Tucumán, de la OPS/OMS, del UNICEF, de la CEPAL, de la Agencia Española de Cooperación, de la Fundación CLINIC de Barcelona y de los Departamentos de Salud Pública y de Pediatría de la HADASSAH, Proyecto Iniciativa de Políticas de Salud de la USAID, así como del Colegio y del Circulo Odontológico de Tucumán. Se agradece también la asesoría al Ministerio del doctor Héctor Silva y de la MCS Gabriela Hernández.

GRUPOS DE TRABAJO

Comisión de redacción

Penna, Raúl
Yedlin, Pablo
Madariaga, Teresa
Calli, Rogelio
Álvarez Garmendia, Daniel

Asistentes técnicos:
Palomares, Gustavo
Herrera, Adrian
Albarracín, Alfredo
Arguello, Gustavo

Marco lógico

Coordinadora:
Farm. Teresa Madariaga

Alvarez, Adriana	Juárez, Hortencia
Audi, Raúl	Lemaitre, Marcela
Balart, Cecilia	Lucena, Claudia
Cabrera, Ana	Malé, Mónica
Calli, Rogelio	Marañon, Graciela
Caram, María Emilia	Martínez, Ana
Carilla, Gustavo	Montivero, Lucía
Carreras, Ana	Orellana, Cristina
Cinto, Oscar	Pons, Juan Carlos
Colombo, Silvia	Raya, Luis
Cortez, Ricardo	Roldan, Miriam
Corzo, Josefina	Saad, Alicia
Crivelli, Viviana	Sabaj, Alberto
De Chazal, Luis	Serra, Leonardo
Flores, Isolina	Sims, Rosa María
Fontenla, Mariel	Stock, Ana
Ganim, Marta	Torres, Silvana
Gil Deza, Claudia	Vera, Pablo
González, María Dolores	Willing, Maricel
Jordán, Alicia	Zarbá, José

Segundas Jornadas de Salud Pública de Tucumán, para el Análisis del Plan Cuatrienal y de las FESP

Coordinador: Dr. Yedlin, Gabriel

Organización: Lic. Mena, María Cristina

Monitoreo de las FESP

FESP 1,2 y 11

Sabaj, Alberto
Borsotto, Florencia
Abraham, Elena
Agu, Diana
Ali, Verónica
Azcoeta, Araceli
Calli, Rogelio
Crivelli, Viviana
Décima, Rosa
Epstein, Sergio
Susana Civalero
Lobo, Eugenio
Masaguer, Juan
Melek, Graciela
Mena, Teresa
Ramos, Marta
Toranzo de Solís, Mirta
Vera, Pablo

FESP 3,4 y 7

Yedlin, Pablo
Villafañe, Federico
Andujar, Mònica
Curubeto, María Beatriz
Deza, Horacio
Fernandez, Olga
Kestelman, Narciso
Koltan, Mario
Madariaga, Teresa
Mena, Patricia
Mosqueira, Conrado
Orellana, Patricia
Rossi, Lia
Vincent, patricio
Wassermann de Cunio, Rita
Zang, Gabriel
Zoireff, Gilda

FESP 5 y 10

Jordán, Alicia
Silvia, Guerrero
Beltrame, Fernanda
Bocos, Ricardo
Breppe, Yolanda
Chahla, Roxana
Comedí, Catalina
Male Mónica
Espeche, Enrique
Fernández Vecino, Sonia
Gordillo, Belén
Hidalgo, Margarita
Kaplan, Ester
Pedroza, María Eugenia
Rogerio, Oscar
Romano, Nélida
Villarreal, Silvia

FESP 6,8 y 9

Avellaneda, Fernando
Balmaceda, Susana
Abraham, Margarita
Aguilar, Rubén
Alvarez Garmendia, Daniel
Boscarino, Cristina
Cortéz, Ricardo
Di Marco, Orlando
Figueroa, Ricardo
Gandur, José
Garay, Rene
González, Maximiliano
Mosteirín, Nestor
Ojeda, Graciela
Penna, Raúl
Peral, Fernando
Rospide, Jorge
Salvatierra, Emilio
Sanchez, Eduardo
Yazbek, Jorge
Yedlin, Gabriel

Participantes de la Jornada de relatos de experiencias de APS

Coordinadora: Dra. Acuña de Curubeto, María Beatriz

Nieva, M. y otros
Ahumada, G.
Araoz Monserrat, V.
Castillo, M. y otros
Ramos, M. y otros
Remis, A. y otros
Córdoba, N. y otros
Richar, C. y otros

Rubatti, V. y otros
Aragón, S. y otros
Berta, F. y otros
Bellomio, A.
Pedroza, E. y otros
Camerlingo y otros
Roldan y otros
Campos, M. y otros

Carrizo, M. y otros
Frisz, N. y otros
Ginghis, J. y otros
Del Sueldo Padilla
Bravo, L. y otros
Mingolla, F.
Gordillo, M. B. y otros
Silvia, A. y otros

Flores, N.
Roldan, N.
Parra, A. y otros
Brepe, Y. y otros
Ortigoza, A. y otros

Análisis del Plan Cuatrienal de Salud 2004 - 2007

Coordinadoras: Farm. Madariaga, Teresa; Lic. Fernández, Sonia; Dra. Acuña de Curubeto, Beatríz.

Área Programática Centro

Acosta Fernandez, Victor	Bosniak, Cristina	De La Rosa, Graciela	Madero, Ana	Soberon, Noemi
Alarcon, Miguel	Brandan, Lidia	Ferraro, Jorge	Nacul, Olga	Souza, Andrea
Albañil, Víctor	Bravo, Cristina	Fleita, Tamara	Navarrete, Nora	Staneff, Claudia
Albarracin, Jose	Brepe, Yolanda	Gago, Juan Luis	Pasteris, Carmen	Torres de Claimberg, Nora
Andrada, Humberto Luis	Cabral, Cristina	Garrido, Martin	Quinteros, Ema	Trejo, Claudia
Aparicio, Gladys	Cabrera, Ángela	Grandi, Julio	Ressina, Antonia	Valdez Abadia, Miryam
Arias, Sara	Caram, Graciela	Gutiérrez, Rodolfo	Ríos, Rosa	Villoldo, Fatima
Avallay, Ana	Carrizo, Mauro	Herrera, Analia	Rodríguez de Andujar, Monica	
Barrera de Centeno, Zulema	Cativa de Pinto, Blanca	Herrera, Orlando	Rosales, Silvia	
Berta, Fernando	Claimberg, Cesar	Ibarra, Gustavo	Sánchez, Juan Carlos	
Bonsignori, Romina	Comedi de Cortez, Deborah	Lazarte, Georgina	Sanchez, Miriam	

Área Programática Sur

Abraham, Elena	Cisnero, Francisco	González, Antonia	Martinez, Ana	Portugal, Cristina
Agu, Diana	Contreras, Paola	Gonzalez, Marta	Mazuco, Silvina	Rodriguez Ma. Cristina
Alvarez, Manuel	Del Frari, Estela	Gonzalez, Norma	Menendez, Isabel	Rodriguez, Vicenta
Aparicio, Gladys	Diaz, Mirta	Gordillo, Miguel	Molina, Teresa	Salas, Federico
Aragón, Juan Carlos	Dimani, Adriana	Guerra, Maria Teresa	Monteros, Rodolfo	Santillán, Miguel
Avila, Josefa	Dip Coronel, Jorge	Hadla, Rene	Monteros, Sabrina	Soria, Martina
Barsys Orlando, Silvia	Faraci, Carmen	Hurtado, German	Morales, Maria	Soria, Patricia
Basualdo, Marta	Fenoglio, Silvia	Juarez, Liliana	Moreno, Maria	Tarulli, Maria Cristina
Bermudez, Yolanda	Fernandez, Celia V.	Lazarte, Marita	Noble, Silvia	Vera, Carlos
Biassuso, Rosario	Frontini, Adriana	Lazarte, Manuel	Olas, Elva	Vides, Alejandro
Boda, Ema	Gallardo, Rafael	Leiva, Cecilia	Ottino, Elba	Villafañe, Griselda
Borotti, Norma	Gallo, Cecilia	Lescano, Jose	Petrole, Marta	Villafañe, Rosa
Brito, Beatriz	Gomez, Gilda	Llanos, Manuel	Piguella, Imelda	Villena, Rafael
Cantela, Zulema	Gomez, Luis	Lopez de Chegri, Magdalena	Pintanel, Elba	Zarife, Roque
Castro, Martin	Gonzalez de Diaz, Maria Ester	Malaga, Lorena	Pintos, Rosa	

Área Programática Oeste

Acosta, Gustavo
Ahumada, Graciela
Álvarez, Carlos Alberto
Álvarez, Nora
Argañaraz, Elena Ines
Baigorria, Lidia
Bensasson, Guillermo
Bracamonte, Ana María
Cabrera, Silvia
Carrizo, Albana
Carrizo, Amalia
Castro, Jorge
Casula, Susana

Comedí, Catalina Ruth
Cruz, Roberto Abelardo
Díaz M. Albeana
Díaz, Cristina Viviana
Díaz, Víctor Hugo
Escolano, Luis
Flores Lezana, Clara
Galván, Luis
González, Jesús
Gramajo, Mauricio
Gutiérrez, Carolina
Heredia, Maria Andrea
Iosa, Analía

Jimenez, Ruben Fernando
Leme, Stella
Loi, Ernesto
Lopez, Valentin
Maldonado, Ana María
Mediana, Roberto
Mendoza, Alberto
Ordoñez, Jose
Ortigoza, Analía
Osores, Marcelo
Palacio, Roque
Palavecino, Carmen
Palavecino, Roque

Parra, Alberto
Pastrana, Manuela
Patton, Sonia
Peralta, Jorge
Pérez Kralik, Elizabeth
Pérez, Delia del Carmen
Pierre Bou Farah
Ramos, Marta
Robles, Mercedes
Rodriguez, Eduardo
Rodriguez, Susana
Rubatti, Verónica
Silva, Victor Hugo

Sirlupo Yovera, José
Thomas, Irma Fatima
Tolaba, Monica Manuela
Villa, Ricardo
Villagra, Elizabeth Lorena
Zarrabeitia, Alba Mariana

Área Programática Este

Acosta, Olga
Aguirre, Edgar
Amaya, Sergio
Argañaraz, Rubén
Avellaneda, Luis
Avila, Manuel Victor
Ballesteros, Carlos Antonio
Barrera, Noemí del V.
Bauza, Margarita
Borda, Walter
Bornes, Alejandra
Brancamonte, Rosa del Valle
Bustamante, Monica
Camaño, Francisco
Carreras, Ezequiel

Concha, Dalinda
Dip, Catalina
Domingo, Ramón
Espeche, Luis Maria
Estrada de Sandilli, Maria
Fecha, Mercedes
Guanco Ramirez, Maria
Guerrero, Aurora
Herrera, Emma
Juarez, Rosa
Lamaison de Mattalia, Alba
Leguizamon, Adela
Leguizamon, Eduardo
Leguizamon, Maria
López, Gabriela

López, Jorge
Luna, Maria Hortencia
Madrid, Arturo
Madrid, Carlos
Mirkin, Jose
Morales, Juan Jorge
Name, Aurora
Palacios, Eugenia
Pantaleña, Hortencia
Parrado, Enrique
Paz, María Mercedes
Pedraza, Carolina
Pérez, Ana María
Posse, Pablo
Puente Duberti, Silvana

Quintero, Flavia
Reinoso, Mariela
Rodriguez, Ana
Ruiz de Gonzales, Rosa
Ruiz, Ana Maria
Ruiz, María
Salomón, Noemí
Salud, Carmen
Salvatierra, Emilio
Santucho, Alejandra
Silva, Cecilia
Silverstein, Claudia
Sosa Piñeiro, Carlos
Sosa, Estela
Spiess, Margarita

Suárez, Silvia Isabel
Toledo de Aragon, Miriam
Toll, Teresa
Torrejon, María Rosa
Trejo, Graciela Alejandra
Uncos, Maria Elena
Valdez, Gustavo
Valdez, Manuel
Valenzuela, Maria Beatriz
Vega, Elena
Verastegui, Manuel
Vizgarra, Fermín

Análisis de los Hospitales de Referencia

Yedlin, Pablo	Issa, Julio
Alvarez Garmendia, Daniel	Lavado, Graciela
Azcoeta, Araceli	Lobo, Eugenio
Chahla, Roxana	Rogero, Oscar
Figueroa, Ricardo	Romano, Nélida

Análisis de las Direcciones Generales

Penna, Raúl	Di Marco, Orlando
Madariaga, Teresa	Figueroa, Santiago
Acuña de Curubeto, M. Beatriz	Jordán, Alicia
Barreiro, Jorge	Yazbeck, Jorge
Boscarino, Cristina	Zelada, Luis
Crivelli, Viviana	Zoireff, Gilda

Análisis de Situación de Salud

Calli, Rogelio	Luna, Cecilia
Albarracin, Alfredo	Madariaga, Teresa
Cabrera, Ana	Montivero, Lucía
Chapman, Evelina	Torres, Silvana
Herrera, Adrià	Vera, Pablo

Mesas de Análisis de las Metas y Estrategias de Salud 2007-2016

Mesa: Enfermedades No Transmisibles I

COORDINADOR Dr. Alberto Sabaj	Subsecretario del Ministerio de Salud Pública
SECRETARIO Dra. María Silvia Guerrero	Staff Calidad de Servicio
Dr. Rene Cárdenas	Presidente de la Sociedad de Cardiología de Tucumán
Dr. Emilio Nader	Presidente de la Sociedad de Endocrinología y Nutrición de Tucumán
Dr. Luis Olaya	Director del Postgrado de Nutrición de la UNT
Terap. Oc. Graciela Cabral	Directora Carrera Terapia Ocupacional de la UNSTA
Dra. Olga Fernández	Interventora del PAMI, Tucumán
Dra. Cristina Du Plessis	Referente Provincial de Diabetes de Tucumán
Dr. Luis Eliseo Velásquez	Asesor en Sistemas de Salud de la O.P.S
Dr. Eduardo Hasbani	Co-Director del Postgrado de Cardiología de la Fac. de Medicina de la UNT
Dra. Ana Maria Stok	Coordinadora del Programa Antitabaco de Tucumán
Dr. Nicasio Herrera	Prof. Titular de la Cátedra de Clínica Médica I de la Fac. de Medicina de la UNT
Dr. Francisco D'Onofrio	Docente de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la UNSTA
Dr. Carlos Santos	Cátedra de Clínica Médica I de la Fac. de Medicina de la UNT

Mesa: Enfermedades No Transmisibles II - Tumores

COORDINADOR Dr. Gabriel Yedlin	Gabinete del Sistema Provincial de Salud
SECRETARIO CPN Florencia Borssotto	Staff Calidad de Servicio
Dr. José Zarbá	Presidente de la Sociedad de Oncología Clínica de Tucumán
Dr. José Usandivaras	Prof Titular de la Cátedra de Cirugía General de la Fac. de Medicina de la UNT
Lic.Susana Noe	Directora del Observatorio de la Mujer
Dra. Cristina Orellana	Directora del Programa de Enfermedades no Transmisibles del SIPROSA
Dra. Graciela Abriata	Coordinadora de la Unidad de Análisis y Monitoreo de Salud
	Dirección de Epidemiología-Ministerio de Salud de la Nación

Grupo: Lesiones

COORDINADORES Dr. Máximo Diosque	Coordinador Plan Nacer en Tucumán
SECRETARIO Dr Hugo Jovanovics	Staff Calidad de Servicio
Dra. Magdalena Rico	Jefa Depto Planificación y Estadísticas de Salud Municipalidad de San Miguel de Tucumán
Dr. Juan Masaguer	Director de Emergentología del SIPROSA
Ing. Fernando Torres	Director de Defensa Civil de la Provincia de Tucumán

Mesa: Salud Mental

COORDINADOR Lic. Marcela Lemaitre
SECRETARIO Lic. Susana Balmaceda
Dr. José Uslenghi
Dr. Jorge Lechter
Lic. Ma. Eugenia Ruiz
Lic. Gabriela Castelli
Dra. Lucia Briones
Lic. Claudia Hurtado
Dr. Eduardo Antonio Fernández
Lic. Sara González
Dr. Hugo Cohen
Lic. Cristina Brunet
Lic. Griselda Vallejo

Jefa de la Division de Salud Mental de SIPROSA
Staff Calidad de Servicio
Prof. Titular de la Cátedra de Salud Mental II de la Fac. de Medicina de la UNT
Asesor de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones
Directora de la Carrera de Psicología de la UNSTA
Prof. Carrera de Psicología de la UNSTA
Asesora del Servicio de Prevención de Violencia Familiar Municipalidad de S.M. de Tucumán
Personal de Staff del Gabinete del Observatorio de la Mujer
Presidente de la Sociedad de Psiquiatría de Tucumán
Presidente del Colegio de Psicólogos de Tucumán
Asesor de Salud Mental de la OPS
Asesora del Juzgado Penal de Menores - 1º Nominación
Asesora del Gabinete Psicopedagógico de Ministerio de Educación de Tucumán

Mesa: Enfermedades Transmisibles

COORDINADORES Dr. Fernando Avellaneda
Dr. Rogelio Calli
SECRETARIO Farm. Luis Zelada
Dr. Guillermo Recupero
Dr. Néstor Gutiérrez
Dra. Norma Cudmani
Dra. Mónica Herbst
Dr. Osvaldo Rico
Dra. Alicia Jordan
Dra. Marta Ganim
Dr. Marcelo Vila

Subsecretario del Ministerio de Salud Pública
Director de la Dirección de Epidemiología del SIPROSA
Staff Calidad De Servicio
Prof. Titular de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Fac. de Medicina de la UNT
Prof. Titular de la Cátedra de Parasitología de la Fac. de Medicina de la UNT
Presidente de la Sociedad de Infectología y Microbiología Clínica de Tucumán
Asociación de Infectología y Microbiología Clínica de Tucumán
Coordinador Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación
Directora de Salud Ambiental del SIPROSA
Subdirectora de Programas Integrados de Salud del SIPROSA
Asesor del programa VIH/Sida de la OPS

Mesa: Materno - Infantil

COORDINADOR Dr. Pablo Yedlin
SECRETARIO Dra. Sandra Tirado
Dra. Sofía Amenabar
Dres. Cristina Bazan de Casella
Dr. Miguel Sáez
Dr. Rubén Cardozo
Dr. Sergio Mirkin
Dra. Rosa Sims
Dr. Mario Rodríguez
Dr. Alejandro Wilmer
Lic. Susana Noe
Dr. Máximo Diosque
Dr. Alejandro Severini

Secretario Ejecutivo Médico del Siprosa
Staff Calidad de Servicio
Prof. Cátedra de Ginecología y Obstetricia de la Fac. de Medicina de la UNT
Profesora de la Cátedra de Medicina Infanto Juvenil de la Fac. de Medicina de la UNT
Profesor de la Cátedra de Medicina Infanto Juvenil de la Fac. de Medicina de la UNT
Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría de Tucumán
Presidente de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán
Jefa del Departamento Materno-infantil del SIPROSA
Asesor del depto de Maternidad e Infancia de UNICEF
Representante de la ONG: Acción contra el Hambre
Directora del Observatorio de la Mujer de Tucumán
Coordinador del Plan Nacer en Tucumán
V Región NOA S.A.P - en representación de SAP (Dr. Mario Grenoville)

Mesa: Salud Oral

COORDINADOR Dra. Graciela Marañón
SECRETARIO Dr. Hugo Jovanovics
Dra. Lucía Orrego
Dra. María Ximena Rivera
Dra. María Isabel Ferrari de Hernández
Dra. Berta Aída Granillo
Dr. Pedro Sisali
Dr. Héctor Silva Olivares
Dra. Silvia Carino
Dra. Elena Inés Herrera

Jefa de la Division de Odontología del SIPROSA
Staff Calidad de Servicio
Ex Profesor Titular de Cirugía Maxilo Facial – Facultad de Odontología – Valparaíso - Chile
Odontóloga Auditor del I.P.S.S.T
Decana de la facultad de Odontología de la UNT
Presidente del Colegio de Odontólogos
Presidente del Círculo Odontológico Tucumano
Ex consultor regional en Salud Oral de la OPS
Prof. Adjunta de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Fac. de Medicina de la UNT
Odontóloga Auditor del I.P.S.S.T

Mesa: Toxicología

COORDINADORA Dra. Alicia Jordan
SECRETARIO Farm. Luis Zelada
Dra. Susana Ponce de León

Dra. Cristina Davies

Dra. Susana García

Dr. Alfredo Córdoba

Directora General de Salud Ambiental del SIPROSA
Staff Calidad de Servicio
Prof. Titular de la Cátedra de Toxicología
Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia de la UNT
Prof. Adjunto de la Cátedra de Toxicología
Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia de la UNT
Responsable del Programa Nacional de Prevención y Control de Intoxicaciones,
Ministerio de Salud de la Nación
Prof. Titular de la Cátedra de Toxicología de la Fac. de Medicina de la UNT.
Jefe del Dpto de Toxicología de la Municipalidad de San Miguel de Tucumán.

Mesa: Desde los Servicios

COORDINADOR Dr. Narciso Kestelman
SECRETARIOS Dr. Federico Villafañe
Lic Susana de Balmaceda

Prof. Titular del Cátedra de Salud Pública de la Fac. de Medicina de la UNT
Staff calidad de servicio
Staff calidad de servicio

RED DE SERVICIOS

Lic. Margarita Abraham de Arce
Dr. Fernando Avellaneda
Dra. Teresa Mena

Dra. Silvana Díaz
Tec. Manuel Luna
Dr. Rubén Aguilar
CPN Mariela Muiño
Dra. Diana García Allende de Agú
Dra. Catalina Comedi
Dra. Mónica Rodríguez de Andujar
Dra. María Cristina Graneros
Dr. Emilio Salvatierra
Dr. Miguel Bolea

Profesora Cátedra de Salud Pública de la Fac. de Medicina de la UNT
Subsecretario del Ministerio de Salud Pública
Jefa del Dpto de Coordinación de Programas de la Red de Servicios (en representación de la Directora General de la Red de Servicios)
Coordinadora del Dpto de APS
Supervisor de Agentes Sanitarios
Jefe del Dpto Técnico de Recursos de la Red de Servicios
Contadora de la Dirección General de Red de Servicios
Sub Directora del Área Programática Sur
Directora del Área Programática Oeste
Directora del Área Programática Centro
Subdirectora del Area Programática Centro
Director del Área Programática Este
Comuna de Cevíl Redondo

HOSPITALES

Dra. Noemí Pasarell de Olaya
Dr. Pablo Yedlin
Dra. Graciela Lavado
Dra. Cristina Majul
Dra. Lía Rossi
Dr. Eugenio Lobo
Dr. Oscar Rogero
Dr. Ricardo Figueroa

Secretaria Académica de la Fac. de Medicina de la UNT
Secretario Ejecutivo Médico
Directora del Hospital del Niño Jesús
Subdirectora del Inst. de Maternidad Ntra. Sra. De las Mercedes
Directora del Hospital Regional de Concepción
Director del Hospital Ángel C. Padilla
Director del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda
Director del Centro de Salud Zenón Santillán



CAPITULO 1

Misión del
Ministerio de
Salud Pública
de Tucumán



Misión del Ministerio de Salud Pública de Tucumán

La Misión del Ministerio de salud Pública de Tucumán debe entenderse en el marco de un país federal, predecible en sus planteos de crecimiento económico y desarrollo social dentro del cual el Ministerio de Salud de la Nación ha recobrado su capacidad de conducción y ha consensuado políticas al mediano y largo plazo; y de una Provincia con estabilidad que ha manifestado su voluntad de desarrollo al adoptar los Objetivos del Milenio y explicitar sus propias metas.

Misión

Asegurará el mayor nivel de salud posible de las personas, las familias, la comunidad y el ambiente, mediante servicios de calidad, tanto preventivos como curativos y de rehabilitación, independientemente de la fuente de financiamiento, para lo cual, en relación a asuntos sanitarios, convocará a los sectores público y privado y a todas las fuerzas sociales.

Funciones

- Explicitar y proponer las políticas socio sanitarias que guiarán el desarrollo de la salud con el fin de lograr las bases consensuales mínimas que aseguren su sustentabilidad, manteniendo a todo nivel la mayor participación posible en la formulación, implementación y evaluación de las mismas
- Orientar a la población tucumana hacia estilos de vida saludables, y a la sociedad en general al control de los determinantes que afecten la salud pública.
- Perfeccionar los procesos y programas exitosos, en función de la mejora de los indicadores de salud y de bienestar de la población.
- Ejercer y fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública en el ámbito sanitario de la Provincia.

- ▶ Interpretar y adecuar las políticas y programas sanitarios nacionales para su aplicación en la Provincia.
- ▶ Participar en el fortalecimiento de las capacidades resolutivas regionales, en especial del NOA, para la más eficiente utilización de los recursos.
- ▶ Desarrollar las capacidades del sistema sanitario con el fin de monitorear y analizar la situación de salud para la toma de decisiones oportunas en sus distintos niveles.
- ▶ Desarrollar la red de vigilancia de riesgos y daños a la salud pública para su efectivo control.
- ▶ Crear las condiciones culturales, regulatorias, legales y de participación para que la promoción de la salud sea efectiva.
- ▶ Lograr la participación ciudadana en los distintos niveles de decisión.
- ▶ Desarrollar las capacidades de planificación en salud pública.
- ▶ Fortalecer la capacidad regulatoria y de fiscalización.
- ▶ Mantener un análisis permanente del acceso con equidad a los distintos servicios de salud en el ámbito provincial.
- ▶ Desarrollar la capacidad de planificación de los recursos humanos y de la programación de su desarrollo técnico y científico.
- ▶ Hacer de la calidad de los servicios el eje de la humanización de la salud, para que estos sean dignos de los usuarios y motivo de orgullo para los trabajadores.
- ▶ Incentivar las investigaciones en los asuntos relacionados con las prioridades sanitarias de la región.
- ▶ Desarrollar institucionalmente al sistema, y funcionalmente a la sociedad, para la reducción del impacto de las emergencias sanitarias y de los desastres.



CAPITULO 2

Metodología
y otras
experiencias

Metodología

Debido a la situación sanitaria de extrema urgencia que vivíamos en el 2003, a la falta relativa de información lo suficientemente ordenada como para definir metas de impacto y para no consumir en ese proceso excesivo tiempo, el Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007 (PCS) presentó sólo metas de impacto en el campo materno infantil, el grueso de sus políticas y metas se refirieron a asuntos de orden institucional.

Al presente, se avanzó en la sistematización de la información y en el fortalecimiento de la epidemiología y la planificación. Esto nos da la posibilidad de contar con datos confiables sobre la situación de salud y sus determinantes, los que podemos disponer con oportunidad.

A su vez, el análisis del cumplimiento del PCS nos da una idea del grado de desarrollo relativo alcanzado por las instituciones públicas de salud de la provincia, de las fortalezas logradas y de lo que no pudimos cumplir.

Gracias a esto, el eje de los objetivos sa-

nitarios 2007-2016 se centran en mejorar la salud de las personas. Este es un cambio cualitativo y conceptual de la más alta importancia, y denota los avances institucionales logrados.

Sin embargo, consideramos que no es suficiente explicitar los impactos deseados en la salud. También debemos manifestar las transformaciones institucionales necesarias para hacerlos posibles, y las propuestas que partirán desde salud en el marco del desarrollo general de la provincia, para que otros sectores en sus áreas específicas generen las condiciones necesarias para avanzar de manera sustentable en el bienestar de las personas en armonía con su medio.

Como todo plan cuya metodología se basa en la planificación estratégica, sus objetivos y metas al igual que sus estrategias, deberían adecuarse regularmente en un permanente ejercicio de planificación.

La metodología utilizada fue validada por referentes de la OPS y expertos nacionales.

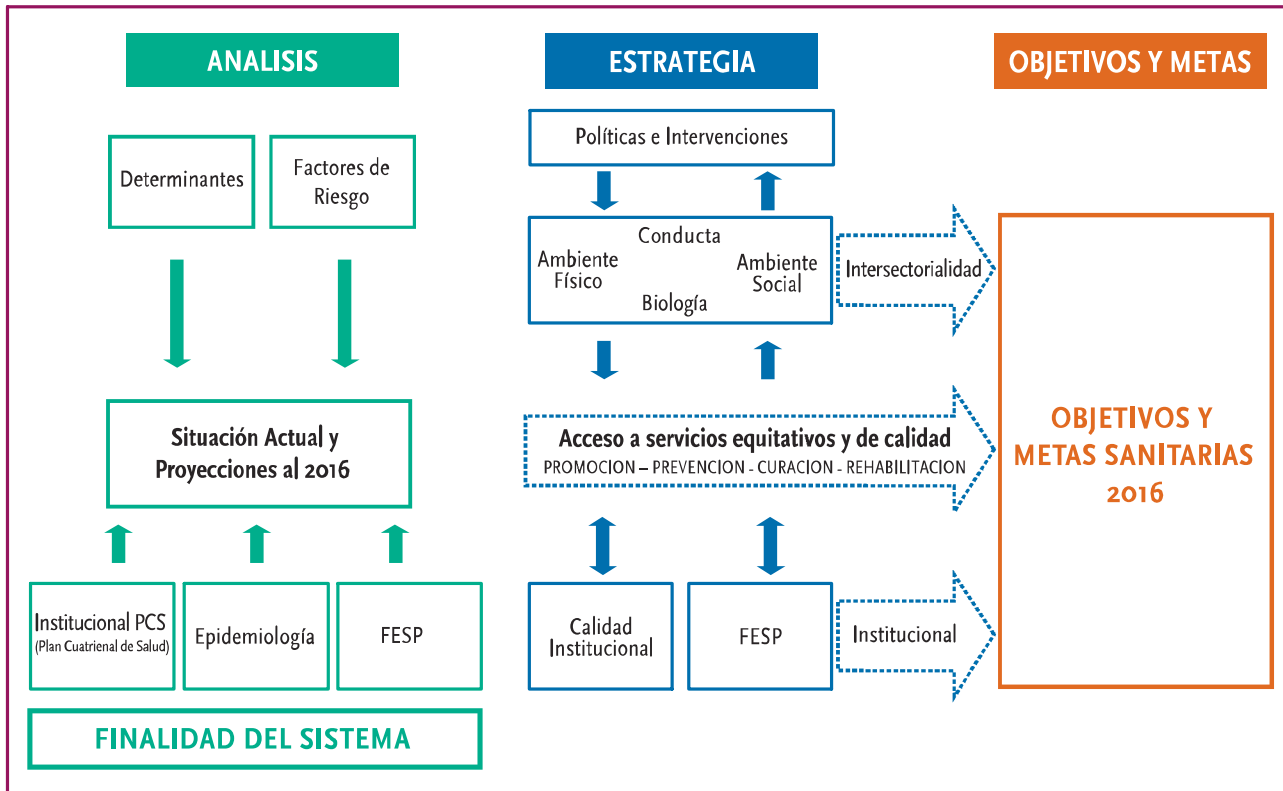
Modelo de Análisis y Propuestas

El esquema siguiente ilustra la decisión de avanzar en un análisis holístico de la situación sanitaria actual, capaz de proponer objetivos y metas también holísticos para el período 2007-2016, en un escenario político y de desarrollo social. Sin embargo, para alcanzar estos objetivos, es necesario desarrollar una serie de estrategias para modificar el cuadro de determinantes y crear las con-

diciones institucionales adecuadas y avanzar en el desarrollo de las FESP.

Estamos convencidos que este informe, concebido y formulado con amplia participación, no sólo creará las condiciones de sustentabilidad de la propuesta sino que fortalecerá la cultura de planificación en salud iniciada en el año 2004.

MODELO DE ANALISIS Y PROPUESTA



Definición de prioridades de salud

Los objetivos y Metas de Milenio (ODM), se definieron como prioridad teniendo en cuenta la Información del sistema de vigilancia epidemiológica y el juicio a expertos.

Los problemas seleccionados como prioritarios fueron:

- ▶ Alta mortalidad infantil.
- ▶ Alta mortalidad materna.
- ▶ Malnutrición.
- ▶ Bajo porcentaje de búsqueda de sintomáticos respiratorios.
- ▶ Transmisión vectorial de Chagas.
- ▶ Transmisión vertical de VIH y sífilis.
- ▶ Morbilidad y mortalidad por causas inmunoprevenibles.
- ▶ Morbilidad por trastornos mentales.
- ▶ Discapacidad.
- ▶ Lesiones.
- ▶ Patologías bucales.
- ▶ Diagnósticos tardíos y aparición cada vez más precoz de las patologías crónicas y no transmisibles.

Problematicación de Prioridades

A partir de la definición epidemiológica de las prioridades en salud, se realizó un ejercicio con la metodología del Marco Lógico, a fin de problematizar las prioridades e identificar y jerarquizar la causa de los problemas. Esta metodología permitió subrayar los lazos lógicos entre los insumos previstos, las actividades y los resultados esperados.

Este ejercicio se realizó con la participación de los referentes de los programas de salud y de epidemiología, bajo la coordinación de la Dirección General de Planificación.

En un primer momento, se enunciaron los problemas y se analizaron sus causas y efectos para cada grupo relacionado de prioridades identificadas. Los grupos fueron:

- ▶ Salud materno infantil.
- ▶ Enfermedades transmisibles.
- ▶ Enfermedades no Transmisibles.
- ▶ Lesiones.
- ▶ Salud Mental.
- ▶ Salud Oral.
- ▶ Discapacidad.

Seguidamente, se construyó una matriz para cada problema identificado, describiendo causas, consecuencias, objetivos sanitarios y resultados esperados. El análisis de objetivos específicos y resultados esperados se profundizó hacia el interior de cada uno de los grupos de trabajo.

La descripción de las causas de los principales problemas se organizó por grupos poblacionales, teniendo en cuenta que el abordaje de los mismos se hará en el marco del Programa Integrado de Salud, que plantea ese criterio de organización de las prestaciones. De esta manera, se puso de manifiesto que existen problemáticas comunes con efectos que concurren en la población.

El Ejercicio de Marco Lógico se desarrolló simultáneamente con el análisis del Sistema de Salud y se coordinaron a través de reuniones de expertos a fin de garantizar la coherencia entre ambos procesos.

Análisis de la Situación

Factores Determinantes

Se consideraron como factores determinantes:

► Demografía

Fuentes de Información: La información demográfica corresponde a los datos y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), del Ministerio de Economía de la Nación, de las Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadística de la Provincia, y de la Secretaría de Planeamiento de la Provincia de Tucumán.

► Determinantes Sociales

Fuentes de Información: Los datos corresponden al Instituto de Investigaciones Económicas (INVECO), al Censo Nacional Económico, a la Secretaría de Estado de Planeamiento, la Dirección de Estadística de la Provincia y el INDEC, y del Instituto de Investigaciones Estadística (INIE), de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNT.

► Ambiente

Fuentes de Información: Información producida por la Dirección General de Salud Ambiental e Investigaciones de Impacto Ambiental.

► Estilo de Vida y Factores de Riesgo

Fuentes de Información: Los datos fueron obtenidos del Informe de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y de la base de datos, ambos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación. Para el análisis nutricional se consideró la información disponible de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS), de la encuesta de la ONG Acción Contra el Hambre, y de la encuesta nutricional de la Niñez del Norte Argentino (ENCUNA).

► Determinantes Institucionales

Se organizaron, con la coordinación del doctor Gabriel Yedlin, y con el apoyo de la Dirección General de Planificación (DGP) y del Grupo de Calidad de Servicios (GCSS) las Segundas Jornadas de Salud Pública, cuyo objetivo fue que los profesionales y técnicos del Sistema pudieran opinar sobre el cumplimiento de las políticas sanitarias y proponer acciones para su completo desarrollo en el próximo decenio, y comprendieron:

Monitoreo del avance en el cumplimiento de las FESP

- Fue un ejercicio que contó con la presencia de 50 profesionales del SIPROSA, el Decano de la Facultad de Medicina de la UNT, doctor Horacio Deza; el Profesor Titular de la Cátedra de Salud Pública; la Coordinadora del PAMI, doctora Graciela Saleme de Molina; y de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Provincia. Se analizó cualitativamente el avance logrado en cada función y el cumplimiento de las recomendaciones surgidas de la medición de las FESP en 2004. Se recogieron las recomendaciones para avanzar en su desarrollo.

Evaluación del Cumplimiento del Plan Cuatrienal por la Red de Servicios

- Tres ejercicios coordinados por la Dirección General de Red de Servicios, y con el apoyo de la DGP y el GCSS, se reunieron en una jornada por área programática para discutir el cumplimiento de las políticas expresadas en el PCS que corresponden a la Red de Servicios. Se recogieron las opiniones sobre cómo mejorar lo logrado. Participaron los directores de áreas programáticas, de áreas operativas y personal profesional y auxiliar de los CAPS y de los hospitales del interior, por un total pro-

medio de 80 personas por AP. Dentro de esta instancia se realizó además una jornada con relatos de experiencias y trabajos libres referidos a la APS.

Evaluación del Cumplimiento del Plan Cuatrienal por las Áreas Centrales

- Coordinado por la Dirección General de Planificación y el GCSS, se condujo una reunión con los directores generales para recabar sus opiniones sobre el desarrollo estructural y funcional de las mismas. Se contó, como material básico, con una encuesta realizada en noviembre de 2006 sobre este tema.

Análisis de las Políticas de Gestión Hospitalaria

- Coordinada por el GCSS y con la conducción del secretario Ejecutivo Médico del SiProSa, doctor Pablo Yedlin, se reunieron los directores de los hospitales centrales y analizaron detalladamente el avance de sus efectores en relación a la gestión hospitalaria. Opinaron sobre el proceso y sus resultados. Se utilizó un instrumento que permitió la valoración de los procesos considerados estratégicos en la conducción y gestión de los hospitales en la provincia.

Situación de Salud

Con la finalidad de conocer la situación de salud de la provincia de Tucumán en el contexto regional y nacional, los equipos técnicos procesaron, analizaron y difundieron los documentos necesarios para la comprensión de la situación sanitaria y como base para la formulación de metas.

El análisis de situación es una metodología estandarizada que permite comprender no solo la situación de salud, sino también priorizar los problemas, identificar los grupos más vulnerables de la población, las conductas, comportamientos, factores de riesgo y las zonas de mayor vulnerabilidad, con el fin de orientar y monitorear las intervenciones.

A fin de estandarizar el análisis, homogeneizar y otorgar mayor consistencia a la información, se tomó en cuenta, la información resumida de 5 períodos anuales (2001–2005) para estimar los distintos indicadores de salud. Igualmente se incorporaron datos históricos con la finalidad de observar el

comportamiento temporal y espacial de los eventos analizados.

Fuentes de información

► **Mortalidad**

La información sobre mortalidad corresponde a las bases de datos de la Dirección de Estadísticas Vitales, de la Secretaría de Planeamiento de la Provincia de Tucumán; del Departamento de Estadísticas de Salud, del SiProSa; y de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.

► **Morbilidad**

Los datos provienen de bases de datos del Departamento de Estadísticas de Salud y del Departamento de Vigilancia Epidemiológica del SiProSa, que integra el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Igualmente, se incluyó la información de bases de

datos y registros de los Programas de la Dirección General de Programa Integrado de Salud (DG PRIS).

Cabe destacar, que la información procesada puede presentar limitaciones debido a que representa en su mayoría a registros del subsector público. Es por esto que, para

minimizar la influencia de las inconsistencias, se procedió a validar todas las fuentes, pulir y consolidar las bases. Igualmente, en la interpretación de los resultados se debió considerar el tamaño de las poblaciones de los departamentos cuando se desagregó la información a ese nivel.

Formulación de Metas y Definiciones de Estrategias

Se realizaron diversas reuniones con los distintos grupos de trabajos para la formulación de las metas y la definición de estrategias.

En estos espacios, se tomó en cuenta la información aportada por el ASIS; las tenden-

cias históricas del comportamiento natural de las enfermedades o eventos estudiados; la factibilidad y viabilidad de las propuestas en el contexto institucional, provincial y nacional; y el juicio de los expertos para proponer objetivos y metas a largo plazo.

Mesas de Análisis y Consenso

Una vez analizada la situación sanitaria de Tucumán, y formuladas las metas y las estrategias que en materia de salud proponían los equipos técnicos de Ministerio, se llevó a cabo una amplia invitación a expertos tucumanos, de otras provincias, del Ministerio de Salud de la Nación, de organismos internacionales y personalidades extranjeras con el fin de participar en una jornada de análisis y recibir de ellos comentarios sobre las metas y las estrategias mencionadas que servían para ajustarlas, si fuera necesario, y para socializarlas en búsqueda de consenso.

Con este fin, se organizaron siete mesas de trabajo en los siguientes temas:

- ▶ **Enfermedades transmisibles.**
- ▶ **Enfermedades no transmisibles.**
- ▶ **Materno infantil.**
- ▶ **Accidentes.**

- ▶ **Economía de la Salud Oral.**
- ▶ **Salud Mental.**
- ▶ **Toxicología.**
- ▶ **Efectores sanitarios.**

Cada grupo recibió por adelantado el diagnóstico de salud.

Asimismo, el día de la convocatoria se les informó del proceso seguido y se les entregó los borradores de las metas y las estrategias, junto con una guía para orientar el trabajo.

En consecuencia, el producto de la jornada enriqueció nuestro trabajo con la experiencia de tan extraordinarios grupos, que desde ese momento, se constituyeron en asesores permanentes al Ministerio de Salud Pública de Tucumán en los temas de su especialidad.

Otras Experiencias

Revisamos las experiencias de Estados Unidos, Canadá, Chile y el Reino Unido. Estos países que presentaron metas para la década de 2000 a 2010, analizando la metodología, la información utilizada, el grado de análisis, el nivel y modalidades de participación, los enfoques de las propuestas y el nivel organizacional y de salud del cual estas parten.

Nos permitimos aprovechar el excelente resumen de esos planes, que Chile incluye en el informe “Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010”.

Hay concordancia en los objetivos generales que se plantean en estos países: los desafíos de prolongar la vida y reducir las inequidades. Concuerdan, también, en coordinar acciones con otros sectores ya que muchos de los determinantes no son responsabilidad del sector salud.

En todos se plantea que el eje principal para el futuro debe ser el fomento del cuidado de la salud. Las principales áreas de relevancia definidas por estos países son: las enfermedades crónicas del adulto, los traumatismos y envenenamientos, los problemas derivados de estilos de vida no saludables y los problemas del medio ambiente.

Estas características concuerdan también con los planteamientos del Plan Federal de Salud de la Argentina y con algunas de las políticas ya enunciadas en nuestro PCS.

Estados Unidos

“*Healthy People 2010*”, en este informe se presentan 467 objetivos sanitarios agrupados en 27 áreas prioritarias de alcance nacional. La propuesta se basa en que la situación sanitaria depende del modelo de determinantes de la salud de individuos y comunidades.

El informe revela dos objetivos centrales:

- Incrementar la calidad y años de vida de la población.
- Eliminar las desigualdades en la Nación, a diferencia del informe de la década anterior donde se planteaba eliminar las diferencias solo en salud. Las metas de este objetivo son dirigidas a los determinantes y por lo tanto a diversos sectores.

Reino Unido

“*Saving Lives: Our Healthier Nation*”, en este informe se plantean los siguientes objetivos para la acción:

- Salvar vidas, aumentando la expectativa de vida.
- Promover una vida saludable aumentando el número de años libres de enfermedad.
- Reducir las desigualdades reduciendo las brechas de salud.

En este informe, se reconocen la importancia central del trabajo de otros organismos del Estado, de las empresas y de las organizaciones de la comunidad para impactar sobre los determinantes de la salud.

Para salvar vidas se plantean metas en cáncer, enfermedades coronarias y accidentes vasculares encefálicos, accidentes y enfermedades mentales.

Para promover una vida saludable sus metas se centran en: tabaquismo, coordinar con los gobiernos locales, trabajar con las organizaciones comunitarias, mejorar los estándares de vida de todos, introducir programas como “Ciudadanos Saludables”.

Para reducir las desigualdades, propone acciones con educación, salud educacional, viviendas, barrios, transporte y ambiente.

Canadá

El Informe canadiense “*Toward a Healthy Future*”, plantea como objetivos centrales:

- Mejorar la salud de toda la población.
- Reducir la inequidades entre grupos de población.

Reconoce la necesidad de que los que trabajan en salud desarrollen las capacidades de negociar con otros sectores y grupos para actuar sobre los determinantes de la salud.

Las áreas prioritarias planteadas son:

- Renovación y reorientación del Sector Salud.
- La inversión en la salud y en el bienestar de grupos poblacionales claves.
- La reducción de inequidades en alfabetismo, educación y distribución de ingresos.

Las estrategias para lograr estos objetivos son invertir en áreas de mayor potencial para el cambio en la situación de salud; decisiones basadas en evidencia, especialmente las relacionadas con los determinantes; uso de estrategias múltiples para actuar sobre los determinantes; colaboración entre diversos niveles de atención y sectores; buscar el compromiso ciudadano; enfatizar en el enfoque basado en resultados, sin descuidar los indicadores de proceso.

Chile

Los “Objetivos Sanitarios y Metas para la década 2000-2010” tiene esta finalidad:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.

- Reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

Para alcanzar esta finalidad se plantea los siguientes objetivos:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados, continuando el descenso de la mortalidad infantil y materna, consolidando el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, y mantener el descenso de la incidencia de la tuberculosis.

- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, para lo cual se debe de actuar:

i) sobre los factores determinantes como el uso del tabaco, la obesidad, las conductas sexuales seguras, los ambientes saludables y las condiciones laborales;

ii) actuar sobre las enfermedades que generan mayor carga de mortalidad;

iii) actuar sobre los problemas que disminuyen la calidad de vida, como la salud mental, la salud oral y las enfermedades óseo articulares.

- Disminuir las desigualdades en salud.
- Proveer servicios de salud acordes con las expectativas de la población.



CAPITULO 3

Marco General
y Objetivos
Sanitarios
al 2007



Marco General

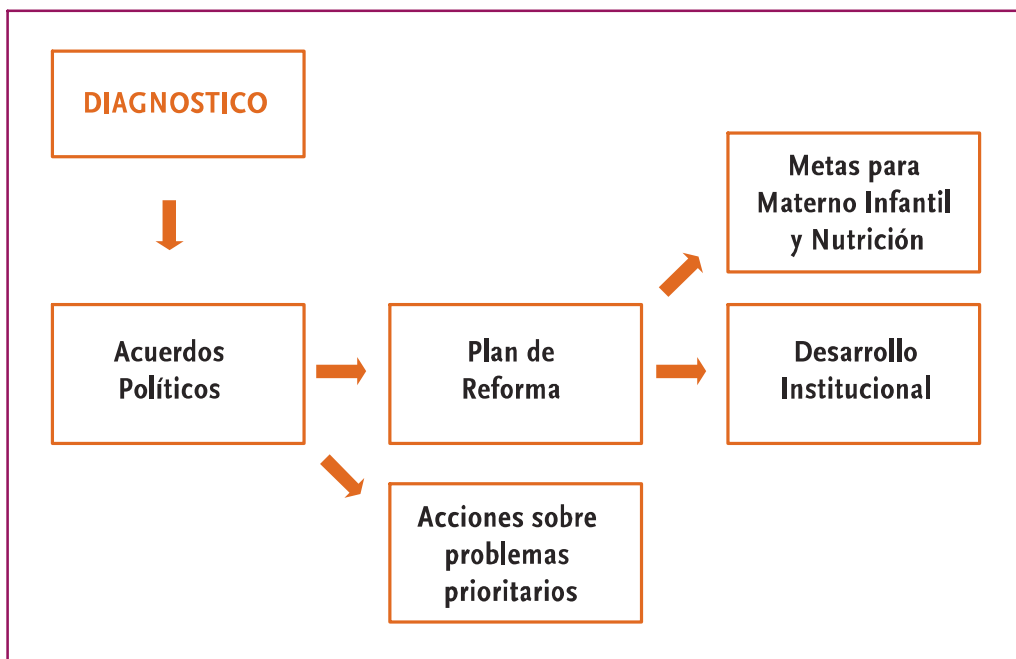
En el año 2003 Tucumán presentaba una situación sanitaria que ha sido expresada en el Diagnostico de Situación elaborado en septiembre de ese año. Allí, se ponían de relieve indicadores sanitarios e institucionales de extrema gravedad.

Estos indicadores respondían, no sólo a la crisis que vivía la provincia y el país, sino también al grado de deterioro, fragmentación y obsolescencia que presentaban las instituciones públicas encargadas del sector; una de sus manifestaciones más evidentes era la total falta de políticas de desarrollo, y por lo tanto, de planificación.

Por todo esto, y siguiendo expresas instrucciones del Señor Gobernador CPN José

Alperovich, el Ministro de Salud Pública, doctor Juan Manzur, acometió dos líneas de acción paralelas. La primera, destinada a resolver, con unidad de mando y de criterio, los problemas más acuciantes en la atención de las personas. La segunda, la de planificar al mediano plazo una profunda reforma sanitaria que debía generar cambios de fondo en lo institucional para responder ordenadamente a los requerimientos de la salud de los tucumanos. Así fue que, a los tres meses de gestión, se contó con el Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007, el que hasta hoy ha guiado la reforma estructural y programática de la salud en Tucumán.

PLAN CUATRIENAL



El Plan Cuatrienal de Salud (PCS) hizo suyas las premisas y los senderos expresados en el Plan Federal de Salud, trabajo consensuado por las provincias argentinas, que por primera vez en décadas orienta desde el Ministerio, entonces de Salud y Ambiente de la Nación, las propuestas de las reparticiones provinciales.

El Ministerio de Salud Pública de Tucumán formuló su PCS con el trabajo de sus técnicos y con el apoyo de la Facultad de Medicina de la UNT, de la OPS/OMS, de UNICEF, del PNUD, Oficina de Técnica de Cooperación de la Agencia de Cooperación Internacional de España, de la Fundación Carlos III, y del CIPPEC.

Posteriormente, a fines del 2004, se evaluaron las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), con la cooperación técnica de la OPS y la participación de más de 120 representantes de la sociedad y de los servicios de salud, lo que permitió contar con una línea de base del estado de la salud pública como responsabilidad social y del grado de consistencia de lo actuado por el Estado y la sociedad en este campo.

Anualmente hemos dado cuenta a la comunidad, por medio de la publicación de las Memorias, de las actividades en ese período, registrando y divulgando los principales avances de la salud en Tucumán.

Tucumán adhiere a las Metas y Objetivos del Milenio, y por su parte, la Secretaría de Planeamiento define el escenario provincial esperado al 2015. En ese contexto, el Ministerio de Salud Pública identificó las metas sectoriales de su responsabilidad.

Este año (2007) culmina el PCS, cuya aplicación nos llevó a desarrollar métodos de trabajo en equipos matriciales y a confiar en nuestras capacidades de programar, de ejecutar y de evaluar ajustándonos a líneas establecidas por las políticas sanitarias. Al mismo tiempo, el país y la provincia se hicieron mas predecibles y marcaron un derrotero claro de retoma de parte del Estado de sus responsabilidades sociales.

Estas circunstancias hacen que el Ministro de Salud Pública de Tucumán indicara la necesidad de analizar el cumplimiento del PCS y de las FESP, de definir la situación de salud actual y de proyectarla al 2016, y por lo tanto, de explicitar los objetivos y metas sanitarias a ese año. Manifestó, también, la necesidad de que este ejercicio contara con el mayor grado de participación posible, con el fin de asegurar que las líneas de acción que se identifiquen sean mantenidas en el tiempo por futuras administraciones, permitiendo así la continuación de esta reforma sanitaria.

Objetivos Sanitarios al 2016

- ▶ PROFUNDIZAR LOS ÉXITOS ALCANZADOS, ESPECIALMENTE EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL.
- ▶ HACER DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EL EJE DE LAS ACCIONES DE SALUD EN UN ÁMBITO INTERSECTORIAL.
- ▶ CONTINUAR CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES DEL Plan Cuatrienal de Salud, ESPECIALMENTE EN RELACIÓN CON EL ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE CALIDAD, LA ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS, LA ARTICULACIÓN DE LOS PROGRAMAS SANITARIOS, LA APLICACIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA, EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD, LA INFORMATIZACIÓN, LA FISCALIZACIÓN SANITARIA, EL DESARROLLO TECNOLÓGICO, LA EDUCACIÓN CONTINUA Y LA PLANIFICACIÓN.
- ▶ LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL DE LOS TUCUMANOS A LAS PRESTACIONES BÁSICAS DE SALUD APLICANDO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.
- ▶ PROMOVER UNA VIDA SALUDABLE INCREMENTANDO EL NÚMERO DE AÑOS LIBRES DE ENFERMEDAD.
- ▶ REDUCIR LAS DESIGUALDADES REDUCIENDO LAS BRECHAS EN SALUD ENTRE DEPARTAMENTOS.
- ▶ LOGRAR CONSENSOS BÁSICOS QUE ASEGUREN LA SUSTENTABILIDAD DE LOS OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS PLANTEADOS.



CAPITULO 4

Situación Sanitaria



4.1 Política

En los últimos años, el País y la provincia comenzaron a superar la etapa más dura de la crisis. En la actualidad, la economía crece a un ritmo sostenido, se han multiplicado los puestos de trabajo, iniciándose un proceso de mejora de la redistribución de la riqueza, de manera que el crecimiento económico ya no es un fin en sí mismo y un objetivo a ser logrado a toda costa.

La redistribución de la riqueza se manifiesta también en la extensión y en la mejora de servicios públicos como la educación, la salud y las obras públicas que brindan mejores condiciones de vida para toda la población.

La finalidad de las políticas gubernamentales de Tucumán es lograr, en consonancia con la Nación, el mayor grado de justicia social, con reglas que aseguren la sustentabilidad del desarrollo social en un marco de crecimiento económico sostenido.

Se cuenta con una visión al mediano plazo sobre el desarrollo provincial al haberse adaptado y adoptado los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo que facilita la construcción de los escenarios sectoriales.

Se ha fortalecido a los gobiernos locales, y son cada vez más frecuentes los programas

que se ejecutan bajo su coordinación. Es en este campo, donde Salud inició acciones de coordinación intersectorial, fortaleciendo la capacidad de algunas delegaciones municipales para la gestión de proyectos. A todo esto se suma la creación de los CIC y la aplicación de los principios de participación y desarrollo comunitario.

El Estado nacional y el provincial han reasumido sus obligaciones de planificación, fomento del desarrollo, fiscalización e integración de los recursos de los distintos sectores en pos del bien común, lo que hace un futuro más predecible, tanto en lo económico como en lo social.

La participación de grupos sociales, y en especial de la mujer, se fortalecieron con experiencias exitosas como el del Observatorio de la Mujer, origen de proyectos importantes con enfoque de género.

Las políticas sanitarias expresadas en el Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007 se han mantenido y desarrollado en este período como manifestación de la voluntad de seguir avanzando con continuidad de esfuerzos y de manera ordenada.

4.2 Factores Determinantes

Demografía

Estructura de la Población

La estructura por edad de las poblaciones está directamente relacionada con los niveles de desarrollo global alcanzados por un país o región, y fundamentalmente, se determina por las tasas de natalidad y mortalidad.

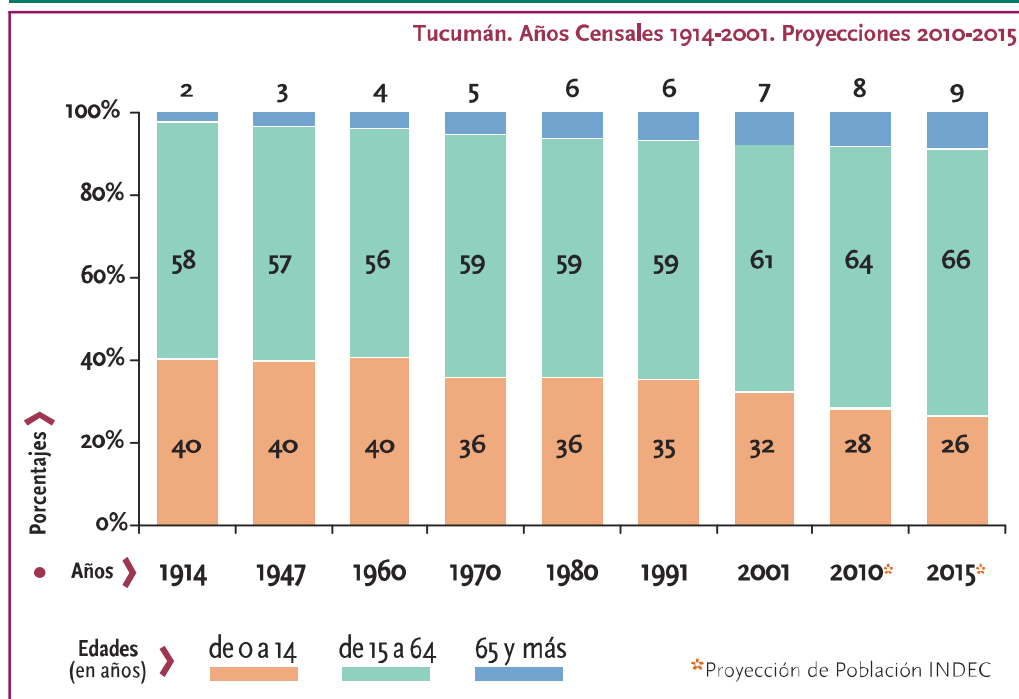
Del análisis de la información de los años censales (1914, 1947, 1960, 1970, 1980, 1991, 2001) se observa que la estructura de la población de Tucumán por edad es más o menos homogénea para los distintos años. Allí, se destaca que la población de menores de 15 años tiene el mayor porcentaje en todos los años, pero éste tiende a disminuir en los últimos. Por el contrario, se observa un pro-

gresivo incremento en los últimos años del porcentaje de población para los grupos de mayor edad.

Según los datos de proyecciones de población realizados por el INDEC, se espera que para el año 2015 el porcentaje de menores de 15 años descienda al 26%, mientras que los mayores de 65 años ascienda al 9% del total de población de la provincia.

Estos cambios demuestran que la estructura por edad se encuentra en un estadio intermedio entre poblaciones jóvenes y envejecidas como parte de la transición demográfica en la que se encuentra la provincia.

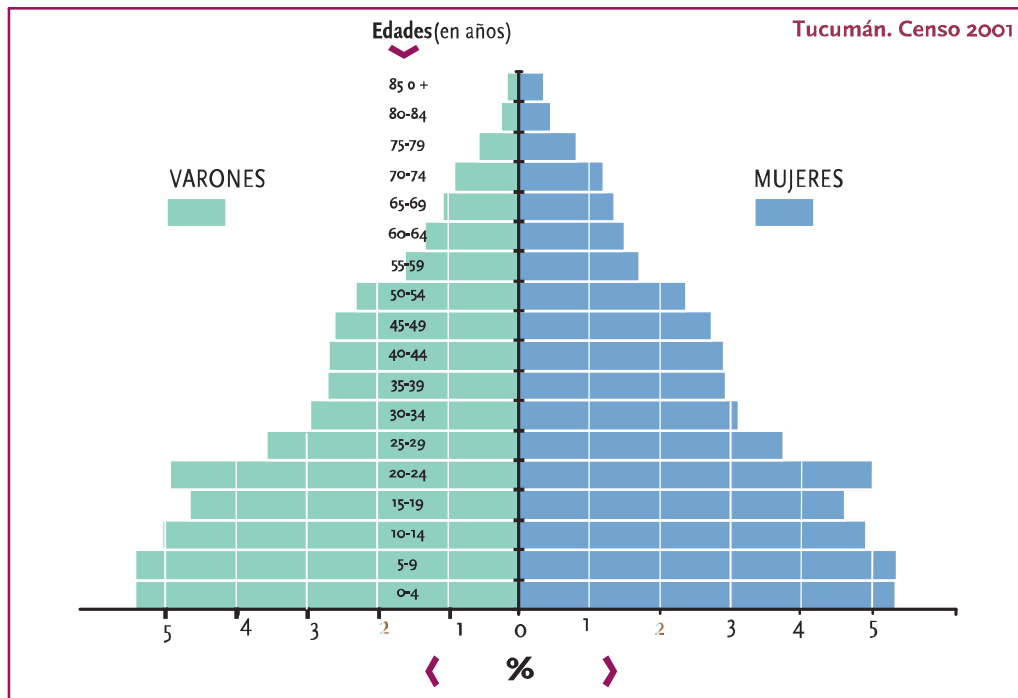
ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDADES



Mediante los datos del Censo Nacional de Población realizado en el año 2001 se puede observar que en la provincia residían 1.338.523 habitantes, de los cuales el 30% (426.140) están menores de 15 años, destacándose que el 10% correspondían al grupo de 0 a 4 años.

También se destaca el alto porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años (10%), lo que es consecuencia de los altos niveles de natalidad registrados en la provincia a fines de los '70 y principios de los '80.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDAD Y SEXO

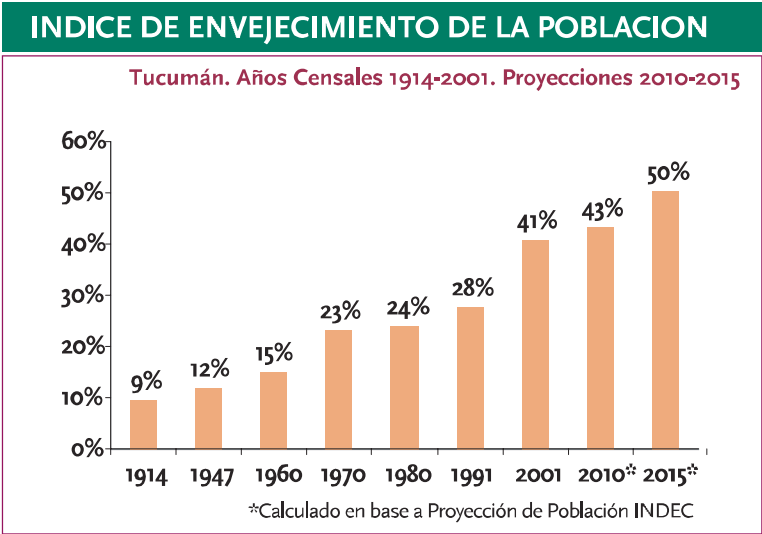


En cuanto a la distribución de la población por sexo, se observa que el 51% (680.981) pertenecen al sexo femenino, diferencia más marcada en los grupos de mayor edad.

La provincia cuenta con 17 departamentos, concentrándose el 39% (527.607) de

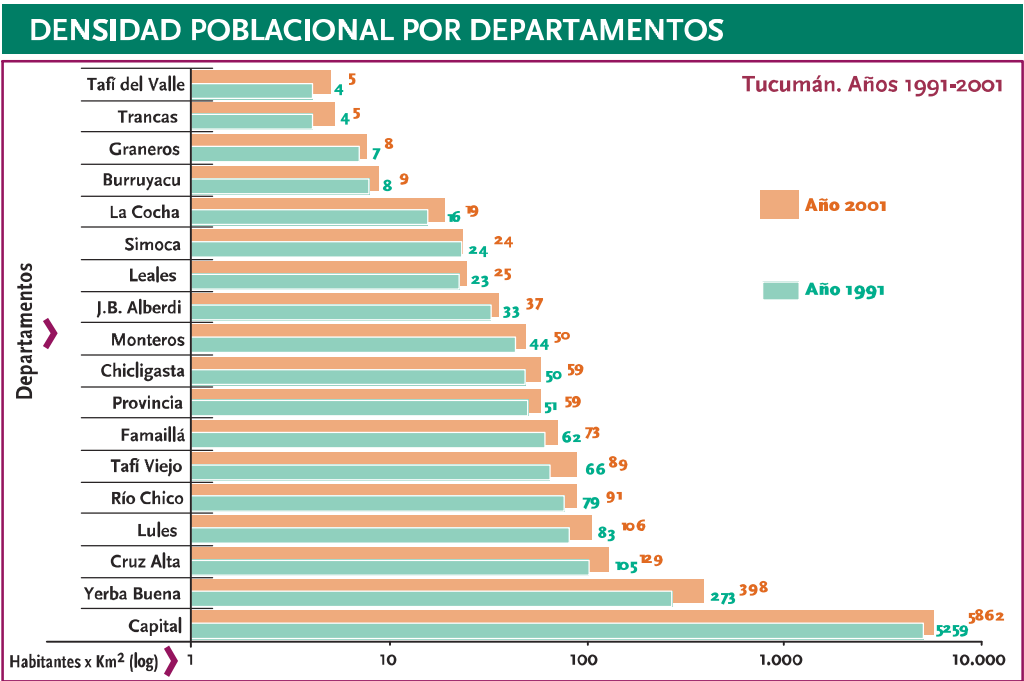
la población en la capital de la provincia. La población provincial estimada en el año 2005, según proyecciones del INDEC, es de 1.421.824 habitantes y se esperaría que en el año 2015 esta ascienda a 1.601.540 personas.

ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDADES				
DEPARTAMENTO	TOTAL	0 - 14	15 - 64	65 y más
Burruyacu	32936	37%	57%	7%
Cruz Alta	162240	35%	60%	6%
Famaillá	30951	36%	58%	6%
Graneros	13063	34%	57%	8%
Alberdi	28206	34%	59%	7%
La Cocha	17683	37%	57%	7%
Leales	51090	33%	59%	8%
Lules	57235	34%	60%	6%
Monteros	58442	32%	60%	8%
Río Chico	52925	33%	60%	7%
Capital	527607	29%	63%	9%
Yerba Buena	63707	33%	63%	5%
Trancas	15473	37%	55%	8%
Tafi Viejo	108017	34%	60%	6%
Tafi del Valle	13883	35%	56%	9%
Simoca	29932	33%	56%	10%
Chicligasta	75133	33%	60%	7%



La estructura de la población por grandes grupos de edad es bastante homogénea entre los departamentos de la provincia, destacándose el menor porcentaje de menores de 15 años en la Capital (29%) y la mayor proporción de población de mayores de 65 años en el departamento de Simoca (10%).

El índice de envejecimiento de la población (Población de mayores de 60 años/Población de menores de 15 años x 100) muestra un incremento constante ascendiendo al 41% en el año 2001, y según datos estimados, este alcanzaría el 50% en el año 2015.



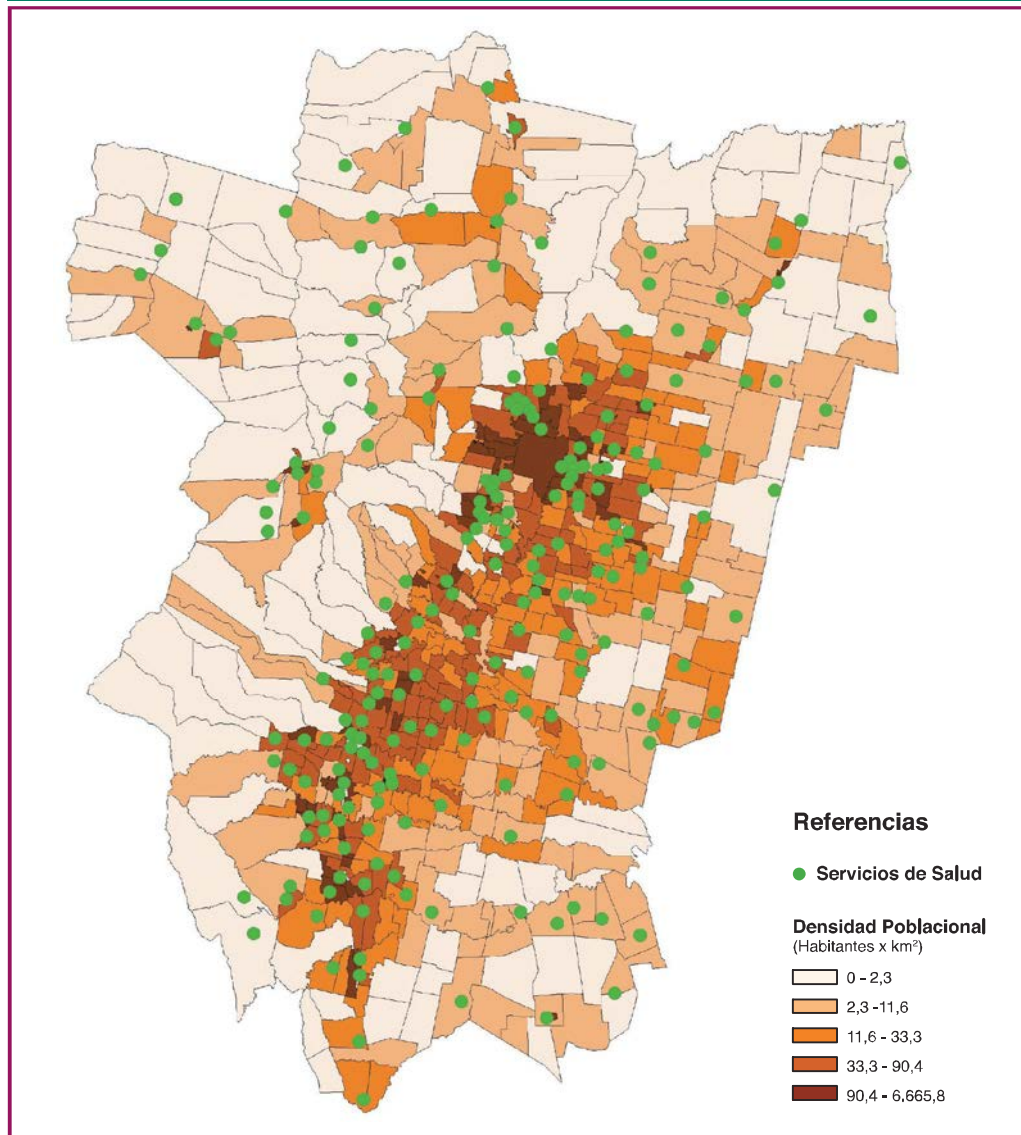
Con respecto a las otras provincias argentinas, Tucumán tiene una elevada densidad poblacional, con tendencia creciente: de 50,7 hab/km² en el año 1991, a 59,4 en el año 2001. Dentro de la provincia, hay una marcada asimetría, ya que cuatro departamentos tienen una muy baja densidad poblacional (menos de 10 hab/km²): Burruyacu, Graneros, Tafi del Valle y Trancas; en tres departamentos se presenta una alta densidad (más de 100 hab/km²): Cruz Alta, Lules y Yerba Buena; la Capital tiene 5862 hab/km², de acuerdo a los datos del censo 2001.

Solamente el 17% del total es población rural dispersa. La mayor parte de la población se aglomera a lo largo de la principal vía de comunicación: la ruta nacional 38, lo cual define una particular distribución de la densidad poblacional.

Aproximadamente el 57 % de la población se concentra en el Gran San Miguel de Tucumán. En esta zona, el 97.5 % (739.148 habitantes) es población urbana y el 2.5 % (18.962 habitantes) es población rural asentada en los departamentos de Tafi Viejo, Cruz Alta, Lules y Yerba Buena.

Al analizar la información según departamentos, surge que hay zonas con un crecimiento bastante más elevado que el de la media provincial: Yerba Buena, Tafi Viejo, Lules y Cruz Alta, que crecen por ser periféricos a la Capital, incrementando el peso de la población del GSMT sobre la de la Provincia. Otros departamentos también están experimentando un crecimiento importante: Trancas, Tafi del Valle y La Cocha. Por debajo de la media provincial, están los departamentos de Burruyacu, Graneros y Leales; Simoca tiene un crecimiento negativo.

DISTRIBUCION DE SERVICIOS DE SALUD Y DENSIDAD POBLACIONAL

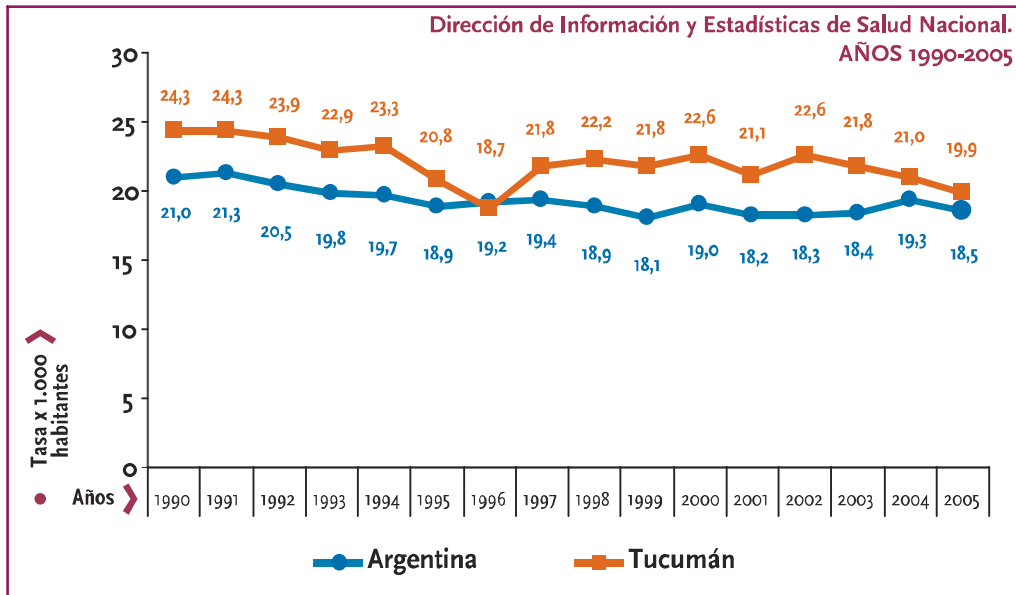


Natalidad

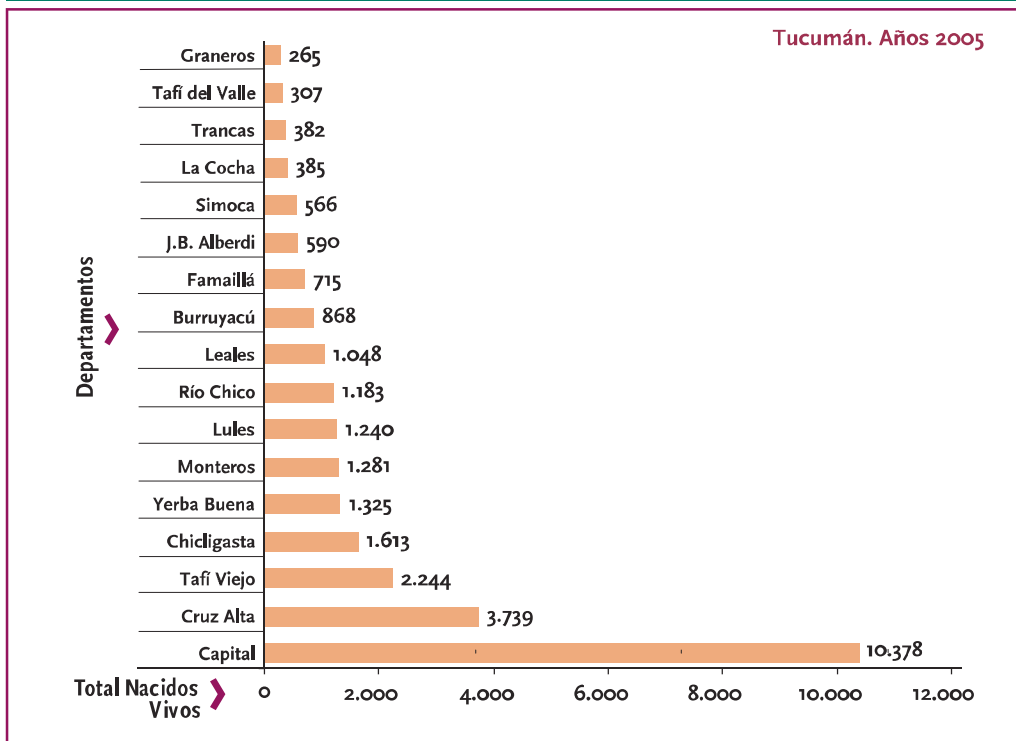
En la provincia de Tucumán se observa una tendencia decreciente de la tasa de natalidad similar al comportamiento de la misma a nivel nacional, destacándose que la provin-

cia mantiene, en general, valores superiores al de la media nacional, acentuándose un descenso a partir del año 2003 (21,8 x 1000) hasta el 2005 (19,9 x 1000).

TASA DE NATALIDAD. ARGENTINA. TUCUMAN

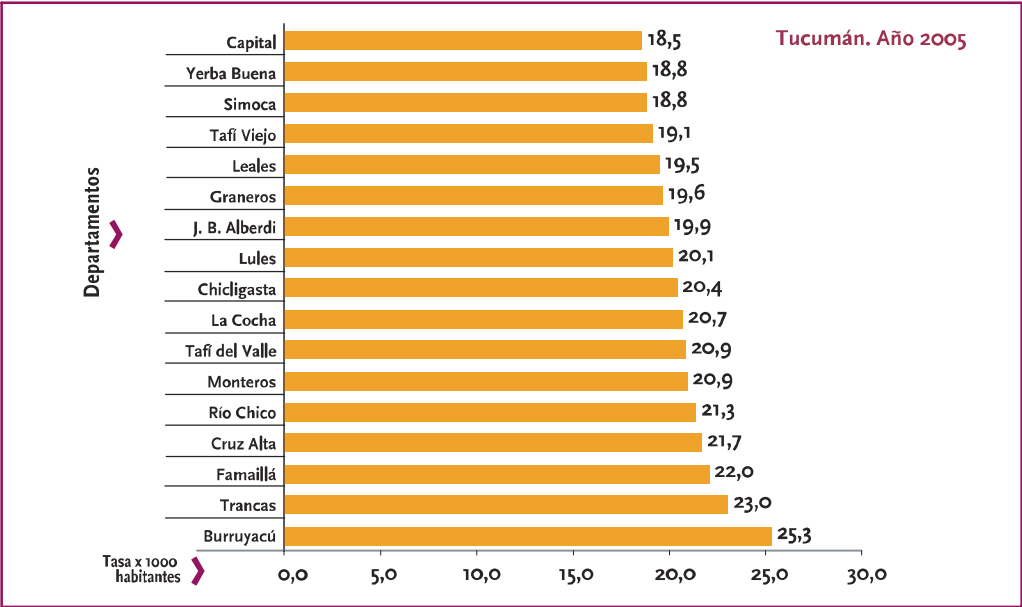


NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTOS



Durante el año 2005 se registraron en la provincia 28.317 nacimientos, concentrando la Capital de la provincia el 37% (10378) de los mismos.

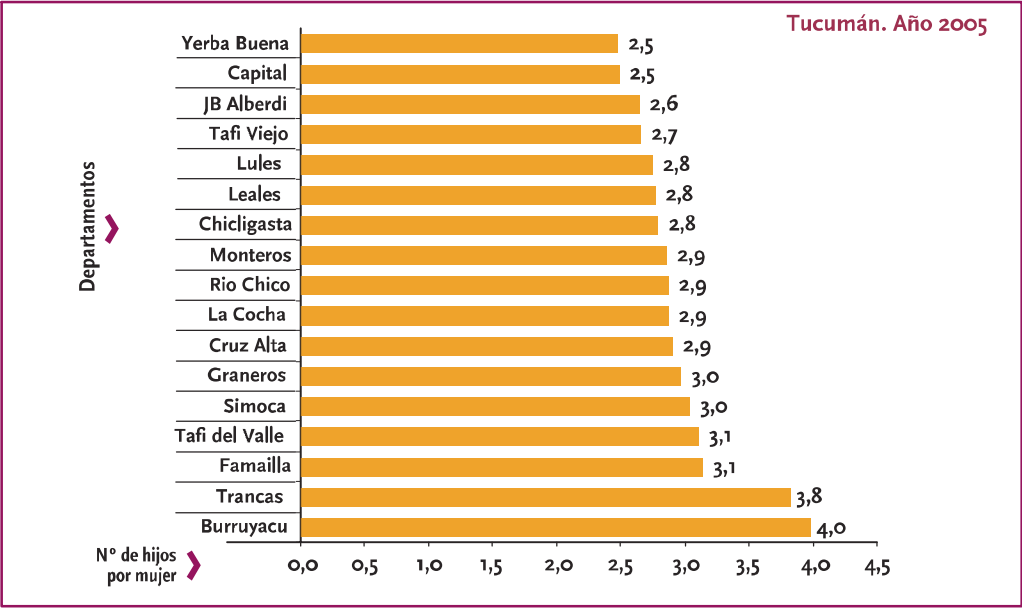
TASA DE NATALIDAD POR DEPARTAMENTOS



Los departamentos que muestran mayor tasa de natalidad son Burruyacu (25,3‰), Trancas (23‰), Famaillá (22‰) y Cruz Alta (21,7‰). En los departamentos en los que se registran menores valores de esta tasa son Capital (18,5‰) y Yerba Buena (18,8‰).

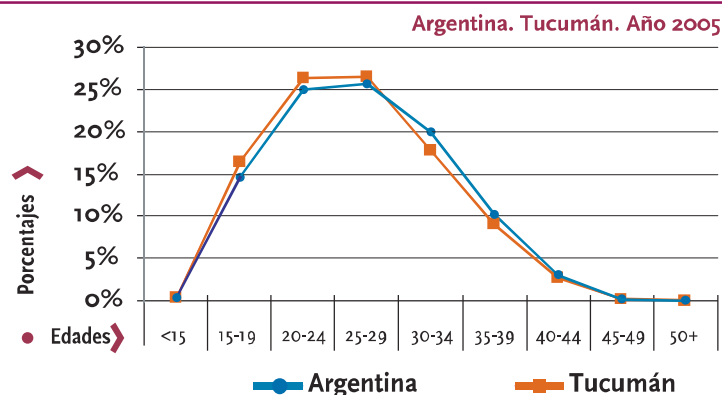
La Tasa Global de Fecundidad a nivel provincial es de 2,7 hijos por mujer. Los departamentos con mayor Tasa Global de Fecundidad son Burruyacu (4), Trancas (3,8), Famaillá y Tafi del Valle (3,1); estos valores son inferiores en Capital y Yerba Buena (2,5).

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTOS



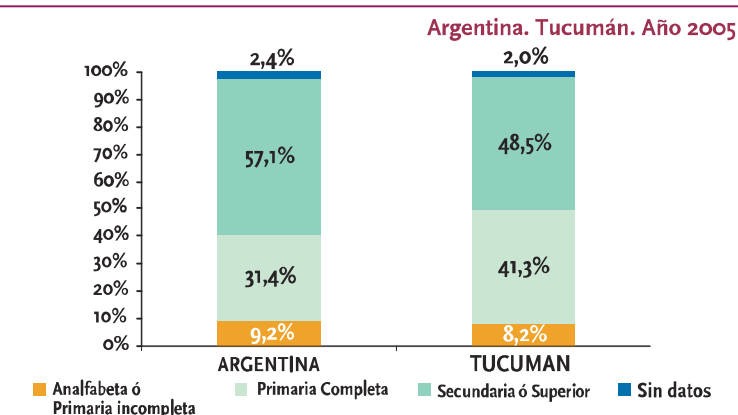
La distribución por edad materna de los nacidos vivos de la provincia es similar al comportamiento de esta variable en Argentina. Se observa que la proporción de madres adolescentes menores de 20 años en Tucumán es del 17% (4759) en comparación del 15% (107109) a nivel nacional. En cambio, el porcentaje de nacidos vivos de madres mayores de 35 años es del 12% (3386) y 14% (96151) a nivel provincial y nacional, respectivamente

NACIDOS VIVOS SEGUN EDAD MATERNA



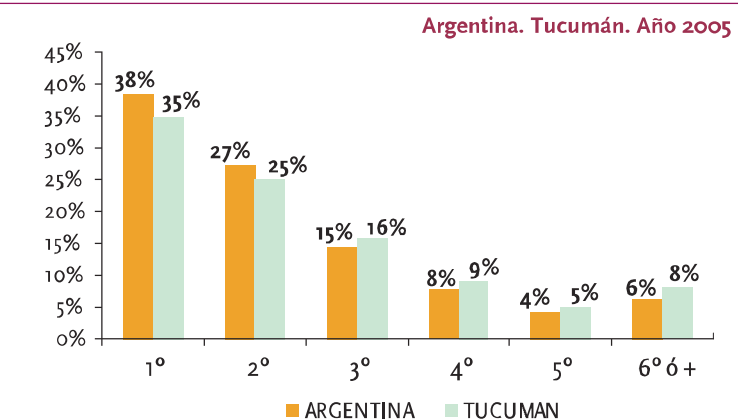
Al comparar la proporción de madres analfabetas o con primario incompleto se observa que esta es levemente inferior a nivel provincial (8,2%) que en Argentina (9,2%). También es importante destacar que el porcentaje de nacidos vivos con madres que presentan un nivel de instrucción con secundario o superior es inferior en Tucumán (48,5%) respecto a Argentina (57,1%).

NACIDOS VIVOS SEGUN INSTRUCCION MATERNA

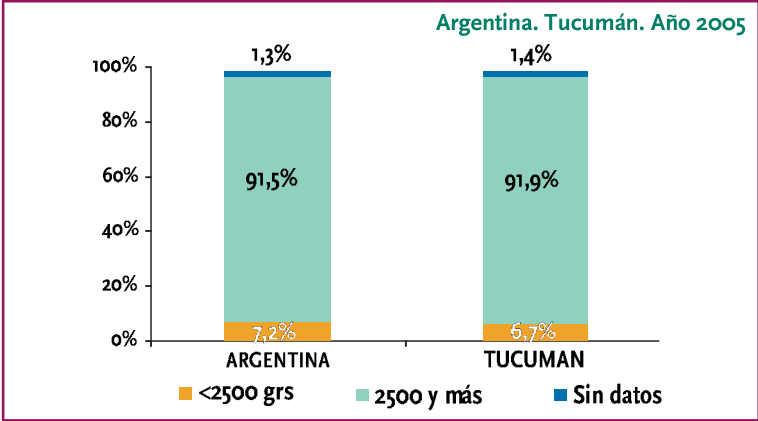


La distribución de nacidos vivos por orden de nacimiento a nivel provincial es similar al comportamiento nacional, destacándose que la proporción de multíparas (4 ó más hijos) es superior en la provincia (22%) respecto a la media nacional (18%).

NACIDOS VIVOS SEGUN ORDEN DE NACIMIENTO

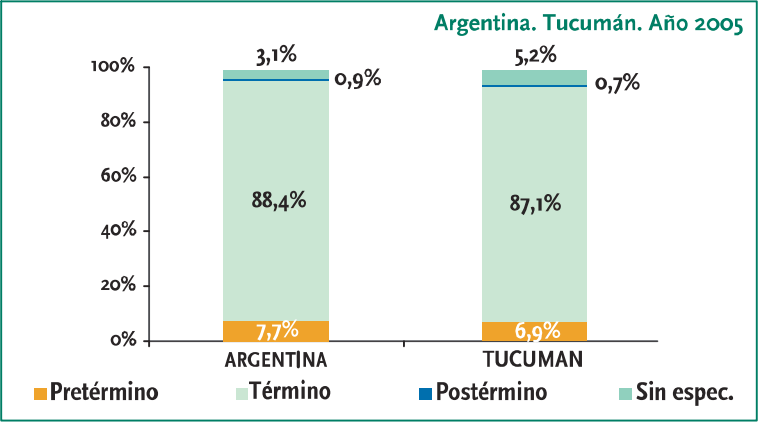


NACIDOS VIVOS SEGUN PESO AL NACER



La proporción de bajo peso al nacer en Tucumán es del 6,7%; siendo esta similar al porcentaje nacional (7,2%).

NACIDOS VIVOS SEGUN EDAD GESTACIONAL



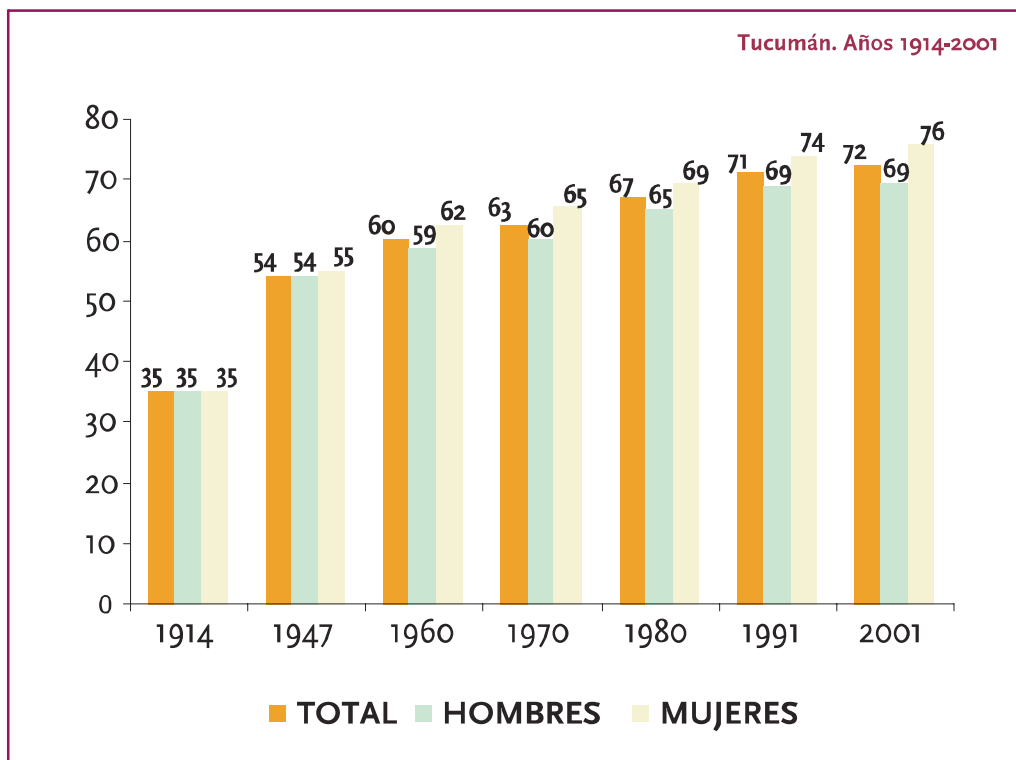
También el porcentaje de recién nacidos pretérmino de la provincia (6,9%) es similar al observado a nivel nacional (7,7%).

Se destaca que el subregistro de esta variable (datos sin especificar) es mayor a nivel provincial (5,2%) con respecto al porcentaje nacional (3,1%).

Tanto a nivel provincial como nacional, el porcentaje de nacidos de sexo masculino es del 51%.

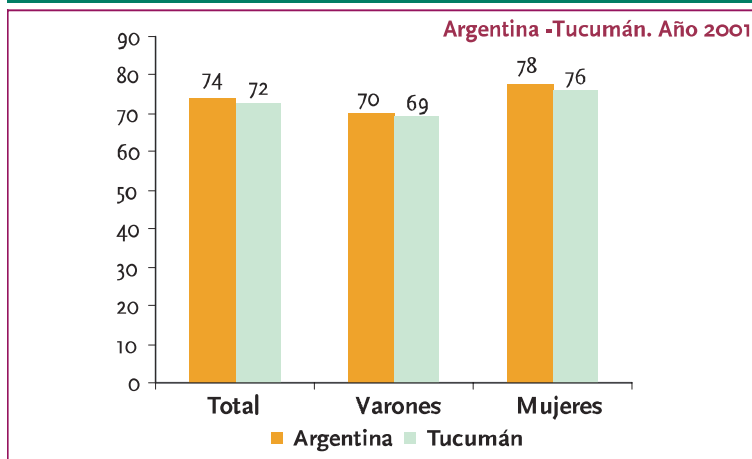
Esperanza de vida

ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO



El crecimiento de la Esperanza de Vida al Nacer en Tucumán fue constante según el análisis de esta durante los años censales. A partir de los datos del censo 2001 se observa que la Esperanza de vida para ambos sexos es de 72 años, siendo superior en las mujeres ya que alcanza los 76 años mientras que para los varones es de 69 años, marcando esta importante diferencias entre sexos. A nivel nacional para este mismo período fue de 74 años en ambos sexos, 78 y 70 años para las mujeres y varones, respectivamente. Se destaca que, en general, la esperanza de vida al nacer es inferior en la provincia en comparación con los valores nacionales, pero es mayor al de otras provincias como Chaco (70 años) y Formosa (71 años). La provincias que presentan valores superiores son ciudad de Buenos Aires (76 años), Córdoba, Mendoza, Neuquén y La Pampa (75 años).

ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO



Determinantes Sociales

Los determinantes sociales (DS) de la salud se entienden como las condiciones en que vive la población, y que impactan positiva o negativamente sobre la salud de personas y comunidades.

La estructura social determina quienes tendrán educación, un buen trabajo y un cierto grado de protección social. La estratificación de los grupos humanos por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, denotan las inequidades en condiciones de vida y de trabajo.

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud y el bienestar, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos.

La influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales, calidad de vivienda y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal.

Aunque se utilizan indicadores negativos para describir los DS, es importante resaltar que a partir de su descripción e identificación de las situaciones a modificar, las acciones deben orientarse a potenciar los DS que mejoren las oportunidades de alcanzar una mejor condición de salud.

Esta propuesta de análisis a partir de los DS es complementaria al enfoque de protección social basado en derechos, y nos permite construir una imagen objetivo abarcativa e integral de las condiciones necesarias para el desarrollo de capacidades humanas que persigue la igualdad de oportunidades, apoyándose a los grupos más desvalidos a alcanzar sus capacidades

y ampliar sus elecciones para permitir una verdadera libertad de opciones en la vida y lograr con esto plena participación, lo cual requiere un esfuerzo intersectorial.

Una expresión de este enfoque son Los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio, que consideran la integralidad de la problemática, abarcando cuestiones relacionadas con la pobreza extrema y el hambre, la educación, el enfoque de género, el trabajo, la salud materno infantil, las enfermedades prevalentes y el ambiente. La provincia, consecuentemente con la nación, adhirió a esta propuesta definiendo sus propias metas.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública asume su responsabilidad de promover acciones intersectoriales en aquellos asuntos que hacen al bienestar de las personas. Este abordaje, en un marco de Gobierno, permitirá dar sustento a las políticas sanitarias y pondrá al sector salud en un rol propositivo en el desarrollo social de la provincia, fortaleciendo al mismo tiempo, los esfuerzos para mantener el crecimiento económico.

El Ministerio de Salud Pública tiene un rol asesor, pero fundamentalmente de abogacía en la mejora de los DS.

Es necesario distinguir entre los determinantes del promedio de salud y los determinantes en las brechas de salud. Reducir las brechas en salud permite, a la vez que mejorar los indicadores promedio de salud y generar situaciones más justas. Por eso, es necesario identificar no sólo los determinantes que actúan sobre el estado promedio de salud de la población, que se manifiesta a través de los indicadores globales, sino también sobre los que generan inequidades entre grupos poblacionales.

Nivel de Instrucción

ANALFABETISMO EN POBLACION DE 10 AÑOS O MAS Y ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS					
Tucumán, Censo 2001					
DEPARTAMENTO	Población de 10 años o más analfabeta	% Analfabetos sobre total de población de 10 años o más	Establecimientos de Educación para Adultos	Establecimientos de Educación para Adultos %	Proporción de Adultos analfabetos/establec. educación p/adultos
Burruyacu	2372	10%	9	2%	264
Cruz Alta	9657	2%	142	32%	68
Famaillá	2455	4%	28	6%	88
Graneros	6065	5%	54	12%	112
Alberdi	1178	5%	14	3%	84
La Cocha	581	6%	17	4%	34
Leales	863	4%	18	4%	48
Lules	637	5%	6	1%	106
Monteros	2405	6%	18	4%	134
Río Chico	1576	4%	15	3%	105
Capital	1776	4%	21	5%	85
Yerba Buena	1711	4%	25	6%	68
Trancas	1925	8%	18	4%	107
Tafi Viejo	678	6%	6	1%	113
Tafi del Valle	2358	3%	32	7%	74
Simoca	604	5%	12	3%	50
Chicligasta	1056	2%	12	3%	88
TOTAL	37.897	4%	447	100%	85

Según el Censo 2001, en la provincia, de 329.449 personas con ocupación de 14 años o más, el 17% no tiene instrucción o tiene sólo primario incompleto, y el 23 % de éstas son mujeres.

El 63% de la población de 15 años o más no asiste, pero asistió, a algún establecimiento educacional. De ese 63%, el 56% (425.547 personas) no supera el nivel de instrucción primaria: no aprobó ningún grado, o tiene primaria incompleta o completa.

Mientras, el 4% de la población mayor de 10 años de la provincia es analfabeta, esas cifras ascienden al 10% en Burruyacú, al 8% en Simoca y al 6% en Graneros, Leales y Tafi del Valle.

En la provincia hay 181 centros de alfabetización con una matrícula de 1.010 adultos. Del total de establecimientos de educación

para adultos de todos los niveles, el 54% se concentra en Capital, Cruz Alta, Tafi Viejo y Yerba Buena. Si se relacionan los analfabetos por departamento, con los establecimientos de educación para adultos, puede observarse que el valor más alto corresponde a Burruyacu con 264, y el menor a Graneros, con 34 adultos analfabetos por establecimiento. Por todo esto, es que cabe reflexionar acerca de la capacidad de captar a estos adultos y mantenerlos en el sistema educativo, tarea que debe ser abordada prioritariamente, habida cuenta del impacto que la condición de analfabetismo y/o bajo nivel de instrucción tiene en la salud de la población.

Distribución de la pobreza*

En los hogares existen formas alternativas de acceder a los recursos básicos, reconociéndose al menos dos procesos: la obtención de bienes que demandan ahorro e inversión acumulados en períodos prolongados de tiempo, y el acceso cotidiano a otros bienes de consumo inmediato cuya adquisición es menos costosa pero debe renovarse permanentemente.

La incapacidad de los hogares para proveer de uno u otro tipo de recursos es lo que distingue entre los hogares con o sin

privación. El primer aspecto, se vincula a la privación patrimonial que afecta a los hogares en forma más estable, y dada su característica de persistencia, se la considera de tipo estructural o crónico. En cambio, la privación de recursos corrientes puede variar considerablemente en el corto plazo y está ligada más directamente a las fluctuaciones de la economía.

Estas dimensiones son la que identifican el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH)¹.

INCIDENCIA DE HOGARES CON PRIVACION SEGUN INDICADORES NBI / IPMH - CENSO 2001				
PROVINCIAS SELECCIONADAS >	CATAMARCA	SALTA	JUJUY	TUCUMÁN
TOTAL HOGARES	77.776	241.407	141.631	310.787
NBI Necesidades básicas insatisfechas				
% Hogares sin NBI	78,5	68,4	71,2	79,5
% Hogares con NBI	21,5	31,6	28,8	20,5
IPMH Indice de privación material de los hogares				
% Hogares sin Privación	49	38	37	40,6
% Hogares con Privación	51	62	63	59,4
% Sólo de Rec. Corrientes	14	13	12	14,0
% Sólo Patrimonial	19	22	26	19,0
% Convergentes	18	28	26	26,4

Fuente: Gómez, A; Mario S.; Olmos F.: Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) Desarrollo y aplicación con datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

* La metodología de medición de la privación a partir de datos censales está compuesta por una variable para identificar las situaciones de carencia (IPMH) y tres medidas para caracterizar la privación material.

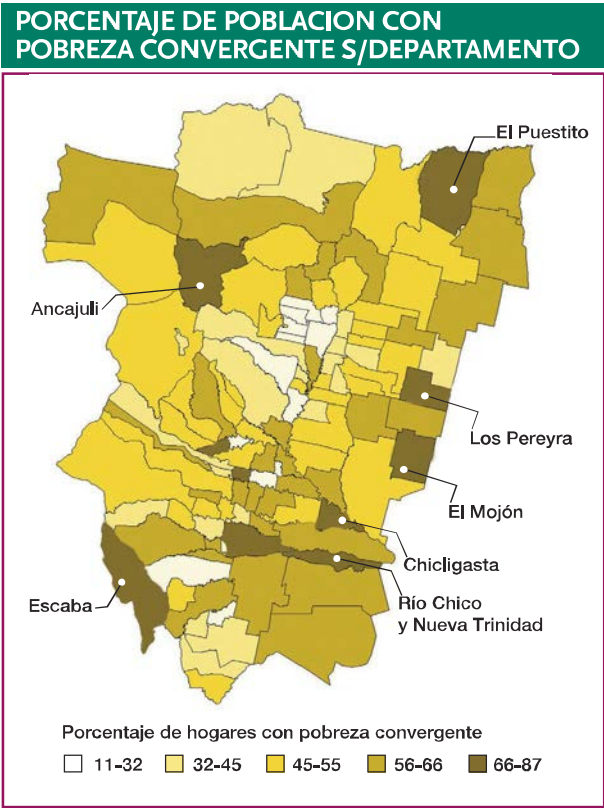
La variable IPMH identifica a los hogares según su situación respecto a la privación material, considerando dos dimensiones: recursos corrientes y patrimoniales. La combinación de estas dimensiones define cuatro grupos de hogares: aquellos que no tienen ningún tipo de privación y tres grupos diferenciados según el tipo de privación que presentan, es decir, sólo de recursos corrientes, sólo patrimonial y convergente. La incidencia (I) responde la pregunta sobre magnitud del fenómeno. Se define como la suma de los hogares con algún tipo de privación, sea sólo de recursos corrientes (PR), sólo patrimonial (PP) o convergente (PC) sobre el total de hogares (N) .

La medida que refiere a la intensidad (INT), da cuenta del peso relativo de los hogares con privación convergente sobre el total de hogares con privación expresando cuán grave es la pobreza. La medida de composición que refleja el tipo de privación que predomina en un área determinada es la razón de privación de recursos corrientes (RPRC), indicando cuántos hogares con privación de recursos corrientes hay por cada cien hogares con privación patrimonial . Si esta medida se aproxima a 100, la composición de la pobreza es totalmente heterogénea (hay 100 hogares con privación de un tipo, por cada 100 con privación del otro). En cambio, cuando se presentan valores inferiores a 100, predomina la privación patrimonial y la de recursos corrientes.

INDICADORES PRIVACION DE HOGARES Y NBI POR DEPARTAMENTO. TUCUMAN. CENSO 2001										
DEPARTAMENTO	Sin Privación	Solo de recursos corrientes PR	Solo patrimonial PP	Pobreza Convergente PC	Total de hogares	Incidencia PC+PRC+PP /N	Intensidad PC/ (PC+PRC+PP)	Razón de Incidencia PC/PR+PP	Razón de privación de Recursos corrientes	NBI
Burruyacú	954	554	2.358	3.368	7.234	87 %	54%	116%	68%	37,7
Capital	69.200	18.886	19.022	22.362	129.470	47 %	37%	59%	100%	17,5
Chicligasta	5.985	2.196	3.723	5.135	17.039	65 %	46%	87%	83%	27,8
Cruz Alta	9.867	5.311	7.593	12.142	34.913	72 %	48%	94%	88%	30
Famaillá	1.712	920	1.464	2.484	6.580	74 %	51%	104%	86%	31,7
Graneros	418	229	796	1.606	3.049	86 %	61%	157%	76%	42,4
JB Alberdi	2.336	1.052	925	1.597	5.910	60 %	45%	81%	105%	26,9
La Cocha	769	401	1.114	1.457	3.741	79 %	49%	96%	72%	35,8
Leales	2.719	1.616	2.648	4.644	11.627	77 %	52%	109%	86%	31
Lules	3.912	1.939	2.900	3.783	12.534	69 %	44%	78%	86%	28,2
Monteros	4.239	2.040	2.735	4.444	13.458	69 %	48%	93%	90%	24,3
Rio Chico	3.400	1.932	2.149	4.157	11.638	71 %	50%	102%	97%	28,8
Simoca	1.148	584	1.755	3.471	6.958	84 %	60%	148%	78%	37,8
Tafi del Valle	575	234	1.061	1.152	3.022	81 %	47%	89%	63%	30,3
Tafi Viejo	9.829	3531	5.007	6.098	24.465	60 %	42%	71%	87%	21,9
Trancas	822	329	1.125	1.345	3.621	77 %	48%	93%	68%	35,1
Yerba Buena	8.242	1.623	2.289	2.285	14.439	43 %	37%	58%	85%	14,8
TOTALES	126.231	43.424	59.067	82.065	310.787	59 %	44%	80%	89%	23,9

El 59% de los hogares de la provincia está afectado por algún tipo de privación material. El 44% de éstos tiene privación de recursos corrientes y privación patrimonial simultáneamente; ese porcentaje se aproxima pero es superior al de población con NBI. Los departamentos con mayor privación material son Burruyacu, Graneros y Simoca, que también son los que tienen mayor índice de NBI. En cuanto al tipo de privación, la mayor heterogeneidad la presentan Capital, Río Chico y Alberdi. Los departamentos con mayor proporción de privación patrimonial son Tafi del Valle, Trancas y Burruyacu; sólo Alberdi presenta una mayor proporción de privación de recursos corrientes, lo que puede reflejar un empobrecimiento de algunos estratos de la población.

La distribución por municipios y comunas del porcentaje de población con pobreza convergente muestra las asimetrías dentro de cada departamento. Se destacan 9 comunas que tienen entre un 66% y un 87 % de hogares con pobreza convergente: Escaba, Río Chico y Nueva Trinidad, Chicligasta, El Mojón, Amberes, El Cercado, Los Pereyra, Anca Juli y El Puestito.

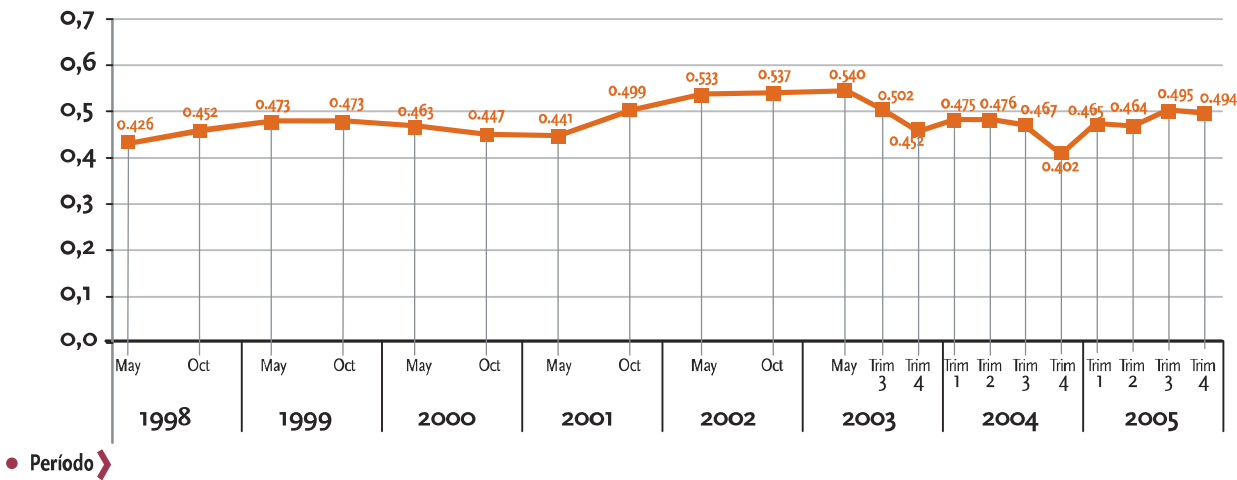


Brecha de pobreza

Desde mayo de 1998, este indicador que mide la distancia promedio entre el ingreso de los pobres y el valor de la línea de pobreza, tiene un incremento constante. Tomando en cuenta las cifras de este periodo, con un 42,6 %, hasta alcanzar un pico de 54 % después de la crisis del año 2001. Disminuye paulatinamente, sin llegar hasta los valores anteriores a 1998.

BRECHA DE POBREZA

Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares. Dirección General de Estadísticas de Tucumán 2006



La principal limitación de este indicador (y del resto de los analizados a continuación) es que se mide solamente para el Gran San Miguel de Tucumán a partir de datos proporcionados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). De este modo, es que no tenemos información de lo que ocurre con la brecha en los demás municipios o departamentos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que más del 50% de la población de la provincia se concentra en el Gran San Miguel de Tucumán.

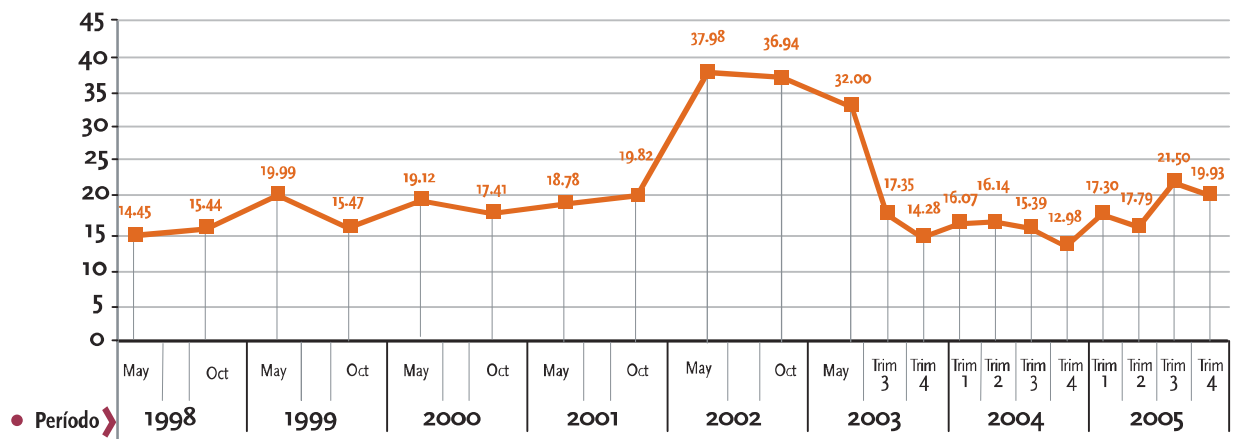
Brecha de ingresos*

Este valor se mantuvo en niveles más o menos estables, entre 15 y 19 puntos hasta que en 2002, a consecuencia de la crisis trepó a un 37,98, duplicando los valores ante-

riores. Comienza a descender en 2003-2004 donde tocó un piso de 12,98 volviendo a incrementarse hasta 19,3 a fines de 2005.

BRECHA DE INGRESOS

Fuente: INDEC, Encuesta permanente de hogares. Dirección General de Estadísticas de Tucumán 2006



* La EPH mide también los ingresos de los hogares de cada aglomerado. Estos ingresos están tomados para el total de cada familia, independientemente que sean uno o más miembros los que perciban ingresos. Tomando el ingreso de cada familia y dividiéndolo por la cantidad de miembros que tiene la misma, obtendremos el ingreso medio por persona o per capita.

De esta manera, todos los habitantes de los aglomerados del país tienen su ingreso medio. Si esa población es ordenada y agrupada por rango de ingreso, y se lo fracciona en diez partes iguales, tenderemos a la población del aglomerado ordenada en diez estratos o deciles, conteniendo cada uno de ellos el 10% de la población con su correspondiente ingreso medio por persona por decil. En el decil uno, estará el 10% de la población con menores ingresos -con su correspondiente ingreso medio per capita-, y en el otro extremo, en el decil 10, contará con el 10% de la población con mayores ingresos, también con su correspondiente ingreso medio o per capita.

El cociente entre el ingreso medio por persona del decil 10 y el ingreso medio por persona del decil 1, define la denominada brecha de ingreso. Nos dice cuanto gana el 10% de la población, qué mayores ingresos tienen con respecto a 10%, y qué menos ingresos reciben. En conclusión, debemos interpretar que cuanto mayor es este indicador, mayor es la desigualdad con respecto al ingreso generado en el aglomerado.

Porcentaje de población con ingresos por debajo de la línea de indigencia*

En el año 1998 el porcentaje de población indigente se acercaba a un índice con la posibilidad de ser erradicado, pero la recesión económica y el desempleo empezaron a afectar fuertemente la franja de población más vulnerable.

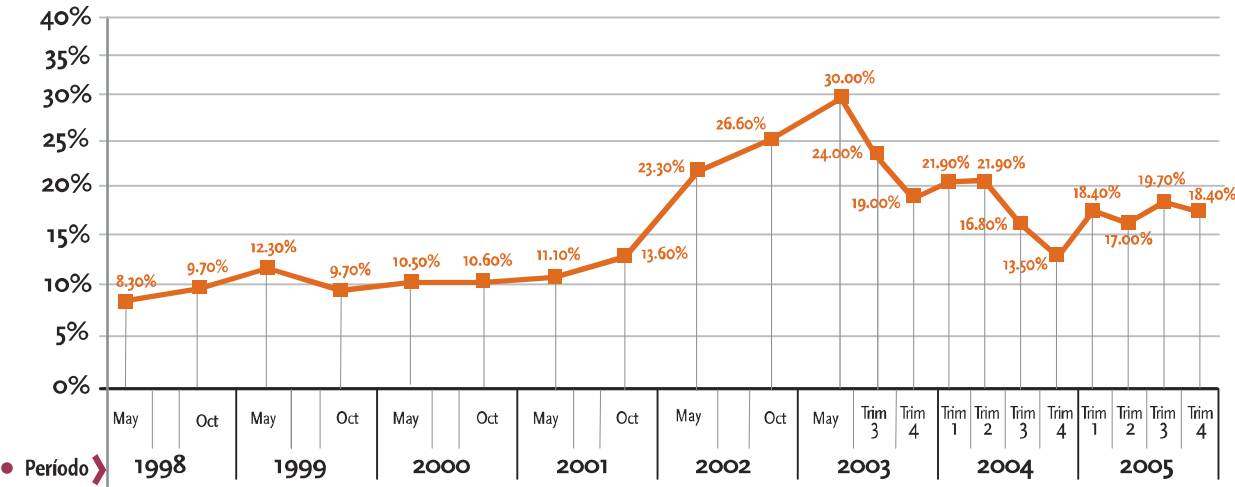
Esto llevó a que este indicador aumentara de una manera alarmante, tocando al 30% de la población. Esta dramática situación llevó al estado nacional a la implementación de pla-

nes sociales, como una forma de paliar la agobiante situación suscitada. Estas medidas hicieron descender los índices hasta un 18 %.

El porcentaje de personas que viven bajo la línea de indigencia en la provincia tuvo su pico más alto posterior a la crisis del 2001, llegando a un 30% de la población total de la provincia en mayo de 2003. Desde entonces, sufrió disminuciones y llegó a un valor de 13,5 % en el cuarto trimestre de 2004.

PORCENTAJE DE POBLACION CON INGRESOS POR DEBAJO DE LA LINEA DE INDIGENCIA

Fuente: INDEC, Encuesta permanente de hogares. Dirección General de Estadísticas de Tucumán 2006



* El concepto de “línea de indigencia” procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. Los hogares que no superan ese umbral o línea son considerados indigentes.

Porcentaje de la población con ingresos por debajo de la línea de pobreza*

En Tucumán, históricamente, el 20% de su población estuvo bajo la línea de pobreza.

Este valor que, en 1998 llegaba a un 23%, alcanzó dramáticamente un 60% en 2002.

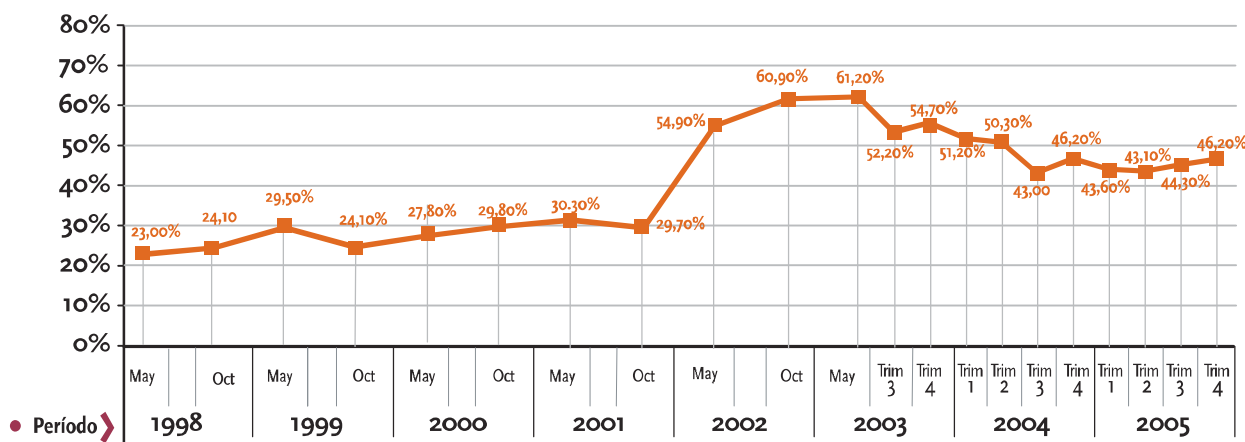
A pesar de una sensible baja en los años

siguientes, en 2005 nos encontramos en valores que duplican a los registrados en 1998.

Como consecuencia, ésta una cuestión prioritaria a resolver por nuestra provincia.

PORCENTAJE DE POBLACION CON INGRESOS POR DEBAJO DE LA LINEA DE POBREZA

Fuente: INDEC, Encuesta permanente de hogares. Dirección General de Estadísticas de Tucumán 2006



El análisis de la evolución a partir del 2001 de los indicadores de brecha de pobreza, de ingresos y porcentajes de población por debajo de las líneas de pobreza e indigencia señala que aunque los indicadores socio sanitarios promedio pueden mostrar una me-

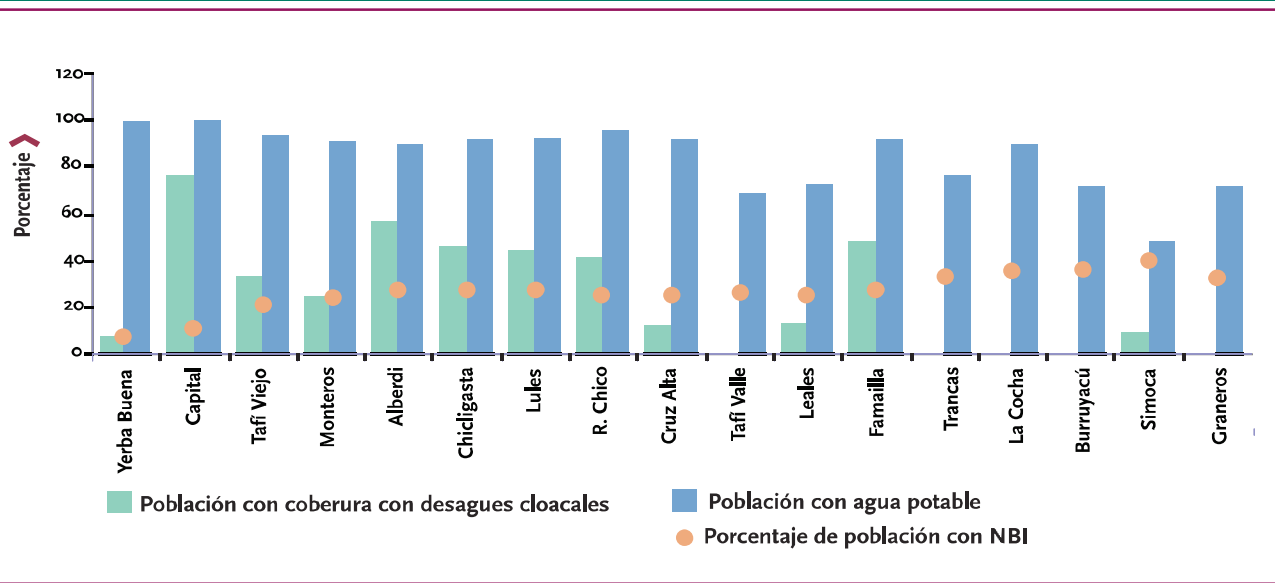
jora en la situación de salud del ciudadano promedio y los indicadores económicos un crecimiento (ver más adelante en actividades productivas y acceso a servicios básicos), las brechas no han disminuido.

* Consiste en establecer el porcentaje de personas que habitan en hogares cuyos ingresos no alcanzan para satisfacer un conjunto básico de necesidades alimentarias, y no alimentarias, consideradas esenciales (vestimenta, educación, salud, etc.) incluidas en la llamada Canasta Básica Total (CBT).

Acceso a Servicios Básicos

Agua potable y cloacas

PROPORCIÓN DE POBLACION PROVINCIAL CON COBERTURA DE AGUA Y DESAGUES CON NBI POR DEPARTAMENTOS



Los departamentos de Graneros, Simoca, Burruyacu, La Cocha y Trancas son los que tienen un mayor porcentaje de población con NBI, entre ellos Simoca tiene menos del 50 % de la población con agua potable. Tampoco tienen cobertura de desagües cloacales, excepto Simoca. Es necesario destacar que las localidades con mayor desarrollo de infraestructura y densidad poblacional son las que se localizan a lo largo de la ruta nacional 38, por lo que Trancas, Graneros, Burruyacu y Tañi del Valle tienen características que los diferencian del resto. La población con mayor desarrollo en los departamentos de Leales y Simoca también tienen esta localización.

Los mapas muestran la asimetría de la distribución de las fuentes de provisión de agua para consumo humano, que también sigue este patrón alrededor de la ruta 38.

En Tucumán, la mayor parte de la población urbana y rural no dispersa tiene acceso a agua distribuída a través de una red. Quedan, entonces, excluídas de esta condición: las poblaciones marginales, que en la periferia urbana utilizan el agua a través de redes precarias y clandestinas; y la población rural dispersa, la cual hace uso de agua de pozos de primera napa, que además de la contaminación microbiológica, están expuestos a contaminaciones químicas, especialmente en el este de la provincia. En el oeste de la provincia la fuente de provisión para las poblaciones más aisladas es el agua de río.

La evaluación de la calidad del agua de red muestra que los departamentos con mayores deficiencias detectadas son los de mayor densidad poblacional.

Servicios de salud

Una respuesta social adecuada a las necesidades, expectativas y demandas en salud de una comunidad, contribuye a una mejor calidad de vida.

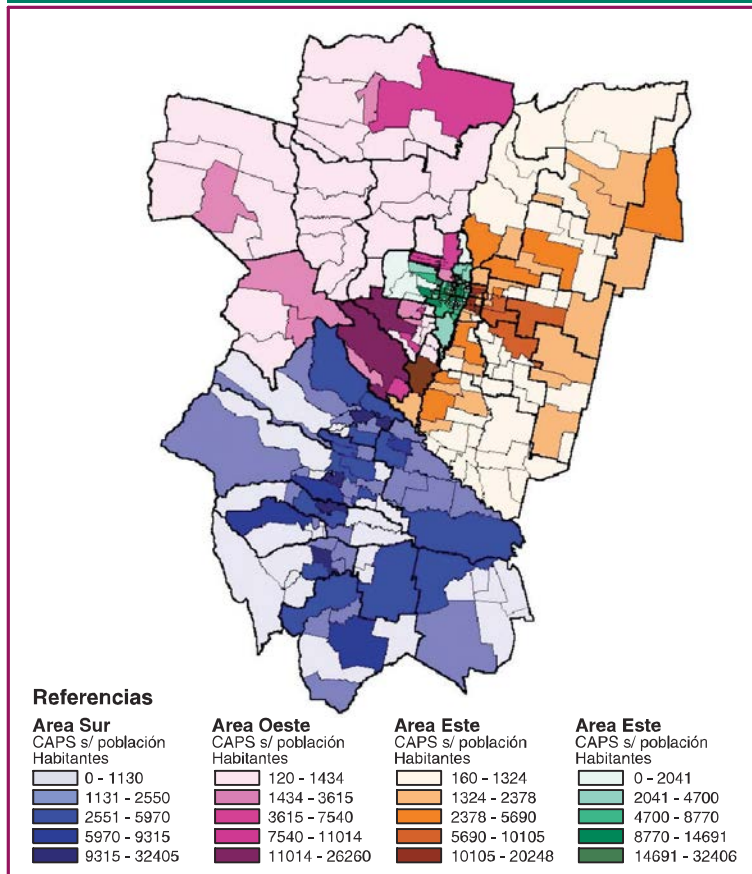
En Tucumán los servicios de salud son responsables de poblaciones definidas en base a áreas geográficas determinadas: áreas de responsabilidad. Estas áreas, están a cargo de unidades de salud y buscan dar la respuesta adecuada, en concordancia con la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Dos de los componentes de esta respuesta son la continuidad de la atención y la accesibilidad. El Sistema de salud tiene tres niveles de atención. El primero, está constituido por los centros de salud locales con atención ambulatoria, siendo el primer nivel de acceso a la atención. Estos centros son periféricos a un segundo nivel, el hospital local, que resuelve los problemas de salud de bajo y mediano que exceden la capacidad de los primeros. La atención de mayor complejidad sólo es efectuada por el tercer nivel de atención, el cual está constituido por los hospitales de la capital de la provincia.

En Tucumán existen 284 centros de atención del primer nivel de atención de salud, de los cuales 14, no tienen área de responsabilidad y dependen de otros que sí la tienen. De ellos, 21 dependen de municipios o comunas. Hay 27 hospitales del segundo nivel y 7 del tercer nivel.

La producción por centros de atención muestra que en 2002, la mediana del número de consultas por habitante y por año era de 1,61 con un rango entre 0,4 y 15,47. El número de consultas por habitante y por año para toda la provincia era de 1,54, si se excluyen las consultas a los hospitales de referencia situados en San Miguel de Tucumán. Si se

incluyen los hospitales de capital este valor era de 2,02. En el año 2005, esos valores fueron de 2,58 consulta por habitante y año, con un rango entre 1,45 y 6,10, excluyendo los hospitales de referencia de capital. La variabilidad del valor de consultas habitantes/año

ÁREAS DE RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD



está fuertemente influenciado por la concentración de la atención que tienen los establecimientos con guardias de 24 horas, y por la alta concentración de establecimientos de salud, que tienen una población a cargo muy pequeña. Estos condicionantes destacan el hecho de que es necesario mejorar la calidad de la oferta, reorientándola hacia prestaciones con enfoque de promoción y prevención, más que simplemente aumentar la cantidad de consultas.

En los hospitales se concentra una mayor demanda, probablemente por la oferta de 24 horas de atención médica de la guardia, y por las especialidades básicas ofrecidas de lunes a

viernes. Exceptuando el Gran San Miguel de Tucumán, el 47, 2 % de los partos se resuelven localmente, el resto se deriva a la capital. Hay 8 hospitales que realizan menos de 100 partos al año, y 6 que realizan menos de 200 partos al año. El resto de los partos públicos -alrededor de 15.000 anuales- se realizan en el Instituto de Maternidad y en la maternidad del Hospital Avellaneda. La accesibilidad para la atención del parto podría mejorarse fortaleciendo los establecimientos que atienden más de 200 partos anuales y asegurando medios de transporte adecuados para las poblaciones relacionadas a establecimientos que realizan menos de 200 partos, que se consideran inadecuados. Para los habitantes del Gran San Miguel de Tucumán es necesario desarrollar otro servicio de maternidad para mejorar la calidad de atención que disminuye por la excesiva concentración de partos en una sola institución. El nuevo Hospital del Este, proyectado para cubrir la zona este de la provincia, pero localizado en el Gran San Miguel de Tucumán, cubrirá esta necesidad.

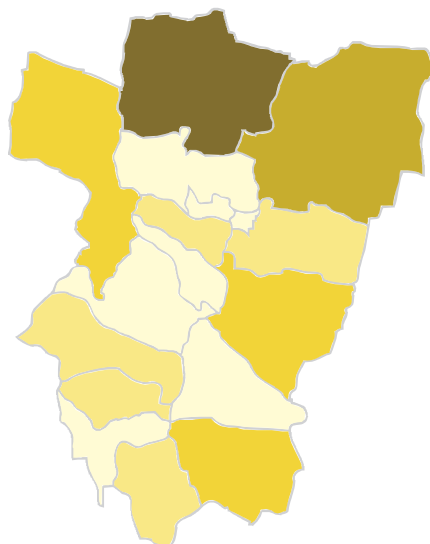
El análisis de la distribución espacial de los establecimientos de salud muestra que el 70 % de ellos se encuentra en zonas de alta densidad poblacional. Sólo 5 centros de salud se encuentran a más de 10 kilómetros de una vía terrestre transitable. El 82,4% de los centros se encuentran en un área de influencia de un hospital no mayor de 15 km.

Si se traza un círculo de 20km alrededor de cada hospital del interior, solamente quedan fuera de esta cobertura algunas áreas escasamente habitadas.

En definitiva, si se considera la accesibilidad como la proporción de la población que puede hacer uso de los servicios de salud con razonable facilidad, es adecuada en general. Esto es así si se tiene en cuenta las distancias y los horarios en las zonas urbanas y en las rurales, considerando que los hospitales tienen guardias de 24 horas. La disponibilidad de medios de transporte, tanto del sistema de salud como público, aseguraría una mejor accesibilidad dado que las distancias entre cen-

CONSULTAS POR HABITANTE POR AÑO

SI.PRO.SA., 2006 (No se incluyen Hospitales de Referencia de la Capital)



Consultas por habitante y por departamento

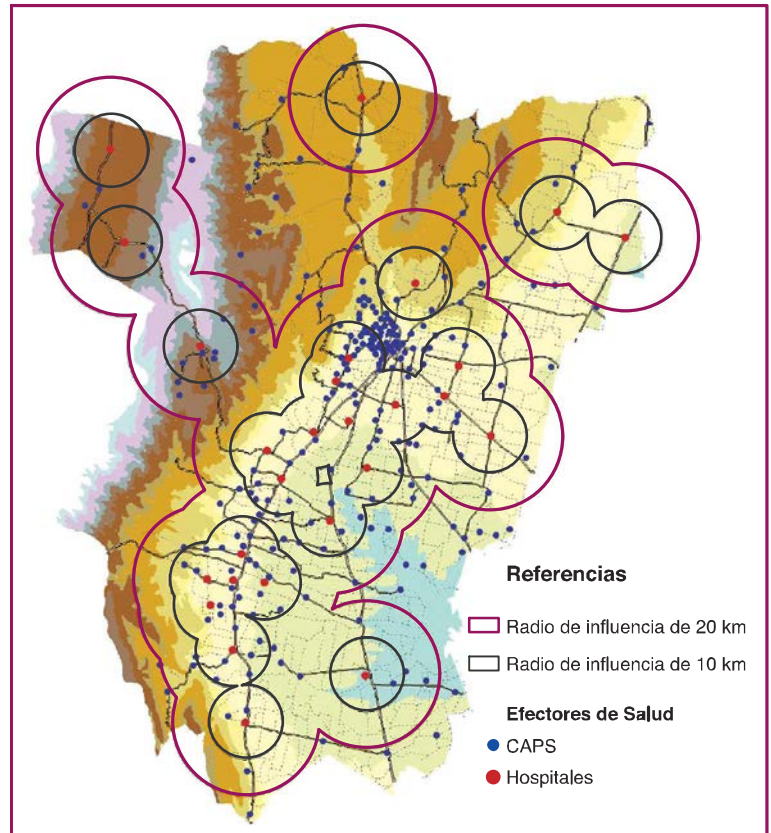
1,45-2,96 2,96-3,82 3,82-5,48 5,48-5,54 5,54-6,1

tros de salud y hospitales -y entre éstos y los hospitales de capital- no son muy grandes.

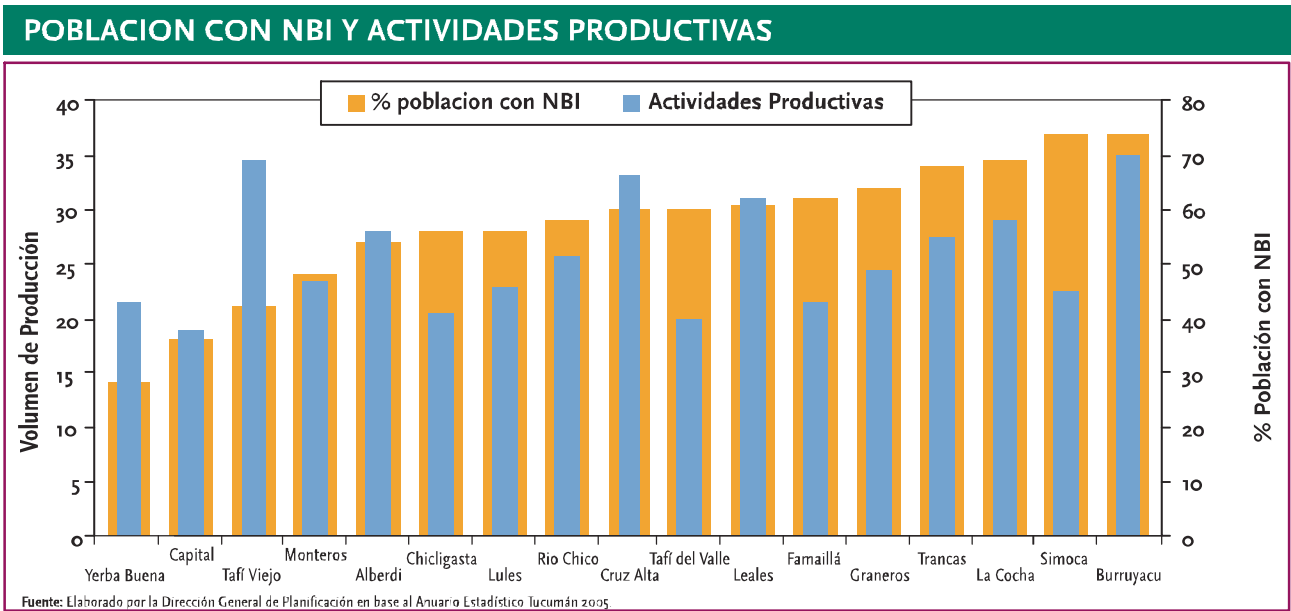
La distribución espacial actual de los servicios podría dar una respuesta adecuada, siempre y cuando, la atención de salud que se brinda en ellos sea integral y de calidad. Sobre estos aspectos es que hay que hacer especial énfasis, garantizando prestaciones integrales y enfocadas a las necesidades de cada comunidad.

Un análisis más profundo de la oferta de servicios muestra que se debe: fortalecer los enfoques preventivos y de promoción de la salud; mejorar la interrelación con el resto de las instituciones locales; y fomentar los procesos participativos que aseguren la inclusión de los más vulnerables.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA A LOS ESTABLECIMIENTOS CON 24 HSDE ATENCION



Actividades Productivas*



La explotación de la caña de azúcar sigue siendo la actividad agropecuaria más importante, al menos en tres departamentos: Cruz Alta, Leales y Simoca, seguidos de Chicligasta, Monteros y Río Chico. En el departamento de Burruyacú, las explotaciones sobresalientes son maíz, soja y trigo. La Cocha, por su parte, se destaca por su producción tabacalera, seguida por Alberdi. Trancas tiene pro-

ducción ganadera, como Leales, y graneros y Burruyacu en menor medida.

Los departamentos de Capital, Yerba Buena y Taí Viejo tienen escasa actividad agropecuaria, debido a que tienen una gran concentración urbana. En Taí del Valle la actividad más importante es el turismo, lo que comparte con Capital, Trancas y Burruyacú.

* Volumen de producción: Índice compuesto que integra la información sobre el volumen de las distintas actividades productivas por departamentos, ordena los datos de producción por sector, según su distribución porcentual por departamento. Además clasifica en cuartiles y asigna valores entre 1 y 4 de acuerdo a la posición del departamento en la información.

Conclusiones

Los departamentos con menor desarrollo son: Simoca, Burruyacu y Graneros.

La oferta de servicios de salud y de educación gratuitos -con acceso universal- facilita la disminución de las brechas. Siempre que exista adhesión de las familias y comunidades a estos servicios

No obstante, es necesario desarrollar políticas sanitarias que disminuyan la mayor exposición a factores de riesgo, en los sectores más desposeídos, y la vulnerabilidad de las personas y las consecuencias diferenciales entre grupos, haciendo énfasis en:

- ▶ El fortalecimiento de los gobiernos locales
- ▶ La gestión intersectorial y participación comunitaria plena: desarrollo de capital social
- ▶ El desarrollo de municipios saludables y ambientes saludables
- ▶ El desarrollo de un plan de acción que comprometa todos los sectores, para resolver problemas concretos
- ▶ La asignación de recursos para este abordaje

Las estrategias que permitirán implementar políticas sociales con enfoque de DSS son:

▶ **Fortalecer el proceso de instalación de los Centros Integradores Comunitarios como un espacio que permite:**

- ▶ Establecer alianzas intersectoriales para el desarrollo social integral
- ▶ Fortalecer las instancias de participación de la ciudadanía que permitan proyectar las experiencias locales exitosas
- ▶ Proponer el establecimiento de compromisos de gestión orientados a acción intersectorial

▶ **Reforzar las competencias de las Áreas Operativas, a través de:**

- ▶ Desarrollar las competencias de las personas, que determinan la idoneidad de éstas para el desempeño de las actividades integrales e intersectoriales, en un contexto de realidades sociales complejas
- ▶ Incorporar intervenciones sobre determinantes sociales en la Planificación Local
- ▶ Sustentar las acciones sanitarias en evidencia de efectividad
- ▶ Utilizar el monitoreo de la equidad en salud para iniciar acciones y generar el compromiso intersectorial
- ▶ Impulsar iniciativas en las localidades (gestión territorial integrada con otros sectores)

▶ **Desarrollar una plataforma tecnológica e informática para facilitar la acción.**

▶ **Empezar gradualmente, abordando áreas en las que ya se haya desarrollado alguna capacidad.**

Este enfoque integral permite poner sobre la mesa temas comunes y posibilita el trabajo intersectorial. La orientación integral de las políticas públicas significa un esfuerzo por coordinar y administrar de forma más eficiente, y en una institucionalidad más flexible y descentralizada, las distintas prestaciones y subsidios que ofrece el Estado actualmente. Así, se avanzara en la instalación de sistemas de protección social con perspectiva de derechos para todos los ciudadanos.

Estilos de Vida y Factores de Riesgo

Bajo la denominación de estilos de vida se incluyen un conjunto de aspectos estrechamente relacionados con hábitos y decisiones individuales que afectan la salud y sobre los cuales se tiene mayor o menor control. Más precisamente, son riesgos autogenerados y pueden dividirse en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, a los modelos de consumo y ocupacionales.

Se estima que en el año 2001 aproximadamente el 60% de las muertes en el mundo, y el 46% de la carga de enfermedad, fueron debido a enfermedades no transmisibles (ENT). Asimismo, casi el 50% de las muertes por ENT fueron a causa de enfermedad cardiovascular.

Se estima que para el año 2020, las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo. Las ENT explicarán las muertes del 71% por enfermedad coronaria, del 75% por enfermedad cerebrovascular y del 70% de las muertes por diabetes en los países en desarrollo.

A pesar de este escenario poco alentador, se sabe que las ENT son prevenibles y se cuenta con evidencia consistente sobre la efectividad de intervenciones de promoción, prevención y tratamiento que justifican llevar a cabo acciones de política pública.

Actualmente, existe un amplio conocimiento sobre la evitabilidad de estas patologías y sus daños cuando se emplean estrategias preventivas. En este sentido, una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria es considerada la estrategia más costoefectiva y sostenible para afrontar esta epidemia mundial.

La adopción de una estrategia basada en factores de riesgo (FR) para la prevención de ENT es un desarrollo importante en la concepción que orienta las intervenciones de política sanitaria.

En Tucumán, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo incluyó a 1.608 personas de ambos sexos de 18 a 96 años, con una edad mediana de 40 años (Pc_{25-75} : 28-55).

Dicha encuesta se realizó entre abril y junio de 2005. El objetivo era conocer los FR en la población; estimar su prevalencia y determinar el perfil de la población bajo riesgo, a través de análisis de características demográficas, educativas, socioeconómicas y del entorno familiar y social.

Calidad de vida

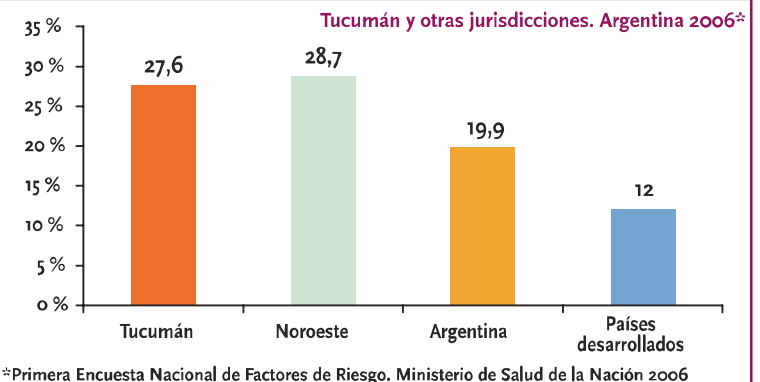
El impacto de las ENT no sólo afecta la calidad de vida* de quienes la padecen y de sus familias por largos períodos de tiempo, sino que son un importante factor en la necesidad de financiamiento y de organización de los servicios de salud.

Diferentes estudios poblacionales indican que el porcentaje de personas que valoran su salud como regular o mala es alrededor del 12% en países desarrollados, porcentaje algo mayor en mujeres.

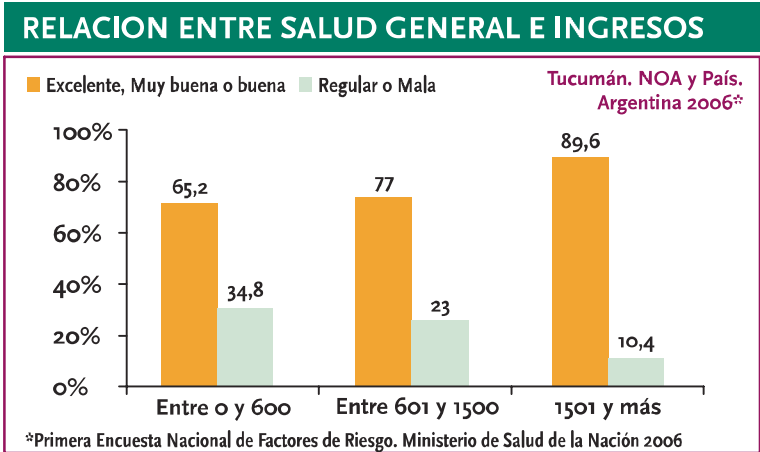
En América Latina, la Encuesta Domiliaria de Factores de Riesgo de Brasil reportó un nivel de salud regular o mala entre 18,4% a 31%.

En Tucumán, el 72,4% de la población se refirió a su salud como excelente, muy buena o buena; el 27,6% como regular o malo, siendo este valor más elevado en mujeres (34,20%) que en varones (20,3%); similar a lo observado en el resto de las provincias Argentinas.

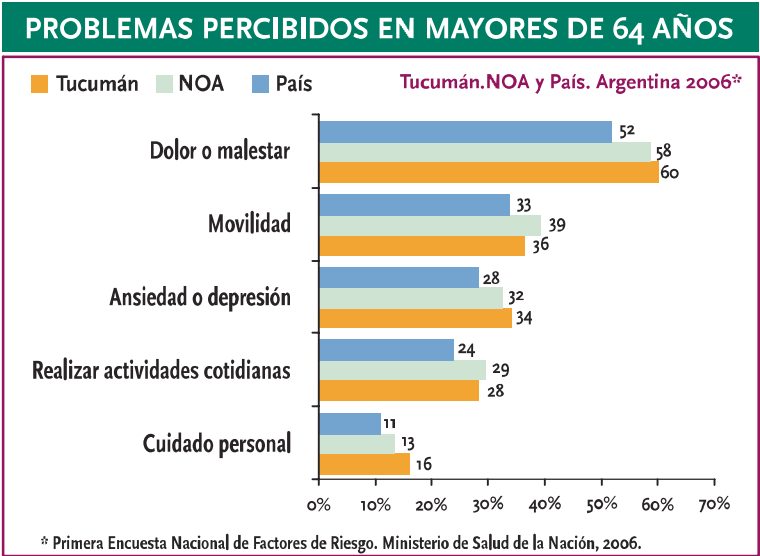
CALIDAD DE VIDA REGULAR O MALA



* Se define calidad de vida relacionada con la salud, a la percepción del propio estado de salud por parte de cada entrevistado.



Se observó una relación directa entre el nivel de ingreso y la valoración del propio estado de salud, observándose mayor percepción de salud regular o mala en la población con menores ingresos. Similar relación se observó entre nivel educativo y salud reportada: observándose mejor salud reportada a mayor nivel educativo* (84,3%) que cuando no se completó el nivel secundario (63,5%). Los problemas de salud percibidos por personas de 65 y más años, (se observan en el gráfico de la izquierda abajo).



* Secundario completo y más.

Actividad física

A nivel mundial, la inactividad física es causa de 2 millones de muertes y 19 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), y es responsable de entre 10% y 16% de los diferentes casos de cánceres (mama, colorrectal) y diabetes; y cerca del 22% de la enfermedad cardiovascular. Se estima a nivel mundial una prevalencia de inactividad física del 17%, aunque si consideramos también a la actividad física insuficiente, esta cifra asciende al 41%.

Por el contrario, la actividad física regular reduce la morbilidad y mortalidad en personas sanas, y disminuye la incidencia de las enfermedades mencionadas anteriormente.

En concordancia, la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable y Vida Activa de la OMS -y su adaptación para América Latina y el Caribe a través de la OPS- recomien-

da un nivel mínimo de 30 minutos de actividad física regular, de intensidad moderada, en la mayoría de los días de la semana.

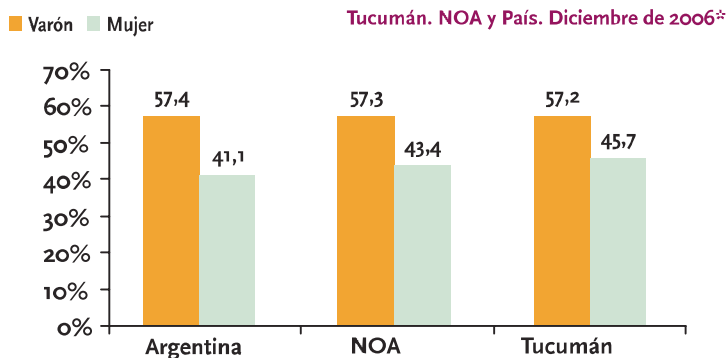
En la provincia de Tucumán, el 46,2% de la población tiene un nivel bajo de actividad física*, similar al porcentaje del país. Este valor es más alto en las mujeres (48,4), en particular en edades mayores a partir de los 35 años (más del 50%), cuando se tiene menor nivel de instrucción (49,2%) y un nivel de ingreso entre \$601 y \$1500 (49%).

La Organización Mundial de la Salud destaca el rol de la inactividad física en la epidemia de las enfermedades no transmisibles, y recomienda a los gobiernos implementar políticas para lograr que la población aumente el nivel de actividad física.

Peso corporal

El sobrepeso y la obesidad están en aumento, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, afectando cada vez más a niños y adolescentes y en niveles socioeconómicos bajos. A nivel mundial hay alrededor de 1.000 millones de personas con sobrepeso y 300 millones clínicamente obesas. El sobrepeso explica el 58% de la diabetes, el 21% de las enfermedades coronarias, y entre 8% a 42% de diversos cánceres. Es responsable del 13% de las muertes en Europa y América del Norte, del 10% en países en desarrollo, pero sólo del 3% en países de elevada mortalidad.

EXCESO DE PESO SEGUN SEXO

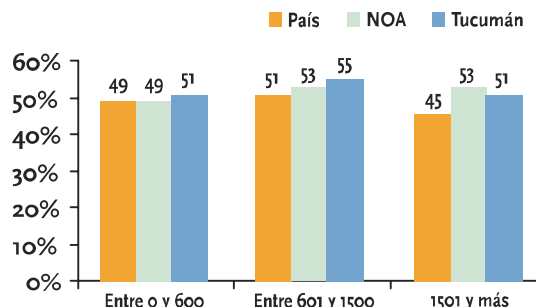
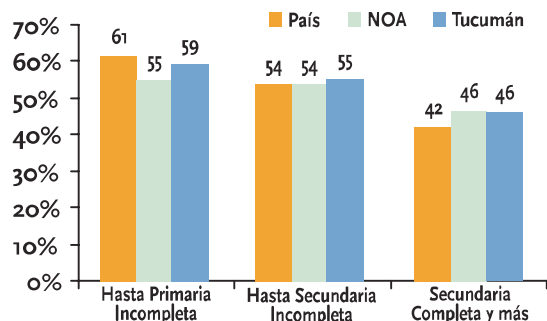


*Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación 2006

* Categorización según cuestionario del IPAQ.

SOBREPESO Y OBESIDAD SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION E INGRESO

Tucumán. NOA y País. Argentina 2006*



*Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación 2006

El sobrepeso y la obesidad están asociadas a mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo II, enfermedad coronaria, ACV, enfermedad biliar, osteoartritis, apnea del sueño, y cánceres (endometrio, mama, próstata, y colon). El mayor peso corporal y otros índices relacionados están asociados con mayor mortalidad. En EEUU constituye luego del tabaquismo la segunda causa de muerte prevenible.

En este país se estimó que individuos obesos tienen un riesgo de muerte prematura por todas las causas entre un 50% y un 100% mayor que personas de peso normal.

Además de la morbilidad y mortalidad, el sobrepeso y la obesidad se asocian con elevados

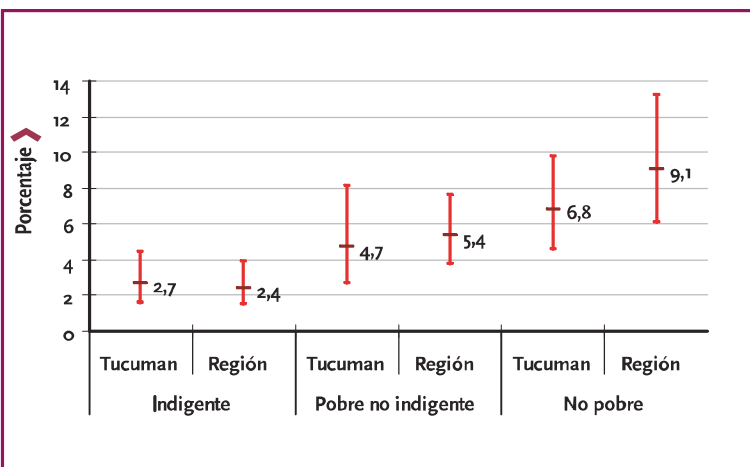
costos económicos, no sólo para el sistema de salud sino para la sociedad en su conjunto. El costo directo al sistema de salud puede ascender un 5,7%, y sumando los costos indirectos (ausentismo, discapacidad, necesidad de cuidado, etc.) puede igualar al costo indirecto del tabaco.

A nivel nacional, el 49,1% de la población presentó exceso de peso (IMC mayor o igual a 25 kg/m²), compuesto por 34,5% de sobrepeso y 14,6% de obesidad. En Tucumán fue del 51,4% compuesto por 34,2% de sobrepeso y 17,2% de obesidad; siendo mayor en los varones, en los grupos con menor nivel de instrucción y con ingreso entre \$600 y \$1500.

Al igual que a nivel nacional, el sobrepeso y obesidad se incrementaron con la edad. Otros estudios nacionales, como la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS), reportaron prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños. Se observa mayor frecuencia de obesidad a mejor condición socioeconómica.

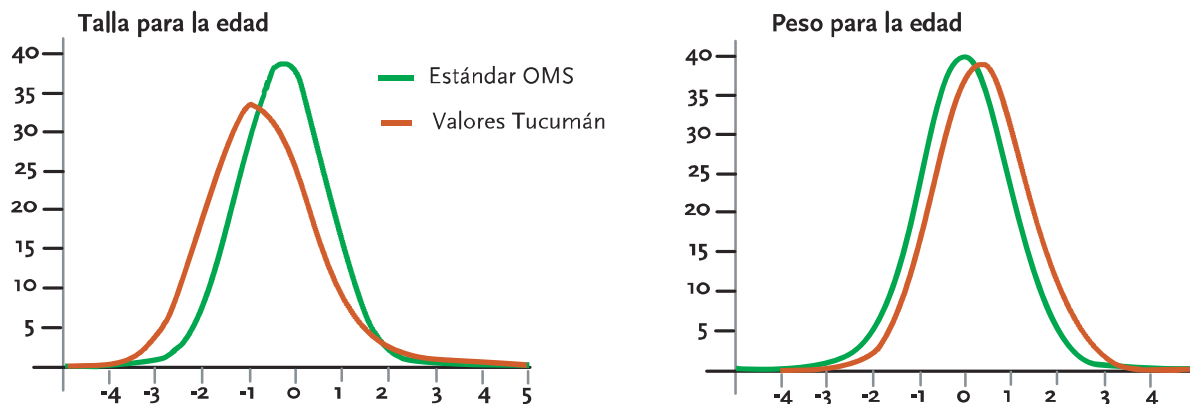
El bajo peso en niños ha sido considerado un problema de salud pública en la provincia y un factor determinante en la morbilidad y mortalidad infantil. Los estudios realizados durante los últimos años por distintas organizaciones estatales y no estatales (ENCUCA de Cruz Roja Internacional, año 2004; Acción contra el hambre *Crece Juntos*, 2004; Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, del Ministerio de salud de la Nación, 2006), y los datos obtenidos por el propio sistema de salud de la provincia a través del monitoreo de toda la población infantil aten-

PREVALENCIA DE OBESIDAD (IC95%) EN NIÑOS Y NIÑAS DE TUCUMAN Y LA REGION NOA, SEGUN NIVELES DE POBREZA



ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS CONTROLADOS EN CAPS

Tucumán 2006



Fuente: Elaboración de DGP con datos de Plan Nacer

didada en los CAPS muestran que el problema de bajo peso para la edad está en relación con baja talla para edad con peso para talla acorde. Esto evidencia que la desnutrición aguda no es un problema de salud pública significativo, siendo la baja talla, la obesidad, y la anemia los problemas relevantes. Aunque se intentara reducir el impacto del sobrepeso y obesidad en la salud poblacional a través del sistema de salud solamente, el alcance de las intervenciones sería limitado. Los tratamientos para reducir de peso son complejos, costosos y a menudo no muy efectivos a mediano plazo. La Organización

Mundial de la Salud invita a implementar políticas de promoción de una alimentación saludable y vida activa. En este contexto, las estrategias de promoción de la salud se imponen como herramientas fundamentales para detener el avance del problema de sobrepeso y obesidad. Toda acción en este sentido requerirá no sólo la intervención del sistema de salud, sino de la sociedad en su conjunto: sistema educativo, industria alimentaria, sector comercial, medios de comunicación, sociedades científicas, entidades deportivas y sociales, sin la cual no será posible enfrentar con éxito esta epidemia.

Alimentación saludable

Si se considera que la mayor parte de la carga de enfermedad se relaciona con factores de riesgo, como hipertensión arterial, colesterol elevado, sobrepeso y obesidad, la alimentación inadecuada tiene en estos factores un rol fundamental. La relevancia de la alimentación saludable en la salud pública es más que evidente.

Así como la desnutrición constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, una carga de enfermedad importante está asociada con una alimentación no saludable que condiciona la aparición de otros factores de riesgo y enfermedades a través de una ingesta aumentada de algunos nutrientes que generan hipertensión, colesterol elevado, diabetes y

sobrepeso. Por otro lado, una ingesta insuficiente de fibras, frutas y verduras, grasas poliinsaturadas, reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. La ingesta insuficiente de frutas y verduras ocasiona el 19% de los cánceres del tubo digestivo, 31% de la enfermedad coronaria y 11% de la cerebro vascular.

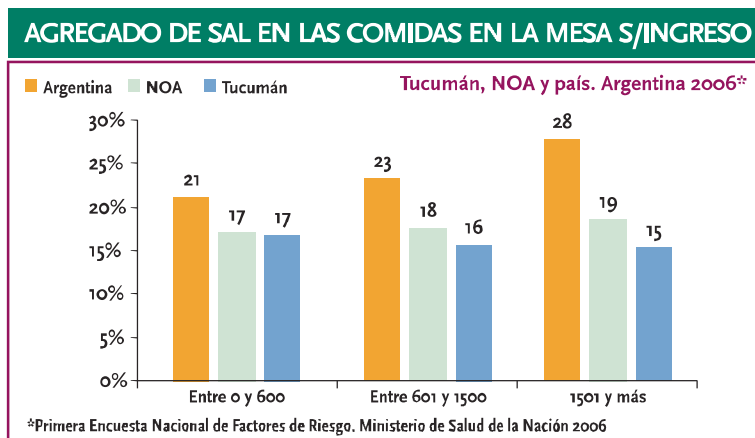
A nivel nacional, el 23,1% de la población siempre le agrega sal a las comidas luego de su cocción. En Tucumán, esta conducta es del 16,5%, y es similar tanto en varones como en mujeres (16,8% y 16,3%). Este agregado de sal disminuye a medida que aumenta la edad y cuando mejora el ingreso; lo contrario a lo que ocurre en el NOA y en el país.

El 66,6% de la población de Tucumán consumió frutas y verduras al menos 5 días en la última semana. Este valor fue mejor que a nivel nacional (64,7%), pero menor que en el NOA (69,8%). Las mujeres reportaron mayor consumo que los hombres: 68,8% contra 64,1%, respectivamente.

Se observó un mayor nivel de consumo de frutas y verduras a mayor edad: en población de 18 a 24 años 58% frente a 76,7% en población de 65 y más.

Por otro lado, las personas con mayor ingreso (\$1501 ó más) consumen menos frutas y verduras (62,9%), en relación a ingresos menores. Por otra parte, 1 de cada 3 personas no consume frutas y verduras en al menos 5 días por semana.

En el consumo de frutas y verduras intervienen factores culturales y problemas de accesibilidad a éstos alimentos en relación a: nivel de producción, distribución, precios relativos y poder de compra. La estrategia de la OMS, acompañada de un reporte de expertos sobre la evidencia de la asociación entre alimentación y enfermedades no transmisibles, propone iniciar políticas de promoción de la alimentación saludable a corto plazo. Estas políticas, están sustentadas por la evidencia de daño y por la efectividad de diferentes intervenciones. En primer lugar, con acciones sobre la oferta de alimentos: legislación y acuerdos con la industria alimentaria, disponibilidad de alimentos saludables. En segundo lugar, acciones sobre la demanda, es decir, comunicación masiva, educación y estrategias conductuales en establecimientos educativos, y acciones sobre consumidores en sitios de compra y Programas comunitarios.



Hipertensión arterial

La hipertensión arterial* constituye en nuestro país uno de los principales motivos de consulta al sistema de salud y de prescripción de tratamiento farmacológico. Explica aproximadamente 52.300 muertes, es decir, el 17% de la mortalidad por todas las causas.

Según la ENFR, en Tucumán el 76,3% de la población se controló la presión arterial en los últimos dos años. En el NOA fue del 74,2%, a nivel nacional de 78,7%. Además, hubo mayor control (92,4%) a mayor edad, es decir, en poblaciones con mayor riesgo de de-

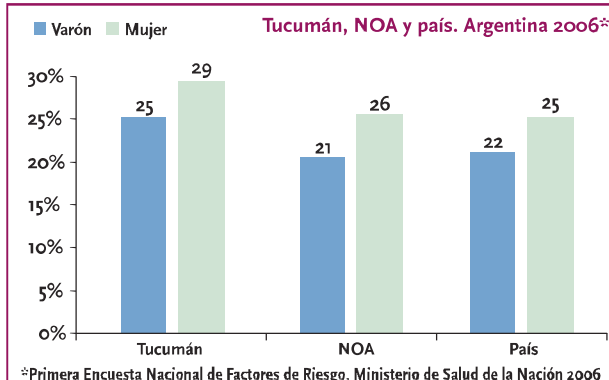
sarrollar enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, el autorreporte de diagnóstico de presión arterial elevada fue de 39,5%, en personas que se midieron al menos una vez la presión arterial. Asimismo, el 27,1% reportó presión elevada más de una vez, éste valor fue mayor en las mujeres (28,5%) que en los varones (25,1%), así como también fue mayor que los valores hallados en la región y en el país (gráficos pag. 73).

La población con mayor ingreso y mejor nivel de instrucción reportó con menor fre-

* El autoreporte de la Hipertensión Arterial presenta como limitación el potencial sesgo relacionado con diferencias de accesibilidad a servicios de salud y el patrón de utilización de servicios.

PRESION ARTERIAL ELEVADA MAS DE UNA VEZ SEGUN SEXO



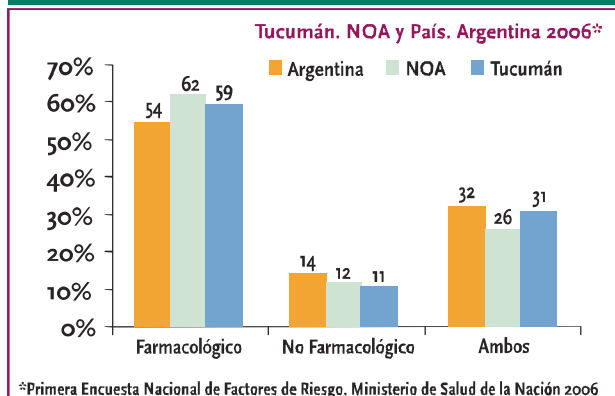
cuencia presión arterial elevada, de modo similar que en la región y el país.

De las personas con presión arterial elevada en más de una oportunidad, más de la mitad (55,27%) no realizaba ningún tipo de tratamiento; el 44,73% restante (259/579) sí recibía tratamiento, y de tipo farmacológico el 59% (153/259).

Las políticas para reducir el impacto de la presión arterial elevada en la población deben incluir no sólo las acciones a través del sistema de salud, que pueden ser insuficientes ante problemas de cobertura y accesibilidad, sino también intervenciones poblacionales de promoción de la salud. Entre éstas las que presentan mayor potencial de impacto está la reducción del consumo de sal (en especial la proveniente de alimentos procesados), dado que la ingesta de sodio presenta una fuerte asociación tanto a nivel individual como a nivel poblacional con los valores de presión arterial.

La reducción del contenido de sodio de alimentos procesados fue evaluada como una de las más costoefectivas por la OMS para nuestra región.

TIPO DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO



En nuestro país, una reducción tan sólo de 1 gramo de cloruro de sodio en la dieta diaria a nivel poblacional evitaría alrededor de 1000 muertes y 10.000 eventos cardiovasculares anualmente.

Otra de las acciones recomendadas es la comunicación masiva sobre alimentación saludable y reducción de la sal durante la preparación y consumo de alimentos. Muchos países reorientaron los programas de hipertensión, diabetes o enfermedades cardiovasculares, enfocándose en el riesgo cardiovascular global y no solamente en el tratamiento de factores de riesgo específicos.

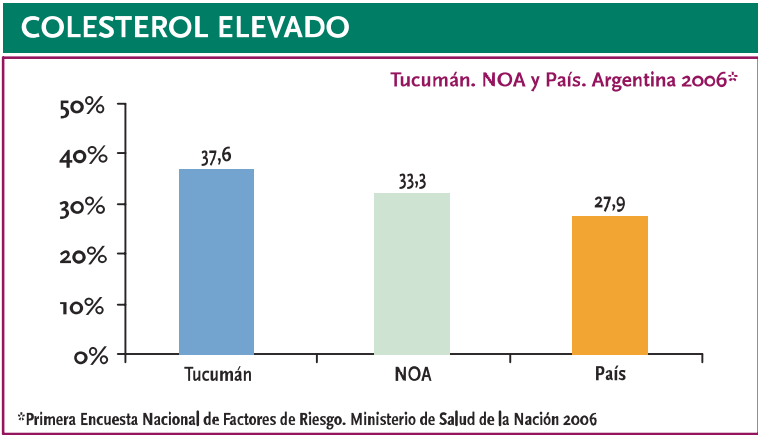
En este sentido, se busca categorizar a los pacientes de acuerdo a su nivel de riesgo, y asignar diferentes intervenciones de acuerdo al mismo. Los programas de prevención cardiovascular individuales y los programas de promoción de la salud comunitarios han demostrado en diversas revisiones sistemáticas reducir la incidencia de eventos cardiovasculares.

Colesterol

El colesterol elevado explica el 18% de la enfermedad cerebrovascular, el 59% de la enfermedad coronaria y el 7,9% de todas las muertes¹⁰. A nivel mundial 40,4 millones

de años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) son debidos al colesterol elevado. Es más, una dieta rica en grasas y calorías, herencia, condiciones metabólicas como dia-

betes y mayor edad, se hallan entre los determinantes del colesterol elevado. Además, el colesterol elevado determina como uno de los principales gastos en tratamientos ambulatorios tanto en países desarrollados como en algunos en vías de desarrollo.



En Tucumán, considerando solamente a las personas que se midieron alguna vez el colesterol (51%), el 37,6% de la población refirió colesterol elevado; porcentaje mayor a los observados en el NOA y en todo el país (figura izquierda). No se observaron diferencias significativas por sexo, y en relación con la edad el colesterol elevado fue mayor en el rango de 50 a 64 años. Por su parte, la población con mayor nivel educativo presentó menor autorreporte de colesterol elevado (31,3%), al igual que los de mayor ingreso (27,7%).

También se observó que el 40% de las personas con colesterol elevado realiza algún tipo de tratamiento indicado por un profesional de la salud, sobre todo los del rango de edad de entre 50 a 64 años, con mayor ingreso y que tienen mayor cobertura de salud.

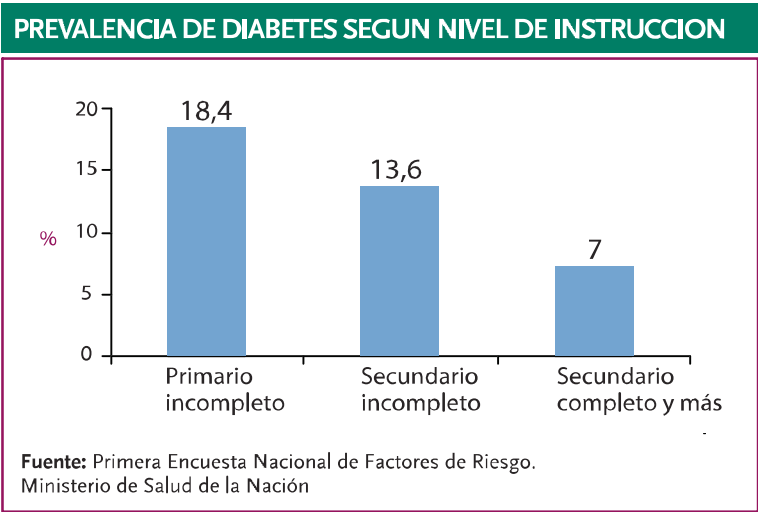
Diabetes

La diabetes constituye una de las principales causas de carga de enfermedad y muerte a nivel mundial. La prevalencia de diabetes en el mundo está en aumento, debido al aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, la inactividad física y alimentación

no saludable. Este incremento se aceleró, en especial, en países en vías de desarrollo. Se estima que para el año 2025 habrá un aumento del 35% del número de casos.

La diabetes explica el 15% de los eventos coronarios, el 48% de las amputaciones no traumáticas, el 13% de las diálisis crónicas y además constituye la primera causa de ceguera no traumática en adultos. Esta elevada morbilidad asociada implica un impacto importante en la calidad de vida. La diabetes es un importante predictor de muerte prematura, y las principales causas de muerte son las cardiovasculares y la insuficiencia renal. Además, la diabetes se asocia con elevados costos sociales para el sistema de salud.

Considerando sólo a aquellos que reportaron haberse medido la glucemia, la prevalencia fue de 11,1%; algo mayor en mujeres (12,8%) que en varones (8,7%). Igualmente, se observó mayor prevalencia de diabetes en grupos con menores niveles de ingreso (12,8%), e instrucción (18,4%).



Alcoholismo

El consumo de alcohol constituye otra de las principales causas de enfermedad en todo el mundo. Las consecuencias de su ingesta por intoxicación aguda aumenta el riesgo, en especial, de accidentes y violencia doméstica. Por otro lado, el consumo crónico se asocia con enfermedades hepáticas, cardiovasculares, cáncer y problemas psicosociales.

Los indicadores más utilizados para los objetivos de la vigilancia epidemiológica han sido los relacionados con el nivel de consumo. El beber más de un trago* promedio por día en mujeres, o más de 2 en hombres, se define como consumo “pesado”; y se asocia con mayor riesgo de las enfermedades señaladas. Además, el consumo de 5 ó más tragos en una sola ocasión se asocia con mayor riesgo de lesiones no intencionales: violencia, sexo no seguro y otros efectos agudos en la salud.

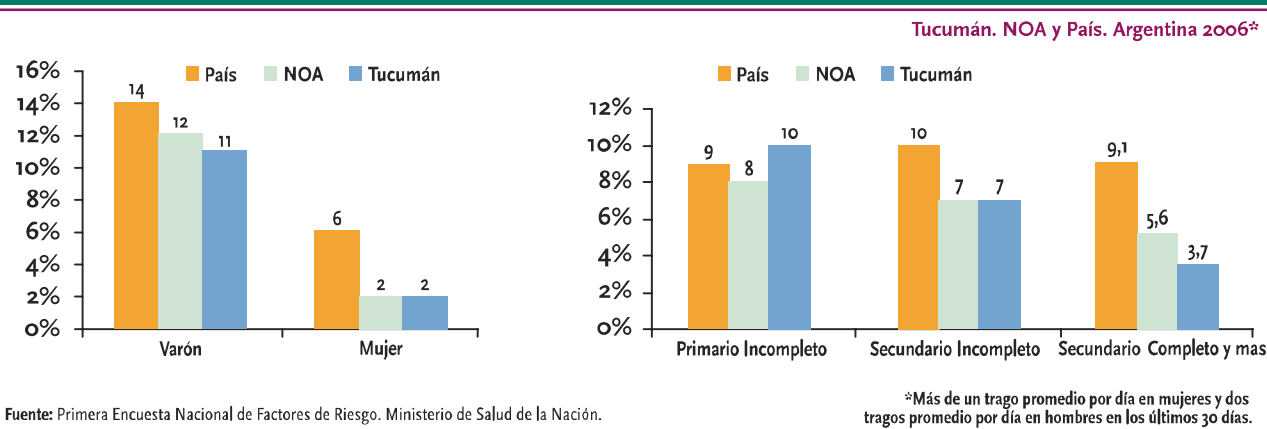
La concentración en sangre de alcohol en este nivel de consumo supera el nivel de intoxicación alcohólica (> a 0,08 gr. %).

En Argentina se estima que el 37% de los accidentes de tránsito en hombres, y el 47% de los homicidios y agresiones, son atribuibles al consumo de alcohol, factor que produce una pérdida de 331.802 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

En Tucumán el consumo de alcohol¹² fue del 6%, mayor en hombres. Esta cifra es una de las más bajas del país, en relación a otras provincias (Santa Fé el porcentaje fue de un 14,7%).

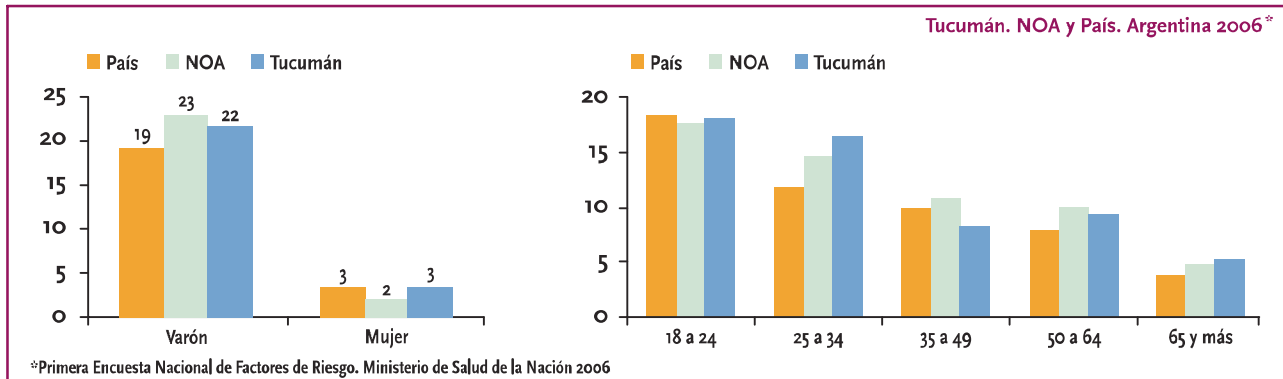
En relación a la edad hubo mayor consumo en el grupo de 65 y más años (8,8%); Ha de considerarse que la ENFR incluyó en la muestra a personas mayores de 18 años.

CONSUMO REGULAR DE ALCOHOL DE RIESGO SEGUN SEXO Y EDUCACION



* Una lata de cerveza, una copa de vino o una medida de bebidas fuertes.

CONSUMO DE ALCOHOL EPISODICO EXCESIVO SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD



No hubo diferencias significativas entre nivel de ingreso y consumo. En Tucumán hay una relación inversa entre beber y el nivel de instrucción. La mayor ingesta se observó para la cerveza en forma similar a las demás provincias del país.

El consumo episódico excesivo*, en Tucumán, fue mayor (12%) que en el país (10%), con mayor predominio en el sexo masculino y en el grupo de 18 a 24 años (18,5%). Se observó, además, mayor consumo (14,4%) en el grupo de ingresos medios (\$600 a \$1500), y con leves diferencias si se relaciona con el nivel de instrucción.

Entre las políticas recomendadas, los controles de alcoholemia a conductores pueden reducir entre un 6% a 10% las muertes con una implementación parcial, y hasta un 18% con una implementación amplia. Los impuestos a ventas de alcohol reducen el consumo, dependiendo de la elasticidad de la demanda. Las reducciones en el acceso a la compra de bebidas, como la restricción de horarios de venta, redujeron: el consumo y las lesiones relacionadas al alcohol entre

1,5% a 4%. Las restricciones a la publicidad reducen el consumo en forma modesta.

Dentro de las intervenciones individuales, las intervenciones breves (consejería por profesionales de la salud de atención primaria, sesiones educativas y apoyo psicológico) mostraron reducir entre 13% y 34% el consumo en personas con consumo regular de riesgo. Las revisiones sistemáticas recientes de estudios de intervenciones breves mostraron un efecto moderado de las intervenciones breves en atención primaria, y su efectividad dependió de la intensidad de la intervención y la educación brindada.

Al evaluar la costoefectividad de las diferentes intervenciones poblacionales e individuales, en un contexto de recursos limitados, el aumento de impuestos constituye la intervención más costoefectiva en forma aislada, seguida de la restricción de publicidad y la limitación parcial a la accesibilidad. Estas políticas pueden ser aún más costoefectivas si se consideran los costos indirectos relacionados con el alcohol.

* El consumo de 5 tragos o más en una oportunidad en los últimos 30 días.

Tabaco

A nivel mundial, el tabaquismo causa el 9% de todas las muertes y 59 millones de años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVAD), el 12% de las enfermedades cardiovasculares, el 70% de cánceres de tráquea, bronquios y pulmón; y el 38% de la enfermedad respiratoria crónica.

En nuestro país se estima que el tabaco causa más de 40.000 muertes y 824.804 años de vida saludables (AVISA) perdidos. Un estudio del costo atribuible al tabaco mostró que el costo de la atención sanitaria de las enfermedades debidas al tabaquismo supera a lo recaudado por impuestos al cigarrillo. La prevalencia en adultos se mantiene elevada en relación a otros países de América Latina, en especial en mujeres jóvenes, con un muy llamativo su incremento sostenido en mujeres adolescentes.

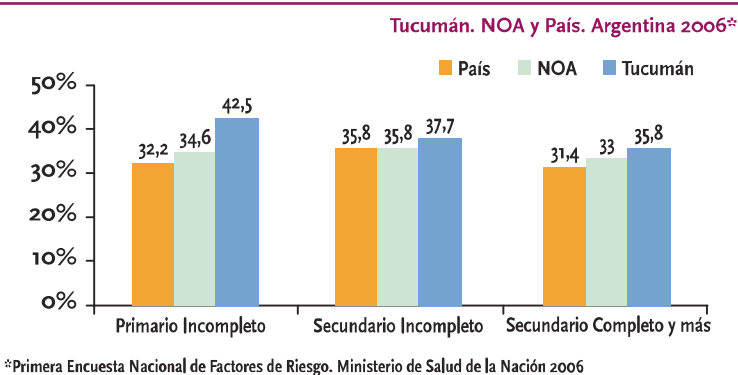
El tabaquismo explica alrededor del 15% del gasto en salud y elevados costos para la sociedad en su conjunto: ausentismo, incendios, incapacidad y muerte.

De igual manera, constituye la principal causa de muerte prevenible, existen evidencias sobre la efectividad de intervenciones para su control: intervenciones económicas e impositivas, comunicación masiva, educación, ambientes libres de humo, y terapias de cesación.

La prevalencia de consumo de tabaco en la población de 18 a 64 años a fue de 33,4%, a nivel nacional. En comparación, en Tucumán fue de 37,4%, con mayor prevalencia en varones (40,8% contra 34,3%) y sobre todo en personas jóvenes y de menor nivel de instrucción. No pudo observarse asociación con nivel de ingreso.

Con respecto a la edad de inicio, se observó una reducción progresiva: en la población

CONSUMO DE TABACO SEGUN NIVEL DE EDUCACION



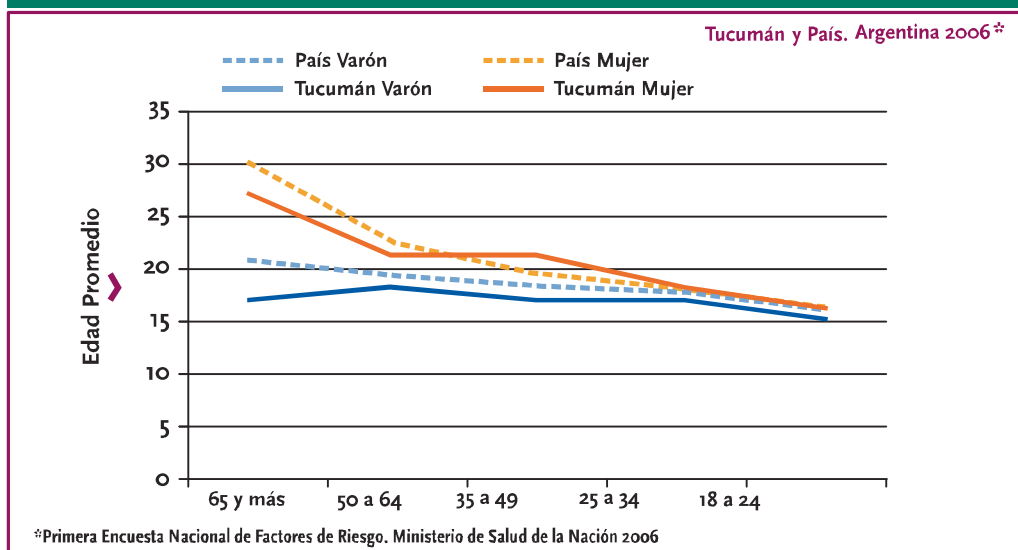
más joven el promedio fue de 15,5 años en varones de 18 a 24 años y de 19 años en el grupo de 50 a 64 años. En las mujeres, por su parte, ambos valores fueron de 16 y 21 años, respectivamente, lo que muestra una mayor reducción de inicio en el sexo femenino.

No obstante, en Tucumán, de los actuales fumadores el 10% estarían en la etapa de dejar de fumar a corto plazo.

Entre los no fumadores el 54% dijo haber estado expuesto al humo ambiente del tabaco, sobre todo en el hogar (56%) y en el trabajo (39%), de modo similar a lo que ocurre en el país.

Comparativamente, la prevalencia del consumo de tabaco en adultos en países de la región es mayor en Chile (42%), similar en Uruguay (28%), pero menor en Brasil (17%)³⁸, país que implementó en forma sostenida políticas públicas abarcativas para el control del tabaco. La mayoría de los países desarrollados presentan prevalencias menores de 20% (Estados Unidos 17%), excepto Italia y España, que presentan prevalencias mayores.

EDAD PROMEDIO DE INICIO DE TABAQUISMO SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO



Las políticas efectivas que se aplican para el control del tabaquismo incluyen intervenciones económicas, comunicacionales, restricciones de acceso de jóvenes al tabaco, ambientes libres de humo y cesación.

Dentro de las intervenciones económicas, las políticas de precios e impuestos lograron en diversos países una reducción del consumo, que impacta a corto plazo en las ventas de tabaco, pero que requiere de políticas abarcativas para lograr un impacto sostenido en el tiempo.

Por su parte, las intervenciones comunicacionales, tanto las prohibiciones publicitarias al tabaco como las estrategias comunicacionales contra el tabaco, fueron efectivas.

Las restricciones al acceso de jóvenes no presentaron impacto significativo en el consumo en este grupo. Asimismo, las políticas de ambientes libres de humo lograron redu-

cir el número de cigarrillos, incrementar la tasa de abandono en fumadores, y a su vez, reducir la exposición al humo ambiental de tabaco en el trabajo. Diferentes estrategias de cesación (individuales, grupales, líneas telefónicas, farmacológicas) aumentan la chance de dejar de fumar en personas que lo intentan.

En lo que a Tucumán respecta, la implementación de la ley 7.575 sobre ambientes libres de humo es reciente. Aún no se cuenta con el tiempo suficiente de implementación como para evaluar los resultados del consumo de tabaco, el cual deberá ser reevaluado en un futuro cercano.

Hay que destacar que el tabaco constituye un problema de salud pública prioritario en Tucumán y Argentina. Por este motivo, las políticas actuales deberán continuar y fortalecerse para evitar la progresión de esta adicción.

Ambiente

La situación medioambiental de Tucumán es crítica en relación a la salud de las personas. Los daños que causa el deterioro del ambiente, y que se manifestarán en el futuro, no son cuantificables por falta de información adecuada, pero son altamente preocupantes.

La provincia es una de las más expuestas a la contaminación, tanto por sus características geográficas y geológicas, como climáticas, demográficas y productivas.

En Tucumán hay tres cuencas hídricas. La más importante es la del Río Salí, no solo por el área que ocupa y la cantidad de agua que recolecta, sino también por el significado que tiene para la vida en la provincia.

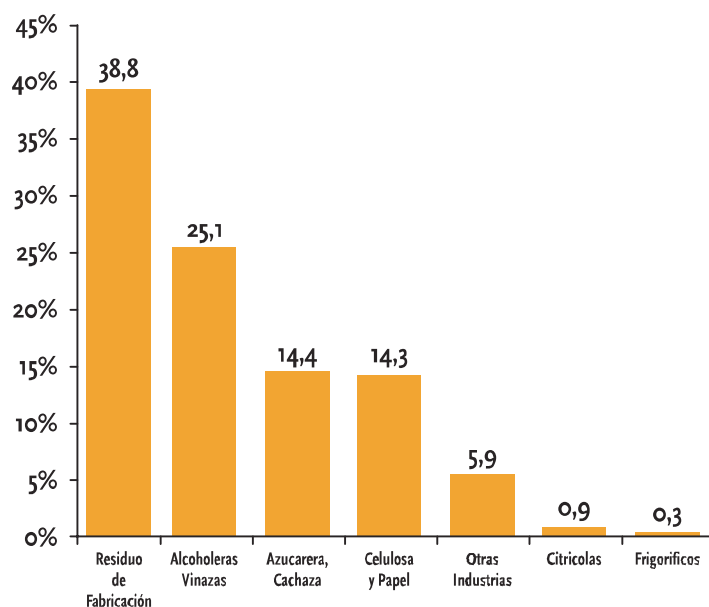
Dicha cuenca tiene un tramo superior y otro inferior. El primero es el que se extiende por la provincia, en cuya área se asienta el 90% de la población y la mayoría de las actividades agrícolas, ganaderas y demás industrias. Lamentablemente, algunas de estas vuelcan sus efluentes en el río sin previo tratamiento, al igual que muchos asentamientos de la periferia que arrojan sus residuos sólidos y líquidos.

La contaminación más importante de la cuenca es por erosión de los suelos. Sin embargo, desde el punto de vista biológico, los residuos industriales son los altamente contaminantes ya que dificultan de forma grave el proceso de autodepuración.

La contaminación de la cuenca por las industrias se produce durante el semestre seco (invierno-primavera) porque hay mayor actividad industrial, lo que incrementa la gravedad de la situación. A todo esto hay que añadirle otros factores: los residuos urbanos sólidos y cloacales sin tratamiento.

PORCENTAJE DE LOS APORTES SOLIDOS INDUSTRIALES

Provincia de Tucumán. Argentina 2006



Los residuos urbanos sólidos están constituidos en su mayor parte por materia orgánica y el resto por materiales reciclables. No se hace un tratamiento adecuado de los mismos: hay más de 400 basurales a cielo abierto en la provincia, donde el enterramiento se realiza sin el cuidado apropiado para evitar la contaminación de las napas freáticas; es más, algunos se encuentran en las cuencas de los ríos. Todo esto genera además problemas de proliferación de vectores con el consiguiente peligro para la salud de la población.

No existe una planta de tratamiento que permita la reutilización de los materiales reciclables, por lo que su eliminación es tardía y contribuyen a la contaminación del río y de los suelos de la provincia.

Respecto a los residuos líquidos producidos en los centros urbanos, existe un déficit en la infraestructura de redes cloacales (solo 30% de las casas) y en el tratamiento de las aguas servidas, volcendose a los ríos y arroyos, con el riesgo para la salud de la población que esto implica.

La contaminación atmosférica puede ser física, química o biológica. En Tucumán predominan las dos primeras y sus fuentes son similares: el parque automotor y las industrias, sobre todo, la azucarera.

mosférica química por material particulado.

Según el “Informe Oficial Sobre Contaminación del Aire en la Provincia de Tucumán” para el período 1982-1995, “se observa un exceso de contaminación causado por partículas carbonosas (humos y hollín) y partículas sedimentables o polvo atmosférico pesado”. Todo esto sucede por la quema de caña y del bagazo de los ingenios, mientras que los niveles de todos los otros contaminantes se hallaban por debajo de lo permisible. Sin embargo, no se realizaron en ese momento (ni siquiera hay datos disponibles actuales), estudios sobre partículas fracción respirables, que son las que realmente afectan a la salud ambiental. Este estudio ha sido el último que realizó un organismo público en la provincia de Tucumán.

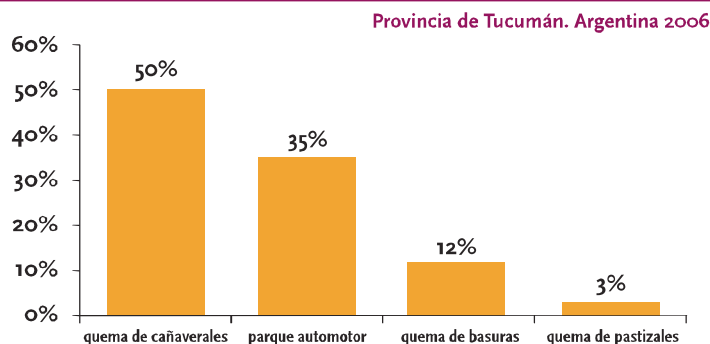
Las patologías más relacionadas con la contaminación química del aire son las respiratorias y cardiovasculares, sobre todo, en personas con antecedentes de patologías crónicas; también son más frecuentes en niños y ancianos.

La contaminación física más frecuente es el ruido, y sus consecuencias sobre la salud pueden ser auditivas y no auditivas: trastornos cardiovasculares, estrés, irritabilidad y alteraciones del sueño. Estas últimas son las más estudiadas actualmente en los países desarrollados. No existe hoy un mapa de ruido en Tucumán que permita detectar a la población de mayor riesgo expuesta.

Tucumán tiene una producción agrícola importante y se utilizan agroquímicos, algunos tóxicos para la salud de las personas, a los que la población está expuesta en forma permanente por contaminación directa (piel, vías respiratoria y digestiva) o por contaminación indirecta a través del agua, alimentos y suelo.

El agua de consumo puede transmitir numerosas enfermedades producidas por agentes microbiológicos y químicos. En Argentina los brotes de enfermedades hídricas (diarreas, hepatitis A, tifoidea, etc.) que se relacionan con abastecimientos de agua no apta para el consumo, son de declaración obligatoria. El porcentaje de población que tiene acceso al agua potable en la provincia es del 70%.

FUENTES DE CONTAMINACION POR HUMOS Y HOLLIN



La contaminación atmosférica química tiene diferencias según la época del año. En invierno, los episodios de contaminación pueden ocurrir por condiciones de estancamiento del aire: los contaminantes procedentes de la combustión se acumulan en la atmósfera. Los principales contaminantes son el dióxido de azufre y las partículas en suspensión. Mientras que en el verano, puede ocurrir en los días soleados y de altas temperaturas, ya que las reacciones fotoquímicas de los óxidos de nitrógeno y los hidrocarburos llevan a la formación de ozono, irritante de los ojos y del aparato respiratorio.

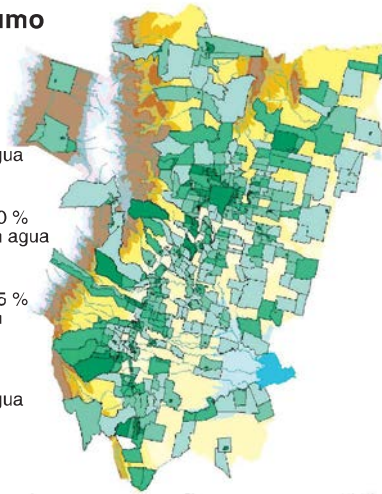
Como se observa en el gráfico, la quema de cañaverales, pastizales y basurales constituyen otras fuentes de contaminación at-

Provision de agua para consumo humano

PROVISION DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO

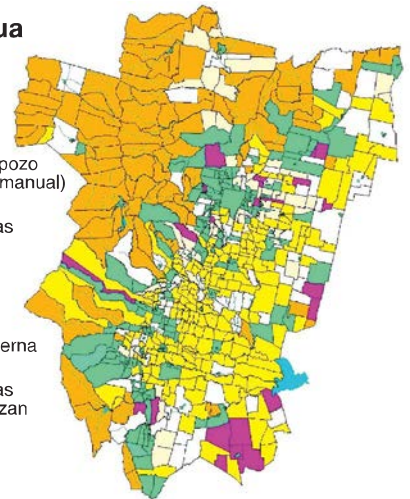
Agua de consumo de red pública

-  Menos del 15 % de las viviendas con agua de red pública
-  Entre el 15 % y el 50 % de las viviendas con agua de red pública
-  Entre el 50 % y el 85 % de las viviendas con agua de red pública
-  Más del 85 % de las viviendas con agua de red pública



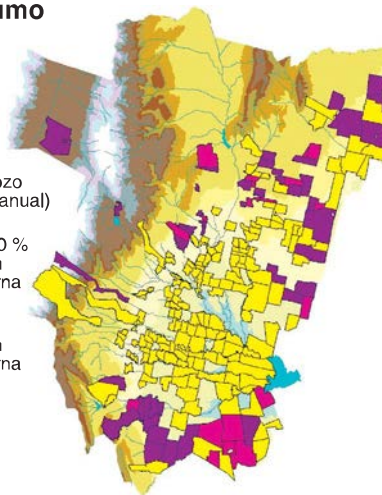
Origen del agua de consumo humano

-  Más del 50 % de las viviendas con pozo (con o sin bomba manual)
-  Más del 50 % de las viviendas con agua de red
-  Más del 50 % de las viviendas con transporte por cisterna
-  Más del 50 % de las viviendas que utilizan agua de río



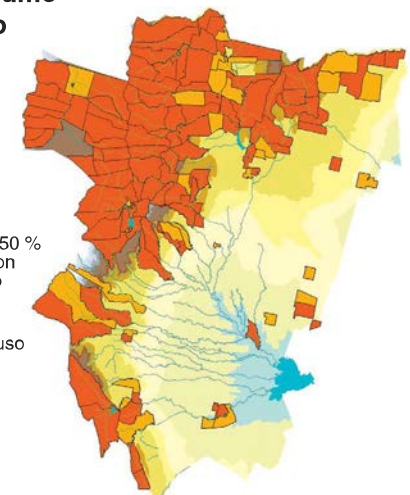
Agua de consumo de pozo o cisterna

-  Más del 60 % de las viviendas con pozo (con o sin bomba manual)
-  Entre el 25 % y el 50 % de las viviendas con transporte por cisterna
-  Más del 50 % de las viviendas con transporte por cisterna



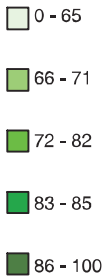
Agua de consumo de agua de río

-  Entre el 25 % y el 50 % de las viviendas con uso de agua de río
-  Más del 50 % de las viviendas con uso de agua de río

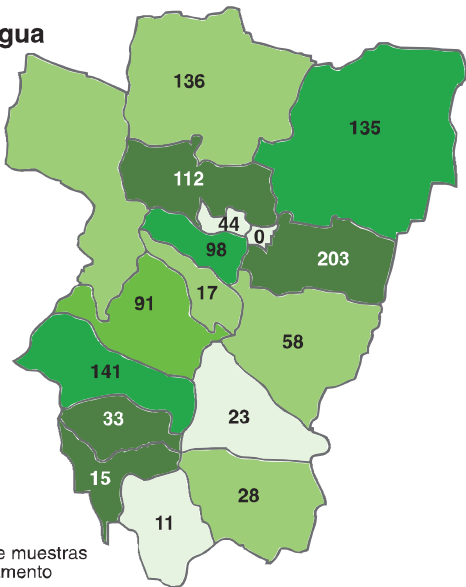


CALIDAD DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO

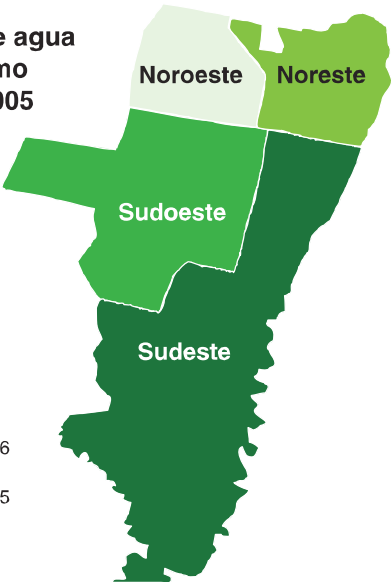
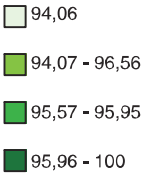
Calidad de agua
de consumo
de red



43 15 Cantidad de muestras
por departamento



Calidad de agua
de consumo
de red - 2005



Situación Institucional

Este capítulo se organiza en relación a las políticas sanitarias del Plan Cuatrienal de Salud (PCS). Es un resumen del análisis llevado a cabo por los grupos de trabajo que se listan en el capítulo “Participantes”. Aspira a dar una idea de los avances logrados en cada una de las políticas, y resalta aquellos puntos que en la

discusión surgieron como temas centrales para el desarrollo futuro proveyendo así parte del material para la formulación de las Estrategias para el desarrollo institucional y el cumplimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Otra parte importante de este material surge del análisis que se hizo de las FESP.

Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública

La Salud se convirtió en una política central del Gobierno, el que ha dado y mantenido un apoyo permanente, tanto político como financiero, para la reforma sanitaria planteada en el PCS.

Se lograron cambios en la legislación que permitieron que el SIPROSA, manteniendo su condición de ente autárquico, se integre al Ministerio de Salud Pública en la figura de su Presidente, función que asume el Ministro de Salud. Toda esta experiencia se fortaleció con la búsqueda de consenso interno y externo.

Asimismo, la disponibilidad de recursos financieros se incrementó para dar respuesta a las necesidades sanitarias. Sin embargo, se debe avanzar en la negociación de presupuestos respaldados por las necesidades de los programas y de la inversión.

Los éxitos relativos obtenidos durante el período 2004-2007 se deben, en gran medida, a que el Gobierno Provincial adoptó las políticas sanitarias expresadas en el PCS, al interiorizar que la salud es la concreción y la manifestación más notoria del grado de bienestar de la población. Cabe destacar, que tampoco se hubiera avanzado tan considerablemente si estas no hubieran

sido avaladas y apoyadas por la UNT, su Facultad de Medicina y el mundo académico. También fue vital la aceptación de parte de los colegios profesionales y los sectores de la seguridad social y privados.

Es por lo tanto, fundamental el continuo fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en sus funciones de rectoría, conducción y dirección en todos los aspectos relacionados con la salud de los tucumanos, así como en su capacidad de establecer alianzas con otros sectores.

En este sentido, la capacitación permanente de sus cuadros directivos en políticas sanitarias y en negociación, así como en otros aspectos más específicos, deberá continuarse y profundizarse.

La participación social a nivel estratégico es un tema que deberá abordarse para asegurar la actualización permanente de las políticas, prioridades y estrategias. Consideramos que la forma que mejor se adecua a nuestras condiciones es la de la consulta ordenada y sistemática, sobre temas sanitarios, al mayor número posible de personas de todos los ámbitos.

Es necesaria, entonces, la profundización del conocimiento sobre la realidad social, ambiental, sanitaria y tecnológica en todos sus aspectos. Para esto, no basta con perfeccionar los sistemas de información regulares, sino que se deberá ejercer una decidida acción en el desarrollo de la investigación en salud pública y en la conducción ordenada de un **sistema de encuestas con el fin de orientar y respaldar las políticas sanitarias provinciales.**

Ahora bien, los gobiernos locales son el primer escalón democrático de participación social, por lo tanto, es necesario que Salud se relacione con ellos para generar acciones que involucren a toda la sociedad y sus instituciones, con el fin de crear condiciones de vida saludables.

La implementación de las Áreas Operativas Departamentales, y su fortalecimiento, permitirá la interacción de Salud con los gobiernos locales a partir de propuestas integrales basadas en la situación sanitaria de las comunas o intendencias. Esto será posible, en la medida que se establezcan los mecanismos legales y normativos pertinentes, y se fortalezcan a los gobiernos locales en su capacidad de convocar distintos sectores y gestionar proyectos. **La implantación de la estrategia propuesta para los Centros de Integración Comunitaria (CIC) será fundamental para lograr este propósito.**

Al definirse las metas provinciales para el 2016, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se interactuó con otras áreas (Educación, Políticas Sociales, Economía) para construir la visión de un escenario posible en el mediano plazo.

Además, se definió la misión del Ministerio de Salud Pública, explicitando su rol rector en toda la provincia, en lo que respecta a la salud en su sentido más amplio.

Del mismo modo, se generó una importante capacidad de negociación y búsqueda de consenso. Esto se logró por medio de la rendición de cuentas de lo actuado en mesas de trabajo con los referentes de la salud provincial, las iglesias, la empresa privada, la legislatura y la cooperación internacional. Es

necesario ahora institucionalizar esa capacidad generando espacios regulares de análisis y consenso al más alto nivel con la comunidad, por un lado, y los gobiernos locales con los servicios de salud, por otro.

El Gabinete del Ministerio de Salud abrió espacios transversales de trabajo dentro de la institución. Esto permitió dinamizar procesos de desarrollo en los programas y en la propia institución, los que deben fortalecerse y consolidarse.

Si bien existe un diálogo permanente entre otras instituciones públicas de salud, como el Instituto de Servicios Sociales de la Provincia y otras obras sociales, se debe reforzar esa relación; fundamentalmente para asegurar el acceso universal a las prestaciones básicas de salud.

En las Segundas Jornadas de Salud Pública de Tucumán (participaron centenares de miembros del sistema en todos sus niveles), se manifestó **el poco conocimiento que los trabajadores de la salud tienen del proceso general de la reforma fuera de sus ámbitos específicos de trabajo, producto de una deficiente comunicación institucional.**

La reconversión de los Agentes Sanitarios en Agentes Socio Sanitarios, y la profesionalización de las enfermeras centrada en la Atención Primaria de la Salud (APS), generaron aptitudes en el equipo de salud para abordar eficazmente las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes. Sin embargo, **es necesario que los equipos de salud se consoliden respetándose los roles de cada uno de sus componentes, para lo cual, se requiere el cierre de las brechas de personal, supervisión y participación.**

La acción multisectorial atravesó el quehacer programático de los servicios de salud en distintas líneas que, aunque no se encuentran estructuradas como una estrategia formal, van articulando esfuerzos desde distintos espacios y niveles. Tales fueron las experiencias de Familias y Nutrición, Enredándonos para Crecer, Primeros Años, Médicos Comunitarios, CIC, Escuelas Promotoras

de Salud, Familias para la Inclusión Social, y el Programa Focalizado de Recuperación Nutricional. Todos son programas que, siguiendo un lineamiento desde las políticas nacionales, desarrollaron modalidades locales considerando la perspectiva multisectorial y la búsqueda de estrategias integrales

que instalen la intersectorialidad.

Es fundamental fortalecer la integración programática y las capacidades de los gobiernos locales para asegurar la articulación intersectorial, y así, lograr que éstos se constituyan en el eje de la implementación de este tipo de estrategias.

Red de Servicios

El aumento de los recursos disponibles para la atención primaria en general y la materno infantil en particular, fue favorecida por los fondos provenientes del Plan Nacer y el aumento de los fondos de funcionamiento. Estos aumentos permiten una mejor disponibilidad de recursos para asegurar las condiciones adecuadas para las actividades del primer nivel de atención. **Este aumento de los recursos disponibles en los CAPS, y las estrategias para su uso, deben mejorar las capacidades de gestión de los niveles locales.**

La propuesta de Prestaciones Básicas integra las distintas líneas programáticas por grupo poblacional y define responsabilidades según nivel de atención. Asimismo, la cobertura de las prestaciones correspondientes a los programas tradicionales, está asegurada para las poblaciones de mayor riesgo, especialmente la materno infantil. **Una vez publicadas las prestaciones básicas, se avanzará en la capacitación y en el desarrollo del respaldo tecnológico para su programación y monitoreo. Se pondrá especial énfasis en el desarrollo normativo en relación a los adolescentes.**

La propuesta de reordenamiento de la red de servicios, con la creación de las Áreas Operativas Departamentales (AOD), define las responsabilidades técnicas de todos los niveles de atención y de conducción de la red, en función del cumplimiento de las metas. Esta definición se relaciona estrechamente con la constitución de las redes especializadas que garanticen una atención

de calidad y con continuidad. **Se requiere la formalización de las AOD y el desarrollo instrumental de su administración, así como completar el equipamiento y la dotación de recursos humanos.**

La creación de la Dirección General de Red de Servicios permitió iniciar un proceso para interrelacionar a los efectores de los distintos niveles. **Sin embargo, el flujo de información sobre pacientes y personal no está sistematizado.**

Al mismo tiempo, el fuerte impulso a las obras edilicias mejoró la infraestructura de la mayoría de los establecimientos y el desarrollo de los programas Médico Funcionales ha permitido definir perfiles de establecimientos y la identificación de brechas. Igualmente, la propuesta de las redes especializadas logró identificar la necesidad de concentrar recursos especializados en los niveles de mayor complejidad.

Es necesario avanzar en los procesos de referencia a los hospitales centrales, en el reracionamiento de estos a la red de acuerdo a su especialización, y en el uso de recursos informáticos. La educación a distancia basada en los servicios será una herramienta imprescindible. Se debe profundizar también el estudio de las brechas de los Recursos Humanos y Tecnológicos.

Programa Integrado de Salud

La Dirección General del Programa Integrado de Salud (DG PRIS) se creó con el fin de coordinar todos los programas sanitarios, de manera que se potenciaran unos a otros, utilizando eficazmente los recursos y focalizándolos en las prioridades de salud. Se trabajó en equipo y se implantaron las bases técnicas para la integración programática que se realiza en función de dos ejes: los grupos etáreos y los niveles de complejidad. Este es el proceso más complejo del desarrollo institucional. Igualmente, el objetivo del PRIS es concentrar los recursos institucionales, y de la sociedad, en acciones de mayor impacto potencial en la situación de salud y los factores causantes de ésta.

El PRIS deberá gestionar los recursos provinciales y nacionales, a través de una administración contable y financiera única para todos los programas.

La DG PRIS consolidó, adecuó y elaboró las normas necesarias para su implementación y las distribuyó en el primer y segundo nivel de atención. Esta distribución se realizó según el enfoque poblacional: normas destinadas a la promoción, prevención y atención de las patologías prevalentes, con implementación de las historias clínicas para adolescentes y adultos que no existían. Por esto, se generó un proceso de capacitación continua (está en su 3er año) para profesionales de la salud que atienden niños, adolescentes y adultos.

En estas capacitaciones intervinieron transversalmente las áreas de Educación Sanitaria,

Nutrición y Salud mental. También, se desarrollaron capacitaciones específicas para otras profesiones: Enfermería, Bioquímica, Salud mental y Odontología.

Asimismo, se establecieron acuerdos y convenios de trabajo para el seguimiento de programas específicos con distintos sectores gubernamentales, en especial, Educación, Políticas Sociales, la UNT y ONGs.

Además, el desafío planteado por los ODM aseguró una continua actualización de la situación de salud, y la fijación de metas y su seguimiento en torno a las principales problemáticas de salud pública.

Los mecanismos de supervisión capacitante deben fortalecerse en coordinación con la dirección general de Recursos Financieros, y con la Dirección de Epidemiología, para asegurar la integralidad del programa a nivel local y su permanente adecuación a los cambios sanitarios.

Es fundamental la normatización y la publicación del PRIS, como instrumento operativo a nivel de servicios, pero restan producir las metas esperadas y los indicadores.

La DG PRIS tiene funciones normativas y de supervisión capacitante, y es la DG de Red de Servicios la encargada de la ejecución del Programa. Esto requiere de un gran trabajo de coordinación, de adecuación de programas nacionales a esta modalidad, y contar con bases de datos compartidas con todas las instancias técnicas.

Planificación Sanitaria

La Dirección General de Planificación (DGP) recuperó y fortaleció el importante rol que le compete en un sistema que pretende un desarrollo ordenado de acuerdo a políticas explícitas. Participó en los procesos centrales, desde la formulación del PCS hasta la prepa-

ración de este documento. La DGP depende organizacionalmente del Ministro de Salud.

La formulación de planes y proyectos comenzó a incluir a todos los actores, y la ejecución de los distintos programas nacionales se coordina considerando las prioridades a nivel

del sector salud y a nivel provincial. Ejemplo de esto es la coordinación a nivel provincial con la conducción de la Secretaría de Planeamiento, de la definición de las Metas ODM; la coordinación del SIPROSA con el Proyecto VIGI+A, que permitió adecuar la propuesta al desarrollo de la informatización de las áreas de estadísticas; la implementación del Plan Nacer en Tucumán; el desarrollo del Programa Focalizado de Rehabilitación Nutricional; el Proyecto Enredándonos para Crecer que se inscribe en una propuesta intersectorial originada en la provincia con financiamiento y asistencia técnica de UNICEF y la gestión coordinada del programa nacional Primeros Años. Los programas Recursos Humanos para la APS y Especialización en Salud Comunitaria se coordinan a través de la Dirección General de Red de Servicios.

En el año 2004 se evaluó, con el acompañamiento de la OPS, el desempeño de las FESP, con participación de todos los estamentos del Ministerio de Salud Pública, y representantes de la sociedad en su conjunto.

Se monitoreó, además, el avance del cumplimiento de las metas -del PCS, coordinando las acciones de las distintas dependencias para asegurar que respondan a los lineamientos.

Se encaró la elaboración de un Plan de Salud hasta el 2016, dentro del escenario que la provincia se plantea considerando las metas propuestas para los ODM.

Algunas Áreas Programáticas desarrollaron procesos de diagnóstico y programación con distintos grados de participación. **Sin embargo, no se implementó un programa que incluya capacitación, asistencia y monitoreo**

de los diagnósticos de salud y de las programaciones locales participativas.

Se abrieron espacios de articulación intersectorial (a distintos niveles) que responden a la estrategia de APS en 9 CIC; enredándonos para Crecer, que se desarrolla en los departamentos de Cruz Alta y Río Chico, y Primeros Años, en el municipio de Las Talitas. Todos ellos tienen coordinación técnica, política, y provincial con participación de Salud, Políticas Sociales, Educación y Municipios y Comunas. Además, se promueve el fortalecimiento y articulación de las capacidades locales a través de actividades concretas.

El análisis del uso, impacto y eficiencia de los servicios no se sistematizó. Pero, se aplicaron metodologías, como la Habilitación Categorizante, que permitirán la evaluación de los servicios de salud de manera sistemática. La adopción de los Contratos de Gestión para los establecimientos que tienen prestaciones incluidas en el Plan Nacer, y el funcionamiento de un equipo de Calidad que se encuentra abocado al control de gestión, permiten avanzar en ese sentido.

El desarrollo de los programas médico funcionales de establecimientos como el Hospital Avellaneda, el Instituto de Maternidad, los Hospitales Nodos, la Guardia del Hospital Padilla, y del futuro Hospital del Este permiten proyectar la visión con fundamento sanitario y enmarcar a estos establecimientos en el funcionamiento de una red integral de servicios de salud, es por lo tanto necesario profundizar este proceso y extenderlo a todos los establecimientos.

Sistema de Información Sanitario

Se realizó un relevamiento de la estructura informática y de los sistemas de información existentes en el Ministerio de Salud y el SIPROSA, como así también, de la relación de los programas de salud promovidos por

Nación y de nuestros establecimientos. Además, se definió un plan de trabajo denominado Modernización de la Gestión Informática del Nivel Central y Hospitalario del Sistema Sanitario Provincial, para desarrollar un sis-

tema informático moderno, con profesionales egresados de la Universidad Tecnológica Nacional, Regional Tucumán. Esto permite tener recursos humanos altamente capacitados y disponibles de manera permanente. Se implementó en los hospitales un sistema informático interhospitalario diseñado a partir del aporte de los agentes de cada uno de los servicios y se modificaron procesos administrativos optimizándolos en tiempo y complejidad. Se realizó, además, la reingeniería de los numerosos formularios que se usan y que hasta ese momento no podían ser procesados en un tiempo razonable y en forma adecuada. Aprovechando el avance de la tecnología en comunicaciones y de sus bajos costos, se diseñó e implementó una red donde se encuentran conectados: los seis hospitales principales, la sede central, algunas Áreas Operativas y CAPS, permitiendo contar con información en tiempo real.

Igualmente, en los lugares donde la comunicación es muy onerosa por el difícil acceso, se diseñó e implementó un circuito simplificado y rápido, con formularios en soporte papel, para no perder tipo de información y tener acceso posteriormente al procesamiento de la misma. Para poder contener todos los procedimientos informáticos del Ministerio de Salud, se instaló un Data Center equipado

con la última tecnología en comunicaciones y servidores, con la seguridad necesaria, y se montaron 6 servidores de gran capacidad de procesamiento y 8 servidores de menor envergadura. Con este equipamiento estamos soportando toda la información del Ministerio de manera centralizada. Se detectó la necesidad de ordenar la información en las grandes oficinas y optimizar la circulación de expedientes, estableciendo los lugares precisos, de manera de disminuir los tiempos perdidos por pasos a lugares innecesarios, encontrándose en proceso de implementación un sistema de seguimiento de expediente. Este sistema es complementario del sistema de Recursos Humanos ya instalado y en pleno funcionamiento. Este sistema permite contar con información indispensable para llevar a cabo una gestión ordenada, una planificación del crecimiento de la planta de personal, y la capacitación que requieran nuestros agentes.

Es necesario avanzar en el reordenamiento de los procesos administrativos y en la aprobación de la organización funcional de la Red de Servicios. Esto se logrará con la integración programática y su consecuente identificación de identificadores para tener los elementos necesarios para sistematizar y automatizar la información que requiere el sistema.

Recursos Humanos

La gestión de los Recursos Humanos aborda los procesos (económicos, políticos, técnicos, culturales, entre otros) inherentes al trabajador y su contribución a la atención de la salud de la población, en una institución especializada que es también un lugar de empleo. Esta función corresponde al SIPROSA que se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de una población en un marco de políticas y de modos de organización y gestión sectorial vigentes.

El escenario de los RRHH en la salud a ni-

vel mundial es sumamente complejo, debido a condicionantes cuantitativos y cualitativos de distribución y migraciones de la fuerza laboral sanitaria; así como por la falta de un modelo demostrado como universalmente válido y exitoso para el trazado de lineamientos políticos y de gestión de RRHH.

Los desafíos surgen también de la necesidad de brindar una respuesta adecuada a la comunidad en un entorno dinámico globalizado y en una economía de mercado donde sus integrantes (médicos, enfermeras, direc-

tivo, administrativos, etc.) están sometidos a presiones externas, culturales y económicas.

La reforma del sistema sanitario de la provincia contempla un cambio de la visión de la planificación de recursos humanos hacia un modelo que considera como prioridades la intersectorialidad, la accesibilidad, y la calidad en función de los usuarios, como camino para garantizar la sustentabilidad de un sistema sanitario equitativo.

Es necesario tener una fuerza laboral distribuida de acuerdo a las necesidades detectadas por el análisis de situación, realizando el trabajo de acuerdo a sus capacidades proporcionando una atención de calidad y creando las capacidades para un sistema sanitario eficiente y equitativo en el largo plazo.

El Ministerio de Salud Pública esta convencido de que el Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos en Salud en Toronto, es el documento que marca el rumbo a seguir.

Los principales logros alcanzados hasta el momento en gestión de RRHH consisten en el desarrollo de una agenda de capacitación

basada en las necesidades sanitarias provinciales y el establecimiento de mecanismos de certificación de la Universidad Nacional de Tucumán y el Colegio Médico, asumiendo el Ministerio de Salud Pública las responsabilidades de facilitar los medios para la educación continua de la fuerza laboral y el papel de rectoría y regulación del mercado sanitario.

Sin embargo, aún se identifican como dificultades la ausencia de planificación estratégica y de seguimiento del desempeño de los equipos sanitarios en los diferentes niveles.

Debido a las necesidades identificadas se elaboró y concretó un proyecto de cooperación técnica con OPS/OMS. Este tiene como objetivo el fortalecimiento de la capacidad de gestión, acompañado por el perfeccionamiento de los procedimientos de incorporación e incentivos.

El plan estratégico de Recursos Humanos se focalizará en lograr una respuesta sanitaria más eficiente, que contemple las necesidades de la comunidad y de la fuerza laboral a través de la implementación de políticas sustentables de mediano y largo plazo.

Regulación del Desarrollo de Salud

El proceso de reordenamiento por conjuntos de acciones relacionadas de los recursos del sistema se inició con la creación de la Dirección General de Fiscalización Sanitaria en la que se agruparon todas las estructuras, anteriormente repartidas acriticamente en programas y otras reparticiones, con el fin de que esta esencial función se llevara a cabo bajo políticas comunes y coordinadamente.

Se puso énfasis en separar las funciones normativas a cargo de los programas de las funciones de policía a cargo de la Dirección de Fiscalización Sanitaria, **lo que requiere de mejorar permanentemente la coordinación y el trabajo en equipo transversal.**

Un avance en la organización de esta Di-

rección General fue la creación de la mesa de entrada única, y la unificación de los procesos administrativos, lo que se logró parcialmente.

Las acciones que realizan las distintas dependencias fiscalizadoras se relacionan efectivamente con las áreas afines: la Dirección de Fiscalización de Servicios de Salud se relaciona con División Registros y Matrículas, con el Departamento de Fiscalización Farmacéutica y Tecnología Médica y con el área Jurídica de la DGFS.

El Departamento de Fiscalización Farmacéutica se relaciona con la División de Reconocimiento Médico, y con la Dirección de Bromatología, la que a su vez lo hace con áreas de control de alimentos municipales y nacionales

y con otras jurisdicciones provinciales.

El personal de la DGFS recibió capacitación en las áreas específicas de su incumbencia y en los aspectos relacionados con la fiscalización. **Las normas que rigen los procesos de habilitación y fiscalización no están actualizadas, ya que muchas de ellas son leyes que escapan a la competencia de la DGFS. Se han elaborado algunas propuestas de modificaciones a la legislación actual.**

De la misma manera, la efectivización de las medidas punitivas se realiza con giro al sistema judicial, previo procedimiento administrativo correspondiente.

Se avanzó en la publicación de los requerimientos para las distintas habilitaciones y rehabilitaciones, así como en el inicio de trámites vía Internet.

La productividad creció y las acciones de fiscalización se hicieron más transparentes.

Desarrollo Administrativo

Personal

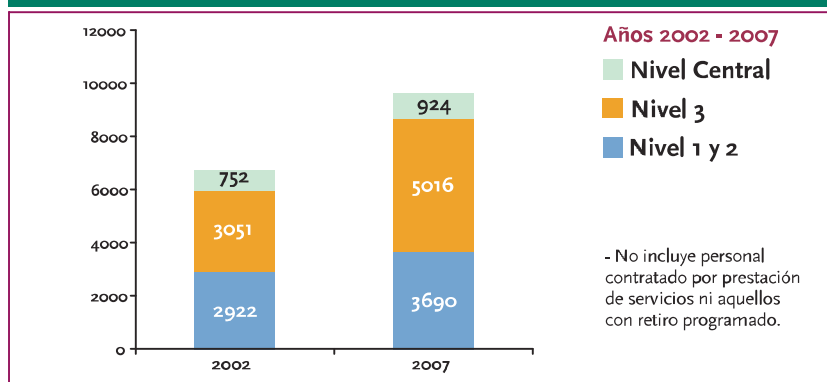
En relación a la meta de formular un diagnóstico de la actual estructura administrativa y sus relaciones, se realizó un relevamiento de los circuitos administrativos y operativos de las distintas dependencias del SIPROSA. Se reorientó parcialmente el recurso humano administrativo de acuerdo a la demanda funcional de los servicios, y se capacitó también parcialmente el personal con funciones administrativas críticas y esenciales al perfil sanitario.

Un avance importante al respecto ha sido la recuperación y mejora de la base de datos para la administración de personal, la cual es el punto de partida de una base de recursos humanos que permita la planificación de los mismos.

Hay que progresar en la definición de los perfiles de cargo por función administrativa, en los procedimientos de incorporación de RRHH que garanticen una cobertura de cargos en relación a las necesidades funcionales de los servicios, y en la definición de pautas para dar mayor peso a la capacitación y rendimiento del personal.

Se aumentó la planta de personal, buscando dar respuesta a las necesidades prioritarias y se inició un proceso para la descentralización de la gestión de personal. Sin embargo, para completarlo es necesario definir el marco de descentralización deseado y los procesos involucrados, paso clave en esto fue la descentralización de los delegados, conservando la centralización normativa.

DISTRIBUCION DE LOS RRHH



Con respecto a la distribución de los recursos humanos, se evidencia que un 38 % de los mismos están orientados al primer y segundo nivel y de estos más de un 30 % es personal profesio-

nal. El 52% perteneciente al tercer nivel posee un 40,60% de profesionales en su composición, incluidos los residentes. El 10 % restante pertenece a la planta de personal de Casa Central.

Recursos Financieros

Mejóro la disponibilidad de los recursos financieros a medida que aumentaron los fondos de funcionamiento. **Sin embargo, aunque se inició la redefinición del proceso administrativo vinculado a la aplicación de los recursos financieros, para lograr una mayor oportunidad y celeridad en la misma, falta establecer los procedimientos conducentes a tal fin.**

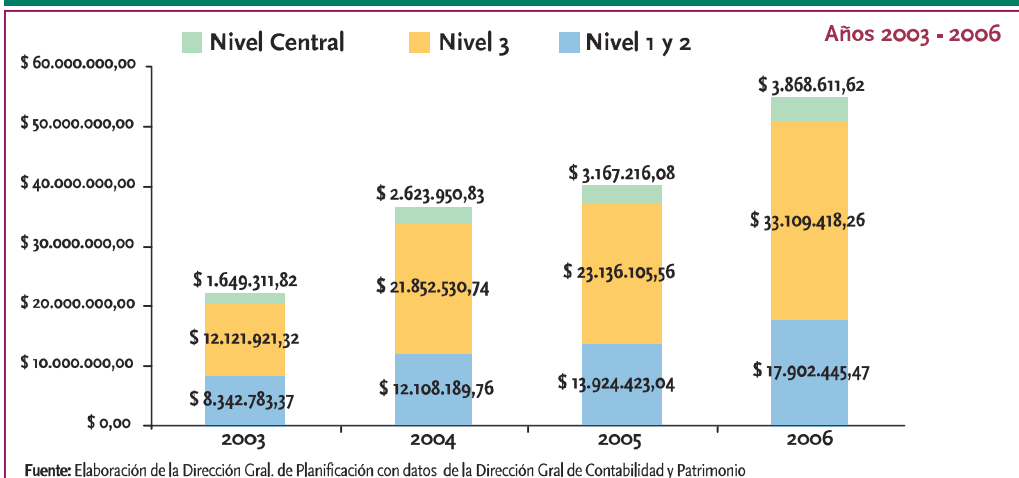
El recupero de costos ha mejorado, aunque subsisten dificultades operativas, lo que disminuye la posibilidad de alcanzar mejores índices de cobranzas/facturación. El proceso de informatización hospitalaria va mejorando la calidad de estos procesos y se inició la capacitación permanente y la formación de los Recursos Humanos vinculado a las tareas de facturación.

El proceso de descentralización del presupuesto todavía no se ha iniciado, pero se han mejorado los registros a través de la informatización de los registros contables, y se mantiene un sistema de control preventivo y posterior de los gastos a nivel central de

manera continua. Con el desarrollo del plan cuatrienal 2004-2007 comenzó a reestructurarse la administración y distribución tanto de recursos humanos como financieros.

En el análisis de lo ocurrido en este período se observa que los recursos tienen una distribución en la que se refleja un importante porcentaje aplicado al primer y segundo nivel, y un marcado crecimiento en la asignación a la atención primaria (más de un 30 %). Los ingresos totales del Sistema se incrementaron considerablemente, entre los años 2003 y 2006 aumentando un 148 %, incorporando \$ 32.800.000 al Sistema. Desde el 2004 los fondos procedentes de Nación, destinados a la ejecución de diferentes programas se incrementaron en un 18,5% en promedio por año respecto del anterior, el recupero de costos derivado del arancelamiento, un 71% entre el 2005 y 2006, sin considerar los fondos provenientes del Plan Nacer, que representó un 16% del incremento total de los fondos asignados.

DISTRIBUCION DE LOS FONDOS ASIGNADOS POR NIVEL DE ATENCION



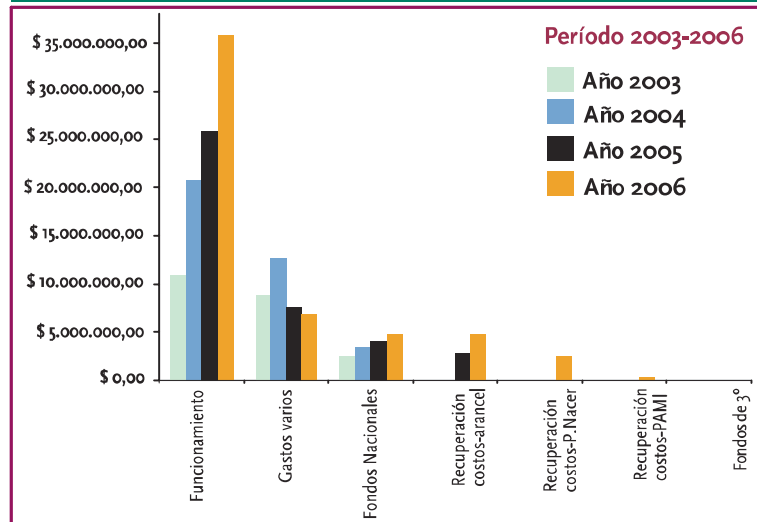
VARIACION EN LA ASIGNACION DE FONDOS A LOS DISTINTOS NIVELES

	2003	2006	VARIACION	
			\$	%
1 ^{er} y 2 ^{do} Nivel	\$ 8.342.783,37	\$ 17.902.445,47	\$ 9.559.662,10	115
3 ^{er} Nivel	\$ 12.121.921,32	\$ 33.109.418,26	\$ 20.987.496,94	173
Nivel Central	\$ 1.649.311,82	\$ 3.868.611,62	\$ 2.219.299,80	135
TOTAL	\$ 22.114.016,51	\$ 54.880.475,35	\$ 32.766.458,84	148

El desafío futuro es mejorar la orientación de los fondos, estableciendo una asignación más específica en la aplicación de los ingresos

como así también su registro, tomando las su- gerencias de la OPS sobre las cuentas naciona- les y su correspondencia con las FESP.

PROCEDENCIA DE LOS FONDOS ASIGNADOS AL TOTAL DEL SISTEMA



Recursos Físicos

Se programala ejecución del mantenimiento preventivo, mientras que para el correctivo se prioriza teniendo en cuenta la necesidad de garantizar la continuidad de las prestaciones, ambas tareas están a cargo de la Dirección de Recursos Físicos, en coordinación con la Dirección de Mantenimiento Técnico.

Aunque hay definiciones generales de la red de servicios, todavía no se logró elaborar un plan de obras global que contemple las prioridades definidas en la planificación pro-

vincial, considerando el perfil deseado para cada servicio. La elaboración de los Programas Médico Funcioanales (PMF) facilita el insumo para este plan global.

Algunos establecimientos desarrollaron un Plan Director de Obra que integra tanto obras nuevas como ampliaciones y remodelaciones.

No hay todavía un plan global de mantenimiento de infraestructura y equipamiento de la red de servicios.

Medicamentos

El Plan Cuatrienal de Salud, en una de sus políticas se refiere a la accesibilidad de los medicamentos. Esto se debía a la imposibilidad de algunos grupos sociales de acceder a los medicamentos cuando les son prescritos lo que representaba una fuerte inequidad social, por lo que el objetivo específico de esta política sanitaria es el acceso oportuno a medicamentos de calidad, objetivo que está acorde con la Política Nacional de Medicamentos y claramente expresada en el Plan Federal de Salud.

La Provincia avanzó en varios aspectos buscando alcanzar esta meta.

En materia legislativa el logro más importante, está plasmado en la nueva Constitución Provincial sancionada el 6 de Junio de 2006. El artículo 146, además de reconocer a la salud como derecho fundamental de la persona, considera en el párrafo 7 al “medicamento como un bien social básico, **siendo obligación del Estado arbitrar los mecanismos que garanticen su accesibilidad para todos los habitantes de la Provincia, así como fiscalizar su procedencia y calidad**”.

La reglamentación de la Ley Provincial 7230, sobre prescripción de medicamentos por su nombre genérico ha sido otro ítem en materia normativa de avanzada; acompañando a la Ley Nacional 25.649 sobre promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Estas leyes al reglamentar la prescripción en el ámbito de la seguridad social nacional, provincial y el sistema público de salud, aseguraron un acceso a los medicamentos inéditos en la historia sanitaria nacional.

En los últimos 3 años la Farmacia Oficial redireccionó su producción buscando satisfacer las necesidades del primer nivel de atención. Es así que trabajando en conjunto con la Red de Servicios de Salud, elaboró medicamentos que no estaban previstos en el Programa Remediar o cuando la cantidad enviada en los botiquines de este Programa era inferior a las necesidades previstas para la población usuaria. Los fármacos producidos por la Farmacia Oficial son evaluados en su calidad por el Laboratorio de Control de Calidad del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal.

La distribución de la producción local se ha tercerizado desde finales del año 2006, asegurando así la disponibilidad en todos los servicios de estos medicamentos en tiempo y forma.

La compra de medicamentos de la Red de Servicios se hizo en forma centralizada, permitiendo por lo tanto acceder a costos inferiores a los que se lograba en compras individuales por Servicios. Las compras anticipadas de medicamentos e insumos, relacionados a las enfermedades de presentación estacional, permiten al Si.Pro.Sa. contar con estos en el momento oportuno.

El Programa Remediar ha llegado a incorporar 297 efectores, incluyendo un Centro de Integración Comunitaria. Mensualmente se transfieren a la Provincia un promedio de 952 botiquines, lo que significaron en el año 2006, 3.173.216 tratamientos para enfermedades, que se resuelven completamente en el primer nivel de atención.

Epidemiología

Se produjeron los Indicadores Básicos de Salud para la provincia hasta el año 2006, y se adoptaron, con algunos cambios, el conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB), en concordancia con lo dispuesto por la Dirección de Estadísticas de Nación. El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) está implementándose en Tucumán, y sus herramientas a disposición de los tomadores de decisión. **Este sistema aún no incorporó el monitoreo de los factores condicionantes. Para la total implementación del SNVS en la provincia es necesario completar la conectividad a nivel de Áreas Operativas. La informatización de los hospitales de referencia, que contempla las definiciones del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB), mejorará la calidad de la información.**

En 2007 se creó la Dirección de Epidemiología (depende del Secretario Ejecutivo Médico del SIPROSA). También, se incorporó el Departamento de Estadísticas en Salud a la Dirección de Epidemiología; esto **permitirá consolidar la vinculación con las distintas unidades relacionadas con la producción de la información esencial para la toma de decisiones, el monitoreo de avances y la reorientación de las acciones.**

Dentro de los temas priorizados para la investigación sanitaria, se incluyen cuestiones epidemiológicas relevantes. El fortalecimiento de las áreas de estadísticas y epidemiología permitirá implementar un programa de monitoreo de la Atención Primaria de la Salud; **las unidades de análisis y monitoreo de la salud (UNAMOS) todavía no se desarrollaron a nivel local y tienen un desarrollo incipiente en el nivel central. Aún es necesario hacer un especial énfasis en la utilización del enfoque epidemiológico para la toma de decisiones en los distintos niveles; la disponibilidad de la información con oportunidad y calidad facilitará este proceso.**

La Dirección de Epidemiología se fortaleció en el campo de la vigilancia, y dentro de este, **se iniciaron acciones con el fin de articular a todos los laboratorios dedicados a la vigilancia en una red funcional de laboratorios de salud pública. También, se han propuesto las estrategias para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y se fijaron las metas al 2016.**

Sistema Provincial de Vigilancia Epidemiológica

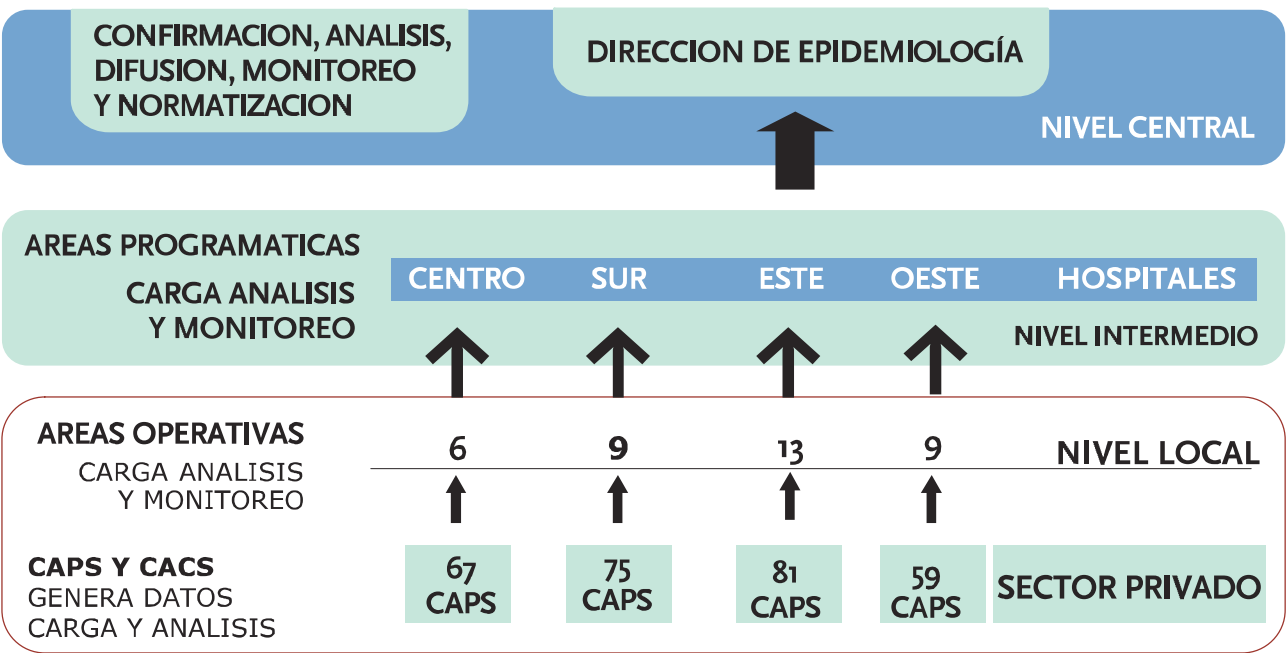
La Vigilancia de la Salud Pública, la investigación y el control de riesgos y daños, constituyen en sí mismo una de las más importantes “Funciones Esenciales de la Salud Pública” (FESP). Además, de ser la base para el desarrollo de otras de las FESP, como ser el “Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud”.

La recolección oportuna, sistemática y ordenada de datos para la generación de información relevante en la toma de decisiones en salud, es la misión primordial de todo sistema de vigilancia epidemiológica.

Así entendida, la actividad de vigilancia es una herramienta de información que apoya

la acción en salud pública, colabora con la planificación, la implementación y la evaluación de las acciones en el sector.

En Tucumán, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica se rige por la Ley de Notificaciones Médicas Obligatorias, que establece un listado de patologías de notificación obligatoria agrupadas según criterios internacionales de vigilancia. Éstas, se encuentran incluidas en una planilla de denuncia que es llenada en el sistema público de salud, por los centros asistenciales del nivel local y enviada al nivel central, a través de las diferentes áreas (ver Figura). **El sector privado de salud no notifica regularmente.**



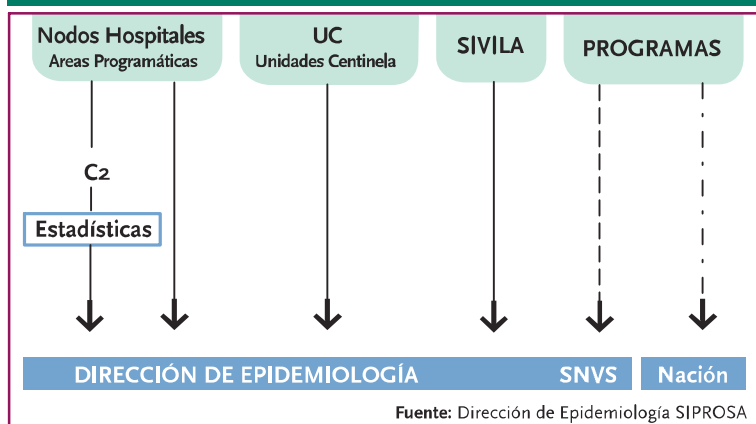
Existen, además, otras estrategias de vigilancia epidemiológica vigentes en la provincia que se nutren de diferentes fuentes de datos y generan información complementaria de las patologías bajo control.

En el nivel central la Dirección de Epidemiología se encargara de recibir, integrar,

ESTRATEGIAS DE NOTIFICACION VIGENTES

- Notificación Pasiva (C2)
- Unidades Centinelas (UC)
- Sistema Intensificado de vigilancia / Notificación Negativa
- Búsqueda Activa de casos
- Vigilancia Sindrómica
- Vigilancia por Programas Específicos
- Vigilancia por Laboratorio (SIVILA)

FUENTES DE NOTIFICACION Y CIRCUITOS DE LA INFORMACION



analizar y enviar toda la información en forma oportuna a los niveles de decisión, para la planificación, y a los niveles operativos, para la realización de acciones correspondientes. También prevé escenarios futuros, para permitir una adecuada prevención y respuesta oportuna frente a distintas eventualidades.

Este sistema provincial está integrado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) mediante un software de alcance nacional que vincula todas las estrategias de vigilancia epidemiológica, y establece una red de vigilancia montada en Internet.

Los nodos de esta red pueden ser los sitios de notificación obligatoria, los laboratorios de referencia, las Unidades Centinela (UC), los programas, los organismos cabecera de provincia, de departamento y todo organismo que realice actividades relacionadas con la vigilancia de la salud.

Tucumán cuenta con 28 nodos C2, en áreas operativas y grandes hospitales, y 19 más para ser incorporados al sistema. También son nodos las UC; dos programas específicos (Inmunizaciones y TBC) están pronto a ser incorporados a la red. El SIVILA cuenta con 18 nodos propuestos y en proceso de implementación.

Las Unidades Centinela realizan una vigilancia intensiva en una unidad asistencial, para obtener información de mayor calidad sobre eventos de salud seleccionados. Además, identifica y monitorea cambios en las características de diferentes tipos de agentes; y describe las características clínicas y evolución de la enfermedad. También, detecta cambios relacionados con la transmisión de la enfermedad y los grupos de mayor riesgo. Asimismo, identifica los resultados de las acciones de prevención y control realizadas. Pero no tienen una base poblacional.

En la Provincia funcionan Unidades Centinelas para las siguientes patologías: (Ver tabla “Unidades Centinelas”).

Por su parte, la Vigilancia Sindrómica es un sistema de baja especificidad y elevada sensibilidad que permite captar pacientes con síntomas inespecíficos de un grupo de

patologías. Con esto se monitorear el comportamiento epidemiológico de las siguientes patologías:

- ▶ TBC
- ▶ PAF
- ▶ Síndrome de úlcera genital
- ▶ Supuración Genital
- ▶ Síndrome Bronquial Obstructivo

El Sistema Intensificado de vigilancia y por Notificación Negativa se aplica para vigilar enfermedades bajo programas de eliminación o erradicación, o de elevada letalidad. Se requiere información específica y detallada:

- ▶ Sarampión / Rubéola
- ▶ Poliomielitis / Parálisis Fláccida
- ▶ Tétanos neonatal
- ▶ Meningitis

Los Programas Específicos de ciertas patologías participan de la vigilancia epidemiológica. Además llevan adelante el control programático de las mismas. Se cuenta con los siguientes programas: (Ver Tabla “Programas Específicos de Prevención y Control”).

La vigilancia por laboratorio juega un importante rol en el control y la investigación etiológica de la mayoría de las patologías bajo vigilancia:

- ▶ Ofrece un mecanismo oportuno, sistemático y ágil de detección y seguimiento de los diferentes diagnósticos de laboratorio provinciales.
- ▶ Otorga especificidad a los diagnósticos y oportunidad de intervención.
- ▶ Facilita el acceso a la información (referencia y contrarreferencia) en forma inmediata *on line*.
- ▶ Ofrece la posibilidad de integrar los da-

UNIDADES CENTINELAS	Número
Hepatitis virales	1
Neumonías	2
Influenza	1
Diarreas	1
SUH	1
Lesiones	3
Infecciones intrahospitalarias VIHDA (en implementación)	3

tos de laboratorio con los datos clínicos para obtener un conocimiento mas acabado de la situación epidemiológica.

- ▶ Facilita la elaboración de informes, reportes e investigaciones de salud, a partir de la información procesada por el SIVILA.

PROGRAMAS ESPECIFICOS DE PREVENCION Y CONTROL
Enfermedades vectoriales
Enfermedades inmunoprevenibles
Enfermedades zoonóticas
Infecciones respiratorias agudas
TBC
Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA
Enfermedades no transmitibles

Evaluación del Sistema de Vigilancia

1. Antecedentes

El sistema provincial de vigilancia fue evaluado, en forma global, en tres oportunidades: años 2001, 2005 y 2006, prestando atención a la organización y a la estructura del sistema; a los recursos físicos, financieros y humanos, a la cobertura, la oportunidad, la capacidad en la detección de brotes; y al análisis local de la información. Como resultado, surgieron recomendaciones de mejoras que se fueron implementando hasta llegar al modelo actual. Por otro lado, en el proceso de implementación del SNVS, cada establecimiento fue evaluado antes de ser asignado como nodo (2004/2005).

Posteriormente, la Residencia de Epidemiología de Campo (Ministerio de Salud de la Nación) realizó un estudio descriptivo sobre el sistema de notificación pasiva (C2) basado en los nodos SNVS (en prueba piloto) en 2005. Estos estudios indicaron:

- **La cobertura de notificación a nivel provincial fue del 54% (167/312).** Los mayores porcentajes presentaron las Áreas Programáticas (AP) Este (95%) y Centro (82%). En otras dos áreas la cobertura fue muy baja, aportando en grado importante el peso para el bajo promedio provincial.

- **El 46% (145/312) de los establecimientos presentaron un retraso de más de 3 semanas en la notificación;** la mayor parte del peso fue aportado por los establecimientos del Área Programática Sur y del Municipio de la Capital. El 93% (14/15) de los establecimientos municipales y el 100% (79/79) de los establecimientos del AP Sur presentaron un retraso de más de 4 meses en la notificación; y en el caso de este último, el 57% (45/79) presentó 7 y más meses de retraso.

- **El promedio de semanas sin notifica-**

ción 5 para el AP Este; 0,3 para el AP Centro; 6 para el AP Oeste; 13 para el AP Sur; 0,5 en los Hospitales de referencia y 4 en los establecimientos de la Municipalidad.

En 2006, se realizó la tercera evaluación, orientada también al sistema de notificación pasiva (C2), comparando el sistema tradicional (en papel) con el SNVS (en etapa de prueba) y focalizada en el Área Programática Sur: identificada en el estudio previo como la que mayores dificultades de funcionamiento presentaba entonces. Se tuvieron en cuenta principalmente aspectos cualitativos de ambos sistemas. Se destaca los siguientes hallazgos:

- **Falta de oportunidad:** importante retraso en la información en ambos sistemas. El retraso promedio del nivel local al nivel intermedio fue de 3 semanas, y del nivel intermedio al central 5 semanas.

- **Baja cobertura:** participan en promedio el 60% de los establecimientos notificadores en el proceso.

- **Mala calidad del dato en su origen:** incorrecto llenado de planillas, falta de claridad y de correlación de los registros, diagnósticos erróneos, subregistros, entre otros.

- **Falta de uniformidad en criterios de notificación e instrumentos utilizados.**

- **Insuficiente infraestructura para la vigilancia.**

- **Bajo nivel de análisis de la información y de sensibilidad en la detección de brotes.**

Al analizar la Tasa Anual de Notificación provincial del período 2001–2005, se observa que el número de notificaciones fue mejorando progresivamente, aunque con diferencias cuando se desagrega por regiones más pequeñas. Por otro lado, el retraso en la notificación aún se presenta cuando se desagrega la información, y con rango de 1 a 7 SE.

TASA ANUAL DE NOTIFICACION



2. Situación actual

Actualmente, la notificación se apoya principalmente en el SNVS vía Internet, aunque se mantiene vigente el sistema tradicional (en papel), por lo que produjeron modificaciones en el proceso de notificación:

- Mejora sustancial en la oportunidad de la información, con un retraso promedio de 2 semanas en la carga de datos de toda la provincia, permitiendo así realizar acciones con mayor oportunidad.

- También mejoró la sensibilidad en la detección de brotes

- Mayor especificidad en los diagnósticos: sólo se informan las patologías incluidas entre las de notificación obligatoria.

- Se simplificó el proceso de notificación: suprimiendo pasos en la consolidación de los datos, se descentralizó la carga de datos y la verificación de la calidad de los mismos (menor sobrecarga para el nivel central), se facilitó el análisis de los datos.

- La adaptabilidad del sistema para rea-

lizar modificaciones en la notificación acordes al perfil epidemiológico de la provincia, es otra ventaja del sistema.

- La representatividad o cobertura es idéntica al sistema tradicional, permitiendo además incluir nuevos centros de notificación que se pudieran integrar al sistema.

- El SNVS permite una mayor difusión de la información.

- La estabilidad del sistema se puede ver afectada por la sustentabilidad del mismo (mantenimiento de equipos informáticos y de la conectividad, disponibilidad y estabilidad del personal capacitado, etc.).

- La aceptabilidad del sistema, depende principalmente de la disposición del personal en capacitarse y adquirir nuevas habilidades y destrezas.

Los otros componentes del sistema provincial de vigilancia descrito (UC, SIVILA, Programas, entre otros), se encuentran actualmente en pleno proceso de desarrollo e integración al sistema.

Financiamiento

El financiamiento de la salud en la provincia de Tucumán esta atravesando un periodo de transición que debe describirse para su mejor entendimiento. La crisis económica que sufrió el país desde fines de 2001, impactó fuertemente al sector salud, con un número importante de personas que pierden su cobertura de la seguridad social y desplaza su demanda al sector público, así como las dificultades generadas por la abrupta modificación de los precios relativos. Desde el final de la crisis, la recuperación del país se manifestó en salud en un fuerte aumento en la disponibilidad de recursos. Esto permitió al sector público aumentar su oferta prestacional, mejorando su capacidad de brindar servicios. Esto se ve reflejado en el aumento de la producción en los tres niveles de complejidad.

Frente a este contexto, surge la necesidad de enfrentar desafíos comunes al de la mayoría de los países de ingresos medios. Desafíos que están relacionados con la cobertura universal, la protección financiera de la personas frente al riesgo de enfermar y aumentar la eficiencia del sistema de salud.

Por su parte, los proveedores del sistema de salud son, como en todo el país, el sistema público, la seguridad social y el subsector privado. Las fuentes de financiamiento de cada uno de ellos (fiscales, aportes, contribuciones, primas y gasto de bolsillo) están claramente identificadas. La cobertura del sector público es de alrededor del 52% de la población.

El sector público ofrece servicios a los que tienen derecho todos los habitantes del país, independiente de su cobertura, lo que genera financiamientos duplicados con mucha frecuencia.

Como en todo el país, en nuestra provincia el estado es el financiador del sistema público de salud, y el único prestador de servicios para la población sin cobertura de la seguridad social o sin capacidad de pago. **La función de compra de servicios fue inexistente dentro de la estructura del Ministerio hasta la aparición del Plan Nacer con su modelo de pago por prestaciones.**

La asignación del gasto en salud esta basada en presupuesto históricos, que en general responden a la cantidad de RRHH que cada institución tiene en la oferta prestacional existente (número de cama, horas de atención, etc.), en los gastos de funcionamiento relacionado al tamaño de la estructura. Esta manera de asignar es inequitativa ya que responde a la oferta y no a las necesidades de salud.

Por otro lado, la experiencia de varios países revela que el mecanismo de pago a los efectores genera poderosos incentivos que pueden afectar el modo en que los mismos brindan servicios de salud. En Tucumán, los trabajadores del equipo de salud reciben su remuneración en forma de salario, independiente de su producción, tanto personal como institucional. **Este sistema tiene la debilidad de generar poco incentivo a la eficiencia (tendencia a la sub-prestación, poca preocupación por los costos, poca atención a la satisfacción de los usuarios, etc.), sobre todo cuando no esta asociado a la medición de indicadores y orientado a resultados.**

El gasto de bolsillo de la población en salud no es regularmente evaluado. Estudios recientes muestran que en nuestro país asciende al 40% del gasto total en salud, con el consiguiente impacto en las personas y el riesgo de empobrecimiento por esta causa.

Además, el aumento de los gastos en salud es constante y acelerado debido a la necesidad de cerrar la brecha de cobertura y calidad generada por la crisis. A la introducción de tecnología y a la demanda creciente de la población en relación a la calidad de los servicios y al aumento de la sobrevida de la población con su consecuente incremento de prestaciones de alto costo. **Esta realidad debe ser analizada permanentemente y proyectar los requerimientos futuros en un escenario deseado de cobertura universal. La economía de la salud emerge como un campo que debe ser prioritariamente.**

A su vez, el aumento de la oferta prestacional, el mejoramiento de la calidad de los servicios, la sobrevida aumentada y el incremento de la demanda de la población generan una necesidad creciente de recursos para salud. Esto debe verse reflejado en el presupuesto anual a negociar con el Ministerio de Economía.

La separación de las funciones de financiación, compra y prestación, así como la determinación de un paquete de prestaciones esenciales, permitirá direccionar la asignación de los recursos hacia la demanda.

Actualmente se desconoce el impacto financiero que tiene la pérdida de la salud en la población. Esto es particularmente importante cuando se trata de patologías de alto costo y baja prevalencia. Como se mencionó anteriormente, se estima que en Latinoamérica el 40% del gasto total de salud es gasto de bolsillo de la población.

Finalmente, entre las múltiples causas de ineficiencia en el sistema de salud, se destacan dos que son estructurales y que ya fueron comentadas: estado prestador/financiador y pago por salario. **Asimismo, los servicios que el sector público brinda a personas que poseen cobertura explícita genera financiamientos cruzados que atentan contra la eficiencia y la capacidad de diluir riesgo financiero.**

RESUMEN DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS		
PROBLEMAS	EFFECTO	SOLUCION
Estado prestador/financiador	Ineficiencia	Incentivos Compra de servicios
Pago de salario	Ineficiencia	Incentivos
Asignación de gastos	Inequidad	Compra de servicios Paquete prestacional Presupuesto institucionales
Desconocimiento del gasto de bolsillo	Inequidad	Medición sistemáticas
Financiamiento cruzado con otras fuentes	Inequidad	Aumentar recupero de costos
Riesgo financiero de enfermar	Inequidad	Seguro de enfermedades catastróficas
Gasto creciente	Insertidumbre	Análisis de economía de salud

Investigación, Innovación y Desarrollo en Salud Pública

La situación de la investigación, innovación y desarrollo fue una permanente preocupación del Ministerio. **Se considera imprescindible la generación de conocimiento y la organización del mismo para hacer eficiente la gestión en salud pública y mejorar los resultados y la calidad de la atención.** Esta preocupación se tradujo en iniciativas, como es el apoyo financiero y técnico para la promoción de la investigación en prioridades sanitarias, la implementación de tecnologías de la información y la incorporación tecnológica en general.

Se considera que para contribuir al desarrollo sustentable provincial y regional, la política en este tema tendrá como fin responder a las necesidades sanitarias de la población y deberá estar enmarcada en el Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, respondiendo así a las políticas nacionales y provinciales de salud.

Hasta el momento, si bien se intentó orientar la investigación hacia un grupo de prioridades explícitas, el resultado no tuvo el impacto esperado. Por esto, se debió generar una gestión más centrada en objetivos, y co-

ordinada con la Secretaría de Ciencia y Técnica junto con la Cátedra de Salud Pública.

Como parte de este análisis surgen, como centrales, las siguientes áreas para la investigación y el desarrollo tecnológico:

- Los condicionantes macro y microeconómicos, la economía del conocimiento y la economía de la salud.

- Los recursos humanos, el gobierno electrónico y los procesos de modernización de la gestión enfocados en la mejora continua de la calidad de atención con el objeto de contribuir a la eficiencia, la transparencia, equidad y accesibilidad de la comunidad al sistema sanitario.

- La investigación médica básica y aplicada orientada a prioridades de salud, a los determinantes socioculturales del proceso de salud-enfermedad, y a sus condicionantes demográficos y económicos.

- Los procesos productivos de insumos y equipamiento biomédico, medicamentos y tecnologías médicas en general, así como la producción de biológicos y el uso innovador de tecnologías existentes.

Calidad de los Servicios

La Gestión de Calidad debe ser desarrollada por todas las áreas organizacionales, y en los distintos niveles de complejidad de manera planificada y continua. Además, debe asegurar el adecuado monitoreo y evaluación de las actividades, procedimientos y procesos de gestión administrativa financiera, gestión de pacientes y gestión clínica, con el objeto de lograr la equidad, la humanización de la

atención sanitaria y la sustentabilidad de las políticas en salud.

El ejercicio de monitoreo del cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública recientemente ejecutado, muestra un fortalecimiento institucional debido a las intervenciones del Equipo de Calidad de Servicios de Salud. Dicho equipo recibió apoyo del Ministerio de Salud de la Nación, a través de

la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y la Dirección de Maternidad e Infancia, la OPS/OMS, la Fundación Clinics de Barcelona, el Departamento de Bioingeniería de la Facultad de Ciencias Exactas y la Secretaría de Investigación y Desarrollo Tecnológico del Gobierno Provincial.

Los avances se reflejan en el inicio de los siguientes procesos:

- La implementación del proceso de Habilitación Categorizante de las instituciones sanitarias con internación (autodiagnóstico y auditoría), realizado en la totalidad de hospitales del SIPROSA (excepto psiquiátricos).

- La implementación de un proyecto de Gestión Tecnológica para el diagnóstico de situación y el diseño de una base de datos, a través del financiamiento de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación.

- La gestión de pacientes en los hospitales centrales mediante la realización de diagnóstico organizacional, reingeniería de procesos y apoyo a la implementación de tecnologías de la información para la toma de decisiones. Se abordó y se está trabajando en los seis hospitales centrales.

- El desarrollo e implementación de indicadores de producción para los hospita-

les centrales de la Provincia.

- El desarrollo de capacitación para un nuevo modelo de atención odontológica.

- La organización del Primer Curso Internacional de Gestión Hospitalaria para mandos intermedios. Dictado por la Fundación Clinics de Barcelona.

- El desarrollo de proyectos de orientación de pacientes, farmacia, archivos e historias clínicas, gestión centralizada de camas, quirófano y baja complejidad quirúrgica.

A pesar de los avances conseguidos en escaso tiempo (1 año) aún no se resolvió cómo se incorporará la capacidad de gestión a la estructura del SIPROSA.

La gestión de calidad de servicios de salud tendrá también como desafío lograr la comunicación eficiente hacia la comunidad de sus derechos y deberes, implementando procesos (encuestas de satisfacción y gestión de quejas) que permitan un adecuado análisis de la calidad de los servicios brindados.

Se considera que el conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios son necesarios para propender a la humanización de la atención médica y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios sanitarios a la comunidad.

Gestión Tecnológica

La tecnología para la atención de la salud plantea un reto para las políticas sanitarias y la sustentabilidad de las mismas ya que es un componente esencial de todo sistema de servicios de salud, y su uso no regulado es impulsado por fuertes presiones de los profesionales interesados en incorporar la mayor cantidad posible de la oferta tecnológica y por la población que espera resultados, muchas veces no fundados en evidencias.

La gestión de tecnología abarca los procesos de evaluación, compra, aceptación, mantenimiento, baja de equipo. Incluye la

garantía de seguridad del medio ambiente, de los pacientes y operadores; la gestión y desarrollo de redes de conocimiento y la investigación innovación y desarrollo. Es importante la capacitación de recursos humanos para la operación del equipamiento así como la regulación de todos los procesos descriptos.

El SIPROSA cuenta con el Departamento de Electromedicina y Producción, dentro de la Dirección de Mantenimiento Central, que realiza en forma general tareas de mantenimiento de todo el equipamiento del sistema.

Su gestión se caracteriza por:

- Mantenimiento técnico sin incluir tareas de planificación, evaluación tecnológica ni control de calidad; escaso recurso humano calificado profesional y técnico.
- Los contratos de reparación y mantenimiento de equipamiento son tercerizados.
- No existan mecanismos regulatorios eficientes para la contratación de servicios.
- El aumento del parque tecnológico instalado de media/alta complejidad (casi un 50% en los últimos 3 años) con elevado porcentaje del equipamiento con antigüedad menor a 5 años y estimación de operatividad futura en disminución y la ausencia de un presupuesto para la gestión de tecnología médica hace necesario fortalecer sustancialmente esta área.

De acuerdo a esta situación se definió, como prioridad sanitaria, la aplicación de la

gestión tecnológica para mejorar la bioseguridad, el ahorro energético y la incorporación y uso racional del equipamiento sanitario.

La definición como prioridad de esta área de gestión motivó un abordaje intersectorial con cooperación técnica de la OPS/OMS, el Departamento de Bioingeniería de la Facultad de Ciencias Exactas de la UNT y la Secretaría de Innovación y Desarrollo Tecnológico del Gobierno de la Provincia (SIDETEC). Tuvo como resultado la presentación y aprobación de un proyecto de Gestión Tecnológica para el Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión en el área a través de la realización de un diagnóstico de situación del parque tecnológico y el diseño de una base de datos a través del financiamiento de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación.

Gestión Hospitalaria

El Sistema Provincial de Salud cuenta con veinticinco hospitales de baja complejidad, seis hospitales centrales y dos psiquiátricos. Todos estos son fundamentales a la hora de brindar una respuesta sanitaria articulada a la comunidad, debiendo destacarse su rol en la concentración de la demanda durante la profunda crisis sufrida.

Durante el pasado cuatrienio se fortaleció la capacidad operativa de los hospitales y se mejoró su dotación de RRHH, asegurando la accesibilidad a medicamentos e insumos e incrementando sus respectivos presupuestos. Paralelamente, se desarrollaron actividades participativas para formular diagnósticos institucionales y propuesta de cambios para mejorar la gestión de los servicios. Asimismo, se desarrollaron sistemas informáticos y de gestión en departamentos claves como Farmacia, Admisión y Turnos. Se trabajó en la reingeniería de procesos organizacionales y se puso énfasis en el desarrollo de RRHH, en aspectos técnicos científicos y de conducción.

Este esfuerzo redundó en un aumento notable de la producción y en una atención mas humanizada debido a la mejora en las condiciones físicas, la tecnología en uso y la calidad de las intervenciones. **Sin embargo, los problemas centrales en relación a la dirección y a la gestión hospitalaria, siguen sin ser abordados de manera sistemática.** Debido a la complejidad del abordaje y a la necesidad de avanzar en lineamientos de políticas hospitalarias sustentables en julio de 2006 se realizó una reunión con representantes de instituciones de una larga trayectoria sanitaria y prestigio. Los participantes fueron el Ministerio de Salud de la Nación, la Fundación Clínicas de Barcelona, la OPS/OMS, consultores externos, e integrantes del Ministerio de Salud Pública de Tucumán y del SIPROSA. En esta reunión se analizaron y discutieron distintas experiencias en gestión hospitalaria desde el caso español hasta los avances logrados en el ámbito del SIPROSA. **Además, se definieron las líneas de política que deben abordarse para lograr**

hospitales accesibles a las necesidades de la comunidad, del nivel de complejidad adecuado, con sus servicios organizados en red (con otros hospitales y con la red de atención primaria), eficientes, gestionados bajo el modelo de gestión participativa por objetivos.

Estas líneas políticas y estratégicas fueron refrendadas durante las segundas jornadas de Salud Pública por todos los directores de los hospitales centrales de Tucumán.

Relación con Gobierno Provincial

La salud se convirtió en una política central del Estado provincial, manifestándose en la disponibilidad de recursos para la actualización y extensión de la infraestructura edilicia, en la puesta al día de la tecnología y en el gran esfuerzo hecho para la formación y capacitación de los RRHH sin costo para éstos. El apoyo político recibido, tanto en la provincia como en la Nación, de parte del Señor Gobernador José Alperovich, puso a la salud en la agenda permanente de la sociedad. Siendo un tema presente en los medios de comunicación, en las reuniones de gobierno y en las reuniones con las fuerzas vivas de la sociedad, en las que se destacarán los logros alcanzados en tan corto tiempo, y que no hubieran sido posibles sin ese apoyo.

La finalidad de este documento es dar continuidad a este consenso y profundizarlo al explicitar los Objetivos y Metas de Salud al largo plazo e instalar mesas permanentes para el análisis de la situación de salud y para la generación de propuestas.

Las relaciones con la Legislatura Provincial, y en especial con la Comisión de Salud, fueron ejemplares. Se logró legislar sobre la unificación de la conducción sanitaria del Ministerio de Salud Pública, cuyo ministro (sin perder esa calidad) pasa a ser Presidente del SIPROSA. Sin estar específicamente legislado, es evidente la rectoría ejercida por el Ministerio en otras instituciones como la Obra Social Provincial, el PAMI y el sector privado, con los que se establecieron acuerdos y se comparten re-

ursos para una mayor cobertura a la población.

Debemos avanzar ahora en presentar iniciativas a la Comisión de Salud de la Legislatura. El fin será promulgar “legislación saludable” que facilite la toma de decisiones institucionales e individuales para adoptar estilos de vida sanos, siguiendo el ejemplo del éxito obtenido con la ley que prohíbe el uso del tabaco en todos los lugares públicos cerrados.

Desde el inicio, bajo la orientación del Señor Gobernador, se establecieron sólidos vínculos de trabajo con la Secretaría de Políticas Sociales, el Ministerio de Educación, la Secretaría de Planeamiento y con la Secretaría de Ciencia y Técnica. Estos lazos se reforzaron al adherir la provincia a los Objetivos y Metas del Milenio, donde Salud comparte con el resto de las áreas de gobierno responsabilidades para el adelanto social de Tucumán.

Debemos adelantar negociaciones con todos los estamentos del Gobierno y de la sociedad civil para modificar los condicionantes de la salud, eliminando o minimizando los negativos y resaltando los positivos, siendo este uno de los objetivos del presente documento

Expresamos en el Plan Cuatrienal que el desarrollo de la Comunicación Social, en la que incluimos el periodismo, la educación para la salud, el marketing de la salud, y la comunicación institucional era una condición imprescindible para la promoción de la salud. Sin embargo no hemos logrado avanzar en este tema. Es importante desde ahora enfocarnos este asunto como una política central y no como una herramienta ocasional.

Relación con el Ministerio de Salud de la Nación y con otras provincias

La participación de Tucumán en el Consejo Federal de Salud (COFESA) fue permanente y propositiva, tanto en las discusiones como en la presentación de sus experiencias. Ejemplos de esto son las presentaciones sobre la informatización de los efectores de salud y los avances en el Seguro Materno Infantil.

Los recursos provenientes de Nación se han empleado a satisfacción de las partes, quedando pendiente alcanzar un acuerdo sobre la organización de una base de datos que

satisfaga los programas nacionales, pero que permita evitar, recoger y enviar datos repetitivos que consumen gran parte del tiempo del personal sanitario.

Las reuniones del COFESA se complementaron con algunos miembros de los ministerios del NOA. Esa es una instancia que debería de consolidarse, ya que en las contadas ocasiones en que tuvieron lugar, se lograron acuerdos concretos y productivos para el uso eficiente de los recursos de la región.

Relación con los municipios

El enfoque sobre las familias y la comunidad de las acciones de salud fue expresado como una política central en el Plan Cuatrienal, para lo cual es imprescindible la coordinación de los recursos intersectoriales y de la comunidad a nivel de los gobiernos locales. Esta política fue fortalecida por la creación de los Centros de Integración Comunitaria y su filosofía de participación social. Se han hecho importantes esfuerzos junto con el UNICEF y el CIPPEC para fortalecer la capacidad de

gestión de los gobiernos locales en función de la coordinación y la gestión de proyectos. La experiencia lograda indica que es factible este fortalecimiento, siempre y cuando las instancias centrales actúen también con el fin de potenciar sus recursos con el aporte de distintos sectores. Tiene que ser el eje del esfuerzo de salud el apoyar la decisión del Señor Gobernador de eliminar los departamentos estancos y de privilegiar la gestión como una nueva y exitosa manera de hacer política.

Relaciones con las Fuerzas Vivas de la Sociedad

Por primera vez el Ministerio de Salud Pública desarrolló una activa política para instalar en la sociedad el tema de la salud; y lo hizo exitosamente, demostrando que la salud pública es un asunto de interés para toda la sociedad y no sólo para el sector. El trabajo con grupos de investigadores de organismos gubernamentales, con los empresarios tucumanos nucleados en la Fun-

dación del Tucumán, con las universidades y muy especialmente la Facultad de Medicina, los colegios profesionales, las asociaciones científicas, los sindicatos, los distintos credos, han sido frecuentes y positivos.

Debemos avanzar en formalizar alianzas en función de objetivos comunes que fortalezcan las políticas sanitarias de la provincia.

Relación con los Organismos Internacionales y Bilaterales

Se entiende como cooperación externa a todos los recursos de asesoría, financiamiento y apoyo que la Provincia recibe de entidades que no son dependientes del Ministerio de Salud Pública de Tucumán y del SIPROSA. Por lo tanto, las fuentes pueden ser de organismos internacionales, de países donantes, de ONG, de organismos nacionales o de otras provincias.

También se entiende como cooperación externa la que el Ministerio de Salud Pública de Tucumán o el SIPROSA puedan, eventualmente, brindar fuera de los límites provinciales.

Asimismo, el Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007 explicita una de sus políticas en relación con este tema, de esta manera: “Asegurar recibir cooperación técnica armoniosa en relación a nuestras necesidades y la posibilidad de ofrecer apoyo en los campos que desarrollemos excelencia”.

La recomendación 4 de las Primeras Jornadas de Medición de las FESP, indica la necesidad de “Conformar una Unidad de Gestión para la cooperación internacional”.

Desde el inicio de esta gestión la cooperación con el Ministerio de Salud de la Nación, con organismos internacionales como OPS, el UNICEF, el PNUD y la CELADE, con el ámbito académico como la Facultad de Medicina de la UNT y con países como España, Italia e Israel, nos han brindado no sólo colaboración en asuntos sanitarios sino también respaldo y apoyo invaluable para el despegue de nuestra reforma, de la que indudablemente son parte.

A casi cuatro años de formulado el Plan Cuatrienal, la cooperación hacia la provincia en materia de salud se ha diversificado y acrecentado notablemente, siendo difícil de

identificar algún área de nuestro quehacer en la que no recibamos este valioso aporte. Se incluyen campos como la gestión tecnológica, la investigación operativa, el desarrollo de sistemas y la planificación de recursos humanos, que son de importancia estratégica.

Es necesario avanzar en el desarrollo organizacional e instrumental para el ordenamiento de la cooperación externa y para la gestión de proyectos por medio de una unidad de coordinación de la cooperación externa.

También el desarrollo de nuestras capacidades, como en el Plan Nacer, los sistemas informáticos y el desarrollo conceptual y práctico en planificación, en la organización de redes de servicios, en el manejo de proyectos y en el trabajo transversal entre estructuras administrativas, nos pone en una buena posición relativa en nuestra región, si bien entendemos que este desarrollo es incipiente.

La experiencia de estos años nos muestra que la cooperación externa requiere de tres elementos fundamentales, la visión global de la situación sanitaria, la capacidad de integrar diversos programas y estamentos administrativos del sistema, conociendo sus fortalezas y sus necesidades de complementación; y la relación permanente con las Fuentes de cooperación.

Con este fin se preparará una cartera de perfiles de proyectos para presentar de manera ordenada nuestras propuestas. Los perfiles de proyectos deben contener los elementos generales de los proyectos pero sin desarrollo, limitándose a su enunciado. Si un perfil es aprobado para su ejecución entonces tendrá que ser desarrollado con los requerimientos metodológicos que exija la fuente.

Programa de Acción Ambiental

La provincia cuenta con una Secretaría de Ambiente dependiente del Ministerio de la Producción; con oficinas municipales dedicadas al tema; y con la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública. Entre estas reparticiones se han establecido lazos de comunicación y de coordinación siguiendo las orientaciones del Superior Gobierno de la Provincia. **Al mismo tiempo, se están analizando las bases de futuras políticas abarcativas del tema ambiental que ordenen los roles, las responsabilidades y la competencias de todos los involucrados. Es fundamental avanzar en este campo para hacer uso eficiente y eficaz de los recursos existentes.**

La presentación del Programa de Acción Ambiental en el 2005; y la transformación de la Dirección General de Saneamiento Ambiental en Dirección General de Salud Ambiental, permitió avanzar en la consolidación de un diagnóstico de ambiente y la identificación de los factores de riesgo ambiental. La nueva estructura busca detectar e identificar los factores ambientales que influye en la salud de la población, de manera que puedan

ser minimizados. La Dirección General cuenta con un departamento para cubrir los controles sanitarios del agua potable, residuos sólidos y patológicos, excretas, entre otras. También, se creó el Departamento de Prevención de Riesgos Ambientales.

La Dirección General de Fiscalización Sanitaria tiene bajo su responsabilidad la Fiscalización Ambiental. Y ésta, dispone de indicadores que permiten realizar una evaluación continua de proceso e impacto ambiental. Aunque hay algunos municipios incorporados a la Red de Municipios Saludables, no se está articulando con ellos formalmente hasta ahora.

El Proyecto Escuelas Promotoras de Salud permitió avanzar en la implementación transversal de la materia de Educación Ambiental.

Finalmente, se ha avanzado en las relaciones intersectoriales y se desarrollaron actividades importantes en relación a diagnósticos y controles. Pero también se ha puesto de manifiesto la debilidad estructural y de dotación de recursos humanos de la Dirección General, debiéndose implementar las recomendaciones para su fortalecimiento.

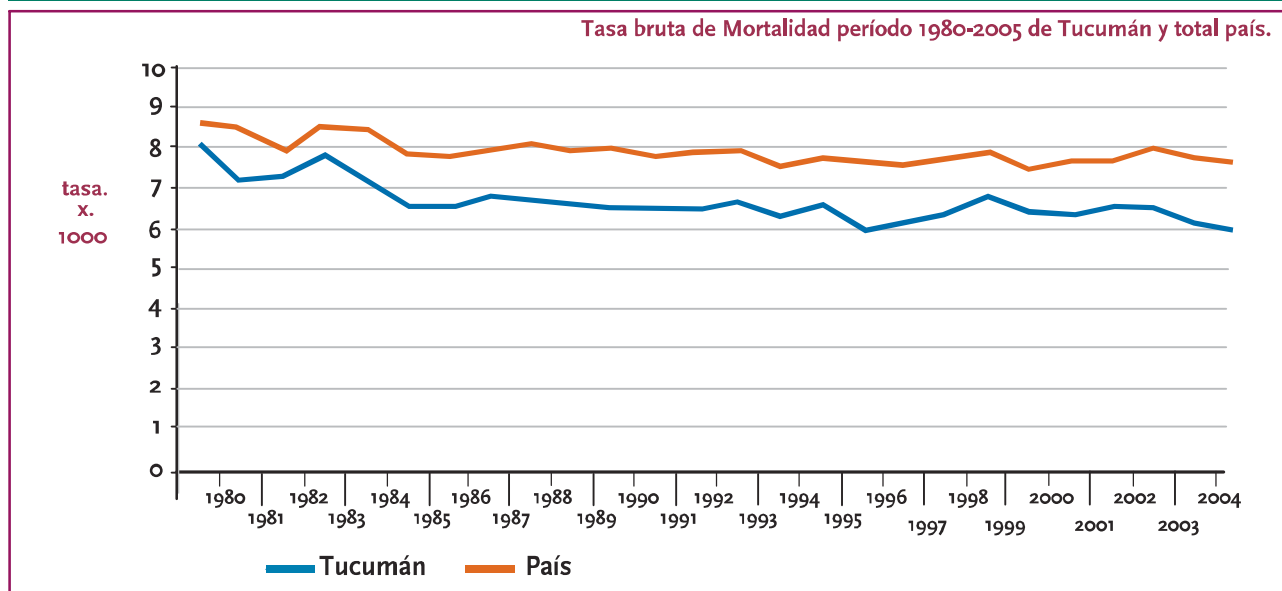
4.3 Situación de Salud

Análisis de la mortalidad general

La tasa bruta de mortalidad (TBM) en Tucumán presentó una tendencia decreciente desde 1980, acompañando las variaciones

manifestadas en el comportamiento de la mortalidad en el país.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL

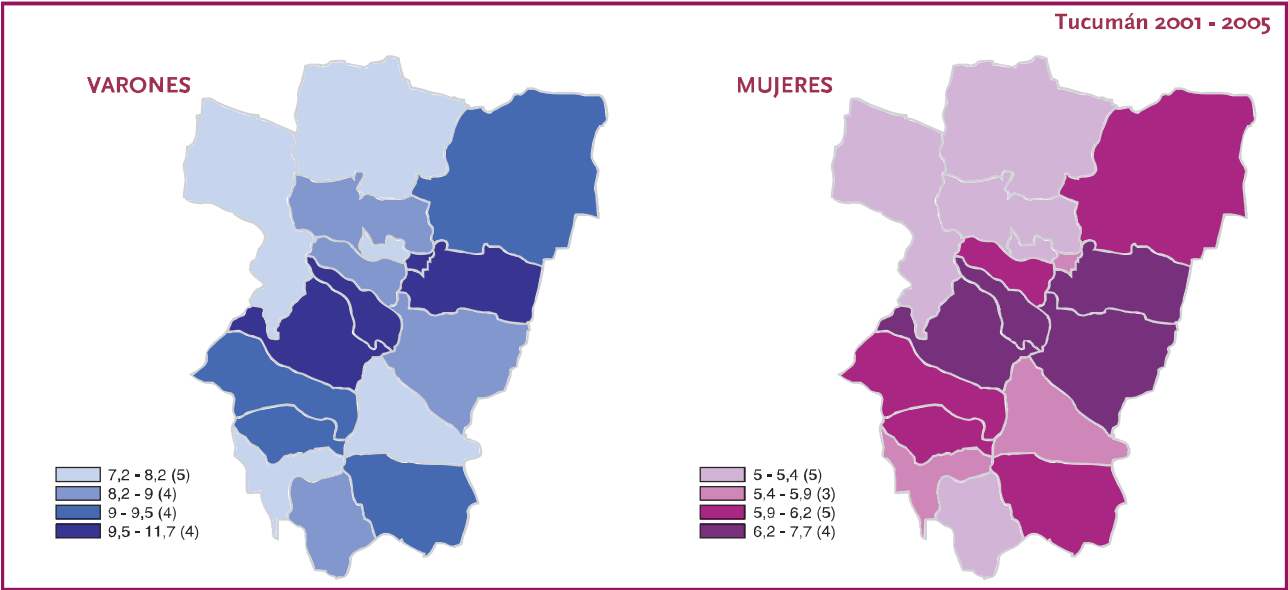


En el período 2001-2005, la tasa bruta de mortalidad general fue de 6,4 por mil habitantes; siendo mayor en varones (7,08 vs. 5,7). Por su parte, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 42 por mil nacidos vivos en 1980 a 16,2 en 2005. La tasa de mortalidad en el mismo período mostró variaciones

cuando se analizó por departamentos, mostrando diferencias al ajustar por edad*. Así, pudo observarse mayores cifras en los Departamentos de Famaillá, Cruz Alta y Monteros; y cifras menores en los Departamentos de Yerba Buena, Chicligasta y Tafí del Valle.

* Ajuste directo por edad. Se utilizó como población estándar a la estructura de población de Argentina para el año 2000. Ésta metodología se empleó en todos los casos.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD

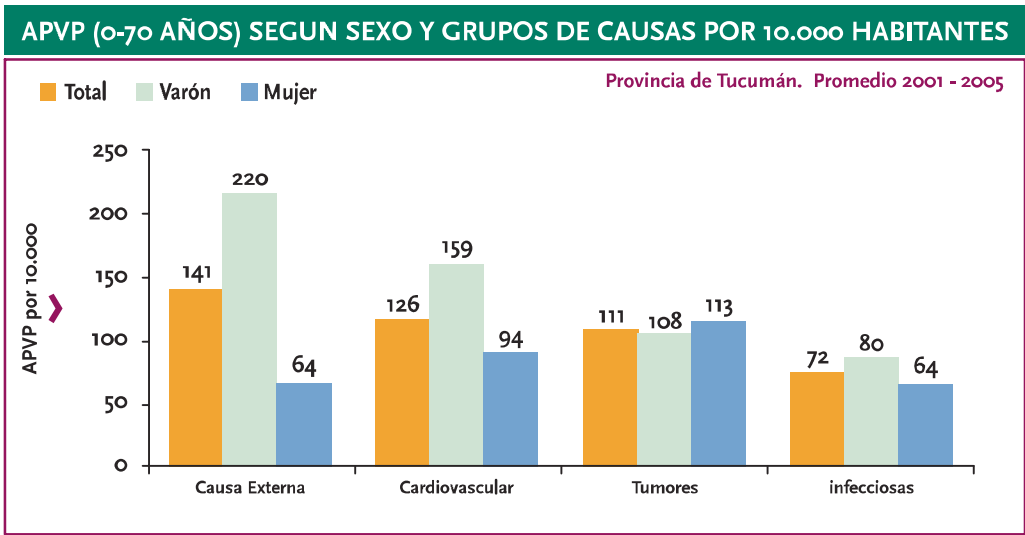


La edad de fallecimiento está estrechamente vinculada con la esperanza de vida al nacer y la mortalidad prematura, y de alguna manera, resume las inequidades y las brechas existentes entre los departamentos. En Tucumán, en el período 2001-2005 las personas fallecieron en promedio a los 63 años, y la mitad de las muertes ocurridas fueron antes de los 71 años. Si consideramos que la mitad de las muertes fueron en 1995 antes de los 68 años

y en 2005 antes de los 72, se observa el incremento en la esperanza de vida. Los promedios de edad de fallecimiento fueron levemente diferentes en los departamentos, siendo mejor en Departamento Capital (promedio 66 años) y peor en Burruyacu y Cruz Alta (Promedio 59 años). En estos dos últimos, la mitad de las muertes acaecieron antes de los 68 y 66 años, respectivamente, en el período 2001-2005 (Ver cuadro).

TASAS, EDADES DE MORTALIDAD Y APVP SEGUN DEPARTAMENTOS

POBLACION	Período 2001-2005, Tucumán				
	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	EDAD PROMEDIO DE MORTALIDAD	MEDIANA DE MORTALIDAD	APVP (0=70) por 1000 hab.
PROVINCIA	6,1	7,4	63	71	92,6
Burruyacú	6	7,8	59	68	112,7
Capital	6,8	7,5	66	72	90,1
Chicligasta	5,1	6,2	63	71	96,4
Cruz Alta	6,1	8,9	59	66	101,8
Famaillá	6,5	9,6	62	69	105,1
Graneros	7	7,7	62	69	112,2
J.B. Alberdi	5,4	6,7	62	69	88,8
La Cocha	5,3	6,9	60	68	96,6
Leales	6,5	7,4	62	70	103,8
Lules	4,8	7,2	61	69	80,1
Monteros	7,1	8,3	63	71	105,7
Rio Chico	5,9	7,7	64	71	88,0
Simoca	7,3	7	64	72	105,8
Tafi del Valle	6,1	6,2	64	75	97,8
Tafi Viejo	4,9	6,9	61	69	82,0
Trancas	6	6,7	61	72	103,6
Yerba Buena	3,8	6,3	60	67	67,8

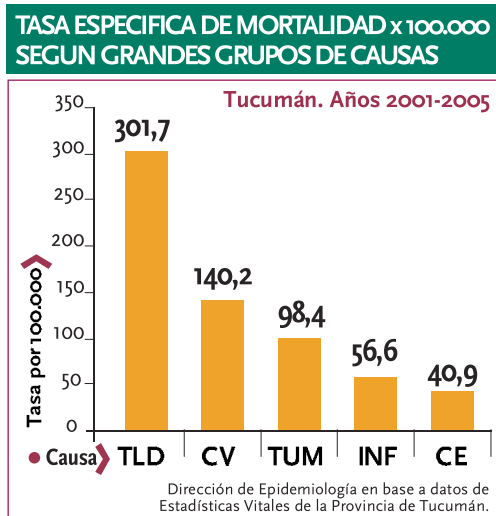


Durante el período 2001-2005 se perdieron 92,6 años por cada 1000 habitantes en Tucumán. Los Departamentos que presentaron una mayor mortalidad prematura fueron Burruyacu y Graneros con más de 110 APVP.

Los APVP por todas las causas en el período 2001-2005 fueron de 1167 por 10 mil habitantes en varones y 803 en mujeres. Al analizar por grandes grupos de causas, se observó mayor mortalidad prematura en varones sobre todo por causa externa, seguido por causa cardiovascular. Por su parte, en las

mujeres la mortalidad prematura fue mayormente por tumores y causa cardiovascular. Salvo en el caso por tumores, hubo mayor cantidad de APVP en el sexo masculino que en el resto de los grandes grupos de causas.

La mortalidad general en menores de 5 años se debió principalmente por bajo peso al nacer y Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido; ambos aportaron el 56% de peso entre las 10 primeras causas de muerte en este grupo de edad.



10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Tucumán período 2001 – 2005

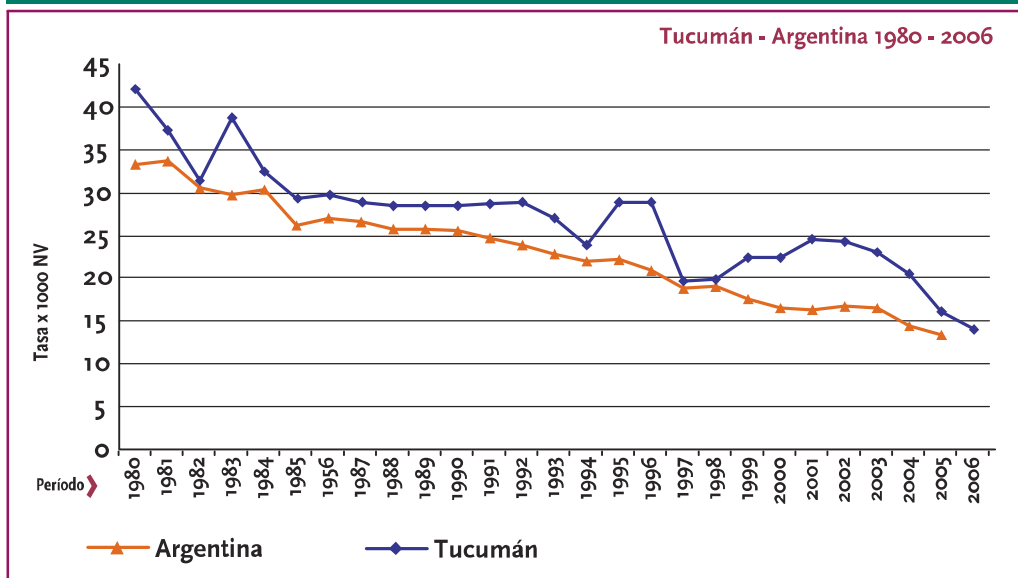
NUM		MUERTES	%
1	Bajo peso al nacer	689	34,5
2	SDR del recién nacido	428	21,4
3	Sepsis bacteriana del recién nacido s/e	223	11,2
4	Malformación congénita del corazón s/e	137	6,9
5	Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas	131	6,6
6	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	113	5,7
7	Septicemia s/e	106	5,3
8	Inmadurez extrema	75	3,8
9	Persistencia de la circulación fetal	54	2,7
10	Insuficiencia respiratoria	44	2,2
	TOTAL	2080	100,0

Mortalidad Infantil

Se puede observar que la Tasa de Mortalidad Infantil de la Provincia de Tucumán durante el período analizado (1980-2005) es superior en todos los años a la media nacional. Se observa una tendencia decreciente de esta desde 1980 (33,2‰ para Argentina, 42‰ para Tucumán) hasta el año 1997 (18,8‰ para Argentina, 19,6‰ para Tucumán), tanto en la tasa nacional como provincial. A partir de este año la tasa de mortalidad nacional mantiene su tendencia decreciente presentando su mínimo valor (13,3‰) en el año 2005; mientras que la tasa provincial comienza a partir del año 1999 con una tendencia creciente presentando un 22,5‰, marcando una gran diferencia entre la media nacional y la tasa de mortalidad infantil provincial, los valores para la provincia mantu-

vieron su crecimiento hasta alcanzar el 24,5‰ durante el año 2001, descendiendo a partir del año 2003 (23‰) hasta alcanzar el valor más bajo (16,2‰) en el año 2005. Se destaca una importante tendencia decreciente de este indicador en los últimos años analizados: desciende desde el año 2001 a 2005 un 34% (de 24,5‰ a 16,2‰). Además es fundamental resaltar el significativo descenso observado en los dos últimos años, marcando una diferencia del 21% la tasa del año 2005 (16,2‰) respecto a la del año anterior (20,5‰). Según datos preliminares de la Dirección de Estadística provincial se esperaba que esta descienda al 13‰ en el año 2006, alcanzando valores similares a los observados a nivel nacional.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL PROVINCIAL Y NACIONAL



Al analizar las tendencias de las tasas de mortalidad neonatal y post neonatal a nivel provincial, en comparación con el comportamiento de las mismas a nivel nacional, se observa que si bien en ambos niveles el componente neonatal es el que presenta valores superiores, éste muestra un descenso sostenido desde 1990 (15,6‰) a 2005 (8,9‰), siendo éste a nivel na-

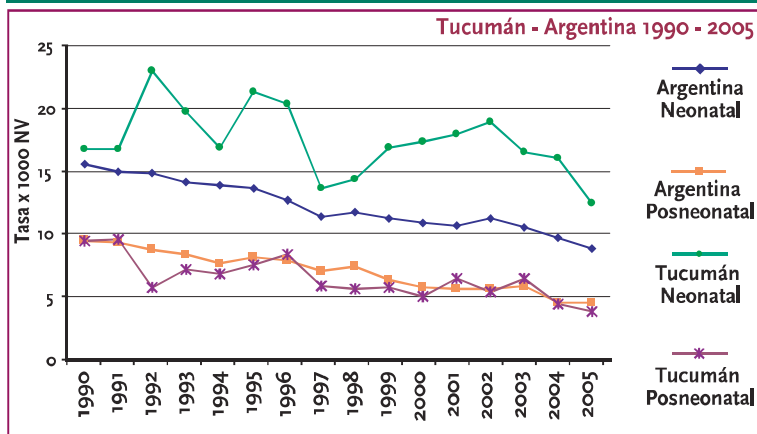
cional del 43%, mientras que la tasa neonatal provincial presenta una mayor variabilidad en los diferentes años y muestra un menor descenso (26%) durante el mismo período, siendo la tasa de mortalidad neonatal provincial de 16,8‰ en 1990 y 12,4‰ en 2005; se destaca que este indicador presenta una reducción significativa a partir del año 2003, presentando su

mínimo valor en el año 2006 (10,1‰).

En cuanto al componente postneonatal, los niveles provinciales de esta tasa mantienen tanto valores como una tendencia decreciente similares al registrado en la media nacional, destacándose un descenso del 52% (9,4‰ a 4,5‰) y 60% (9,5‰ a 3,8‰) a nivel nacional y provincial respectivamente desde 1990 hasta 2005, siendo ésta del 3,7‰ en el año 2006.

Se destaca que las marcadas diferencias de la tasa de mortalidad infantil que muestra la provincia de Tucumán, con respecto a la media nacional, se deben casi totalmente al componente neonatal, y que el descenso observado en los últimos años en la Tasa de Mortalidad Infantil se corresponden -en general- a la reducción de este componente.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL Y POSNEONATAL



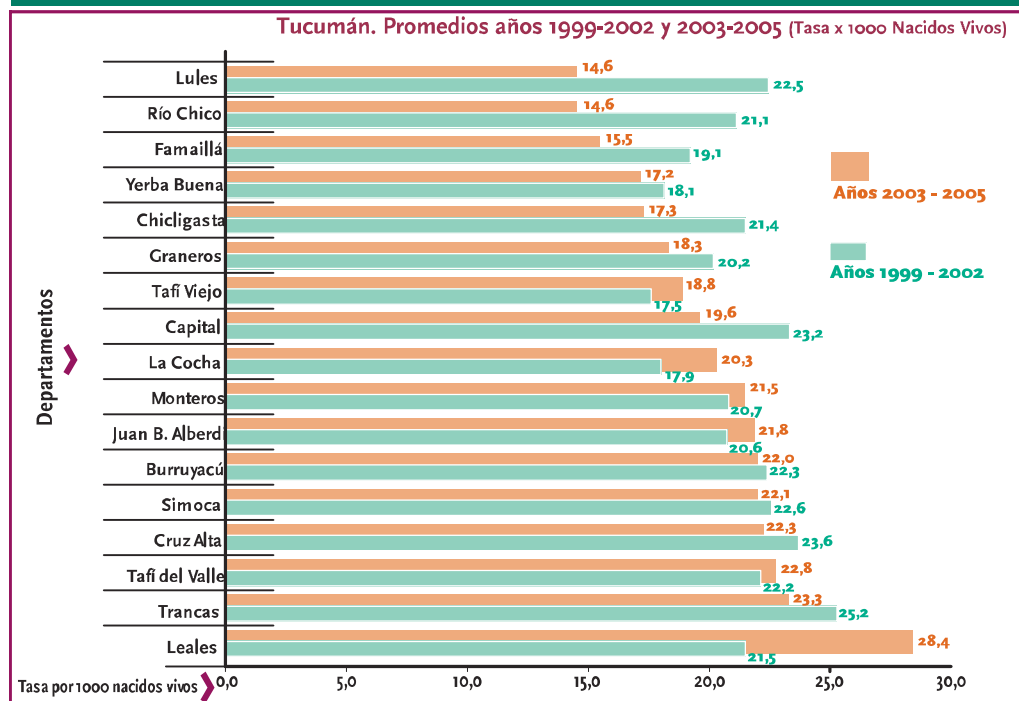
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTOS (TASA x 1000 NV)

DEPARTAMENTOS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Burruyacú	21,0	25,9	22,5	19,9	28,5	24,9	12,7
Cruz Alta	24,7	21,9	18,5	28,9	26,3	21,5	18,5
Chicligasta	17,8	27,8	16,6	23,0	18,4	17,2	16,1
Famaillá	15,9	25,7	16,3	18,5	18,2	11,9	16,8
Graneros	12,2	20,2	22,1	26,3	16,6	13,0	26,4
J.B. Alberdi	18,7	30,5	13,2	19,6	33,9	19,8	11,9
La Cocha	14,8	14,2	22,5	20,8	19,0	16,5	26,0
Leales	28,4	19,0	15,7	23,0	28,1	27,6	29,6
Lules	22,6	25,1	16,9	25,1	18,4	18,1	7,3
Monteros	22,5	19,3	17,5	23,3	20,8	26,6	17,2
Río Chico	23,6	21,6	24,2	15,8	15,1	19,3	9,3
Capital	24,0	23,2	19,0	26,7	23,7	20,9	13,9
Simoca	21,4	19,8	16,8	32,4	28,9	17,2	19,4
Tafi del valle	26,2	12,7	24,5	25,3	19,9	22,7	26,1
Tafi Viejo	22,3	15,5	14,1	18,3	20,4	16,0	20,1
Trancas	20,9	28,5	22,2	29,0	26,3	27,6	15,7
Yerba Buena	15,7	21,4	19,1	15,9	15,1	19,0	17,4
Provincia	22,5	22,4	24,5	24,3	23,0	20,5	16,4

Con el objetivo de analizar el comportamiento de la mortalidad infantil dentro de la provincia, se calcularon las Tasas por Departamento de residencia materna. Se encontró una gran variabilidad de esta tasa

al calcularla anualmente, debido principalmente a las bajas frecuencias observadas en el numerador (número de defunciones de menores de 1 año) en la mayoría de los departamentos.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTOS



Para tratar de disminuir la variabilidad de las tasas entre departamentos se calcularon las tasas promedios para los períodos 1999-2002 y 2003-2005.

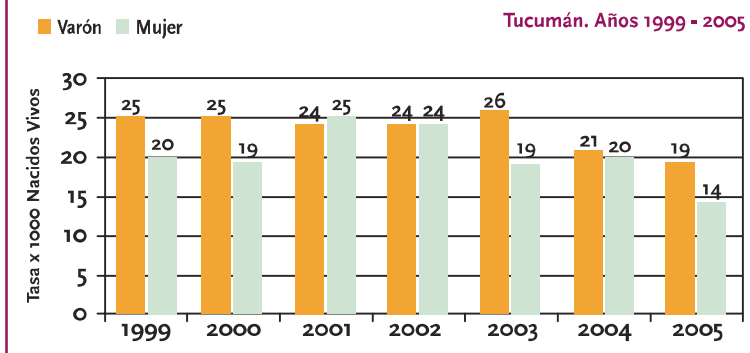
Los Departamentos en que se observaron las tasas más altas en el último período fueron Leales (28,4%), Trancas (23,3%) y Tafí del Valle (22,8%), observándose un incremento del 32% en Leales respecto al promedio anterior (21,5%). Se destaca que la mayoría de los Departamentos muestran una disminución de la Tasa promedio (35% en Lules y 31% en Río

Chico) ya que presentan las tasas más bajas registradas en el último período (14,6%). Para medir las diferencias entre Departamentos, se calcularon los Coeficientes de Gini para las Tasas promedios de los dos subperíodos estudiados. Se encontró que este es de 0,04 para las tasas correspondientes al período 1999-2002 y se incrementa a 0,08 para los años 2003-2005, determinando que en general, las diferencias de la tasa de mortalidad infantil entre Departamentos se incrementaron en el último período.

Se observa que en general la tasa de mortalidad infantil es mayor para el sexo masculino, esta diferencia se marcó más en el año 2003 (26‰ para varones y 19‰ para mujeres) y 2005 (19‰ para varones y 14‰ para mujeres), advirtiéndose también diferencias importantes en 1999 y 2000, a diferencia del período 2001-2002 y 2004, donde se observan tasas similares por sexo, destacándose que

en los dos últimos años se ve un importante descenso para ambos sexos. Al calcular la tasa promedio por sexo para el total del período estudiado, esta presenta valores más elevados en el sexo masculino (24‰ para varones y 20‰ para mujeres). Se podría afirmar que el riesgo de muerte durante el primer año de vida es superior para el sexo masculino (Razón de Tasas = 1,17 IC95% [1,1-1,25]).

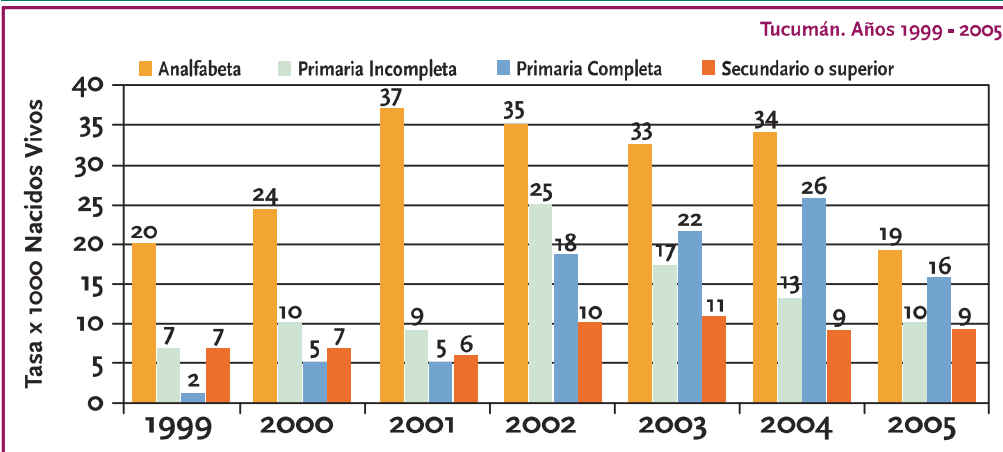
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN SEXO



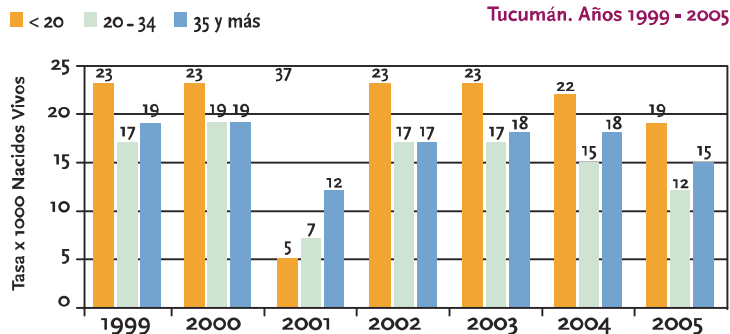
Se encontraron importantes diferencias en las tasas de mortalidad infantil específicas por nivel de instrucción materna presentando todos los años los valores más altos para el grupo de madres analfabetas. Esta diferencia es más marcada a partir del año 2001 (37‰), destacándose además que a

partir de este año se observa un mejor registro de esta variable. El analfabetismo materno es uno de los principales factores de riesgo en la mortalidad infantil, incrementando el riesgo de muerte entre 2 a más de 3 veces (Razón de Tasas = 2,6 IC95% [2 - 3,3], $p < 0.0001$).

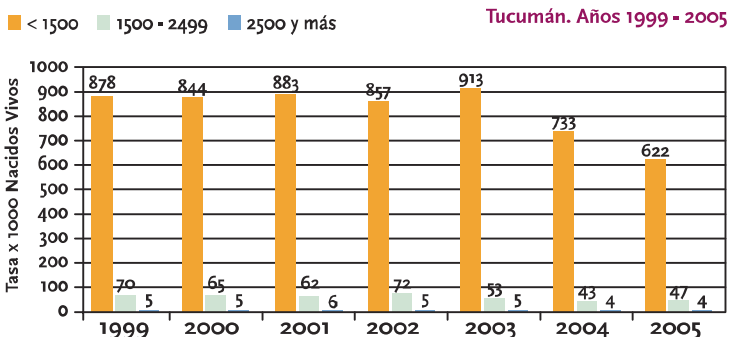
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE



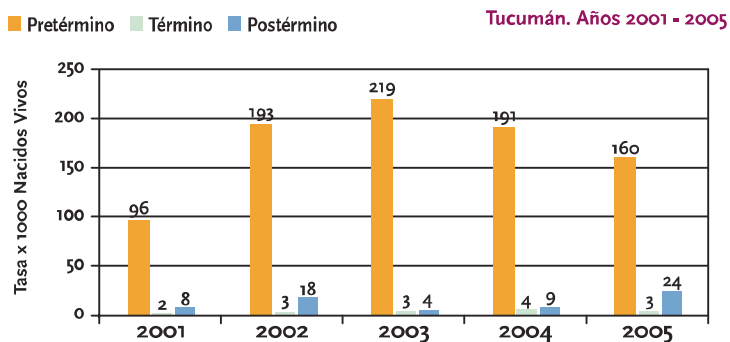
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDAD DE LA MADRE



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN PESO AL NACER



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDAD GESTACIONAL



Al calcular las tasas promedios para estos años se observa el significativo descenso de esta tasa a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre. Las Tasas de mortalidad infantil son significativamente mayores entre las madres menores de 20 años en todos los años estudiados, a excepción del año 2001, pero es importante destacar que en ese año se observó un alto porcentaje de datos faltantes (71%) en el registro de esta variable, motivo que limitó el cálculo de esta tasa. Al calcular la tasa promedio para el período se muestra que en general las tasas más elevadas se presentan en las edades extremas, afectando principalmente a los recién nacidos de las menores de 15 años (49,4‰), 15-19 años (19,1‰) y el grupo de mayores de 40 años (23,2‰). En general, se observa que el riesgo de muerte entre los recién nacidos de madres menores de 20 años es mayor ($RR=1,3$; $IC_{95\%}[1,2 - 1,4]$, $p<0,0001$), incrementándose este entre 2 y 4 veces en los menores de 1 año de madres con edades inferiores a los 15 años ($RR=3$; $IC_{95\%}[2,2 - 4,2]$, $p<0,0001$).

El peso al nacer y la edad gestacional son las variables que se relacionan directamente con la mortalidad infantil, especialmente en el período neonatal. Además, las tasas de mortalidad infantil más elevadas se presentan entre los nacidos con menos de 1500gr. y pretérminos.

La Tasa de mortalidad por peso presenta valores similares en los distintos años, destacándose el descenso observado en el año 2004 y 2005 para la tasa de mortalidad de los menores de 1500gr. La tasa de mortalidad de pretérminos muestra un incremento desde 2001 a 2003, mientras se observa un descenso en los dos últimos años.

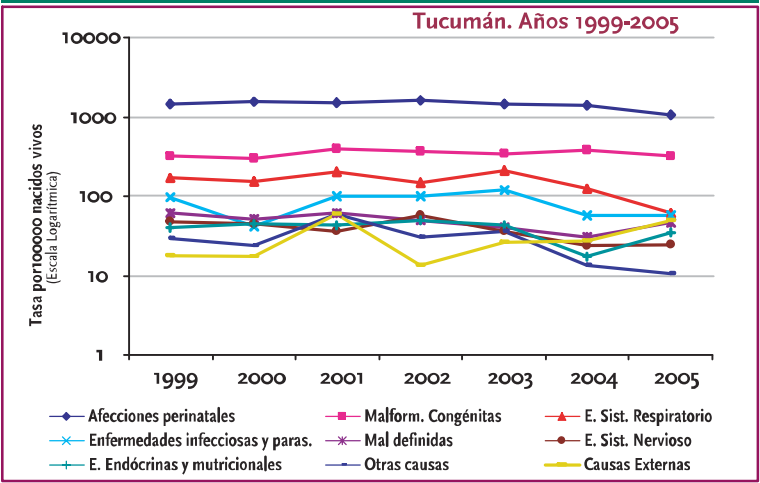
Es importante destacar que la variable edad gestacional fue incorporada a los datos de muertes infantiles a partir del año 2001, en el cual se observa un considerable subregistro de la misma (70%) disminuyendo este al 17% en 2004. Es por esto que las diferencias observadas en los primeros años se podrían deber principalmente a este problema.

FACTORES DE RIESGO PARA LA MORTALIDAD INFANTIL

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia en Defunciones < 1 año (N=603)	Frecuencia en Nacidos Vivos (N=28877)	TENDENCIA	RR (IC95%)
Edad de la Madre < 20 años	20 %	15 %	Sin cambios	1.4 (1.11-1.72)
Madre sin Instrucción o primaria	73 %	51 %	Sin cambios	2.6 (2.12-3.19)
Peso al nacer < 1500 grs.	64 %	0.43%	Descenso	110 (94-128)
Pretérmino	79 %	6%	Descenso	47 (38-58)

La principal causa de muerte infantil corresponde a las afecciones perinatales, y muestra la tasa específica por estas causas su máximo valor en el año 2002 (1614 ‰), y desciende hasta presentar un 1042‰ en el año 2005. Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil por malformaciones congénitas ocupa el segundo lugar en todos los años analizados, sin mayores variaciones en el período. En cuanto al tercer y cuarto lugar, se relacionan a las causas de muerte por enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades infecciosas, respectivamente. De esta manera, esta última mantiene valores similares durante el período estudiado, y muestra un descenso de la defunciones por enfermedades respiratorias en el último año (2005).

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS. TUCUMAN. (Tasa x 100.000 NV)

CAUSA DE MUERTE	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Afecciones Perinatales	1471	1566	1495	1614	1440	1377	1042
Malformaciones Congénitas	319	301	388	371	344	377	322
E. Sistema Respiratorio	170	154	203	147	212	122	60
Enf. Infecciosas y parasitaías	98	41	102	100	119	58	57
Mal definidas	62	51	62	50	40	31	46
E. Sistema Nervioso	47	44	36	57	36	24	25
E. Endócrinas y Nutrición	40	44	44	50	43	17	35
Otras causas	29	24	58	30	36	14	11
Causas Externas	18	17	58	13	26	27	50

Análisis de causas de mortalidad infantil según criterios de reducibilidad

► **Criterio de Reducibilidad:** se aplica a las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas fundamentalmente a través de los servicios de salud. Otras Causas es una categoría que incluye las defunciones cuyas causas no pueden ser asignadas a las categorías definidas.

SERIES REDUCIBLES EN PORCENTAJES									
SERIES	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de Defunciones Infantiles	555	582	645	693	701	750	708	614	465
Reducibles (%) >	64,50	63,40	67,60	62,91	58,77	67,87	64,27	61,73	66,67
Difícilmente reducibles (%) >	24,68	27,15	26,82	26,55	27,82	24,93	26,98	32,74	26,45
Otras causas (%) >	7,75	6,70	4,34	7,22	5,99	4,27	3,39	2,93	4,09
Causas desconocidas (%) >	3,06	2,75	1,24	3,32	7,42	2,93	5,37	2,61	2,80
Total de Defunciones Neonatales	387	417	492	544	524	586	517	484	336
Reducibles (%) >	70,03	68,59	69,72	66,36	64,12	71,16	66,92	65,70	68,35
Difícilmente reducibles (%) >	28,17	28,06	28,86	30,15	30,34	26,45	30,95	31,40	26,89
Otras causas (%) >	1,55	2,64	1,22	3,49	3,05	0,85	0,97	1,65	1,68
Causas desconocidas (%) >	0,26	0,72	0,20	0,00	2,48	1,54	1,16	1,24	3,08
Total de defunciones post-neonatales	168	165	153	149	177	164	191	130	111
Reducibles (%) >	51,79	50,30	60,78	50,34	42,94	56,10	57,07	46,92	61,11
Difícilmente reducibles (%) >	16,67	24,85	20,26	13,42	20,34	19,51	16,23	8,73	25,00
Otras causas (%) >	22,02	16,97	14,38	20,81	14,69	16,46	9,95	11,53	12,04
Causas desconocidas (%) >	9,52	7,88	4,58	15,44	22,03	7,93	16,75	4,99	1,85

Fuente: Departamento de Demografía y Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística

En términos generales, puede decirse que la mortalidad infantil podría reducirse bajo estos criterios en alrededor de un 65%, las neonatales en 68% y las posteneonatales en 55%, para el período analizado. Para el año 2005 hubo un incremento de proporción de muertes reducibles en los 2 componentes de la mortalidad.

Por primera vez, las anomalías congénitas ocupan el primer lugar dentro de las principales causas de muerte infantiles. Esto expresa una mejora de la mortalidad infantil, aproximándose a tendencias de países desarrollados.

DEFUNCIONES INFANTILES

Causa básica de muerte

- 1 Anomalías congénitas
- 2 Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias
- 3 Trastornos (fetales) relacionados con duración corta de gestación y con bajo peso al nacer
- 4 Infecciones originadas en el período perinatal
- 5 Enfermedades mal definidas
- 6 Otros problemas de recién nacidos

Fuente: Departamento Demografía. Dirección de Estadísticas de la Provincia

Mortalidad posneonatal

La mortalidad posneonatal que se presenta corresponde al total de muertes ocurridas en la provincia (año 2004), y no incluye análisis de aquellas muertes ocurridas después de los 28 días y cuya enfermedad se inició al momento del nacimiento (y que nunca fueron dadas de alta). Se presenta un resumen de los principales hallazgos en las historias clínicas sobre procesos de atención y análisis de percepciones de las familias de fallecidos, mediante entrevista domiciliaria.

Como puede observarse, la primera causa de mortalidad institucional fue la correspondiente a síndromes genéticos y malformaciones, asociadas ó no a aquellos. Dentro de las malformaciones, merecen destacarse las cardiopatías congénitas que ocupan un 50%.

En relación a las muertes no institucionales, la primera causa fue respiratoria, que sumadas a las muertes súbitas, acumulan un 83,5%.

En cuanto a las muertes ocurridas en hospitales del interior y CAPS, llama la atención un comportamiento similar a las no institucionales, y que podrían clasificar-se como “casi domiciliarias”.

MORTALIDAD POSNEONATAL POR OCURRENCIA Y CAUSA

Lugar de ocurrencia de muerte	Causa según CIE 10	total	%
Subsector Público (sin incluir instituto de maternidad)	Síndrome genético y mal formaciones	25	57
	Causa respiratoria	8	18
	Sepsis	6	13.6
	Muerte súbita	2	4.5
	Anemia	1	2.3
	Acidosis	1	2.3
	Accidente	1	2.3
Sub. total y % acumulados		44	100
Subsector Público (instituto de maternidad)	Síndrome genético y malformaciones	11	39
	Causa respiratoria	5	18
	Sepsis	5	18
	Bajo peso de nacimiento	3	11
	Hemorragia pulmonar	2	7
	Infarto intestino mesentérico	1	3.5
	Metabólica	1	3.5
Sub. total y % acumulados		28	100
Subsector privado	Síndrome genético y malformaciones	7	39
	Sepsis	4	22
	Causa respiratoria	3	17
	Bajo peso de nacimiento	2	11
	Miastenia	1	5.5
	Infarto intestino mesentérico	1	5.5
Sub. total y % acumulados		18	100
No institucionales	Causa respiratoria	11	61.5
	Muerte súbita	4	22
	Síndrome genético y malformaciones	2	11
	Sepsis	1	5.5
Sub. total y % acumulados		18	100
Fuente: Direccion provincial de estadísticas. Elaboración propia		Total	108 100

Mortalidad Materna

En Tucumán, a lo largo del período 1990-2005 se registraron 236 muertes maternas, con un promedio de 9 muertes anuales. Según lo analizado anteriormente, se observa una tendencia creciente de la tasa de mortalidad materna desde 1990 hasta 2003, lo que podría deberse en parte, a un mejor sistema

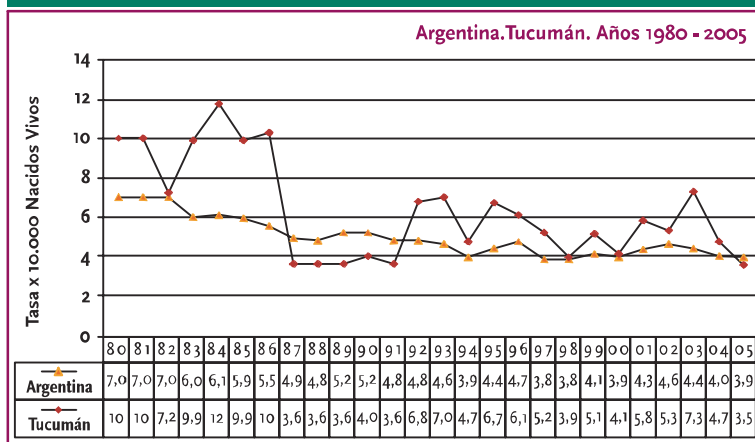
de registros de la provincia y mayor control de estos casos en los últimos años. Igualmente, es muy importante destacar el marcado incremento de la tasa en el año 2003, esta alcanzó el valor máximo observado (7.28‰) durante el período analizado. Además, descendió significativamente en 2004 y 2005 al 4.7‰ y 3.5‰, respectivamente; y presento -este último año- niveles similares a los observados en la tasa nacional.

Para el análisis de los factores asociados a la mortalidad materna se trabajó con la totalidad de muertes registradas en la provincia desde 1990 hasta 2003 (N=210 muertes maternas).

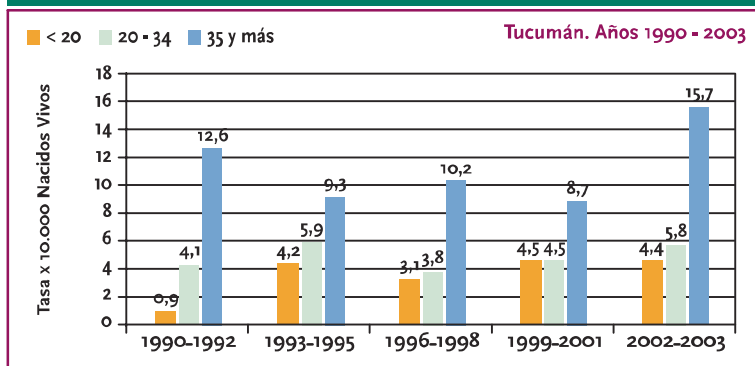
En cuanto al análisis de esta Tasa específica por edades, se mostró un significativo aumento de la misma con la edad de las pacientes, al igual que a nivel nacional. Asimismo, presentó los valores más bajos en el grupo de 15 a 19 años (3.5‰), incrementándose progresivamente hasta alcanzar el 15.2‰ entre los 40 a 44 años, y no registrándose ninguna muerte en edades de 45 años o más. Tampoco se observaron defunciones maternas en menores de 15 años.

Se observa un importante aumento de la tasas de mortalidad materna en todos los grupos etáreos, presentando un incremento del 385% en las menores de 20 años ya que la tasa promedio 1990-1992 era del 0.9‰, alcanzando el 4.4‰ en el período 2002-2003. En los restantes grupos etáreos también se observan incrementos significativos, siendo del 25% en las mayores de 35 años (12.6‰ a 15.7‰) y del 40% en el grupo de 20 a 34 años. En todos los períodos, la mayor tasa está representada por las mayores de 35 años, presentando los valores más elevados en el último período estudiado.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA



TASA DE MORTALIDAD MATERNA ESPECIFICA POR EDAD



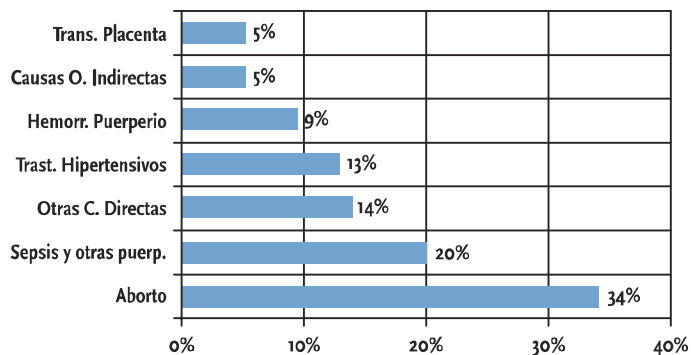
Del total de muertes analizadas a nivel provincial, el 34% (71) IC95% [27% - 41%] se debieron a embarazos terminados en abortos, al igual que a nivel nacional, la principal causa de las defunciones maternas. El segundo lugar lo ocupan las sepsis y otras puerperales con el 20%, siguiendo en orden de frecuencia otras causas obstétricas directas y los trastornos hipertensivos y con el 14% y 13%, respectivamente. El 9% de las defunciones maternas se debieron a hemorragias puerperales y 11 (5%) muertes a causas obstétricas indirectas.

También se destaca que del total de muertes maternas registradas en los años 2004 (15) y 2005 (11) la mayor frecuencia correspondió a embarazo terminado en aborto, representando el 42% (11) de estas defunciones.

Se observaron algunos cambios de las tasas de mortalidad materna específicas por causas en los distintos períodos estudiados, siendo en todos ellos la principal el aborto, y presentando un incremento del 28% (15.6‰ a 20‰). También los trastornos hipertensivos se incrementan en un 39% (6‰ a 7.2‰) y las sepsis y otras puerperales en un 58%. Es importante destacar el importante incremento de la tasa de muertes maternas por causas obstétricas indirectas en el último período alcanzando el 11.6‰, ya que hasta 1995 no se registraron muertes por esta causa. Se observa una disminución del 65% en la tasa de muertes por hemorragias puerperales y trastornos placentarios.

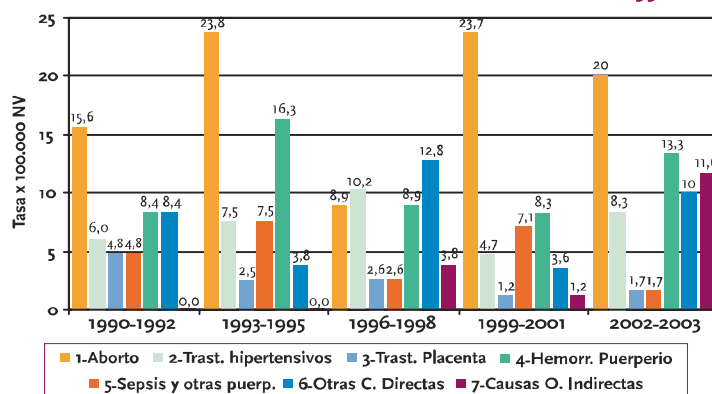
DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS POR CAUSAS

Tucumán. Años 1990 - 2003 (n=210)



TASA DE MORTALIDAD MATERNA ESPECIFICA POR CAUSAS

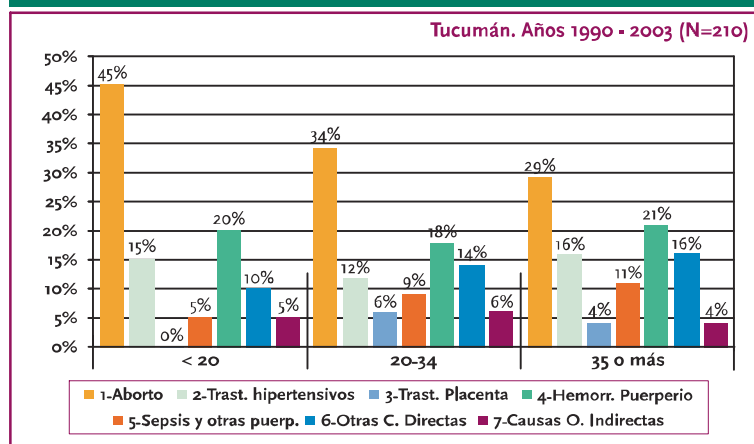
Tucumán. Años 1990 - 2003



En todos los grupos etáreos la mayor proporción de muertes están representadas por los embarazos terminados en aborto, siendo el 45% de las muertes maternas de menores de 20 años, el 34% de las de 20 a 34 años y el 29% de las mayores de 35 años. También, el segundo lugar en todos los grupos de edades lo ocupan las sepsis y otras puerperales siendo del 21% en mayores de 35 años y del 20% y 18% en las menores de 20 y de 20 a 34 años, res-

pectivamente. Ocupan el tercer lugar los trastornos hipertensivos, siendo esta causa más frecuente en las menores de 20 y mayores de 35 años, destacándose que entre las menores de 20 años no se registraron muertes por trastornos placentarios. No se encontró evidencia suficiente para afirmar que las proporciones de muertes por causas sean significativamente diferentes entre los grupos de edades estudiados (Test Chi Cuadrado, $p=0.962$)

DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS POR CAUSAS SEGUN GRUPO DE EDADES



Comparación de características socioeconómicas y perinatales de las muertes maternas con las embarazadas asistidas en el Instituto de Maternidad

Se compararon las características analizadas de las defunciones maternas registradas en el Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes, a lo largo del período estudiado (211). Para esto, se seleccionó como Grupo Control el total de embarazadas asistidas en la institución durante el año 2003 (12.563 embarazadas), obteniéndose estos datos del Sistema Informático Perinatal. En cada una de las variables, para poder analizar la relación, se excluyeron los datos faltantes de la misma tanto en los casos (muertes maternas) como en controles (total embarazadas asistidas en 2003).

Como fue analizado anteriormente mediante el cálculo de las tasas de mortalidad

materna específica por edades, la edad mayor a 35 años es uno de los principales factores asociados a la mortalidad materna.

Se encontró que el analfabetismo es significativamente superior entre las muertes maternas, ya que el 10% (21) presentó esta característica, mientras que sólo el 2% (205) de los controles fueron analfabetas. También se destaca que sólo 1 de los casos presentó nivel secundario, mientras que el 17% (2026) de los controles presentó este nivel de instrucción.

También se encontró que el estado civil se encuentra significativamente asociado a la mortalidad materna, observándose que la proporción de solteras es del 39% (78) de los casos y el 28% (3475) entre los controles.

COMPARACION DE PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN CASOS Y CONTROLES

FACTORES DE RIESGO	CASOS Muertes Maternas	CONTROLES Embarazadas Asistidas	OR	IC 95%	P
Edad > de 35 años	24 %	10 %	2.81	2.04-3.89	P<0.0001
Analfabetismo	10 %	2 %	6.76	4.21-10.84	P<0.0001
Sin pareja estable	39 %	28 %	1.59	1.20-2.12	P=0.0013
Multigesta (4 ó más gestas)	60 %	40 %	2.35	1.74-3.17	P<0.0001
Aborto (2 ó más)	35 %	25 %	2.14	1.40-3.28	P=0.0003
Antecedentes de Cesáreas (3 ó más)	7 %	3 %	2.41	1.34-4.27	P=0.0019
Período intergestación (< 2 años)	40 %	27 %	1.87	1.25-2.80	P=0.0029
Sin CPN	70 %	27 %	6.43	4.7-8.8	P<0.0001
Edad Gestacional < 20 semanas	36 %	16 %	3.06	2.27-4.12	P<0.0001
Terminación Embarazo / Aborto	41 %	14 %	4.19	3.13-5.62	P<0.0001

Entre los casos el mayor porcentaje de mujeres presentó 4 ó más gestas, representando el 60% (113) de estas, mientras que entre los controles, sólo el 40% (50/15) de las embarazadas fueron multigesta, encontrándose evidencia suficiente para afirmar que estas variables se encuentran significativamente asociadas.

El antecedente de abortos fue un factor significativo asociado a la mortalidad materna: se encontró que el 21% (40) y el 13% (25) de los casos presentaron antecedentes de 1 aborto y 2 ó más, respectivamente. Entre los controles, el 75% (95/15) no presentó este antecedente.

El contar con antecedentes de cesáreas previas es un factor asociado a la mortalidad materna. Se determinó que entre los casos, el 7% (13) presentó antecedentes de 3 ó más cesáreas, y entre los controles sólo se observó este antecedente en el 3% (3/69) de las embarazadas.

Se observó que entre los casos el 40% (40) de las muertes maternas presentó un período intergenésico menor a dos años y en el 23% (23) fue superior a los cinco años. Entre los controles, sólo en el 27% (27/89) se observaron períodos intergenésicos menores a 2 años, destacándose también, que en sólo

el 5% (4/75) fue superior a los 5 años, encontrándose esta variable se encuentra significativamente asociada a la mortalidad materna.

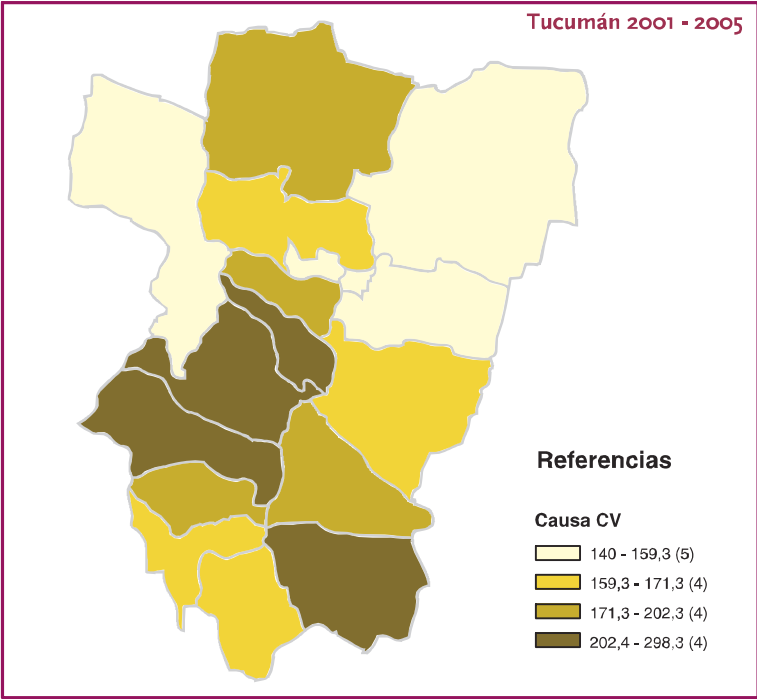
La ausencia de control prenatal es un factor significativamente asociado a las muertes maternas, ya que entre estas se destaca el alto porcentaje de casos sin control prenatal, alcanzando estos el 70% (134). Sólo el 7% (13) realizó más de 3 controles prenatales; mientras que entre los controles, sólo el 27% (29/16) nunca asistió a consulta y el 43% (47/19) lo hizo más de 3 veces.

En el 36% (70) de los casos y en el 16% (19/27) de los controles el embarazo finalizó antes de las 20 semanas de edad gestacional; esta característica se encuentra significativamente asociada a la mortalidad materna. También se encontró que la forma de terminación del embarazo se encuentra significativamente asociada a la mortalidad materna, se observó entre los casos que el 41% (78) terminó su embarazo en aborto y el 35% (67) en cesárea o fórceps y sólo el 24% (46) termina en forma espontánea. Mientras que entre los controles, el 14% (17/74) termina en aborto y el 61% (76/69) termina su embarazo en forma espontánea.

Mortalidad y Morbilidad por grandes grupos de causas

Causa Cardiovascular (CV)

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR CAUSA CV



Durante el período 2001-2005 la causa cardiovascular fue la mayor causa de muerte, seguida por las de causa tumoral (TUM).

La tasa bruta de mortalidad debido a causa cardiovascular tuvo una tendencia descendente en éste período, (de 149,5/100.000 en el 2001 a 125,8 en el 2005).

Al ajustar la tasa los departamentos que mostraron tasas de mortalidad más altas fueron: Famaillá (298), Monteros (212), Graneros (211) y Chicligasta (207). Los departamentos con menor NBI mostraron menores tasas en relación a los de mayor NBI.

La mortalidad por esta causa fue similar en ambos sexos hasta los 39 años, a partir del cual, el sexo masculino se diferenció progresivamente en los grupos de mayor edad.

Por su parte, en los niños menores de 5 años la tasa de mortalidad por causa CV fue del 5,5 por 100 mil habitantes; y la insuficiencia cardíaca s/e y la enfermedad cardíaca s/e aportaron el 61% en el peso de mortalidad entre las 5 primeras principales causas de muerte en este grupo de edad.

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR CAUSA CARDIOVASCULAR EN MENORES DE 5 AÑOS			
	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	%
1	Insuficiencia cardíaca s/e	15	46.4
2	Enfermedad cardíaca s/e	4	14.3
3	Hemorragia intracerebral	7	25.0
4	Cardiomiopatía, s/e	2	7.1
5	Insuficiencia cardíaca congestiva	2	7.1
Tucumán, periodo 2001-2005		28	100.0

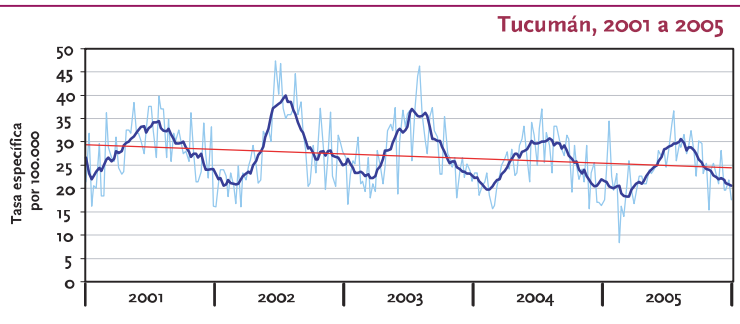
En el grupo de entre 5 a 19 años de edad, las tasas de mortalidad por causa CV fueron bajas en comparación con otros. A mayor edad la tasa se incrementó significativamente: de 88,5 por 100 mil habitantes a partir de los 45 años, hasta más de 1000 muertes después de los 74 años de edad.

En este último grupo las causas más frecuentes fueron debidas a accidente cerebrovascular e insuficiencia cardiaca, explicando la muerte de 75 personas por cada 100 mil habitantes en esa franja de edad. Al desagregar la tasa de éstas por departamentos, existieron diferencias significativas en su presentación: la tasa específica para mayores de 45 años en La Cocha (150/100.000) es la más alta, y baja en Yerba Buena (46,3).

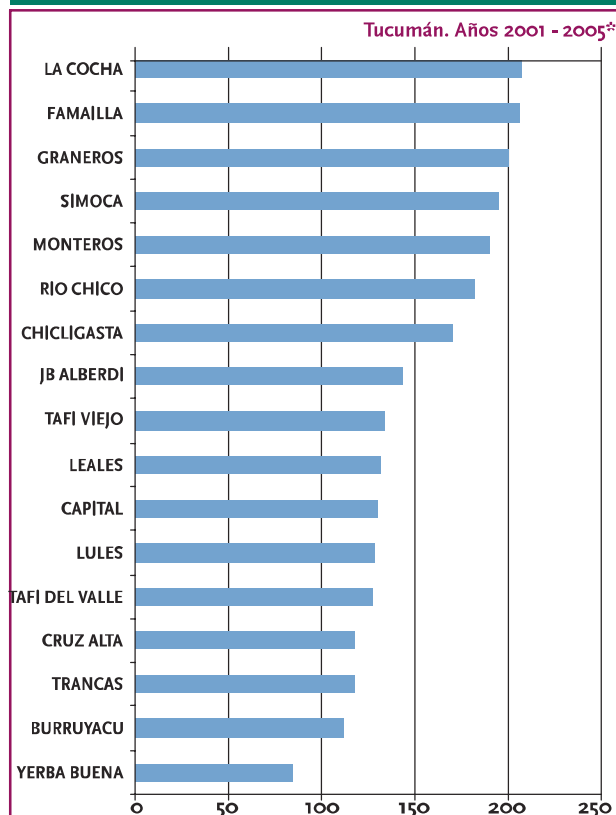
Las muertes por causa CV en relación al

tiempo muestran un comportamiento estacional, con un incremento en la ocurrencia de muertes a partir de marzo. Finalmente, alcanza niveles máximos en el mes de julio, para decrecer paulatinamente en noviembre.

TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CAUSAS CV

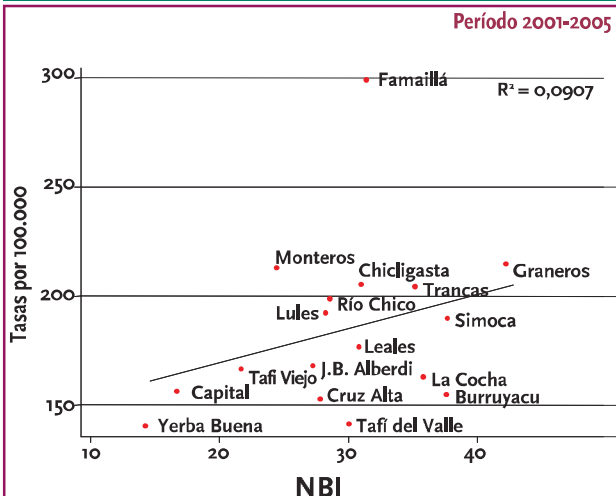


TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD x 10 PRIMERAS CAUSAS CV MAYORES DE 45 AÑOS x DEPTO.



* Dirección de Epidemiología sobre datos de Estadísticas Vitales de la Provincia de Tucumán.

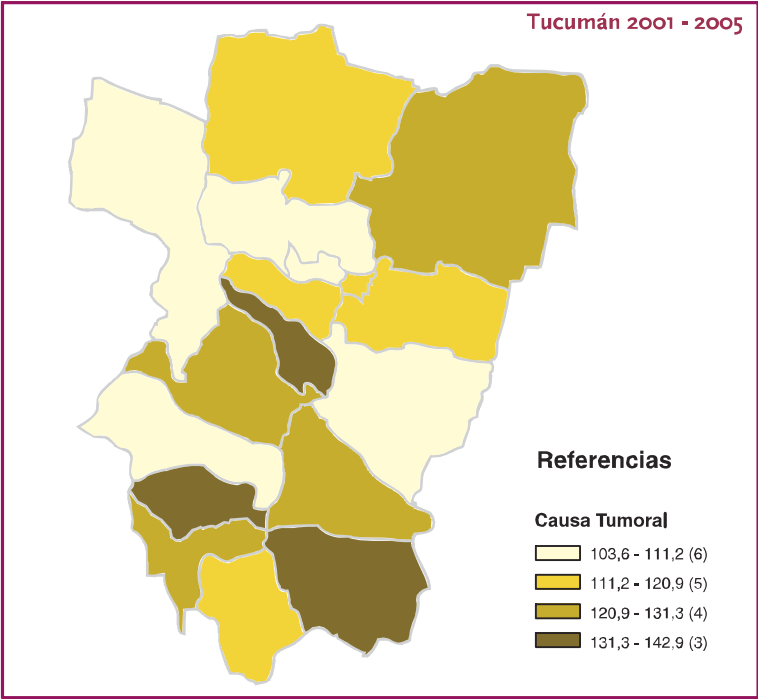
MORTALIDAD POR CAUSA CV AJUSTADA POR EDAD SEGUN NBI



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de Estadísticas Vitales de la provincia de Tucumán.

Tumores (TUM)

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR CAUSA TUMORAL



La tasa bruta de mortalidad por causa tumoral en el período 2001-2005 fue de 98,3 por 100 mil habitantes. No hubo cambios significativos en la mortalidad general por tumores en ése período. La tasa fue algo mayor en varones (102,4) que en mujeres (94,2). Las tasas mas altas se observan en los grupos de mayor edad, con diferencias entre sexos en distintas etapas de la vida. Entre los 25 a 54 años se observó un predominio (37%) de las mujeres, y a partir de los 60 años en adelante, el predominio (61%) fue en los varones.

Cuando se ajustaron las tasas, los departamentos que mostraron valores mas elevados fueron: Famaillá (143), Río Chico (141) y Graneros (139).

En los niños menores de 5 años la tasa bruta de mortalidad por causa TUM fue del 3,8 por 100 mil habitantes. Asimismo, la Leucemia y los tumores malignos del tejido nervioso figuran entre las principales causas de muerte en este grupo de edad.

En el grupo de entre 5 a 19 años de edad, la tasa específica de mortalidad por tumores fue de aproximadamente de 5 por 100 mil habitantes.

A mayor edad la tasa por causa tumoral se incrementa significativamente; de 135 por 100 mil habitantes, a partir de los 50 años, hasta más de 900 muertes por 100 mil después de los 74 años de edad.

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR TUMOR EN MENORES DE 5 AÑOS

CAUSA DE MUERTE		MUERTE
1	Leucemia	12
2	Cáncer de tejido nervioso	5
3	Cáncer de Hígado	2
4	Cáncer de abdomen	2
5	Cáncer de huesos	2
Tucumán, periodo 2001-2005		23

Cáncer broncopulmonar

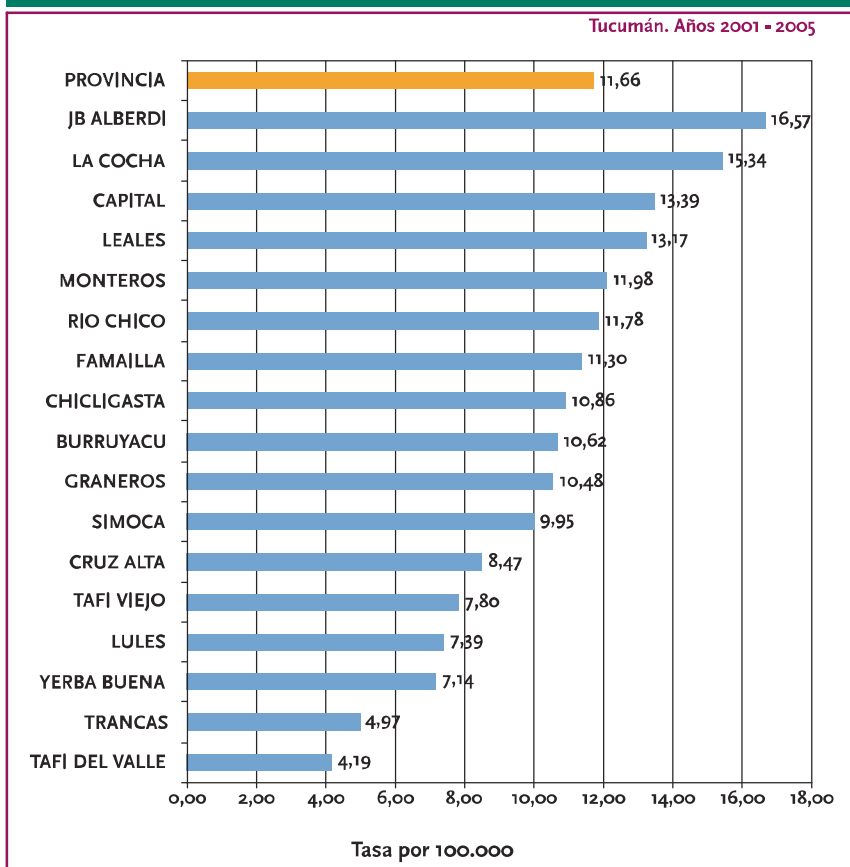
En los varones mayores de 19 años, las causas mas frecuentes de mortalidad por tumores fueron por cáncer broncopulmonar, de próstata, esófago y estómago; que en conjunto aportaron el 67% de peso entre las 10 primeras causas de muerte por tumores en esa franja de edad en varones.

Sin embargo, el cáncer broncopulmonar también es una de las principales causas de muerte en mujeres.

La tasa de cáncer broncopulmonar fue de 18 y 6 por 100 mil en varones y mujeres, respectivamente. Su comportamiento en los últimos años fue ascendente en los varones, de 16 a 20 por 100 mil en 2001 y 2005, respectivamente.

Se observaron mayores tasas en los departamentos de Juan Bautista Alberdi, La Cocha, Capital y Leales.

MORTALIDAD POR CANCER BRONCOPULMONAR SEGUN DEPARTAMENTOS



Medidas preventivas en mujeres

El cáncer de mama y de cuello uterino constituye dos de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres en Tucumán y el país. Existe evidencia sobre la efectividad del rastreo de estos cánceres para reducir las muertes por estas causas.

La realización sistemática de mamografía en mujeres mayores de 40 años reduce la mortalidad por cáncer en un 16%, siendo mayor la reducción (20% y 30%) en términos relativos en mujeres mayores de 50 años.

Entre el 40% a 60% de las muertes por cáncer de cuello uterino pueden ser evitadas por la práctica periódica de Papanicolau (PAP), seguido de tratamientos eficaces.

No existe acuerdo entre diferentes guías de práctica clínica sobre la edad y frecuencia de realización de mamografía y PAP. La USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) recomienda una periodicidad de 1 a 3 años para el PAP de acuerdo al riesgo desde los 21 años (ó de 3 años de relaciones sexuales) hasta los 65 años. Otras guías recomiendan tests cada 3 años ó más si las dos primeras citologías son negativas.

La misma guía recomienda la realización de mamografía cada 1 ó 2 años a partir de los 40 hasta los 70 años.

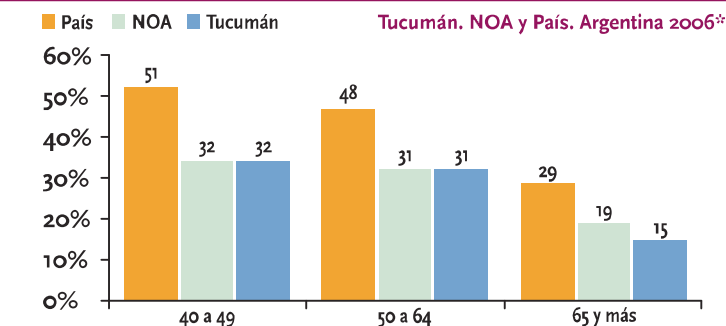
En la ENFR se relevó la realización de mamografía y PAP; y el tiempo transcurrido desde el último estudio realizado.

En Tucumán el 26,7% de las mujeres mayores de 40 años se realizó una mamografía en los últimos dos años. Asimismo, a nivel nacional la frecuencia fue del 42,7% y marcadamente más elevada en la Ciudad de Buenos Aires (66,9%). La práctica decrece con la edad, situación observada en el NOA y el país.

La realización de mamografías en mujeres mayores de 40 años, estuvo directamente relacionada con el nivel de ingreso (18,6 a 59%) y el nivel de instrucción (15 a 45%); esta situación se observó en el NOA como en el país. Cabe considerar, que la educación suele estar relacionada además con el nivel de ingreso. La cobertura de mamografía probablemente esté relacionada con la disponibilidad de mamógrafos y capacidad operativa para poder practicarse.

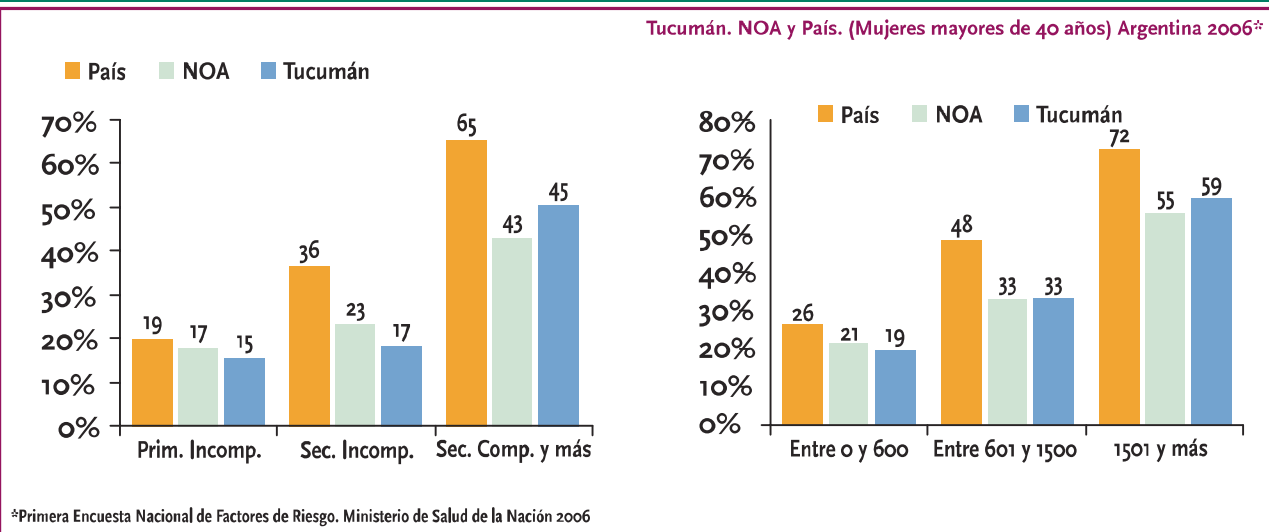
En cuanto a la realización del PAP, en los últimos 2 años en Tucumán la frecuen-

REALIZACION DE MAMOGRAFIAS EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS SEGUN GRUPOS DE EDAD



²Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación 2006

REALIZACION DE MAMOGRAFIAS EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS SEGUN EL NIVEL DE INGRESO Y NIVEL DE INSTRUCCION



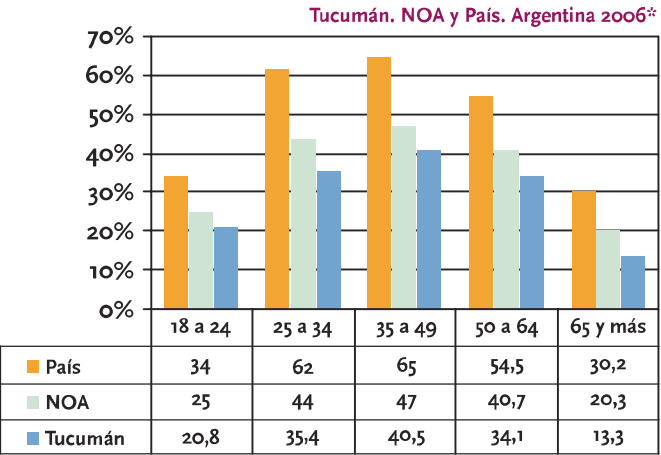
cia fue del 30%, cuando en el NOA fue del 37% y del 52% en el país. Al igual que para mamografía, las mujeres de mayor ingreso y mayor nivel educativo reportaron mayor realización de PAP. Probablemente se visualizan las poblaciones más vulnerables con menor acceso a servicios cuando se observa esta relación. Por otro lado, se observó mayor frecuencia de realización en los grupos medios de edad.

El Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama y el Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino que funciona en el Ministerio de Salud de la Nación, tiene como objetivo reducir la mortalidad por cáncer de mama, de cuello uterino, y prevenir el carcinoma invasor a través de la detección, diagnóstico y trata-

miento temprano de la enfermedad en sus etapas preinvasoras. Además, tiene como objetivo garantizar el tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida y sobrevivencia en las pacientes con éstos tipos de cáncer.

El subprograma propone la realización de PAP en el contexto de una pesquisa de masa organizada a partir de los 35 años hasta los 64 años, con intervalos de 3 años. La meta planteada originalmente fue lograr una cobertura del 90% para el 2006, de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años. Desde el año 2003 se llevan a cabo acciones de fortalecimiento de programas de detección de cáncer de cuello en Tucumán y otras provincias que organizaron sus programas consolidando equipos capacitados, e implementando controles de calidad de laboratorios. Al

REALIZACION DE PAP EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS
SEGUN GRUPOS DE EDAD



*Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación 2006

mismo tiempo, se desarrolló una herramienta informática (SIPAP) para la gestión de la información. Por otro lado, el Programa Médico Obligatorio incluye la realización de programas de prevención, dentro de los cuales, se incluye la de mamografía y PAP.

El cáncer de mama, cuerpo y cuello uterino se hallan entre las causas más frecuentes de mortalidad por tumor entre las mujeres; las tres causas aportaron el 46% de peso entre las primeras 10 causas de muerte por causa tumoral en mujeres.

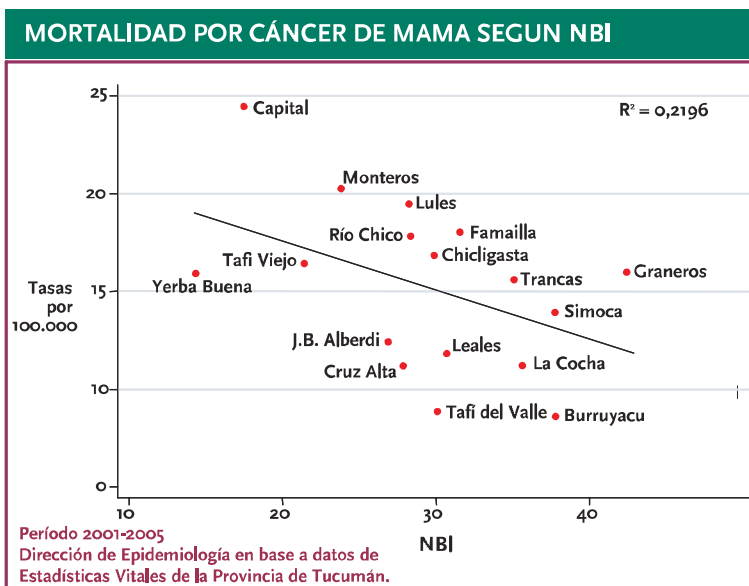
10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR
TUMOR EN MUJERES

	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	%
1-	Cáncer de mama	669	30,6
2-	Cáncer de hígado	200	9,1
3-	Cáncer de útero	191	8,7
4-	Cáncer de bronquio o pulmón	189	8,6
5-	Cáncer de colon	183	8,4
6-	Cáncer de páncreas	174	8,0
7-	Cáncer de lugar no especificado	156	7,1
8-	Cáncer de cuello de útero	148	6,8
9-	Cáncer de ovario	142	6,5
10-	Cáncer de estomago	134	6,1
	Tucumán, periodo 2001-2005	2186	100,0

Mortalidad por Cáncer de mama

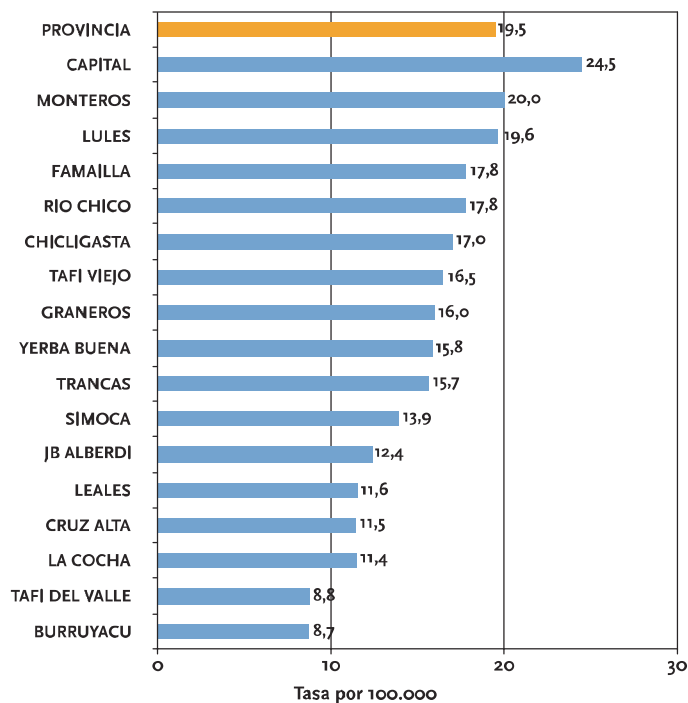
El cáncer de mama en Tucumán es la tercera causa de muerte en mujeres mayores de 20 años y la primera por causa tumoral, y su frecuencia se incrementa con la edad. La tasa de mortalidad por cáncer de mama durante el período 2001-2005 fue de 18,6 por 100 mil mujeres, con un leve ascenso en los últimos años, de 18 por 100 mil en

2001 a 20 en 2005. En la proyección general, la tendencia es ascendente de no mediar cambios en la cobertura de métodos de tamizaje y tratamiento precoz y completo. Su ocurrencia por departamentos se muestra. Por otra parte, los departamentos con mejor NBI mostraron tasas mas elevadas de cáncer de mama.



TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA SEGUN DEPARTAMENTOS

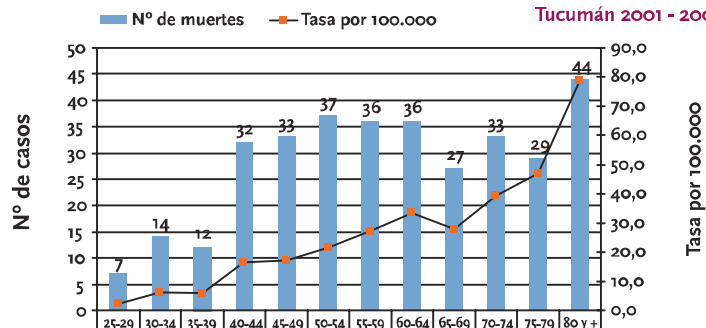
Tucumán. Años 2001 - 2005



Mortalidad por cáncer de útero s/e y cuello uterino

MORTALIDAD POR CANCER DE UTERO S/E Y CUELLO UTERINO SEGUN GRUPOS DE EDAD

Tucumán 2001 - 2005



El cáncer de cuello uterino constituye una de las principales causas de muertes de mujeres en Tucumán y el país. Está demostrado el rol importante que juega el virus Papiloma Humano (HPV) en la incidencia del cáncer de cuello. Los factores de riesgo pueden actuar de diversas maneras: a través de sexo inseguro, la precocidad sexual y las parejas múltiples, incrementando el riesgo de HPV; el hábito tabáquico, a partir del carácter oncogénico de la nicotina; la multiparidad y otros, por diferentes mecanismos.

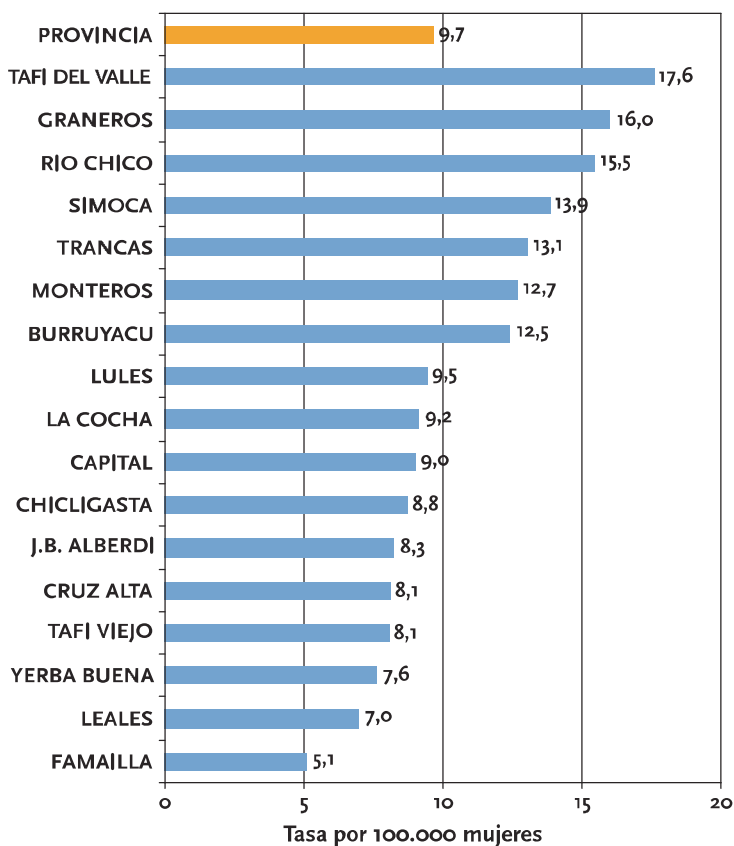
La tasa específica de mortalidad por cáncer de útero sin especificar y cuello uterino en el período 2001 a 2005 fue de 9,7 por 100 mil mujeres, con tendencia general descendente

en el período de 13,6 a 8,6 en 2001 y 2005, respectivamente. Por su parte, los departamentos que presentaron mayores valores fueron Tañ del Valle, Graneros y Río Chico.

Además, los dos tipos de cáncer se presentaron sobre todo a partir de los 25 años en adelante, con mayor riesgo a medida que aumenta la edad.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE ÚTERO S/E Y CUELLO UTERINO SEGÚN DEPARTAMENTOS

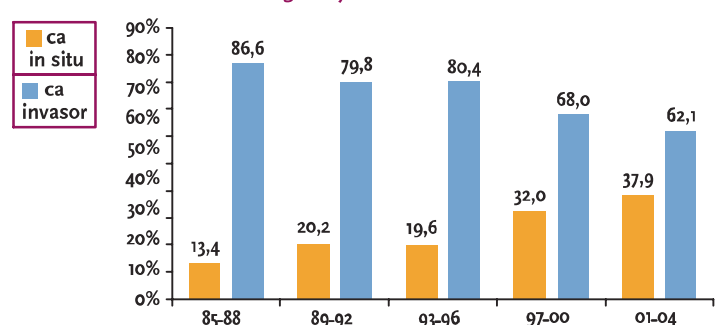
Tucumán. Años 2001 - 2005



En el Centro de Registro y Referencia de Cáncer Genitomamario del Hospital Centro de Salud, hubo un incremento -desde 1985- en la detección de neoplasias intraepiteliales cervicales uterinas grado III (CIN III) o carcinoma in situ en relación a la detección del carcinoma invasor. La detección de la enfermedad invasora en estadios más tempranos tiene como consecuencia una mejoría en la sobrevida y calidad de vida de las pacientes.

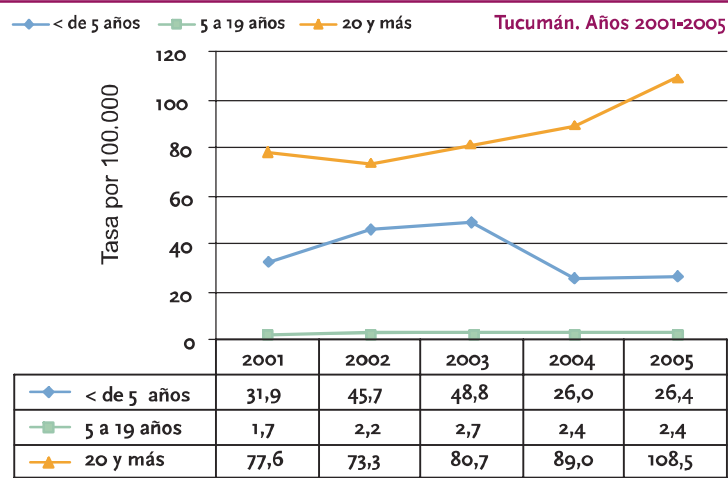
DETECCIÓN DE TIPO DE CARCINOMA CERVICOUTERINO SEGÚN PERÍODOS

Centro de Registro y Referencia Cáncer Genitomamario Tucumán



Causas Infecciosas

TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CAUSA INFECCIOSA SEGÚN GRUPOS DE EDAD



Dirección de Epidemiología en base a datos de Estadísticas Vitales de la Provincia de Tucumán.

Tucumán experimentó una tendencia ascendente en la mortalidad por causa infecciosa; de 50,4 por 100 mil habitantes en el año 2001 a 69,6 en 2005. Esta tendencia se presentó en personas mayores de 20 años.

La mortalidad en general no mostró diferencias significativas según sexo; pero a partir de los 20 años de edad en adelante, se observó un leve predominio en los varones.

Las tasas ajustadas por edad mostraron que los departamentos de Cruz Alta, Famallá y Burruyacu fueron las que tuvieron tasas más altas de mortalidad por causa infecciosa.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS INFECCIOSAS EN MENORES DE 5 AÑOS

	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	%
1-	Septicemia s/e	106	48,8
2-	Bronquiolitis s/e	19	8,8
3-	Meningitis s/e	16	7,4
4-	Diarrea infecciosa	15	6,9
5-	Bronconeumonía s/e	15	6,9
6-	Neumonía s/e	12	5,5
7-	Sífilis congénita	12	5,5
8-	Meningitis bacteriana s/e	9	4,1
9-	Coqueluche	7	3,2
10-	Infección bacteriana s/e	6	2,8
	Tucumán, periodo 2001-2005	217	100,0

En los menores de 5 años la tasa específica de mortalidad en el período 2001-2005 fue de 36 por 100 mil habitantes; y la causa más frecuente por causa infecciosa fue debida a septicemia no especificada, que aportó el 49% de peso entre las 10 primeras causas de muerte en éste grupo de edad.

La septicemia sin especificar ocupa el séptimo lugar entre las 10 primeras causas de muerte por todas las causas en menores de 5 años. En el grupo de edad de 5 a 19 años la causa principal de muerte por causa infecciosa fue la septicemia no especificada; que explica el 50% de las muertes entre las 10 primeras.

En mayores de 19 años las causas mas frecuentes fueron por infecciones de vías aéreas inferiores, neumonías y bronconeumonías; éstas explican el 84% de las muertes entre las 10 primeras por causa infecciosa.

Las muertes por septicemia en Tucumán mostraron una tendencia ascendente, de 241 a 348 por 100 mil en el año 2001 y 2005, respectivamente.

En general, en lo que concierne al comportamiento estacional de las muertes por causa infecciosa, se observó una curva bimodal con picos en la época estival e invernal.

Tuberculosis

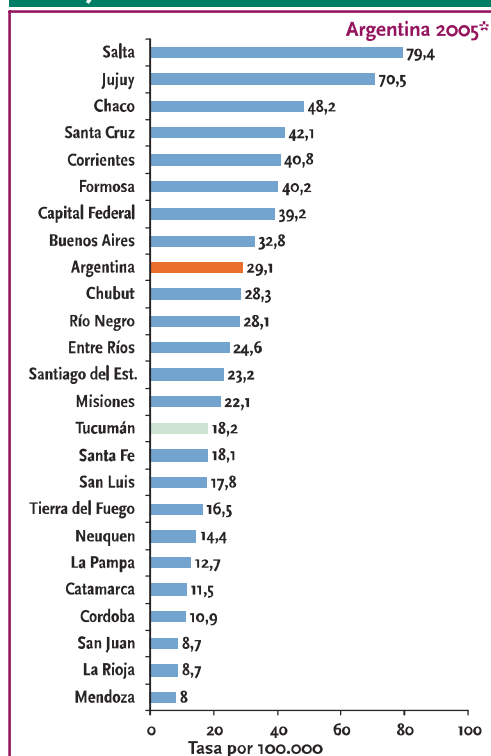
La TBC reemerge en países del primer mundo con la aparición de la pandemia HIV/Sida, y además, en los países subdesarrollados siempre se comportó como una enfermedad endémica, agravándose la situación por la presencia cada vez más frecuente de la TBC multiresistente.

En la Provincia, la tendencia de notificaciones de casos de TBC en general fue descendiendo, aunque la de origen pulmonar tuvo fluctuaciones periódicas desde 1985. Se puede considerar que haya un subregistro en la notificación de nuevos casos. Sin embargo, la tasa por TBC total descendió de 23,4 por 100 mil en 2001 a 19,7 en 2005. En el mismo periodo el descenso a nivel país fue de 30,6 a 29,1, respectivamente.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE POR INFECCIONES EN MAYORES DE 19 AÑOS

	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	%
1-	Infección aguda vía aérea Inf.	899	56,3
2-	Neumonía n/e	287	18,0
3-	Bronconeumonía n/e	153	9,6
4-	TBC pulmonar	90	5,6
5-	Hepatitis C	44	2,8
6-	Chagas	41	2,6
7-	Meningitis n/e	28	1,8
8-	VIH	24	1,5
9-	Meningitis bacteriana	16	1,0
10-	Diarrea infecciosa	14	0,9
	Tucumán, periodo 2001-2005 Total	1596	100,0

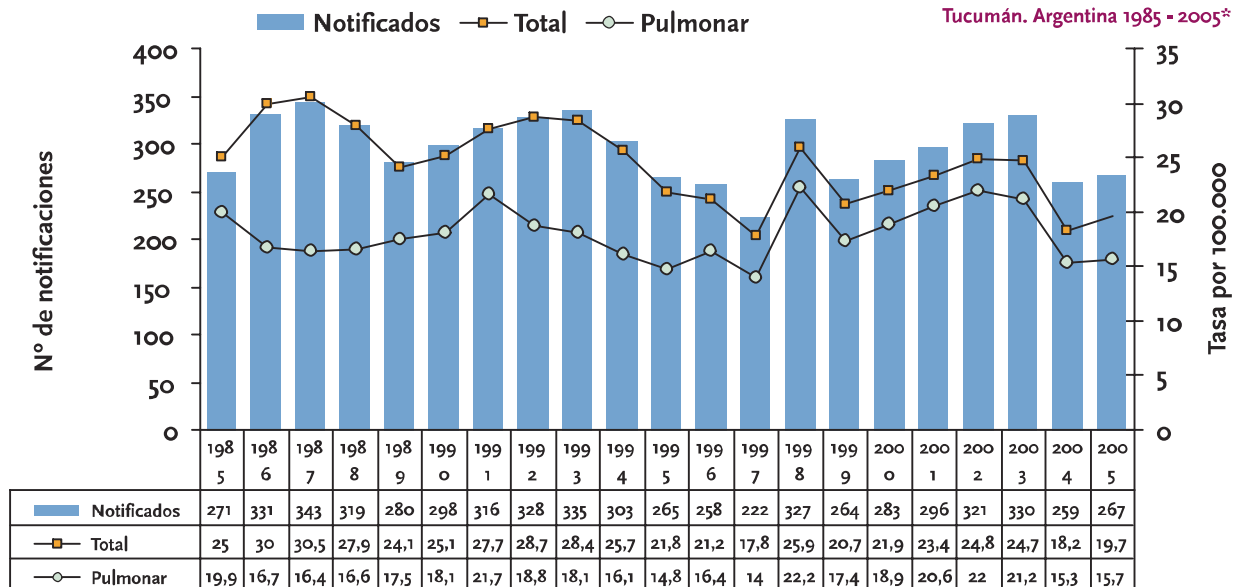
TASA POR 100.000 DE TBC POR JURISDICCIONES



† Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en datos del programa de control de la Tuberculosis de la Provincia de Tucumán

TENDENCIA DE NOTIFICACION DE CASOS DE TUBERCULOSIS, NUMERO Y TASAS x 100.000 HABITANTES

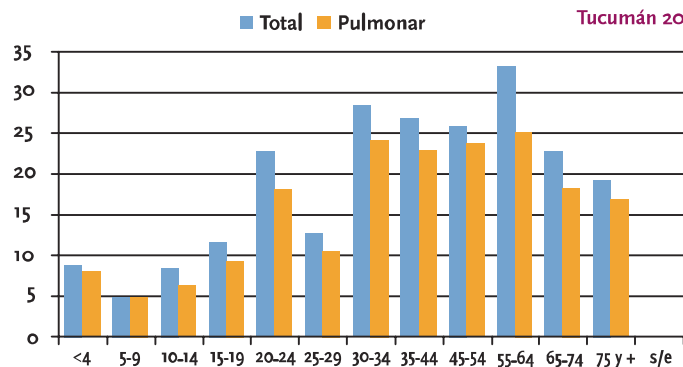
Tucumán, Argentina 1985 - 2005*



* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en datos del programa de control de la Tuberculosis de la Provincia de Tucumán.

TASA DE INCIDENCIA POR 100.000 DE TBC Y DE FOCO PULMONAR SEGUN GRUPOS DE EDAD

Tucumán 2005*



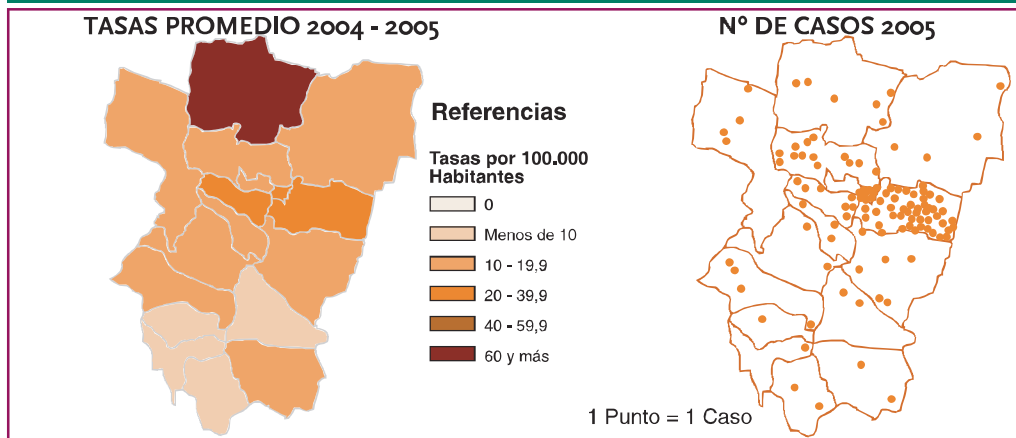
* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en datos de la Tuberculosis de la Provincia de Tucumán, Argentina.

En el Año 2005 se notificaron 267 casos de Tuberculosis en toda la provincia, la mayoría de ellos (84%) con localización pulmonar, y 69% de estos tuvieron confirmación Bacteriológica.

La mayor parte (85%) de los casos pulmonares fueron en mayores de 15 años. En el análisis se observa un comportamiento trimodal en relación a la edad, con picos en el grupo de menores de 4 años, en el grupo de 20 a 24, y a partir de los 30 años en adelante. Estos grupos de mayor edad constituyen una fuente de infección para la población sana.

En 2005 se examinaron 3049 personas sintomáticas mayores de 15 años de edad. El valor representa el 40% de los sintomáticos respiratorios, cuando se estima que debería ser del 70%, mínimamente.

DISTRIBUCION DE CASOS DE TBC POR DEPARTAMENTO



Distribución de casos de TBC por Departamento

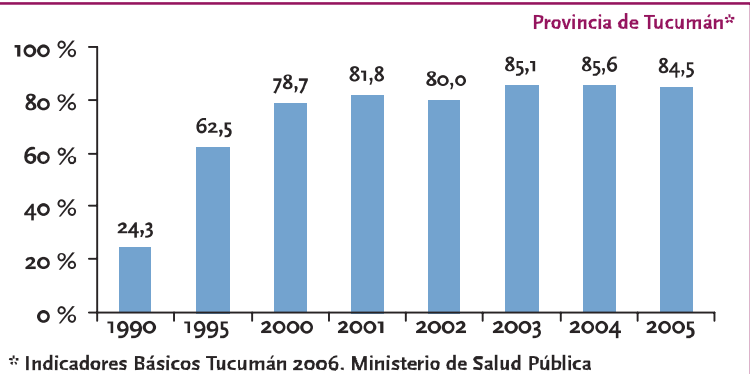
Al desagregar los casos por departamentos en los años 2004 y 2005, se observaron tasas altas en Trancas (46,60), Cruz Alta (28,8), Capital (22,31) y Lules (20,54).

Por otra parte, los casos de TBC que fueron detectados y curados con tratamiento Directamente Observado (DOT), en general tuvieron una tendencia ascendente.

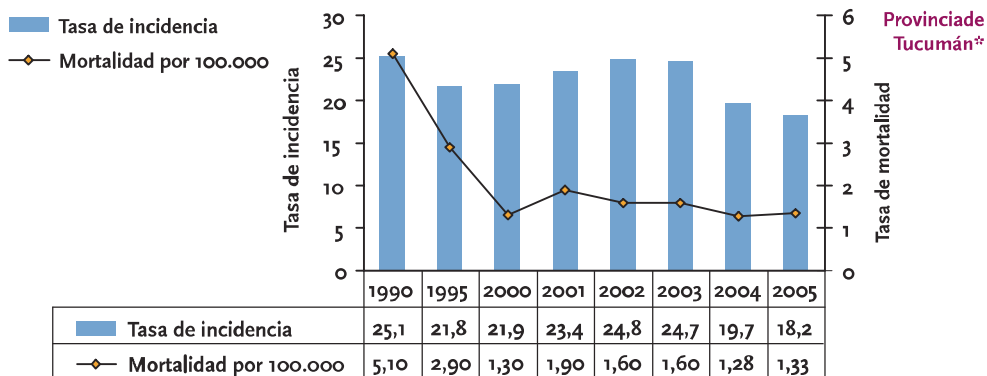
Mortalidad por TBC

La tasa de mortalidad tuvo un descenso desde 1990, cuando fue de 5,10 por 100 mil hasta 1,9 en el 2001, y de 1,33 en 2005. La mortalidad se observó sobre todo en grupos de mayor edad.

PORCENTAJE DE CASOS DE TBC DETECTADOS Y CURADOS CON DOT POR AÑOS

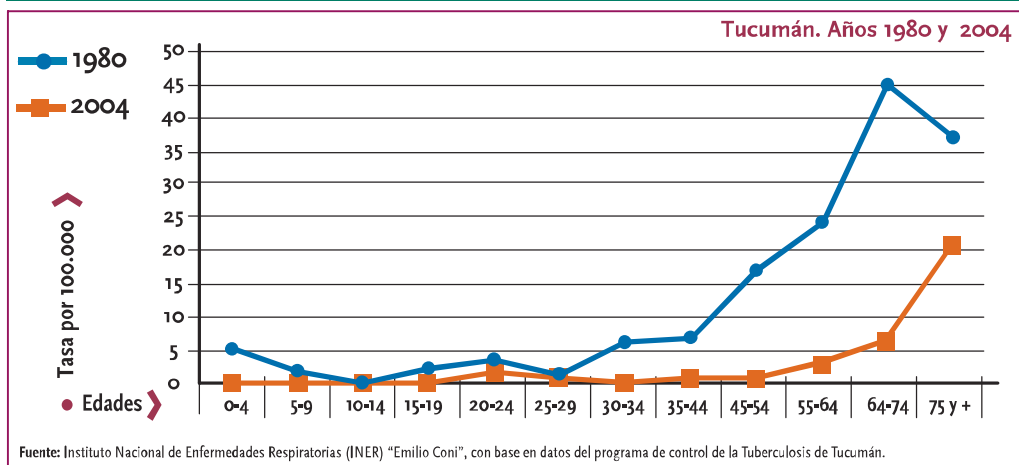


INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR 100.000 SEGUN AÑOS

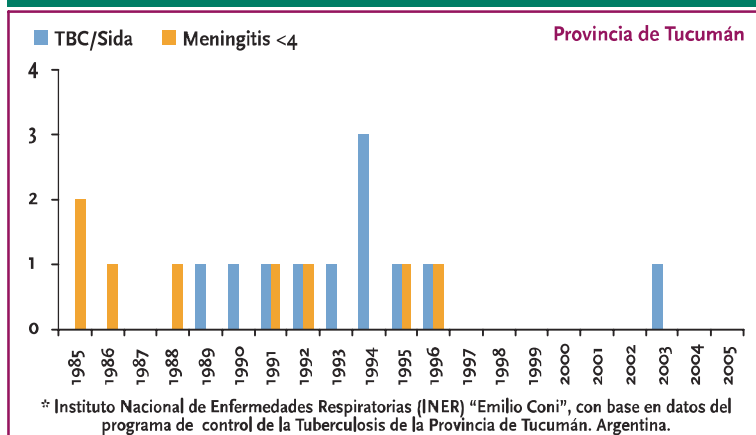


* Indicadores Básicos Tucumán 2006. Ministerio de Salud Pública

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS POR GRUPOS DE EDAD



CASOS DE TBC/SIDA Y MENINGITIS EN < DE 4 AÑOS, x AÑOS



Mortalidad por TBC, Meningitis y TBC Asociada a SIDA Tucumán 1980 - 2004

No se han notificado casos de meningitis por TBC en menores de 4 años en el período 2001-2005. Se registró un caso de coinfección TBC/Sida que ocurrió en 2003.

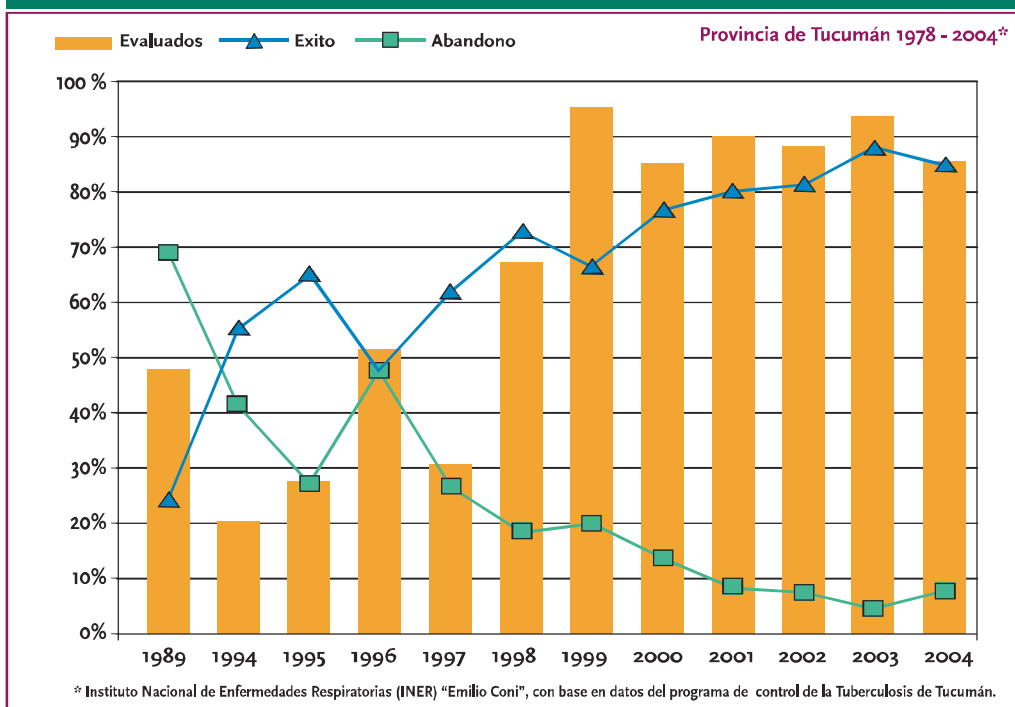
Evaluación del Tratamiento de la TBC (Casos ED+) Tucumán 1978 - 2004

Hay una tendencia ascendente en la culminación con éxito de los tratamientos, aún así, persiste un porcentaje de abandono de tratamiento que es preocupante.

Durante el año 2004, de los 124 casos de tuberculosis pulmonares ED+ (Examen

directo positivo) que se diagnosticaron en toda la Provincia, el 85,5% (106/124) fueron evaluados, el 88,7% (110/124) recibió Tratamiento Directamente Observado, el 84,9% (90/124) finalizó con éxito el mismo y el 7,5% (8/124) abandonó el tratamiento.

EVALUACION DEL TRATAMIENTO DE LA TBC (CASOS ED+)



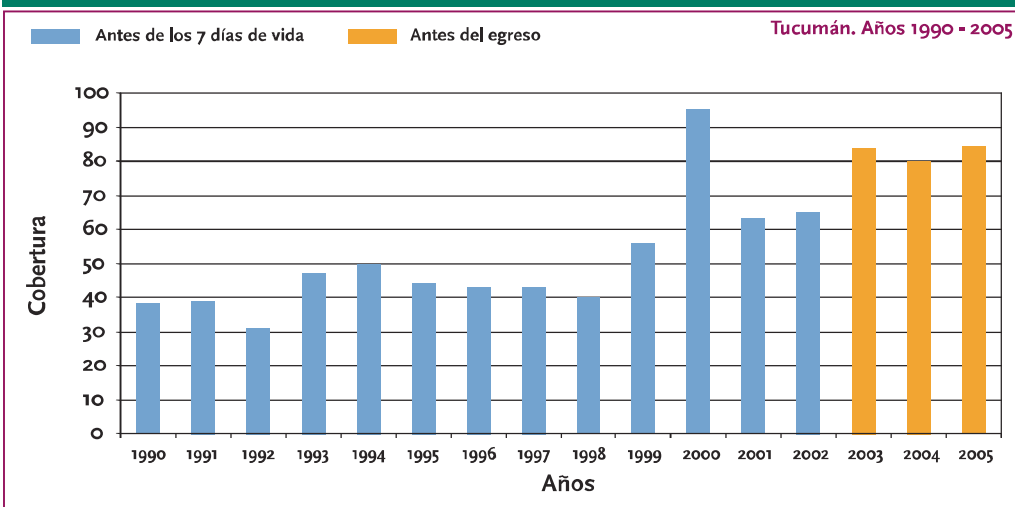
Meningitis tuberculosa en menores de 5 años

El último caso notificado en Tucumán se registró en el año 1993.

La vacuna BCG actúa evitando las formas graves de tuberculosis miliar y extrapulmonares (meníngeas, óseas, sepsis).

Hasta el año 2002, según normas, la aplicación de la vacuna BCG se realizaba antes de los 7 días de vida del recién nacido. A partir del 2003 se aplica antes del egreso de la maternidad pública o privada.

COBERTURAS DE VACUNACION BCG



Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas, o Tripanosomiasis Americana, es uno de los mayores problemas de la salud pública en América Latina. La enfermedad se extiende desde el sur de EEUU hasta el sur de Argentina y Chile. La distribución de la infección humana en América coincide con la presencia del agente vector (los triatomídeos), desde el paralelo 40° de latitud norte, en Estados Unidos, hasta el paralelo 45°, de latitud sur en Chubut. Los triatomídeos se desarrollan preferentemente en climas secos y cálidos, aunque también se los ha hallado en regiones de menor temperatura.

La magnitud del problema que significa esta enfermedad muestra claramente las relaciones epidemiológicas entre el hombre y el medio ambiente que lo rodea, y entre la enfermedad y la situación sociocultural de quién la padece. Actualmente, dejó de ser una zoonosis (enfermedad transmitida al ser humano por animales) para transformarse en una antroponosis, parasitismo transmitido de ser humano a ser humano.

En Argentina existen alrededor de 2,5 millones de infectados y probablemente más de 600.000 enfermos, con alteraciones cardí-

cas de distinto grado a lo largo de su vida. Por otra parte, más de 4 millones de personas están expuestas en áreas endémicas.

Las acciones de control de la transmisión del T. Cruzi se inician en Argentina en la década de 1950.

En la Provincia de Tucumán, la enfermedad se vigila desde 1960 a través del Programa de Control de Enfermedades transmitidas por Vectores, que realiza además actividades de prevención y capacitación.

El impacto de las acciones de control, realizadas entre 1962 y 1988 en todo el país, se vio reflejado en los estudios serológicos anuales de varones preinscritos en toda la Argentina. La prevalencia de serológicos fue del 5,8% con porcentajes provinciales del 20% en Santiago del Estero, 18 % en Catamarca y 25% en Chaco.

Desde el año 1964 se realizaron acciones de control en la provincia. Asimismo, los estudios mostraron un descenso de la seroprevalencia en preinscritos.

En el año 1978 se realizó la primera ronda de rociados. Luego, en 1985 se completó la segunda ronda y/o tratamiento general de viviendas infestadas, comprobándose que los departamentos centrales de la provincia habían quedado prácticamente libres de infestación. En cambio, los departamentos del este y Tafi del Valle mantenían infestaciones importantes.

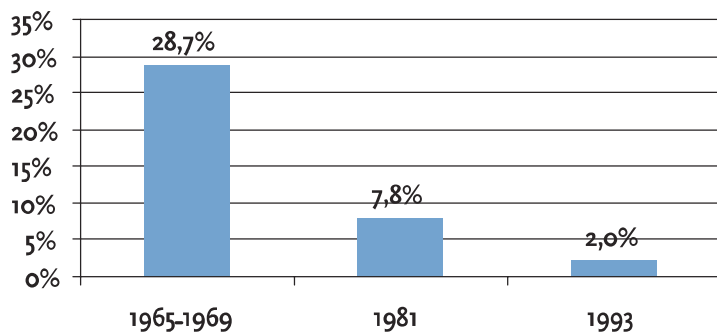
De acuerdo a estos hallazgos se dividió a la Provincia en:

Departamentos de Bajo Riesgo o Zonas de Baja Infestación:

Trancas, Tafi Viejo, Lules, Monteros, Famallá, Chicligasta, Río Chico, Alberdi, La Cocha, Yerba Buena y Capital. En éstos se realiza vigilancia activa y se efectúan tratamientos por denuncias de presencia de vinchucas por parte de los agentes sanitarios o la población.

SEROLOGIA PARA CHAGAS EN PRECONSCRIPTOS

Provincia de Tucumán



Departamentos de Mediano y Alto Riesgo o Zonas de Mayor Infestación:

Burrupacu, Cruz Alta, Leales, Simoca, Graneros y Taquí del Valle. En éstos se continúan las acciones de rociado trabajando en forma selectiva o en toda la localidad de acuerdo al porcentaje de infestación encontrado.

En los últimos años se aprecia una disminución de la cobertura de control vectorial (ver gráfico izquierda, abajo), debido a la concurrencia de varios factores:

- Dificultades en sostener la transferencia, a la comunidad, de las acciones de control vectorial: rociados, registro y evaluación.
- Dificultades presupuestarias, sobre todo luego de la crisis del año 2001, con discontinuidad en provisión de insumos.
- Atención repartida de los operarios de campo, por acciones que también deben realizar en otras provincias y por estar afectados al control de las epidemias de Dengue desde el año 1998.

Los indicadores de infestación, tanto el Domiciliar (I.DOM.) como el intradomiciliar (I.I.DOM.), muestran una sostenida disminución hasta el año 2003, no obstante debido a las razones anteriormente enunciadas, desde el año 2004 se puede apreciar un aumento de los indicadores de infestación a expensas de cuatro departamentos: Taquí del Valle, Graneros, Simoca y Leales. No obstante debe considerarse la escasa cobertura del año 2005 (7,17%).

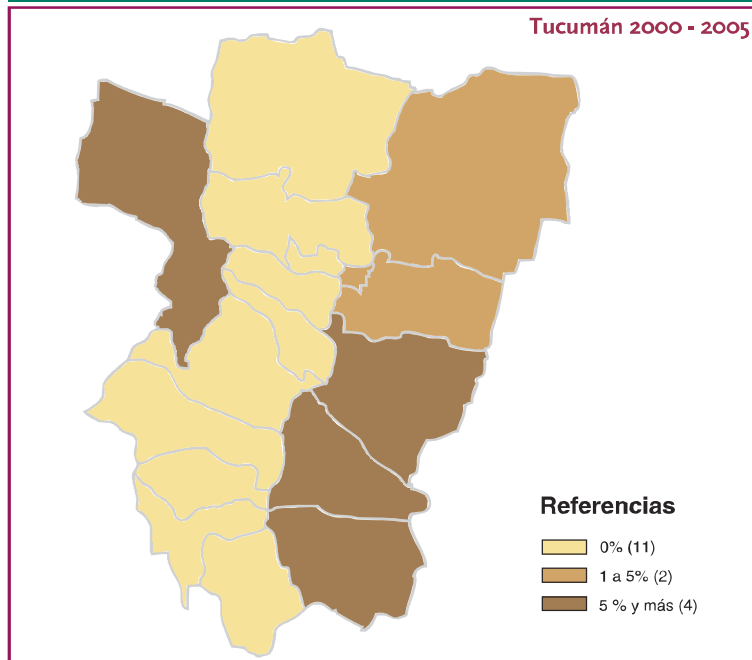
La infestación triatomínica en la provincia de Tucumán es mayormente en el peridomicilio, debido a la complejidad de los mismos, a deficiencias en la técnica de aplicación y al escaso poder residual a la intemperie de los insecticidas utilizados.

Por otra parte el índice de Infestación Domiciliar promedio en el país, fue de 2,0 % en el 2005 con un rango que va del 0,01% en Jujuy a 23,41% en San Juan. El amplio rango responde a que en el área endémica del país, existen provincias que están libres de transmisión vectorial

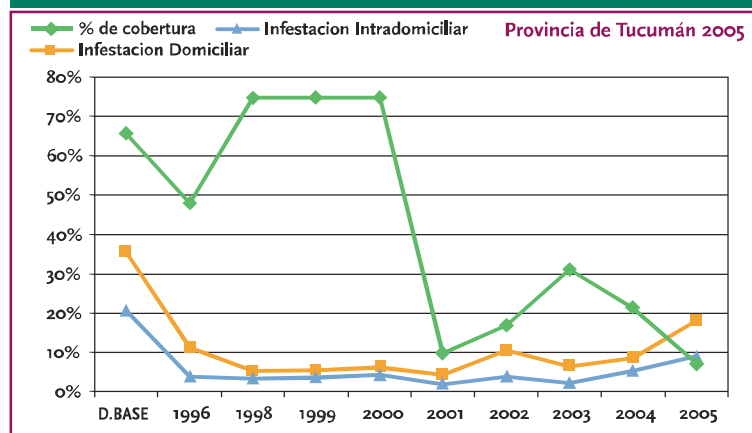
(Jujuy, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén y Río Negro), y otras que tienen alto riesgo de transmisión (Formosa, Chaco, Córdoba, Santiago del Estero, San Juan, Mendoza y La Rioja).

En 2001 se realizó un estudio de prevalencia de infección natural en triatomíneos en 8

PORCENTAJE DE INFESTACION DOMICILIARIA POR T. INFESTANS POR DEPARTAMENTO

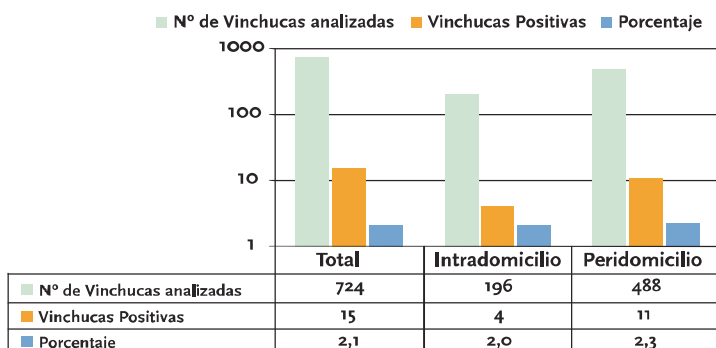


INDICADORES DE CONTROL VECTORIAL



INFECCION NATURAL POR T. CRUZI EN T. INFESTANS

Tucumán, 2001



departamentos de la Provincia que mostraron presencia histórica de triatomas. Se observó que la infección natural fue relativamente baja. Los hallazgos pueden explicarse por la interrupción en el ciclo de transmisión debido a la muerte de triatomas infestados y reservorios, tanto domésticos como salvajes, durante los casi 40 años de campañas antivectoriales.

Durante el período 1995-1997 se encaró el primer estudio poblacional de base en los departamentos de mediano y alto riesgo, destinado a conocer la seroprevalencia de Chagas en menores de 14 años. Se realizaron 27536 serologías, de las cuales resultaron reactivos 344 niños/as (1,25 %) menores de 14 años. Por su parte, en los departamentos de Simoca (2,74%), Graneros (1,43%) y Leales (1,18%) se observaron los mayores promedios de seroprevalencia para Chagas en todos los grupos de edad estudiados.

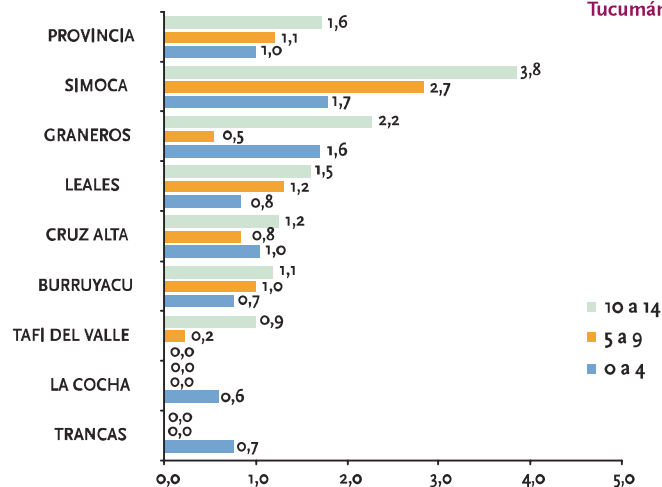
En 2001 se realizó un estudio de seroprevalencia para Chagas en menores de 5 años para evaluar el impacto de las acciones antivectoriales. Los resultados mostraron en general una reducción de la seroprevalencia en el grupo de edad estudiado.

Durante el año 2001 la provincia de Tucumán -junto a otras siete provincias del País- fue convocada para certificar la interrupción de la transmisión vectorial por *T. infestans* debido a la existencia de datos suficientes y confiables: buena cobertura de vigilancia y ausencia de casos agudos, que indicarían el corte de la transmisión vectorial en estas áreas donde estuvo inicialmente presente el *Triatoma infestans*.

La presencia de un caso vectorial, y la inexistencia de un sistema de vigilancia eficiente, dificultan la certificación de interrupción de transmisión vectorial. Justamente esta, es una de las recomendaciones de la Oficina Regional de la Organización Panamericana de Salud.

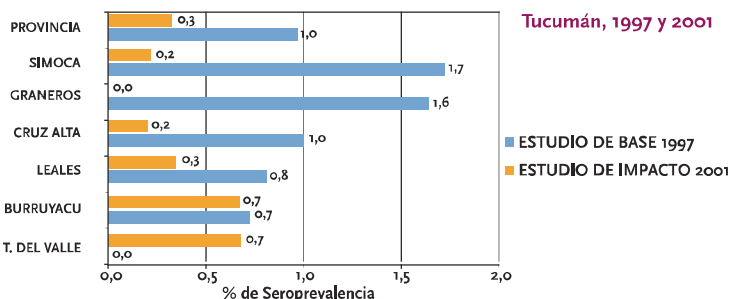
SEROPREVALENCIA EN MENORES DE 14 AÑOS SEGUN DEPARTAMENTOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO

Tucumán, 1997



SEROPREVALENCIA EN MENORES DE 5 AÑOS EN DEPARTAMENTOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO SEGUN ESTUDIO BASE E IMPACTO

Tucumán, 1997 y 2001



Chagas y embarazo

Actualmente Tucumán se halla entre las provincias con situación de riesgo moderado, junto a Catamarca, Salta, Santa Fe y San Luis; que presentan re-infestaciones mayores al 5% en algunos departamentos e insuficiente co-

bertura de vigilancia en algunos casos.

La seroprevalencia de chagas en embarazadas no es la que se espera según el porcentaje de infestación triatomínica en los departamentos. Esto puede deberse al fenómeno de migración interna que urbaniza esta enfermedad de neto corte rural. De esta forma, los departamentos de Capital, Yerba Buena y Tafi Viejo (libres de triatomíneos) presentan seroprevalencias importantes.

También debe considerarse la población proveniente de países limítrofes (Bolivia) con alta prevalencia chagásica; tienen, además, asentamientos importantes en los departamentos de Lules y Trancas.

Los Departamentos con gran infestación triatomínica, que presentan seroprevalencias bajas podrían explicarse por una disminución en los reservorios, y por ende, en la infección natural de triatomíneos; como se dijo antes.

El Programa Materno Infantil tiene por objeto detectar a las madres infectadas que concurren a los CAPS y Hospitales del sector público. Desde el año 1995, se amplió la búsqueda en todas las mujeres en edad fértil, y a través de ellas a los hijos de madre seroreactiva, los cuales pueden realizar tratamiento antiparasitario hasta los 14 años. El diagnóstico de la infección chagásica lo realizan los laboratorios de la Red Pública Provincial, según normas, con al menos dos reacciones serológicas.

La mejora de la oferta por parte de los servicios del sistema de salud favoreció el incremento de la cobertura de serología realizada en el grupo de embarazadas del sector público.

El control serológico de Chagas en todas las bolsas de sangre a transfundir es una obligación legal que en el sector público se cumple según normas. No se cuenta con información del sector privado.

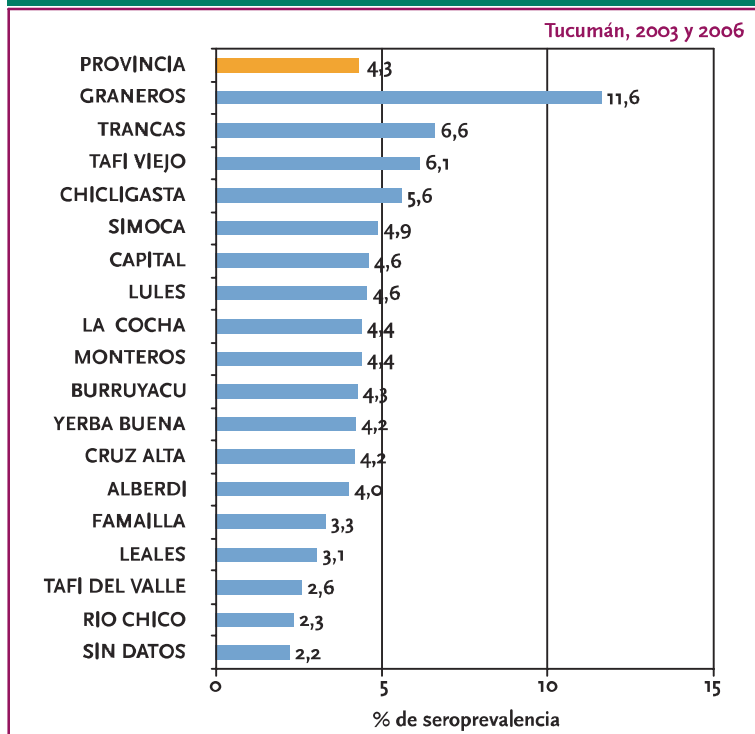
Transmisión Vertical

La transmisión vertical, es la principal vía de adquisición de la infección por *Tripanosoma Cruzi* en niños menores de un año. La vía connatal de madre a hijo puede ocurrir intraútero o intraparto.

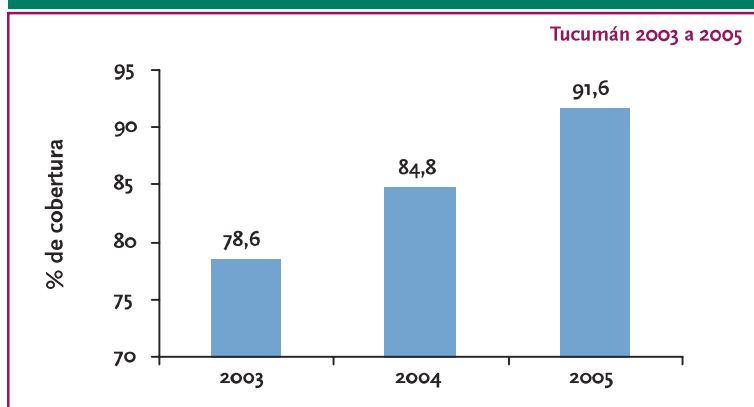
La prevalencia en Argentina fue del 2,46%

en 2005, estimando que habría 50.000 recién nacidos expuestos a riesgo y 1.500 casos producidos por año. Por esta razón, la captación precoz de la gestante serología positiva cobra importancia en la detección de los casos

SEROPREVALENCIA DE CHAGAS EN EMBARAZADAS DEL SECTOR PUBLICO



COBERTURA DE CONTROL SEROLOGICO EN EMBARAZADAS



transmitidos de madre a hijo, como así también, el seguimiento de la curva serológica en el recién nacido y su primer año de vida y el diagnóstico oportuno pasible de tratamiento tripanomicida curativo.

En Tucumán durante el año 2005 se estudiaron 14271 embarazadas; de las cuales el 4,42% resultaron positivas. Por otro lado se

estudiaron 680 hijos de madres chagásicas, estimándose una incidencia de 1,91% de Chagas connatal (13/680).

Es aconsejable que en todo Servicio de Obstetricia, Perinatología y Pediatría se efectúe el control prenatal de rutina de toda embarazada en el primer trimestre de gestación y a todo recién nacido hijo de madre portadora de esta infección.

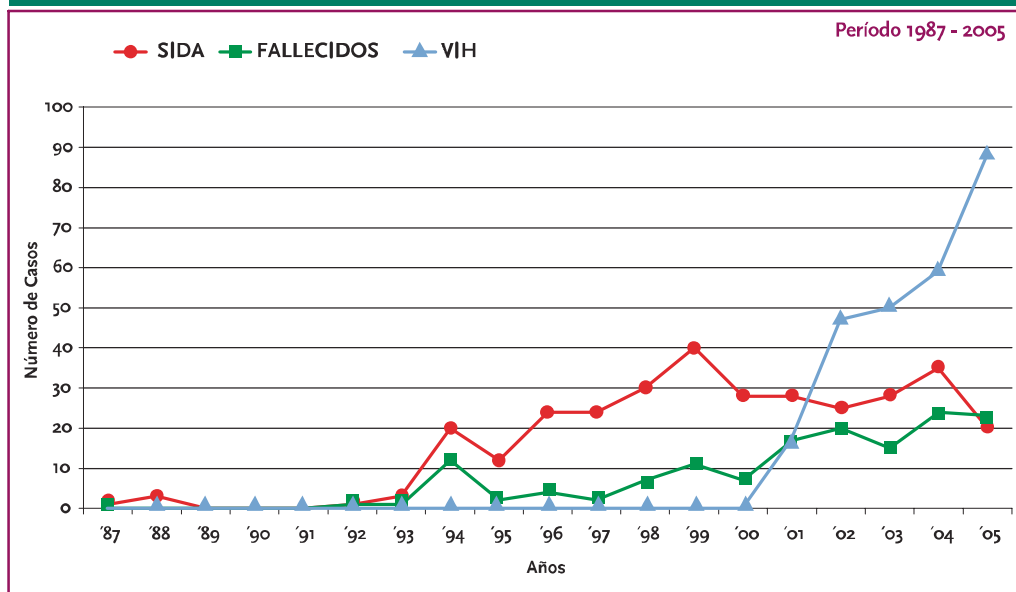
VIH/Sida

En el año 1987 se registró el primer caso de Sida en Tucumán. Recién en 1994 se creó el Programa Provincial de Sida, y se comenzó con la vigilancia sistemática de casos.

A partir de 1994 hubo un incremento lento y sostenido de las notificaciones de casos de enfermos de Sida, con un pico en 1999, y posterior descenso. El registro entre 2000 y 2003 se encuentra por debajo de 30 casos por año; y en el año 2005 la tendencia mostró una clara caída de las notificaciones de enfermos de Sida. Este comportamiento es explicable por la introducción de la Terapia Antirretroviral de Alta Efectividad (Terapia HAART) a partir del año 1999, y por los diagnósticos en etapas más precoces

de la infección por VIH, lo que posibilita la cronificación de la infección y por lo tanto la no evolución al Sida. Por otro lado, a la implementación de campañas preventivas en los últimos 3 años (2002-2005). La Tasa de incidencia de Sida registró una tendencia descendente, en general, desde el año 2001 cuando la tasa fue de 2,1 por 100 mil habitantes. Hubo un ascenso hasta 2004, y a partir de 2005 se observa una disminución de la misma, que se explica en relación a los nuevos tratamientos de Alta efectividad y los diagnósticos más precoces en la población. La tasa de incidencia y mortalidad por SIDA en el periodo 2001-2005 fue de 2 y 1,4, respectivamente, para la Provincia.

TENDENCIA DE NOTIFICACIONES Y MUERTES POR VIH SIDA

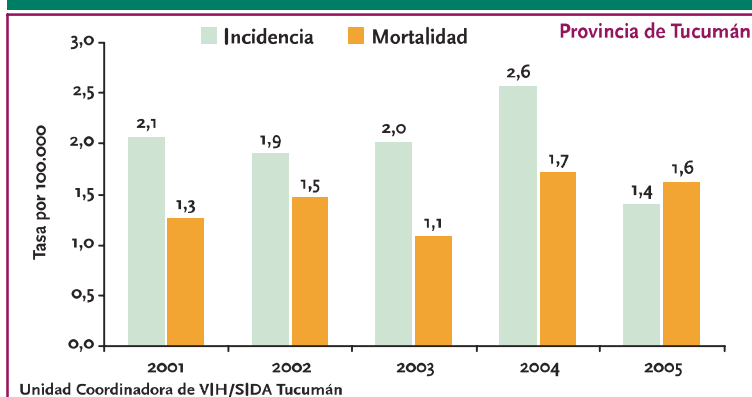


Con respecto a las notificaciones de casos de infectados por VIH, las mismas son obligatorias desde el año 2001. Por esto, es que su tendencia va en aumento, con un crecimiento que llega a más del 500% al comparar los años 2001 y 2005.

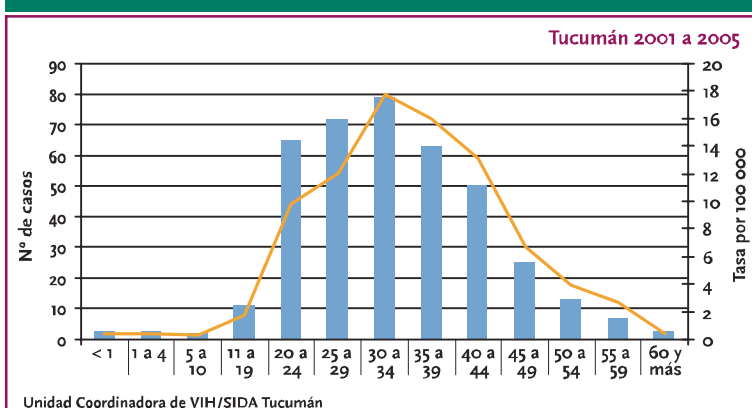
Este incremento en la notificación de infectados por VIH responde no solo a un aumento de incidencia de VIH, sino también a la mejora en la oferta del test de HIV a la población general, y fundamentalmente la universalización a partir del 2002 (Ley Nacional 25543) en la oferta del test de VIH a toda mujer embarazada por parte de los trabajadores de salud. En cuanto a los casos notificados por VIH y Sida por grupos de edad, se observa que los grupos con mayor incidencia corresponden entre 20 a 39 años, con un pico en el grupo de 30 a 34 años.

La relación Hombre/Mujer (H/M) en casos notificados de VIH ha oscilado en 1 y 2 hombres por cada mujer infectada en los últimos 5 años. Si se analiza por sexo, el aumento fue sostenido en ambos; sobre todo en varones (81,1 x 1 millón de habitantes) en relación a mujeres (43,1).

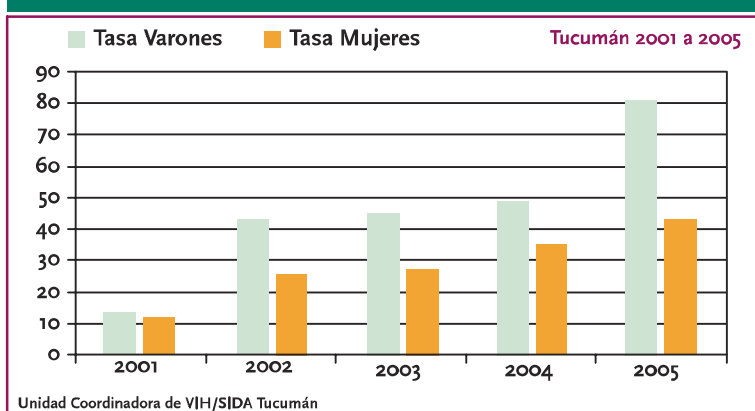
TASA POR 100 000 DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR SIDA SEGUN AÑOS



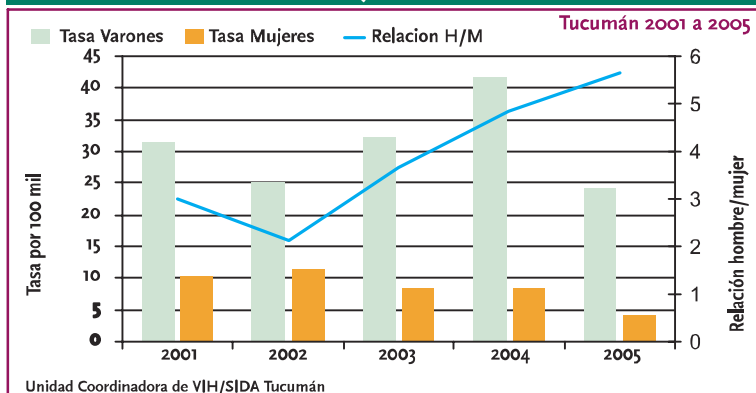
NOTIFICACION DE VIH SIDA POR GRUPOS DE EDAD



TASA DE VIH POR 1.000.000 POR AÑO SEGUN SEXO



TASA POR 1 000 000 DE SIDA POR AÑO SEGUN SEXO Y RELACION HOMBRE MUJER



La relación H/M en casos notificados de Sida registró sus valores más altos en los dos últimos años. Por su parte, la mujer accede a la detección precoz de la infección por VIH durante el embarazo y en los controles ginecológicos; lo que explicaría la diferencia H/M a favor de las mujeres. El varón tiende a consultar en estadios más avanzados de la infección (Etapa Sida) limitado por la no concurrencia a los servicios de salud en momentos claves de la vida, por un lado, y la cultura de no acudir a los servicios por prácticas preventivas, por otro.

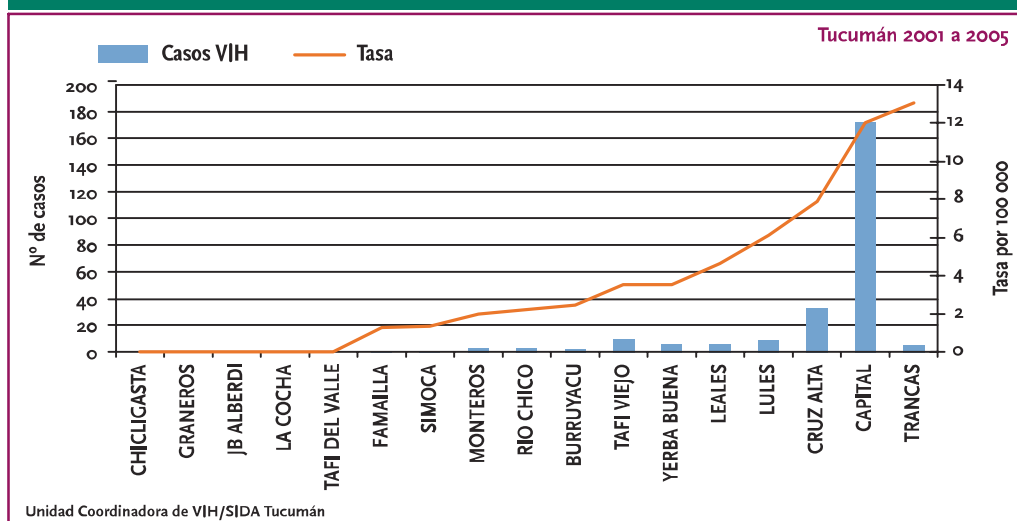
En cuanto a los casos notificados de VIH según departamentos de residencia, la mayor tasa corresponde a Capital, Cruz Alta, Lules y Tafi Viejo. Las tasas más elevadas corresponden a los departamentos de Trancas, Capital, Cruz Alta, Lules, Leales y Yerba Buena. Se debe considerar el tamaño de las poblaciones en cada caso. En la notificación de casos de Sida según departamentos de residencia, el mayor valor corresponde a Capital; y en el

comportamiento de las tasas se debe considerar el tamaño de las poblaciones.

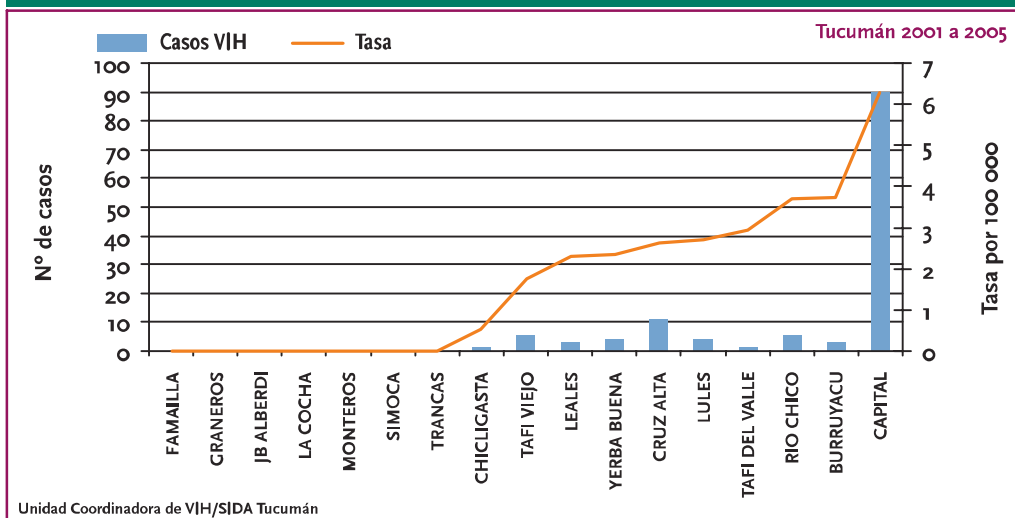
Transmisión Vertical

Durante los años 2003-2005 se detectaron 3 niños con serología positiva para VIH de 36 madres seropositivas estudiadas, estimándose una tasa de transmisión vertical de 8,33% en este período.

CASOS Y TASAS DE VIH SEGUN DEPARTAMENTOS



CASOS Y TASAS DE SIDA SEGUN DEPARTAMENTOS



El Sistema Provincial de Salud brinda cobertura a aproximadamente 500 PVVIH (Personas que viven con VIH). Según datos de seroprevalencia en población de embarazadas de la Provincia del subsector público, que corresponden a un 0,11%, la epidemia en Tucumán se halla concentrada en las áreas urbanas y suburbanas. Afecta cada vez más a mujeres y jóvenes; además existen elevados niveles de estigma y discriminación que permite que las personas que realizaron pruebas de VIH y en situación de alto riesgo de infección, ignoren su situación.

Las desigualdades de género constituyen un problema central para el VIH/Sida. Biológicamente las mujeres son más susceptibles que los hombres a contraer la infección a través de relaciones sexuales. También lo son

desde el punto de vista social al carecer muchas veces de poder de decisión en las relaciones, para no determinar cuándo ni cómo tenerlas y si utilizarán preservativos. La violencia y la coerción sexual también colocan a las mujeres en situación de riesgo.

Por esto, el tratamiento es clave para la prevención y control, así como para ejercer un impacto positivo sobre las vidas de las personas con VIH.

El objetivo del Milenio de Detener y Revertir la Propagación del VIH para 2016 exige metas y objetivos a cumplir.

Sífilis Congénita

En América Latina y el Caribe (ALC), la sífilis congénita* es un problema de salud pública severo y sub-notificado. Un caso de sífilis congénita representa una falla en los programas de salud pública.

La Sífilis es una enfermedad de distribución mundial con una mayor prevalencia en zonas urbanas. A pesar de ser reconocida la importancia del control de infecciones de transmisión sexual (ITS) para reducir la frecuencia de la transmisión del VIH; las respuestas institucionales en los países de la región ante las ITS han menguado frente a la gravedad de la epidemia de infección por VIH y SIDA.

El énfasis en la expansión del tratamiento antirretroviral (ARV) podría estar debilitando los esfuerzos por promover medidas preventivas para evitar la transmisión de VIH, que curiosamente coinciden con las medidas preventivas para evitar la transmisión de las ITS en general. En países como Inglaterra, Francia, Estados Unidos y Alemania, la frecuencia de sífilis está aumentando, principalmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).**

La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada que no haya recibido tratamiento adecuado. El pasaje por vía transplacentaria puede producirse en cualquier momento de la gesta o durante el parto. La tasa de transmisión es de un 80-90% durante la fase secundaria de la infección,

con un 40% de abortos o mortinatos, y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna.

El riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo.

La sífilis sigue teniendo un impacto negativo en la Región. La aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud.

Según datos suministrados a la OPS, por los programas nacionales de ITS/VIH/SIDA, en el año 2002 la prevalencia estimada de sífilis en embarazadas era de 3,1% en la Región y oscilaba entre 1,00% en Perú, y 6,21% en Paraguay. Según esos datos, la incidencia de sífilis congénita varía desde 1,4 por 1000 nacidos vivos en Honduras, mientras que en Estados Unidos es de 0,10 casos por 1000 nacidos vivos. Sin embargo esos datos adolecen de algunas limitaciones: a) las pruebas diagnósticas realizadas no son las mismas; y b) la subnotificación es elevada (60%).

Además, la sífilis congénita ocurre aproximadamente en 1/3 de recién nacidos de mujeres embarazadas con sífilis no tratadas. El diagnóstico en el nacimiento es difícil y el problema se subestima en la mayoría de los hospitales en virtud de que el niño infectado puede estar al principio asintomático***.

* -Todo recién nacido o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada o tratada inadecuadamente, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio y/o.

-Todo niño que presente prueba no treponémica USR, VDRL o RPR, positiva y alguna de las siguientes condiciones: Evidencia de signos y síntomas sugestivos de sífilis congénita; Evidencia de sífilis congénita en el examen radiológico, Evidencia de seroconversión serológica, Anticuerpos positivos de tipo Ig M anti T.Pallidum o Todo niño con aislamiento de material positivo obtenido de cordón umbilical, lesiones, necropsia, etc., en campo oscuro, TIF u otra prueba específica.

** -Todo niño con pruebas serológicas positivas después del sexto mes de edad, excepto en situación de seguimiento terapéutico de sífilis adquirida.

J. Valderrama, F. Zacarías, Y R. Mazin Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(3), 2004

*** -McDermott J, Steketee R, Larsen S, Wirima J. Syphilis associated perinatal and infant mortality in rural Malawi. Bull World Health Organ 1993;71:773-80.

-Schultz KF. Congenital syphilis. En: Holmes K, Mardh PA, Sparling PF. Sexually transmitted diseases. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990:821-42.

En el período 2003 -2005 la tasa de Sífilis Congénita en la provincia fue de 2,8 por cada 1000 nacidos vivos. Los departamentos de Cruz Alta y Capital fueron los que presentaron tasas mas altas (3,9 y 3,6 respectivamente). Aún así, se sospecha la existencia de una subnotificación importante.

De las madres de entre 14 a 42 años de edad con niños con Sífilis congénita estudiadas durante el 2005 y 2006 el 75% realizaron su primer control antes de las 24 semanas de gestación. Por otro lado, en 104 mujeres estudiadas durante el mismo período, el 46,2% tuvo 5 y más controles prenatales.

Dado que en el análisis se incluyeron pocos años, no es posible estimar una tendencia de casos de Sífilis Congénita. Sin embargo, las cifras halladas son suficientes como para realizar un abordaje profundo para el control de esta enfermedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la eliminación de la sífilis congénita como problema de la salud pública, se certificará cuando la tasa de incidencia de esta entidad (incluida los neonatos) sea igual o inferior a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. La justificación de definir la eliminación de esta manera se basa en dos resultados previstos de eliminación:

1. Más del 95% de las embarazadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo.
2. La prevalencia de sífilis en embarazadas debería reducirse a menos de 1,0*.

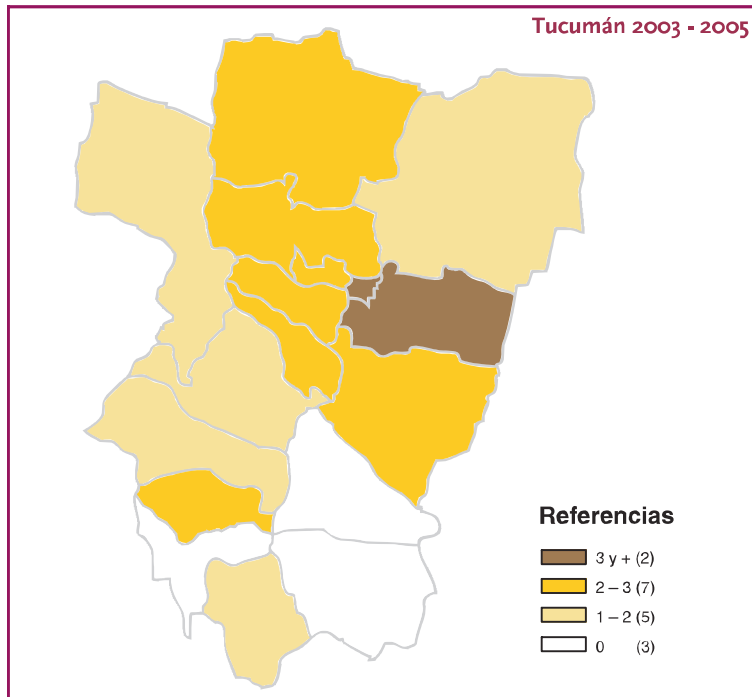
Los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública incluyen: la falta de percepción de los proveedores de salud de que la sífilis materna y congénita pueden tener

consecuencias graves; barreras de acceso a los servicios de control prenatal; y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

El tamizaje prenatal, seguido del tratamiento de todas las mujeres sero-reactivas, es costoefectivo, económico y posible de realizar. Según un informe de 1993 del Banco Mundial, es una intervención crítica para mejorar la salud infantil. Además, el tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas puede reducir la transmisión de VIH a sus parejas y beneficiar a la comunidad.

SIFILIS CONGENITA. TASAS POR 1000 NACIDOS VIVOS

Tucumán 2003 - 2005



* Berdasquera Corcho, Denis, Farinas Reinoso, Ana Teresa Y Ramos Valle, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas: Un problema de salud a nivel mundial. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. mar-abr. 2001, vol.17, no.2 [citado 18 Marzo 2007], p.185-190. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252001000200013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

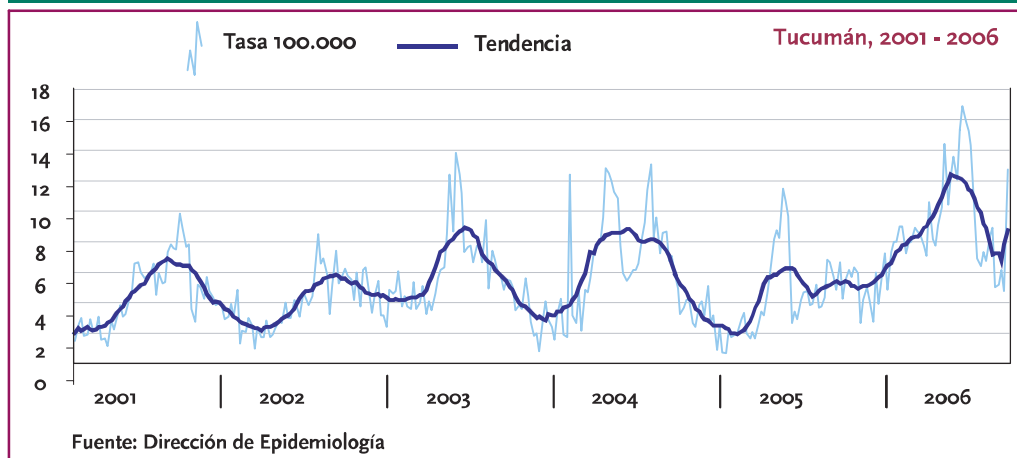
Neumonías

Desde el Sistema Provincial de vigilancia se observa el comportamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC); y las que se presentan como enfermedad primaria o como complicaciones de otras enfermedades bajo vigilancia (Influenza, Coque-luche, Bronquiolitis, etc.). Éstas constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad en nuestro medio, especialmente en los grupos de menor edad.

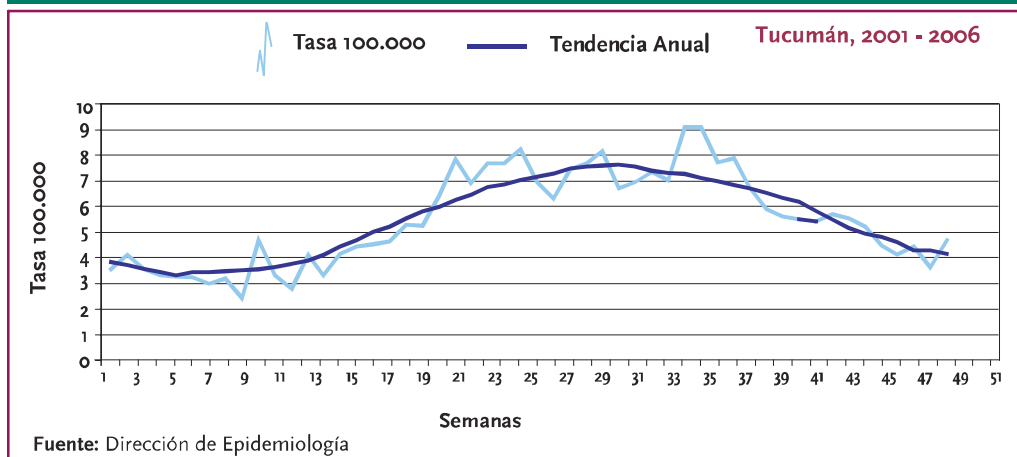
Modalidad de Vigilancia

Se notifica semanalmente por C2 y por Unidad Centinela. Ésta brinda fundamentalmente la información etiológica de las neumonías desde 2005, lo que sumado a la información proveniente de los otros sistemas, se obtiene un cuadro de los principales agentes productores de patologías respiratorias circulantes en la comunidad.

COMPORTAMIENTO TEMPORAL DE NEUMONÍA



COMPORTAMIENTO ANUAL DE LAS NEUMONIAS SEGUN SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS

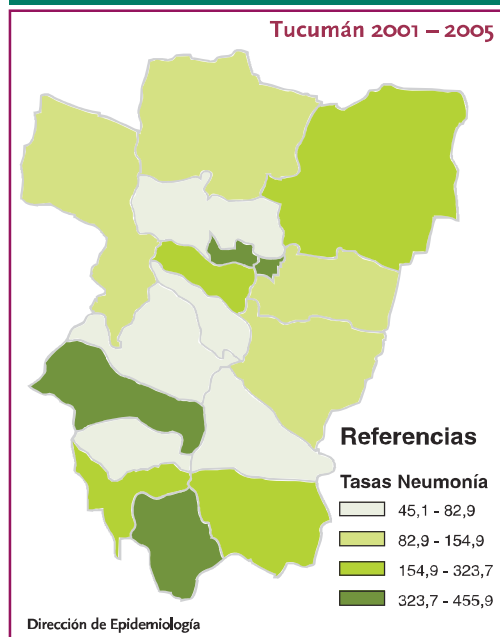


La evolución de las Neumonías en los últimos años muestra una tendencia ascendente. Y el comportamiento estacional abarca principalmente las estaciones de invierno-primavera.

Los departamentos que mostraron mayores tasas fueron Capital, Yerba Buena, Chichigasta y La Cocha. Los grupos de edad con mayor riesgo fueron los menores de 4 años, seguido de los de 5 a 9 y mayores de 65 años.

De las muestras procesadas en la UC de neumonía no se identificaron gérmenes en el 59.4 %, en las restantes, se aislaron en primer lugar *St. Pneumoniae* seguido de *Chlamydia sp.* y virus respiratorios.

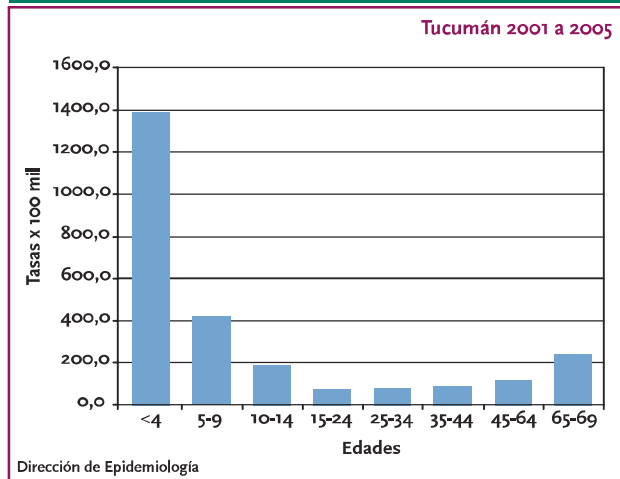
TASAS DE NEUMONIAS POR 100.000 SEGUN DEPARTAMENTOS



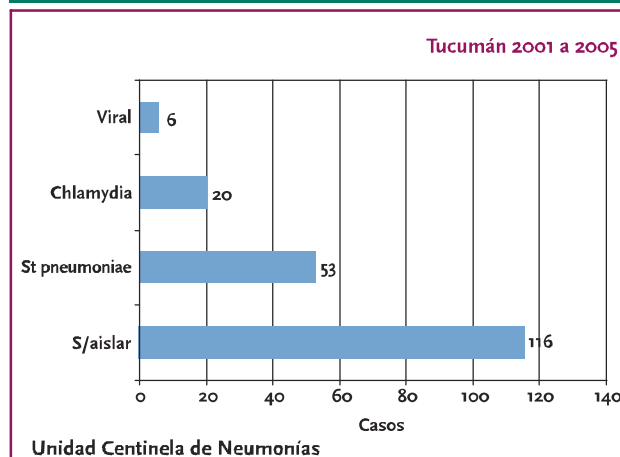
Intervención

Se cuenta con vacunas para los principales agentes productores de neumonías, como contra *Haemophilus Influenzae* (incluida en el esquema regular de vacunación) y contra el Neumococo (para grupos de alto

TASAS DE NEUMONIA SEGUN GRUPOS DE EDAD



CASOS DE NEUMONIA SEGUN ETIOLOGIA UC DE NEUMONIA



* > de 2 años inmunocompetentes con: •Anemia drepanocítica •Cardiopatía crónica •Enfermedades pulmonares crónicas •Diabetes mellitas •Hepatopatía crónica •Fístula de LCR •Asplenia funcional o anatómica. > 2 años inmunocomprometidos con: •HIV •Leucemias •Linfomas Hodgkin y no-Hodgkin •Mieloma múltiple •Otras neoplasias •Falla renal crónica •Síndrome nefrótico •Tratamientos con quimioterapia o corticoides •Trasplantes de órganos •Implante coclear

Mortalidad por Neumonías y Bronconeumonías

Se exploró el comportamiento de las muertes por neumonías y bronconeumonías bacterianas sin especificar; y se observó una tendencia ascendente a partir de 2001.

La mortalidad por estas causas en el pe-

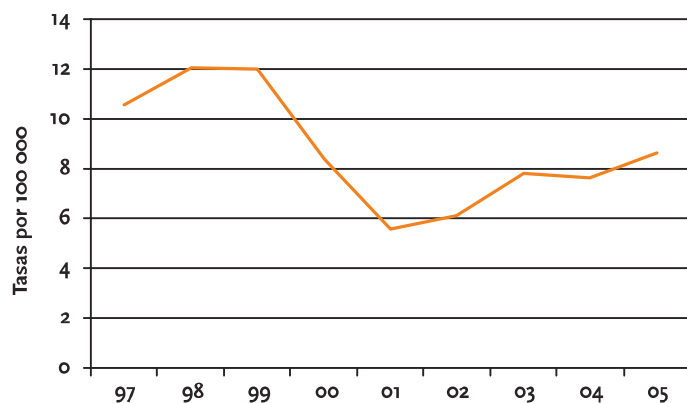
riodo analizado (2001–2005) fue de 7,2 por 100 mil habitantes; y fue mayor en los menores de 5 años (4,7 por 100 mil) en relación a los de 5 a 19 años (0,4). A partir de los 60 años la tasa fue incrementándose a partir de 7 por 100 mil y con predominio en los varones. Asimismo, fue notorio el componente estacional de las muertes por estas causas, mostrando un ascenso sostenido a partir de la SE 15 (mediados de abril) alcanzando su mayor pico entre las SE 31 y 33 (agosto).

Los departamentos que presentaron mayores tasas de mortalidad por neumonías y bronconeumonías bacterianas sin especificar fueron Leales (10,2), J. B. Alberdi (9,7), Familia (8,8) y Río Chico (8,1).

Se desarrolla a continuación una descripción de las principales enfermedades de notificación obligatoria registradas en el período 2001–2005 en el sistema de vigilancia (por planilla C2), complementada con información de otras fuentes.

TENDENCIA DE MORTALIDAD POR NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS BACTERIANAS SIN ESPECIFICAR x AÑOS

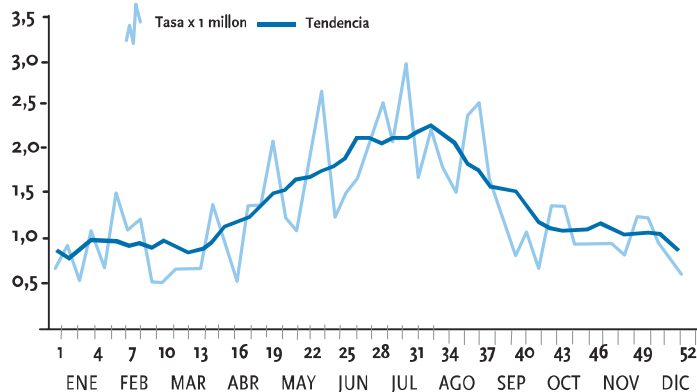
Tucumán 2001 a 2005



Dirección de Epidemiología en base a datos de Estadísticas Vitales

MORTALIDAD ANUAL POR NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS BACTERIANAS S/E

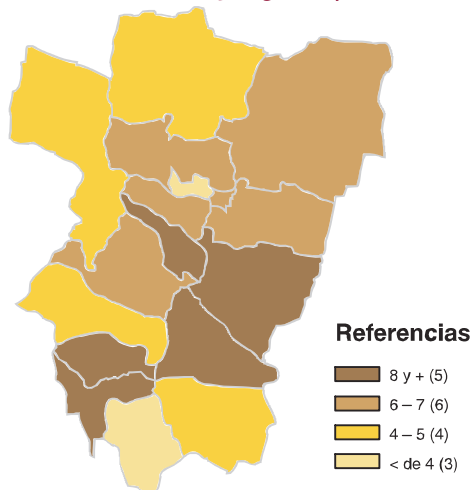
Período 2001-2005



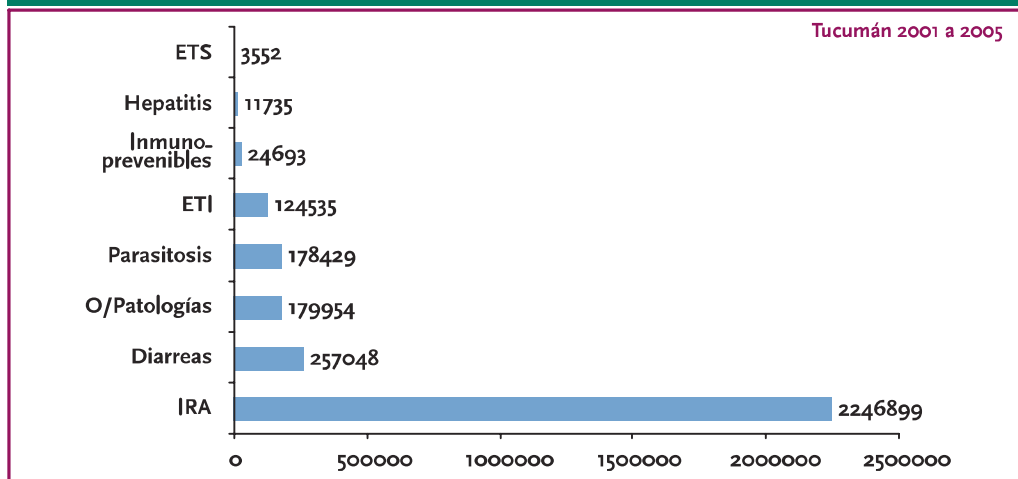
Dirección de Epidemiología en base de datos de Estadísticas Vitales de Tucumán

MORTALIDAD POR NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS BACTERIANAS S/E

Tucumán 2001 - 2005, según Departamentos



NOTIFICACIONES MEDICAS OBLIGATORIAS MAS FRECUENTES



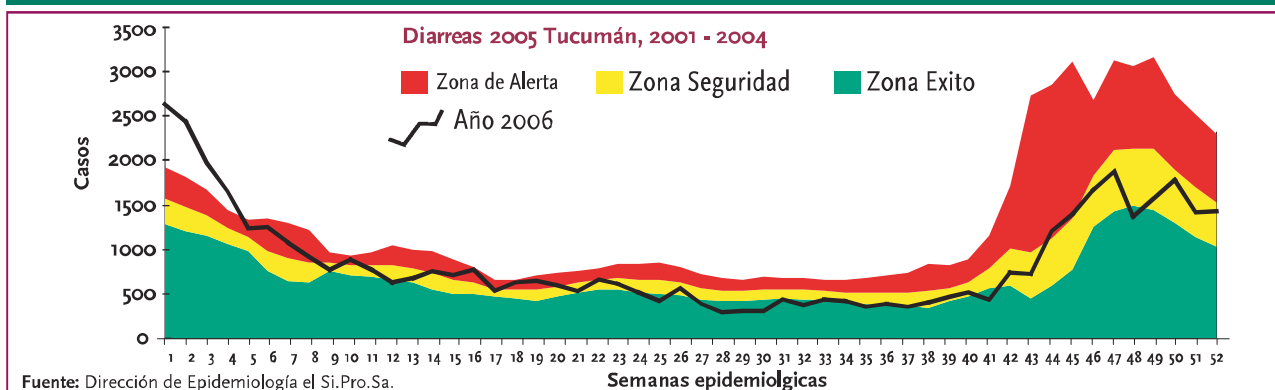
Diarreas

Las diarreas constituyen un importante problema de salud pública por su magnitud y por su efecto negativo en los menores de 5 años sobre su estado nutricional. Se presenta durante todo el año pero con un incremento en el período estival. Su ocurrencia está en directa relación con las condiciones socio-económicas de la provincia.

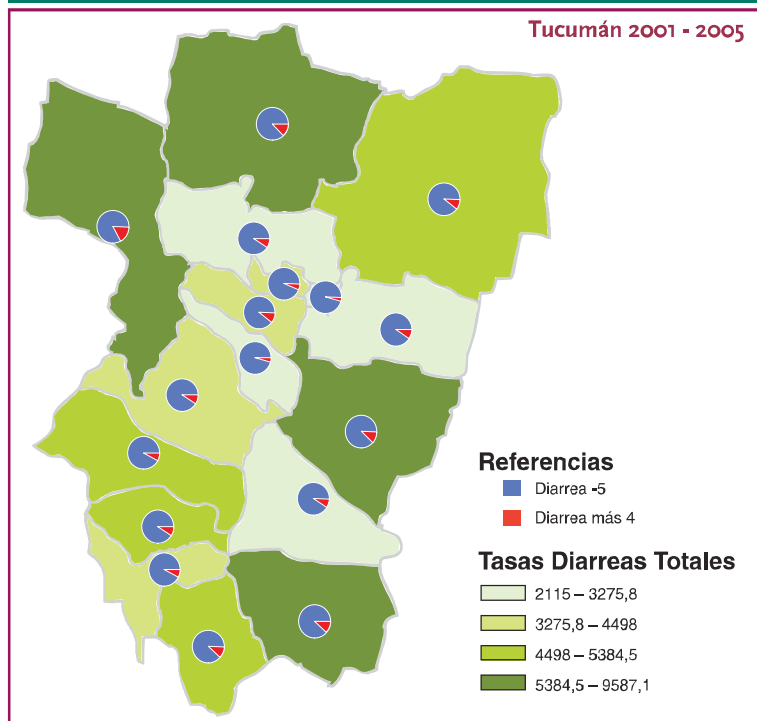
La **Modalidad de Vigilancia** de las diarreas se realiza por dos vías:

- Notificación semanal por C2: informa número total de casos.
- Unidad Centinela: desde el año 2005 funciona como sensor anticipando los cambios que se producen en la comunidad y permite identificar los principales gérmenes responsables de las diarreas y sus características clínicas.

CORREDOR ENDEMICO DE DIARREAS



TASA POR 100.000 DE DIARREAS POR DEPARTAMENTOS Y GRUPOS DE EDAD



Las tasas notificadas de Diarreas en menores de 5 años en todos los departamentos fueron superiores a las tasas en mayores de 5 años. Asimismo, los departamentos más afectados tienen que ver con precarias condiciones sanitarias.

A través de la vigilancia centinela se conoció la etiología en el 29% de los casos. Por su parte, la etiología viral y parasitaria fueron las dos principales causas de diarreas en los años 2005 y 2006. De las virales se identificaron infecciones por Rotavirus y en algunas coinfección con Norovirus.

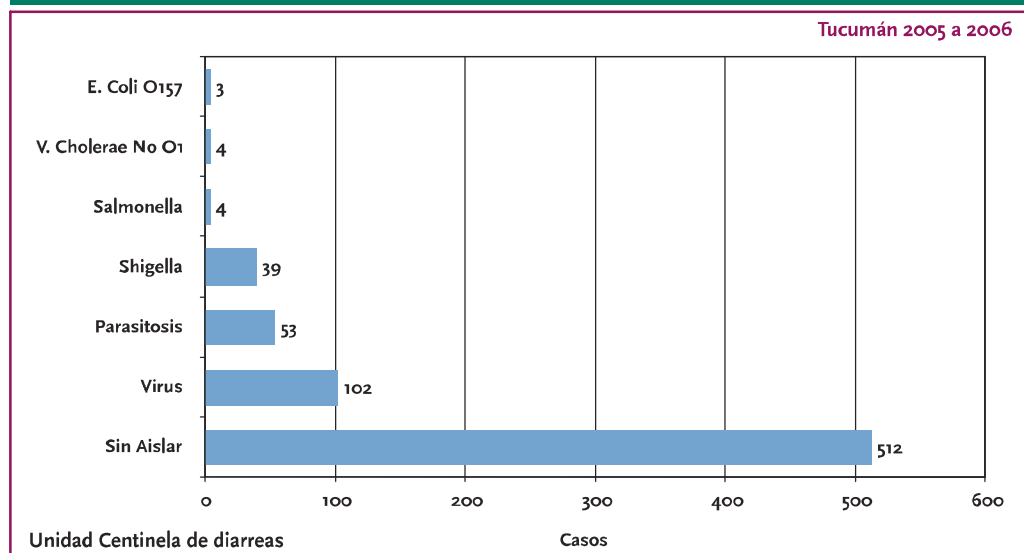
Entre las bacterianas el germen más frecuente fue *Shigella* sp., habiéndose aislado también, en menor proporción, *E. Coli* 157, *Salmonella* sp. y *Vibrio Cholerae* (No O1).

El 83 % de diarreas fueron de características líquidas y semilíquidas.

Recomendación

Fortalecer la función del componente epidemiológico de la UC, con mayor análisis de la información allí generada. Difusión y coordinación con otros sectores íntimamente relacionados, como las UC de SHU.

CASOS DE DIARREA SEGUN AGENTE ETIOLOGICO AISLADO



Meningoencefalitis

La meningitis viral es endémica con episodios de brotes epidémicos en su transcurso. Los últimos brotes se registraron en 1996 y en el período 2005-2006, ambos por ECHO 4.

En la categoría de meningitis viral, se incluyen Enterovirus, virus de la parotiditis y sin especificar. Por su parte, las meningitis bacterianas se discriminan según su etiología en: *H. influenzae*, *N. Meningitidis*, *S. Pneumoniae*, TBC y otros gérmenes o sin aislar.

Modalidad de Vigilancia

La meningoencefalitis es una enfermedad sujeta a notificación obligatoria desde 1960 (ley 15465). En el año 1994 se estableció la Vigilancia Intensificada para meningoencefalitis, que requiere edad, agente etiológico y

evolución. Esta actividad estimuló la notificación de casos aún en el sector privado.

La comunicación se realiza dentro de las 24 horas de ocurrido el caso sospechoso en forma inmediata (por teléfono, fax o correo electrónico) y por ficha específica al nivel central.

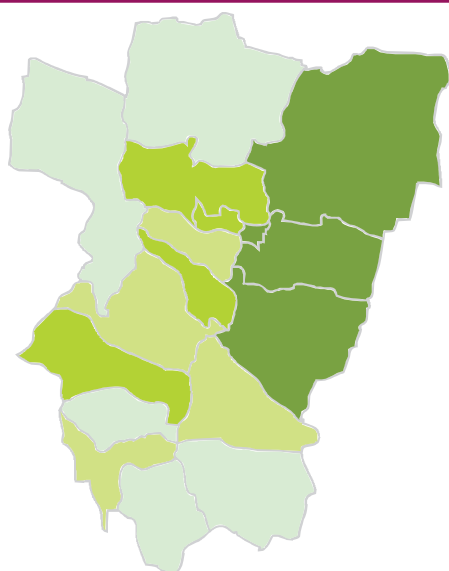
En el período 2001-2005 (excluyendo el año epidémico) la principal etiología de las meningoencefalitis en la provincia fue viral y representó en promedio el 44% de los casos. Los departamentos con mayores tasas fueron Burruyacu, Capital, Cruz Alta y Leales.

Dentro de las bacterianas, el Neumococo sigue siendo un problema ya que mantiene su incidencia anual (con un moderado descenso en el último año) y su elevada letalidad, que en el período 2001-2006 fue del 23,3%.

CASOS DE MENINGITIS SEGUN ETIOLOGIA										
ETIOLOGIA	2001		2002		2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bacterianas/Aislar	18	18,9	27	34,6	8	10,7	15	15,0	13	1,6
Haemophilus	1	1,1	1	1,3	2	2,7	2	2,0	1	0,1
Meningococo	10	10,5	3	3,8	8	10,7	2	2,0	4	0,5
Neumococo	20	21,1	16	20,5	21	28,0	16	16,0	8	1,0
TBC	1	1,1	1	1,3	1	1,3	2	2,0	0	0,0
Virales	38	40,0	27	34,6	30	40,0	61	61,0	760	96,3
Otros Gérmenes	7	7,4	3	3,8	5	6,7	2	2,0	3	0,4
TOTAL	95	100,0	78	100,0	75	100,0	100	100,0	789	100,0
Fuente: Dirección de Epidemiología el Si.Pro.Sa.										

TASAS x 100.000 DE MENINGITIS VIRAL POR DEPARTAMENTO

Tucumán 2001 - 2005



Referencias

Meningitis virales

0 - 1,5

1,5 - 4,4

4,4 - 12,4

12,4 - 25,4

Dirección de Epidemiología

Se destaca la disminución progresiva de las “bacterianas sin aislamiento”, debido a la mejora en el aislamiento e identificación de los gérmenes. En el 2005, el 44,8% de las meningitis bacterianas fueron sin aislamiento, mientras que en el 2006 ese porcentaje se redujo a un 25% (hubo una disminución del 44,3%).

Recomendaciones

A pesar que en los últimos años se mejoró la identificación de las meningitis que eran informadas sin aislamiento o sin especificar, es necesario continuar avanzando, fundamentalmente, en la identificación de virus, que representan el 44% de las meningitis en la provincia.

Se debe generalizar el llenado de la ficha de notificación específica en los establecimientos notificadores. Además, es importante comenzar a discriminar los casos que son predominantemente “Encefalitis”, para vigilar por separado.

Intervenciones

Con la inclusión de la vacuna (a partir del año 1994) contra el *Haemophilus Influenzae* se produjo una marcada disminución de la morbilidad y mortalidad de meningitis por dicho germen.

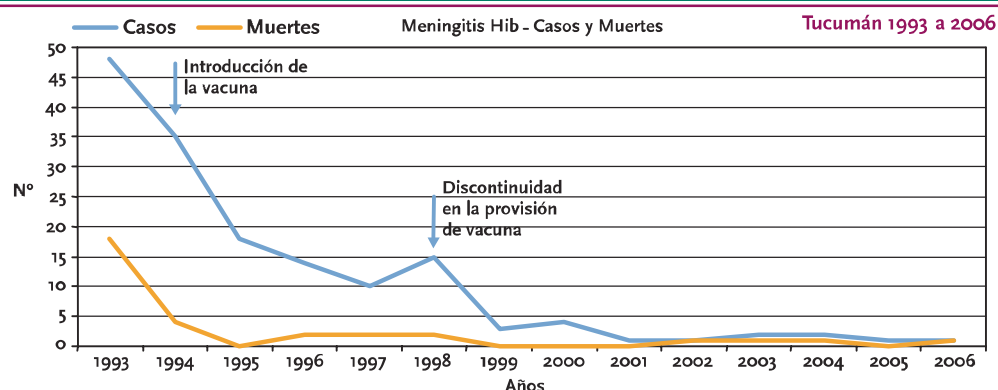
LETALIDAD DE MENINGITIS POR ST. PNEUMONIAE

Tucumán, período 2001-2006

AÑOS	CASOS	MUERTES	LETALIDAD
2001	20	4	20,0
2002	16	1	6,3
2003	19	9	47,4
2004	16	3	18,8
2005	8	1	12,5
2006	11	3	27,3

Fuente: Dirección de Epidemiología

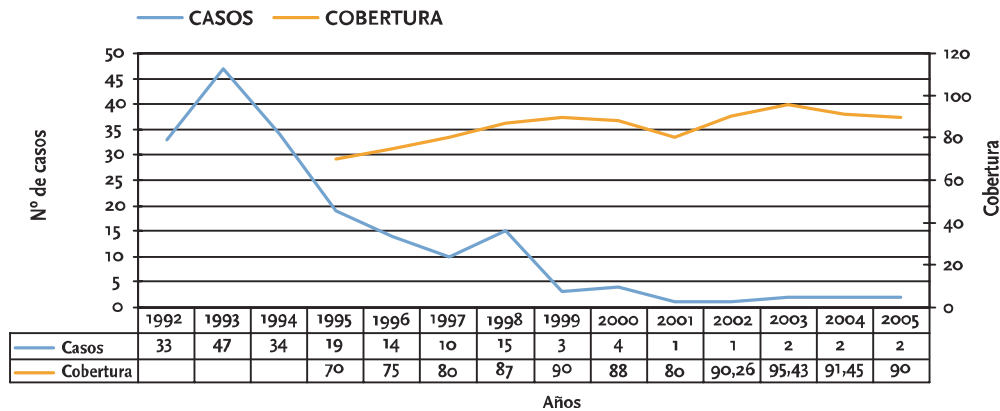
TENDENCIA DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE SEGUN NUMERO DE CASOS Y LETALIDAD



MENINGITIS POR HIB. CASOS Y COBERTURAS DE VACUNACION

MENINGITIS por *Haemophilus influenzae* tipo b Casos Notificados y Cobertura de Vacunación 3ra dosis

Tucumán 1992 - 2005



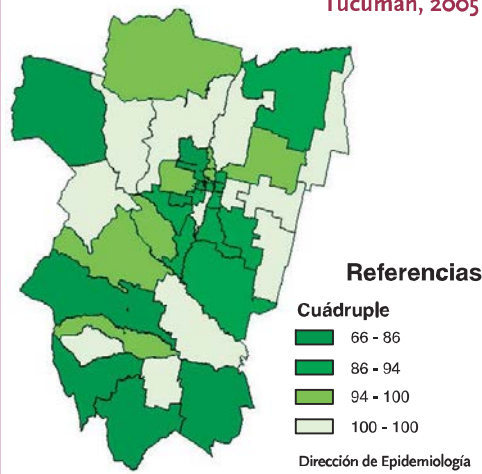
Las Meningitis por *Haemophilus influenzae* muestran un marcado descenso a partir del año 1998. Este comportamiento se debe a la incorporación de la vacuna *Anti Haemophilus influenzae*, a fines de ese año, en el Calendario Nacional de Vacunación.

En el período 1992-2005 el menor número de casos notificados se dio en el año 2001. Además, las cifras de casos de los últimos años representa un incremento de un caso en cada año. En el período 2001-2005 se registraron 3 muertes en niños menores de un año.

Con la campaña masiva de vacunación contra el Meningococo C en el año 1998 se redujo los casos por ésta causa.

COBERTURA DE VACUNA CUADRUPLE EN <1 AÑO SEGUN AREAS OPERATIVAS

Tucumán, 2005



Influenza

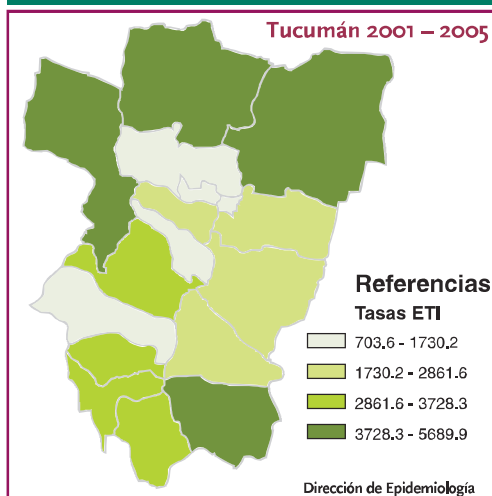
La Influenza, junto con las IRAs, es una de las principales causas de morbilidad en nuestra provincia en época invernal; por esto, genera una importante demanda en los servicios de salud. Desde el alerta mundial de pandemia por Influenza (año 2005), la vigilancia de la misma adquirió mayor relevancia, implementándose planes de contin-

gencia a nivel nacional y local.

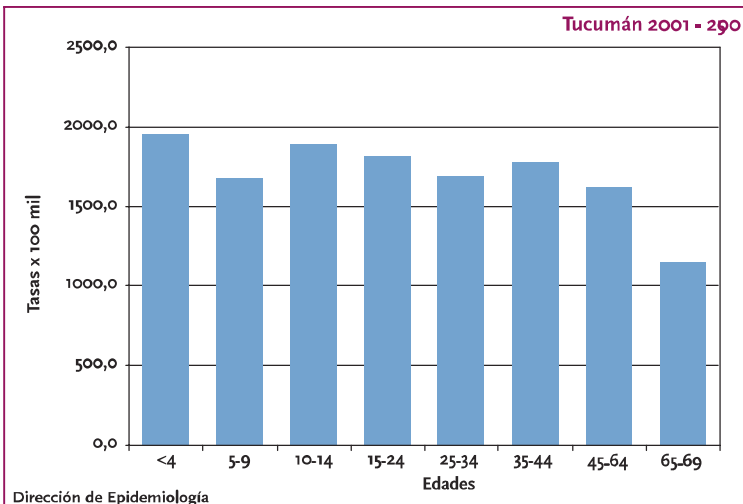
La Enfermedad Tipo Influenza (ETI) se notificó en todas las edades, aunque algo más en menores de 4 años y en adolescentes.

Los departamentos que presentaron mayores tasas de notificación en el período 2001-2005 fueron Taí del Valle, Trancas, Burruyacu y Graneros.

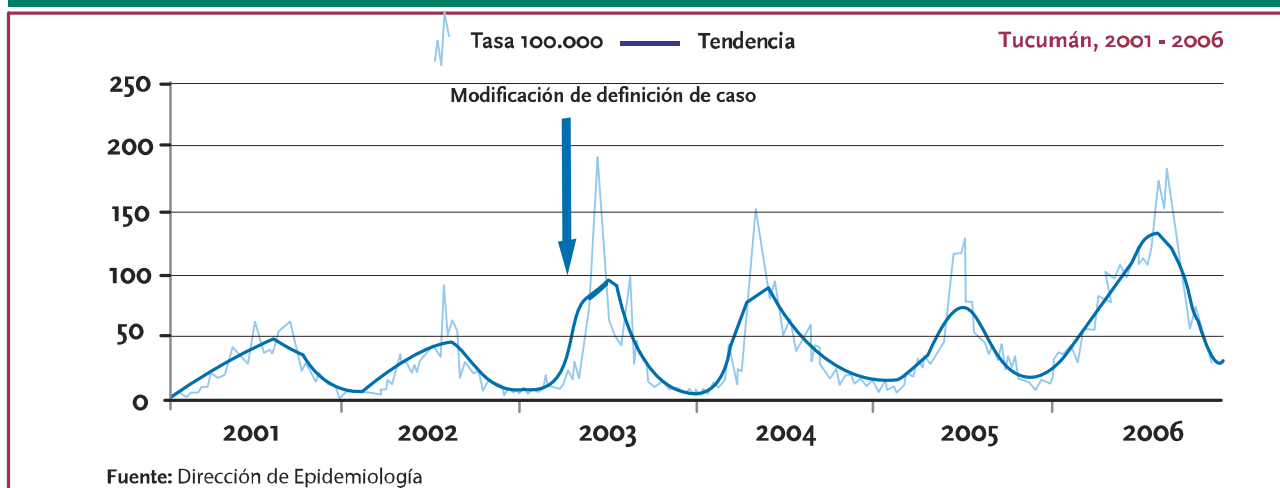
TASAS DE ETI POR 100.000 SEGUN DEPARTAMENTOS



ETI. TASAS POR 100 000 SEGUN EDADES



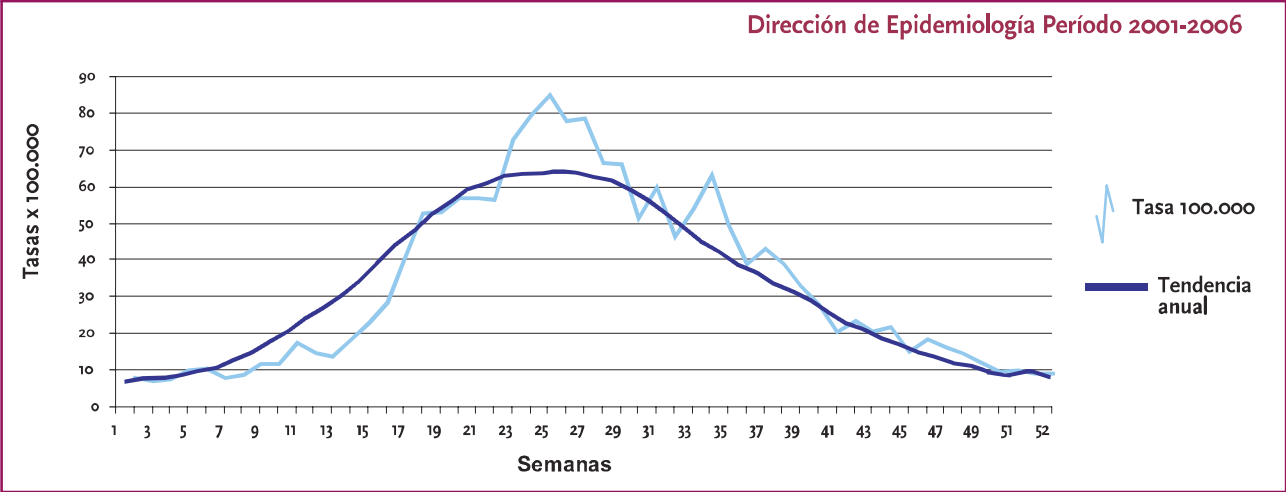
COMPORTAMIENTO TEMPORAL DE ETI



La ETI tiene un comportamiento estacional y su tendencia en el período analizado es ascendente. Esto puede explicarse por la me-

jora en la notificación al sistema de vigilancia, y también, por modificaciones que hubo en la definición de caso relacionado con ETI.

COMPORTAMIENTO ANUAL DE LAS ETI SEGUN SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS



El comportamiento estacional de las ETI corresponde a los meses fríos del año comenzando su ascenso desde la SE 11.

Modalidad de Vigilancia

Se realiza por notificación semanal de tipo sindrómica, como ETI, lo que permite estimar la magnitud y duración de los brotes. Ésta información es complementada con una Unidad Centinela (UC) que cuenta con “médicos centinelas” para la captación de pacientes y envío de muestras desde diferentes puntos de la provincia a un laboratorio

de referencia local. Éste laboratorio pertenece a la Cátedra de Virología de la Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia de la UNT, y es integrante del Grupo Colaborativo de Vigilancia Epidemiológica de la Gripe en Argentina y otras virosis respiratorias desde 1999. Las muestras aisladas son enviadas al laboratorio de Referencia Nacional para la identificación de cepas, necesarias para la formulación de las vacunas.

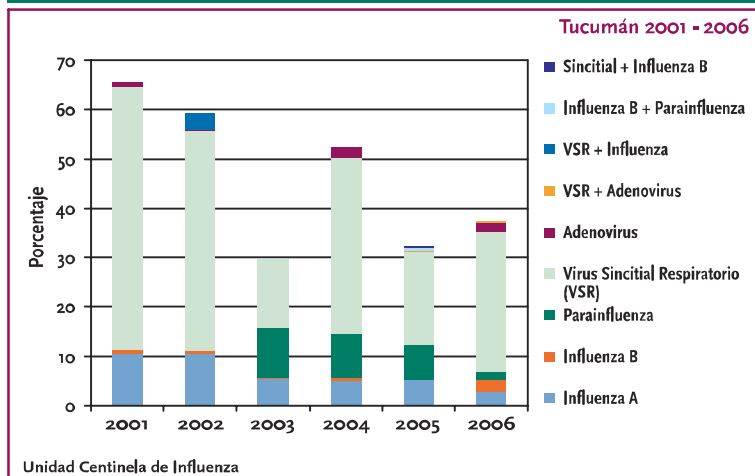
El virus que se aisló con mayor frecuencia en la Unidad Centinela, fue el *Virus Sincitial Respiratorio* (VSR) seguido del *Virus Para-*

VIRUS CIRCULANTES POR AÑOS. TUCUMAN 2001 - 2006

VIRUS CIRCULANTES	NUMERO DE MUESTRAS POSITIVAS					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Influenza A	20	17	15	32	41	40
Influenza B	2	1	1	5	1	32
Parainfluenza	0	0	28	57	56	26
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	101	72	38	229	147	387
Adenovirus	1	1	0	12	0	23
VSR + Adeno					1	3
VSR + Influenzavirus		5			2	
Influenza B + Parainfluenza					4	
Sincitial + Influenza B					2	
Total Positivos	124	96	82	335	255	511
Total Muestras procesadas	190	162	277	641	786	1372

Fuente: Unidad Centinela de Influenza

PRINCIPALES VIRUS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS



influenza. Esto se explica por un importante número de muestras provenientes de niños con patología respiratoria estudiados entre los diagnósticos diferenciales para éstos virus.

Entre los serotipos de Influenza se pudo identificar el tipo A como el más frecuente.

También se pudo observar co-infecciones entre los diferentes virus en un mismo paciente (ver gráfico).

Intervenciones

Desde el 2005 se intensificó la inmunización en grupos de riesgo*. Las cepas aisladas en la UC fueron correspondientes con las cepas componentes de las vacunas aplicadas.

Recomendaciones

Reforzar el funcionamiento de la unidad centinela con mayor apoyo de médicos centinelas, mejorar la gestión del envío de muestras y mayor análisis de la información.

Completar el plan de contingencia provincial para la pandemia de gripe.

Y además, aumentar la cobertura de vacunación y extenderla a otros grupos de riesgo definidos en caso de pandemia.

*Se consideran grupos de riesgo: Personas mayores de 65 años. Adultos y niños con afecciones crónicas de los sistemas pulmonar y cardiovascular. Pacientes con enfermedades metabólicas (diabetes), insuficiencia renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión (incluye HIV (+) e inmunosupresión por medicación. Niños o adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico. Grupos de personas que pueden transmitir la gripe a personas de alto riesgo: médicos, enfermeras y aquellos que en hospitales o cuidados domiciliarios tienen contacto con grupos de alto riesgo. Empleados de instituciones geriátricas y entidades de cuidados crónicos que tienen contacto con pacientes. Personas que ocupan funciones críticas en caso de epidemia (servicios de seguridad, escuelas, etc.). Convivientes con pacientes inmunosuprimidos. Embarazadas de alto riesgo que estarán en el 2º ó 3º trimestre de embarazo durante las épocas de influenza.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)

Las infecciones respiratorias agudas agrupan un conjunto de patologías del aparato respiratorio que incluye infecciones del tracto respiratorio alto y bajo, excluyendo las neumonías. Su mayor incidencia se observa en los meses fríos por las bajas temperaturas y la contaminación ambiental, generada probablemente por la actividad azucarera.

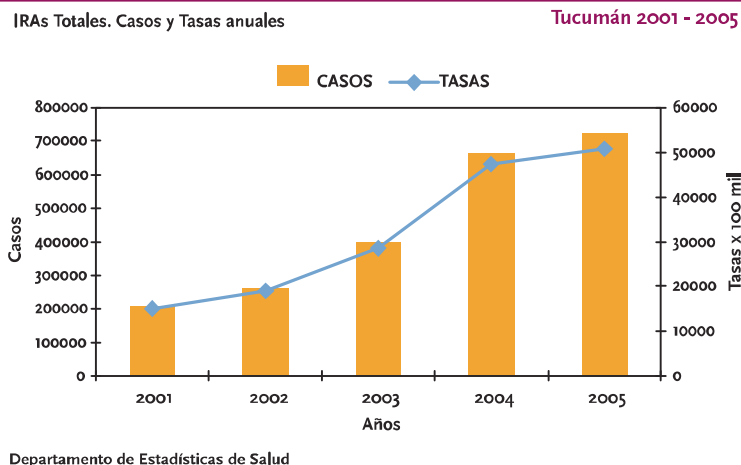
Modalidad de Vigilancia

Su notificación es semanal por C2 y cuenta con un programa de control y vigilancia que funciona desde el año 1998, que analiza los datos generados en las salas de internación abreviada (SIA). Debido a la poca especificidad de ésta notificación, a partir del año 2005, se modificó la notificación de IRAs pasándose a notificar únicamente Síndrome Bronquial Obstructivo.

Recomendaciones

Mejorar la vigilancia de éstas patologías desagregándolas por diagnósticos que sean prioritarios al programar intervenciones.

IRAs. CASOS Y TASAS POR 100 000



Varicela

Es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo, producida por el Virus *Varicela-Zoster* (VVZ), de carácter benigno. En la actualidad es la infección eruptiva más frecuente. El VVZ pertenece al grupo de los Herpes Virus, con estos comparte la característica de persistir en el organismo luego de la infección primaria, y puede posteriormente reactivarse cuando, por cualquier causa, se produce una depresión de la inmunidad celular.

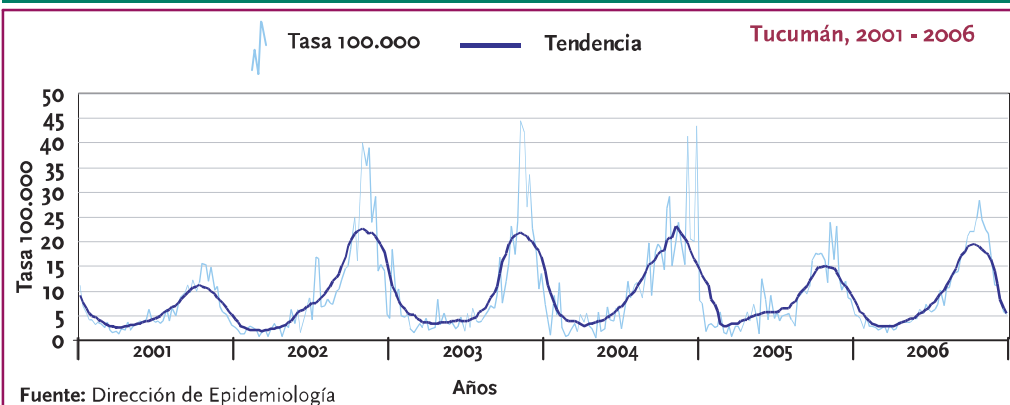
Su presentación es endémica con ciclos

estacionales. Prácticamente, todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90% de la población padeció la enfermedad antes de los 15 años. Esto porque el VVZ infecta a niños pequeños, con máxima incidencia entre los 2 y los 8 años de edad. El porcentaje de infecciones subclínicas es sólo del 4%.

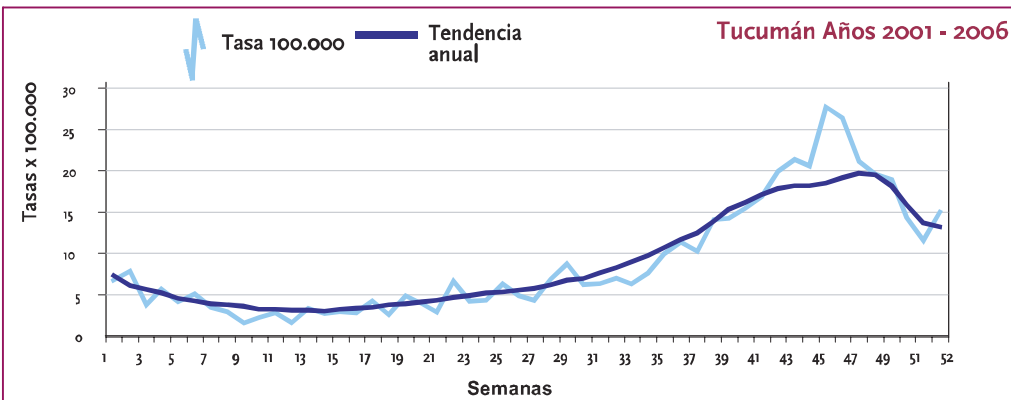
Modalidad de Vigilancia

La varicela se notifica semanalmente por C2 con información detallada (Nominal).

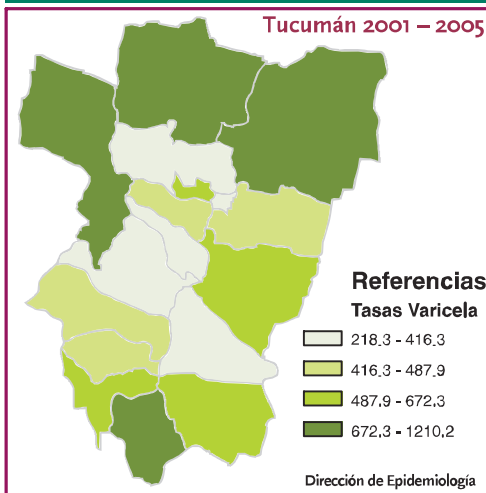
COMPORTAMIENTO TEMPORAL DE VARICELA



COMPORTAMIENTO ANUAL DE VARICELA SEGUN SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS



TASAS DE VARICELA POR 100.000 SEGUN DEPARTAMENTOS



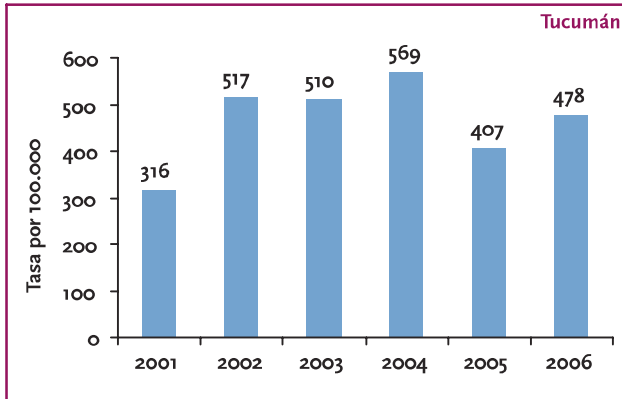
En nuestra provincia la Varicela tuvo una tendencia ascendente desde el 2001 hasta el 2004; luego de una disminución en el año 2006 se notificaron 476 casos por 100.000 habitantes. También pudo observarse su comportamiento estacional en primavera-verano.

Por su parte, los departamentos con tasas mayores a 672/100 mil fueron Tafi del Valle, Trancas, Burruyacu y La Cocha, en el período 2001-2005.

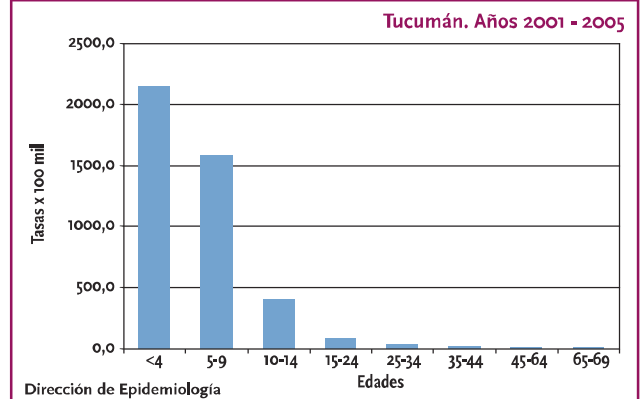
Además, los menores de 4 años presentan mayor riesgo, aunque se mantienen tasas elevadas hasta los 14 años.

Si bien se trata de una enfermedad inmunoprevenible, su vacuna no está incluida en el esquema regular de vacunación por lo que su indicación es individualizada, lo que limita el control en la comunidad.

NOTIFICACION DE VARICELA POR AÑOS



VARICELA TASAS SEGUN EDADES



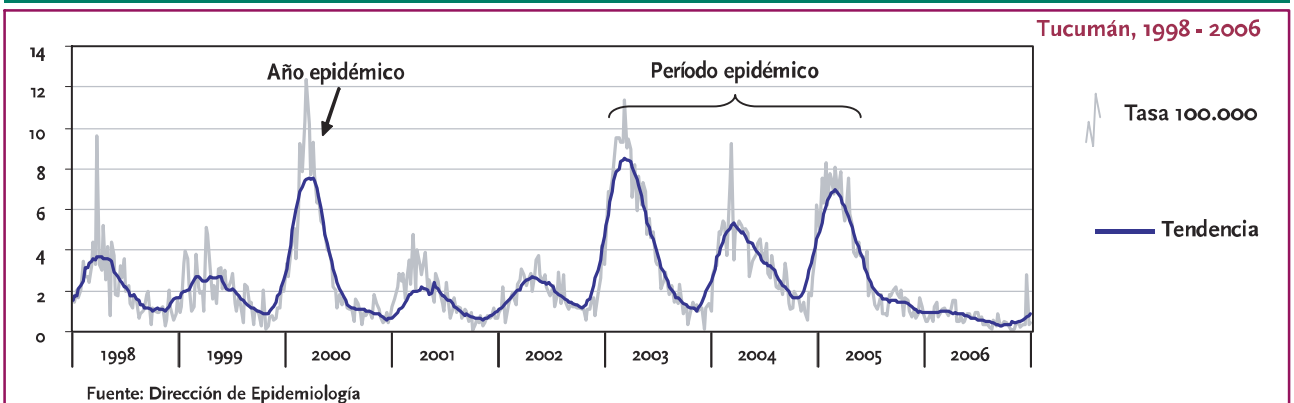
Hepatitis A

La provincia de Tucumán es considerada una zona de alta endemicidad para la infección por el HAV, porque los hábitos de higiene y las condiciones sanitarias de la población favorecen la principal vía de transmisión: la fecal-oral. La mayoría de los individuos se infectan en los primeros años de vida, por lo que se trata de una enfermedad de la primera y segunda infancia y/o adolescencia; rara vez se da en adultos.

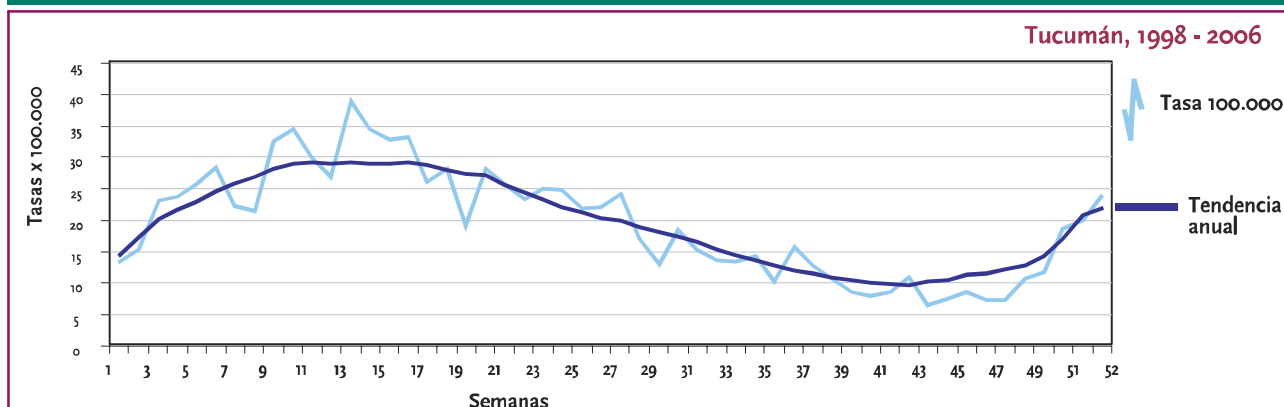
Modalidad de Notificación

La vigilancia de Hepatitis A plantea características especiales debido a la presentación de casos subclínicos o asintomáticos, y la necesidad de confirmación etiológica por laboratorio. Hasta el año 1992 se comunicaban por semana epidemiológica sin diferenciación como “sin especificar”. A partir de 1996 se comenzó a notificar como hepatitis A, B, C, otras y sin especificar. Existe además una Unidad Centinela (UC) que aporta la confirmación etiológica y características clínicas de la enfermedad.

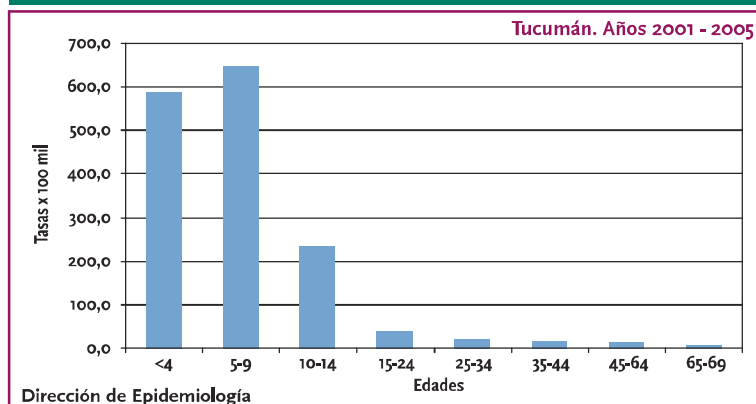
COMPORTAMIENTO TEMPORAL DE HEPATITIS A



COMPORTAMIENTO ANUAL DE HEPATITIS A SEGUN SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS EN AÑOS NO EPIDEMICOS



HEPATITIS A. TASAS SEGUN EDADES



En los últimos nueve años la provincia presentó dos con brotes epidémicos por Hepatitis A: en 2000 y 2003 a 2005.

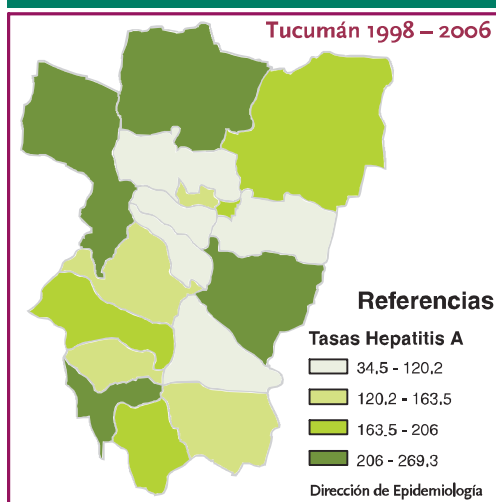
La tendencia fuera de ese período se mantuvo en general estable, con un llamativo descenso en el año 2006.

Es una enfermedad con componente estacional presentando mayores tasas en los meses de verano y otoño.

Por su parte, los grupos de edad más notificados fueron los menores de 14 años, especialmente entre 5 a 9 años.

Los departamentos más afectados fueron Leales, Trancas, Taí del Valle y J. B. Alberdi. Además, los de mayor riesgo también fueron Leales, Trancas, Taí del Valle y J. B. Alberdi.

TASAS DE HEPATITIS A x 100.000 SEGUN DEPARTAMENTOS



Intervenciones

A partir del año 2005, se incluyó en el esquema regular de vacunación, la vacuna contra la Hepatitis A (una dosis al año de edad y vacunación de bloqueo a contactos menores de 15 años). Por lo que, junto a otras medidas tendientes a mejorar las condiciones sanitarias de la provincia, cabría esperar un descenso de la incidencia de ésta enfermedad en el futuro.

Otras Enfermedades Inmunoprevenibles

La prevención de las enfermedades de la infancia mediante los programas de vacunación ha sido una de las medidas que más repercusión tuvo en la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el PAI (Programa Ampliado de Inmunización), evitó la muerte de millones de niños y miles de discapacidad todos los años en lo que se aplicó.

Las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas se incluyen en el PAI.

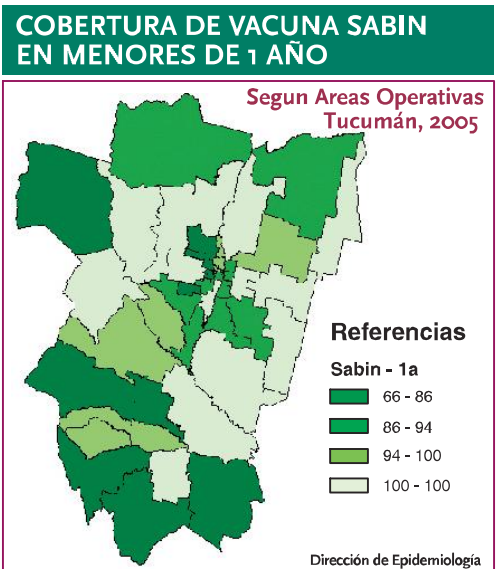
En la actualidad, están disponibles en el mundo más de 40 vacunas para la prevención de las enfermedades infecciosas en el hombre. La investigación avanza con gran rapidez y se prevé que el número de vacunas disponibles y de enfermedades prevenibles se ampliará sustancialmente en un futuro próximo.

Parálisis Fláccida

Tucumán, desde el año 1980, no tiene casos de Poliomiелitis. En el país, se notificó el último en el año 1984, en la Provincia de Salta. En 1991 se registró el último caso en las Américas, más precisamente en Perú.

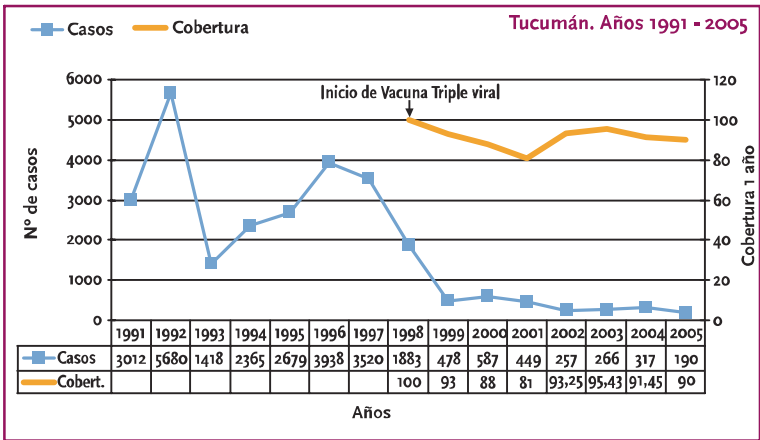
En agosto de 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiелitis (CICEP) declara erradicado el poliovirus salvaje de las Américas.

El Programa de Erradicación de la Poliomiелitis tiene cómo estrategia la Vigilancia de todas las Parálisis Flácidas (PAF) en menores de 15 años. Para el monitoreo de la vigilancia se usan los indicadores que se muestran en la siguiente tabla:



PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS - TUCUMAN, Años 2002 - 2005					
INDICADORES	2002	2003	2004	2005	2006
Cobertura con 3 dosis de Sabin	≥ 95 %	86 %	85%	92,21	92,21
Tasa de notificación por 100.000 en pacientes <15 años	1	0,4	0,6	1,8	1,8
Porcentaje de casos investigados dentro de 48 horas de la notificación	≥ 80 %	100 %	100%	100%	100%
Porcentaje de muestras obtenidas dentro de los 14 días del inicio de la parálisis	≥ 80 %	100 %	100%	100%	100%
Porcentaje de unidades que notifican semanalmente	≥ 80 %	80 %	80%	80%	80%

PAROTIDITIS. CASOS Y COBERTURAS DE VACUNACION



Parotiditis

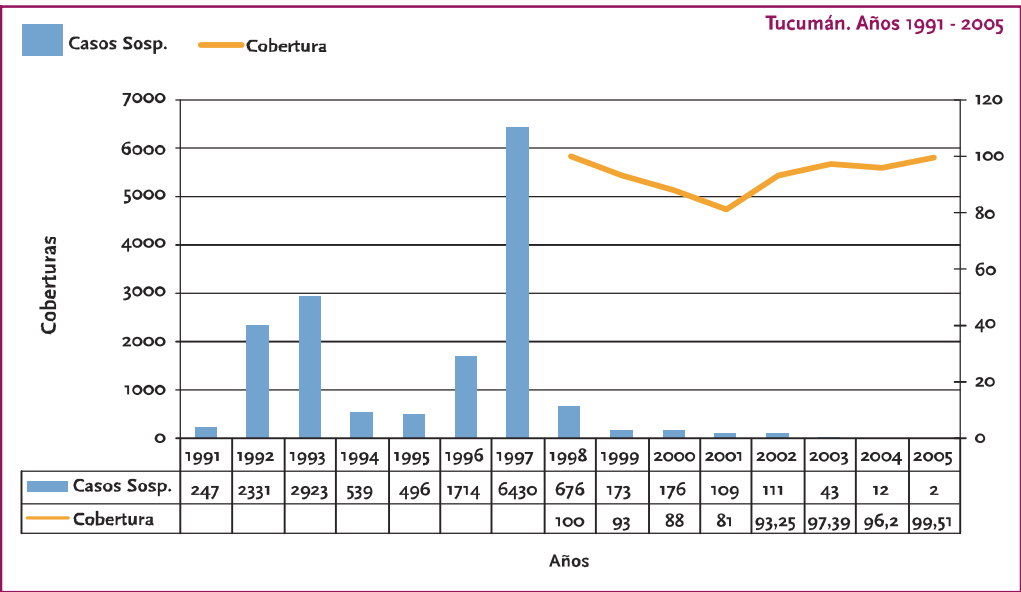
Esta enfermedad provocaba en la Provincia epidemias cada 4 años, hasta que en 1998 se incluyó la vacuna Triple Viral en el Calendario Nacional de Vacunación, desde entonces se observa una marcada disminución de la notificación de casos.

Rubéola

Esta enfermedad en la Provincia se presentaba en forma endémica con brotes epidémicos, el mayor de los últimos años fue en 1997 con 6430 casos. A partir de la incorporación de la vacuna Triple Viral en el Calendario Nacional de Vacunación, aplicada al cumplir el año de edad y a los 6

años en el año 1998, muestra una marcada reducción de las notificaciones. En el año 2003, se inició la Vigilancia Integrada Sarampión-Rubéola. Se estudiaron 137 casos en el período 2003-2005 por laboratorio. Finalmente, no se confirmó ningún caso hasta la fecha.

RUBEOLA. CASOS Y COBERTURAS DE VACUNACION



Sarampión

En Tucumán, el Sarampión desde 1981 hasta 1992, fecha del último brote importante, se venía presentado como una endemia con brotes epidémicos cada seis años, con una incidencia de 2500 casos, y con 200 a 700 en los periodos interbrotes.

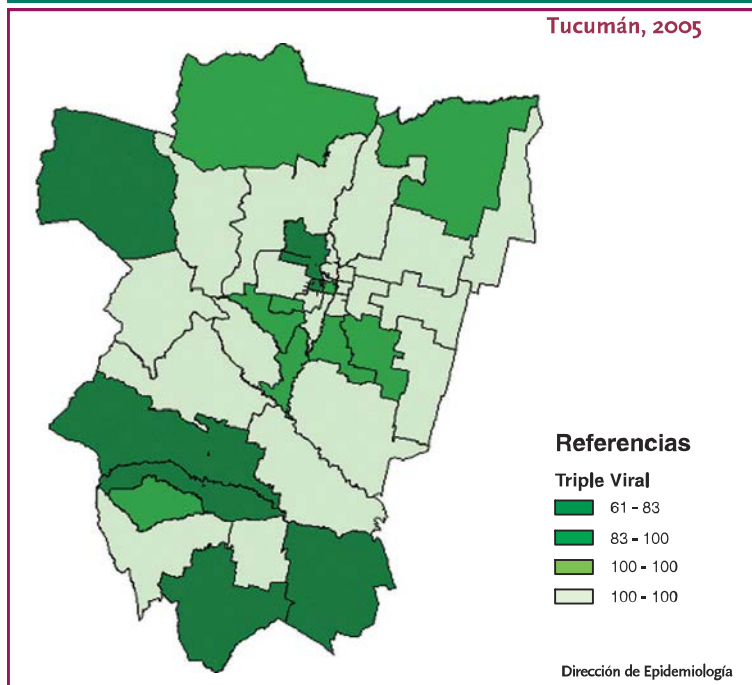
En el año 1993, al igual que el resto del país, se realizó la Campaña Masiva de Vacunación Antisarampionosa destinada a niños de 1 a 14 años de edad; se logró una cobertura del 100% en Tucumán.

A partir del año 1994, se comenzó con la Vigilancia Intensificada de las EFE y confirmación de casos por laboratorio, notificándose 11 casos hasta el mes de junio de ese año, fecha en que se confirma el último caso.

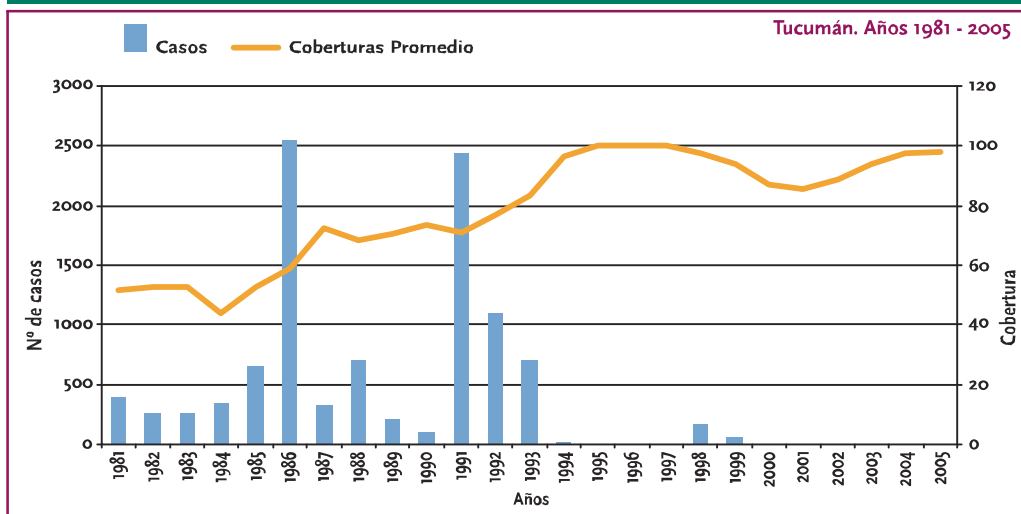
En el año 1997, se realizó la Campaña de seguimiento dirigida a niños de 1 a 4 años de edad; se logró una cobertura del 98%.

Después de cuatro años libres de Sarampión, en junio de 1998 se inició un brote que se extendió hasta septiembre de 1999. Desde entonces hasta la fecha de no se registraron casos. Por último, en los años 2002 y 2005 se realizaron campañas de seguimientos con coberturas del 98%.

COBERTURA DE VACUNA TRIPLE VIRAL EN NIÑOS DE 1 AÑO SEGUN AREAS OPERATIVAS

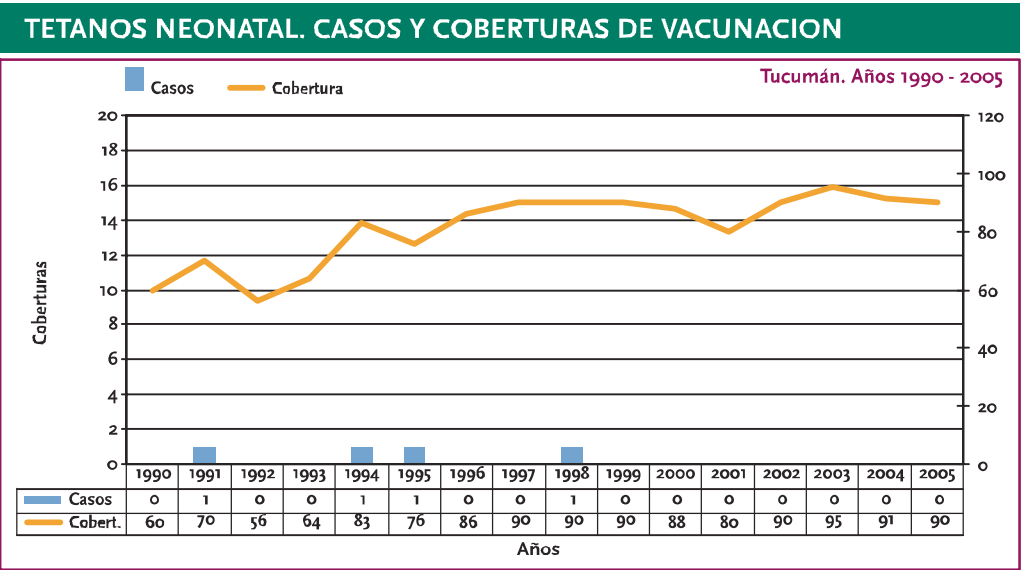


SARAMPION. CASOS Y COBERTURAS DE VACUNACION



Tétanos Neonatal

Desde el período 1990-2005 se registraron 4 casos de tétanos neonatal e igual cantidad de muertes. La estrategia para la eliminación del Tétanos neonatal es la vacunación de mujeres en edad fértil, realizada en las áreas de riesgo en el año 1996, y adecuadas coberturas de vacunación en todas las embarazadas.



Difteria

En la Provincia no se notificaron casos desde el año 1974. Sin embargo, en el país se registraron casos en el año 2003.

Coqueluche

La vacuna DPT (Triple bacteriana) se incorporó al ingreso escolar en el calendario nacional en el año 1985. La vacuna Cuádruple, DPT más el componente *Haemophilus influenzae*, se introduce en el Calendario Nacional de Vacunación a fines del año 1997.

Tucumán tenía bajas coberturas de DPT para 4 dosis hasta el año 1994 que comenzaron a ascender las coberturas y cómo consecuencia disminuyó la morbilidad.

En el año 2004, igual que en algunas provincias del país, se presentó un brote que se prolongó hasta el año 2005.

En Coqueluche, el ser humano es el único reservorio y la enfermedad es de distribución universal, endémica, con ciclos epidémicos cada 3 a 5 años por la acumulación de cohortes susceptibles. La enfermedad se transmite por vía de aerosol infectante y generalmente se presenta en lugares donde existen aglomeraciones humanas. La contagiosidad es elevada y la transmisibilidad es de persona a persona por vía respiratoria.

Ni la enfermedad natural ni la vacunación brindan una protección completa o de por vida contra la reinfección o la enfermedad. Trabajos de investigación demuestran una caída significativa de los títulos de anticuerpos entre 3 y 5 años después de la vacunación o de la enfermedad y

falta de protección a los 10 a 12 años de edad.

De todas maneras, la vacuna protege contra el desarrollo de manifestaciones graves, aunque no evita el contagio y el padecimiento de formas clínicas menores o inaparentes.

Luego de 40 años de vacunación, aún se registran en el mundo 60 millones de casos por año, con más de 500.000 muertes.

La Coqueluche está re-emergiendo incluso en países con altas coberturas de vacunación. En los últimos años se han observado cambios en el perfil clínico-epidemiológico de la enfermedad; si bien los menores de 1 año y especialmente los menores de 6 meses siguen siendo el grupo de mayor riesgo, se ha observado un aumento del número de casos de Bp en edades mayores. En la literatura se describen brotes en niños escolares y adolescentes; estos grupos actúan como reservorios y agentes de transmisión para otros niños de menor edad.

Varias pueden ser las causas de esta re-emergencia, entre ellas se encuentra:

1. Diagnóstico tardío en los niños mayores y adultos con sintomatología atípica,
2. Consulta tardía de los casos.
3. Tratamiento generalmente inadecuado
4. La corta duración de la inmunidad conferida por las vacunas. Las características inmunogénicas de la vacuna DPT hace que se pierda la inmunidad con el tiempo.

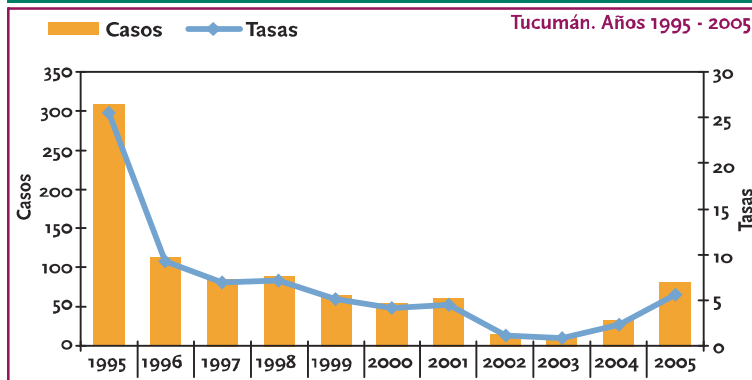
5. Divergencia antigénica entre las bacterias que circulan en la población y las cepas vacunales.

6. Falta de efectividad en la protección cruzada entre las diferentes especies del género de bordetella que también pueden causar enfermedades respiratorias y cuya incidencia también se ha incrementado, etc.

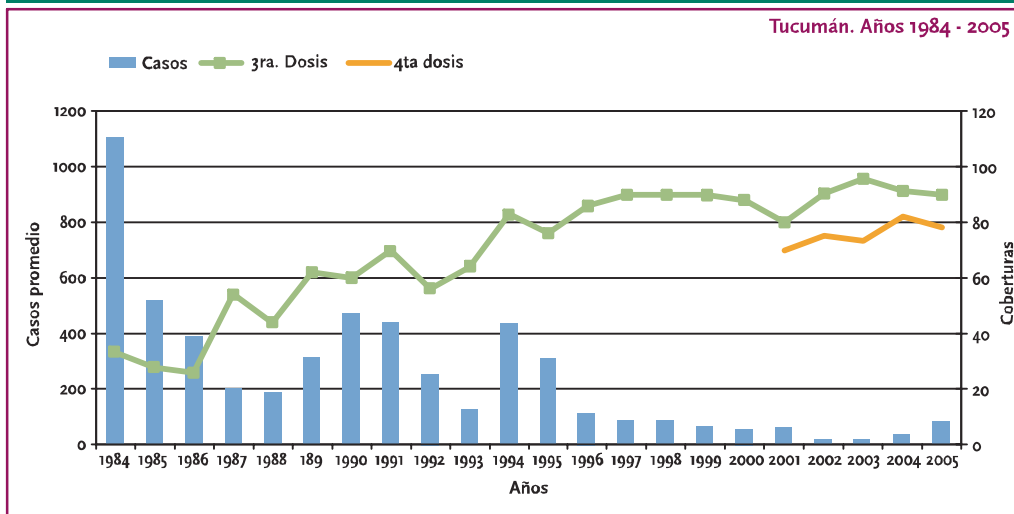
Esta reemergencia de pertussis aún en países con alta cobertura de vacunación puso de manifiesto la ineficacia de las formulaciones vacunales actuales para erradicar la enfermedad. La eficacia de la vacuna, luego de la 3ra dosis, se estima en el 80%.

En el período 2001-2005 se produjeron 7 muertes por coqueluche en niños menores de un año, dos de ellas ocurrieron durante el brote.

CASOS Y TASAS DE COQUELUCHE POR 100 000 HAB.



COQUELUCHE. CASOS Y COBERTURAS DE VACUNACION



Salud Oral

Las patologías del componente estomatológico de la Salud comprenden:

Patologías propias del sistema

- Caries.
- Enfermedad Periodontal.
- Traumatismos.
- Tumores.
- Trastornos en la oclusión.

Patologías que repercuten en el sistema

- HIV Sida.
- Sífilis.
- Diabetes.

De todas ellas, la caries es la enfermedad de mayor prevalencia en todo el mundo (alrededor del 90% de la población la padece), salvo en aquellos países en el que los sistemas de prevención, particularmente los de prevención masiva (fluoración de la sal y el agua) lograron reducciones cercanas al 60%.

Es importante señalar que esta enfermedad también incide en otras enfermedades prevalentes como la enfermedad periodontal y los trastornos de oclusión. La caries tiene un alto

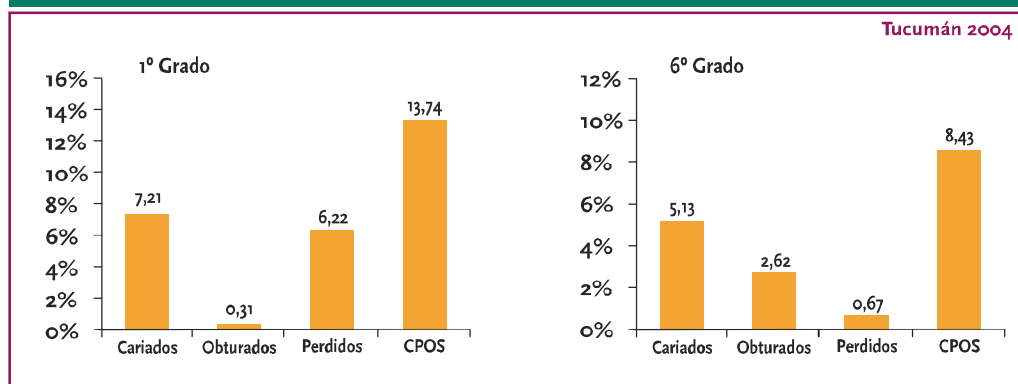
impacto en términos de morbilidad, pérdida de dientes, costo de los tratamientos y de rehabilitación bucal, teniendo además efectos psicológicos y sociales importantes. A ello se debe agregar el dolor que, generalmente es inhabilitante, además de las alteraciones masticatorias, fonéticas y estéticas, teniendo una influencia directa en la calidad de vida de las personas.

En el marco de esta situación, en el año 2004, el programa La Salud va a la Escuela realizó un diagnóstico a través de un indicador universal CPOS* para determinar el total de superficies cariadas, perdidas y obturadas en niños de primero y sexto grado, que concurrían a 42 establecimientos escolares públicos, con NBI del área urbana y periurbana del Gran San Miguel de Tucumán.

Del trabajo realizado se obtuvieron estos resultados:

En niños de primer grado (de 6 años en promedio) se halló un CPOS de 13,74 con un rango que oscila entre 2,82 a 42,56 entre escuelas. Por otro lado, en niños de sexto grado (de 11 años en promedio) el índice CPOS fue de 8,43 con un rango entre 1 a 14,64. El valor aceptable de este indicador es de hasta 3.

CPOS EN NIÑOS ESCOLARES DE 1º GRADO Y DE 6º GRADO



* CPOS: El índice CPOS es la sumatoria de superficies permanentes cariadas, perdidas y obturadas.

Durante el año 2005 en 388.951 pacientes atendidos en el sector público, se realizaron 490.456 prestaciones odontológicas, de los cuales el 46,2% fueron para reparar el daño producido por caries. Las enfermedades gingivales y periodontales con un 32% siguieron en la prevalencia a la caries, tanto en niños como en adultos.

A los aspectos infecciosos, agudos y crónicos de estas patologías debe agregarse la pérdida prematura de la dentadura natural con la consecuencia de necesidad de rehabilitación.

Las condiciones para la prevalencia de las patologías bucodentales resulta de la combinación de varios determinantes que no son privativas de nuestra provincia, dado que una situación similar se observa en la región y el resto del país; tales como:

- ▶ Ausencia de medidas preventivas masivas tales como fluoruración del agua de consumo y de la sal común de mesa.
- ▶ Aplicación restringida de medidas preventivas individuales con escaso impacto.
- ▶ Desconocimiento de la población sobre las distintas patologías y la posibilidad de prevenirlas.

- ▶ Escasa accesibilidad a los servicios de salud, la demanda supera a la oferta limitada por los altos costos de los tratamientos.

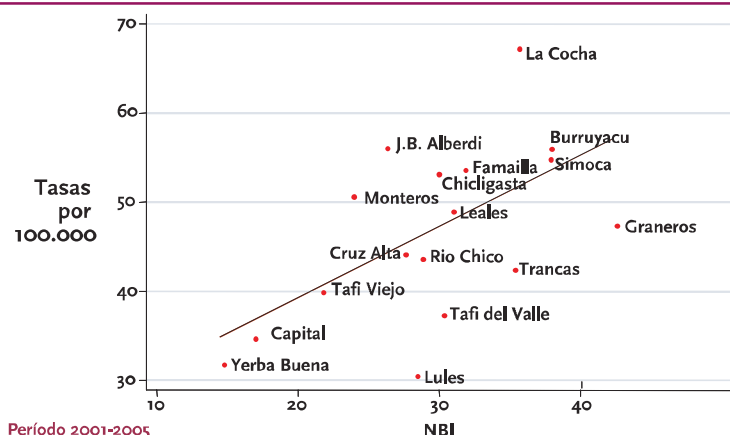
- ▶ Formación de recursos humanos altamente calificados orientados fundamentalmente a la atención individual y de carácter privado, debido a que los servicios públicos no tienen capacidad para absorber a la mayoría de estos recursos.

- ▶ Falta, casi total, de otros recursos humanos (auxiliares dentales y técnicos) necesarios para contribuir en la realización de los tratamientos y las respectivas rehabilitaciones a costos menores.

- ▶ Ausencia, hasta ahora, de políticas claras para enfrentar esta situación.

Causas Externas (CE)

MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS SEGUN NBI



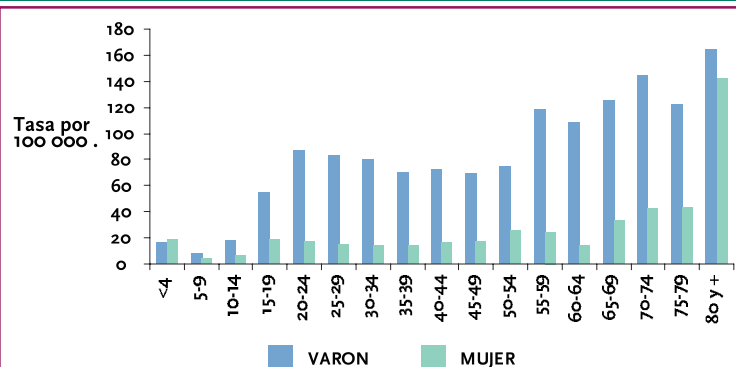
Período 2001-2005
Dirección de Epidemiología en base a datos de Estadísticas Vitales de la provincia de Tucumán.

La mortalidad general por causa externa durante el período 2001-2005 fue de 40,9 por 100 mil habitantes. En ese período mostró una tendencia descendente de 42,6 en el año 2001 a 37,8 en 2005. Al relacionar los departamentos con el nivel de NBI, se observó una relación directa con tal indicador [$C=9,02$ IC95% (-6,87; 24,91)].

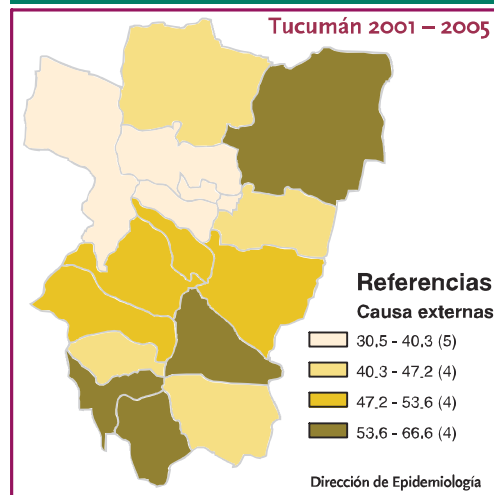
La mortalidad fue mayor en varones (63 contra 19 por 100 mil) y se observó un marcado predominio del sexo masculino en todos los grupos de edad; sobre todo entre los 20 a 39 años de edad.

Los departamentos de La Cocha, Burruyacu, Juan Bautista Alberdi y Simoca; son las que tuvieron tasas más altas de mortalidad por causa externa al ajustar por edad.

MORTALIDAD POR CAUSA EXTERNA SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO



MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR CAUSA EXTERNA



10 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS EN MENORES DE 5 AÑOS

Tucumán, periodo 2001-2005			
	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	%
1-	Ahogamiento	34	34,7
2-	Exposición a factores no especific.	20	20,4
3-	Bronco obstrucción	15	15,3
4-	Accidente de tránsito	8	8,2
5-	Cirugía	8	8,2
6-	Agresión por Arma blanca	3	3,1
7-	Electrocución	3	3,1
8-	Sofocación	3	3,1
9-	Exposición a Ignición	2	2,0
10-	Traumatismos varios	2	2,0
	TOTALES	98	100

En los menores de 5 años la tasa específica de mortalidad en el período 2001-2005 fue de 17,5 por 100.000. Las causas más frecuentes fueron debidas a: ahogamiento, exposición a factores no especificados y bronco obstrucción. Las 3 causas explican el 70,4% de muertes entre las 10 primeras por causa externa. La tendencia de muerte por causa externa fue levemente ascendente desde 17 por 100 mil en el año 2001 a 20 en 2005, en ese grupo de edad.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS EN MENORES DE 5 a 19 AÑOS

Tucumán, periodo 2001-2005			
	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	%
1-	Exposición a factores no especific.	83	31,3
2-	Arma de fuego n/e	50	18,9
3-	Suicidio ahorcamiento	48	18,1
4-	Accidente de tránsito	27	10,2
5-	Arma de fuego vivienda	20	7,5
6-	Electrocución	17	6,4
7-	Ahogamiento agua	7	2,6
8-	Accidente peatonal	5	1,9
9-	Agresión en vía pública	4	1,5
10-	Arma blanca	4	1,5
	TOTALES	265	100

En el grupo de entre 5 a 19 años, los accidentes sin especificar, las muertes por armas de fuego, los suicidios y accidentes de tránsito explican el 79% de muertes en ésta franja de edad, entre las 10 primeras causas de muerte.

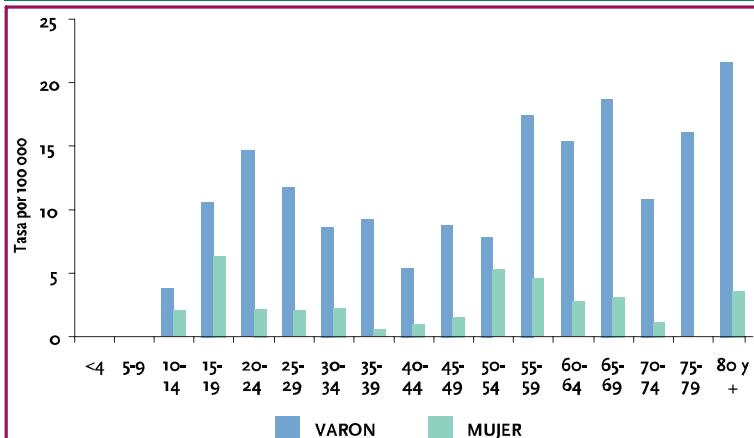
En mayores de 19 años los accidentes sin especificar, accidentes de tránsito, muertes por armas de fuego y suicidios explican el 76% de muertes en ésta franja de edad, entre las 10 primeras causas de muerte.

10 PROMERAS CAUSAS DE MUERTE POR CE EN MAYORES DE 19 AÑOS

Tucumán, periodo 2001-2005			
	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	%
1-	Exposición a factores no especific.	712	42,5
2-	Arma de fuego n/e	208	12,4
3-	Suicidio ahorcamiento	188	11,2
4-	Accidente de tránsito	166	9,9
5-	Arma de fuego vivienda	132	7,9
6-	Electrocución	77	4,6
7-	Ahogamiento agua	65	3,9
8-	Accidente peatonal	57	3,4
9-	Agresión en vía pública	50	3,0
10-	Arma blanca	22	1,3
	TOTALES	1677	100

Mortalidad por suicidio

MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGUN GRUPOS DE EDAD

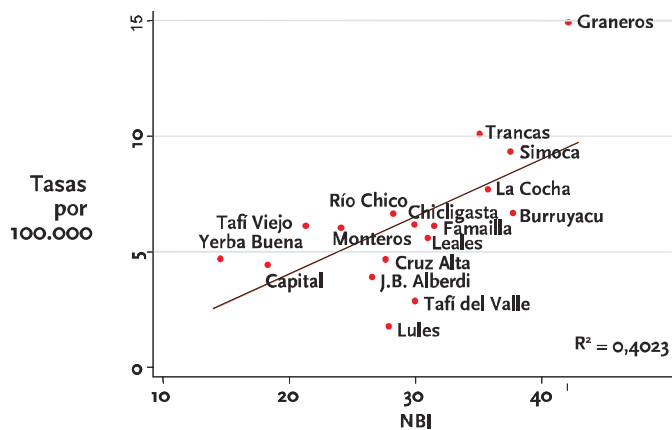


Se exploró la mortalidad por suicidio en el período 2001-2005. La tasa fue de 5,2 por 100 mil habitantes; apreciándose tasas mas elevadas en varones que en mujeres (8 a 2 por 100.000, respectivamente) y sobre todo entre las edades de 15 a 35 años y a partir de los 55 años. La tendencia en general por esta causa fue ascendente: de 3,6 episodios por cada 100 mil habitantes en 2001 a 5,6 en el año 2005. En 2004 hubo una tasa mas alta (6,2).

La distribución de mortalidad por suicidio por departamentos se muestra en el siguiente gráfico (abajo).

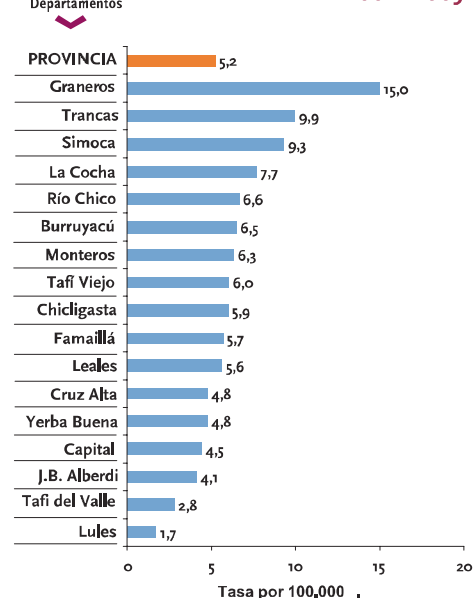
MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGUN NBI

Tucumán. Período 2001-2005



MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGUN DEPARTAMENTOS

Departamentos Tucumán. 2001 - 2005



Lesiones

Son definidas como el daño físico producido en el cuerpo, por desprendimiento súbito de energía (mecánica, eléctrica, química, térmica o radioactiva) o la falta de elementos esenciales como oxígeno o calor. Lesiones reemplazó al término accidente.

Se las clasifica en “lesiones no intencionales o intencionales”. Las primeras, incluyen los previamente conocidos como accidentes (de transporte y otros); las segundas, son los homicidios y suicidios.

Las lesiones constituyen una de las principales causas de muerte a nivel mundial: 16.000 personas mueren por día, y de estas, entre 3% al 16% corresponden a países en desarrollo. Afecta principalmente a la población joven, produciendo una carga de enfermedad de 14.5% en países desarrollados y 15.2% en países en desarrollo. Asimismo, el costo en atención médica, social y productiva es de más 500 mil millones de dólares.

El 9.4% las muertes a nivel mundial son debidas a causas externas:

- ▶ 60.3% Lesiones no intencionales.
- ▶ 26.8% Homicidios.
- ▶ 12.4% Suicidios.
- ▶ 0.5% Intervención legal/guerra.

Las lesiones (causas externas) constituyen una de las principales causas de carga de enfermedad y muerte en jóvenes y adultos jóvenes (menores de 45 años) en Argentina. Los accidentes de tránsito, explicaron 3.789 muertes en el País en el año 2003, la mayoría de ellos en jóvenes. Además, los accidentes de tránsito producen discapacidad y costos significativos para la sociedad.

Algunas medidas como legislación y regulaciones, infraestructura de calles y caminos y diseño de vehículos pueden reducir el número de accidentes. En especial, el uso de casco para bicicletas y motos, y cinturón de seguridad en automóviles, demostraron reducir las muertes por accidentes de tránsito. La legislación y reglamentación efectiva del uso de casco puede

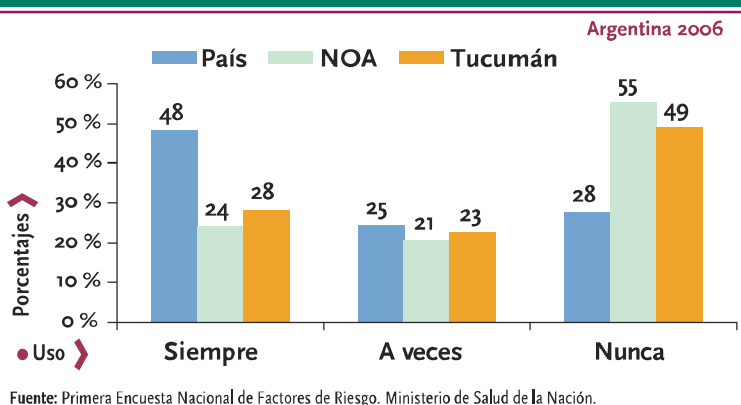
reducir en 50% las muertes en motociclistas.

Los traumatismos accidentales no relacionados con el transporte explicaron en el país un gran número de muertes (6.500 en 2003).

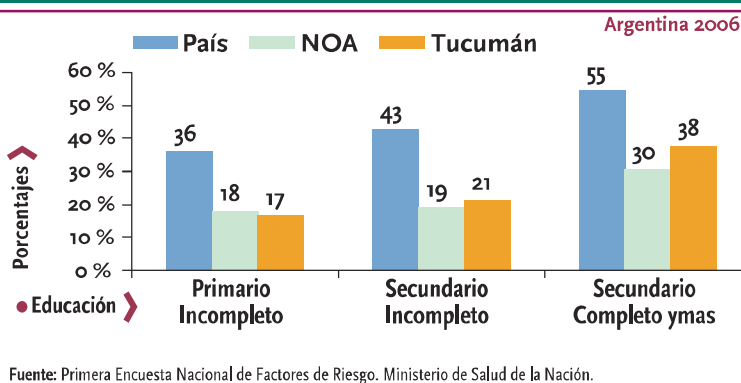
Según la ENFR, en Tucumán el 28% de las personas que viajan en auto refirieron utilizar siempre el cinturón de seguridad; un valor inferior en relación al país. Los hallazgos relacionados con el sexo fueron similares con pocas diferencias apreciables.

La menor utilización de cinturón de seguridad (alrededor del 50%) fue similar en todos

USO DE CINTURON DE SEGURIDAD EN TUCUMAN, NOA Y PAIS



USO DE CINTURON DE SEGURIDAD SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION. TUCUMAN, NOA Y PAIS



los grupos de edad. También, la utilización de cinturón fue mayor cuando tenían mejor nivel de ingreso o mejor nivel de instrucción; aunque siempre en porcentajes menores que el total país.

El 84% de las personas que viajan en moto o andan en bicicleta no usan casco; sin que haya diferencias significativas entre sexos.

Las lesiones constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel global y en nuestro país. Nuestra provincia no escapa a esta realidad, y es un problema de salud Pública, cuyo abordaje es intersectorial.

En Tucumán las lesiones se vigilan desde las Unidades Centinela de Lesiones (SIVILE) que integran el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Si bien la información recolectada no se puede extrapolar a la población en general, las unidades muestran el comportamiento de la ocurrencia de lesiones según las características de atención de cada Centro de Salud y permite visualizar las características de presentación de las lesiones en las mismas.

La Asistencia Pública es un establecimiento de baja complejidad, con resolución de casos de mediana gravedad; ubicado en el centro de la Capital de San Miguel de Tucumán, y que realiza la atención de la emergencia prehospitalaria en la capital.

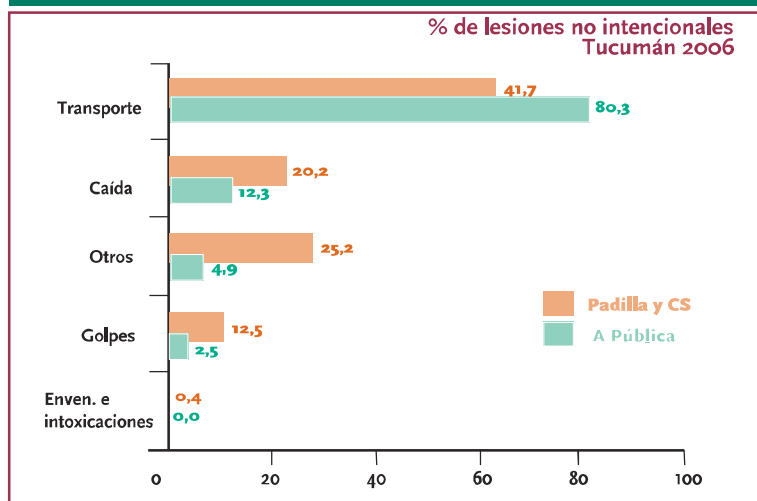
Otras dos UC funcionan en el Hospital Padilla (con un nivel de riesgo 3 y nivel de complejidad 8); y el Hospital Centro de Salud (con un nivel de riesgo 3 y nivel de complejidad 7). Ambos son hospitales de referencia de alta complejidad y de adultos. Hubo claro predominio del sexo masculino (67% n=1326) en la demanda de atención por lesiones en las UC estudiadas.

En cuanto a la intencionalidad, fue evidente el predominio de las lesiones no intencionales (67%). Cuando se desagregaron las no intencionales, la mayor parte fueron relacionados con el transporte en todas las UC. Se pudo apreciar que la población joven generó mayor demanda de consultas por lesiones relacionadas con el transporte. En la UC de Asistencia Pública, el 75% de los lesionados por transporte fueron derivados para hospitalización en otro centro de mayor complejidad.

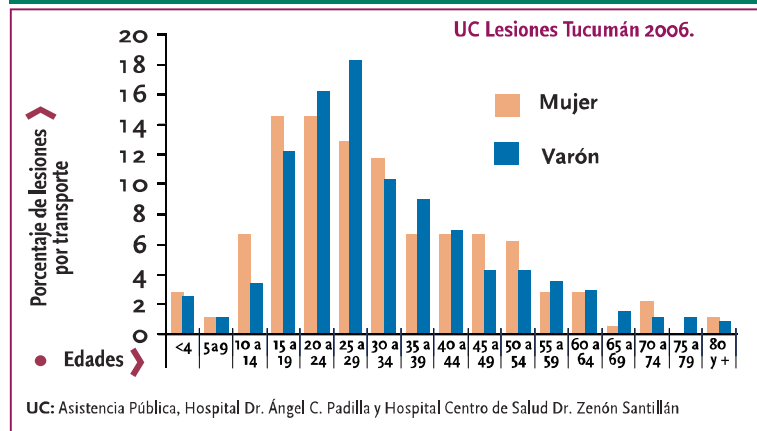
El 70% de las personas lesionadas por accidente de tránsito no utilizaron algún elemento de protección como casco, cinturón de seguridad, vehículo equipado con airbag u otro equipo protector. Los valores hallados en tres Unidades Centinela fueron mayores a la del resto de la UC del país (67%).

Las motocicletas fueron los vehículos mayormente implicados con las lesiones por transporte. El detalle de otros vehículos se muestra en el gráfico (pag. 176, arriba, izquierda):

LESIONES NO INTENCIONALES EN UC DE LESIONES

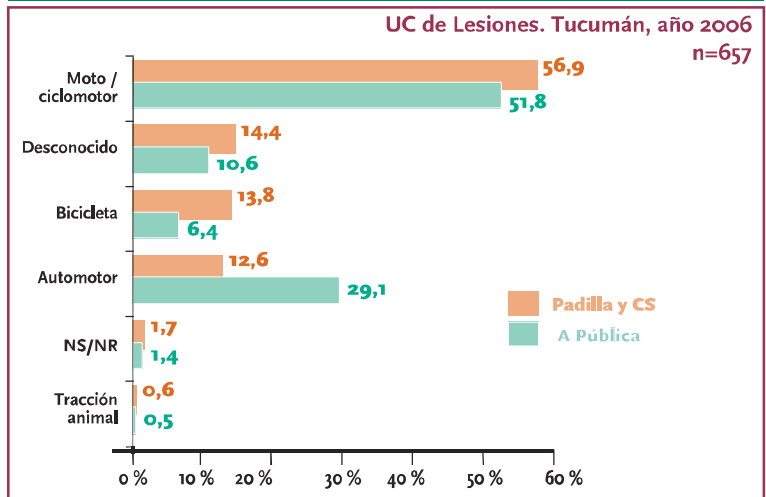


LESIONES POR TRANSPORTE SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

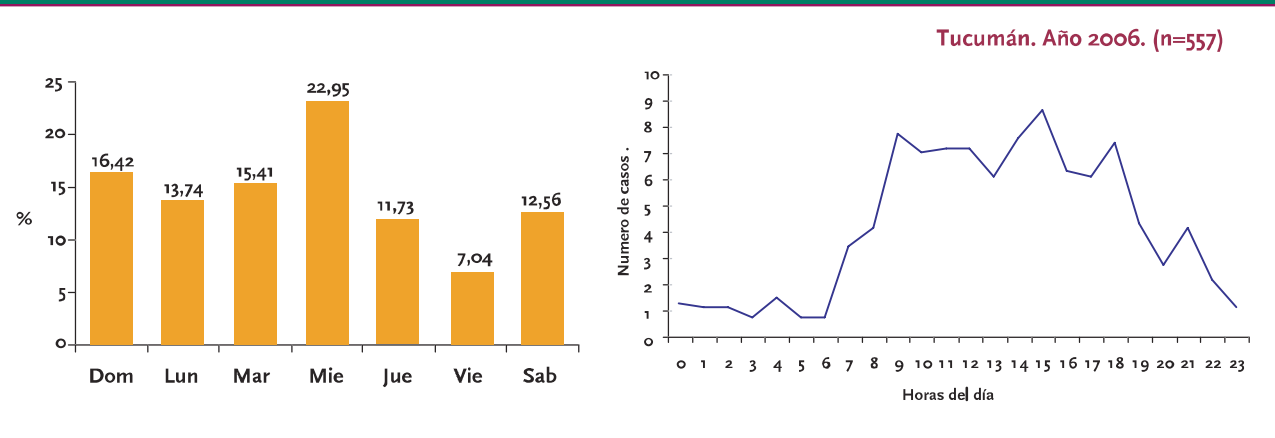


En cuanto a la gravedad de las lesiones, la mayor parte fueron de carácter leve y moderado, pero hubo diferencias entre las tres UC analizadas reflejando las características de oferta de servicios de cada una. El Hospital Padilla tuvo mayor proporción (19%) en la atención de lesiones graves en relación a las UC de Asistencia Pública (5,3%) y del Hospital Centro de Salud (10,8%).

VEHICULOS IMPLICADOS EN LESIONES DE TRANSPORTE

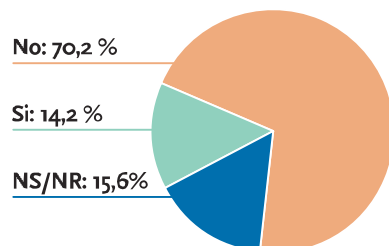


DIAS Y HORAS DE OCURRENCIA DE LESIONES DE TRANSPORTE UC DE LESIONES DE LA ASISTENCIA PUBLICA Y DOS HOSPITALES DE ADULTO

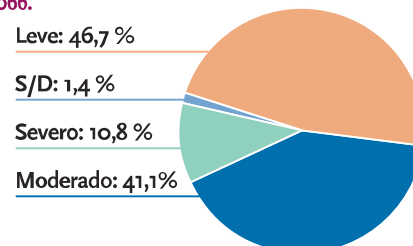


USO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD Y DISTRIBUCION DE LESIONES SEGUN GRAVEDAD

Uso de elementos de seguridad en lesiones de transporte.
UC de Lesiones. Tucumán, año 2006
n=657



Distribución de casos de lesiones por causa externa según score de gravedad de UC de Lesiones. Tucumán, año 2006
n=1066.



Mortalidad relacionada con accidentes de tránsito*

En Tucumán durante el periodo 2001-2005 se registraron 469 muertes relacionadas con el transporte, lo que significa una tasa de 7 muertes por cada 100 mil habitantes. Si bien en los años 2001 y 2002 hubo tasas mas altas (8 y 10 respectivamente), debido accidentes puntuales y masivos (13 y 49 muertes respectivamente en una SE), a partir del año 2003 se observa una tendencia en ascenso de la tasa de mortalidad. En 2005 la tasa fue de 6,3 por 100 mil.

La tasa de muertes por sexo relacionadas con el transporte fue de 10 y 3 por 100 mil, respectivamente para varones y mujeres. Hubo un claro predominio del sexo masculino en todos los grupos de edad. El diferente comportamiento en el grupo de 65 a 69 años, tiene que ver con conglomerados de muertes masivas señaladas anteriormente.

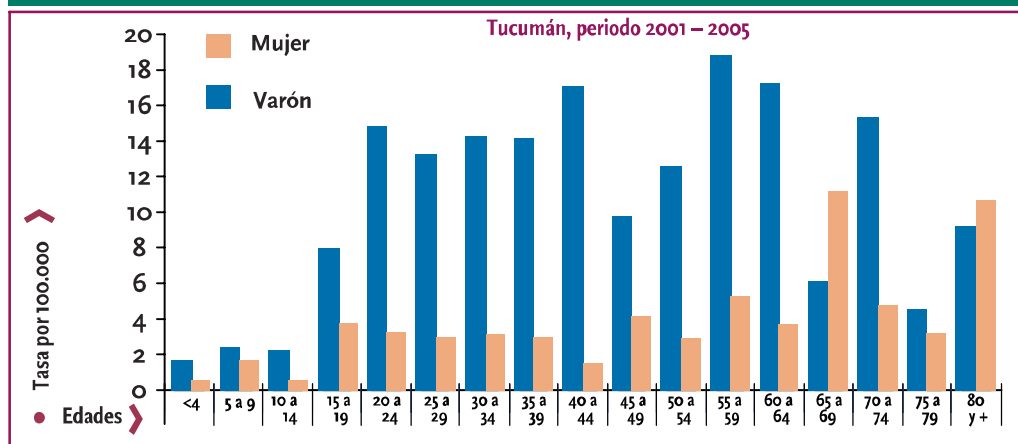
Los departamentos que presentaron ma-

yores tasas fueron Chidligasta (15,8), Burruyacu (14,7) y Leales (10,5).

Algunos de los siguientes factores contribuyen al aumento de accidentes y lesiones asociadas en países en vías de desarrollo:

- Número de vehículos por habitante. El incremento se asocia a infraestructura inadecuada de calles y rutas, planificación inadecuada del tránsito, y elevada velocidad de vehículos.
- Alcohol presente en un 33% a 69% de los accidentes con víctimas fatales.
- Fatiga.
- Uso de teléfonos celulares.
- Visibilidad inadecuada.
- No uso de luces durante el día (en especial motocicletas).
- Inadecuado diseño y estado de vehículos.
- Ausencia de uso de casco y cinturón de seguridad.

MUERTES RELACIONADAS CON ACCIDENTES DE TRANSITO SEGUN GRUPOS DE EDAD



* Incluye muertes de conductores, pasajeros y peatones, en todo tipo de vehículos.

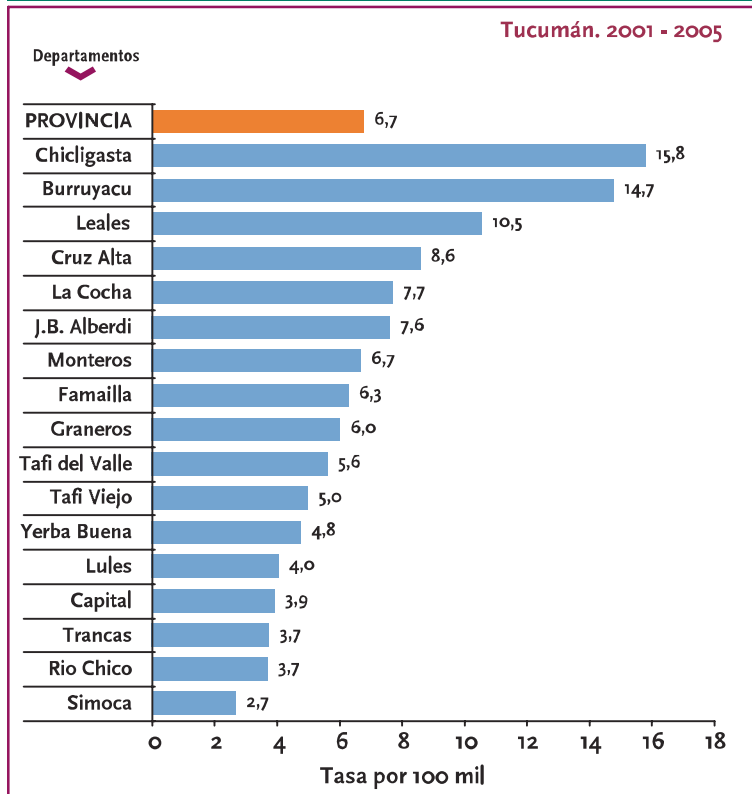
Para abordar las múltiples dimensiones de este problema se recomienda el diseño de una política integradora que involucre a todos los actores desde el gobierno central: áreas de salud, educación, seguridad, justicia e infraestructura. Las acciones deberán abarcar los determinantes de accidentes y lesiones asociadas antes comentados, teniendo en cuenta factores humanos, de vehículos y del entorno, tanto antes, durante y después del accidente. Por su parte, desde la salud, las áreas de intervención más relacionadas son las campañas educativas, la asistencia luego de los accidentes y la vigilancia de los eventos relacionados con las lesiones para proponer las acciones necesarias orientadas a los problemas más relevantes. Sin embargo, como se mencionó antes, será necesaria una acción conjunta.

En los países en vías de desarrollo, las intervenciones que resultaron efectivas fueron: incrementar la edad de conductores de motocicletas a 18 años, lomos de burro para reducir lesiones de peatones, luces encendidas durante el día en automóviles y motocicletas, incremento de las multas y suspensión de licencias de conducir, legislación y controles de uso de cascos.

En las últimas décadas se realizaron numerosas experiencias en el mundo que permitieron disponer de evidencia sobre la efectividad de las medidas de prevención, en el ámbito comunitario o poblacional, para evitar las lesiones. Es de gran importancia la vigilancia de este evento, a fin de poder dirigir las acciones de prevención y control.

En Tucumán, es importante garantizar la sustentabilidad del sistema recientemente creado, e incorporar otras unidades localizadas en forma estratégica, como por ejemplo, en el sur de la Provincia.

MUERTES RELACIONADAS CON ACCIDENTES DE TRANSITO SEGUN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA



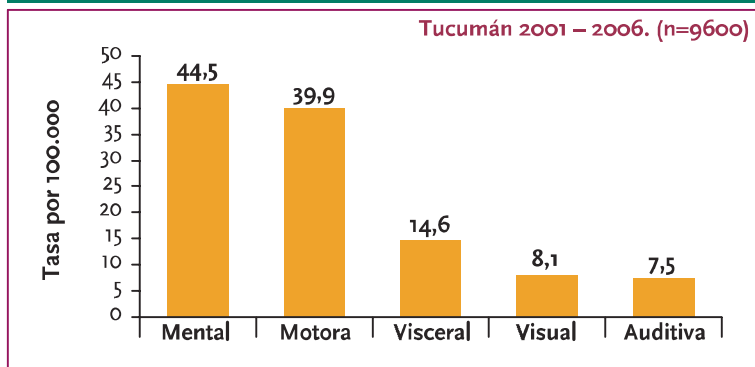
Además, es necesario mejorar la notificación de los casos, optimizar la carga de datos, y contar con recursos materiales y humanos para garantizar el funcionamiento del sistema. De esta manera, el aumentar el flujo de información, permitirá organizar la red de atención y optimizar los recursos involucrados en la asistencia de pacientes que sufren lesiones, y realizar la planificación de acciones preventivas.

Algunas medidas como legislación y regulaciones, infraestructura de calles y caminos y diseño de vehículos pueden reducir el número de accidentes. Legislación y reglamentación efectiva del uso de casco en bicicletas y motos, y cinturón de seguridad en automóviles han demostrado reducir las muertes.

Es necesario implementar programas educativos dirigidos a evitar los accidentes en el hogar en niños, y los accidentes en ancianos.

Discapacidad

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD CERTIFICADA



El 7,1% de la población de Argentina padece de algún tipo de discapacidad (2.176.123 personas), que afecta a 1 de cada 5 hogares del país.

En Tucumán, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)*, se estima que alrededor 95.035 personas están afectadas.

Para estimar la prevalencia de este problema se tomó en cuenta la información registrada durante el periodo 2001 a 2006 por la Junta de Discapacidad*, que certificó a demanda los diversos tipos de discapacidad en la provincia. La información incluye solamente a la población que tiene mayor acceso a servicios de atención y/o protección; la que representa menos del 12% de la población que se estima esté realmente afectada. Éste subregistro debe tenerse en cuenta al elaborar las conclusiones sobre los aspectos a considerarse.

La certificación de discapacidad tuvo un incremento sostenido desde el 2001 cuando hubo 51 registros; hasta el año 2006 en el que se certificaron 5922 casos.

Hubo mayor demanda de certificación por causa mental y motora con tasas de 44,5 y 40 por 100 mil habitantes respectivamente.

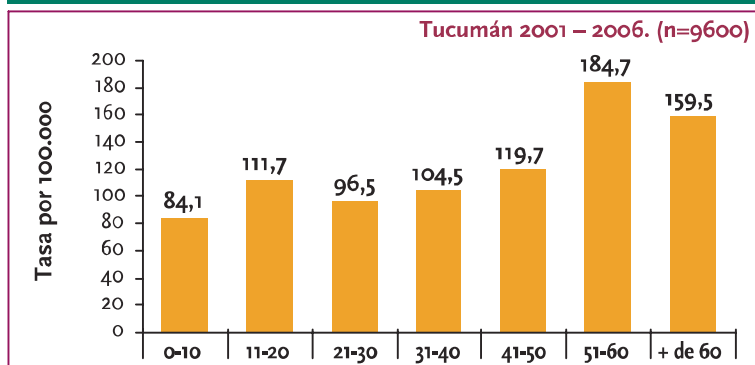
Se observa que durante el periodo analizado, el grupo de 11 a 20 años y los mayores de 50 presentaron mayor demanda de certificación.

Al desagregar la información se observa mayor prevalencia de discapacidad motora y visceral a partir de los 41 años de edad. La discapacidad mental se presentó sobre todo en el grupo de 11 a 20 años (65 por 100 mil).

En lo que concierne a discapacidad por causa auditiva, se observan dos picos ubicados entre los 15 a 20 años y 51 a 60.

La discapacidad por problemas visuales tiene un comportamiento ascendente a partir de los 31 años.

DISCAPACIDAD CERTIFICADA SEGUN GRUPOS DE EDAD



* Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002-2003 7) Junta de Evaluación de Discapacidad. Tucumán.

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad ha sido puesto de relieve por propuestas de instituciones como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. En ellos se afirma el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades, a la participación plena en las actividades económicas y sociales. Igualmente, se señala igual acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación.

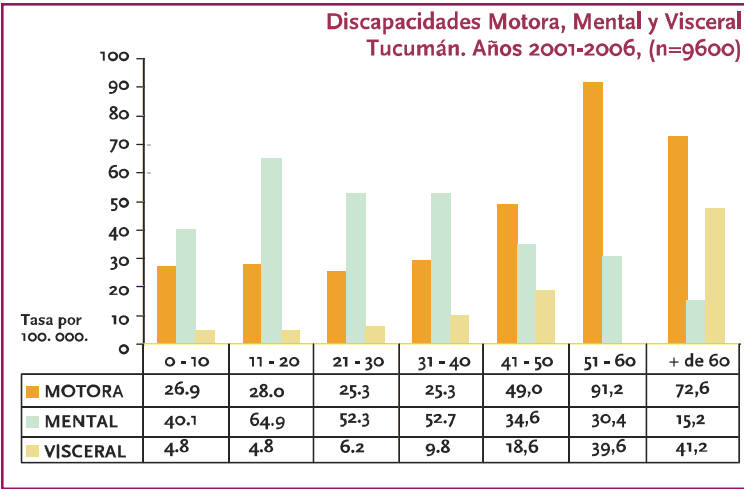
La atención de las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituyen uno de los principales retos de la política social. En la actualidad, el abordaje de este problema podría describirse como fragmentado e insuficiente.

El desafío no es otro que responder a las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y ejercer plenamente sus derechos legales.

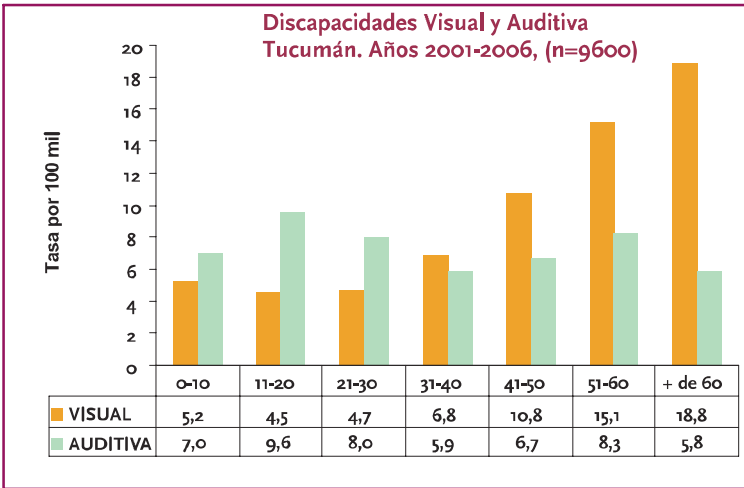
Es necesario un abordaje integral en el que se considere la cobertura de las necesidades, y las posibles alternativas para su protección, con acciones intersectoriales y abordajes interdisciplinarios. Además, es imprescindible que exista un modelo de atención socio sanitario que tenga en cuenta los aspectos médicos, psicológicos y sociales de los discapacitados.

Es necesario fortalecer y construir programas de atención y rehabilitación, física, psíquica y social de la persona con discapacidad. Además, se deben orientar las acciones hacia la prevención de los factores discapacitantes, así como al diagnóstico precoz de enfermedades que causan discapacidad. El diagnóstico temprano, el tratamiento de las causas y el proceso de rehabilitación deben llevarse a cabo lo más próximo al domicilio del paciente, con la activa participación de la familia y de la comunidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD CERTIFICADA S/ GRUPOS DE EDAD



TIPO DE DISCAPACIDAD CERTIFICADA S/ GRUPOS DE EDAD



Salud Mental

Se estima que 1 de cada 3 personas padece alguna forma de sufrimiento psíquico y/o trastorno mental en Tucumán. Estas cifras son coincidentes con los índices publicados por la OMS que señalan que “Los desordenes mentales representan el 12% de las causas de enfermedad en todo el mundo; cinco de las diez principales causas de discapacidad corresponden a trastornos mentales. La depresión severa ocupa el quinto lugar entre las diez primeras causas de enfermedad, y se estima que para 2020 ocupará el segundo lugar”.

En el año 2005, la demanda de atención

por problemas de salud mental en el Sistema Público de la Provincia fue del 7% (93.007 / 1.421.824 habitantes).

La brecha existente entre la población afectada y la cobertura actual puede explicarse por la baja oferta de profesionales prestadores, la misma es de 1/ 3.888 en el Área Programática Centro, mientras que en el Área Este es de 1/ 15.353 habitantes.

Sólo el 20% de los Centros de Atención Primaria cuenta con atención psicológica, ninguno con prestaciones psiquiátricas. Además, es escasa o nula la formación de otros RRHH del Primer Nivel de Atención en la detección, tratamiento y rehabilitación de problemáticas de salud mental.

Existe una baja captación y referencia de casos a los especialistas en salud mental. Asimismo, se realizan derivaciones a los hospitales psiquiátricos de referencia y servicios de salud mental cuando los pacientes presentan un estado avanzado de la enfermedad, asociados frecuentemente a abandono familiar y desamparo social.

Durante el año 2005 los servicios asistieron 131 casos nuevos de esquizofrenia (Tasa: 9/100.000 habitantes), los que demandaron 2.386 consultas ulteriores.

En lo que concierne a discapacidad por causas mentales, las personas afectadas serían 18.694, según la Encuesta Nacional de Discapacidad, complementaria del Censo Anual 2001. Se estima que el 85% del total de los retrasos mentales posee el rango de leve y el 10 % son moderados, mientras que el 4% reviste el nivel grave y el 1% restante el de profundo.

Son diversos los factores que hacen prever un aumento en la incidencia de los casos: la pobreza e inequidad, y la escasa cantidad de efectores de salud mental, dificulta la puesta en marcha de acciones oportunas que mejoren la prevención y rehabilitación de discapacidades.

PATOLOGÍAS ATENDIDAS S/ NIVEL ATENCION Y GRUPO ETAREO		
Tucumán. Año 2005.		
NIVEL DE ATENCION Y NUMERO. DE CONSULTAS	PATOLOGÍAS AÑO 2005	%
CAPS (46) 36.172	NIÑOS (0 a 12 años)	45.18%
	Trastornos Emocionales y del comportamiento	46%
	Trastornos del Desarrollo Psicológico	41%
	Otros trastornos	13%
	ADULTOS (13 y mas años)	54.82%
	Trastornos Neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos	29%
	Personas con riesgos en su salud relacionadas con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	27%
	Trastornos afectivos	17%
	Otros trastornos	6%
HOSPITALES POLIVALENTES (6) 27.681	NIÑOS (Sin detalle de patología)	3%
	ADULTOS	97%
	Trastornos Neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos	44%
	Trastornos Afectivos	39%
	Adicciones	7%
	Esquizofrenia, y trastornos Delirantes	1%
	Otros trastornos	9%
HOSPITALES PSIQUIATRICOS (2) 29.154	ADULTOS (Consultorios Externos)	
	Trastornos Neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos	29%
	Esquizofrenia, y trastornos Delirantes	18%
	Trastornos Afectivos	18%
	Clínica médica	7%
	Epilepsia	5%
	Otros trastornos	20%

Fuente: División Salud Mental del SI.PRO.SA

Durante el año 2005 la primera causa de consulta de la población infantil en los CAPS fueron los Trastornos Emocionales y del Comportamiento y de las Habilidades Escolares.

En la población adulta, los Trastornos de Ansiedad constituyeron el primer motivo de consulta en los tres niveles de atención.

Los estados depresivos fueron la segunda causa de consulta en los Servicios de Salud Mental de los hospitales generales.

En el periodo 2001-2005 se observó un cambio en la tendencia de las principales causas de consulta en los hospitales psiquiátricos, mientras los trastornos psicóticos constituían la primera causa de consulta. Actualmente, los trastornos neuróticos ocupan el primer lugar, seguidos por los trastornos psicóticos y los estados depresivos.

Adicciones

Se avizora un incremento paulatino de las consultas por consumo de sustancias ilícitas y alcoholismo, que para el período 2001-2005 fue de un 630%.

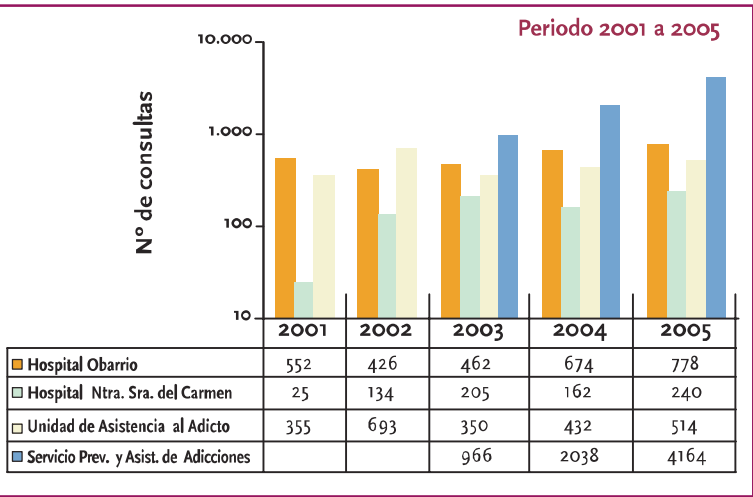
Según entrevistas a informantes claves de los Servicios, se advirtió en los años 2004 y 2005 una alarmante disminución en la edad

de inicio del consumo, y se observó la concurrencia a la consulta de niños y un incremento de cuadros de intoxicaciones agudas en los servicios de emergencia.

Oferta de servicios sectores público y privado

La oferta de atención en salud mental en el ámbito público esta constituida por una red de servicios distribuida en tres niveles de atención, de complejidad creciente:

CONSULTAS REALIZADAS EN LOS SERVICIOS DE ADICCIONES DEL SIPOSA



SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL SI.PRO.SA

Distribución por Niveles de Atención y Áreas Programáticas. Tucumán, Año 2006				
AREA PROGRAMATICA	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	POBLACION
	CAPs con atención psicológica	Servicios y Consultorios de Salud Mental de Hospitales Polivalentes	Hospitales Monovalentes	Año 2001
CENTRO	47	7	2	680.154
ESTE	14	2	-	256.523
OESTE	10	5	-	163.687
SUR	10	5	-	283.017

Fuente: División Salud Mental del SI.PRO.SA

Se observa inequidad en la distribución de los efectores, concentrados mayoritariamente en el Área Centro. La internación y la atención de la urgencia sólo están previstas en el Tercer Nivel de Atención. La internación mantiene aún su carácter asilar, debido a la insuficiente protección social de los asistidos y a la escasa existencia de servicios de rehabilitación intermedios.

En el interior, la atención está sostenida mayoritariamente por consultorios de atención psicológica insertos en centros de atención primaria y hospitales; no existen dispositivos de internación, rehabilitación, ni servicios de atención a la urgencia.

Se observa un mayor desarrollo de dispositivos intermedios y de rehabilitación en el sector privado y ONGs. La oferta de internación es predominantemente asilar y la atención de la urgencia está prevista en modalidad institucional y domiciliaria.

Por su parte, la consulta ambulatoria se desarrolla en instituciones monovalentes, polivalentes y consulta privada; observán-

dose el surgimiento de centros destinados a problemáticas específicas como adicciones, violencia, entre otros..

La evaluación de la situación actual de Tucumán, en relación a la salud mental de la población y la oferta de servicios existente, evidencian una brecha significativa entre las necesidades de la población y la posibilidad de acceso a tratamientos adecuados.

Fundamenta las razones que establecen la necesidad de instituir una política provincial que profundice la descentralización de la atención de salud mental en una red de servicios comunitarios, que posibilite la accesibilidad, continuidad y calidad de la atención. Además, que fomente las respuestas preventivas y tempranas a nivel de la atención primaria, el trabajo articulado entre los equipos de salud y los especialistas, la atención cercana al hogar y en el medio comunitario, la reconversión de los grandes hospitales psiquiátricos y la participación de usuarios y familiares.

DISTRIBUCION DE LA OFERTA DE ATENCION EN SALUD MENTAL SEGUN DISPOSITIVOS IMPLEMENTADOS. SECTORES PRIVADOS Y ONGS.			
Tucumán, Año 2006.			
TIPO DE OFERTA	DISPOSITIVOS	SECTOR PROVEEDOR	SECTOR FINANCIERO
Instituciones monovalentes	Ambulatorio Urgencias Hospital de Día Internación	Privado	Seguridad Social Prepagas
Instituciones privadas ambulatorias	Ambulatorio Hospital de Día	Privado ONG	Seguridad Social Prepagas
Centros de Rehabilitación	Hospital de Día Jornada reducida y completa	Privado ONG	Seguridad Social Prepagas
Policonsultorios	Atención Ambulatoria y en Interconsulta	Privado	Seguridad Social Prepagas Privado
Consultorios	Atención Ambulatoria	Privado	Seguridad Social Prepagas Privado

Fuente: División Salud Mental del SI.PRO.SA

Escenario epidemiológico para el 2016

Presentada ya la situación de salud de la provincia en los últimos años, en éste apartado se intenta esbozar un probable “Escenario Epidemiológico” para el año 2016.

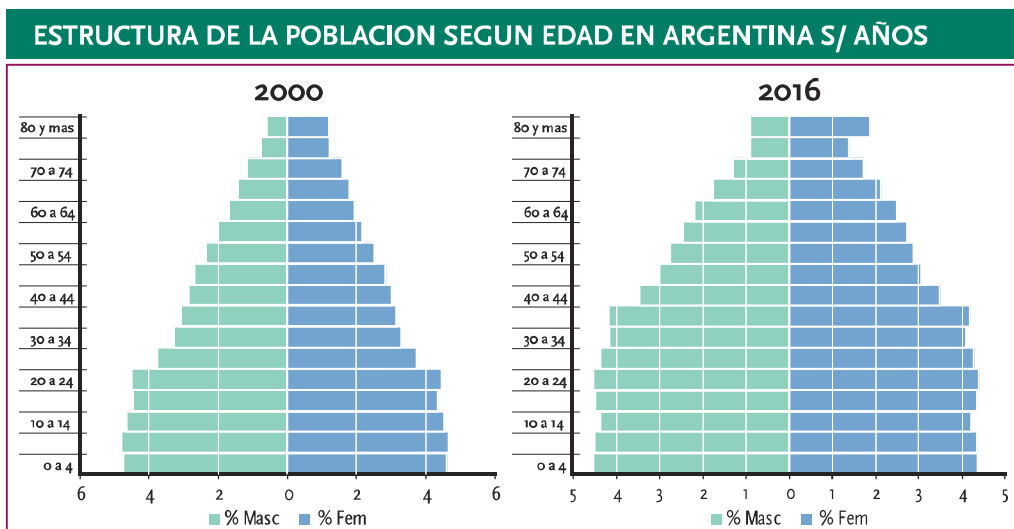
El objetivo del mismo es anticiparse a los cambios en los patrones de comportamiento de la morbilidad y mortalidad que podría sufrir nuestra población.

Metodología

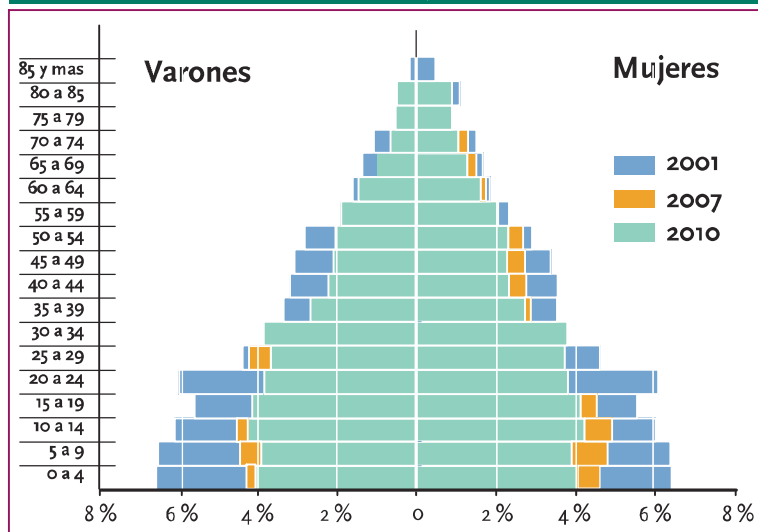
El presente escenario se basa en la aplicación a la realidad provincial de las proyecciones realizadas para la región y el país. También se tuvieron en cuenta las tendencias y

cambios globales, que pueden afectar la salud de las poblaciones, emitidos por organismos internacionales

1. Cambio en la estructura de la población



ESTRUCTURA DE LA POBLACION SEGUN EDAD EN TUCUMAN AÑOS 2001, 2007, 2010



Según un estudio sobre el “Envejecimiento en las Américas”^{*} se prevé para los próximos años en los países de América una disminución de las tasas de mortalidad general y en las tasas de fecundidad, es lo que se conoce como proceso de “Transición Demográfica”. La disminución de la mortalidad general sería a expensas, principalmente, de una disminución de la mortalidad infantil, sobre la que se puso especial énfasis en políticas de salud actuales.

Esto provocaría un envejecimiento de la población general con cohortes de edades su-

cesivamente más pequeñas, la típica pirámide poblacional de estructura triangular se modificaría al aumentar la tasa de crecimiento, principalmente en los segmentos de personas de mayor edad.

El Índice de Envejecimiento^{**} es un indicador de cambios en la estructura de la población según la edad. Se prevé que en la mayoría de los países durante los próximos 30 años el índice de envejecimiento se duplicará o se triplicará, disminuyendo el número de jóvenes en relación a los viejos. Consecuentemente le esperanza de vida también se incrementa.

En cuanto a la composición de la población según sexos, continuaría predominando el sexo femenino, sobre todo en grupos de edades mayores, por lo que se considera que el problema del envejecimiento es más un “problema de la mujer”.

Todo esto hace suponer que las demandas de atención de salud en este sector de la población aumentarán, habrá mayor morbilidad y mortalidad por patologías propias de estas edades, especialmente enfermedades no transmisibles (crónicas y degenerativas, tumores, cardiovasculares, entre otras). Además, se deberá prever la atención a esta demanda incluyendo entre las prioridades de salud a este grupo de edad, incrementando la infraestructura y recursos específicos. Los sistemas previsionales deberán adecuarse a este importante incremento de su población a cargo.

2. La Transición Epidemiológica en la provincia

El cambio en el perfil epidemiológico de la población se debe, además de modificaciones en la estructura de la población descrito antes, a otros factores que en conjunto influyen en el proceso conocido como “Transición epidemiológica”.

Este término fue acuñado por Omran^{***} en 1971 para explicar la dinámica en el cambio de las causas de defunción a través del tiempo. Su teoría reconoce tres modelos que tienen como variable el tiempo de desarrollo:

^{*} OPS/OMS/Instituto Nacional de Envejecimiento/Oficina de Censo de EUA “Envejecimiento en las Américas. Proyecciones para el Siglo XXI”.

^{**} Índice de Envejecimiento: se define como la cantidad de personas de 60 o más años por cada 100 jóvenes menores de 15 años

^{***} Omran A. (1971). The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 49 (1): 509-538.

1) El modelo Clásico o de los países occidentales

Ocurrió a lo largo de 200 años en cuatro fases:

- ▶ **1ª fase:** de las pestilencias y hambrunas.
- ▶ **2ª fase:** de disminución de las pandemias.
- ▶ **3ª fase:** de las enfermedades crónicas y degenerativas.
- ▶ **4ª fase:** caracterizada por un aumento de las patologías sociales, accidentes y causas violentas.

2) El Modelo Acelerado

En el que la transición ocurrió en los últimos 50 años (Japón, países del Este de Europa y la ex Unión Soviética) y fue determinada por la introducción de los adelantos de la medicina occidental.

3) El Modelo Demorado

Que corresponde a la mayor parte de los países del tercer mundo, en los que la mortalidad comenzó a disminuir después de la segunda guerra mundial influenciada por la moderna tecnología médica, el uso de insecticidas, la quimioterapia, los antibióticos y la implementación de programas de erradicación o control de importantes patologías, pero en los que la natalidad permanece alta.

Existe otro modelo denominado por Frenk* (1989) Modelo prolongado-polarizado, Frenk et al que describiría la situación de América Latina, donde las cuatro fases que en el modelo clásico de Omran son secuenciales, aquí coexisten en tiempo y espacio. En algunos países la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias ya no es la dominante, aunque persiste como efecto residual de los rápidos cambios sociales económicos y políticos.

Tucumán no escapa a esta realidad de América Latina, la coexistencia de los modelos epidemiológicos descrito es la regla. Tal

como se muestra en el capítulo sobre morbilidad, se observa aún una alta prevalencia de enfermedades infecciosas, especialmente las IRAs. Sin embargo, entre las principales causas de mortalidad se destacan además las cardiovasculares, tumores y causas externas (violencia).

Se debe remarcar que nuestro sistema de vigilancia epidemiológico actual está principalmente dirigido a la vigilancia de enfermedades transmisibles. No se cuenta con datos precisos sobre las enfermedades socio-patógenas (especialmente alcoholismo y drogadicciones), pero se conoce por fuentes informales (medios de comunicación) que es un problema en incremento en nuestra región.

Las diferencias socio económicas entre los grupos poblacionales con brechas cada vez mayores, hace posible la coexistencia de extremos de un mismo trastorno; el ejemplo más claro está en los problemas de nutrición con la presencia de desnutrición y obesidad en nuestra población.

Por otro lado, el crecimiento urbano descontrolado, el aumento del parque automotor, la deficiente infraestructura en la red vial y la falta de educación vial, hace que las lesiones por accidentes continúen en constante incremento.

Es imperioso adaptar los sistemas de vigilancia epidemiológica y de respuestas sanitarias a este nuevo escenario que ya comenzó a manifestarse. Las propuestas de mejora volcadas en el capítulo sobre el sistema de vigilancia están orientadas en este sentido. Es necesario, abordar de manera conjunta los problemas complejos que requieren la participación de sectores dependientes de otros poderes del estado y/o de otras áreas del poder ejecutivo (como educación, seguridad, municipios, entre otros).

* Frenk, J., Frejka, T.; Bobadilla, J.L.; Stern, C.; Sepúlveda J.; Marco J. (1989). The Epidemiological Transition in Latin America International Population Conference, International Union for the scientific Study of Population (IUSSP), New Dehli. Liège.

3. La Pandemia de Influenza

Una pandemia (o epidemia mundial) de Influenza (gripe) ocurre cuando aparece un nuevo subtipo del virus, contra el cual nadie es inmune. Esto puede dar lugar a varias epidemias simultáneas en todo el mundo, con un número elevado de casos y muertes. Con la expansión mundial del transporte y de la urbanización, las epidemias causadas por un virus nuevo de influenza pueden ocurrir rápidamente en todo el mundo.

Desde la aparición de un nuevo subtipo de virus de la Influenza A en el año 2003 en Asia, los organismos internacionales de salud vienen advirtiendo sobre la amenaza cierta de una pandemia de gripe con elevada morbilidad y mortalidad.

La OMS redefinió y elaboró un nuevo plan de contingencia mundial e instó fuertemente a los gobiernos nacionales a preparar sus propios planes sugiriendo una “Lista de Verificación” para su consideración.

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró en marzo de 2006, un “Plan de Respuesta Integrada para Pandemia de Influenza”, para su aplicación en todo el territorio nacional, cuyo objetivo general es “Minimizar los efectos sobre la morbilidad y la mortalidad de una potencial pandemia de influenza en el territorio nacional, como así también sobre las repercusiones económicas y sociales, y el funcionamiento de los servicios esenciales”. Éste plan fue puesto a consideración de las provincias, las que debían adaptarlo para su implementación local.

No es posible predecir las características específicas de un virus pandémico futuro. Nadie conoce cuán patogénico puede ser el virus nuevo, tampoco los grupos de edad a ser afectados. Los brotes de influenza aviaría obligan a pensar que la próxima pandemia podría ocurrir en cualquier momento, si un virus de influenza combina la tasa de mortalidad alta asociada a la influenza aviaría en los humanos y la transmisión alta de influenza estacional.

Impacto de una pandemia

Se estima que en períodos epidémicos las tasas de morbilidad más elevadas afectan los grupos de edad que incluyen a los niños y jóvenes, llegando a valores del 35% aproximadamente. En los adultos y mayores la tasa ronda entre el 10% al 15%. Durante las pandemias, estas tasas pueden superarse como la observada para 1918-19 que fue mayor del 40 % en población general.

Tasas de ataque del 10% causan problemas comunitarios, del 25% desbordan los servicios comunitarios y colapsan los servicios de salud, y por último, tasas del 50% provocan un desastre.

Las tasas de hospitalización son elevadas en los grupos de riesgo. Estimaciones para EEUU arrojan -para mayores de 65 años- valores que van de 200 a más de 1.000%000. En los demás grupos de edades que se encuentran en riesgo, las tasas de hospitalización variaron de 40 a 500%000, mientras que los que no tenían riesgo variaron entre 20 a 100%000.

Por lo general, se producen aumentos en la mortalidad general en los períodos epidémicos indicando su impacto. Este aumento no sólo es debido a neumonías, sino también a otras enfermedades cardio-pulmonares y enfermedades crónicas que pueden ser exacerbadas por la infección con el virus y a otras complicaciones.

Datos obtenidos de EEUU demuestran que el grupo más afectado es el de mayores de 65 años, quienes contabilizan más del 90% de las muertes. En las pandemias la mortalidad puede ser muy elevada dado que no sólo afecta a los grupos de riesgo.

Por su parte, en Tucumán se realizó en 2005 un estudio para la “Estimación de demanda de servicios de salud*” ante una eventual pandemia de IA (H5N1). Teniendo en cuenta la población 2004 (proyecciones del INDEC) y las disponibilidad de servicios de salud entonces (nº de camas de internación común y de UTI disponibles, y nº de respiradores disponibles), se estimó el impacto

global mediante un modelo matemático (el FluSurge 2.0 propuesto por el CDC), de una posible epidemia en el 2006 con tasas de ataque del 15% y 39%, en un período de 12 semanas correspondientes a los meses de junio, julio y agosto. Resultados:

ESTIMACIONES	Tasa de ataque	
	15 %	39 %
Admisiones Hospitalarias*	2222	5185
Número de muertes*	402	939
% de ocupación camas comunes**	6%	15%
% de ocupación camas UTI**	37%	86%
% de demanda de ARM**	60%	139%

*En todo el período estudiado: junio – agosto
**En la semana pico

Estos datos corresponden sólo a lo que cabría esperar por la epidemia de Influenza, ello se debe agregar las estadísticas correspondientes al resto de patologías habituales para ese período, lo que hace suponer que en suma, los servicios de salud se verían colapsados si no se toman medidas en tal sentido.

Teniendo en cuenta que actualmente se considera que se está en la Fase 3 del período de Alerta de Pandemia (Infección humana con un nuevo subtipo de virus de influenza sin diseminación humano-humano o diseminación a contactos cercanos, con país no afectado), según las fases definidas por la OMS, se deben realizar acciones para disminuir el impacto de una eventual epidemia en nuestra provincia.

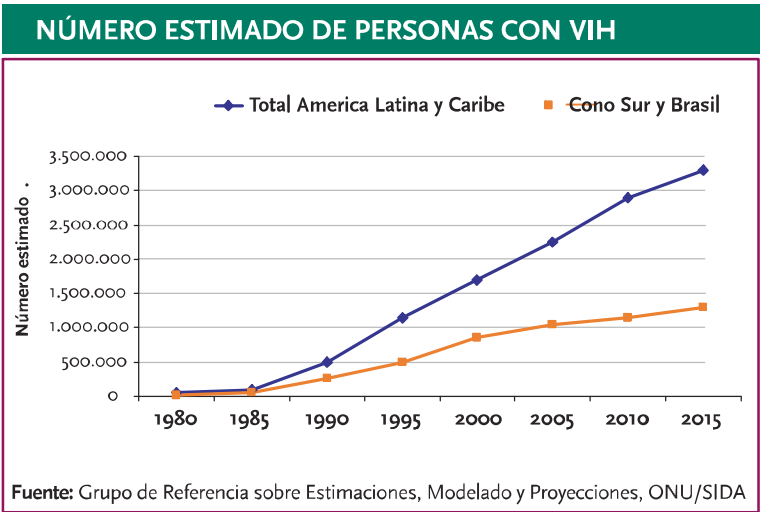
Entre otras, es importante adaptar el plan de respuesta nacional a la realidad provincial actual, con la participación de todos los sectores involucrados, no sólo de salud. Se debe prever la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros adicionales para atender este tipo de situaciones y otras contingencias o desastres.

En cuanto a la Vigilancia Epidemiológica específica de esta patología, que ya ha sido mejorada con la implementación de Unidades Centinelas, debe ser fortalecida a fin de detectar y notificar rápidamente los casos, caracterizar el subtipo de virus y desencadenar una respuesta inmediata reduciendo al mínimo el riesgo de transmisión entre las personas.

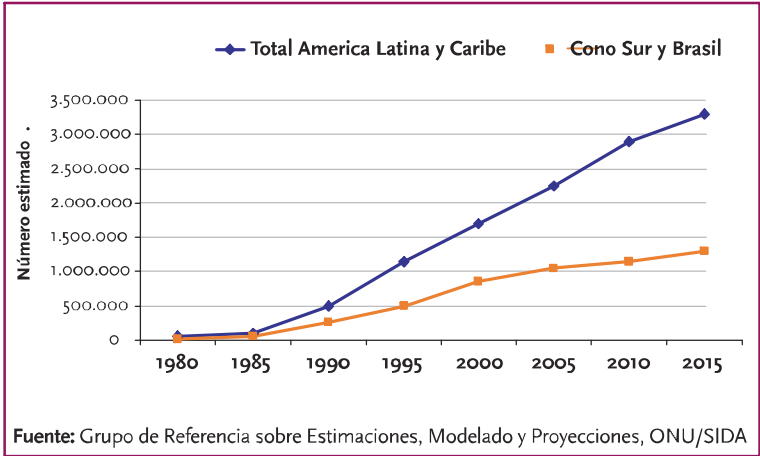
4. La pandemia del VIH/SIDA

En las Américas, el VIH constituye una importante amenaza a la salud pública. El número de personas positivas al VIH, y de quienes mueren como consecuencia del SIDA, se incrementó en los últimos años, y se considera que continuará aumentando en la próxima década. Los programas puestos en marcha por los organismos nacionales de SIDA han tenido éxito en toda la Región, pero sus esfuerzos se ven obstaculizados muchas veces por la falta de infraestructura, de apoyo político y la persistencia del estigma y la discriminación.

La OPS realizó un análisis de la situación del VIH/SIDA/ITS para Latinoamérica, utilizando proyecciones para determinar varios escenarios sobre el posible futuro de la epidemia. Dichos escenarios ponen de relieve



NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS CON VIH



la necesidad de ampliar la respuesta integral de los sectores de salud con el fin de impedir que la epidemia se propague en forma alarmante durante los próximos años. La situación de VIH/SIDA en Tucumán se describe en una sección anterior.

Utilizando un escenario moderado*, las proyecciones de OMS/ONUSIDA muestran que para fines de 2015 en América Latina y el Caribe habrá 3.300.000 personas con VIH**.

Las estimaciones indican que durante la próxima década habrá entre 1,5 y 2 millones de muertes por sida en América Latina y el Caribe, y las mujeres representarán un número creciente en el total de muertes. Ante

el aumento de personas con VIH, los países de América Latina y el Caribe se enfrentarán el grave desafío de proveer atención y tratamiento. Según la OMS/ONUSIDA, en el año 2010 el incremento de las personas que requerirán tratamiento se incrementará en un 54% de lo requerido en 2005; y para 2015 éste incremento será del 109%.

En la próxima década, también habrá un aumento en el número de niños huérfanos como consecuencia del SIDA. Se estima que en el periodo 2005-2015 en América Latina y el Caribe el incremento será del 76% (795.000 a 1.400.000).

Las proyecciones formuladas para medir el impacto de las intervenciones de salud pública demostraron la importancia que reviste una respuesta integral a la epidemia que combina la prevención, atención y tratamiento para lograr un mayor impacto para reducir significativamente el número de nuevas infecciones del VIH.

En consecuencia la OPS formuló tres escenarios que pronostican el futuro de la epidemia en base a diferentes porcentajes de reducción de las infecciones con VIH durante la próxima década.

Poblaciones más afectadas por la epidemia

La población en general se encuentra en riesgo de contraer el VIH. Sin embargo, ciertos grupos se hallan en situación de mayor riesgo como consecuencia de características sociales, económicas, estructurales y biológicas.

- 1. Los jóvenes menores de 25 años tienen limitado acceso a bienes y servicios.
- 2. Los niños huérfanos como consecuencia del VIH. Aquéllos cuyas pruebas de VIH son negativas carecen del apoyo y la crianza que ofrecen un entorno familiar es-

ESTIMACION DE ESCENARIOS POSIBLES DE VIH EN LA DECADA DE 2005 a 2015

ESCENARIOS	Reducción de nuevas infecciones de VIH	
	2005 a 2010	2010 a 2015
Bajo	25 %	25 %
Medio	25 %	50 %
Óptimo	25 %	50 %

* El escenario moderado se basa en el supuesto de que habrá cierta ampliación del tratamiento antiretroviral (una tasa de cobertura de hasta el 60%) o algún cambio en los esfuerzos de prevención vertical y se toma en cuenta la dinámica natural de la epidemia de VIH. Se considera que este escenario moderado es el que más se acerca a la situación real de la respuesta a la epidemia en la totalidad de las Américas

** Aquellas personas que viven con el virus en todas las etapas de la enfermedad.

REDUCCIONES EN LAS NUEVAS INFECCIONES DE VIH E IMPACTO SOBRE EL NUMERO DE PERSONAS CON VIH. 2005-2015

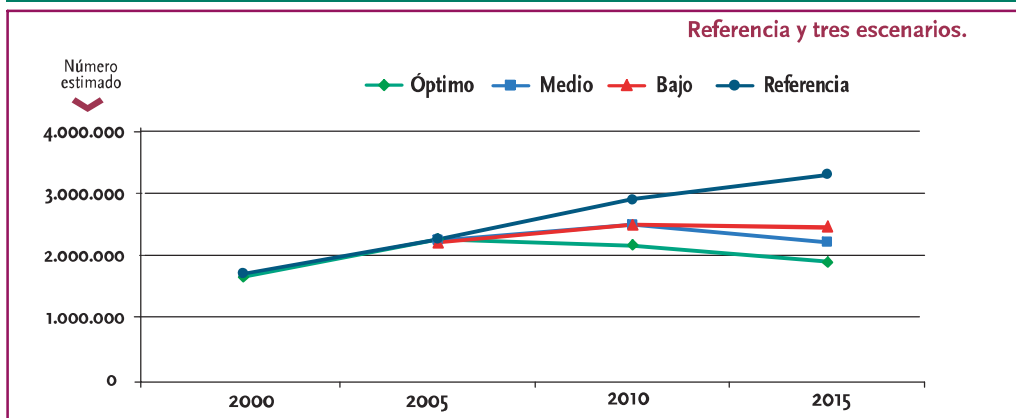


table. En el caso de quienes están infectados, las formulaciones pediátricas para los niños siguen siendo sumamente inadecuadas, ya que la industria no ha invertido recursos en este campo por el reducido número de niños infectados con VIH en el mundo.

- ▶ 3. Usuarios de drogas inyectables.
- ▶ 4. Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.
- ▶ 5. Trabajadores del sexo.
- ▶ 6. Las mujeres: biológicamente son más susceptibles a contraer la enfermedad a través de relaciones sexuales; sobre todo las más jóvenes.
- ▶ 7. Las poblaciones privadas de libertad.
- ▶ 8. Las poblaciones móviles (trabajadores migratorios).

Desde el inicio de la epidemia, varios países de la Región formaron parte del esfuerzo mundial por descubrir una vacuna para el VIH. En la actualidad, se realizan investigaciones activas en los Estados Unidos, Brasil, Jamaica, Haití, Perú y Trinidad y Tobago.

La ampliación de las actividades relacionadas con el VIH en la Región en los últimos años ha originado varios desafíos. A pesar del amplio reconocimiento de que el VIH no sólo constituye un problema de salud, sino que se extiende virtualmente a

todos los aspectos del desarrollo humano, social y económico, en muchos países sigue considerándose que el VIH sigue siendo responsabilidad del sector salud solamente. No obstante, existen desafíos relacionados con la participación de múltiples sectores. La sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con VIH, constituye un elemento clave para la formulación de políticas y programas integrales e integrados.

En base a esta necesidad, la OPS formuló cinco líneas críticas de acción que constituyen los elementos del Plan Regional. Cada una de ellas incluye estrategias que deberán poner en práctica las autoridades de salud:

- ▶ 1. Fortalecer el liderazgo y guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil.
- ▶ 2. Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/SIDA/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos.
- ▶ 3. Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud.
- ▶ 4. Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos.
- ▶ 5. Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión.

5. Las Enfermedades Emergentes y Re-emergentes

Definiciones

El Manual de Normas y Procedimientos del SINAVE adopta la definición del CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, USA) para definir estas enfermedades:

“Son enfermedades infecciosas nuevas, re-emergentes o infecciones multirresistentes cuya incidencia en el hombre ha aumentado en las últimas dos décadas o que amenazan con aparecer repentinamente”.

Causas

Entre las causas a las que se atribuye la aparición de enfermedades emergentes y re-emergentes se destacan las siguientes :

► **1. Cambios en el comportamiento y demografía humana:** el crecimiento de la población humana, modificación de la estructura demográfica de las poblaciones, un número importante de personas susceptibles, áreas urbanas superpobladas, déficit de infraestructura básica, migraciones, conductas sexuales y uso de drogas inyectables

► **2. Adaptación y cambios en la biología microbiana:** el uso irracional de antibióticos a llevado a un aumento de la resistencia microbiana, lo que hace más complejo el control de algunas patologías (TBC multirresistente) o el resurgimiento de otras que habían sido controladas (Paludismo).

► **3. Aumento en el comercio y viajes internacionales.**

► **4. El desarrollo económico y los cambios en la utilización del suelo:** la intromisión humana altera el equilibrio de los distintos ecosistemas. Ejemplo de esto es el

aumento de enfermedades como hantavirus, Leishmaniasis, fiebre hemorrágica Argentina, paludismo, rabia animal, entre otras.

► **5. El deterioro en los programas de salud pública y la insuficiente infraestructura sanitaria** y sistemas de vigilancia epidemiológica que no se adaptan rápidamente a nuevas necesidades de información.

► **6. Desigualdades sociales** (Paul Farmer): las brechas socioeconómicas constituyen otro de los factores determinantes de estos fenómenos, la menor accesibilidad a recursos y servicios esenciales para la salud, el hacinamiento y la promiscuidad y los bajos niveles de educación.

► **7. Bioterrorismo:** el uso de agentes biológicos con fines bélicos constituye uno de los mayores riesgos potenciales en la emergencia o reemergencia de enfermedades.

► **8. Cambios climáticos:** se menciona aparte la influencia de los cambios climáticos en la salud del hombre.

Situación local

Nuestra región y nuestra provincia no están ajenas a lo descrito. Algunos cambios de la estructura demográfica ya fueron analizados.

Entre otros factores relacionados se debe mencionar:

► La redistribución de la población con la migración hacia los centros urbanos y la formación de “cordones” periurbanos con insuficiente infraestructura.

- ▶ El aumento de las brechas socioeconómicas.

- ▶ El crecimiento del conglomerado urbano hacia el oeste en zonas pedemontaña alterando el delicado ecosistema de esa región.

- ▶ La extensión de los principales cultivos de la provincia (cítricos, caña de azúcar, soja, entre otros) favorecidos por las condiciones económicas actuales que promueven su desarrollo, provocó el desmonte de importantes áreas.

- ▶ El aumento del comercio con el exterior y el turismo internacional, favorece el intercambio continuo de productos y personas con otras regiones del mundo.

- ▶ La falta de control sobre el uso racional de antibióticos, de infecciones intrahospitalarias y de patrones de resistencia microbiana.

- ▶ Hasta ahora, la falta de continuidad en las políticas de Salud Pública.

Propuestas regionales

▶ **1. Fortalecer las redes de vigilancia de las enfermedades infecciosas para:**

- ▶ Determinar las características epidemiológicas de las enfermedades.
- ▶ Generar hipótesis para la investigación epidemiológica.
- ▶ Evaluar programas de prevención y control.
- ▶ Prever las necesidades futuras de servicios de salud.
- ▶ Disminuir los costos en salud por la intervención temprana.

▶ **2. Desarrollar la infraestructura necesaria para el alerta precoz y la respuesta rápida mediante el mejoramiento del laboratorio y los programas de capacitación multidisciplinarios:**

- ▶ Recursos humanos y tecnológicos adecuados en los laboratorios.
- ▶ Capacitación permanente del recurso humano de las áreas de laboratorio y clínica.
- ▶ Establecimiento de redes de comunicación adecuadas.
- ▶ Integración de los diferentes niveles dentro de organización del sistema de salud
- ▶ Presupuestos de largo plazo.

▶ **3. Impulsar la investigación aplicada para:**

- ▶ Desarrollo de técnicas de diagnóstico rápidas.
- ▶ Métodos epidemiológicos y de efectividad de la prevención.
- ▶ Investigaciones clínicas.

▶ **4. Fortalecimiento para la capacidad de prevención y control a través de:**

- ▶ Disseminación oportuna de la información.
- ▶ Capacitación continua sobre la resistencia anti microbiana .
- ▶ Fortalecimiento de la respuesta y medidas de control ante brotes y emergencias provocadas por estas enfermedades.

6. Los cambios climáticos y sus efectos sobre la salud.

El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) creado por la Organización Meteorológica Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, publicó recientemente la primera entrega del 4º Informe del Consenso Científico sobre el Cambio.

En febrero de 2005, 141 países firmaron el Protocolo de Kyoto, por el cuál se comprometen a realizar medidas concretas en tal sentido. Las consecuencias de los cambios climáticos ya están instaladas y comenzaron a manifestarse, algunas son inevitables.

Entre las mayores preocupaciones se encuentran los efectos sobre la salud humana que puede provocar el cambio climático:

► **Cambios en la morbilidad y mortalidad relacionados con la temperatura:** las previsiones apuntan a que se produzca un aumento en la frecuencia e intensidad de las olas de calor en los meses de verano, exacerbadas con un aumento de la humedad y disminución de los meses fríos. Esto afectaría principalmente en los extremos de la vida (niños pequeños y ancianos) por su menor capacidad de adaptación y termorregulación, y a personas con patologías cardiovasculares, respiratorias o renales. El problema sería mayor en zonas urbanas y personas con menores recursos. Además, podría verse una

disminución de las enfermedades relacionadas con el frío.

► **Efectos por eventos meteorológicos extremos (inundaciones, tormentas torrenciales, tornados, sequías...):** estos eventos, además de causar muerte directa, pueden afectar indirectamente la salud por la contaminación de las fuentes de agua potable, pérdida de producciones de alimentos, pérdida de abrigo, migraciones y hacinamiento de personas. El daño a la infraestructura sanitaria aumenta el riesgo de epidemias de enfermedades de transmisión hídrica (Diarreas, Hepatitis A, Leptospirosis, entre otras) e IRAs.

► **Efectos por el aumento de la contaminación atmosférica:** la calidad de aire se vería afectada principalmente por contaminantes como las partículas de humo negro, el ozono y el monóxido de carbono. Los aeroalérgenos, como los pólenes de diferentes plantas, ácaros y otros, podrían variar en sus períodos y duración de presentación. La morbilidad por enfermedades respiratorias podría aumentar (IRAs, asma bronquial, alergias respiratorias).

► **Incremento de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua:** como consecuencia de los cambios climáticos, las diferencias en la disponibilidad de estos dos

elementos vitales para la salud podrían incrementarse al modificarse la producción y distribución de los mismos.

► **Modificación del comportamiento de enfermedades transmitidas por vectores y roedores:** los cambios en la temperatura, humedad, en el patrón de precipitaciones o de los vientos, entre otros factores, inciden sobre los ecosistemas alterando los ciclos naturales de vectores o huéspedes intermedios de muchas enfermedades. Enfermedades como dengue, paludismo, leishmaniasis, hantavirus, fiebre amarilla y encefalitis por arbovirus, entre otras, modificarían su comportamiento estacional y sus áreas geográficas de distribución.

La adaptación planificada frente a los impactos y a la vulnerabilidad, y la mitigación del cambio climático parecen ser las estrategias claves para reducir las consecuencias sobre la salud.

Respecto a cada uno de los impactos negativos previstos en la salud, hay una gama de opciones posibles de adaptación social, institucional, tecnológica y de comportamiento para reducir tal efecto. Entre las adaptaciones se pueden incluir:

► **Fortalecimiento de la infraestructura de la salud pública,** suministro de instalaciones adecuadas de atención médica.

► **Gestión del medio ambiente orientada hacia la salud** (incluida la calidad de la atmósfera y de las aguas, seguridad alimentaria, diseño urbano, y gestión de aguas de superficie).

► **Implementación de sistemas de alerta temprana** frente a cambios extremos de temperatura, fenómenos meteorológicos adversos y contaminación ambiental.

► **Elaboración de planes de contingencias para afrontar situaciones adversas** (inundaciones, temporales, sequías...).

► **Reforzamiento de la vigilancia epidemiológica** especialmente de enfermedades transmitidas por vectores y en situaciones de contingencias.

Matriz de Marco Lógico

Como parte del análisis de las prioridades con la metodología del Marco Lógico, se elaboraron para cada una de ellas los respectivos árboles de problemas y de soluciones.

El resultado final fue un conjunto de matrices con la identificación de causas, consecuencias y objetivos y resultados esperados

para cada problema considerado.

Los problemas relacionados con la mortalidad infantil y materna se analizaron en una misma matriz, dada la estrecha relación entre los factores que las afectan.

La malnutrición infantil y la de adultos se consideraron por separado, teniendo en

PROBLEMAS	Mortalidad y Morbilidad Infantil	
	▶ Niños prematuros ▶ Distress respiratorio ▶ Malformaciones congénitas ▶ Niños de bajo peso o muy bajo peso al nacer ▶ Enfermedades respiratorias ▶ Enfermedades infecciosas	
CAUSAS	Estructura	Proceso
	▶ Falta de atención obstétrica esencial ▶ Servicios con menos de 1.500 partos anuales ▶ Personal de salud sin la capacitación adecuada	▶ Falta de consulta preconcepcional ▶ Falta de captación temprana de la embarazada ▶ Falta de control adecuado del embarazo ▶ Falta de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva ▶ Falta de atención adecuada de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio ▶ Falta de atención adecuada del recién nacido de riesgo ▶ Falta de seguimiento del recién nacido de riesgo
CONSECUENCIAS	Tasa de Mortalidad Infantil superior a la media nacional	
	▶ 16,2 por mil NV ▶ Neonatal: 12,4 (precoz 9,8 y tardía 2,6) ▶ Postneonatal: 3,8	
OBJETIVOS	▶ Mejorar la información para retroalimentar las intervenciones oportunamente ▶ Aumentar la captación precoz de las embarazadas y un control adecuado de la población infantil	
RESULTADOS	▶ Disponer de información mensual referida a: ▶ Mortalidad Materna ▶ Mortalidad Infantil y sus componentes ▶ Captación temprana de la embarazada y adhesión a los servicios de salud ▶ Controles adecuados de la embarazada ▶ Pacientes con aborto en curso según técnica de tratamiento (AMEU, legrado, etc.) ▶ Episodios de infecciones intrahospitalarias ▶ Niños menores de 30 días de vida controlados en los CAPS ▶ Disponer de informe quincenal de niños fallecidos en los servicios de neonatología	

cuenta sus características diversas, tanto en sus causas como en sus consecuencias.

Los problemas relacionados con las enfermedades transmisibles por un lado, y las relacionadas con lo cardiovascular y tumores por otro, se consideraron en matrices que los integran, considerando en este caso las simi-

litudes en las causas y consecuencias.

Las problemáticas relacionadas con la salud mental, la salud oral, las lesiones por causas externas y la discapacidad se abordaron por separado.

Mortalidad Materna

- ▶ Embarazo terminado en aborto (29%)
 - ▶ Trastornos hipertensivos, edema, proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (15%)
- ▶ Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragias ante parto (6%)
 - ▶ Hemorragia posparto (5%)
 - ▶ Sepsis y otras complicaciones relacionadas con el puerperio (8%)

Características Epidemiológicas

- ▶ Falta de prevención, y tratamiento adecuado de las enfermedades prevalentes de la infancia
 - ▶ Falta de involucramiento de la pareja y violencia dificultan la adopción de prácticas anticonceptivas en la mujer
 - ▶ Falta de acceso oportuno a los servicios de salud en casos de urgencia
- ▶ 19 años o menor
 - ▶ 4 gestas previas o más
 - ▶ 35 años o mayor
 - ▶ Período intergenésico menor a 12 meses.
 - ▶ Baja talla
 - ▶ Bajo Peso (menor al 20 % del teórico)
- ▶ Madre soltera
 - ▶ Analfabeta, primaria y EGB incompleta
 - ▶ Pobreza y exclusión social
 - ▶ No adhesión a los servicios de salud

Tasa de Mortalidad Materna superior a la media nacional

- ▶ 3,5 (por 10.000 nacidos vivos)

- ▶ Brindar prestaciones de calidad

- ▶ Aumentar la captación de mujeres en edad preconcepcional para entrega preventiva y conserjería
 - ▶ Aumento de la captación temprana de las embarazadas y adhesión a los servicios de salud.
 - ▶ Asegurar al menos 5 controles adecuados del embarazo.
- ▶ Atención post-aborto con la técnica del AMEU
 - ▶ Supervisión capacitante continua de todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención
 - ▶ Crear servicios de atención adecuada para el adolescente
 - ▶ Implementar una unidad móvil de cuidados del neonato de riesgo
 - ▶ Realizar encuestas nutricionales
 - ▶ Disminuir el número de embarazos adolescentes
 - ▶ Asegurar la atención perinatal en establecimientos con infraestructura y procesos adecuados.

PROBLEMA	Malnutrición Materno Infanto Juvenil
CAUSAS	▶ Malnutrición (exceso, déficit). Causas socioeconómicas (comunicación) y biológicas. - Falta de comensalidad familiar, hábitos inadecuados, falta de educación alimentaria (familia, escuela, sociedad)
CONSECUENCIAS	▶ Aumento de la morbilidad y mortalidad - Bajo peso al nacer, ▶ Menor calidad de vida ▶ Discapacidad ▶ Desgranamiento escolar ▶ Incidencia de patologías crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, cardiovasculares, etc)
OBJETIVO GRAL.	Mejorar el estado nutricional del grupo materno-infanto juvenil
OBJETIVOS ESPEC.	▶ Promover alimentación saludable en estos grupos etéreos - Rehabilitación del estado nutricional de la población enferma - Valoración y monitoreo del estado nutricional
RESULTADOS	▶ Reducir un 50% las cifras actuales de malnutrición (desnutrición, obesidad)

PROBLEMA	Malnutrición en adultos y adultos mayores
CAUSAS	▶ Malos hábitos y falta de educación alimentaria ▶ Malas condiciones de vida y ambientales ▶ Trastornos psicológicos ▶ Discapacidad ▶ Trastornos bucales ▶ Patologías crónicas
CONSECUENCIAS	▶ Discriminación ▶ Déficit de autoestima ▶ Trastornos de ansiedad ▶ Aumento de enfermedades no transmisibles ▶ Trastornos del crecimiento y desarrollo
OBJETIVO GRAL.	Disminuir la morbilidad y mortalidad por malnutrición
OBJETIVOS ESPEC.	▶ Incluir el componente de educación alimentaria continua en los programas ya vigentes ▶ Crear un sistema de vigilancia nutricional ▶ Promover la actividad física y hábitos alimentarios correctos ▶ Promover la auto producción y el autoabastecimiento de alimentos
RESULTADOS	▶ Disminuir la incidencia y discapacidad por patologías transmisibles ▶ Mejorar la calidad de vida

PROBLEMA

- ▶ Bajo porcentaje de búsqueda de sintomático respiratorio
- ▶ Transmisión vectorial de Chagas
- ▶ Transmisión vertical de VIH y sífilis
- ▶ Morbimortalidad infantil por causas inmunoprevenibles

CAUSAS

- ▶ Condiciones de Vida (educar para la salud, pobreza y marginalidad, economía y producción, analfabetismo)
- ▶ Calidad de vida (accesibilidad, capacitación, prevención, promoción, recursos, cobertura de servicios)
- ▶ Participación social (intersectorialidad, comunicación social, educación para la salud)
- ▶ Saneamiento ambiental: Saneamiento básico, contaminación química, características geográficas)

CONSECUENCIAS

- ▶ Mortalidad, Morbilidad, comorbilidad, Discriminación social
- ▶ Discapacidad, discriminación laboral
- ▶ Calidad de vida
- ▶ Costos
- ▶ Perpetuación de transmisión

OBJETIVO GRAL.

Disminuir la morbilidad de TBC, Chagas, HIV, sífilis e inmunoprevenibles

OBJETIVOS ESPEC.

- ▶ Incluir “Educación para la Salud” en todos los Niveles de Educación
- ▶ Garantizar la calidad de Atención.
- ▶ Promover la participación Social.
- ▶ Sensibilizar a la comunidad sobre la necesidad de mejorar la salud ambiental

RESULTADOS

- ▶ Población con conocimiento en el cuidado de la Salud
 - 1- Mejora en hábitos y Conductas.
- ▶ Reducción en la Demanda por Enfermedad.
 - 1- Aumento en la demanda por Prevención
 - 2- Mejora en los Indicadores de Morbilidad y Mortalidad
 - 3- Mejora en la Cobertura
 - 4- Capacitación Continua en RR HH.
 - 5- Aumento en el Número y Distribución Adecuada de RR HH.
 - 6- Satisfacción del Prestador y Usuario
- ▶ Formación de Comisiones Intersectoriales con Poder de Decisión en Temas de Salud.
- ▶ Manejo Adecuado de R.S.U. (Residuos Sólidos Urbanos.)
 - 1- Higiene Ambiental domiciliaria y Peridomiciliaria.
 - 2- Consumo de Agua y Alimentos Seguros

PROBLEMA	Discapacidad
CAUSAS	▶ Genéticas ▶ Lesiones ▶ ACV ▶ Nutricionales ▶ CPN inadecuado ▶ Enfermedades crónicas ▶ Contaminación ambiental
CONSECUENCIAS	▶ Aumento demanda ▶ Insuficiencia de respuesta de sistemas (salud, educación, social) ▶ Aumentos de costos de salud ▶ Disminución de calidad de vida ▶ Exclusión social y productiva
OBJETIVO GRAL.	Disminuir la discapacidad prevenible
OBJETIVOS ESPEC.	▶ Incrementar la accesibilidad al control prenatal ▶ Asegurar la incorporación de ac. Fólico en mujeres en edad fértil. ▶ Fortalecer la prevención y control en enfermedades crónicas ▶ Prevenir lesiones ▶ Fortalecer los programas de salud ambiental
RESULTADOS	▶ Disminuir los AVPPD ▶ Mejorar la calidad de vida ▶ Aumentar la inclusión en los circuitos sociales y laborales ▶ Disminuir los costos en salud

PROBLEMA	Lesiones
CAUSAS	▶ Violencias, falta educación vial ▶ Trastornos mentales: alcoholismo, adicciones ▶ Discriminación de género ▶ Falla de los sistemas de control ▶ Falta de inserción laboral ▶ Exclusión social
CONSECUENCIAS	▶ Aumento de Costos económicos ▶ Disminución del sistema productivo ▶ Aumento de la demanda en salud ▶ Alteraciones de la calidad de vida ▶ Estrés post-traumático ▶ Aumento de violencia social ▶ Transmisión de pautas violentas ▶ Trastornos del desarrollo
OBJETIVO GRAL.	Disminuir la morbilidad por lesiones
OBJETIVOS ESPEC.	▶ Fortalecer el sistema de vigilancia ▶ Implementar programa de prevención ▶ Capacitar a los equipos de salud en la prevención y tratamiento de la violencia de niños y mujeres
RESULTADOS	▶ Disminuir la morbilidad por lesiones ▶ Disminuir la mortalidad por lesiones ▶ Disminuir la discapacidad por lesiones

PROBLEMA	Aumento de patologías bucales
-----------------	--------------------------------------

CAUSAS	▶ Insuficiente educación ▶ Pobreza ▶ Dificultad para cambiar hábitos ▶ Traumatismos bucales ▶ Limitada cobertura ▶ Trastornos nutricionales ▶ Ambientales
---------------	---

CONSECUENCIAS	▶ Déficit nutricional ▶ Trastornos fonéticos y del aprendizaje ▶ Discriminación ▶ Parto prematuro, bajo peso, infecciones
----------------------	--

OBJETIVO GRAL.	Disminuir la morbilidad por patologías bucales
-----------------------	---

OBJETIVOS ESPEC.	▶ Fortalecer los programas de salud bucal en los programas de APS prioritarios ▶ Disminuir la enfermedad periodontal ▶ Disminuir el índice de caries dental ▶ Aumentar la cantidad y tipo de dispositivo de atención
-------------------------	---

RESULTADOS	▶ Disminuir partos prematuros y RN de bajo peso por enfermedad periodontal ▶ Mejorar la cobertura ▶ Mejorar los registros
-------------------	---



CAPITULO 5

Metas y
Estrategias
de salud
al 2016





Metas y Estrategias de Salud al 2016

LAS METAS DE SALUD AL 2016 Y SUS ESTRATEGIAS SE DEFINIERON EN LA CONTINUIDAD DEL PROCESO DE ANÁLISIS, CON LA METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO Y EN INTERACCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA CON LOS REFERENTES PROGRAMÁTICOS DE CADA UNO DE LAS PRIORIDADES.

SE TUVIERON EN CUENTA LA TENDENCIA DE LOS RESPECTIVOS INDICADORES, LOS VALORES DEL PROMEDIO DEL PERÍODO 2001-2005 A NIVEL PROVINCIAL Y DEPARTAMENTAL, Y LOS DE LA NACIÓN Y LA REGIÓN PARA 2005; COMO ASÍ TAMBIÉN LA FACIBILIDAD DE LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS PARA ALCANZARLAS. BUSCAN RESPONDER A LOS OBJETIVOS SANITARIOS PLANTEADOS.

LAS METAS SE EXPRESARON EN TÉRMINOS DE IMPACTO EN EL ESTADO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LAS PERSONAS Y EL AMBIENTE, ESTABLECIENDO EL VALOR ESPERADO PARA EL AÑO 2006 COMO VALOR PROMEDIO PROVINCIAL, Y EN ALGUNOS CASOS, EL VALOR MÁXIMO ESPERADO POR DEPARTAMENTO CON EL PROPÓSITO DE REDUCIR BRECHAS DEPARTAMENTALES.

PARA EL LOGRO DE ESTAS METAS SANITARIAS SE SELECCIONARON ESTRATEGIAS GENERALES BASADAS EN EL ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE MARCO LÓGICO. ESTAS ESTRATEGIAS SON TRANSVERSALES, Y COMO TALES, SE EXPRESAN EN RELACIÓN A LAS DISTINTAS PRIORIDADES DEFINIDAS COMO ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS.

ES NECESARIO CONSIDERAR QUE DADA LA MULTICAUSALIDAD Y MULTIFACTORIALIDAD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD, LAS INTERVENCIONES SEGURAMENTE TENDRÁN IMPACTO NO SÓLO EN LAS ÁREAS PARA LAS CUALES SE DEFINEN, SINO EN EL ESTADO DE SALUD EN GENERAL DE LA POBLACIÓN Y EN SU CALIDAD DE VIDA. COMO ESTRATEGIAS QUE SE RELACIONAN CON VARIAS DE LAS PRIORIDADES IDENTIFICADAS, SE DESARROLLARON LAS DE REHABILITACIÓN, COMUNICACIÓN SOCIAL Y DE CUIDADO DEL AMBIENTE.

A CONTINUACIÓN SE LISTAN LAS METAS DE SALUD Y SUS ESTRATEGIAS, Y SE INCLUYE UNA MATRIZ QUE LAS RELACIONA E INDICA EL INSTRUMENTO UTILIZADO PARA MONITOREAR SU CUMPLIMIENTO.

Metas Sanitarias para el 2016

Mejorar la calidad de vida de las personas sanas y enfermas

- 1 Lograr que el 80% de los mayores de 18 años tengan una percepción excelente, muy buena o buena relacionada con la salud en cuanto a su calidad de vida.
- 2 Procurar que más del 70% de las personas mayores de 64 años no tengan problemas de movilidad.
- 3 Conseguir que más del 90% de las personas mayores de 64 años tengan autonomía en el cuidado personal.
- 4 Lograr que más del 75% de las personas mayores de 64 años no tengan problemas para realizar actividades cotidianas.
- 5 Procurar que más del 50% de las personas mayores de 64 años no perciban dolor o malestar.
- 6 Conseguir que no menos del 80% de las personas mayores de 18 años no perciban tener ansiedad o depresión.

Lactancia Materna

- 7 Lograr un 50% de Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses en los niños bajo programa de control en todos los servicios de salud del SIPROSA.

Mortalidad Infantil

- 8 Disminuir la tasa de a menos del 9,9 por mil, integrada por una tasa de mortalidad neonatal menor a 7,2 por mil y una tasa de mortalidad posneonatal menor a 2,7 por mil.
- 9 Conseguir que ningún departamento supere en un 20% la tasa provincial de mortalidad infantil.

Mortalidad Materna

- 10 Disminuir la Tasa de Mortalidad Materna por a menos del 2 por 10.000 nacidos vivos.
- 11 Disminuir la mortalidad materna por aborto a menos del 25% del valor total de la tasa de mortalidad materna.

Cáncer de Cuello de Útero

- 12 Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y cáncer de útero sin especificar a 4,25 por 100 mil mujeres.
- 13 Obtener que ningún departamento tenga una tasa mayor a 9,6 por 100 mil mujeres.

Cáncer de mama

- 14 Reducir la mortalidad por cáncer de mama al 17,2 por 100 mil mujeres.

Cardiovascular

- 15 Reducir la mortalidad por causa cardiovascular a 100 por 100 mil habitantes.
- 16 Lograr que ningún departamento tenga una tasa de mortalidad por causas cardiovascular mayor al 20% de la tasa provincial.
- 17 Reducir la prevalencia de sobrepeso en mayores de 18 años a menos del 30%.
- 18 Reducir a menos del 25% la prevalencia de colesterol elevado en la población mayor de 18 años.
- 19 Reducir el autorreporte de presión arterial elevada en más de una consulta, a menos del 25% en personas mayores de 18 años.
- 20 Reducir la prevalencia de tabaquismo a menos del 30% en personas entre 18 a 64 años.
- 21 Lograr que la edad promedio de inicio del hábito del tabaco sea superior a 18 años en el grupo de 18 a 24 años
- 22 Disminuir la exposición al humo ambiental de tabaco, en los no fumadores mayores de 18 años, a menos del 30%.

Violencias y Accidentes

- 23 Disminuir la mortalidad por causas externas al 30 por 100 mil habitantes.
- 24 Lograr que ningún departamento tenga una tasa mayor a 40 por 100 mil habitantes por causas externas.
- 25 Disminuir la mortalidad por accidentes de tránsito al 5 por 100 mil habitantes.
- 26 Conseguir que ningún departamento tenga una tasa mayor a 7 por 100 mil habitantes por accidentes de tránsito.

Enfermedades transmisibles

- 27 Reducir la mortalidad por causa infecciosa en menores de 5 años a una tasa no mayor de 20 por 100.000.
- 28 Reducir la mortalidad por causa infecciosa en mayores de 19 años a una tasa no mayor de 90 por 100.000.

Enfermedades Inmunoprevenibles

- 29 Mantener la ocurrencia de casos de meningitis por Hib a no más de 2 casos anuales.

Tuberculosis

- 30 Lograr una mortalidad por Tuberculosis inferior al 1,21 por cada 100 mil habitantes.

Enfermedad de Chagas

- 31 Disminuir los indicadores de infestación intra domiciliar por *Triatoma Infestans* (I.I. Dom) a valores menores al 1 %.
- 32 Mantener la seroprevalencia de Chagas a menos del 1% en menores de 5 años.
- 33 Certificar la Interrupción de la transmisión vectorial de Chagas por *T. Infestans*.

Infección por VIH/SIDA

- 34 Reducir la tasa de mortalidad del SIDA a 0.80 por cada 100 mil habitantes.

Enfermedades de Transmisión Vertical

- 35 Todos los niños entre 2 y 5 años con Chagas por Transmisión Vertical tratados y curados.
36 Disminuir la Transmisión Vertical de VIH a menos del 5% en el período 2014-2016.
37 Disminuir a menos del 0,5% la tasa de sífilis congénita.

Componente Estomatológico de la Salud

- 38 Reducir el índice de Caries CPOS (Cariados, Perdidos y Obturados en la Superficie del diente) a no más de 4,5 en niños de primer grado que concurren a establecimientos escolares.
39 Reducir el índice de Caries CPOS a no más de 3 en niños de sexto grado que concurren a establecimientos escolares.

Ambiente

- 40 Eliminar el 100% de los basurales abiertos en la provincia.

Estrategias Generales

- ▶ AMPLIAR LA COBERTURA DE PROGRAMAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LAS PATOLOGÍAS PRIORITARIAS PARA LOS GRUPOS DE RIESGO.
- ▶ GARANTIZAR EL TRATAMIENTO ADECUADO EN EL 100 % DE LOS CASOS DETECTADOS.
- ▶ AUMENTAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS, REORIENTÁNDOLA DE ACUERDO A LAS PRIORIDADES DEFINIDAS.
- ▶ CAPACITAR, REORIENTAR Y REDISTRIBUIR LOS EQUIPOS DE SALUD DE TODOS LOS NIVELES.
- ▶ FORTALECER LOS PROCESOS TENDIENTES A GARANTIZAR LA RECUPERACIÓN, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN DE LAS PERSONAS, PARA LOGRAR LA MEJOR CALIDAD DE VIDA POSIBLE.
- ▶ CREAR E IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y DE SUS FACTORES DE RIESGO.
- ▶ INCLUIR EN LOS PROGRAMAS CONTENIDOS DE PROMOCIÓN DE DESARROLLO INFANTIL Y FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES.
- ▶ DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS Y PROMOCIÓN DE SALUD.
- ▶ DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE CUIDADO DEL AMBIENTE.

Estrategias Específicas

Materno Infantil

- ▶ Mejorar la cobertura y calidad de atención de las embarazadas en el primer nivel de atención, capacitando al equipo de salud en la atención obstétrica de emergencia y en el manejo de las complicaciones puerperales de emergencia.
- ▶ Implementar un Programa de Maternidades Seguras capacitando al equipo de salud en la atención del parto y su manejo en función de la medicina basada en evidencia y evaluando su desempeño.
- ▶ Fortalecer los nodos obstétricos y la derivación obstétrica de emergencia, desalentando la atención del parto en establecimientos no habilitados.
- ▶ Fortalecer el sistema de auditoria de muertes maternas e infantiles integrándolo a los procesos de desarrollo institucional y de capacitación.
- ▶ Fortalecer el control del niño sano en la red periférica, capacitando al equipo de salud, reforzando la red especializada pediátrica y aplicando la supervisión capacitante.
- ▶ Mejorar la calidad de atención neonatal de baja complejidad en la red especializada y de alta complejidad en los centros de referencia y perfeccionar la utilización de las unidades de traslado neonatales.
- ▶ Crear un grupo de seguimiento de niños prematuros y secuelas de patologías graves.
- ▶ Fomentar la consulta precoz ante patologías respiratorias en menores de un año.
- ▶ Implementar la consejería genética y aumentar la detección prenatal de anomalías congénitas mediante control adecuado del embarazo a través de la derivación oportuna a los centros de referencia. Implementar el registro provincial de malformaciones congénitas.
- ▶ Aumentar la difusión de pautas de prevención para evitar la muerte súbita.
- ▶ Fortalecer el programa de salud sexual y procreación responsable.
- ▶ Desarrollar programas de detección precoz de la obesidad infantil del síndrome metabólico y de la prevención de la ceguera.
- ▶ Capacitación del equipo de salud para asegurar la efectividad de la suplementación medicamentosa de micronutrientes, en el marco del Plan Remediar y asegurar la rehabilitación clínico-nutricional de los niños menores de 6 años desnutridos agudos.
- ▶ Desarrollar Encuestas Nutricionales periódicas que incluyan: Lactancia Materna, prevalencia de anemia en adolescentes mujeres y niños menores de 2 años, embarazadas y mujeres en edad fértil e información de todos los grupos etáreos.
- ▶ Fomentar la Lactancia Materna en todos los servicios.
- ▶ Disponibilidad y accesibilidad para toda la población de alimentos fortificados con hierro.

Enfermedades Transmisibles

- Enfocar en los adolescentes programas de promoción de la salud y preventivos, especialmente en aspectos nutricionales y de salud mental.
- Detectar el 90% de casos de Tuberculosis en la población, aumentando las baciloscopías actuales en un 100%, evaluando a todos los contactos de los casos para descartar o confirmar tuberculosis.
- Realizar la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios.
- Mantener el control del 100% de las bolsas en Bancos de Sangre.
- Extender el programa de infección respiratoria aguda a toda la red de servicios.
- Lograr un 100% de cobertura con tratamiento adecuado.
- Lograr el 90% de tasa de éxito en pacientes curados y pacientes con TDO completo y con baciloscopías positivas previas.
- Reducir a menos del 5% el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en los casos con tratamiento directamente observado (TDO).
- Incrementar las coberturas de inmunización al 95% o más.
- Aumentar la cobertura de serología para Chagas al 95% de las embarazadas del subsector público.
- Obtener coberturas de tratamiento antiparasitario específico para Chagas en no menos del 100% de los recién nacidos infectados por transmisión vertical.
- Instalar la vigilancia entomológica activa en el 80% de las localidades de los departamentos de mediano y alto riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Chagas.
- Garantizar la oferta del Test de VIH y VDRL al 100% de las mujeres embarazadas en el 1º y último trimestre de embarazo.
- Aumentar la cobertura de tratamiento al 100% de las embarazadas con VIH y a sus hijos para evitar la transmisión vertical.
- Garantizar el acceso al Test de VIH y VDRL al 100% de los grupos de población más vulnerables.
- Promover el uso de preservativos en la población sexualmente activa.
- Crear Centros de testeo Voluntarios para VIH y Sífilis gratuitos y confidenciales.
- Capacitar al Personal de Salud de todos los niveles de atención en Consejería de VIH e ITS (Infecciones de Transmisión sexual) y uso correcto de preservativo.
- Implementar un sistema de vigilancia de conductas de riesgo en las poblaciones más vulnerables a la infección por VIH.
- Incrementar las coberturas de inmunización al 95% (cobertura útil) o más en todas las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación en todos los departamentos de la provincia.
- Vacunar con Doble Viral a la población masculina entre 15 y 39 años de la provincia para cumplir con la meta de “Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC)” en los países de la región para el año 2010, que estableció la OPS.
- Afianzar la meta de erradicación del sarampión con las actividades conjuntas con la Rubéola, alcanzando coberturas útiles y manteniendo una Vigilancia Integrada Sarampión/Rubéola adecuada.
- Mantener la eliminación de la poliomiелitis alcanzando coberturas útiles y realizando una Vigilancia Epidemiológica apropiada de las Parálisis Fláccidas.
- Incrementar las coberturas de inmunización al 95% o más con las vacunas antineumocócica polisacárida 23 valente y antigripal en grupos de riesgo para disminuir la morbilidad y mortalidad.
- Incorporar nuevas vacunas.
- Reducir la inequidad vacunando los grupos de población en los bolsones de bajas coberturas para conseguir cobertura útil del 95% en las áreas identificadas como de cobertura ineficaz.
- Mejorar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles.
- Aumentar la capacidad diagnóstica de los laboratorios especializados.
- Vigilancia con serología de las muertes fetales por patologías de transmisión vertical.
- Capacitación de Codificadores de registros de mortalidad y morbilidad, en calidad de certificados de defunción en causas primarias y secundarias.
- Fortalecer la vigilancia de las enfermedades intranosocomiales.

Tumores

- Lograr que el 100% de los espacios públicos sean ambientes libres de humo (ley provincial 7575).
- Desarrollar programas de promoción de la salud aplicando estrategias de comunicación social enfocadas en la promoción de estilos de vida saludables y al autocuidado.
- Promover la detección precoz de factores de riesgo en todas las edades, en especial aquellos relacionados con la mayor mortalidad por grupo étnico, capacitando a los recursos humanos para tal fin.
- Asociar la oportunidad de realizar el PAP a la prescripción de las medidas de anticoncepción.
- Ampliar la cobertura con citología cervicovaginal, de la población femenina comprendida entre los 20-65 años y menores de 20 años con vida sexual activa a un 50%, con frecuencia cada tres años.
- Promover el tamizaje (control de salud, auto-examen y mamografía) al 70% de la población en riesgo (mujeres entre 50-65 años y menores con antecedentes en familiares directos).
- Garantizar el tratamiento adecuado en el 100% de los casos de cáncer de cuello uterino diagnosticados.
- Fortalecer el registro provincial de tumores.
- Incluir en la curricula educativa contenidos de educación sexual y de educación ambiental.
- Fortalecer la especialización de cirugías oncológicas.
- Garantizar el apoyo multidisciplinario en la atención del paciente oncológico y sus cuidados paliativos.
- Incluir el tratamiento oncológico en la propuesta de las enfermedades catastróficas.
- Cumplimiento de los protocolos de tratamientos oncológicos.
- Optimizar el uso de recursos tanto humanos como tecnológicos, implementando la detección por técnicos citopatológicos.

Cardiovasculares

- Detección precoz de factores de riesgo en todas las edades, en especial aquellos relacionados con la mayor mortalidad por grupo étnico.
- Desarrollar programas de promoción de la salud en base al cambio de los estilos de vida.
- Incluir acciones de promoción y prevención en los programas regulares de la atención de salud.
- Implementar Programa Provincial de Vida Saludable que incluya la alimentación y actividad física.
- Promover la alimentación saludable, a través de la reducción del consumo de alimentos ricos en sal y el aumento del consumo de frutas y verduras.
- Promover la actividad física; sobre todo en mayores de edad, en mujeres y en aquellos con menor nivel de instrucción y menor nivel de ingreso.
- Lograr el cumplimiento de la ley 7575, de modo que el 100% de los espacios públicos sean ambientes libres de humo.
- Lograr que el 100% de las personas mayores de 40 años bajo programa en los servicios públicos de salud tengan al menos una medición de nivel de colesterol por año.
- Lograr que el 50% de los hipertensos detectados tengan la presión arterial (PA) controlada.
- Implementar la cobertura de control de PA al 100% de las personas mayores de 18 años; conjuntamente con al menos un control de glucemia, medición de peso y perímetro abdominal al año.
- Lograr que el 100% de los hipertensos tengan acceso a tratamiento y a su incorporación al programa ALAS.
- Desarrollar el programa de control del paciente diabético y cardiovascular en el primer nivel de atención, asegurando el acceso

a la medicación que corresponda.

- Capacitar al equipo de salud para transmitir pautas de alarma que permitan anticipar la presentación de episodios agudos de enfermedades crónicas en la población
- Capacitar a todos los consultores de cesación de tabaco en grandes hospitales de la provincia.
- Reevaluar los grupos poblacionales estudiados por la ENFR.

- Creación de un Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional en la Provincia.
- Implementar un Registro nominado de pacientes diabéticos.
- Instalar multiplicadores de educación alimentaria en los ámbitos de salud, educación y comunidad.
- Fortalecer la red de servicios para la atención de consulta por emergencia cardiovascular.

Salud Mental

- Formular centralmente los programas de acción sobre las prioridades como alcoholismo, violencia, suicidio, trastornos del desarrollo infantil, discapacidad, normándolos de acuerdo a grupos de edad y niveles de complejidad, asegurando la participación social.
- Crear un sistema de vigilancia en salud mental y toxico dependencia.
- Adecuar los hospitales psiquiátricos a la estrategia de desmanicomialización y promover la participación de la comunidad en la reinserción de los pacientes crónicos y en la continuación de los cuidados que estos necesitan.
- Crear una red social con organizaciones de la comunidad como clubes, iglesias, ONG, CIC, para la adaptación de la programación local de las actividades de salud mental y empleando experiencias como casas de medio camino, hogares y residencias protegidas

y centros de estimulación temprana y de rehabilitación de la discapacidad mental.

- Dentro de las adicciones se priorizará el alcoholismo, por su aceptación social y por su relación con los índices de accidentes, violencias y suicidios.
- Llegar a una efectiva coordinación de políticas y programas con la Secretaría de Adicciones, conformando una instancia permanente de consulta y evaluación.
- Fortalecer a los hospitales centrales y del interior para la atención de emergencia de los problemas de salud mental y conformar equipos de salud mental en todos los niveles de atención, incluyendo en su capacitación el abordaje de las situaciones de desastre y violencia.
- Privilegiar, junto con los centros formadores, y por medio de la educación continua y la comunicación social la capacitación, información y estímulo de los recursos humanos.

Salud Oral

- Mejorar el acceso de la población sin cobertura a los servicios públicos de salud oral y garantizar como mínimo el saneamiento básico del aparato estomatognático, transformando el sistema de atención odontológico actual por sistemas que son altamente productivos y de menor costo y modificando el modelo extraccionista o expulsor por un modelo preventivo, conservador y rehabilitador.
- Rehabilitar el daño producido por las en-

fermedades orales devolviendo su función y estética al más bajo costo posible.

- Intervenir intersectorialmente para lograr la prevención primaria y secundaria, a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad, incluyendo el cáncer bucal y de otras enfermedades del sistema estomatognático.
- Educar a la población en hábitos bucales saludables, reforzando el trabajo interdisciplinario.

- ▶ Sistematizar el sellado de los elementos dentarios que lo necesiten y las topicaciones y buches con flúor.
- ▶ Asegurar que el rol educador del odontólogo se inicie con la madre embarazada e incluya a todos los grupos etáreos.
- ▶ Dada la magnitud de la demanda, actual y la prevista, se deberá incorporar la capacidad instalada de otros sectores como la Facultad de Odontología, las obras sociales, Círculo Odontológico, Colegio de Odontólogos, en una estrategia común.

Lesiones

- ▶ Fortalecer el sistema de vigilancia de lesiones (SIVILE), registrando los hechos tanto en el lugar de ocurrencia como en los hospitales, evitando los sesgos derivados de las fuentes de información, para que la misma sea útil para la toma de decisiones.
- ▶ Fortalecer el Consejo Provincial de Seguridad Vial, promoviendo sus reuniones, en coordinación con la Dirección de Transportes e incorporando a los municipios, Defensa Civil y otros estamentos relevantes.
- ▶ Normalizar el rol de salud en el otorgamiento de las licencias de conducir.
- ▶ Promover el mejoramiento del estado de rutas con elevados niveles de tráfico vehicular.
- ▶ Promover el mejoramiento del estado de las señalizaciones.
- ▶ Asegurar la continuidad en el control de alcoholemia y en el uso de dispositivos personales de seguridad en el tránsito vehicular.
- ▶ Asegurar la aplicación de la normativa legal respecto al control de velocidad en las rutas, al respeto de los derechos de los peatones y a la seguridad mecánica del parque automotor.
- ▶ Fortalecer y debatir el Plan de Catástrofes y Emergencias, definiendo los roles de cada sector y asegurando su vigencia en el tiempo mediante su adecuación periódica.
- ▶ Fortalecer el programa de salud laboral para reducir las lesiones y discapacidades, mediante la normalización y fiscalización y dotando a los servicios de las capacidades necesarias para atender adecuadamente este tipo de problemas.
- ▶ Definir la red especializada para lesiones y emergencias, normando su capacidad resolutive por niveles de complejidad y capacitando al personal y dotando a los servicios en consecuencia.
- ▶ Capacitar y mantener una actividad permanente de divulgación dirigida a la comunidad, las ONG's y los medios masivos de comunicación para la prevención de accidentes en la vía pública y en el hogar.
- ▶ Incluir en la currícula de los distintos niveles de Educación contenidos de educación vial y prevención de accidentes en general.
- ▶ Extremar las campañas de prevención de la violencia familiar y callejera.

Rehabilitación

- ▶ Desarrollar nodos de estimulación temprana en toda la provincia.
- ▶ Aumentar la capacidad operativa de la Junta de Discapacidad Provincial.
- ▶ Desarrollar la red de rehabilitación motora de la provincia.
- ▶ Fortalecer la certificación de las discapacidades estimadas en la provincia.
- ▶ Alimentar la cobertura de las personas con discapacidad motora, visual, auditiva, visceral y mental en sus respectivos planes de rehabilitación.
- ▶ Desarrollar centros de hemodiálisis en establecimientos nodos de la red de servicios.
- ▶ Promover un marco legal que garantice la disponibilidad de recursos y servicios para la atención de la persona con discapacidad en estado de dependencia.

Estrategias de Comunicación Social

- La comunicación social será enfocada en sus aspectos de educación para la salud, marketing de la salud y periodismo, y estará orientada al interior de la Institución para que se compartan sus valores y políticas; y a la sociedad en su conjunto para promover la participación y la adopción de estilos de vida saludables y del auto cuidado.
- La comunicación social se basará en los requerimientos de las prioridades sanitarias y en los derechos y deberes de usuarios y trabajadores de la salud.

Estrategias de Cuidado del Ambiente

Medio Ambiente

- Fortalecer la fiscalización ambiental.
- Implementar el Programa de Reconversión Industrial (PRI).
- Implementar el Plan de Cierre de Basurales.
- Implementar el Programa Hospitales Saludables, que incluye auditorías periódicas de todos los servicios y capacitación y control de residuos peligrosos tipo Y1, Y2, e Y3, control del agua de consumo, hospitales libres de humo y bioseguridad.
- Desarrollar un programa de Vigilancia Ambiental que contemple el mapeo de riesgo ambiental y de enfermedades relacionadas con el ambiente.
- Promover la inclusión de todos los gobiernos locales en la iniciativa Municipios Saludables.

Toxicología

- Elaboración un Diagnóstico de situación en materia de intoxicaciones accidentales, intencionales y ambientales.
- Desarrollo del Programa Provincial de Prevención y Control de Intoxicaciones incorporándolo a la red de servicios y que cubra las funciones de vigilancia; asesoramiento; asistencia; y de análisis clínicos y ambientales. Deberá formular un programa normativo destinado a los distintos niveles de complejidad y a la articulación de una red especializada en toxicología.
- Articulación de la Red Provincial de Toxicología que articule las áreas competentes de universidades, municipios, higiene y seguridad laboral, ambiente y ONGs.
- Capacitación del recurso humano de acuerdo a sus responsabilidades definidas en el programa normativo, promover la inclusión del tema en los cursos de pre grado del personal sanitario y la creación de una residencia en toxicología.
- Formulación de programas de contingencia de acuerdo al nivel y tipo de riesgo de cada AOD.

Brechas para el cumplimiento de las Metas de Salud y su relación con las Estrategias Generales

A continuación se agrega una tabla en la que se presentan los valores disponibles en relación a las metas de salud definidas, a fin de que sea posible visualizar las brechas entre provincia y nación y entre departamentos.

En la primera columna se indican los valores correspondientes al año 2005, para provincia y nación.

En la segunda columna se colocaron los valores promedios del último período analizado, el cual en la mayoría de los casos es el 2001-2005, y los valores departamentales máximo y mínimo en ese período.

La tercera columna identifica la fuente de la información.

Luego se presentan en una tabla de doble entrada las relaciones entre las Metas de salud y las Estrategias generales.

Brechas para el cumplimiento de las Metas de Salud

METAS DE SALUD	BRECHAS		
	Valor promedio provincial-nacional	Promedio ** y (Rango) en departamentos	Fuente de Información
Mejorar la calidad de vida de las personas sanas y enfermas			
► Que el 80% de los mayores de 18 años tengan una percepción excelente, muy buena o buena relacionada con la salud en cuanto a su calidad de vida.	72,4 % - 80,1 *	Sin datos	ENFR
► Procurar que más del 70% de las personas mayores de 64 años no tengan problemas de movilidad.	64%-67 *	Sin datos	ENFR
► Conseguir que más del 90% de las personas mayores de 64 años tengan autonomía en el cuidado personal.	84%-89 *	Sin datos	ENFR
► Lograr que más del 75% de las personas mayores de 64 años no tengan problemas para realizar actividades cotidianas.	72%-76 *	Sin datos	ENFR
► Procurar que más del 50% de las personas mayores de 64 años no perciban dolor o malestar.	40%-48 *	Sin datos	ENFR
► Conseguir que no menos del 80% de las personas mayores de 18 años no perciban ansiedad o depresión.	73,6%-77,2 *	Sin datos	ENFR
Lactancia Materna			
► Lograr un 50% de Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses en los niños bajo programa de control en todos los servicios de salud del SIPROSA		Sin datos	Encuestas
Mortalidad Infantil			
► Reducir la tasa de mortalidad infantil a menos de 9.9 por 1.000 nacidos vivos, con una TMI neonatal menor a 7,2 por mil y una TMI postneonatal menor a 2.7 por mil.	16.42 – 14.4	19.9(28.4- 14.6) Leales –Lules y Río Chico (datos del periodo 2003-2005)	Estadísticas Vitales
► Conseguir que ningún departamento supere en un 20% la tasa provincial de mortalidad infantil.			
Mortalidad Materna			
► Disminuir la tasa de mortalidad materna a menos del 2 por 10.000 nacidos vivos.	3,5-3,9	Sin datos	Estadísticas Vitales
► Disminuir la mortalidad por aborto a menos del 25% del valor total de la tasa de mortalidad materna.			
Tumores			
► Disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino y cáncer de útero sin especificar a 4.25 por 100.000 mujeres	8.6-11.7	9.6 (17,6-5,1) Graneros- Famailla	Estadísticas Vitales
► Obtener que ningún departamento tenga una tasa mayor a 9.6 por 100.000 mujeres			
► Reducir la mortalidad por cáncer de mama a 17,2 por 100.000 mujeres.	19,1 – 27.2	19,1 (24,1- 7,5) Capital - Burruyacu	Estadísticas Vitales

* Los datos procedentes de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se refieren a una muestra de mayores de 18 años de áreas urbanas.

** Corresponde al promedio del período 2001-2005

Brechas para el cumplimiento de las Metas de Salud

METAS DE SALUD	BRECHAS		
	Valor promedio provincial-nacional	Promedio ** y (Rango) en departamentos	
Cardiovascular			
► Reducir la mortalidad por causa cardiovascular a no mas de 100 por 100 000	125,8 – 237,34	140,2 (200,4 – 82,1)	Estadísticas Vitales Simoca –Yerba Buena
► Lograr que ningún departamento tenga una tasa de mortalidad por causa cardiovascular mayor al 20% de la tasa provincial			
► Reducir la prevalencia de sobrepeso en mayores de 18 años a un 30%	34,2% - 34,4	Sin datos	ENFR
► Reducir a 27% la prevalencia de colesterol elevado en la población mayor de 18 años.	37,6% - 27,9	Sin datos	ENFR
► Reducir el autorreporte de presión arterial elevada en más de una consulta a menos del 25% en personas mayores de 18 años.	39,5% - 34,7	Sin datos	ENFR
► Reducir la prevalencia de tabaquismo a menos del 30% en personas entre 18 y 64 años.	37,4 – 33,4	Sin datos	ENFR
► Lograr que la edad promedio de inicio del hábito de fumar sea superior a 18 años en el grupo de 18 a 24 años.	15,7 – 16,2	Sin datos	ENFR
► Disminuir la exposición al humo ambiental de tabaco en los no fumadores mayores de 18 años al 30%	54,4% - 47,0	Sin datos	ENFR
Causas Externas			
► Disminución de la mortalidad por causas externas al 30 por cien mil	137, 8 – 47,10	38,5 (59,2 – 27,1)	Estadísticas Vitales La Cocha–Y. Buena
► Que ningún departamento tenga una tasa mayor a 40 por 100000 habitantes por causas externas			
► Disminuir la mortalidad por accidentes de tránsito al 5 x 100.000 hab.	6,3-10,2	6,7 (15,8 –2,7)	Estadísticas Vitales Chidigasta – Simoca
► Que ningún departamento tenga más de 7 muertes por 100.000 habitantes por accidentes de tránsito			
Enfermedades Transmisibles			
► Reducir la mortalidad por causa infecciosa en menores de 5 años a una tasa no mayor de 20 por 100 000.	28,5 – 14,4	36	Estadísticas Vitales
► Reducir la mortalidad por causa infecciosa en mayores de 19 años a una tasa no mayor de 90 por 100.000.			
Enfermedades Inmunoprevenibles			
► Mantener la ocurrencia de casos de meningitis por HiB a no más de 2 casos anuales.	Sin datos	Sin datos	Vigilancia epidemiológica
Tuberculosis			
► Lograr una Mortalidad por TBC inferior al 1,21 por cada 100.000 hab.	1,28 – 1,85	Sin datos	Estadísticas Vitales

** Corresponde al promedio del periodo 2001-2005

Brechas para el cumplimiento de las Metas de Salud

METAS DE SALUD	BRECHAS		
	Valor promedio provincial-nacional	Promedio ** y (Rango) en departamentos	Fuente de Información
Chagas			
► Reducir los indicadores de infestación intra domiciliaria por Triatoma Infestans (I. I. Dom) a valores menores al 1 %.	7.7%-S/D	Tasa en dptos de alto riesgo: 46.60-20.54 Trancas-Lules	Programa control de vectores
► Mantener la seroprevalencia de Chagas en menos del 1% en menores de 5 años.	0.3%-S/D	Sin datos	Programa control de vectores
► Certificar la Interrupción de la transmisión vectorial de Chagas por T. infestans			
VIH/SIDA			
► Reducir la tasa de mortalidad del SIDA a 0.80 por cada 100.000 hab.	1.68-S/D	Sin datos	Estadísticas Vitales
Transmisión Vertical			
► Disminuir la transmisión vertical de VIH a menos del 5% en el período 2014-2016	8.33-S/D (período 2003-2005)	Sin datos	Programa
► Todos los niños entre 2 y 5 años con Chagas por transmisión vertical tratados y curados	1.91%-2.46	Sin datos	Programa
► Disminuir a menos del 0.5 % la tasa de sífilis congénita.	1.91%-2.46	Sin datos	
Salud Oral			
► Reducir el índice de caries CPOS a no más de 4,5 en niños de 1º grado que concurren a establecimiento escolares.	13.74-S/D	Sin datos	Programa
► Reducir el índice de caries CPOS a no más de 3 niños de 6º grado que concurren a establecimiento escolares.	8.43-S/D	Sin datos	Programa
Ambiente			
► Eliminar el 100 % de basurales de la provincia			

** Corresponde al promedio del período 2001-2005



CAPITULO 6

Estrategias para
el desarrollo
institucional y el
cumplimiento
de las FESP



Estrategias Institucionales

Las políticas del Plan Cuatrienal de salud se adecuaron y ampliaron en función del análisis que se hizo de su cumplimiento y del estado de avance de las FESP. Este análisis brindó a su vez elementos para

identificar las estrategias a aplicar y la necesidad de ampliar el cuerpo de políticas. Por esta razón cada grupo de estrategias aparece encabezado por un resumen de las políticas para del desarrollo institucional.

“Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública”

Resumen

El Ministerio de Salud continuará fortaleciéndose, tanto técnica como políticamente, para que sea capaz de ejercer sus funciones de dirección, conducción, vigilancia e investigación de la salud en la provincia. La totalidad de los servicios de salud existentes en la provincia, ya sean públicos, de la seguridad social, o privados se consideran dentro del

área de rectoría y planificación del Ministerio para asegurar el mayor nivel de salud posible de las personas, las familias, la comunidad y el ambiente. Se fortalecerá la capacidad de negociación basada en objetivos y la comunicación social e institucional como estrategias principales para el avance de la Reforma Sanitaria.

Estrategias

- ▶ Mantenimiento del esfuerzo en la capacitación y en la difusión de experiencias exitosas de la dirigencia sanitaria de la provincia, en relación a las funciones de rectoría, conducción y dirección.
- ▶ Jerarquización de la promoción de la salud como eje de las políticas sanitarias.
- ▶ Creación de una instancia permanente de análisis de situación y de definición de políticas y programas conjuntos con las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas, con el fin de asegurar el acceso universal a la salud de parte de los tucumanos.
- ▶ Profundización del conocimiento de la realidad y de la capacidad de plantear escenarios futuros mediante el desarrollo de la investigación en salud pública y la organización de una agenda de encuestas sobre temas prioritarios.
- ▶ Organización de instancias multisectoriales regulares para el análisis y búsqueda de consensos en asuntos prioritarios para la salud pública.
- ▶ Adopción de la comunicación social e institucional como estrategias centrales para la promoción de la salud y para el desarrollo participativo de los procesos de la Reforma.
- ▶ Organización de la coordinación de la cooperación externa como una función de planificación.
- ▶ Incorporación legal dentro de las funciones del Ministro de Salud, de Juez Sanitario, la función que a su vez podrá delegar las mismas en quien corresponda, a fin de garantizar la ejecutividad de las medidas correctivas sanitarias.

“Descentralización y reordenamiento de la red de servicios”

Resumen

La Atención Primaria de Salud, es la estrategia principal para el fortalecimiento de la red de servicios de salud, poniendo énfasis en la promoción y la prevención. Estará organizada por niveles de

atención de complejidad creciente, de manera de asegurar a las personas el acceso a una red funcional. Sus acciones irán dirigidas tanto al individuo como a la familia y a la comunidad.

Estrategias

- Implementación de las áreas operativas departamentales (AOD), con los equipos técnicos de apoyo a los CAPS, para lo cual se deben perfeccionar los instrumentos regulatorios y legales y dotarlas de la tecnología necesaria. La estrecha relación con los gobiernos locales como primer nivel democrático de participación ciudadana deberá instaurarse siguiendo la metodología de los CIC.

- Integración de los hospitales centrales a la red de servicios se hará efectiva articulándolos con las policlínicas por medio de la descentralización de las especialidades y con la red del interior mediante la participación en las redes especializadas.

- Implementación de la división de las responsabilidades sanitarias y administrativas manteniendo la unidad de mando en las AOD y en los establecimientos que lo ameriten, a medida que se normen los procedimientos y se capacite al personal; y al mismo tiempo, se desarrollarán las capacidades de gestión aprovechando los recursos y la metodología del Seguro Materno Infantil.

- La implementación de la programación local participativa será llevada a cabo desde las AOD en todos los establecimientos como herramienta que permita la permanente actualización del conocimiento socio epidemiológico, la coordinación con los go-

biernos locales, la promoción como centro de las acciones sanitarias y variar su eje del individuo a las familias y a la comunidad. Se utilizarán indicadores que emitan impacto sobre la salud de la población.

- Las prácticas institucionales de salud deben incorporar como un elemento indispensable las actividades comunitarias y la coordinación intersectorial no tan sólo de instituciones estatales sino también con organizaciones no gubernamentales, a través de la generación de mecanismos que estimulen y favorezcan las mismas, no solamente desde la capacitación, sino desde la definición de los procesos de gestión y control de las actividades del equipo de salud.

- Se fortalecerá la capacidad resolutive de los establecimientos con el fin de dar respuesta a los problemas de salud en espacios próximos a las personas, tanto en personal como en tecnología y haciendo énfasis en la supervisión capacitante.

- Se privilegiará el apoyo a las funciones de los agentes socios sanitarios, considerándolos como el eje central de la labor en las familias y en la comunidad, para lo cuál se deberá fortalecer la función de supervisión de agentes sanitarios.

“Integración Sanitaria”

Resumen

El conjunto de prestaciones básicas que se defina concentrará los recursos institucionales y de la sociedad en aquellas acciones de mayor potencial de impacto sobre la situación de salud y sus factores determinantes. La integralidad de

cada prestación se manifestará al ser normatizada en función de grupos de edad y niveles de complejidad. Salvo posibles excepciones, sus funciones serán normativas, de capacitación y de supervisión, pero no ejecutivas.

Estrategias

► La integralidad programática se reflejará en la organización y funcionamiento de la Dirección General del Programa Integrado de Salud y en su trabajo matricial entre los distintos programas con el fin de potenciar los recursos y evitar duplicación de esfuerzos.

► La formulación y actualización oportuna del conjunto básico de prestaciones, junto a su normativa, metas e indicadores, será la labor central del Programa Integrado de Salud (PRIS) ya que definirá el quehacer fundamental de los servicios, aquello que no podrán dejar de cumplir y para lo que deberán de ser equipados y capacitados.

► Las labores de índole administrativas que ejecutan los programas serán concentradas en una oficina que se organizará a tales fines, de manera que estos dediquen todo su esfuerzo a las labores normativas, de supervisión y de capacitación.

► Se desarrollará una base de datos que permita generar la información requerida por la provincia y por los programas que gozan del apoyo de la Nación, de manera de cumplir con esas obligaciones sin duplicación de esfuerzos.

► Se apoyará técnicamente a las AOD para que sean las responsables de la integralidad de las actividades que se desarrollan en los CAPS.

► La organización de una instancia formal multidisciplinaria y con participación extrasectorial para el análisis periódico de la situación epidemiológica de la provincia será fundamental. No sólo para la actualización de un conjunto básico de prestaciones, sino también para llegar a acuerdos con otros sectores respecto a su responsabilidad en el desarrollo de la salud.

“Planificación sanitaria”

Resumen

Tanto el Estado Nacional como el provincial recuperaron su protagonismo en relación al desarrollo social. Es en este contexto que se hace posible el desarrollo ordenado de las actividades sectoriales y de las relaciones extrasectoriales en función de un escenario

al mediano plazo. Es imprescindible entonces contar con la capacidad de generar objetivos y metas que sean viables y factibles, de coordinar acciones de alto impacto que sean sustentables, y de reajustar los procesos con base en una retroalimentación confiable.

Estrategias

- Se incorporarán los Objetivos, Metas y Estrategias Sanitarias en los programas y procesos en curso o en los que se deriven de este documento, tanto en los asuntos relacionados con la salud de las personas y el ambiente, como en los de índole administrativa, es fundamental para continuar un proceso armónico de reforma sanitaria.

- Se desarrollará la capacidad de análisis permanente de la situación de salud, de las fortalezas y debilidades del sistema y de los factores extrasectoriales que condicionen a la salud. Se planteará escenarios al mediano plazo y propondrá procesos de desarrollo seleccionando los medios adecuados para el logro de las metas propuestas, y la retroalimentación necesaria para el monitoreo y la reorientación de las políticas y los programas. Los procesos tendrán bases territoriales y buscarán el cierre de las brechas existentes.

- El mantenimiento y consolidación de las instancias de coordinación interministerial deben garantizar el abordaje integral e integrado de los problemas sociosanitarios de la comunidad.

- La Programación Local Participativa (PLP), como base de la programación insti-

tucional, debe contar con una metodología que a su vez genere en buena parte las necesidades de recursos humanos, de tecnología, de información y de participación ciudadana. Las AOD deberán ser apoyadas para la aplicación de la PLP en el ámbito de su responsabilidad. A su vez se deberá apoyar a los gobiernos locales y a la comunidad para su participación activa en la PLP.

- La necesidad de contar con presupuestos basados en los programas previstos y de avanzar en el desarrollo de los recursos humanos como cuestiones centrales de la Reforma, hacen necesario adoptar procesos de planificación en ambos campos.

- El fuerte avance en la extensión de cobertura de los servicios, acompañada por el crecimiento de la infraestructura, hacen necesario fortalecer la utilización de la habilitación categorizante y del programa médico funcional.

- Se fortalecerá el rol de planificación de un sistema de atención de salud que integre los tres subsectores: público, privado y de las obras sociales.

“Desarrollo de un Sistema de Información Sanitaria integral”

Resumen

Alcanzar las metas sanitarias propuestas para el año 2016 significa un importante incremento de la cobertura y de la complejidad de las acciones de salud sobre la población y el medio ambiente, que tienen que ser acompañadas por profundas modificaciones en el ejercicio de la planificación, la progra-

mación y la supervisión, así como de los procesos administrativos. Contar con información organizada en un sistema informático unificado, que sea veraz, oportuna y presentada adecuadamente a los niveles en que debe usarse, es una condición fundamental para el logro de esos fines.

Estrategias

► Se mantendrán actualizados los objetivos del sistema de información sanitaria con base en las prioridades definidas.

► Se implementará un sistema de comunicaciones de datos y telefonía para todos los efectores de salud organizando una gestión integrada de los recursos.

► Este sistema de información brindará a los hospitales y CAPS información para su programación y control de metas y a los niveles decisorios centrales información para el control de gestión. Deberá garantizar la información en tiempo real así como su calidad, evitando la duplicación de trabajo.

► El sistema de información de salud integrará los diferentes módulos del sistema de vigilancia, los referidos a los programas y el del Conjunto Mínimo de Datos Básicos.

► Continuando con la reorganización administrativa descentralizada se desarrollará un sistema integrado compuesto por diversos subsistemas y módulos dentro de una visión funcional que actualiza una única base de datos.

En relación con la administración financiera el sistema comprenderá:

- Control de ejecución presupuestaria en línea.
- Ejecución presupuestaria integrada.
- Mantenimiento del nivel de ejecución presupuestaria del organismo.
- Desarrollar procesos informativos para las redistribuciones presupuestarias en función del nivel de ejecución y de las políticas y prioridades sanitarias; y para la gestión del presupuesto por cada área: cada sector elabora y ejecuta su presupuesto.
- Registro único. Las operaciones se registran una única vez por el responsable de la operación en el lugar y el momento de la ejecución.
- Automatización de los circuitos de gestión administrativo-financiera. Ejecución presupuestaria como consecuencia de la ejecución de los circuitos.
- El Sistema de Información de Salud y el Sistema de Información Administrativo se relacionarán en un Sistema de Información Sanitaria para darle finalidad a las acciones administrativas y respaldo a las de salud.

“Desarrollo Administrativo en apoyo a la ejecución de programas y acciones de salud”

Resumen

La administración sanitaria deberá evolucionar desarrollando sistemas que facilitan y respalden oportuna y eficientemente la eje-

cución de los programas de salud, aplicando los principios de centralización normativa y descentralización operativa.

Estrategias

- Consolidar la noción de un desarrollo administrativo con criterio sistemático y enmarcado en el principio de “centralización normativa con descentralización operativa” y su adecuación en lo funcional a la demanda local. Definir conceptualmente lo normativo y operativo en materia administrativa y regularlos.

- Lograr una adecuada recuperación de los procesos administrativo documentando los mismos.

- Toda definición que se tome en materia administrativa debe estar orientada a su efectiva inserción en el desarrollo de las tareas de competencia e incumbencia de cada sub-sector.

- Crear un sistema de control interno, ágil, e independiente de criterio respecto de los hechos controlados.

- Actualización de la Ley de Carrera Sanitaria.

- Adecuación de la Ley n° 7.466 - Creación del Sistema Provincial de Salud - a la nueva constitución provincial.

- Redefinir las actuales estructuras administrativas tendiendo a establecer como última célula administrativa las AOD y los hospitales de referencia.

- Explicitar normas y procedimientos que permitan actuar en forma precisa en el desempeño de las funciones.

- Definir los límites del proceso de descentralización y los perfiles de cargo por función administrativa.

- Completar la base de personal para que pueda ser utilizada en la planificación de los recursos humanos.

- Profundizar en la capacitación de los cuadros administrativos en todos los niveles.

- Implementar un sistema de Evaluación de Desempeño de los agentes del Sistema.

- Los planes de capacitación, en materia administrativa, deben ser implementados con un programa de elaboración y contenido propio de la institución. Contenido: Normas de carácter general y particular de aplicación exclusiva en el ámbito del Sistema Provincial de Salud.

- Redefinición de las funciones centrales de apoyo, pasando de un rol operativo a uno de asistencia, evaluación y control de gestión.

- Contar con un nivel de asociación entre los recursos y los gastos y restricciones para permitir administrar los egresos (pagos), a partir del nivel de recursos recaudados efectivamente (presupuesto de caja-cuotas de pago).

- Definir procedimientos para la aplicación de los fondos de funcionamiento y para los gastos extraordinarios.

- Optimizar los procesos de recupero de costos y avanzar en la determinación de los costos en que incurre el sistema en el cumplimiento de su misión.

- A través de procesos informáticos, lograr una mayor interrelación entre el sector administrativo de nivel central y los ejecutores del gasto, a fin de poder conocer en tiempo real en qué se está invirtiendo en esos servicios para la toma de decisiones. Avanzar en el proceso que interrelacione las Direcciones Generales de Contabilidad y Patrimonio, Recursos Financieros y la de Contrataciones y Almacenes.

- ▶ Fortalecer el traspaso de un sistema presupuestario centralizado, a un sistema descentralizado de elaboración y ejecución del presupuesto. Definir los procesos tendientes a fortalecer ésta decisión.
- ▶ Mantener la centralización normativa y presupuestaria y descentralizar su formulación, registro y responsabilidad de ejecución.
- ▶ Definir claramente los procesos administrativos para la celeridad de los trámites administrativos y para la aplicación de los fondos.
- ▶ Definición de los procesos de rendición de cuentas garantizando que la documentación respaldatoria de la utilización de los recursos se mantenga bajo la responsabilidad y custodia de los jefes administrativos, y a disposición de los Organismos de Control Interno y Externo.
- ▶ Los Planes de Obras deberán estar basados en los PMF de los establecimientos y que contemple las prioridades definidas por la planificación provincial.
- ▶ Mejorar las articulaciones entre las áreas de recursos físicos y mantenimiento, a nivel de áreas y establecimientos.
- ▶ Generar incentivos en el uso eficiente de los recursos designados.
- ▶ Centralizar metas para el uso racional de los recursos.
- ▶ Fortalecer un sistema de planificación económica-financiera y su seguimiento.
- ▶ Generar estudios tendientes al análisis de los ejercicios de recursos y su impacto en el cumplimiento de las metas sanitarias.
- ▶ Lograr que la planificación económica-financiera sea un apéndice de la planificación sanitaria.
- ▶ Fijar, sistematizar, unificar, normalizar y difundir los criterios de interpretación y de aplicación de las leyes y de otras disposiciones jurídicas que normen el funcionamiento del Sistema de Salud Pública a fin de unificar criterios.
- ▶ Regular la actividad jurídica de modo que asegure a su representante legal una efectiva y oportuna participación en todos los procesos jurídicos de interés institucional.
- ▶ Establecer lineamientos internos que aseguren el mejor desempeño de las áreas jurídicas de las unidades operativas; a fin que su actuación se realice en forma coordinada y dentro de la estricta legalidad y subordinación normativa de la Administración Central.

“Desarrollo de la planificación y gestión de los Recursos Humanos”

Resumen

Teniendo en cuenta que el recurso humano es un recurso estratégico del sistema de salud, se desarrollarán las capacidades de planificación para avanzar en un proceso que asegure la distribución de los RRHH ba-

sado en las necesidades sanitarias, y prevea, en relación a escenarios al mediano plazo, los requerimientos de las distintas especialidades relacionadas con la salud, la tecnología y la administración.

Estrategias

- Desarrollar la capacidad de planificación de los RRHH para un sistema que considera prioritaria la respuesta a las necesidades de los usuarios y la accesibilidad con oportunidad a servicios de calidad.

- Elaborar un Plan Estratégico de RRHH al mediano y largo plazo basado en las proyecciones sanitarias y a las metas a alcanzar en el año 2016, y que considere las estrategias para el desarrollo institucional.

- Implementar el Observatorio de RRHH con el fin de mantener actualizada la información y monitoreado el plan estratégico.

- Establecer espacios permanentes de análisis con las entidades formadoras de recursos humanos para la adecuación de los contenidos curriculares y para la generación de estímulos hacia carreras o especialidades prioritarias en relación a la situación de salud.

- Fortalecer los procesos de selección e incorporación. Se analizará y actualizará el sistema actual de incentivos, agilizando su aplicación y privilegiando la productividad y la capacidad científico técnica por sobre consideraciones como la antigüedad.

- Generar y mantener una base de datos que garantice información adecuada y de calidad para el seguimiento del desempeño de los equipos sanitarios a los distintos niveles.

- Desarrollar un programa de capacitación de los RRHH que responda a las metas definidas (y a la coyuntura) que contemple la totalidad de los RRHH, de modo de lograr las condiciones que mejoren la productividad, y faciliten las respuestas adecuadas y el sostenimiento de las estrategias seleccionadas.

“Regulación del desarrollo de la salud”

Resumen

El fortalecimiento de las funciones de fiscalización sanitaria en relación a los establecimientos de salud, a los alimentos, a los medicamentos e insumos médicos y a la idoneidad de los profesionales de la salud, es fundamental para el desarrollo

sanitario, económico y social de la provincia. Entendemos que estas funciones, centradas en una dirección general, deben ser ejecutivas, integradas, oportunas y efectivas, y dirigidas tanto al sector público como al privado.

Estrategias

- Se fortalecerán las relaciones horizontales entre las dependencias de la Dirección General de Fiscalización Sanitaria y se actuará coordinadamente como equipos multidisciplinarios.

- Se unificarán los procedimientos administrativos y los contables de las distintas dependencias, para agilizar y facilitar los trámites y las actuaciones.

- Se harán explícitos los requerimientos administrativos a los usuarios generando programas de divulgación sobre los mismos.

- Se fortalecerá el trabajo de educación sobre aspectos sanitarios relacionados con los temas de fiscalización.

- Se realizará la actualización normativa en esta área, y en función de esta, la negociación para lograr los cambios necesarios tanto en la legislación como en la regulación institucional, porque es imprescindible.

- Se deberá fortalecer la coordinación extrasectorial para dar mayor eficacia a las actuaciones con los organismos nacionales, para la actualización permanente de normas y de las capacidades del personal; con otras provincias, especialmente del NOA, para lograr homogeneizar las normas y los procedimientos; y con las organizaciones representantes de los productores y de los usuarios, para generar procesos de educación sanitaria.

- Se generará una base de datos para la conocer la oferta de servicios de los centros asistenciales privados, basándose en las habilitaciones de estos.

“Accesibilidad a los medicamentos”

Resumen

Asegurar a toda la población el acceso oportuno y correcto de medicamentos de calidad.

Estrategias

- ▶ Lograr que el 100% de los medicamentos se prescriban por nombre genérico.
- ▶ Capacitar a los profesionales de la salud, y a la población, para el uso racional de medicamentos.
- ▶ Generar la manufactura provincial de medicamentos según normas nacionales de calidad. Adecuar en infraestructura, en tecnología para la producción y en capacitación de los recursos humanos en las plantas elaboradoras de fármacos y orientar su producción según necesidades del sistema público de salud y en concordancia con las prioridades sanitarias.
- ▶ Elaborar un sistema de registro que permita conocer tasa de uso y demanda insatisfecha.
- ▶ Formular y aplicar un plan estratégico para la producción provincial de vacunas.
- ▶ Armonizar con Nación un sistema que permita el acceso gratuito a medicamentos en el primer nivel de atención, para enfermedades estacionales prevalentes y crónicas.
- ▶ Perfeccionar el sistema de compra para alcanzar una mayor eficiencia.
- ▶ Incorporar en el sistema de salud la cultura de la fármaco vigilancia.

“Desarrollo de la Epidemiología”

Resumen

La epidemiología se desarrollará integralmente en sus campos de vigilancia, investigación, análisis y control, con el fin de identificar, medir y dar seguimiento a la situación sanitaria, a los factores que la ponen en riesgo y a los pro-

cesos sociales y medioambientales que la condicionan. El método epidemiológico se aplicará en todos los niveles para orientar espacialmente, y con oportunidad, las acciones de los servicios de salud y las requeridas de otros sectores.

Estrategias

- Estructurar el marco administrativo y legal necesario para intervenir cuando corresponda en los lugares identificados como fuentes de riesgo para la salud de la población y para la notificación obligatoria de todos los eventos bajo vigilancia.

- Crear la guardia epidemiológica permanente, para responder consultas y dar respuesta temprana en situaciones de emergencia.

- Instalar una Residencia en Epidemiología de Campo para la provincia y la región.

- Continuar con la capacitación continua del equipo en técnicas, procesos, metodologías y uso de tecnologías. Capacitar periódicamente a todos los actores de la Red de Vigilancia en técnicas de vigilancia, análisis y capacidad de respuesta local.

- Estructurar un sistema de información epidemiológica y de estadísticas integrando todos los centros de notificación (nodos), incorporando el uso de equipos informáticos en red.

- Centralizar la gestión y el resguardo de los datos epidemiológicos y estadísticos en la Dirección de Epidemiología.

- Progresar en la articulación de todos los laboratorios con funciones de salud pública en una Red de Laboratorios de Salud Pública, con vistas a la creación del Laboratorio de Vigilancia Epidemiológica, con las siguientes capacidades: i) confirmatoria de todos los agentes microbiológicos, químicos y ambientales relacionados con la salud de las personas; ii) de docencia; y iii) de normatización y control de calidad de los laboratorios provinciales. La Red se integrará al Sistema Nacional de Vigilancia de Laboratorios.

- Crear la figura del Referente o Vigilante epidemiológico en áreas operativas departamentales y hospitales de referencia, como actores claves para la vigilancia, análisis de la información y evaluación de las acciones de control implementadas en cada lugar.

“Financiamiento de la salud para el acceso universal”

Resumen

El acceso universal a la salud en un marco plural de prestadores, la extensión de los servicios públicos para dar respuesta a la creciente demanda, el cambio epidemiológico y demográfico y la gestión tecnológica, deberán condicionar el financiamiento de la salud. A su vez, asegurar su sustentabilidad implica avanzar en la presupuestación y en

la asignación equitativa y eficiente de los recursos. Debemos, por lo tanto, lograr la complementación de las distintas fuentes de financiamiento, la reducción del gasto individual, la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades sanitarias, y asegurar los procesos, controles y estímulos adecuados para su uso racional.

Estrategias

- Lograr el financiamiento sustentable y ajustado a las necesidades a largo plazo, trabajando en estrecha relación con el Ministerio de Economía, utilizando un modelo de análisis presupuestario que contemple la realidad epidemiológica y la planificación sanitaria. Se pondrá énfasis en perfeccionar los mecanismos para el recupero de costos en todos los niveles de atención.

- Mejorar la equidad en la asignación de recursos públicos en salud en función de las prestaciones básicas, y que contemple la cobertura universal, la protección financiera, los resultados en salud y el control de costos.

- Medir periódicamente la línea de base del gasto de bolsillo y diseñar un seguro provincial de enfermedades catastróficas, con el fin de disminuir el riesgo financiero de enfermar.

- Incrementar la eficiencia en la utilización de los recursos, especializando las funciones del Ministerio de Salud como financiador, comprador y prestador, de manera de lograr un mayor balance y control; y desarrollar una política institucional de incentivos en relación al cumplimiento de las metas sanitarias y de los compromisos de gestión.

- Creación de una instancia de análisis y propuestas entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía para tratar temas del financiamiento de la salud, para lo cual se requiere fortalecer las capacidades científico técnicas de las instituciones.

- Identificar nuevas oportunidades de financiamiento.

- Desarrollar investigaciones sobre temas como gasto de bolsillo, asignación del gasto público en salud, impacto social de la inversión en salud, y otros que fueran necesarios.

“Investigación, innovación y desarrollo en función de las prioridades sanitarias”

Resumen

El fortalecimiento del área de investigación, innovación y desarrollo, en función de las prioridades sanitarias de la provincia y de la región, estimulará el conocimiento científico de gestión, tecnología, ciencias básicas y

aplicadas, a través de la articulación intersectorial, la coordinación de fuentes de financiamiento y el desarrollo de recursos humanos calificados

Estrategias

► Se definirá una agenda para la investigación, innovación y desarrollo de acuerdo a las prioridades sanitarias provinciales y de la región del NOA.

► Se fortalecerá la capacidad de gestión del área, a través de la cooperación técnica con instituciones y organismos estatales, privados y ONG's del ámbito nacional e internacional.

► Se permitirá el intercambio de recursos y experiencias de amplio alcance, de acuerdo con prioridades provinciales, a partir del fortalecimiento de los vínculos institucionales con la comunidad internacional, especialmente del MERCOSUR.

► Se fortalecerá la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y el SIPROSA para el desarrollo de programas intersectoriales que amplíen la inversión y los resultados, optimizando los recursos con todas las instituciones que participan del sector científico tecnológico, y las instituciones privadas dedicadas a la investigación científica y empresas de base tecnológica.

► Se contribuirá al desarrollo provincial y regional mediante la promoción de la transferencia tecnológica entre los actores sociales involucrados.

► El SIPROSA fortalecerá su rol de recatoria y regulación de la investigación, innovación y desarrollo en el área sanitaria con el objeto de garantizar los derechos y seguridad de los pacientes, el respeto de las normas éticas

que regulan el ejercicio profesional y la salvaguarda del medio ambiente.

► Se promoverá la investigación, innovación y desarrollo mediante el financiamiento de proyectos.

► Se fortalecerá la capacidad operativa al establecer criterios y definir la necesidad de investigadores en las distintas áreas del conocimiento para los próximos 10 años, a fin de responder a las prioridades sanitarias y los lineamientos de la política nacional y provincial para la ciencia y tecnología.

► Se fortalecerá la actividad científica y tecnológica mediante la incorporación de investigadores jóvenes.

► Se facilitará la incorporación y el desarrollo de personal científico al SIPROSA.

► Se desarrollarán planes de comunicación intra y extra institucional para fomentar la difusión de los resultados de la investigación, de la implementación de innovaciones y el grado de desarrollo alcanzados en las áreas relacionadas.

► Se fortalecerán las áreas relacionadas a las nuevas tecnologías de la información.

► Se fortalecerá la capacidad de monitoreo y evaluación de resultados de los proyectos financiados y/o ejecutados en el ámbito del SIPROSA.

► Se fortalecerá la capacidad del SIPROSA en las áreas de gestión y economía del conocimiento aplicado al área sanitaria.

“Calidad de Servicios para la atención humanizada de la salud”

Resumen

El desarrollo de un proceso continuo de mejora de la calidad, centrado en la comunidad y en los trabajadores sanitarios, es esencial para la humanización de la salud. Consideramos

que la gestión clínica, la gestión administrativa y la gestión de paciente se deben abordar desde una perspectiva integradora para dar una respuesta sanitaria de calidad.

Estrategias

- ▶ Se concretará el fortalecimiento institucional para el desarrollo de normativas, la capacidad de regulación y control de gestión.
- ▶ Se optimizarán los sistemas de información para la adecuada evaluación y monitoreo de los procesos y resultados organizacionales así como del impacto sanitario.
- ▶ Se impulsará la implementación de procesos de gestión participativa por objetivos.
- ▶ Se apoyará el desarrollo e incorporación de recursos humanos, con las competencias necesarias, para liderar procesos de cambio institucional orientados a las necesidades de salud de la población.
- ▶ Se apoyará con recursos financieros y técnicos la instrumentación de mecanismos para determinar la satisfacción del usuario (interno y externo) del sistema público de salud, así como el monitoreo del clima laboral en las instituciones sanitarias y dependencias de la administración.
- ▶ Se fortalecerá el desarrollo de un área específica para el desarrollo de las iniciativas relacionadas a la política de calidad, con un abordaje transversal a toda la estructura organizativa del SIPROSA.
- ▶ Se propiciará el vínculo y cooperación técnica con organismos de gobierno, del sector privado y organizaciones no gubernamentales relacionadas a la problemática.

Gestión de tecnologías médicas

- ▶ Se desarrollará un diagnóstico de situación del equipamiento biomédico del SIPROSA para establecer las bases para un plan estratégico.
- ▶ Se fortalecerá la capacidad del SIPROSA en cuanto a la regulación de compras, incorporación, contratos, insumos y mantenimiento del equipamiento biomédico.
- ▶ Se desarrollaran sistemas de información que permitan tener un adecuado conocimiento del parque tecnológico sanitario para la toma de decisiones.
- ▶ Se garantizará la seguridad de los pacientes, de los operadores y del medio ambiente, en relación al uso de tecnologías médicas.
- ▶ Se impulsarán actividades y procesos que faciliten el ahorro energético.
- ▶ Se desarrollarán procesos de capacitación en relación a la gestión de tecnologías médicas para los decisores de todos los niveles del SIPROSA.
- ▶ Se fortalecerá la capacidad de gestión a través de la incorporación y desarrollo de recurso humano capacitado.
- ▶ Se propiciará la integración del SIPROSA a redes de conocimiento.
- ▶ Se impulsará la cooperación técnica y financiera a través de acuerdos y convenios institucionales.

“Gestión hospitalaria para la Atención Primaria de la Salud”

Resumen

La reforma de la gestión del sistema hospitalario provincial se regirá por estrategias comunes que deberán adaptarse a las características de cada institución, teniendo como fin la integración de la red de servicios basada en

la APS, en la que cada hospital jugará un rol preestablecido de acuerdo a sus fortalezas y a la situación epidemiológica. Responderán así a las necesidades de la comunidad con la que se relacionarán estrechamente.

Estrategias

- ▶ Se implementará un proceso de descentralización hospitalaria progresiva, basado en la capacidad de desarrollo de gestión de las organizaciones hospitalarias y el desarrollo de herramientas institucionales por parte del SIPROSA.

- ▶ Se fortalecerá la capacidad de planificación hospitalaria a través de mecanismos de cooperación y apoyo técnico intra institucional que permitan la planificación del desarrollo del corto, mediano y largo plazo.

- ▶ Se implementarán procesos de gestión de calidad centrados en los usuarios internos y externos, a través del diagnóstico, evaluación y desarrollo de instancias institucionales y procesos para la mejora continua.

- ▶ Se desarrollará la capacidad de gestión de la fuerza laboral hospitalaria.

- ▶ Se fortalecerá la capacidad institucional para la generación, disponibilidad, calidad y análisis de la información clínica, administrativa y financiera para la toma de decisiones.

- ▶ Se desarrollarán modelos de gestión financiera y administrativa que contemplen las fuentes de financiamiento, el presupuesto de ingresos y gastos, un sistema de contabilidad de costos y el adecuado apoyo legal para la toma de decisiones. Todos los procesos serán transparentes y estarán adecuadamente comunicados tanto a los trabajadores del sistema sanitario como a la comunidad.

- ▶ Se desarrollará un sistema de planificación, evaluación, mantenimiento y reposición de los recursos físicos hospitalarios.

- ▶ Se implementará un sistema de gestión tecnológica que permita garantizar la seguridad de los pacientes, de los operadores y del ambiente, la compra y mantenimientos adecuados, la baja y reposición del equipamiento como así también el uso apropiado de los mismos; debido a la complejidad de las tecnologías médicas, y su impacto en la salud de la población y en los presupuestos sanitarios, ponen de manifiesto la necesidad implementar este sistema.

- ▶ Se considera necesario desarrollo de procesos de comunicación interna y externa que garanticen la provisión de información del rol de la organización, de la oferta de servicios y de los planes de desarrollo, porque los hospitales son organizaciones complejas, con recurso humano altamente capacitado desarrollando tareas de alto impacto social.

- ▶ Se fortalecerá la integración docencia/servicio ya que un requerimiento de un alto nivel de conocimientos técnicos de los trabajadores sanitarios lo hace necesario.

- ▶ Se alineará la investigación, innovación y desarrollo con los objetivos estratégicos del SIPROSA y se procurará que dichas iniciativas tengan un presupuesto definido de acuerdo a su grado de contribución potencial al mejoramiento de la salud.

- ▶ Se fortalecerá la gestión ambiental a través del programa de Hospitales Saludables.

“Relación con el Gobierno provincial en el marco del desarrollo”

Resumen

En la provincia se entiende y se practica el principio de que la salud es un bien y un producto social, y que no sólo es un derecho básico de las personas, sino que es esencial para lograr el desarrollo humano. Se reconoce también que la promoción, la reparación y la rehabilitación de la salud es un deber so-

lidario del Estado y de toda la sociedad. La adopción de los Objetivos y Metas del Milenio refuerza la voluntad política de la búsqueda del desarrollo humano por medio de la coordinación de las acciones intersectoriales al plantearse objetivos comunes.

Estrategias

- Apoyar la política gubernamental para la “eliminación de los departamentos estancos” entre las dependencias, presentando iniciativas de trabajos conjuntos en relación a los requerimientos que la Reforma identifica para su desarrollo y que son de competencia extrasectorial.

- Avanzar con la Secretaría de Planeamiento, teniendo como base los Objetivos y Metas del Milenio en la construcción de formas articuladas de acción gubernamental y en la modernización de los procesos administrativos.

- Mantener un diálogo permanente con la Honorable Legislatura para promover normativa legal sobre asuntos sanitarios estratégicos y para facilitar a la población la toma de decisiones sobre la adopción de estilos de vida saludable. Se deberá analizar, la actualización de la legislación sobre temas puntuales que surjan de las estrategias planteadas para avanzar en la Reforma.

“Relación con el Ministerio de Salud de la Nación y con los de otras provincias en el marco del Plan Federal de Salud”

Resumen

Es de interés para la provincia avanzar hacia la homogenización de los modelos de atención en el País, tal como lo plantea el Ministerio de Salud de la Nación, con el fin de cerrar las brechas existentes en el ac-

ceso de la población a servicios de calidad; y entiende que Tucumán debe de apoyar la voluntad de las provincias del NOA de articularse y complementarse en materia sanitaria.

Estrategias

- Mejorar permanentemente la participación en el COFESA (Consejo Federal de Salud) para fortalecer su espíritu federal y propositivo de búsqueda de soluciones consensuadas en el marco del País.

- Reconocer la voluntad de los ministros del NOA de crear una instancia permanente de análisis y propuesta en la Región para enfrentar coordinadamente su desarrollo sanitario, articulando los recursos propios, e incorporando en la medida de lo deseable, a otras fuerzas sectoriales o extra sectoriales y del ámbito privado.

- Constituir consorcios regionales para

el uso racional de la tecnología y de las capacidades científicas y técnicas para hacer un uso racional de los recursos que mejoren la accesibilidad y la calidad de los servicios.

- Fomentar la cooperación técnica horizontal en el NOA; aprovechar conjuntamente las ofertas de cooperación externa; y establecer lazos de cooperación con otras regiones y países.

- Desarrollar una base de datos única, y que sea suficiente para dar respuesta oportuna a los requerimientos de información de los programas apoyados por el Ministerio de Salud de la Nación.

“Relación con organismos internacionales y bilaterales en función de la Reforma Sanitaria”

Resumen

La cooperación externa que reciba el Ministerio de salud Pública deberá estar dirigida a aquellas prioridades para las cuales se requieran recursos extraordinarios no disponibles en la provincia y sus productos ser

integrados al normal funcionamiento de la institución. Se fortalecerá la cooperación horizontal entre provincias identificándose posibles campos de colaboración de Tucumán con aquellas.

Estrategias

- Dada la importancia creciente que la cooperación externa tiene para la Reforma Sanitaria, se debe de desarrollar las capacidades institucionales para identificar las necesidades, formular los proyectos y apoyar la gestión de los mismos, a través de una Unidad de Cooperación Externa.

- Es fundamental relacionarse con las agencias y los países donantes con los que se mantendrá un contacto permanente y se les dará cuenta periódica de los avances de los proyectos.

- Todas las relaciones externas se harán en coordinación con el Ministerio de Salud de la Nación y con la Cancillería, de los que se espera apoyo técnico y de relacionamiento.

- Se mantendrá actualizada una cartera de proyectos par iniciar las negociaciones con posibles fuentes de cooperación.

- Se fomentarán reuniones entre provincias para identificar potencialidades de cooperación horizontal

“Relación con los gobiernos locales”

Resumen

Los municipios y las delegaciones comunales son el primer nivel democrático de participación ciudadana por lo que su liderazgo en la articulación de los recursos gubernamentales y de la sociedad en general en función del bienestar de la población

es fundamental para la promoción y prevención de la salud y el cuidado del medio ambiente. Es determinante entonces la relación que en ese sentido se establezca desde salud, en especial desde las AOD, los CIC y los CAPS.

Estrategias

- Continuar el apoyo sistemático al fortalecimiento de la capacidad de gestión de los gobiernos locales en relación a la movilización de los recursos de la comunidad y a aquellos que provengan de fuentes externas.

- Fortalecer los objetivos que guían a los Centros de Integración Comunitaria, como estrategia imprescindible para alcanzar la participación conciente de la comunidad y la coordinación intersectorial.

- Aplicar la estrategia de Municipios Saludables no sólo como una declaración de intención sino como la concreción de acciones intersectoriales y de participación, en función de objetivos concretos.

- Articular las AOD y los efectores sanitarios a las propuestas de desarrollo de los gobiernos locales.

“Gestión ambiental sobre los determinantes de la Salud”

Resumen

La gestión ambiental es fundamental para la acción sobre los factores de riesgo y los condicionantes de la salud de la población y se desenvuelve en un ámbito inter-

sectorial, por lo que el Ministerio entiende que esta gestión es de orden estratégico y por lo tanto será tratada al más alto nivel.

Estrategias

- El Ministerio de Salud Pública fortalecerá el diagnóstico de la situación ambiental, mediante la capacitación y la dotación tecnológica necesaria.

- Se desarrollará la capacidad de negociación de la Dirección General de Salud Ambiental con otras instancias estatales, con la empresa privada y con la comunidad instalando el tema al más alto nivel y proporcionando las herramientas legales y normativas necesarias.

- Es fundamental que se facilite la coordinación de las distintas instancias estatales que tienen responsabilidad sobre el tema, fomentando la formulación de políticas, estrategias y procedimientos complementarios.

- El rol de los gobiernos locales en la salud ambiental es fundamental, por lo que las

actividades sobre este campo serán incluidas en la programación local y el equipo sanitario será capacitado y supervisado al respecto.

- La vigilancia sobre los factores de riesgo y los determinantes se fortalecerá en estrecha coordinación con la Dirección de Epidemiología y con la red de laboratorios de salud pública.

- La relación con la DG de Fiscalización Sanitaria deberá de ser analizada a la luz de la experiencia de estos años, adaptando, si fuera necesario los roles y los procedimientos.

- Considerando que la formación de los niños bajo una óptica de respeto al ambiente y de cuidado de la salud, se promoverá la inclusión en sus estudios de temas básicos al respecto.



CAPITULO 7

Políticas Públicas para la Salud

Políticas Públicas para la Salud

Estas propuestas se presentan como el resultado del análisis del modelo de determinantes y de las estrategias seleccionadas para las metas de salud e institucionales. Participaron de este proceso todos los grupos de trabajo que se detallan al inicio de este trabajo, y posteriormente, se sometieron los resultados a consideración del Gabinete del Ministerio de Salud Pública, momento en que se comentaron y ampliaron.

A continuación, se presentaron a los representantes de los distintos sectores o instancias, que desde el punto de vista del Ministerio de Salud Pública, los determinantes que mayor influencia tienen en la salud de la

población tucumana y se los invitó a analizar las interacciones necesarias para eliminar los negativos y fortalecer los positivos.

Se abordaron así estos temas de manera ordenada y no coyuntural, haciendo de esta fase del proceso una instancia estratégica de la participación social y del fortalecimiento de las redes sociales.

Estamos convencidos de que la salud no sólo es un bien social, sino que es un producto social, y a medida que se avanza en mejorar la situación sanitaria de la población, se hace cada vez más necesaria la aplicación concreta de este concepto.

Educación

La sinergia entre Educación y Salud es ampliamente reconocida y se lograron importantes avances en articular programas específicos. Sin embargo, existe la necesidad de fortalecer las instancias de coordinación existentes, no sólo para la coordinación de actividades sino también para proponer la incorporación de cambios sustantivos en los programas y en las estrategias centrales de ambas instituciones.

La propuesta central es que la relación entre Salud y Educación se de en función de objetivos a largo plazo, evitando la dispersión en interacciones no integradas.

Las propuestas son:

- Ampliar la cobertura de nivel inicial (asegurar oferta de salas de 4 y 5 años al 100% de la población infantil), en las zonas rurales y suburbanas.

- Control y seguimiento de las prestaciones que se brindan en los establecimientos educativos (públicos, privados y de ONG) que atienden a niños de 0 a 4 años.

- Incluir en la curricula educativa contenidos de alimentación adecuada, educación vial, prevención de violencia y adicciones, educación sexual y educación ambiental.

- Aumentar la carga de actividad física y recreativa en la escuela.

- Mejorar la captación de adultos analfabetos y con bajo nivel de instrucción, focalizando en las mujeres.

- Educar y capacitar jóvenes y adultos para que puedan ser absorbidos por el mercado laboral.

- Promover la no violencia y prevenir la violencia en el ámbito escolar, promoviendo el respeto a las normas y al prójimo.

- Fortalecer el auto cuidado y el auto res-

peto, no sólo para evitar situaciones de peligro, sino también para la dignificación del ambiente físico en que se desenvuelven.

► Avanzar en el logro de “escuelas saludables”, no solamente en relación a contar con instalaciones sanitarias adecuadas, sino también en seguridad, en oferta de comidas sanas y prohibición de venta de comidas no sanas, en la relación con los servicios de

salud para la detección de problemas, especialmente visuales, auditivos, odontológicos, neurológicos y de comportamiento.

► Facilitar la creación y el sostenimiento de espacios interinstitucionales en el nivel local.

► Capacitar a todos los docentes en el abordaje de la problemática de las adicciones.

Universidad

La relación entre el Ministerio y la Universidad ha sido y es un pilar fundamental en la reforma sanitaria, avanzándose desde la tradicional colaboración en formación de pre y pos grado y la extensión universitaria en los servicios, a compartir la planificación de la salud y la creación de mallas curriculares en función de necesidades concretas, como es el caso de la formación de enfermeras y de profesionales comunitarios.

Nos enfrentamos a cambios acelerados, no sólo por la transición epidemiológica y poblacional, sino también por la reducción de los tiempos entre la generación del conocimiento y su aplicación práctica y la evolución tecnológica.

Por esto, las propuestas son:

► Complementar la actual formación de grado de las carreras relacionadas con la salud, para que los egresados adquieran destrezas en el trabajo en equipo interdisciplinario, la tarea intersectorial y el abordaje comunitario.

► Fortalecer en la Universidad una instancia permanente que participe del proceso de planificación del recurso humano en salud, en función de escenarios futuros.

► Fortalecer, junto con el Ministerio, la capacitación permanente en servicio del personal sanitario.

► Desarrollar conjuntamente la gestión del conocimiento, fomentando su generación, actualización y aplicación.

► Desarrollar espacios virtuales de capacitación.

Investigación y Desarrollo Tecnológico

La investigación en salud, en relación a las prioridades sanitarias, a la planificación de recursos humanos, a la gestión tecnológica y a los determinantes de la salud, es un tema de vital importancia para cimentar un sólido futuro sanitario. La relación con la Universidad y la Secretaría de Investigación y Desarrollo Tecnológico están avanzando y explorando formas nuevas de relacionamiento que necesitan ser fortalecidas.

Se propone:

► Junto a la Universidad, definir la agenda de investigaciones y de encuestas estratégicas para la salud provincial y gestionar su financiamiento, adecuando en lo posible, los procesos administrativos para una gestión ágil y eficaz, coordinando con las áreas de Planificación.

Cultura y Deportes

El Ministerio de Salud Pública de Tucumán mantiene como una de sus políticas sanitarias la acción sobre los condicionantes de la salud con el fin de fortalecer aquellos que tienen una influencia positiva, y eliminar o reducir a los que influyan negativamente a la salud.

La cultura y el uso del tiempo libre son determinantes de primera magnitud en relación a la salud, lo que está comprobado con evidencia científica suficiente. La cultura, como actitud frente a la sociedad, manifestación de características étnicas y expresión de la creatividad subjetiva y colectiva, se nos presenta como un campo de extraordinaria diversidad de oportunidades para crear condiciones favorables al bienestar humano, y por lo tanto, para la salud de las personas y de las comunidades. El deporte como práctica de uso del tiempo libre contribuye a la

promoción de la salud, a la prevención de diversas patologías de índole física y psicológica, y a su recuperación.

Por ello, se propone:

- Aportar, a través de técnicas adecuadas al proceso de recuperación de los pacientes, como complemento de las terapéuticas curativas o de rehabilitación.
- Llevar actividades culturales a los establecimientos de salud privilegiando a los pacientes como sujetos activos de las mismas.
- Desarrollar actividades, fuera y dentro del ámbito sanitario, que promuevan actitudes positivas, fomenten la creatividad y la expresión de ideas, especialmente de individuos o de grupos en riesgo, o de individuos o grupos que dirijan sus esfuerzos a promover los condicionantes positivos de la salud.
- Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.

Legislatura

La relación con la Honorable Legislatura de Tucumán fue positiva y permitió avanzar firmemente en la Reforma Sanitaria y aplicar normativas de alto impacto, como la ley de Medicamentos y la que prohíbe el uso de tabaco en lugares públicos cerrados (Ley 7575). Se trata entonces, de profundizar esta relación dándole una perspectiva al mediano plazo e identificar los requerimientos legales estratégicos para el desarrollo de la salud.

Con la Legislatura, las propuestas son:

- Adecuar el marco legal a fin de que se generen las condiciones para consolidar y avanzar con la Reforma Sanitaria, facilitando los procesos de gestión de recursos, y la asignación de funciones de juez sanitario al Ministro de Salud Pública.
- Asegurar la disponibilidad y accesibilidad para toda la población de alimentos for-

tificados con hierro. Por ejemplo, que todas las harinas de uso en panaderías estén suplementadas con hierro.

- Garantizar el reconocimiento de la salud mental como un componente de la salud imprescindible para el desarrollo integral de las personas.
- Garantizar la disponibilidad de recursos y servicios para la atención de la persona con discapacidad en estado de dependencia.
- Establecer la fluoruración de la sal común de mesa.
- Garantizar el desarrollo de prácticas de salud y seguridad en el trabajo.
- Actualizar la ley de Carrera Sanitaria.
- Disponer de una Ley de Presupuesto sustentable, para asegurar el cumplimiento de las metas del Plan.

Gobiernos Locales

Son el primer nivel de participación social, democráticamente electos, lo que los hace para Salud la instancia de coordinación de referencia. Es por este motivo que las áreas operativas tradicionales se transformarán en áreas operativas departamentales, y los espacios de población de responsabilidad de los CAPS concordarán con los límites de las comunas. La aparición de los CIC, con su modelo de gestión asociada, también relacionada con los gobiernos locales, refuerza esta política.

Las propuesta son:

- Incorporación en la Iniciativa Municipios Saludables.
- Incorporar a Salud y Educación como asesores de los HCD.
- Participar en la aplicación de la metodología de programación local participativa.
- Fomentar la capacidad de gestión y de ejecución de proyectos en los gobiernos locales.
- Aplicar la metodología de los Ecoclubs, u otra que signifique un manejo adecuado de los residuos sólidos domiciliarios con amplia participación de las familias.

- Desarrollar la capacidad de gestión ambiental local.

- Mejorar las capacidades para el apoyo al control de zoonosis y para la fiscalización sanitaria.

- Mejoramiento de la calidad de las paredes y los techos de las viviendas en las zonas con presencia de Triatoma Infestans (Vinchucas).

- Actuar en la aplicación de medidas contra el dengue.

- Construir corrales y galpones en las zonas con presencia del vector de la enfermedad de Chagas, con características que eviten la proliferación del mismo.

- Asegurar los controles normatizados de salud en el otorgamiento de los permisos de conducir.

- Fomentar la participación e integración social del adulto mayor y fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad.

- Desarrollar convenios territoriales para garantizar la cooperación entre las instituciones públicas en espacios territoriales acotados.

Vialidad Provincial

Es una relación que debe de crearse por la importancia que significa el acceso a los centros de atención, la que en muchos casos es difícil y en algunos inexistente. El estado de las rutas y su señalización son factores críticos en la minimización de los riesgos de accidentes de tránsito fatales.

Por eso, se propone:

- Mejoramiento del estado de rutas con elevados niveles de tráfico vehicular.

- Mejorar el estado de las señalizaciones.

- Asegurar los accesos a los establecimientos de salud desde todas las localidades de la provincia.

- Señalización de la localización de los establecimientos de salud.

Seguridad Ciudadana

La prevención de accidentes es una prioridad sanitaria de la mayor importancia. Es inaceptable el número de vidas perdidas y la afectación de la calidad de vida por lesiones a personas y familias. Además, del costo social relacionado con violencias de todo tipo es también inaceptable, porque es prevenible.

Propuestas para la seguridad ciudadana:

- Asegurar la continuidad en el control de alcoholemia y en el uso de dispositivos

personales de seguridad en el tránsito vehicular.

- Asegurar la aplicación de la normativa legal respecto al control de velocidad en las rutas, al respeto de los derechos de los peatones y a la seguridad mecánica del parque automotor.

- Extremar las campañas de prevención de la violencia familiar y callejera.

Políticas Sociales

La relación entre el Ministerio de Salud Pública y la Secretaría de Políticas Sociales es estrecha. No hay salud sin desarrollo social, y sin cierre de las brechas de oportunidades y accesos.

Se propone desde el Ministerio:

Promover la disponibilidad de modalidades de cuidado infantil para favorecer y estimular la inserción laboral de las mujeres, desarrollando procesos que fortalezcan los espacios familiares.

- Desarrollar procesos que faciliten el

apoyo familiar para la des internación de niños y niñas de hogares de menores en riesgo social.

- Proponer políticas de participación, y el desarrollo de observatorios ciudadanos, destinados a evaluar los resultados de las políticas de participación.

- Promover programas de asistencia social que condicionen los beneficios a la asistencia de los niños a la escuela, exámenes médicos periódicos y otras actividades de promoción de la salud, garantizando la inclusión de los excluidos.



CAPITULO 8

Bibliografía



Babor, T., F. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham y Cols 2003. *Alcohol: No Ordinary Commodity. A Consumer's Guide to Public Policy*. Oxford U.K.: Oxford University Press.

Brownson et al. *Chronic Disease Epidemiology and Control*. Secon Edition 1998. American Public Health Association.

Bruni JM. *Costos Directos de la Atención Medica de las Enfermedades Atribuibles al Consumo de Tabaco en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto VIGIA. Informe final, 2004.

Calli, Rogelio, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Monitoreo de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la Provincia de Tucumán". Documento Técnico. Tucumán - Enero de 2006.

Calli, Rogelio, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Coqueluche Epidemiología Prevención y Control". Documento Técnico. Buenos Aires - Marzo de 2006.

Calli, Rogelio, Dpto. de Epidemiología SiProSa, Tucumán; Residencia de Epidemiología de Campo, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Estimación de demanda de servicios de salud". Año 2005.

Centers for Disease Control and Prevention. *Indicators for Chronic Disease Surveillance*. MMWR 2004;53(No.R-11):1-89.

Cetrángolo, O. *Determinantes Sociales*. Oficina CEPAL en Buenos Aires. V Jornada Nacional de Municipios y Comunidades Saludables. En <http://municipios.msal.gov.ar/upload/Oscar%20Cetrangolo.pdf>

Chapman, E. y Luna, C. *Indicadores maternoinfantiles*. Dirección de Epidemiología. SI.PRO.SA. Tucumán. Año 2006.

Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization; 2001.

Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los Determinantes Sociales. Documento Síntesis del Ciclo de diálogos democráticos. OPS/OMS-Ministerio de Salud del Gobierno de Chile-FLACSO. Chile 2005.

Crivelli Viviana. *El riesgo de morir en Tucumán*. Tesis Final de Maestría en Salud Pública 2004

Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. The World Bank, Washington D.C.

Dever, A. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. OPS/OMS.1991.

DHHS. *The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. DHHS, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

Doll R, Peer R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. *Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors*. BMJ 1994; 309: 901-911.

Doval HC, Ferrante D. *Evidencias en cardiología IV. Capítulo 4, Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares*, Editorial GEDIC 2005, Buenos Aires, Argentina.

Ebrahim S, Smith GD. *Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease*. *BMJ*. 1997;314(7095):1666-74.

Elliott P, Marmot M, Dyer A, Joossens J, Kesteloot H, Stamler R, Stamler J, Rose G. *Related Articles, Links Elliott P, Marmot M, Dyer A, Joossens J, Kesteloot H, Stamler R, Stamler J, Rose G. Related Articles, Links The INTERSALT study: Main results, conclusions and some implications*. *Clin Exp Hypertens A*. 1989;11(5-6):1025-34.

Escobar, M. C. F. y cols. *Programa de Salud Cardiovascular; Reorientación de los programas de Hipertensión y Diabetes; División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Programas de las personas, Programa del Adulto*, 2002.

Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. *Meta-analysis of Pap test accuracy*. *Am J Epidemiol*. 1995 Apr 1;141(7):680-9.

Ferran Ballester, Julio Díaz José Manuel Moreno, *Unidad de Epidemiología y Estadísticas. Escuela Valenciana de Estudios en Salud. Facultad de Ciencias Físicas. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias del Medio Ambiente. Universidad de Castilla/ La Mancha. España. "Cambio Climático y Salud Pública: escenarios después de la entrada en vigor del protocolo de Kyoto*.

Frenk, J., Frejka, T.; Bobadilla, J.L.; Stern, C.; Sepulveda J.; Marco J. (1989). *The Epidemiological Transition in Latin America International Population Conference, International Union for the scientific Study of Population (IUSSP), New Dehli. Liège*.

García Martí S, Rubinstein A, Ferrante D, Augustovski F. *Análisis de costoefectividad de intervenciones de prevención cardiovascular en la Ciudad de Buenos Aires (IECS). Proyecto Programa VIGIA 2005, Ministerio de Salud*.

Global strategy on diet, physical activity and health: Disponible en: www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

Gobierno de la Provincia de Tucumán. *Objetivos De Desarrollo del Milenio. Área Salud. Trabajo publicado en la página web del Gobierno de Tucumán*. (<http://www.tucuman.gov.ar/odm/index.htm>). Tucumán. Septiembre 2006.

Grupo de Trabajo II al Tercer Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. *Cambio climático 2001: Impactos, adaptación y vulnerabilidad*

He FJ, MacGregor GA. *Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health*. *J Hum Hypertens*. 2002 Nov;16(11):761-70. <http://www.niaaa.nih.gov/publications/social/Module1Epidemiology/Module1.pdf>

Humprey L, Helfand M, Chan B, Woolf S. *Breast Cancer Screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med* 2002;137:347-360.

Hutubessy R y cols. *Generalized cost-effectiveness analysis for national level priority setting in the health sector. Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003: 1-8.

Informe Técnico 916. *Diet Nutrition and Prevention of Chronic Diseases.* OMS, Ginebra, 2003.

Inquérito domiciliar sobre comportamientos de riesgo e morbilidad referida de doenças e agravos nao transmissíveis: *Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002- 2003.* INCA, 2004.

Integrated prevention of noncommunicable diseases: Global strategy on diet, physical activity and health: process of development and draft resolution. EB113/44, 27 November 2003, World Health Organization.

Intergovernmental Panel on Climate Change, Climate Change 2007: The Physical Science Basis, Summary for Policymakers, Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change.

International panel for Climate Change (IPCC). Climate Change 2001. En Houghton JT, Ding J, Griggs DJ, Noguer M, Van der Linder PJ, Xiaosu D, editors. *The Scientific Basis.* Cambridge University Press. Cambridge, 2001.

Khon Kaen Accident Prevention Committee. *Methodology and results of implementation of Accident Prevention Committee responding to Anti-knock Helmet Act for Motorcyclists.* *Trauma Center Bulletin* 1996; 1(2):1-3.

King G y cols. *Global Burden of Diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections* *Diabetes Care* 1998; 21 (9) : 1414-1430.

Kliksberg, B. *Hacia una economía con rostro humano,* Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 2002

Lancaster, T. Stead, LF. **Physician advice for smoking cessation.** [Systematic Review] *Cochrane Tobacco Addiction Group Cochrane Database of Systematic Reviews.* 3, 2005.

Letherbridge M y cols. *Summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey: National Center for Health Statistics,* 2002 (*Vital Health Stat* 10, nro 222), 2004.

Los determinantes sociales de la salud, la posición socioeconómica y la inequidad en salud. *Rev. Panam Salud Pública.* [Periódico Internet]. 2006 Out [citado 2007 Abr 22] ; 20(4): 271-272. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000900011&lng=pt&nrm=iso

Madariaga T. *Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud del sector público de la provincia de Tucumán, presentado en Jornadas AEPA* 2004.

Martin L y cols. *Validation of a self report chronic conditions and health services in a managed care population.* *American Journal of Preventive Medicine.*

Ministerio de Salud Pública provincia de Tucumán. Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores Básicos Tucumán* 2005. Trabajo publicado en página web del Ministerio de Salud. (<http://www.msptucuman.gov.ar/informes.htm>). Tucumán. Diciembre 2005.

Ministerio de Salud Pública provincia de Tucumán. Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores Básicos Tucumán 2006.* Trabajo publicado en página web del Ministerio de Salud. (<http://www.msptucuman.gov.ar/informes.htm>). Tucumán. Abril 2007.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Plan de Respuesta Integrada para Pandemia de Influenza.* 10 de marzo de 2006.

Ministerio de Salud. *Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales - Información Básica Año 2004.* Diciembre 2005.

Moher, M. Hey, K. Lancaster, T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group Cochrane Database of Systematic Reviews.* 3, 2005.

Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. *Scand J Prim Health Care.* 2006 Mar;24(1):5-15.

Olsen O, Goetzche P. Cochrane review of screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:1340-2.

Omran A. (1971). *The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change.* *Milbank Memorial Fund Quarterly.* 49 (1): 509-538

OMS, Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles Programa Mundial de Influenza. *Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza.* WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5

OMS, Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles Programa Mundial de Influenza. *Lista de verificación de la OMS del plan preparativo para una pandemia de influenza.* WHO/CDS/CSR/GIP/2004.2

OPS / OMS / Instituto Nacional de Envejecimiento/ Oficina del Censo de EEUU: “Envejecimiento en las Américas, Proyecciones para el siglo XXI”.

OPS. *Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: un objetivo alcanzable.* http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf

OPS *Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015.* Noviembre 2005.

Peden, M., R. Scurfield, D. Sleet, D. Mohan, A. A. Hyder, E. Jarawan, and others, eds. 2004. *World Report on Road Traffic Injury Prevention.* Geneva: World Health Organization.

Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1996.

Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, en Evidencias en Cardiología, Doval H, Tajer C, Ferrante D y cols. Editorial GEDIC, Buenos Aires 2005.

Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Primera Edición - Buenos Aires Ministerio de Salud de la Nación, 2006.

Rossi, Royer, Leguiza e Izurzun: *Carga global de enfermedad por tabaquismo en Argentina.* Programa VIGI-A, 2005.

Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza. *Informe del grupo de trabajo de la comisión sobre macroeconomía y salud.* OPS. 2003.

Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB. *Understanding the variability in the effectiveness of community heart health programs: a meta-analysis.* Soc Sci Med. 1997 May;44(9):1325-39.

Sen, A. *Desarrollo y Libertad,* Editorial Planeta. Buenos Aires.2000.

Stead, LF, Lancaster, T, Perera, R. *Telephone counselling for smoking cessation.* Cochrane Tobacco Addiction Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2005.

Subprograma de detección precoz de cáncer de cuello uterino. Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/dpccu.pdf>

The SuRF (Surveillance of Risk Factors) Report. Disponible en ftp://ftp.who.int/data/NMH/NCD-Surveillance/SuRF_1/

Thomas, R. *School-based programmes for preventing smoking.* Cochrane Tobacco Addiction Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2005.

Torres, Silvana. *Análisis de las causas de mortalidad en Tucumán. Años: 1900-1991.* Instituto de Investigaciones Estadísticas. Facultad de Ciencias Económicas U.N.T. CIUNT. Año 2000.

Torres, Silvana. *Mortalidad infantil y desnutrición en Tucumán. Años 1999-2004.* Trabajo presentado en las Jornadas Internacionales de Estadística. Sociedad Argentina de Estadística. Resumen publicado en pag. 170. Rosario. Santa Fé. 10-13 de octubre de 2006.-

Torres, Silvana. *Análisis de la mortalidad materna en Argentina, Tucumán e Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes. años 1990-2003.* Trabajo presentado en el XXXIII Coloquio Argentino de Estadística. Resumen publicado pag. 68. Villa Giardino. Córdoba. 5-7 de octubre 2005.- Presentación Poster Jornadas de investigación Fac Medicina 3 octubre 2006. Resumen publicado pag. 62.

Tratamientos para el sobrepeso y la obesidad, en Evidencias en Cardiología, Capítulo 4: *Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.* Doval H, Ferrante D. GEDIC, Buenos Aires, 2005.

US Preventive Services Task Force. Agency for Health Research and Quality, Rockville. MD. Marzo 2006. <http://www.ahrq.gov/clinic/prevnew.htm>

White IR. *The level of alcohol consumption at which all-cause mortality is least.* J Clin Epidemiol. 1999 Oct;52(10):967-75.

Edición de Textos

Lic. Matías Palacio

Diseño

Equipo de Diseño / Raúl Madkur - Antonio Martínez
Diego Tejerizo - Luis Collados

Producción Gráfica

Santamarina y Asoc.

Esta publicación se terminó de imprimir
en el mes de junio de 2007.

*El hecho de que Salud, dentro de los Objetivos del Milenio a los cuales hemos adherido, presente hoy sus **Objetivos y Metas Sanitarias al año 2016**, es un hecho sin precedentes en la Provincia y en el país. Pero nosotros no lo celebramos por esa razón, sino porque entendemos que los logros alcanzados deben de ser mejorados y que la transformación del sector salud, en el marco del desarrollo tucumano, debe de profundizarse y la única manera de lograrlo es que todos estemos de acuerdo con los principios que lo orientan y con los cambios que se proponen.*

CPN José J. Alperovich
Gobernador de la Provincia de Tucumán
República Argentina

