

Plan Federal de Salud 2010-2016

28 de junio de 2010

BORRADOR

Índice

Introducción del señor Ministro

CAPÍTULO 1

Base conceptual y objetivo estratégico

- 1.1 Base conceptual
- 1.2 Objetivo estratégico

CAPÍTULO 2

Visión, misión y líneas de intervención del Ministerio de Salud de la Nación

- 2.1 Marco legal
- 2.2 Visión, misión y líneas de intervención del Ministerio de Salud de la Nación

CAPÍTULO 3

Metodología

CAPÍTULO 4

Análisis de situación

- 4.1 Análisis institucional.
 - 4.1.1 Análisis del cumplimiento de las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007
 - Eje de la política sanitaria
 - Líneas de acción estratégica
 - Modelo de Atención
 - Modelo de Gestión
 - Modelo de Financiamiento
 - 4.1.2 Análisis de situación institucional al 2009
 - Evolución de las Funciones Esenciales de Salud Pública
 - Análisis de la Función de Rectoría del MSAL
 - Nota Estratégica de Cooperación Técnica con la OPS/OMS
 - 4.1.3 Recomendaciones para el desarrollo institucional
- 4.2 Análisis de situación socio sanitaria
 - 4.2.1 Contexto general
 - 4.2.2 Situación epidemiológica
 - 4.2.3 Prioridades nacionales de salud

CAPÍTULO 5

Metas y estrategias al 2016

- 5.1 Metas y estrategias para la salud de las personas
- 5.2 Tablero de indicadores para el monitoreo de las metas de salud

CAPÍTULO 6

Modelos para el desarrollo institucional

- 6.1. Modelo de Atención
- 6.2 Modelo de Gestión
- 6.3 Modelo de Financiamiento

CAPÍTULO 7

Organismos Descentralizados

- 7.1 Instituto Nacional de Cáncer de Argentina**
- 7.2 Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS)**
- 7.3 Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T)**
- 7.4 Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)**
- 7.5 Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas**
- 7.6 Servicio Nacional de Rehabilitación**
- 7.7 Hospital nacional “Dr. Baldomero Sommer”**
- 7.8 Centro Nacional de Rehabilitación Social**
- 7.9 Colonia Nacional Dr. Manuel A Montes de Oca**
- 7.10 Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”**

CAPÍTULO 1

Base conceptual y objetivo estratégico

1.1 Base conceptual

La comunidad internacional y la Argentina, en particular, han reconocido a la salud como un **derecho humano universal** y un factor clave del desarrollo humano sostenible. De este modo, la salud se convierte en un componente ético en las sociedades democráticas, en tanto no se trata de un servicio social más sino de un derecho humano universal e interdependiente que permite el ejercicio de los demás derechos.

El Estado Nacional, responsable de la rectoría por la salud pública, debe promover el acceso de todas las personas a servicios de salud de calidad desarrollados sobre la base de la Estrategia de Atención Primaria. Para ello, se requiere la implementación de una fuerte política de **desarrollo institucional**, nacional y provincial, tanto en la gestión sanitaria como en la administrativa.

La equidad en salud se convierte en un requisito fundamental y constituye un valor esencial tanto como la **solidaridad** y la **justicia social**. Asimismo, adquiere vital relevancia cuando se adopta la perspectiva de los **determinantes** de la salud; favoreciendo aquellos determinantes positivos en la sociedad y el ambiente, que producen bienestar y actuando contra aquellos que producen deterioro de la salud y provocan enfermedad o muerte. Como consecuencia, asegurar el acceso equitativo a los servicios de atención de salud no es condición suficiente para garantizar el bienestar, se hace

necesario intervenir sobre los factores socio-económicos condicionantes de la situación de salud de las personas.

El Ministerio de Salud, en su rol rector, debe ejercer abogacía para alcanzar el mayor nivel posible de salud de la población del país y una real equidad de oportunidades y de trato con el fin de lograr la garantía de **políticas públicas** que actúen sobre los determinantes de la salud, promuevan la solidaridad social y disminuyan las inequidades, construyendo agendas nacionales y locales. El cambio cultural que permita la adopción de estilos de vida saludables, el desarrollo de comunidades orientadas al bienestar humano en equilibrio con su medio ambiente y la posibilidad de contar con personal sanitario que responda a estos objetivos y a los requerimientos propios de los servicios, demanda una **nueva agenda entre Salud y Educación** otras orientada a esos fines.

La salud como “cuestión social”, supone reconocer el **rol del Estado como instrumento de redistribución** para garantizar el ejercicio de los derechos humanos y promover mayores grados de justicia social. Asimismo, se debe comprometer a la sociedad civil en el reconocimiento sus **responsabilidades y deberes** en relación con el fortalecimiento de su salud y la de sus familias y comunidades.

En un país federal es imprescindible el logro de **consensos federales** con instrumentos eficientes de diseño y seguimiento de políticas públicas. Estos consensos deben reflejar la diversidad económica, cultural y el grado relativo de desarrollo de los servicios entre y al interior de las provincias.

Los acuerdos federales, el desarrollo institucional y la articulación en base a las prioridades sanitarias de los distintos actores en salud, hacen necesaria la formulación de objetivos y estrategias a mediano y largo plazo que aseguren la viabilidad política y la sustentabilidad técnica y financiera de las propuestas. Todo esto supone la generación de un **proceso constante de planificación, evaluación y validación** de estrategias.

1.2 Objetivo estratégico del Plan Federal de Salud

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) cuenta con la responsabilidad de la rectoría del sistema de salud con el objetivo de alcanzar el mayor nivel posible de salud de la población del país y una real equidad de oportunidades y trato como respuesta del sistema de salud. El Ministerio de Salud, en consulta permanente con las provincias, asume un papel activo en la conducción y formulación del Plan Federal de Salud para los años 2010-2016, año donde se conmemorará el Bicentenario de la Declaración de Independencia Argentina.

Este Plan establece prioridades de política sanitaria consensuadas a través del COFESA, con la participación del Poder Ejecutivo y Poder Legislativo, las universidades, sociedades científicas los trabajadores de la Salud y organismos internacionales. Las mismas permiten definir los lineamientos generales para el establecimiento de metas y estrategias que sirvan para la planificación global del sistema sanitario en todos los niveles de gobierno.

Si bien la finalidad última de este documento es lograr un impacto positivo y sustentable en la salud de la población, expresado en las metas al 2016, y una mejora en la calidad institucional propuesta en submodelos de desarrollo, se considera que para lograr la continuidad de este proceso es indispensable el cumplimiento de su objetivo estratégico:

Fortalecer los procesos de planificación sanitaria, de manera de asegurar la participación federal en la formulación de políticas de salud y lograr el posicionamiento de las prioridades sanitarias en la comunidad y en el más alto nivel de la agenda política nacional como política de estado, permitiendo la continuidad y seguimiento de las acciones al mediano y largo plazo.

CAPÍTULO 2

Marco legal, visión, misión y líneas de intervención

Ministerio de Salud de la Nación

BORRAR

4.1 Marco legal

En la Argentina la salud no es materia delegada por las provincias al Estado Nacional. Constitucionalmente, son las provincias las responsables de la salud de sus habitantes así como de observar los principios y garantías de la Carta Magna Nacional. Con la reforma constitucional de 1994, al integrarse en su texto los Tratados y Convenios Internacionales sobre los Derechos Humanos, la salud se incorpora como responsabilidad del Estado en sus tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal y bajo la condición de su cumplimiento de la cláusula federal constitucional -Art. 5, Constitución Nacional-

Como consecuencia, el Estado debe, en cada instancia de gobierno, procurar las condiciones necesarias para mantener el mayor nivel de salud física, mental y social posible en pos de concretar la vigencia del derecho a la salud para todos los habitantes del país.

De esta manera, los estados jurisdiccionales son los responsables por las cuestiones referidas a la conducción y gestión sanitaria dentro sus ámbitos territoriales. El Estado Nacional tiene la responsabilidad de conducir, coordinar y modular el sistema de salud en su conjunto para que el efectivo cumplimiento de los derechos humanos, en los que se incluye el derecho social a la salud, sea ejercido a lo largo de las distintas jurisdicciones del país promoviendo medidas de acción positivas -concertadas con ellas- que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato.

De esta forma, atento a la competencia concurrente que existe entre Estado Nacional y los Estados Provinciales en la búsqueda de la salud para toda la población -por su calidad de derecho fundamental- y reconociendo la estructura federal de nuestra república, es imperativo la creación de una ley federal de salud que organice claramente las competencias de cada uno de los actores, así como la adecuada articulación de los acuerdos, los cuales deberán ser productos de la buena voluntad y compromiso de las autoridades responsables en la materia.

4.2 Visión Ministerio de Salud de la Nación

“El Ministerio de Salud, responsable de la rectoría del sistema de salud, trabaja en pos de generar las condiciones necesarias para que la población del país pueda alcanzar el mayor nivel posible de salud, reconociendo la diversidad económica, social y cultural. A tal fin, contribuye al fortalecimiento de las condiciones necesarias tanto materiales como técnicas en todas las jurisdicciones.

Para ello las distintas jurisdicciones son protagonistas necesarias de un sistema integrado e integral de salud en un marco de participación federal y articulación intra-intersectorial, que garantiza los estándares en el contenido, calidad y disponibilidad de los servicios en un proceso de creciente cobertura, convocando a la sociedad a que participe en lograr estilos de vida saludables”

4.3 Misión del Ministerio de Salud de la Nación

“Ejercer la rectoría en materia de salud, formulando, aplicando y evaluando políticas sanitarias para el ejercicio del derecho a la salud para toda la población de nuestro país, involucrando a los distintos sectores y niveles institucionales comprometidos con la salud de las personas, coordinando las relaciones entre los distintos actores y los recursos abocados a la atención de la salud y revisando permanentemente las conductas que ponen en riesgo la misma con el fin de mejorar la forma de abordarlos. Con esa misma intención encarar las relaciones internacionales en la materia”.

4.4 Líneas prioritarias de intervención

Las siguientes líneas de intervención son categorías que agrupan las principales funciones del Ministerio de Salud, de acuerdo a la Ley 26.338 (Ley de Ministerios, 2007). En cursiva son agregadas nuevas funciones vinculadas a la Visión que se explicita para la institución en el Plan.

1. Liderar la conducción sanitaria dentro de un sistema participativo, federal y equitativo.

E Consejo Federal de Salud, como órgano de participación federal, se ha potenciado como instancia principal para el análisis político de la situación sanitaria y de generación de políticas a partir de propuestas nacionales y provinciales. Perfeccionara sus capacidades de análisis, seguimiento, traducción operativa y gestión de apoyo social a las decisiones tomadas.

- Sostener y continuar con el desarrollo del Consejo Federal de Salud como instancia de participación federal y escenario de construcción de compromisos políticos, dotándolo de herramientas legales y técnicas para optimizar su funcionamiento.

- Asegurar la implementación técnica de las decisiones políticas del COFESA de acuerdo a las características regionales.
- *Apoyar técnicamente y coordinar los Consejos Regionales de Salud (CORESA), como instancias de aplicación regional de las decisiones de política sanitaria adoptadas en el COFESA*
- *Mantener una estrecha relación con el COFELES*

2. Liderar el desarrollo y el fortalecimiento de la regulación y provisión de servicios centrados en las personas

El Ministerio de Salud propone y consensúa en el COFESA los lineamientos para la organización y gestión de la atención de salud en torno a las necesidades y expectativas de las personas asegurando mejores resultados, con criterios de equidad y cobertura universal. Armoniza con los organismos descentralizados la provisión de servicios de Salud Pública y atención a las personas. Promueve el control de la calidad de servicios, medicamentos, insumos y alimentos,

- Establecer mecanismos, protocolos y metodologías para mejorar el acceso a la salud de las personas a través de programas modelos adecuados a las necesidades que presenten los diferentes grupos poblacionales
- Fomentar la unidad programática y la homogeneidad de servicios y sistemas a nivel nacional a través del establecimiento de estándares de calidad de servicios y estructuras de fiscalización respecto del funcionamiento de los servicios.
- Fiscaliza los establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, así como en lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.
- Promover la estandarización de la organización y la gestión, tanto sanitaria como administrativa de los servicios de salud, sean estos promocionales, preventivos, curativos o de rehabilitación, independientemente de su fuente de financiamiento. en pos de la equidad entre las provincias y al interior de las mismas;
- Coordinar las gestiones necesarias para la adecuada prevención y protección de las fronteras en los aspectos sanitarios y la detección de los peligros existentes para la salud de la población a los fines de su abordaje, mitigación y neutralización de sus efectos.
- Controlar la sanidad de las fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional y las acciones sanitarias de control y prevención en el ámbito del tránsito ínter jurisdiccional.
- Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo.
- Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte.
- Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional.
- Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos.
- Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica.
- Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.
- Entender en la coordinación, articulación complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial municipal, de la seguridad social, y del sector privado.
- Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados.
- Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.
- Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales.
- Intervenir en la normatización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el Ministerio de Economía y Producción.
- Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial.
- Intervenir, en su ámbito, en la asignación control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor.
- Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud.
- Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud.
- Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones.

- Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga.
- Fortalecer los Registros Federales y Nacionales de su incumbencia para asegurar la universalidad, actualización y disponibilidad de la información.
- Ejercer la rectoría del Plan Nacional de Sangre, conforme a la normativa vigente, propiciando el fortalecimiento del sistema nacional de hemoterapia, definiendo las normas de organización, para alcanzar su óptimo funcionamiento.
- Intervenir en el desarrollo de la política nacional de donación de órganos
- Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquellos que ya se desempeñan en la misma.
- Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas.
- Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de los enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles.
- Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario.
- Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información.

3. Integrar la oferta programática en función de los Ciclos de Vida, avanzando hacia la cobertura universal

El Ministerio de Salud explicita los derechos de las personas a recibir servicios con pisos explícitos de cobertura y calidad, en relación con las prioridades sanitarias. Define las acciones de salud no como programas con fines en si mismo sino como paquetes de servicios en función de los grupos de edad, integrando de esta manera a los programas. Reconoce además las características diversas de las poblaciones a satisfacer su derecho a la salud y se preocupa por generar servicios que responda a razones de sexo, género, identidad pertenencia cultural, y cualquier otra variable que requiera atención por ser determinante de la salud.

- En relación con las prioridades de salud, proponer la integración de los programas sanitarios en función de las personas y de sus características o grupos de edad, normando y proponiendo estrategias para su implementación.
- Tomando el paquete de atenciones por grupo de edad, normar su aplicación por nivel de complejidad.
- Definir y promover consensos a nivel federal acerca de estándares y estrategias de atención en los diferentes niveles jurisdiccionales a los fines de alcanzar el mayor nivel de salud posible;
- Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados con la seguridad social, en relación a las prioridades de salud.
- Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.
- Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial.
- Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital.
- Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el Ministerio de Educación.
- Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil.
- Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de
- Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo.
- Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido.
- Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.
- Normatizar, coordinar y desarrollar las políticas que permitan alcanzar la autosuficiencia en hemocomponentes y derivados, a través del fomento de la donación voluntaria y habitual, la producción bajo programas de aseguramiento de calidad y el monitoreo del uso adecuado de los componentes sanguíneos.
- Desarrollar los mecanismos que permitan optimizar la gestión y funcionamiento de los hospitales en general y de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada —HPGD— en particular.

- Coordinar y supervisar la aplicación del sistema de habilitación categorizante y desarrollar un registro de los establecimientos habilitados
- Entender en todo lo atinente a la definición de los modelos prestacionales más adecuados para la cobertura médica establecida para los beneficiarios de pensiones no contributivas.
- Entender en la definición de políticas que permitan establecer mecanismos idóneos para ofrecer una respuesta prestacional adecuada a los beneficiarios del Programa Federal de Salud, en un marco de equidad y basado en el esquema de descentralización de gestión.
- Entender en los temas relativos a la salud sexual y procreación responsable.
- Entender en el seguimiento y monitoreo de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y de los Programas de Salud Comunitaria que se implementen en su órbita.

4. Desarrollar la capacidad de planificación, generación y evaluación de políticas. Promoverla en todas las jurisdicciones sanitarias

El Ministerio de Salud lidera la formulación y monitoreo de la ejecución de las políticas sanitarias. Diseña políticas y metas basadas en la evidencia científica, en la factibilidad técnica y financiera y en la viabilidad política. En un Ministerio rector de la salud en un país federal esta categoría de funciones cobra una importancia estratégica ya que las propuestas de desarrollo al mediano y largo plazo son imprescindibles para la conducción sanitaria. Apoya a las jurisdicciones en el desarrollo de estas capacidades.

- Generar y producir información estratégica (epidemiológica, estadística, científica) que permita mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones de salud a través de la planificación estratégica.
- Intervenir en la implementación y desarrollo de programas nacionales y locales de estadística de salud y difundir el resultado de los mismos.
- *Promover el desarrollo de los programas nacionales y provinciales de estadística de salud.*
- *Normatizar y elaborar procedimientos para captación y procesamiento de los datos producidos a nivel jurisdiccional y efectuar su consolidación a nivel nacional.*
- *Procesar datos provenientes de registros permanentes, encuestas especiales y censos.*
- *Mantener actualizados los datos estadísticos y el registro correspondiente.*
- *Promover y capacitar al personal del área de estadísticas nacionales y provinciales en todos sus niveles.*
- *Asesorar sobre el funcionamiento de los sistemas estadísticos a nivel central y jurisdiccional.*
- *Difundir y publicar la información estadística actualizada de salud a nivel nacional e internacional.*
- *Implementar el sistema de información sanitario en el país unificando criterios y metodologías de manera de contar con información compatible y confiable sobre la situación sanitaria que permita avanzar en la programación, control y evaluación de políticas y metas.*
- Encarar la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado y viable.
- Identificar y determinar prioridades en materia de política sanitaria nacional, así como las normas, estrategias y metodologías necesarias para su logro en las distintas instancias institucionales y subsectores;
- *Incentivar y coordinar la investigación médica y en materia de innovación tecnológica en salud tanto a través de los Institutos pertenecientes al Ministerio como a partir de alianzas estratégicas con centros de investigación nacionales y de otros países.*
- Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial;
- Formular y evaluar políticas de complementariedad de las diversas modalidades de financiamiento de los servicios de salud, de modo que permitan el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todos los habitantes, desarrollando la capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento del sector, previniendo o reencausando las desviaciones que pudiera sufrir.
- Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia.
- Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparte el Poder Ejecutivo nacional.
- Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.
- Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social.
- Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.

- Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.
- Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos.
- Entender en la articulación de las relaciones sanitarias definidas en el Plan Federal de Salud entre los distintos niveles de gobierno y los subsistemas de salud público, privado y de obras sociales y otros financiadores y prestadores a los efectos de garantizar la adecuada atención sanitaria de la población.

5. Definir políticas de Recursos Humanos en salud y apoyar el desarrollo de las mismas en todas las jurisdicciones.

El Ministerio de Salud pone énfasis en la formulación de políticas y en la planificación de recursos humanos y profundiza las líneas de trabajo más desarrolladas como becas de residentes, programas especiales de capacitación y regulación del sistema. Así como en el apoyo a las jurisdicciones para este fin. Ello requiere una gran capacidad de relacionamiento con las instancias formadoras y generar su propia capacidad de adecuar los conocimientos y aptitudes del personal en relación a las prioridades sanitarias y a los modelos de atención y gestión.

- *Generar y mantener actualizado el diagnóstico de los RRHH teniendo en cuenta las metas y las brechas sanitarias, así como el enfoque por ciclo de vida, los condicionantes de la salud y la complejidad de los niveles de atención.*
- *Desarrollar la rectoría concordando con los entes formadores los contenidos y los estándares de calidad de las carreras de grado y pos grado de acuerdo a las necesidades manifestadas en el diagnóstico.*
- Mantener la evaluación del conjunto de las instancias de formación y capacitación.
- Acordar sistema de residencia acreditado oficialmente con énfasis en las especialidades con mayor vacancia.
- *Establecer y mantener actualizado el Nomenclador Nacional de Puestos Sanitarios.*
- *Apoyar técnicamente a las provincias para que se desarrolle en esta área.*
- Organizar el Observatorio de RRHH.
- Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de salud

6. Ejercer abogacía y gestionar ante otros sectores acciones en relación con los determinantes de la salud.

El Ministerio de Salud establece y mantiene relaciones institucionales político-técnicas con los estamentos de los tres Poderes del Estado, con los gobernadores e intendentes y con la sociedad civil, con el fin de hacer efectivo el reclamo que salud hace a la sociedad en relación con los determinantes de la salud, cuya modificación no está en manos de este ministerio.

- Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud.
- Negociar los acuerdos necesarios para identificar y resolver las necesidades regionales en materia de determinantes de la salud.
- Coordinar con las diferentes áreas gubernamentales, y en las instancias establecidas para tal efecto que por la materia de su competencia tengan incidencia en la salud de la población a los fines de su abordaje estratégico y coordinado. Generando, especialmente con el Ministerio de Educación, una agenda en común que oriente acciones para la adecuación de los Recursos Humanos a las necesidades de los servicios y que dote a la población, de conocimientos y aptitudes para una opción informada e integrada a los procesos de desarrollo económico y social
- Establecer espacios de participación que permitan que las distintas comunidades científicas, asociaciones profesionales, individuos y sociedad civil puedan aportar sus ideas e inquietudes sobre la noción de salud que debemos lograr.
- Fortalecer la participación social en ámbito territorial, actuando sobre los determinantes de la salud, teniendo como eje la estrategia de Municipios Saludables
- Promover, diseñar, implementar y regular legislación sanitaria en armonía con las normativas provinciales y las internacionales en relación con el acceso equitativo a la atención de salud
- Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con los organismos dependientes del Poder Ejecutivo Nacional con competencia en la materia.

7. Asegurar una administración eficiente de los recursos institucionales

Los recursos institucionales se organizan respondiendo a las definiciones de las políticas sanitarias, Se asegura el apego a la normativa legal de las acciones ministeriales en la administración, presupuesto, personal, contabilidad y finanzas. Promueve la modernización de las normativas legales y la organización institucional incluyendo la informática con el fin de lograr la mayor eficiencia posible de la gestión global.

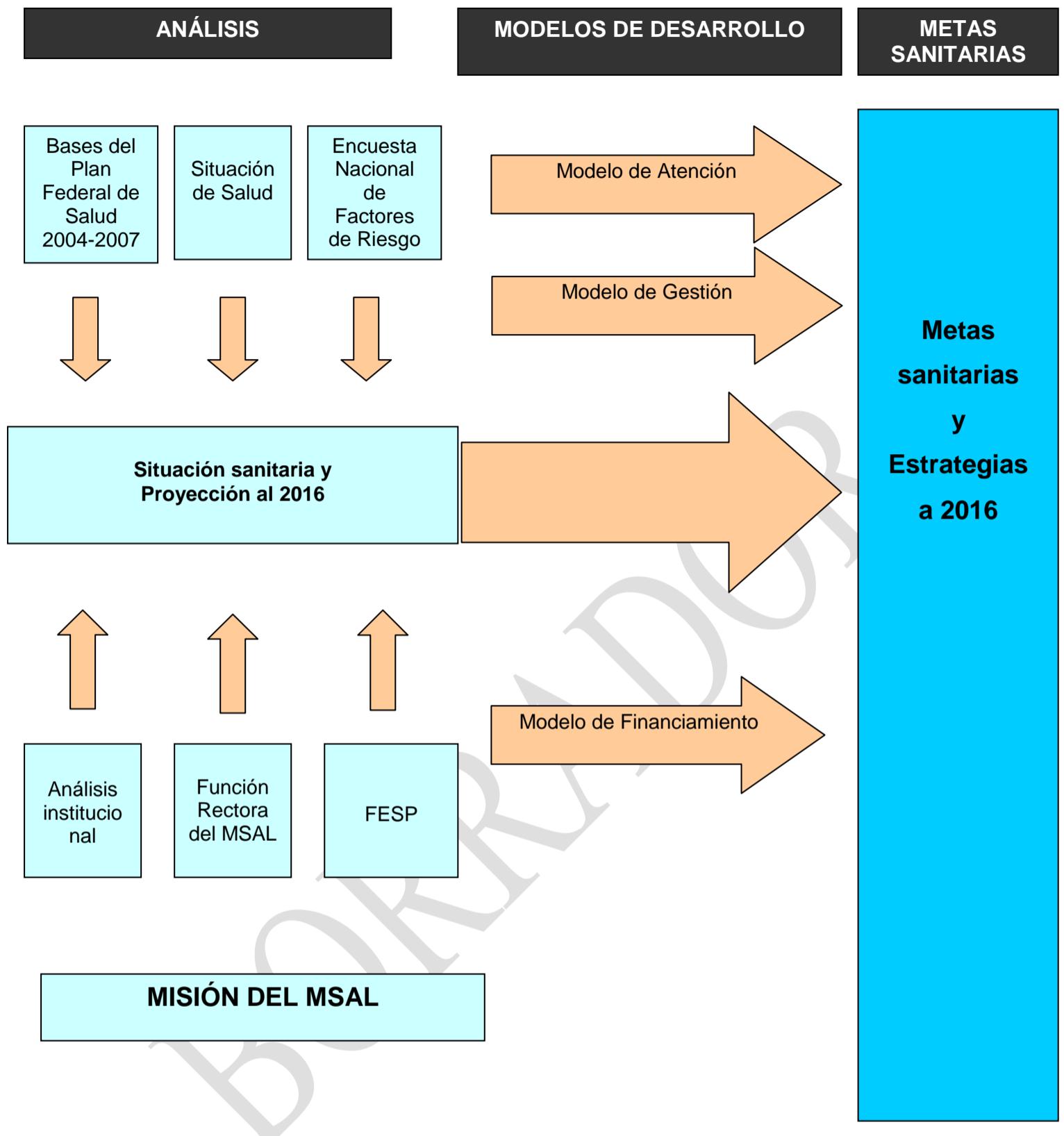
- Diseñar la política presupuestaria de la jurisdicción y en la evaluación de su cumplimiento
- Controlar la correcta asignación de las partidas presupuestarias, de acuerdo a las prioridades de gasto tanto interno como externo.
- Entender en el diseño y aplicación de las políticas de recursos humanos y organización y en el diseño de sistemas administrativos e informáticos.
- Intervenir, en coordinación con las otras instancias ministeriales jurisdiccionales competentes, en la aplicación y mejora continua de la Carrera Profesional
- *Conducir las actividades de administración y en la coordinación administrativa de las áreas integrantes de la Jurisdicción y de las entidades descentralizadas dependientes.*
- *Asegurar la evaluación y seguimiento de los planes, programas y proyectos de la Jurisdicción y proponer acciones tendientes a optimizar la gestión de los mismos.*
- *Desarrollar y fortalecer los sistemas administrativos para la mas eficiente administración del Ministerio y apoyar a las jurisdicciones a tal efecto..*
- *Orientar y coordinar con las distintas Secretarías y Subsecretarías del Ministerio y de otras jurisdicciones de orden nacional y provincial y con las Agencias y Organismos Internacionales, la gestión de los programas y proyectos de cooperación técnico financiera del Ministerio.*
- *Vincular estos programas y proyectos de financiamiento externo con los programas estables y permanentes de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación, estimulando entre ellos la comunicación, la interacción y el intercambio.*
- *Controlar el cumplimiento de los compromisos asumidos y evaluar la oportunidad y conveniencia del desarrollo de nuevos emprendimientos con esta modalidad, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.*
- *Coordinar la planificación de las acciones vinculadas con la gestión de bienes y servicios y las conducentes para concretar su contratación.*
- *Administrar el sistema de suministros de la jurisdicción, articulando y coordinando las acciones de logística pertinentes con las áreas sustantivas competentes.*

CAPÍTULO 3

Metodología

BORRADOR

MODELO CONCEPTUAL DEL PLAN FEDERAL DE SALUD



El Plan Federal de Salud 2010-2016 es producto del trabajo de diferentes áreas del Ministerio de Salud de la Nación, sus organismos descentralizados, las jurisdicciones provinciales y organizaciones de la sociedad civil e intencionales que fueron invitadas a participar en la validación de las metas y estrategias establecidas.

El Plan Federal de Salud es el resultado de un complejo proceso de construcción de política pública, desarrollado de modo incremental a partir de un abordaje integral de la salud. Es producto del trabajo técnico de la Institución, consensuado a nivel federal y desarrollado sobre principios directrices que subyacen la totalidad del documento. Estos principios son descriptos y definidos en el Capítulo 1 y constituyen una base ético-ideológica basada en la protección de la salud como derecho humano universal.

Este proceso contempla tres etapas:

La primera etapa, abordada en el Capítulo 3, consistió en un análisis del estado de avance de las metas y sendas de desarrollo institucional planteadas en las Bases del Plan Federal de Salud 200-2007, así como también en las acciones y planificación de cada una de las dependencias relacionadas y los programas específicos del Ministerio de Salud de la Nación. En paralelo se desarrolló el análisis de la situación institucional identificando fortalezas y debilidades. En esa etapa se relevaron, a su vez, los compromisos internacionales asumidos por la institución ante la Organización Panamericana de la Salud, cristalizados en la Nota estratégica para cooperación 2008-2012 OPS/OMS – Argentina. Así mismo se analizó la evolución del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública desde su evaluación en 2001 a la fecha. Además, el Ministerio de Salud, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud realizó un ejercicio para la evaluación de la función rectora de la Institución.

Así mismo, se desarrolló el análisis de la situación epidemiológica del país y se definieron los principales factores de riesgo, identificados en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 y los determinantes de la salud. Este perfil permitió el establecimiento de las prioridades sanitarias descriptas en el Capítulo 3.

Como parte fundamental de esta primera etapa se definieron la misión y visión del Ministerio de Salud que sumadas a la organización de las funciones de la Institución en categorías, definidas de acuerdo a la Ley 26.338 – Ley de Ministerios, 2007- han permitido establecer claramente los ámbitos de competencia, injerencia y funcionalidad.

La segunda etapa se describe en el capítulo 5. Ésta aborda la definición de las metas de salud, sus estrategias y sus mecanismos de monitoreo. Las metas fueron fijadas por los responsables de las áreas técnicas y agrupadas por ciclo de vida: niños y niñas, adolescentes, mujeres en relación al embarazo y adultos y adultos mayores. A su vez las estrategias específicas para cada meta de salud se agruparon en tres categorías:

- i) Garantizar la atención de las personas, a través de la regionalización y fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las redes de atención, mejorando la accesibilidad y la continuidad de la misma;
- ii) Priorizar las intervenciones orientadas a la prevención y minimización de los problemas de salud responsables de las principales causas de muerte y patologías prevalentes;
- iii) Participación Social y Determinantes: coordinación de acciones programáticas de comunicación y participación social articuladas intersectorialmente para el abordaje de los determinantes sociales.

La tercera etapa, descripta en los Capítulos 6 y 7 observa las estrategias de desarrollo institucional. A partir de la redefinición de los modelos de atención, gestión y financiamiento, desarrollados en las Bases del Plan Federal 2004-2007 y de las recomendaciones y prioridades abordadas en el capítulo 3. Se definieron los principales elementos y acciones que contribuirán al desarrollo y fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud de la Nación.

Estos modelos explicitan las grandes estrategias a implementar con el propósito de alcanzar las metas de salud planteadas.

El Modelo de Atención está constituido por aquellas estrategias orientadas a garantizar el desarrollo de la atención a las personas en un marco de APS, promoviendo el enfoque por ciclo de vida; impulsando el fortalecimiento de redes de atención según niveles de riesgo. El liderazgo del MSAL en este proceso se manifiesta en dos líneas estratégicas principales: la generación de acuerdos y compromisos con las provincias y municipios para el fortalecimiento de las redes de atención y para la coordinación programática centrada en las personas.

El Modelo de Gestión, constituido por las estrategias de gestión no sólo del Ministerio sino de los espacios federales de consenso orientadas a mejorar la eficacia de las intervenciones, impulsando sistemas de rendición de cuentas y evaluación de desempeño; la coordinación programática de áreas normativas y financiadoras; fortaleciendo la participación federal; la articulación con ministerios provinciales en todos los programas de base territorial; la gestión basada en la información completa, fiable con incremento de cobertura temática, territorial y de sectores; y el fortalecimiento de la regulación y el control a todos los niveles jurisdiccionales. El rol del MSN se enfoca en fortalecer las capacidades de gestión propias y de todos los niveles jurisdiccionales para asegurar un desarrollo basado en el principio de equidad.

El Modelo de Financiamiento, integrado por las estrategias destinadas a facilitar la concreción de los otros dos modelos a través del fortalecimiento del rol compensador del Estado a favor de la reducción de las brechas jurisdiccionales existentes; y la implementación de un Seguro de Enfermedades Catastróficas, buscando garantizar el sustento financiero para el logro de las metas de salud de la población.

Estos tres modelos relacionan todas las funciones del Ministerio de Salud, las que se presentan en siete categorías: Conducción sanitaria; desarrollo y fortalecimiento de la provisión de servicios de salud; oferta programática por ciclos de vida; planificación; recursos humanos; determinantes de la salud y administración de los recursos.

Validación del documento

Un momento imprescindible es la participación de las jurisdicciones provinciales y municipales, las Universidades, las sociedades científicas, otros poderes del Estado y los trabajadores de la salud para asegurar la viabilidad de este Plan Federal de Salud

CAPÍTULO 4

Análisis de situación

3.1. ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Introducción

Este capítulo analiza en primer lugar el cumplimiento de las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007 (BPFS). En segundo lugar analiza la situación institucional al 2009. Para ello se utilizaron los siguientes documentos:

- Evolución del Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública del 2001 a la fecha
- Análisis de la Función Rectora del MSAL
- Nota Estratégica de Cooperación Técnica con la OPS/OMS

El capítulo termina con las recomendaciones generales para el futuro desarrollo institucional del Ministerio de Salud de la Nación

3.1.1 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS BASES DEL PLAN FEDERAL DE SALUD 2004-2007

Eje de la política sanitaria

La estrategia de Atención Primaria de la Salud es entendida como la respuesta social más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la salud, con equidad y justicia social. Implica asumir un compromiso partiendo de los niveles de conducción de las políticas sociales e involucrar en forma sostenida e íntegramente al sistema de salud y a la sociedad.

Concebida como estrategia, la APS permitió el diseño y puesta en marcha de políticas públicas para dar respuesta a necesidades de salud, observando las fuentes de financiamiento, la implementación de nuevas tecnologías y de reconversión de recursos humanos. Tiene como objetivo garantizar el acceso universal a la salud, la distribución equitativa de recursos financieros, la adecuación y sustentabilidad de éstos, en el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Líneas de Acción Estratégica de las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007

Las Bases del Plan Federal de Salud establecieron objetivos de reforma del sector. Para su logro propuso un método de ritmo sostenido y constante: un sendero de reformas. Se establecieron tres líneas de acción estratégica.

La primera línea de acción estratégica fue una paulatina integración de los subsectores (Público, de las Obras Sociales y Privado), marco en el que se consolidó la incorporación de las Obras Sociales a la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación

La segunda línea de acción estratégica fue el fortalecimiento del sistema federal de salud con el objetivo de aumentar la equidad regional. Para esto, se puso el acento sobre los mecanismos de redistribución de recursos. El principal mecanismo fue el establecimiento de programas específicos orientados a cubrir poblaciones objetivo que se encontraban excluidas. Los mismos se establecieron en una lógica de cooperación técnica y solidaridad entre las jurisdicciones del país..

La tercera corresponde a la integración y articulación del sector alrededor de la reforma de la atención pública y promoción de la atención primaria por medio de incentivos efectivos de acuerdo a la participación de los gobiernos provinciales y municipales en las iniciativas. A partir de estos lineamientos se definieron los modelos de atención, gestión y financiamiento.

MODELO DE ATENCIÓN

En 2004 se propuso el modelo de atención a través de ocho componentes: jerarquización de las acciones de promoción y prevención; compromiso federal sobre cobertura y acceso; redes de

servicios; población bajo responsabilidad nominada; calidad en los servicios de Salud; fortalecimiento del hospital público; seguro de salud y el programa de accesibilidad a medicamentos. A continuación se analizarán aquellos componentes que tuvieron mayor desarrollo en el período 2004-2007.

I- Jerarquización de las acciones de promoción y prevención

La primera estrategia del modelo fue la jerarquización y acreditación de las acciones de promoción y prevención, en las siguientes áreas: salud del niño y del adolescente; salud materna; salud sexual y procreación responsable; personas con discapacidad; control del tabaco; prevención y control del consumo de alcohol; prevención de enfermedades cardiovasculares; prevención de trastornos de la alimentación; nutrición y salud mental.

Salud del niño y el adolescente

En el área de salud del niño y el adolescente se establecieron metas cuantitativas a alcanzar a 2007: la disminución de la tasa de mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años, tanto en términos absolutos como en materia de equidad inter jurisdiccional; la eliminación del tétanos neonatal y la sífilis congénita y la disminución de los egresos hospitalarios por enfermedades prevalentes.

Una revisión del cumplimiento de dichas metas muestra que:

La tasa de mortalidad infantil (TMI) entre el 2002 y 2007 descendió un 20,8% a nivel país. Este descenso es el reflejo de la disminución del indicador en la mayoría de las jurisdicciones que, sin embargo, no es homogénea.

La Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años tuvo un comportamiento similar, con un descenso a nivel país de un 20% respecto de los valores 2002.

No hubo casos notificados de tétanos neonatal, y los casos de sífilis congénita se mantienen todavía en valores altos.

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNys) permitió con representatividad nacional, regional y provincial, realizar una estimación actualizada de la prevalencia de anemia por déficit de hierro en embarazadas, menores de 6 años y nodrizas, mejorando la información disponible previamente y que estimaba la prevalencia de anemia en alrededor del 50% en el grupo de menores de 2 años. La ENNys, realizada en los años 2004 y 2005, muestra que 34,1% en ese grupo presentaban anemia por déficit de hierro y que la prevalencia de anemia de las mujeres embarazadas fue de 30,5% a nivel nacional.

Uno de los factores que más ampliamente contribuyó al cumplimiento de las metas planteadas en esta área fue la implementación del Plan Nacer (PN) que implementó un modelo de gestión de la salud más eficiente y eficaz, al introducir nuevas pautas de gestión en el sector público que permite orientar los esfuerzos y los recursos hacia el logro de resultados sanitarios concretos referidos a la población materno-infantil (mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 6 años sin cobertura explícita de salud).

La implementación del Plan se efectuó en dos fases las que se encuentran financiadas por convenios de préstamo celebrados por el Gobierno argentino con el Banco Mundial. (Préstamos BIRF N° 7225-A y N° 7409-AR)

La primera de ellas se inició en el mes de diciembre de 2004 en las provincias pertenecientes a las regiones del Noroeste argentino (NOA) y el Noreste argentino (NEA), por tratarse de jurisdicciones que presentaban los indicadores más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil. Luego, en mayo de 2007, se dio comienzo a la segunda fase que incluye a todas las restantes provincias argentinas y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde el año 2008, el Plan Nacer se encuentra implementado en todo el territorio argentino.

En el año 2002, sólo la Triple Viral tenía una cobertura nacional de vacunación del 95%. En el 2006 disminuyó el porcentaje de cobertura de 3^a dosis de Sabin y cuádruple, mientras aumentaba la cobertura de todas las otras vacunas. El mayor incremento de la cobertura es para

la vacuna anti-hepatitis B, que aumentó 27,6%. En el año 2006, la Triple Viral y la vacuna anti-Hepatitis A tenían una cobertura mayor al 95%.

La evolución de los egresos hospitalarios entre los años 2000 y 2005 señala un escaso descenso en el número total de hospitalizaciones (6,3%), pero con un importante descenso para algunas de las enfermedades prevalentes. Así, los egresos hospitalarios debidos a diarrea disminuyeron 21%, las debidas a desnutrición y otras deficiencias nutricionales se redujeron 44,6%. Sin embargo, las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda se redujeron 1,7% para las IRA altas y 1,1% para las bajas.

Salud materna

La Tasa de Mortalidad Materna se mantuvo elevada, con oscilaciones anuales entre 4 y 4,8 por diez mil nacidos vivos en el período 2004-2007. Según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), sobre un total de 156.761 partos registrados en el sistema en el año 2007, 38,5% de las mujeres realizaron el primer control del embarazo durante el primer trimestre de gestación.

Para el año 2007 se ha implementado la técnica de aspiración manual endo uterina (AMEU) en 20 de las 24 jurisdicciones del País.

Salud Sexual y Procreación Responsable

Según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), sobre un total de 156.761 partos registrados en el sistema en el año 2007, 20,8% de las puérperas fue dada de alta con un método anticonceptivo elegido y entregado, y 75,2% fue referida al consultorio de salud sexual y reproductiva. Es decir, que 96% de las puérperas recibieron un método anticonceptivo o fueron referidas al consultorio de salud sexual y reproductiva al momento del alta.

Control del tabaquismo

La Encuesta Mundial de Tabaquismo que se realizó en los años 2003 y 2007 en los adolescentes de 13 a 15 años demostró un descenso de la prevalencia del 21,9 al 18,5% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del 28% al 24,9% en Provincia de Buenos Aires

Prevención y control del consumo de alcohol

En el marco de la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcohol Nº 24.788/97 se elaboraron los lineamientos del “Programa de Prevención y Lucha Contra el Uso Nocivo de Alcohol” que tiene como objetivos reducir la prevalencia y evitar los daños asociados al consumo de esta sustancia

Prevención de enfermedades cardiovasculares

La Dirección de Promoción y Protección de la Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Nación desarrolla un programa integral basado en la alimentación saludable, la actividad física y el control de tabaco.

También desarrolló Guías de Práctica Clínica para la Prevención Cardiovascular en el ámbito del primer nivel de atención y estrategias para la reducción de sodio y grasas trans de la industria alimentaria. Estos efectos podrán ser evaluados en los próximos años con el fortalecimiento del sistema de vigilancia.

Prevención de lesiones intencionales y no intencionales

Se creó el SIVILE (Sistema de Vigilancia de Lesiones) y el “Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones” con las correspondientes unidades centinela de vigilancia. Actualmente el programa se encuentra desarrollando un sistema de información en conjunto con la Agencia Nacional de Seguridad Vial y trabaja en fortalecer las medidas locales a través del Programa Nacional de Municipios Saludables y por medio de la capacitación de las provincias.

Salud mental

En el marco de las metas propuestas dentro de las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, se capacitaron recursos humanos de enfermería en servicios en Salud mental y APS a 1800 profesionales en cinco provincias. Por medio del PROFE se realizó una evaluación de la situación de los programas de Salud Mental y de las dificultades que atraviesan las distintas provincias. Sin embargo, no se pudo cumplir con la meta sobre generación de herramientas para el desarrollo de salud mental.

Se realizó durante tres años una investigación sobre padecimientos psíquicos en la infancia sobre un total de 6600 casos con familiares de chicos entre 6 y 12 años escolarizados con el financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación y la ejecución técnica de las ocho Universidades Nacionales con la Facultad de Psicología.

El trabajo se completó en la primera etapa, que fue la de diagnóstico, y los resultados mostraron que un 43% de los niños en edad escolar presentan entre una mediana y alta vulnerabilidad, proclives a sufrir trastornos de conducta y personalidad severos.

Se elaboró en el año 2007 un Plan de Salud Mental que se presentó en el COFESA, el mismo contemplaba un Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes y dos subprogramas: a) Atención de las Patologías Prevalentes y b) Prevención y Atención del Suicidio. Desde el año 2002 se ha dado impulso y, cuando el caso lo requiere, brindado asesoramiento y/o cooperación técnica a todas aquellas iniciativas de reforma en el modelo de atención en Salud Mental que han promovido los procesos de inclusión social de los pacientes con trastornos mentales.

Se han creado desde 2002 a la fecha alrededor de 100 dispositivos alternativos al Hospital Psiquiátrico comprendiendo la apertura, en distintas provincias, de casas de medio camino, centros de día, hogares y talleres protegidos con objetivos de emprendimiento social. Algunos ejemplos de implementación de estos dispositivos son el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), programa que desde hace más de 20 años lleva adelante el Hospital Estévez de la Provincia de Buenos Aires, los programas de subsidios a las familias y familias sustitutas como los que se han llevado a cabo en las provincias de Mendoza y San Luis.

De particular importancia resulta señalar el proceso de reforma llevado a cabo en la Colonia Nacional Montes de Oca, organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, el cual ha logrado desde el año 2004 hasta la fecha la apertura de Centros de Día, casas de convivencia, el otorgamiento de subsidios a familias para promover la inclusión social y familiar y la reestructuración de pabellones en hogares que permitan disminuir el hacinamiento y promover una atención más personalizada, logrando a lo largo de dicho período una disminución de camas asilares de 961 (año 2004) a las 712 con que cuenta al día de la fecha la Institución.

II- Redes de servicios

Las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007 planteaban el modelo de una red de servicios en el cual las personas acceden a una red integrada e integral y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de las personas

Para evaluar el estado de situación, se efectuó un primer relevamiento al interior del propio Ministerio de Salud (programas nacionales que establecen redes) a los efectos de detectar información que ya hubiera sido relevada. Además, y en el mismo sentido, se elaboró un cuestionario dirigido a las 24 jurisdicciones (que fue contestado por 22 provincias) destinado a detectar qué grado de desarrollo habían alcanzado las redes integrales de servicios en cada provincia.

En el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), se elaboró y distribuyó un documento instructivo con el objetivo de unificar criterios en estos temas y establecer pautas organizativas, de funcionamiento y gestión de redes. Este trabajo recogió y reprodujo parte de la valiosa experiencia de las provincias en el tema.

Los servicios de salud siguen siendo fragmentados y segmentados debido a la complejidad de su organización jurisdiccional, la diversidad de las fuentes de financiamiento y a la falta de una mirada integral desde el MSAL.

III- Población bajo responsabilidad nominada.

Las Bases del Plan proponían definir la población a cargo con responsabilidad dentro de una red de servicios. En este marco se propuso otorgar una Clave Única de Salud a cada habitante de la Argentina. Para ello, sería necesario primero crear, consolidar y depurar los padrones de cada subsector.

Para la identificación y referenciación de los beneficiarios del subsistema público, se identificaron a todos los beneficiarios que consultaron y a los que se les prescribieron medicamentos a través del formulario de receta del Programa Remediar en establecimientos de salud con población a cargo.

A partir de este proceso se llegó a una base de 15.616.291 personas únicamente identificadas que recibieron medicamentos a través del programa Remediar. El Plan Nacer tiene un Padrón de Beneficiarios, actualizada mensualmente por los establecimientos que tienen a su cargo la atención de los mismos. La definición y actualización de ese padrón está articulada con la consulta a la Base de Beneficiarios de la Seguridad Social de la Superintendencia de Seguros, faltando tan solo los beneficiarios de Obras Sociales como de Universidades y Fuerzas Armadas.

IV- Calidad de los servicios de Salud

Para validar la capacidad de resolución de un efector (público o privado) se adoptó el instrumento para la “habilitación categorizante” que define las características indispensables que los mismos deben tener para integrar una Red de Servicios. Por medio de las Resoluciones Ministeriales 1262/06, 1414/07 y 1108/08, se aprobaron instrumentos operativos para la habilitación categorizante de los servicios de salud, previa aprobación de los mismos en el COFESA. Estos instrumentos se encuentran sujetos a revisión periódica. Además, se creó por medio de la Resolución Ministerial 1070/09 un Registro Nacional de Instituciones y Servicios con habilitación categorizante.

A partir de reuniones nacionales y la designación de responsables del Sistema de Información de Salud Argentino (SISA) en los ministerios provinciales se diseñó y estableció una red de fiscalización bajo la coordinación del MSAL, que permite integrar en este proceso a todos los espacios de fiscalización provinciales y de los subsectores de seguridad social y privados.

V- Seguros de Salud

A partir de la implementación del Plan Nacer se está desarrollando el Programa Nacional para el Desarrollo de Seguros de Salud Materno Infantil Provinciales, con una población inscripta al 2007 de 382.000 beneficiarios, 27000 mujeres embarazadas y puérperas y 355000 niños menores de 6 años. Con una red de más de 1000 prestadores públicos quienes brindan las prestaciones que integran el nomenclador único del Plan permitiendo que los equipos de salud reciban fondos para aplicarlos en la mejora de sus establecimientos (Centros de Atención Primaria y Hospitales).

Se ha transferido a las provincias al 2007 \$ 48.444.867 en concepto de cápitas.

Se realizó el relevamiento, diagnóstico de situación y capacitación sobre facturación de los establecimientos en todas las provincias. Además, se efectuó la capacitación de 1800 agentes sanitarios del NOA y NEA en las generalidades del Plan, modalidades de inscripción y herramientas de comunicación para las entrevistas de inscripción y al personal de los efectores se los ha capacitado en las temáticas de auditoria.

Se realiza capacitación constante del personal de las UGSP (Unidad de Gestión del Seguro Materno Infantil Provincial) en herramientas de gestión, administración e implementación del

Plan. En el 2006 se comenzó con la capacitación de los consultores de las UGSP en gerenciamiento de la comunicación.

Se desarrolló, transfirió y se continúa con el mantenimiento de sistemas informáticos para la gestión del plan; sistema de gestión de padrones, de inscripción, de Padrón Único Consolidado Operativo (PUCO) que incluye a las personas con cobertura explícita, y un sistema de cálculo de trazadoras.

Entre octubre 2005 y abril 2006, se puso en marcha el plan comunicacional que incluyó: campañas masivas en posicionamiento del Plan, inscripción, difusión de los beneficios y derechos de los beneficiarios a través de producciones gráficas, radiales y televisivas. A partir de Abril de 2006 se incluye en el plan comunicacional, la temática de incentivo a la facturación. En referencia las 15 provincias que fueron incorporadas en el Plan Nacer (APL2), se capacitaron los integrantes de las futuras UGSP. En este sentido, durante el primer semestre 2006 se desarrollaron 11 talleres para la capacitación del coordinador y los futuros responsables de áreas en las que se abordaron los temas de: inscripción de beneficiarios, relación con efectores, marcos legales y documentos vinculantes, capacitación para la inscripción, comunicación y difusión, nomenclador, gestión de padrones, entre otros. En dichos talleres, han participado aproximadamente 100 representantes de las 15 provincias involucradas.

Se diagramaron visitas a las distintas provincias generando instancias de trabajo dentro de los equipos de salud e instancias de intercambio y consulta permanente.

Se comenzó con la capacitación para la sensibilización e identificación de beneficiarios, realizándose al 2007 la capacitación en 6 provincias y alcanzando a 250 participantes. A su vez se formaron en éstas cuadros de capacitadores para expandir al resto de cada provincia la capacitación recibida.

VI- Programa de accesibilidad a medicamentos

En el marco de la Política Nacional de Medicamentos implementada en el año 2002, se planteó un Acuerdo Federal para Regulación de Medicamentos, por intermedio de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que involucra acciones comunes de fiscalización y control, incluidos los de producción estatal, así como la sanción de leyes de prescripción de medicamentos por su nombre genérico en las provincias que hasta la actualidad no lo han hecho. En el 2005, se desarrolló un modelo integral de Regulación de Medicamentos en el ámbito nacional para generar un proyecto para una nueva ley de medicamentos. En el 2005 se hizo una encuesta que mostró que el 71% de los medicamentos se prescribían por nombre genérico.

MODELO DE GESTIÓN

El modelo de gestión se basaba en la propuesta de un fuerte desarrollo de las funciones de rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales. Las Bases del Plan proponían hacerlo a través de 5 ejes: implementación de acuerdos de gestión entre Nación-Provincia; desarrollos de sistemas de información en áreas estratégicas para la gestión de la salud; la calidad de la perspectiva del modelo de gestión; la regulación de los recursos humanos y la regulación de tecnologías.

Comprendiendo el carácter federal de la organización política de Argentina y los procesos de descentralización y devolución del gasto social, en especial el relativo a la salud pública, las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, planteaban que la única manera de avanzar en una negociación federal era por medio de la implementación de una secuencia de acuerdos entre la Nación y las provincias. Como consecuencia, durante esos años, se han implementado diversos **acuerdos de gestión** entre el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios provinciales por medio de los programas nacionales como el Programa Remediar, el Plan Nacer, Profe SALUD y el Programa Médicos Comunitarios.

Con relación a la conformación de un sistema integrado de información en salud, que permita medir el desempeño de todos los subsistemas, generando transparencia y el soporte necesario para la evaluación y la toma de decisiones, en enero de 2005 se implementó en todo el país el Conjunto Mínimo de Datos Básicos Aprobados de Interés Nacional -CMDB- que incluye: información estadística de pacientes internados, de movimiento de pacientes y utilización de camas, de consultas médicas ambulatorias y de recursos de salud.

A los efectos de potenciar la utilización de la información resultante de la aplicación obligatoria del (CMDB), se elaboró un nuevo Código de Servicios o Unidades Operativas -que permite la comparabilidad intra e inter jurisdiccional- y se tradujo al español la Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina -basada en la CIE-10-, que se publicó en el 2007 a través de la OPS/OMS como Clasificación de Procedimientos en Salud -CPS-.

Durante el período 2003-2005 se reformularon el Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria y el Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud de manera de vincular la producción de los servicios con el nivel de resolución y posibilitar a la construcción de indicadores de calidad de la atención. Asimismo se redefinieron los contenidos temáticos y metodologías de recolección, tratamiento y presentación de la información estadística que permitieran reflejar las transformaciones de las modalidades de atención de la salud.

Se instrumentó una red federal de fiscalización, involucrando a las áreas de regulación y fiscalización de todas las jurisdicciones del país para sociabilizar la información de sus registros y procurar mantener al día su información, replicando las experiencias aprendidas y manteniendo reuniones periódicas para ello. De este modo, se promovió, por ejemplo, que algunas provincias que carecían de sistemas de control en determinadas actividades iniciaran las mismas.

Se propuso a las provincias la adopción de sistemas de gestión de calidad en sus establecimientos asistenciales, el desarrollo de procesos de mejora continua, y el establecimiento de los procesos de autoevaluación. En este sentido, se validaron el 100% de los Indicadores de Gestión de Calidad por medio de un estudio multicéntrico; se realizó una investigación del programa Validar-VigiA de indicadores de infecciones nosocomiales lo que permitió la estandarización de procesos asistenciales; se revisaron las Guías de Práctica Clínica; se actualizaron las correspondientes a las patologías prevalentes en APS en el marco del convenio con la Academia Nacional de Medicina.

En relación a la evaluación externa de la calidad: se capacitaron a los equipos provinciales responsables de calidad; se realizaron talleres de capacitación y sensibilización para la implementación de la seguridad de los pacientes y gestión del riesgo intrahospitalario, en hospitales públicos a nivel nacional a través de alianzas estratégicas con organizaciones experimentadas en el tema y del convenio específico con la Academia Nacional de Medicina; se diseñaron e implementaron normas de calidad de atención en los centros y establecimientos teniendo en cuenta los Derechos Humanos y los avances científicos en articulación con el Área de Salud Mental

Con relación a los **recursos humanos** y, con el objeto de realizar un análisis de las propuestas del Plan, se analizarán a continuación la: Formación de Recursos Humanos, Ejercicio Profesional y Gestión del Recurso Humano.

En lo que respecta a la formación de Recursos Humanos, se concertaron contenidos de formación de posgrado en Salud Social y Comunitaria. Se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería cuyo objetivo es la formación de 45.000 enfermeras que y se presentó para su sanción como Ley.

En esta misma línea se reorientaron y aumentaron los cupos de financiamiento de residencias hacia las especialidades prioritarias y se creó el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

A fin de monitorear los avances se creó el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. En términos de armonización los resultados estuvieron signados por avances en materia de

cooperación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva para la elaboración de documentos de estándares de calidad para las tecnicaturas de salud y la redacción del Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones.

A través de la Dirección Nacional de Regulación y Calidad de Servicios, en cooperación con las sociedades científicas y formadoras, se ha trabajado en pos de la armonización de las especialidades a nivel nacional.

Los logros en cuanto a gestión del Recurso Humano se observan en la articulación con los programas establecidos en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación para la búsqueda de una distribución equitativa del recurso humano.

En cuanto a los mecanismos para la **prevención de riesgos para la salud** es indispensable dirigir recursos a la prevención de enfermedades y lesiones. El campo del análisis de riesgos se centra en la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana y para el medio ambiente; este conjunto de actividades en términos generales se conoce como gestión de riesgos.

Como resultado de la gestión de los riesgos, se han implementado estrategias orientadas a la población, con el propósito de disminuir los factores de riesgo para minimizar la incidencia e impacto de las enfermedades y lesiones.

Para ello el Ministerio de Salud de la Nación realiza actividades específicas a través de la Subsecretaría de Prevención y control de riesgos de la cual dependen dos Direcciones Nacionales: Dirección nacional de prevención de enfermedades y riesgos y Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias.

La Dirección Nacional de Prevención de Enfermedades de Riesgo tiene a su cargo las funciones de vigilancia epidemiológica, consistente en el análisis e interpretación sistemática de los datos y la difusión de los resultados y recomendaciones que permite efectuar la gestión de procesos necesarios para la toma de decisiones.

La vigilancia se utiliza para observar de cerca todos los aspectos de la conducta de la enfermedad y todos los factores que condicionan al fenómeno salud enfermedad, mediante registros, encuestas y notificación a fin de introducir cambios para mejorar el tratamiento de las enfermedades y disminuir los riesgos.

A través de diferentes indicadores, conoce, caracteriza y evalúa las condiciones de riesgo de instalación, expansión y ocurrencia de las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles y lesiones en todo el territorio nacional y mantiene mecanismos efectivos y oportunos de análisis de los datos, monitorea la situación de salud y realiza el diagnóstico de situación necesaria para la planificación estratégica de la Prevención, Promoción y el control.

La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, cumple un rol puramente operativo no solo desde el punto de vista de la respuesta ante incidentes adversos sino también de su preparación a las diferentes áreas de emergencia no sólo a nivel nacional sino también provincial, estableciendo mapas de riesgo y estrategias de respuesta a fin de mitigar los efectos no deseados de estos incidentes.

Capacitando a los diversos actores para prevenir el impacto que sufren las comunidades posteriores a desastres o situaciones de emergencia. Este tipo de Direcciones que anteriormente cumplía la función de socorro, hoy deben ser organismos capaces de articular con diversos organismos para brindarle a la comunidad una respuesta oportuna y adecuada.

Para ejecutar las acciones, mantiene relaciones de interacción y complementariedad con el resto de las áreas del Ministerio de Salud de la nación.

Dadas las áreas de incumbencia para el año 2016 la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos revestirá cada vez más importancia dada las tendencias sostenidas de las cifras de prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles producto de la permanencia de patrones tecnológicos y culturales que transcinden al sector salud y la necesidad de prevenir y dar respuesta a las enfermedades reemergentes que al igual que las primeras suelen afectar a la población vulnerables.

MODELO DE FINANCIAMIENTO

A partir de la implementación de las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, el Ministerio de Salud de la Nación comenzó a recorrer un camino tendiente a recuperar los espacios resignados en los años previos, con el desafío de mejorar el acceso de la población a la salud.

El principal problema que se debió enfrentar fue la fragmentación sistémica en la cual aparecían una multiplicidad de agentes prestadores (subsector público, seguridad social y privado) que se solapaban en los servicios a la vez que tomaban decisiones de forma descoordinada. Ello atentaba contra la posibilidad de realizar abordajes integrales y coordinados frente a las problemáticas identificadas.

Si bien las estrategias planteadas abordaron parte de la problemática existente, el carácter estructural de los problemas que subyacen en la organización del sistema de salud hizo que aún muchas de las características que configuran nuestro sistema aún subsistan, requiriendo nuevos abordajes complementarios de largo plazo.

Estrategias implementadas en el período 2004-2007

Un sistema más equitativo en el financiamiento y más igualitario en el acceso es un desafío que las BPFS abordaron por medio de tres estrategias complementarias: protección social universal de enfermedades catastróficas; la asignación de cápitas ajustadas por riesgo y el Fondo Federal Compensatorio.

1. Protección social universal de enfermedades catastróficas

Las BPFS plantean la implementación de un Seguro Nacional para las enfermedades catastróficas, que contemple a la totalidad de la población. Al respecto, y en relación al sistema de seguridad social, se avanzó⁷ garantizando la continuidad y fortalecimiento de la Administración de Programas Especiales (APE) como catalizador solidario de los recursos de las obras sociales nacionales.

2. Asignación de cápita ajustada según riesgo a los agentes de los seguros de salud

En las BPFS 2004-2007 se propuso la asignación de una cápita ajustada según riesgo a los Seguros de Salud, siendo las variables consideradas en este caso la edad y el sexo según criterios de riesgo médico. De esta manera las obras sociales incluidas en este sistema obtendrían recursos para enfrentar el riesgo asumido. A su vez y en forma complementaria, se planteó la creación de incentivos financieros por conquistas epidemiológicas.

Los avances en dicho sentido se manifiestan por las modificaciones incorporadas al Fondo Solidario de Redistribución, puesto que a través del Decreto 1901/2006 se dispuso que un porcentaje de lo recaudado sea redistribuido nuevamente hacia las obras sociales nacionales en función de las variables edad y sexo según criterios de riesgo médico (Matriz Ajustada por Riesgo por Individuo Beneficiario)

De esta forma, se garantizó a las aseguradoras nacionales la percepción de una cotización mínima mensual por beneficiario que permite afrontar las prestaciones establecidas a través del Programa Médico Obligatorio (PMO)

3. Fondo Federal Compensatorio

En las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007 se propuso la creación del Fondo Federal Compensatorio, conformado por el conjunto de programas nacionales que envían insumos a las provincias. El Fondo sería un instrumento destinado a ordenar la distribución de éstos recursos enviados a las provincias, así como su utilización.

Como avance hacia el cumplimiento de los objetivos del Fondo, los programas sanitarios del Ministerio de Salud de Nación, han adoptado criterios de funcionamiento y distribución de insumos a las provincias que contemplaron el espíritu propuesto para el Fondo Solidario de Redistribución, mecanismo que permitió avanzar en la reducción de las inequidades provinciales.

Evolución del Gasto Público en Salud

En el cuadro N° 1 se presenta la evolución del gasto público social en salud de las obras sociales y el PAMI para el periodo 2000 al 2007. En el año 2001, como consecuencia de la crisis socio-económica que debió afrontar la Argentina, el Gasto Público Social en Salud mostró un retroceso respecto a los valores del año previo. Sin embargo, desde el 2003 en adelante, dicha tendencia se revirtió puesto que el gasto en salud ingresó en un sendero creciente y sostenido alcanzando los \$ 41.178 millones para 2007.

Cuadro N° 1: Gasto Público Social en Salud. Años 2000 – 2007
-millones de pesos corrientes-

Descripción	Años							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gasto Público Social en Salud	14.117	13.722	13.982	16.399	19.625	24.471	31.029	41.178
- Subtotal Atención Pública de la Salud	5.719	5.703	5.867	7.029	8.371	10.427	13.045	16.974
- Subtotal Obras sociales	6.106	5.850	6.034	7.174	8.772	11.062	14.188	18.500
- Subtotal INSS y P	2.291	2.169	2.080	2.196	2.482	2.983	3.797	5.704

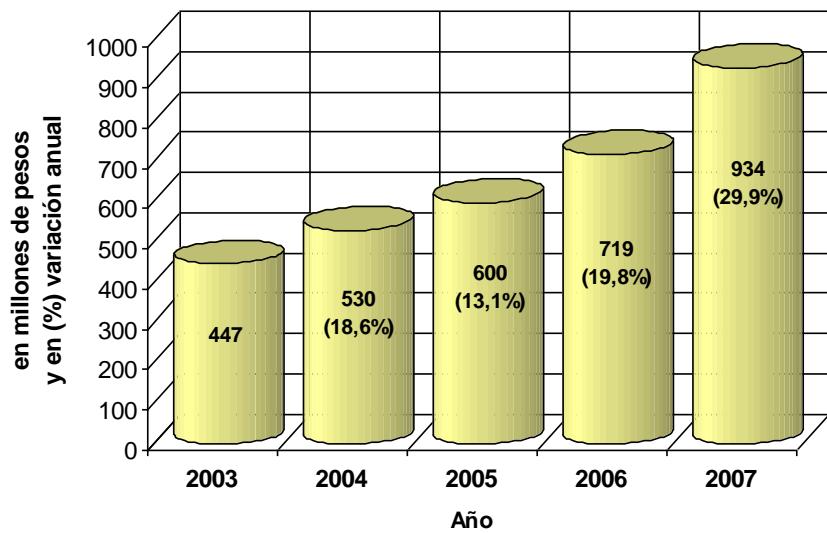
Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica, MECON. Última actualización marzo de 2010

Nota 1: Subtotal Atención Pública de la Salud, incluye los tres niveles de gobierno: Nación, provincias y municipios

Nota 2: Subtotal Obras sociales, incluye obras sociales nacionales y provinciales

Uno de los factores que ayudan a explicar la recuperación del gasto público en salud se encuentra en su componente nacional, a raíz del incremento de los envíos de insumos, bienes y fondos desde el Ministerio de Salud de la Nación hacia las provincias, a través de los distintos Programas Sanitarios (ver gráfico N° 1). Dicho accionar fue utilizado como mecanismo compensador de las disparidades financieras provinciales en salud.

Gráfico N° 1:
Ejecución del Gasto del Ministerio de Salud de la Nación a través de los Programas Sanitarios.
2003-2009
-Millones de pesos corrientes y % de variación anual-



Fuente: Ejecución Geográfica del Gasto del Ministerio de Salud de la Nación a través de los Programas Sanitarios. Año 2009. Dirección de Economía de la Salud

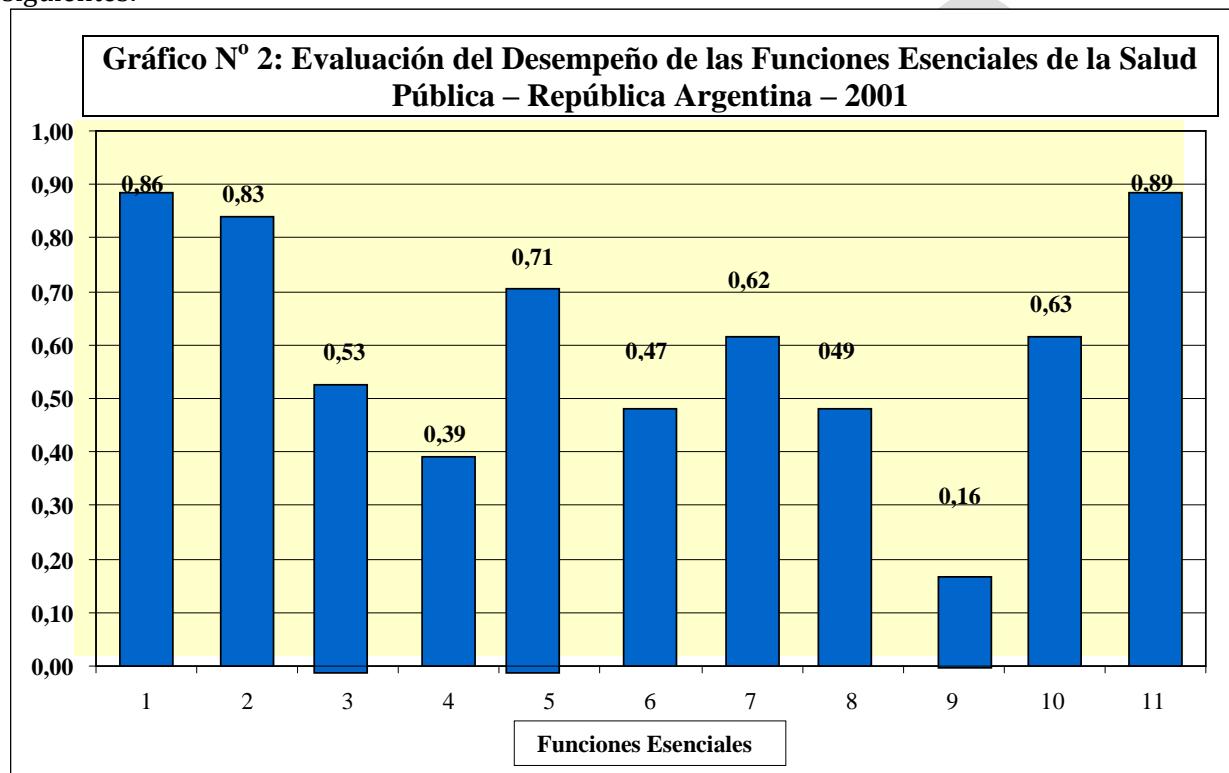
3.1.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN INSTITUCIONAL AL 2009

Evolución del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública

En el año 2001 se realizó con la asistencia técnica de la OPS/OMS un Taller de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública¹ en la República Argentina. Los resultados de este ejercicio permitieron identificar fortalezas y debilidades en el rol del Ministerio de Salud de la Nación como Autoridad Sanitaria Nacional.

Resultados del Taller

Los resultados del mismo, expresado en proporción de desempeño sobre lo ideal fueron los siguientes:



Fuente: TALLER DE APLICACIÓN, Bs. As. 2001, MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN; OPS; CDC.

Según la elaboración realizada por los participantes del taller se evidencian tres núcleos principales de debilidades: i) promoción de salud, ii) participación comunitaria y satisfacción de los usuarios; iii) formación e investigación en Salud Pública y iv) elaboración y cumplimiento de normas que aseguren la calidad de los servicios.

También se identificaron como debilidades las referidas al desarrollo de la capacidad institucional en Salud Pública y destacándose, lo referido a epidemiología y lo vinculado al mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo. Acompañan estas deficiencias la vinculada a la gestión y evaluación de tecnología para apoyar la toma de decisiones.

¹ Las Funciones Esenciales de la Salud Pública son 11: 1. Monitoreo y evaluación del estado de salud; 2. Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación de los ciudadanos en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9. Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos; 10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

En ese mismo taller fueron señaladas como fortalezas la producción y el análisis de la información tanto para la evaluación del estado de salud como para la identificación de amenazas y daños a la salud pública; y la respuesta al control de los problemas de salud pública detectados; contrariamente a lo señalado en las debilidades donde la promoción de salud era una de las áreas débiles detectadas, aparecen como fortalezas el apoyo a las actividades de Promoción de Salud y la construcción de alianzas sectoriales, incluyendo normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables. Aparecen, asimismo, como fortalezas la definición de objetivos sectoriales nacionales y subnacionales y la formulación de políticas de Salud Pública junto con la capacidad de respuesta ante desastres y emergencias.

Como fortalezas se han registrado: el monitoreo de la situación de salud y el adecuado soporte tecnológico, los conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas a la población y el desarrollo de la capacidad institucional de investigación.

En ese contexto no aparece una exacta coherencia entre las conclusiones de los diferentes aspectos analizados. Sin embargo aspectos tales como la producción de información para monitorear el estado de salud; la respuesta ante desastres y emergencias y la vinculación con entes subnacionales para programas específicos aparecen como fortalezas reconocidas. Algo similar ocurre con la formulación de políticas de Salud.

El cuidado del medio ambiente tiene referencias débiles y a veces contradictorias.

En su conjunto el documento y sus conclusiones permitieron construir una línea de base para identificar las transformaciones principales ocurridas a partir de la fecha de evaluación hasta el momento.

Evolución del Desempeño de las FESP al 2010

Tomando en cuenta esta medición previa, la situación descripta ha evolucionado favorablemente hasta el 2009, logrando éxitos, tales como:

- Implementación, desarrollo y sustentabilidad de programas específicos (Remediar; Salud Comunitaria; Salud Sexual y Reproductiva; Municipios Saludables; Prescripción por nombre genérico; Salud Investiga; etc.)
- Protagonismo y consolidación del Consejo Federal de Salud (COFESA)
- Apoyo al Consejo Federal Legislativo en Salud (COFELESA)
- Articulación con las Universidades Nacionales, estatales y privadas y con la Academia Nacional de Medicina y organismos gremiales sectoriales.

Sin embargo, todavía hay puntos críticos en relación a la capacidad de rectoría:

- Déficits en el apoyo técnico para consolidar una mejora en la gestión de los recursos
- Déficits en el apoyo técnico para fortalecer acciones de participación comunitaria y promoción de salud en provincias y municipios
- Limitada incidencia en la calidad de la Atención y de la Gestión
- Falta de continuidad y expansión de los programas
- La respuesta a las epidemias de dengue y gripe en sus primeros estadios.

Evaluación del Rol Rector del Ministerio de Salud Nacional

En un país federal, con descentralización de la responsabilidad del cuidado de la salud en las jurisdicciones, con sistemas fraccionados y segmentados y con evidente falta de equidad entre provincias y al interior de las mismas, surge como imperiosa la necesidad de fortalecer la función rectora del MSAL.

Teniendo en cuenta esto, el Ministerio de Salud de la Nación, solicitó a la Organización Panamericana de la Salud, la colaboración para la evaluación de la función rectora del MSAL. El

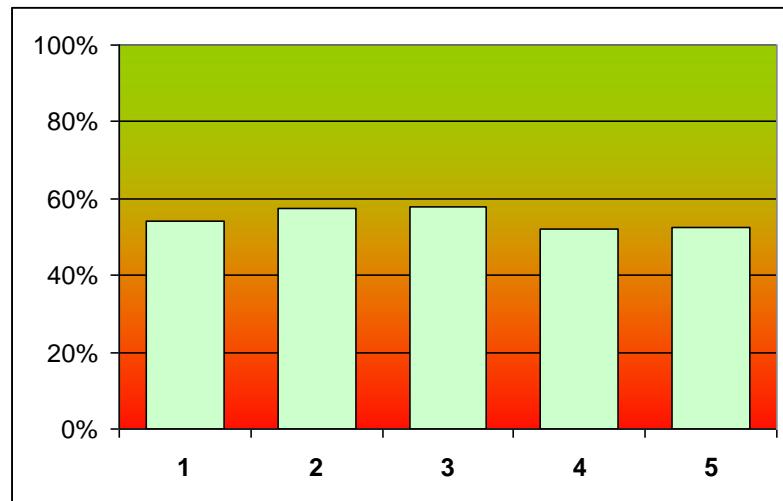
objetivo de la evaluación fue obtener resultados que sirvan como uno de los insumos para la definición del Plan Federal de Salud 2010 -2016. Con este objetivo, se realizó el taller de evaluación de las dimensiones de la función rectora, entre el 1 y 2 de Diciembre del año 2009.

Las dimensiones analizadas son las siguientes:

1. Conducción
2. Regulación
3. Financiamiento
4. Aseguramiento
5. Armonización de Servicios

Las 5 dimensiones evaluadas mostraron resultados que fluctuaron entre el 57.66% la de mayor valoración correspondiendo a la dimensión de Financiamiento y 51.97% la menor que fue la dimensión de Aseguramiento, las tres restantes obtuvieron valores de 57.32% Regulación con el segundo lugar, 54.01% Conducción con el tercero y 52.31% Armonización de la provisión de servicios con el cuarto. Estos resultados, que se observan en la gráfica número 1, reflejan el comportamiento de las cinco dimensiones analizadas.

Gráfico Nº 3: Resultado promedio de todas las dimensiones



Fuente: Informe Final Evaluación del Rol de Rectoría de la ASN. 2009

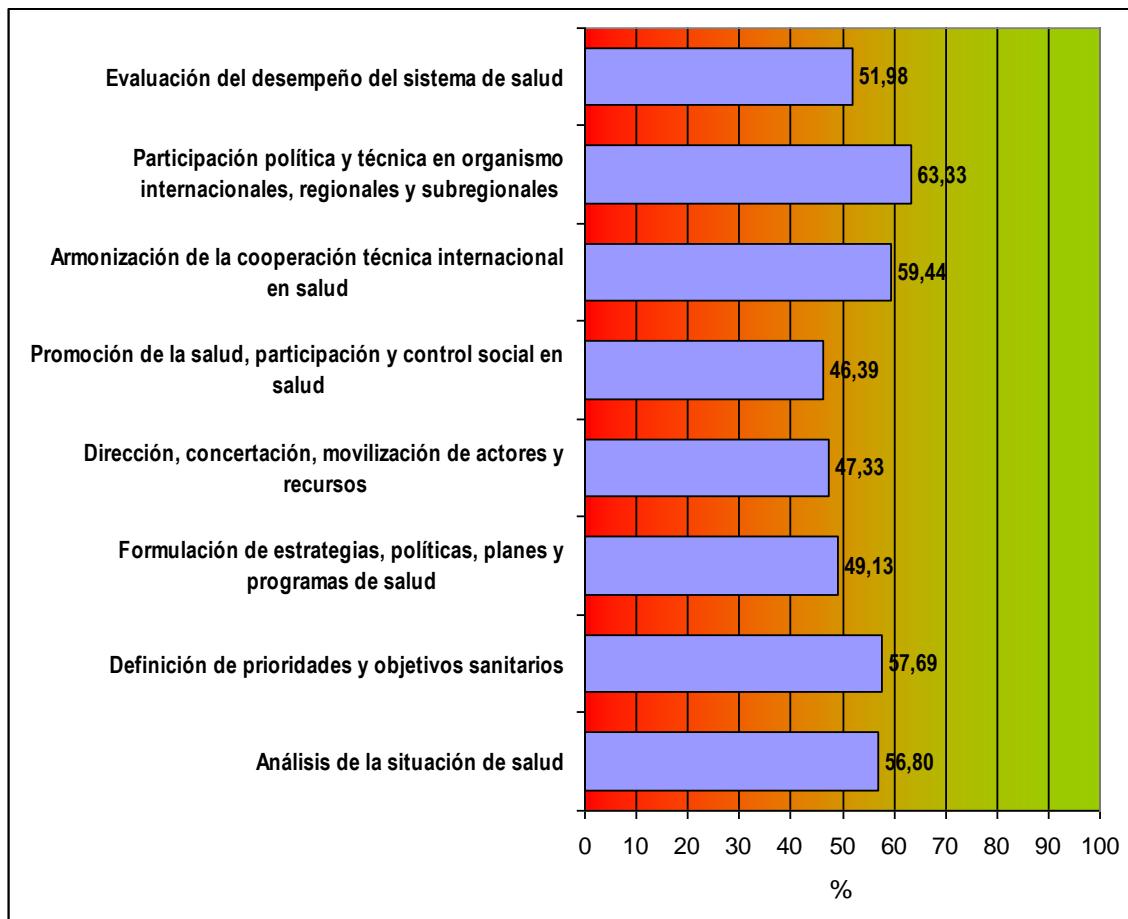
Análisis de los Resultados por indicador

1. Conducción:

El proceso prioritario a intervenir es el correspondiente a la promoción de la salud, participación y control social en salud, en todos sus subcomponentes a saber: i) diseño y promoción de políticas de salud pública; ii) fomento de la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas, iii) planificación e implementación de acciones en salud y iv) fomento de la coordinación intersectorial.

Ocupan el segundo y tercer lugar en esta priorización los procesos de dirección, concertación, movilización de actores y recursos y de formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud, con especial énfasis a su interior no solo en la elaboración sino en la difusión y monitoreo y evaluación de los mismos.

Gráfico N° 4Conducción: Resultados del Rol de Rectoría



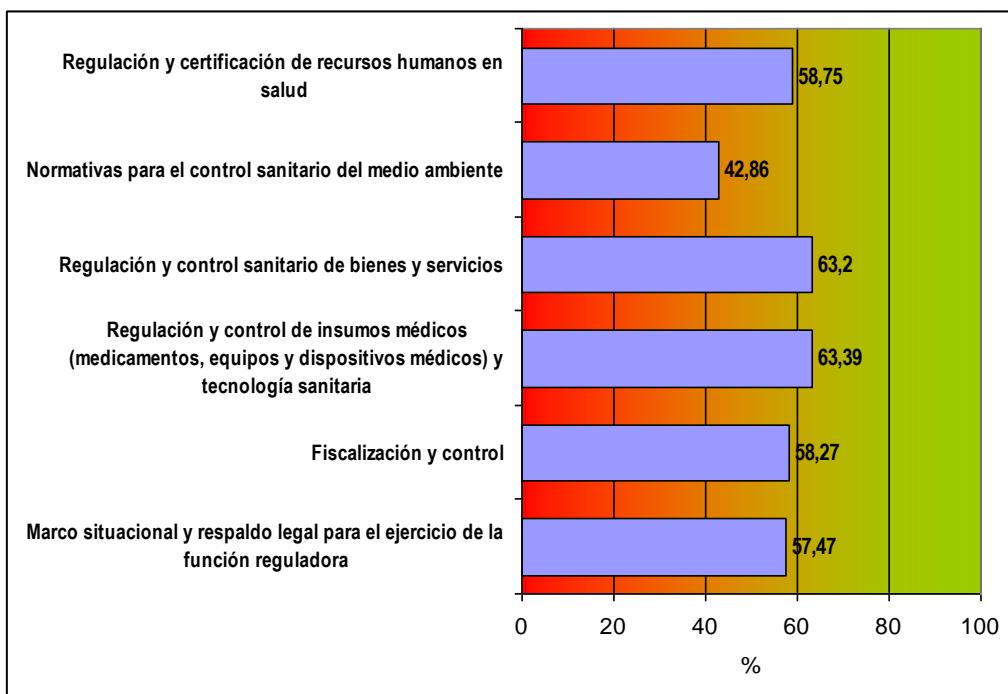
Fuente: Informe Final Evaluación del Rol de Rectoría de la ASN. 2009

2. Regulación:

El proceso prioritario en esta dimensión hace referencia al grado de injerencia de la ASN en la regulación del medio ambiente; a la existencia de normas completas, pertinentes y actualizadas para la protección de riesgos ambientales; a la fiscalización que debe hacer la ASN para el cumplimiento de las normativas ambientales que inciden en la salud y a la coordinación y colaboración con las autoridades ambientales para reducir los factores de riesgo a la salud.

En segunda instancia la prioridad a intervenir corresponde al marco situacional y respaldo legal para el ejercicio de la función reguladora por parte del MSAL con especial énfasis en recurso humano capacitado para ello y con la infraestructura y autonomía necesarias.

Gráfico N° 5 Regulación: Resultados por Indicador



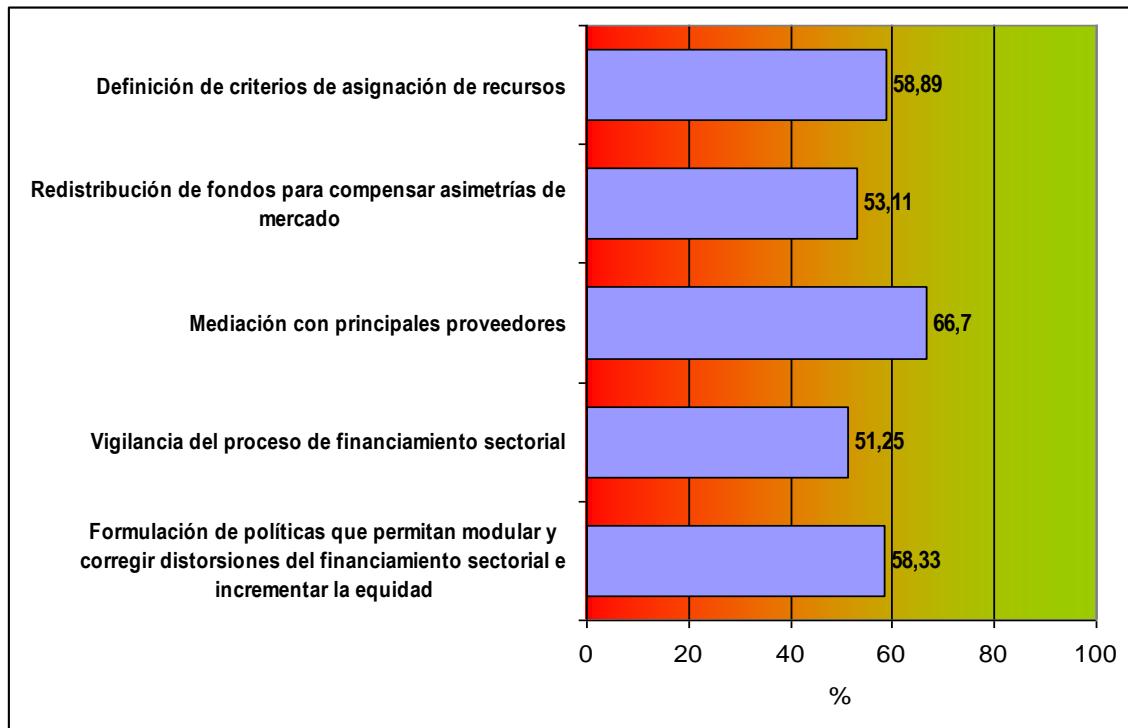
Fuente: Informe Final Evaluación del Rol de Rectoría de la ASN. 2009

3. Financiamiento:

En esta dimensión el proceso a priorizar correspondió a la vigilancia del proceso de financiamiento sectorial, que incluye la capacidad de la ASN de hacer cumplir la regulación, llevar a cabo una estrecha y sistemática vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.

Ocupa el segundo lugar en la priorización el proceso de redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado, en el cual es necesario dar cuenta de la redistribución de fondos entre seguros y entre niveles regionales.

Gráfico N° 6 Financiamiento: Resultados por Indicador



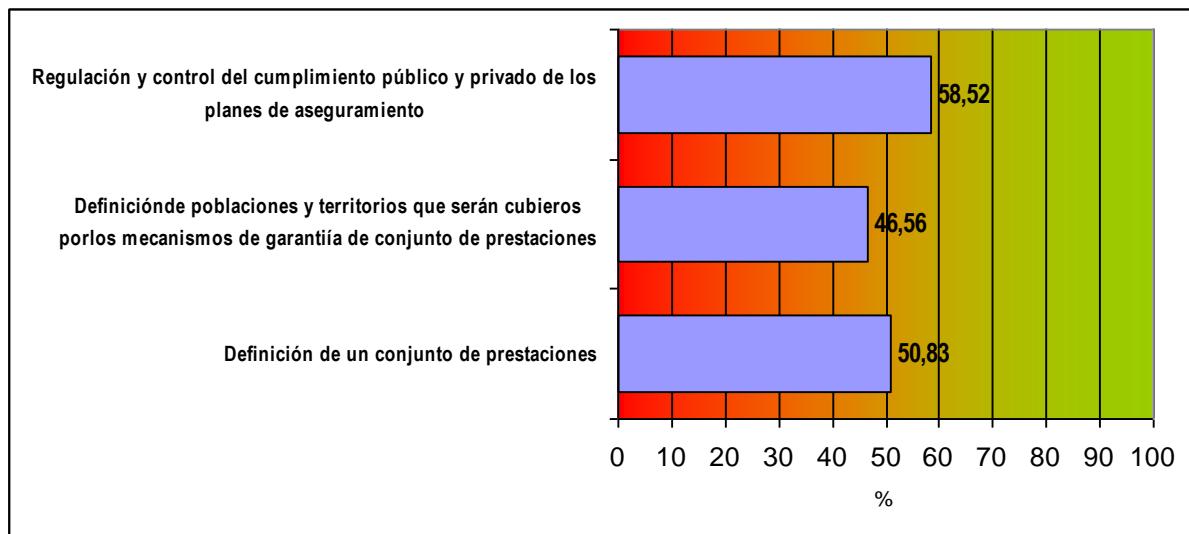
Fuente: Informe Final Evaluación del Rol de Rectoría de la ASN. 2009

4. Aseguramiento:

Se vuelve prioritario la definición de poblaciones y territorios que deben ser cubiertos por los mecanismos de garantía de conjunto de prestaciones, que enfatiza en la labor de la ASN respecto de la protección de los derechos de los usuarios y su difusión.

En segundo lugar corresponde priorizar la definición de un conjunto de prestaciones prioritarias y de informar a todos los acerca de qué bienes y servicios de salud tienen derecho bajo un plan garantizado de prestaciones.

Gráfico N° 7 Aseguramiento: Resultados por Indicador



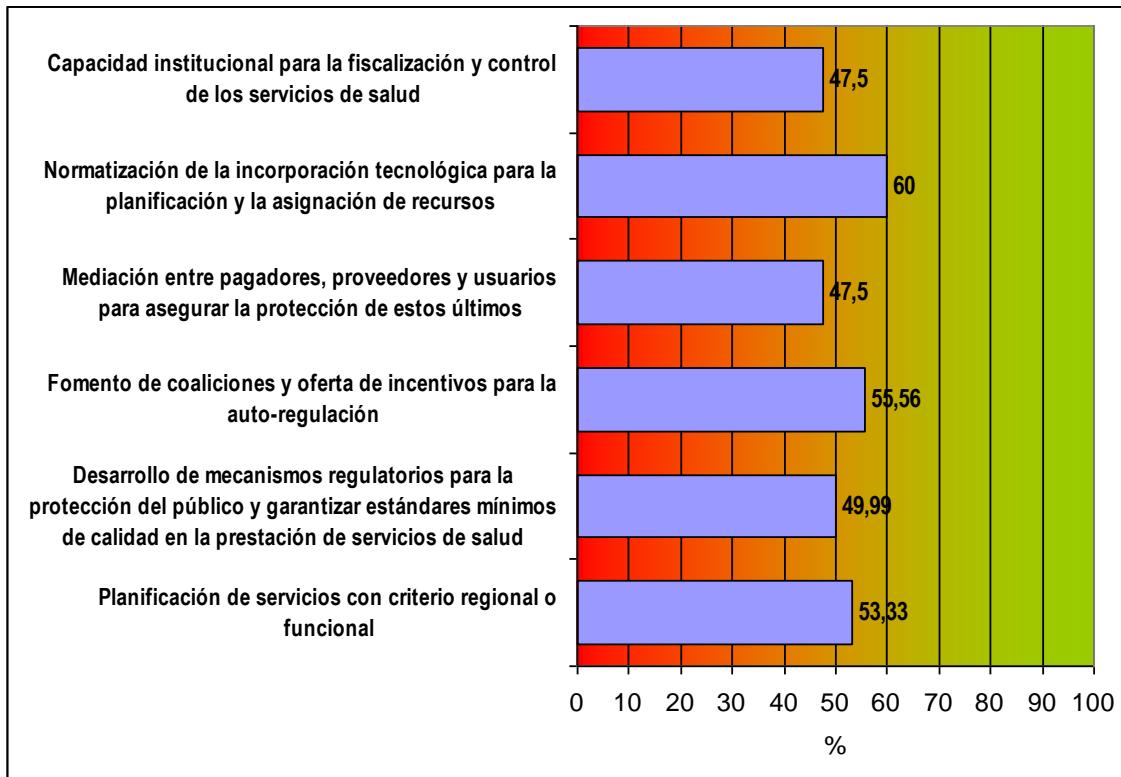
Fuente: Informe Final Evaluación del Rol de Rectoría de la ASN. 2009

5. Armonización de la provisión de servicios:

Esta dimensión tiene como prioritaria la mediación entre pagadores, proveedores y usuarios para asegurar la protección de estos últimos a través de una instancia formal designada con este fin y la formulación de objetivos sanitarios y políticas sectoriales en el tema.

En segundo lugar se recomienda priorizar la capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud nacionales y regionales, específicamente con referencia a la caracterización de la fuerza de trabajo en salud en el país.

Gráfico N° 8 Armonización de la provisión de servicios: Resultados por Indicador



Fuente: Informe Final Evaluación del Rol de Rectoría de la ASN. 2009

Prioridades de la Cooperación Técnica Internacional

La cooperación técnica internacional ha sido y es importante para el establecimiento de una agenda de salud coherente con las necesidades de la población y en concordancia con los lineamientos internacionales. Con la cooperación técnica con la OPS/OMS se han establecido tres grupos de prioridades: i) políticas de salud, ii) atención a grupos sociales y problemas de salud; y iii) gestión en salud.

El primer grupo incluye el impulso de una ley general de salud como disparador de un reordenamiento general del sistema que incluye la relación Nación-Provincias, financiamiento, equidad, acceso, capacitación de recursos humanos y fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Las prioridades de atención a grupos sociales y problemas de salud apuntan a programas específicos con población objetivo definida, acciones sobre el impacto del medio ambiente en la salud de las personas y la implementación de medidas en contra de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el Chagas, el VIH/SIDA, la fiebre amarilla y el dengue, entre otras.

En cuanto a la gestión de la salud establece fortalecer de los sistemas de información nacional y provinciales; mejorar las capacidades de laboratorio, vigilancia epidemiológica, vigilancia en zoonosis y producción de insumos para salud.

Financiamiento sectorial: Evolución y situación actual

Argentina es un país de organización federal que muestra uno de los niveles más elevados de desequilibrios productivos territoriales de América Latina y, en consecuencia, presenta grandes dificultades para igualar las capacidades de asegurar provisión de servicios sociales

homogéneos a lo largo de su extenso territorio. Las tres cuartas partes del PIB son generadas en sólo cinco de las veinticuatro jurisdicciones.

Un sistema de salud pública descentralizado que opera sobre esta base estructural requiere de fuertes instancias de coordinación y compensación de diferencias. De manera especial, frente a la realidad observada en cuanto a los resultados sanitarios obtenidos por las distintas jurisdicciones, se pone de manifiesto la necesidad de discutir un sistema de transferencias que permita mejorar la equidad tanto en sentido horizontal como vertical.

Las diferencias que se observan en los recursos destinados a financiar la salud en cada provincia son muy significativas. Mientras que la Ciudad de Buenos Aires gasta más de \$1000 en cada habitante, la provincia de Buenos Aires apenas supera los \$350. Claro está que existen fuertes externalidades entre los servicios producidos dentro de cada jurisdicción y diferenciales de costos para la provisión de los bienes y servicios en cuestión, sin embargo hay sobrada evidencia de que estos diferenciales en las magnitudes de gasto por habitante, exceden largamente los diferenciales que puedan existir en materia de costos.

Las limitaciones de algunas jurisdicciones para el logro de mejores resultados sanitarios, y la idea de avanzar de manera equitativa hacia el logro de las Metas del Milenio, ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar políticas compensatorias que tengan por objeto la obtención de mejoras en términos de equidad interprovincial.

A nivel sistémico, se advierte que la oferta de servicios de salud en la Argentina se encuentra caracterizada por un alto grado de fragmentación y desarticulación, y segmentación en los niveles de prestación. Ello se evidencia ante la falta de una instancia institucional y política que integre y regule a la multiplicidad de agentes que intervienen, lo cual lleva a que coexistan diferencias en cuanto a los esquemas de cobertura, financiamiento y modalidad de gestión de las prestaciones.

El subsector de la Seguridad Social en la Argentina replica las condiciones de fragmentación, desarticulación y segmentación descriptas para el sector público.

El hecho de que coexistan diferencias en cuanto a la dependencia regulatoria debe ser considerado como un indicador primordial de dicha realidad, puesto que dificulta la alineación de las acciones llevadas a cabo por cada asegurador respecto de los objetivos sanitarios establecidos a nivel nacional. En dicho sentido, las Obras Sociales Nacionales se encuentran bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud, mientras que para las Obras Sociales Provinciales el esquema regulatorio viene dado en función de lo establecido en cada jurisdicción.

Adicionalmente, se encuentran otras instituciones (mutuales, universidades, empresas de medicina prepaga) que también se encuentran por fuera de la regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud y por tanto suman nuevos esquemas regulatorios y en consecuencia introducen nuevamente diferenciales de cobertura entre sus beneficiarios.

Por lo expuesto, surge la necesidad de discutir mecanismos que permitan el logro de una mayor equidad tanto en el ámbito de acción directa del sector público como en los restantes componentes de la oferta de salud en argentina (seguridad social y sector privado).

Política compensadora actual

No existe en la actualidad un programa compensador unificado, y el conjunto de programas que actualmente transfieren bienes, dinero o insumos a las provincias manejan escasos recursos y utilizan un criterio de distribución particular en función de la especificidad de la problemática a resolver.

De este modo hay programas que transfieren a partir de las demandas específicas de la provincias (Médicos comunitarios, FESP, SIDA, REMEDIAR) otros que utilizan capitales (PROFE) otros que transfieren en función de reducir brechas específicas (PLAN NACER) y otros según

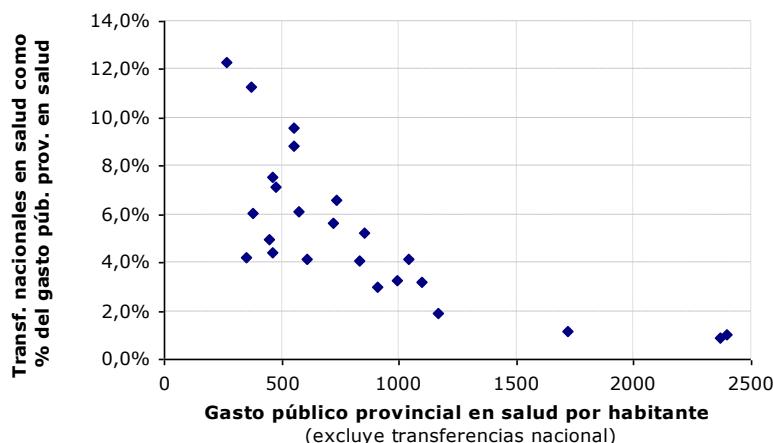
criterios epidemiológicos (Dengue, Chagas, Tuberculosis) o índices específicos (Maternidad e Infancia).

Desde otra perspectiva, los programas se pueden clasificar también entre aquellos de naturaleza vertical, asociados a prestar un bien o un determinado servicio (ej. REMEDIAR, SIDA), y programas con mayor integración horizontal que adoptan figuras de “seguros públicos”, que financian la provisión de paquetes de prestaciones a grupos poblacionales identificados empadronados (ej. PLAN NACER, PROFE).

Analizando los últimos datos disponibles (año 2008), el gasto provincial en salud por habitante ascendió, en promedio, a \$548, mientras que el gasto nacional con ejecución en jurisdicción provincial promedio por habitante a \$28. El monto total de transferencias para 2008, ascendió a \$1.123 millones.

Más allá del insuficiente monto de transferencias que reciben las provincias desde el Ministerio de Salud de la Nación, debe señalarse que las provincias que presentan los valores más bajos de gasto por habitante reciben relativamente mayores montos de transferencias por parte de los programas del Ministerio de Salud.

Gráfico Nº 9 Distribución de las transferencias nacionales sobre el gasto público provincial en salud por habitante1
-En pesos y porcentaje, año 2008-



1- Cada punto del gráfico representa una provincia

Fuente: Dirección de Economía de la Salud/MSAL en base a DAGPyPS, MECON e INDEC.

Puede concluirse entonces, que con independencia de su escasa magnitud en relación con las necesidades, el monto total trasferido a las provincias a través de los principales programas del Ministerio de Salud, constituye en si mismo un fondo compensatorio, debido a que opera en sentido de mejorar la situación de las provincias mas desfavorecidas.

Habida cuenta de la magnitud de las transferencias y de los objetivos que se persiguen a través de ellas (en promedio las transferencias nacionales representan el 5,2% del gasto provincial), es necesario que los programas evalúen la eficiencia interna y consideren la posibilidad de iniciar procesos de evaluación de impacto.

Lamentablemente, la información disponible dificulta saber cuento han representado estas transferencias en los resultados sanitarios de las provincias, por lo que la generación de información específica a tal fin representa una herramienta útil para maximizar su eficiencia.

Independientemente de que la política compensadora actual opera en sentido de reducir las brechas entre provincias, los resultados sanitarios y los indicadores más relevantes, siguen presentando profundas diferencias entre las mismas. El Plan Federal de Salud pretende el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 con lo que se requerirá necesariamente reafirmar los esfuerzos para mejorar los resultados obtenidos hasta el momento.

En lo que concierne al gasto en salud, éste también presentaba y presenta grandes diferencias entre subsectores.

El gasto privado se orienta según las preferencias y posibilidades de cada individuo, por lo que el mismo no se encuentra alineado a los objetivos de política de salud, ni cumple funciones redistributivas.

El gasto público en salud es altamente heterogéneo en cuanto los recursos que destina cada nivel de gobierno, y a su vez, entre las provincias. Dentro del subsector público de salud la proporción del gasto de salud destinado a financiamiento de los servicios depende entre otras variables de la oferta de servicios. Así el mantenimiento de los hospitales requiere de una importante proporción de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales según corresponda.

En suma, existen diferencias entre las poblaciones cubiertas y gasto en salud entre los subsectores.

El cuadro Nº 2 presenta la conformación del subsistema público en relación a su oferta de establecimientos con y sin internación.

Cuadro Nº 2: Obras Sociales. Población, cobertura, financiamiento y control (2009)

Seguridad Social	Beneficiarios	Cobertura mínima	Fuente Financiamiento	Organismo de control
Obras Sociales Nacionales	Trabajadores en relación de dependencia Afiliados del INSSJP - Decreto 292/95 Monotributistas, empleados de monotributistas, empleados ss. doméstico - Ley 25.239 Beneficiarios seguro desempleo - Res. ANSES 1023/04	PMO	Aportes y contribuciones	Superintendencia de Servicios de Salud
Obras Sociales Provinciales	Empleados de la Administración Pública Provincial y sus familiares Jubilados y pensionados y afiliados voluntarios	Varía según provincia	Aportes y contribuciones	Esquema varía según cada caso
INSSJP-PAMI	Jubilados y pensionados	PMO	Aportes y contribuciones, Aportes Tesoro Nacional, subsidios y donaciones	Superintendencia de Servicios de Salud
Poder Legislativo Policía Federal Gendarmería Ejército Armada Fuerza Aerea	Empleados dependientes	PMO	Aportes y contribuciones	Esquema varía según cada caso
Obras sociales Universitarias	Docentes y personal no docente	Estatutos Universitarios	Aportes y contribuciones	Ministerio de Salud

Fuente: Dirección de Economía de la Salud

Cuadro Nº 3. Cantidad de establecimientos oficiales con y sin internación, según nivel de gobierno. (2009)

Nivel de gobierno	Con Internación		Sin internación	
	Total	%	Total	%
NACION *	24	1,8%	14	0,2%
PROVINCIA	882	66,1%	4062	62,0%
MUNICIPIO	428	32,1%	2480	37,8%
TOTAL	1334	100,0%	6556	100,0%

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud

* Corresponde a establecimientos nacionales dependientes del Ministerio de Salud, Universidades Nacionales, FF.AA., Fuerzas de Seguridad y otros organismos de este nivel.

3.1.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL

Las sucesivas transformaciones estructurales y organizativas que sufrió el Ministerio en los últimos 30 años, incluyen desde la modificación formal de misiones y funciones, a la transferencia de organismos y responsabilidades a instancias provinciales, o a la integración o desafectación de áreas y actividades, en el nivel nacional. Podemos recordar un Ministerio de Salud que incluía las funciones de Acción Social y de Medio Ambiente en su estructura y funcionamiento y con servicios asistenciales propios, además de programas verticales nacionales, cubriendo gran parte del país. En otros momentos se planteó con muchas probabilidades de éxito, su anulación como autoridad sanitaria nacional y la transformación en una instancia poco más que virtual.

Estas alternativas han contribuido a desdibujar su misión institucional y aparece como prioridad consensuar la misma y definir un proceso que permita al término de esta etapa del Plan Federal contar con un Ministerio con capacidad de Rectoría, y que en el marco de un federalismo efectivo pueda desarrollar su capacidad de conducción y cumplimiento de las FESP.

En la actualidad dicha rectoría se ha comenzado a recuperar principalmente a partir del fortalecimiento del COFESA y el desarrollo de planes y programas con cobertura territorial en provincias y municipios. Sin embargo estos planes y programas exigen una integración y articulación en primer lugar en el ámbito del mismo ministerio y luego con las autoridades provinciales, con sus propios programas y planes.

El concepto de factores determinantes de la salud, y su impacto en la población y el ambiente plantea el protagonismo y la necesidad de propuestas intersectoriales; la identificación o creación de respuestas técnico/administrativas integrales que la satisfagan y el desarrollo de un lenguaje común para este componente principal de salud /enfermedad.

Este nuevo escenario señala con claridad la necesidad que el MSAL sea capaz de conocer y disponer de la información sectorial que exceda las instituciones estatales e incorpore a la seguridad social y al privado, dando sustento a una relación estatal-privado, madura y transparente y este en condiciones de articular con áreas y sectores con influencia cierta en la salud de la población y el ambiente.

Descripta la situación en cuanto al desarrollo institucional del MSAL, se considera recomendable destacar los valores fundamentales que deben guiar las acciones de la Institución. Los mismos son:

- Definir a la salud como derecho de todas las personas, regido por los principios de equidad y solidaridad;
- Generar información confiable como insumo básico para la toma de decisiones;
- Definir, de modo consensuado con todas las jurisdicciones, los problemas de salud a nivel nacional y su abordaje considerando las diferencias/desigualdades socioculturales, económicas y demográficas entre otras, inter e intra jurisdicción;
- Impulsar la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas y la formulación e implementación de soluciones.

La vigencia del federalismo junto con la interrelación creciente, territorial y epidemiológica, exige:

- Una reformulación de los mecanismos de relacionamiento a nivel federal en un proceso, que ya iniciado por el COFESA, pueda generar respuestas oportunas y necesarias.
- La capacidad para sostener un proceso de planificación estratégica
- La generación de información que abarque todo el sector, incluyendo la seguridad social y lo privado y articule con otros sectores las áreas de información referidas a determinantes de salud; y

- El fortalecimiento de la capacidad de gestión, rectoría, normativa y de control de todas las jurisdicciones (nacional y provinciales)
- La elaboración e implementación de una propuesta de Desarrollo Institucional del Ministerio requiere:
 1. Consolidar la decisión política de lograr el desarrollo institucional del Ministerio como prioridad de gestión
 2. Reconocer que el logro del mismo implica el planteo y sustentación en el tiempo de un proceso que supone:
 - La continuidad de un sendero de reformas que incorpore en forma paulatina las propuestas y capacidades técnicas y administrativas necesarias
 - La búsqueda de adhesión efectiva de las partes interesadas
 - La creación de un ámbito de discusión y consenso de las reformas que incluyan procedimientos y asignación de recursos
 - La difusión periódica de resultados
 - La consolidación efectiva, con sustento normativo y presupuestario
 - El apoyo extraínstitucional de organizaciones académicas; profesionales; gremiales y de asesoría técnica y financiera; Instituciones representativas de los subsectores privado y de la seguridad social
 - El apoyo de organismos de integración federal tales como COFESA; CORESA y COFELESA

La operativización del desarrollo institucional requiere el reconocimiento de al menos tres enfoques que implican la identificación de :

- Las metas y estrategias orientadas al logro de la mejora en la salud de la población y de la disminución de las brechas existentes a distintos niveles, teniendo como estrategia principal la Atención Primaria de la Salud
- Las intervenciones institucionales y modelos de estrategias que permitirán una aproximación a las mismas, teniendo en cuenta las funciones del MSAL y las características esperadas de un modelo de gestión claramente definido, y de un modelo de financiamiento con capacidad de reorientar recursos a fin de contribuir al logro de las metas sanitarias
- Las políticas públicas necesarias para garantizar una mejora en los determinantes sociales de la salud

También requiere de la institucionalización de la función de planificación como una herramienta que organiza, conduce y viabiliza los procesos de gestión en salud. Esto es, priorizar problemas, identificar sus determinantes y condicionantes así como los actores involucrados en su génesis y mantenimiento o transformación, definir cursos de acción para su abordaje, explicitar los recursos necesarios para viabilizarlos y monitorear y evaluar las acciones que se realizan y los impactos sobre los problemas.

En definitiva lo que se propone es la continuidad de un proceso de reformas basado en acuerdos y consensos que considerando las propuestas centrales del Plan Federal y a través de las metas y estrategias seleccionadas, permitan al MSAL asumir en plenitud su función de rectoría en el marco de un federalismo efectivo. Ello, a través de una estructura institucional y programática que haga realidad el cumplimiento de los compromisos internacionales y nacionales con plena participación ciudadana e institucional, con objetivos compartidos, y metas mensurables y evaluables en el tiempo, en busca de un mejor nivel de salud para todos.

3.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOCIOSANITARIA

Introducción

Actualmente, la Argentina se enfrenta al desafío de proveer servicios de salud de manera eficiente y equitativa para dar respuesta a un perfil epidemiológico dual, en el cual se combinan enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, abordando las desigualdades e inequidades regionales.

Por otro lado, el Estado Nacional, en el marco de la Cumbre del Milenio, asumió el compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dentro de ellos, se destacan tres directamente relacionados con la salud: (1) reducir la mortalidad infantil; (2) mejorar la salud materna; y (3) combatir VIH/Sida, la tuberculosis, el paludismo, el Chagas y otras enfermedades. Para lograr estos objetivos, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolla una serie de programas, como el de Inmunizaciones, Materno infantil, Plan Nacer, Chagas, Tuberculosis, HIV, entre otros, y ha fijado una serie de metas al año 2016.

El siguiente documento tiene por objetivo realizar un diagnóstico de situación socio-sanitaria, que sumado a los compromisos asumidos por el Gobierno argentino y las metas fijadas por los programas de salud nacionales, sea insumo para la selección de las prioridades de acción del Plan Federal de Salud 2010-2016. Para ello, el trabajo se divide en cinco secciones: (1) descripción de la metodología de trabajo; (2) presentación del contexto general del país en el período 2000-2009; (3) exposición de las principales problemáticas de salud; y (4) problemas priorizados.

3.2.1 Metodología

La implementación de un plan exige la consideración de los recursos necesarios para ello. En ese marco, es necesario tener en cuenta que las condiciones presupuestarias del financiamiento del gasto en salud hacen necesario el establecimiento de prioridades y criterios de asignación de los recursos monetarios, humanos y físicos disponibles. Con este fin utilizamos el análisis de situación de salud (ASIS), un proceso analítico-sintético que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores.

El ASIS utiliza como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desiguales y definidas según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que se desarrollan en ambientes específicos.²

El ASIS permite tomar decisiones operativas para resolver problemas concretos, sobre la base del conocimiento del contexto histórico en que se producen. Se caracteriza por ser una herramienta rápida y flexible que consolida y analiza la información proveniente de distintos sistemas: vigilancia epidemiológica, estadísticas vitales y sanitarias, educación, ambiente, trabajo y otros; con los cuales se pretende articular para dar respuesta a las necesidades en salud de la población y disminuir las inequidades.

A partir del ASIS se pueden establecer prioridades en base a una serie de enfoques. Para este estudio, las dimensiones a analizar están relacionadas con el impacto de los problemas de salud sobre la mortalidad (medido en años de esperanza de vida perdidos (APVP), la morbilidad, las inequidades regionales, las diferencias por sexo y grupos etáreos, la vulnerabilidad, la magnitud y la trascendencia. Para esto, se usan una diversidad de indicadores que dan cuenta de las condiciones socioeconómicas (pobreza, indigencia e índice de privación material de los hogares) y de la situación de salud por género, edad y condición de pobreza (tasas de mortalidad,

² Boletín Epidemiológico / OPS, Vol. 20, No. 3 (1999)

principales causas de muerte, morbilidad, prevalencia, APVP, años de esperanza de vida perdidos (AEVP), entre otros).

Se han utilizado técnicas cual y cuantitativas considerando diversas fuentes de información: Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), direcciones de los programas nacionales de salud, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNys), entre otras.

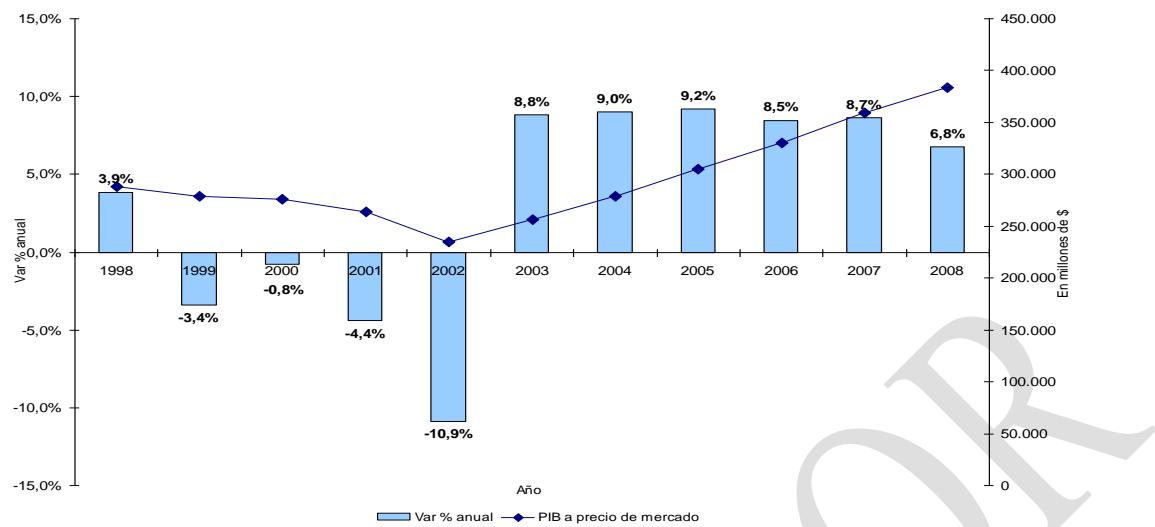
En primer lugar se realiza una descripción del contexto general socioeconómico, y una descripción de la situación de salud y su relación con factores socioeconómicos. Finalmente, se presenta una priorización de problemas de salud.

3.2.2 CONTEXTO GENERAL

La Argentina presenció hacia fines del 2001 una profunda crisis social, política y económica,. En el Gráfico **Nº10** , se observa la caída sostenida del Producto Interno Bruto (PIB) entre 1998 y 2002, alcanzando en este último año una reducción de 10,9%. No obstante, a partir de 2003 se presencia un crecimiento sin precedentes del PIB, con un promedio del 8,5% entre 2003 y 2008. Esta expansión de la actividad económica tiene su correlato en una política económica basada en un tipo de cambio real competitivo y estable que fomenta las exportaciones y protege el sistema productivo nacional, sumado a iniciativas que impulsan el consumo y la inversión.

Grafico Nº10: Evolución del PIB a precio de mercado

En millones de pesos a pesos de 2003



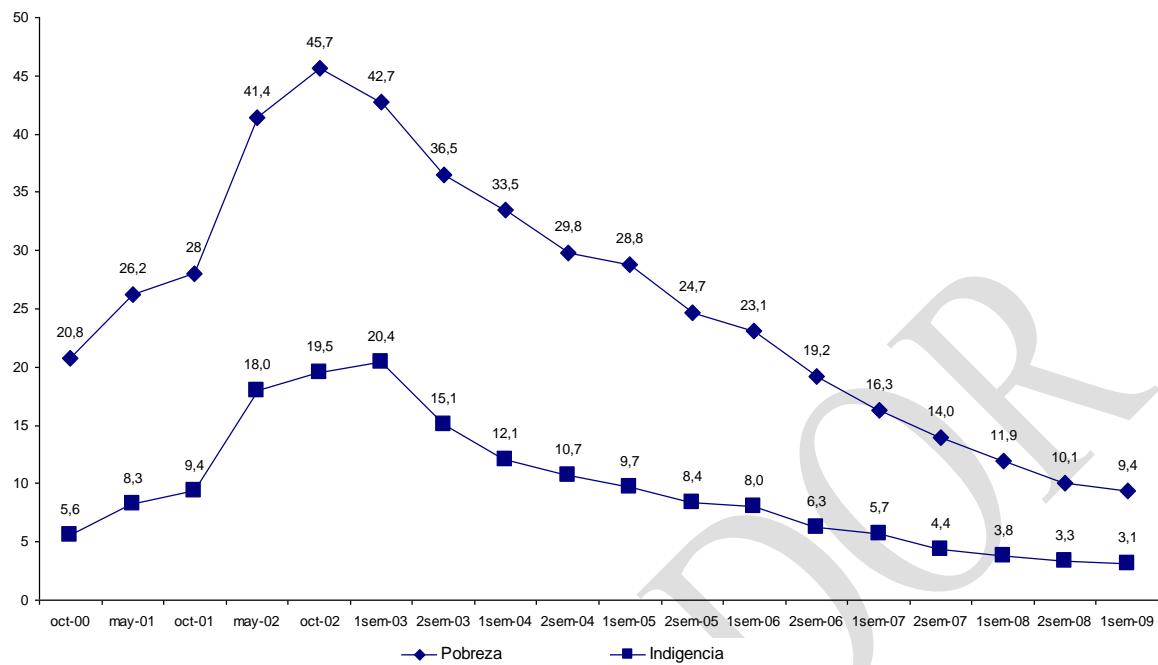
Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Información y Coyuntura. Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

La crisis económica, social y política de fines de 2001 tiene su correlato en el deterioro de los indicadores de pobreza e indigencia. A partir de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), los cuales se presentan en los Gráficos Nº 11 y 12, se puede observar una tendencia creciente de la pobreza entre octubre de 2000 y octubre de 2002, pasando de 20,8% de hogares pobres a 45,7%, es decir un incremento del 119,7%. Alternativamente, el porcentaje de personas pobres creció del 28,9% al 55,5%, lo que implica una variación del 99,0%. La indigencia presenta una tendencia similar, con un crecimiento sostenido entre octubre de 2000 y primer semestre de 2003.

No obstante, a partir del año 2003 se revierte la tendencia creciente de la pobreza y la indigencia³. En este sentido, entre el segundo semestre de 2003 y el segundo semestre de 2004 los hogares pobres se reducen en un 18,4% y las personas pobres en un 15,9%. A lo largo del período se mantiene este decrecimiento, alcanzando en el primer semestre de 2009 un porcentaje de hogares pobres del 9,4% y de personas pobres del 13,9%.

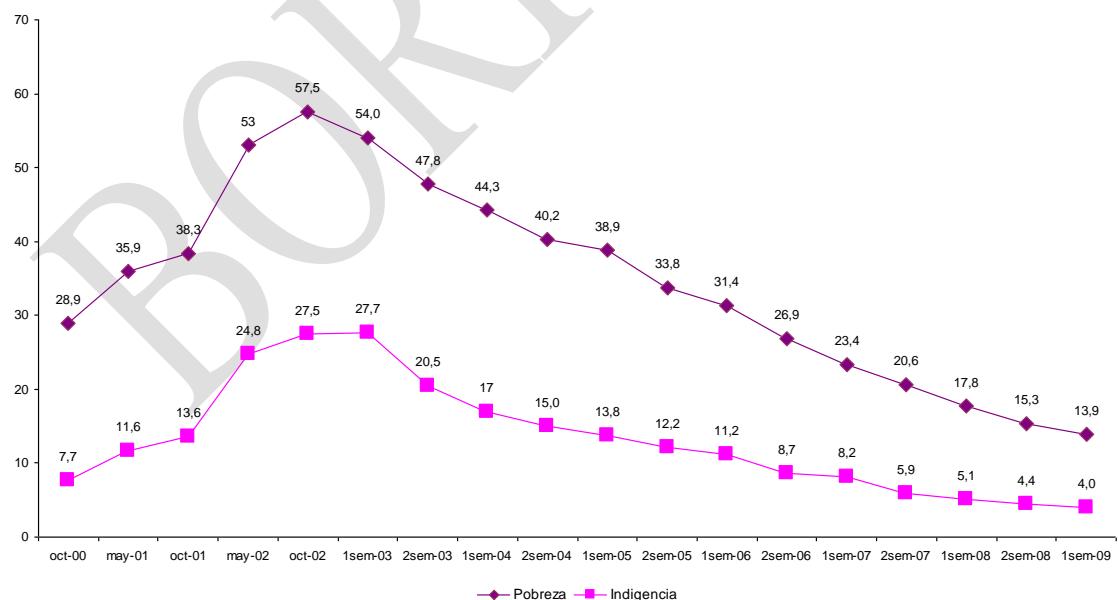
³ A partir de 2003 la Encuesta Permanente de Hogares fue reformulada integralmente para reflejar los profundos cambios experimentados en el mercado de trabajo durante los noventa. Dado esto, la encuesta pasa a ser un relevamiento continuo que produce resultados con frecuencia trimestral y semestral.

Grafico N°11 : Evolución de la pobreza y la indigencia según el porcentaje de hogares en estas condiciones. 2000-2009



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)- INDEC

Grafico N°12 : Evolución de la pobreza y la indigencia según el porcentaje de población en estas condiciones. 2000-2009

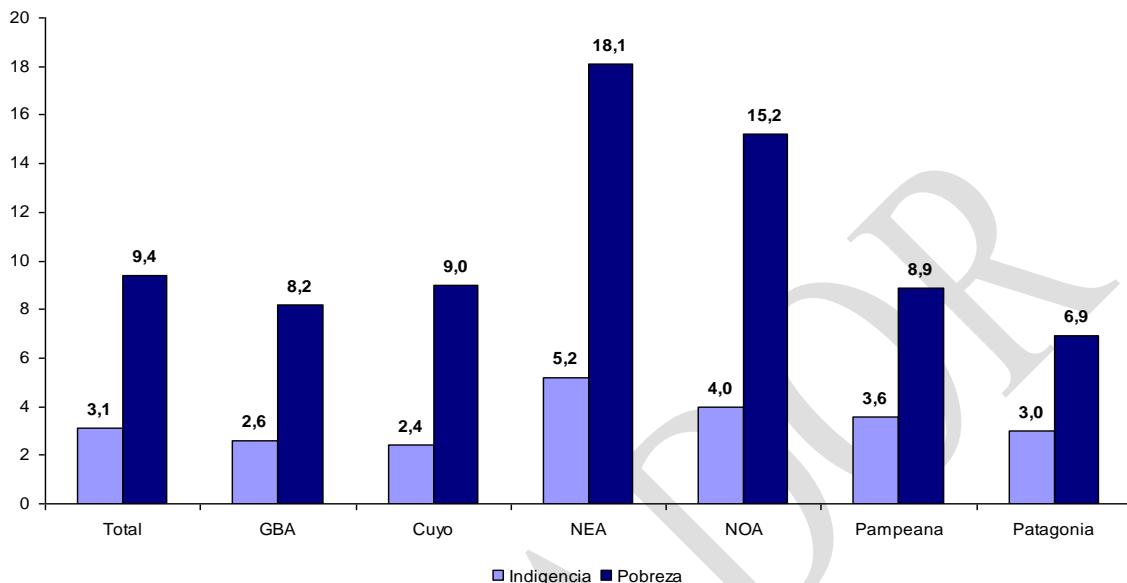


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)- INDEC

Si bien los indicadores de pobreza e indigencia han ido mejorando luego de la crisis, persisten inequidades a nivel regional. Así, en el Grafico N°13 se destaca que para las regiones NEA y NOA, los hogares pobres alcanzan el 18,1% y 16,2%, respectivamente, mientras que los indigentes

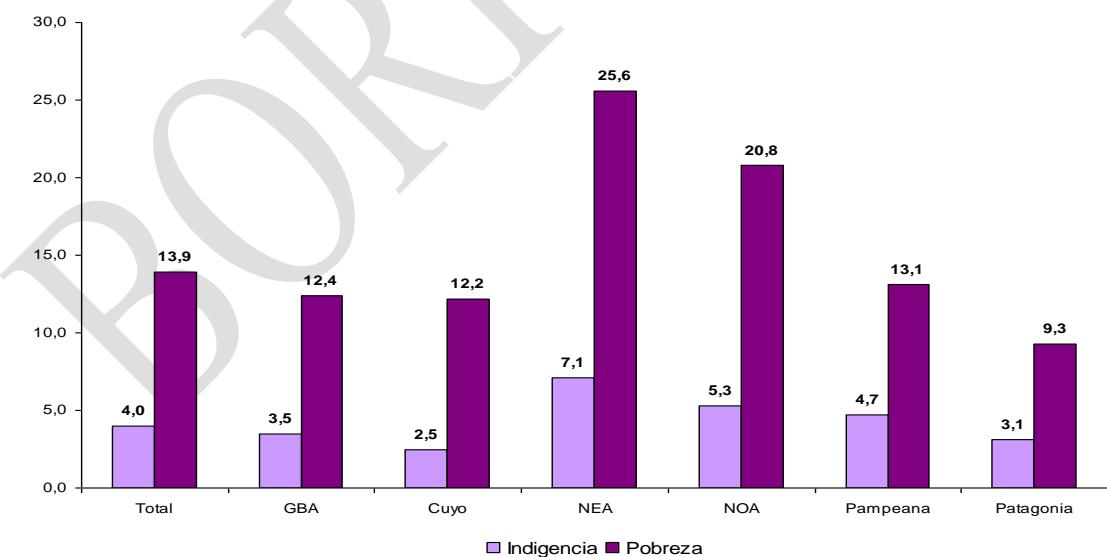
representan el 5,2% y 4,0%, correspondientemente. Igual conclusión se extrae si se analiza el Gráfico N°14, donde se presenta el porcentaje de población pobre e indigente, destacándose que en NEA el 25,8% de las personas es pobre, y en NOA el 20,8%.

Grafico N°13 : Porcentaje de hogares en condiciones de pobreza e indigencia según regiones. Argentina, primer semestre 2009.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)- INDEC

Grafico N°14 : Porcentaje de personas en condiciones de pobreza e indigencia según regiones. Argentina, primer semestre 2009.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)- INDEC

La pobreza y las inequidades regionales también pueden reflejarse a partir de otros indicadores, como el porcentaje de hogares con pobreza convergente, según el Índice de Privación Material

de los Hogares (IPMH)⁴, elaborado por el INDEC a partir de datos del Censo 2001. Considerando este indicador dividimos a las 24 jurisdicciones en cuartiles. Esto nos permite reconocer que el país está integrado por distintas provincias que comparten condiciones socioeconómicas diferentes ya que los hogares en los que confluye la pobreza patrimonial y de recursos no representan el mismo porcentaje en todas las jurisdicciones (Gráfico Nº15).

Gráfico Nº15 : Estratificación del país según porcentaje de hogares con privación convergente



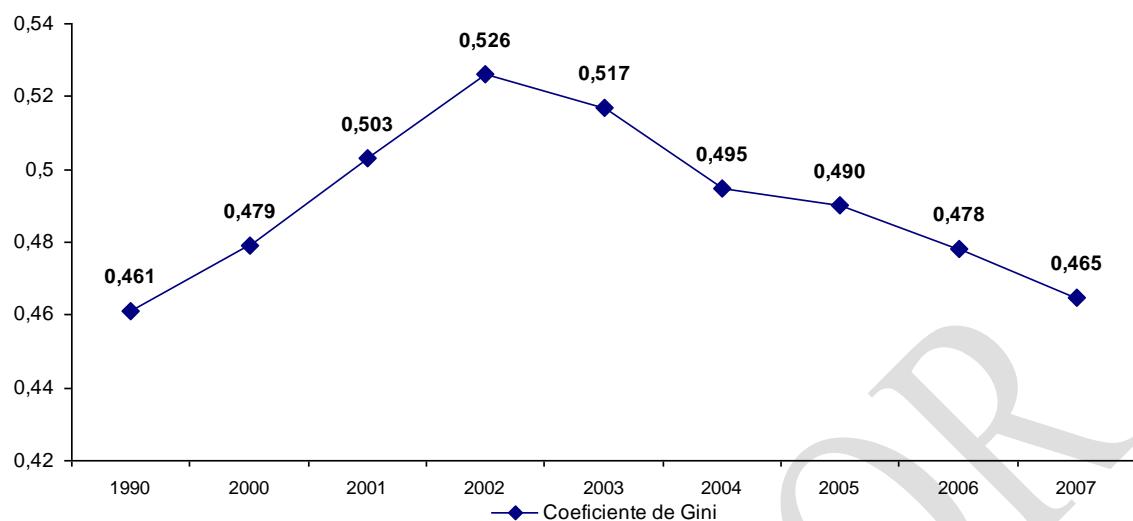
Fuente: Abriata, MG en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, junio de 2008.

Las provincias del NOA y NEA se encuentran entre las que poseen el mayor porcentaje de hogares con pobreza convergente e integran los estratos III y IV. El resto de las jurisdicciones (regiones Centro, Sur y Cuyo) se distribuyen entre los estratos I y II. Excepto Entre Ríos (R. Centro), San Juan y La Rioja (R. Cuyo) que se encuentran en el estrato III.

En relación a las inequidades, la crisis también generó un empeoramiento en la distribución del ingreso. En este sentido, el Gráfico Nº16 muestra la evolución del Coeficiente de Gini desde 1990 hasta el 2007. Así, se observa que entre 1990 y 2002, el coeficiente pasó del 0,461 al 0,526, es decir un incremento de 14,1%. Por el contrario, a partir del 2003 la desigualdad comienza a disminuir gracias al aumento del nivel de actividad, lo que repercutió en un aumento del empleo y los salarios más rezagados. No obstante, persiste el desafío de disminuir la inequidad, ya que aún no se ha alcanzado el nivel de comienzos de los noventa.

⁴ INDEC. Nota metodológica. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Este índice es utilizado para medir la pobreza (privación material) a partir de datos Censales. Reconoce dos formas de privación según su persistencia y duración: una estructural que suele ser de mayor evolución (hogares privados patrimonialmente) y otra que tiene que ver con carencias coyunturales (hogares privados de recursos corrientes) por lo cual permite hacer una primera distinción entre hogares con privación y hogares no privados. Dentro de los hogares con privación podemos encontrar tres categorías. Cuando la capacidad económica es escasa se habla de privación de recursos corrientes. Si el hogar posee malas condiciones habitacionales pertenece a la categoría de privación patrimonial. Cuando en un mismo hogar confluyen en forma simultánea ambos tipos de privación pasan a integrar la categoría de hogares con privación convergente.

Gráfico N°16 : Evolución del Coeficiente de Gini. 1990-2007

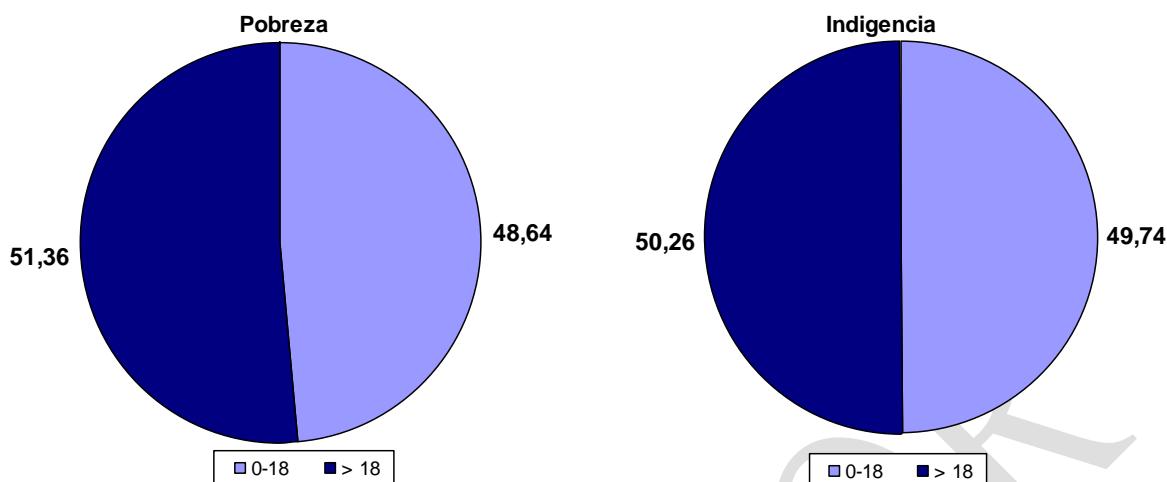


Fuente: Informe País 2007 y 2009. ODM.

La inequidad no sólo se observa a nivel de ingresos o regiones, también se pueden identificar grupos vulnerables. Por ejemplo, los niños, niñas y adolescentes se ven más afectados por condiciones de pobreza e indigencia. De acuerdo a los datos del primer semestre de 2009, un 13,9% de las personas son pobres, en tanto que para el grupo de 0 a 18 años este porcentaje es del 21%. Respecto a la indigencia, el porcentaje general es del 4%, mientras que para los menores de 18 años es del 6,8%. Por otro lado, si se observa como se distribuyen los pobres e indigentes de acuerdo a los grupos de edad, se percibe que un 50% de los pobres e indigentes son menores de 18 años⁵ (Gráfico N°17).

⁵ Datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) primer semestre 2009.

Grafico Nº17 : Pobreza e indigencia en porcentaje de personas por grupo de edad, primer semestre 2009



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)- INDEC

En conclusión, la Argentina ha superado la crisis económica, social y política que vivió hacia fines de 2001, lo que se refleja en la mejora de los indicadores expuestos. Sin embargo, persiste el desafío de superar la desigualdad producto de los niveles de pobreza e indigencia, lo que a su vez repercute en los problemas de salud que debe enfrentar el país.

3.2.2 SITUACIÓN DE SALUD

La presencia de distintas condiciones de vida en la población argentina (producto de las diferentes estructuras socioeconómicas) determinan un perfil epidemiológico dual, en el cual coexisten problemáticas de salud típicas de países en desarrollo (condiciones perinatales, morbilidad materna, enfermedades transmisibles, lesiones) y desarrollados (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo).

Por otro lado, el país está transitando un lento proceso de envejecimiento poblacional⁶, lo que también determina su perfil epidemiológico. En el año 1869 los mayores de 65 años representaban el 2,2% de la población, mientras que en el 2001 alcanzaron al 9,9% (Censo 2001). De acuerdo a las proyecciones del INDEC, este grupo población representa en 2010 el 10,4%⁷, conformándose en el grupo etario más numeroso, seguido por el de 15 a 19 años con el 8,5% (Tabla Nº 1). Si bien esta realidad es un indicio de las mejoras en las condiciones sanitarias, también implica un desafío para el sistema de salud, el cual debe prepararse para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas asociadas a la edad.

⁶ Por envejecimiento poblacional se entiende un proceso de cambio de la estructura por edad de la población, mediado por el aumento de la población mayor a 64 años.

⁷ El envejecimiento población se explica por la disminución constante de la tasa de natalidad y la evolución descendente de la tasa de mortalidad.

Tabla Nº1: Proyecciones nacionales de población por sexo y edad, 2010.

Edad	Población			En %		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
0- 4	3.419.673	1.740.485	1.679.188	8,4	8,8	8,1
5-9	3.321.992	1.689.364	1.632.628	8,2	8,5	7,9
10-14	3.414.646	1.735.344	1.679.302	8,4	8,7	8,1
15-19	3.449.559	1.751.386	1.698.173	8,5	8,8	8,2
20-24	3.349.723	1.697.550	1.652.173	8,3	8,6	8,0
25-29	3.209.903	1.618.705	1.591.198	7,9	8,2	7,7
30-34	3.248.807	1.628.149	1.620.658	8,0	8,2	7,8
35-39	2.712.018	1.353.587	1.358.431	6,7	6,8	6,6
40-44	2.373.257	1.179.076	1.194.181	5,9	5,9	5,8
45-49	2.225.891	1.093.940	1.131.951	5,5	5,5	5,5
50-54	2.068.656	991.757	1.076.899	5,1	5,0	5,2
55-59	1.903.397	906.470	996.927	4,7	4,6	4,8
60-64	1.627.136	760.092	867.044	4,0	3,8	4,2
>65	4.194.293	1.700.766	2.493.527	10,4	8,6	12,1
Total	40.518.951	19.846.671	20.672.280	100,0	100,0	100,0

Fuente: Barbieri, ME en base a datos del INDEC

Por otro lado, los distintos grupos poblacionales (niños y niñas, adolescentes y adultos) presentan problemáticas de salud que les son propias y es por ello, que las prioridades sanitarias deben tener en cuenta el enfoque de ciclo de vida. En este sentido, la Convención de los Derechos del Niño (CDN) presenta varios artículos en los cuales expresa el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes⁸. Por ejemplo, en el artículo 6 se estipula que *“los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y desarrollo del niño”*, y en el 24 se *“reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud posible y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”*. El Congreso de la Nación Argentina ratificó la CDN en 1990.

La siguiente sección abordará los principales problemas de salud de acuerdo a los enfoques planteados y las necesidades de cada grupo de edad particular.

Mortalidad

La tasa de mortalidad específica del país muestra en 2008 un valor de 7,6 por 1.000 habitantes (8,2 para hombres y 7,0 para mujeres), con escasa variación respecto a la del 2007, que alcanzó el 8 por mil habitantes (8,6 para hombres y 7,5 para mujeres)¹⁰.

Respecto a las principales causas de muerte, en la Tabla Nº 2 se presenta la distribución de las primeras cinco causas de muerte por grupo etario. En el mismo se destaca que las enfermedades cardiovasculares ocupan en 2008 el primer lugar dentro de las causas de muerte de los argentinos seguidas de los tumores y las enfermedades respiratorias. No obstante, esta situación cambia si se la analiza por grupos de edad, así las enfermedades cardiovasculares conservan el primer lugar de causa de muerte en el grupo de mayores de 65 años, mientras que las lesiones, que en el total de la población aparecen en quinto lugar, prevalecen como principal causa de muerte entre el primer año de vida y los 44 años. Por otro lado, entre los 45 y 64 años se destacan los tumores como primera causa de mortalidad, y en los menores de un año la

⁸ De acuerdo al artículo 1 de la CDN se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad.

⁹ El artículo 24 estipula que para la plena aplicación de este derecho, los Estados partes deben adoptar las siguientes medidas: (a) reducir la mortalidad infantil y en la niñez; (b) asegurar la prestación de servicios haciendo hincapié en la atención primaria; (c) combatir las enfermedades y la malnutrición; (d) asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, (e) asegurar que los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos, y (f) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia

¹⁰ Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales-2008. Serie 5 - Número 52.

Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales-2007. Serie 5 - Número 51.

categoría 15 “*Ciertas afecciones originadas en el período perinatal*” de la lista de mortalidad según causas seleccionadas de la DEIS.

Tabla Nº 2: Distribución de las primeras cinco causas de muerte según grupos de edad, 2008.

Total	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 y más
Cardiovasculares	Perinatales	Lesiones	Lesiones	Lesiones	Lesiones	Lesiones	Tumores	Tumores	Cardiovasculares
Tumores	Malformaciones congénitas	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Cardiovasculares	Cardiovasculares	Tumores
Respiratorias	Respiratorias	Respiratorias	Otras definidas	Otras definidas	Cardiovasculares	Cardiovasculares	Lesiones	Respiratorias	Respiratorias
Mal definidas	Lesiones	Malformaciones congénitas	Respiratorias	Cardiovasculares	Infecciosas	Infecciosas	Respiratorias	Mal definidas	Mal definidas
Lesiones	Mal definidas	Mal definidas	Malformaciones congénitas	Mal definidas	Respiratorias	Respiratorias	Mal definidas	Otras definidas	Otras definidas

Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Nota: la categoría *otras definidas* se agrupan una serie de defunciones bien definidas, en las que no se pudo distinguir un grupo de causas seleccionadas como principal causa de muerte

Teniendo en cuenta el total de defunciones y el peso relativo de las mismas cuando se las analiza según causas seleccionadas de mortalidad, se percibe que la población de mayores de 65 años registró el 69,0% del total de muertes en 2008 (302.133), 68,6% de las definidas y 74,0% de las mal definidas o desconocidas (Tabla Nº 3).

Como se vio en la Tabla Nº 2, la principal causa de mortalidad de ese grupo son las enfermedades cardiovasculares (35,1% del total de muertes), y dentro de estas la insuficiencia cardíaca (36,5%), las enfermedades cerebrovasculares (20,4%) y las enfermedades isquémicas (18,5%), figuran como las principales.

La segunda causa de muerte son los tumores, los cuales abarcan el 18,2% del total de muertes de este grupo (38.008 defunciones). Respecto al tipo de tumor, priman los tumores malignos (36.485), y dentro de ellos, los de tráquea, bronquios y pulmón, seguidos por los de colon, recto, de la porción rectosigmoidea y ano (4.735).

Las enfermedades respiratorias representan el 17,1% de las causas de defunción en los mayores de 64 años, siendo las de mayor peso las insuficiencias respiratorias agudas (39,1%) y la insuficiencia no clasificada en otra parte (25,8%).

Tabla Nº 3: Defunciones en adultos mayores según causa principal de mortalidad, 2008.

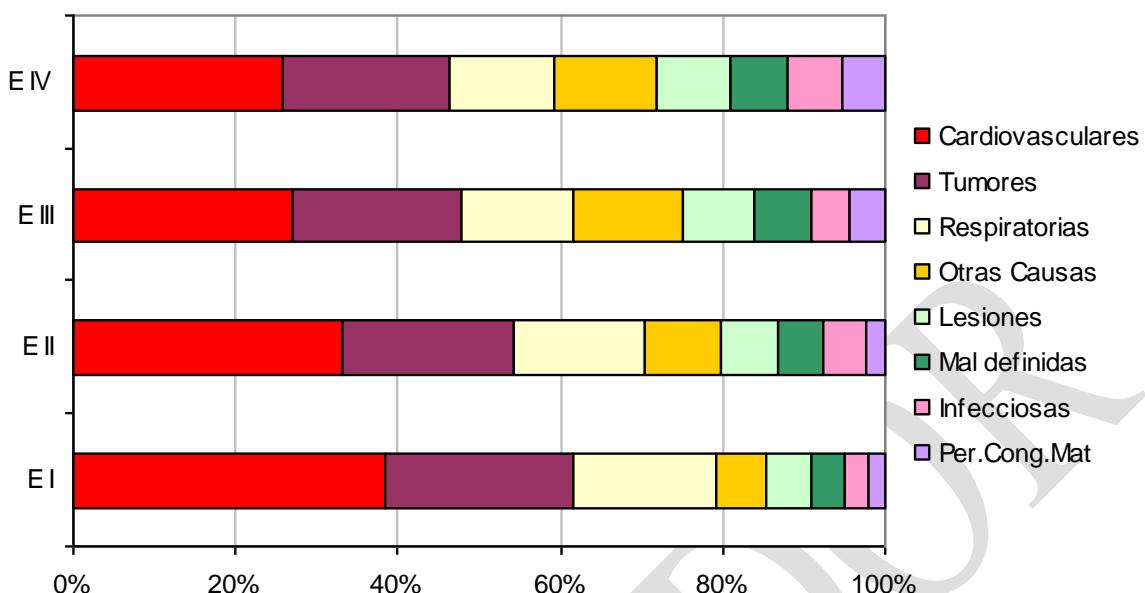
Grupo de causas	Defunciones		En % de las defunciones	
	Total	>65 años	Total	>65 años
Total	302.133	208.603	69,0	100,0
Total Definidas	277.412	190.309	68,6	91,2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	13.604	8.684	63,8	4,2
Tumores	59.553	38.008	63,8	18,2
Diabetes	7.745	5.815	75,1	2,8
Def. de la nutrición y anemias nutricionales	1.124	893	79,4	0,4
Trastornos metabólicos	1.681	1.425	84,8	0,7
Meningitis	347	99	28,5	0,0
Enfermedad de Alzheimer	1.353	1.318	97,4	0,6
Trastornos mentales y del comportamiento	2.594	2.024	78,0	1,0
Enfermedades del sistema circulatorio	90.379	73.177	81,0	35,1
Enfermedades del sistema respiratorio	43.497	35.665	82,0	17,1
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1.377	1.175	85,3	0,6
Enfermedades del hígado	4.981	2.066	41,5	1,0
Enfermedades del sistema urinario	8.457	6.885	81,4	3,3
Embarazo, parto y puerperio	322	-	-	-
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4.724	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.797	24	0,9	0,0
Causas externas	20.009	4.533	22,7	2,2
Otros	12.868	8.518	66,2	4,1
Mal definidas y desconocidas	24.721	18.294	74,0	8,8

Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

La mortalidad muestra diferencias si se la analiza por provincia con rangos de entre 5.75 x 1000 habitantes (6.45 para hombres y 5.30 para mujeres) y de 8.65 x 1000 (9.29 para hombres y 7.88 para mujeres). Por otro lado, se presentan divergencias en la distribución de las principales causas de muerte. En el Gráfico Nº18 se observa que los perfiles de mortalidad varían entre los estratos de pobreza de las provincias. En los estratos de menor privación (I y II) prevalecen las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias como principales causas de muerte, mientras que en los de mayor privación (III y IV) priman otras causas, las mal definidas y las lesiones.

Gráfico N°18 : Distribución de las principales causas de muerte según estratos de pobreza, 2008.

En porcentajes



Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Alternativamente, en 2008 para el total país se registra una pérdida de 102,4 años potenciales de vida (APVP¹¹) cada 1.000 habitantes. Este indicador no es parejo entre hombres y mujeres, así los hombres registran 133,6 APVP cada 1.000 habitantes y las mujeres 77,9 APVP cada 1.000 habitantes.

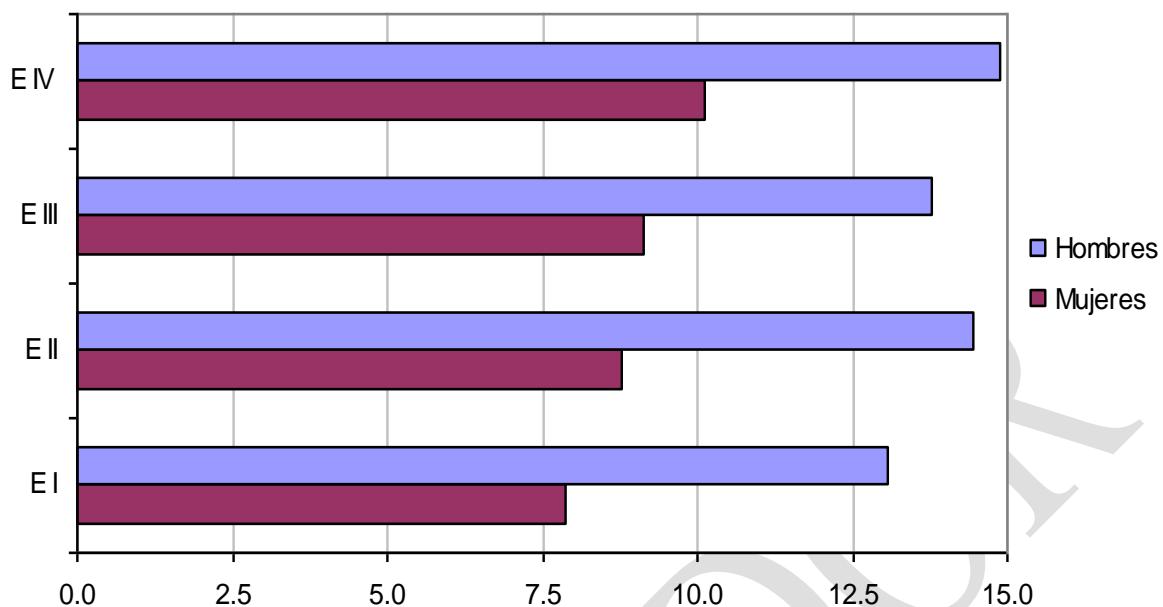
Para medir el impacto de la mortalidad sobre los años de esperanza de vida (AEV) de la población de hombres y mujeres (desde el nacimiento hasta los 85 años), se evaluó la contribución de cada causa seleccionada, utilizando la esperanza de vida al nacer y la descomposición de la mortalidad en base a la metodología desarrollada por Arriaga^{12 13}. La diferencia de AEVP en hombres no presenta el gradiente observado en las mujeres a medida que aumenta el nivel de pobreza, si bien entre los estratos I y IV, en promedio, se pierden 2 años más de esperanza de vida en los hombres en relación a las mujeres ambos sexos (Gráfico N°19).

¹¹ Los APVP que se presentan fueron ajustados por población de Argentina del año 2000.

¹² Arriaga EE. Los Años de Vida Perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. Notas de Población CELADE 1996; 24(63):7-38.

¹³ OPS. De datos básicos a índices compuestos. Una revisión del análisis de la mortalidad. Boletín Epidemiológico 2002; 23(4): 1-6.

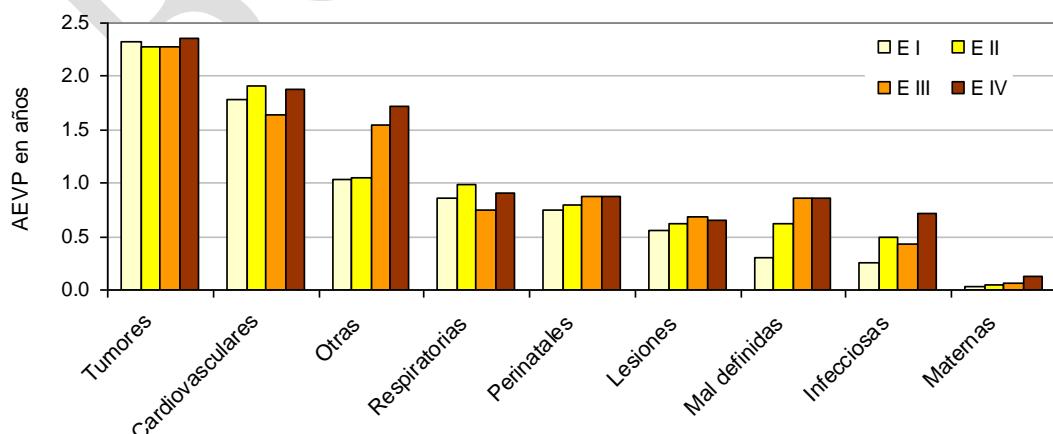
Gráfico N°19 : Años de esperanza de vida perdidos entre el nacimiento y los 85 años según sexo y estratos de pobreza, 2008.



Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) en las mujeres aumentan a medida que aumenta el nivel de pobreza en que fueron agrupadas las provincias (7,9 años en el Estrato I; 8,8 años en el Estrato II; 9,1 en el Estrato III; y 10,1 años en el Estrato IV). Los tumores, las enfermedades cardiovasculares, y otras causas (categoría en la que se agruparon una serie de defunciones bien definidas, en las que no se pudo distinguir un grupo de causas seleccionadas como principal causa de muerte), representan el mayor porcentaje de AEVP. El peso porcentual de las enfermedades cardiovasculares y de los tumores disminuye a medida que aumenta la pobreza, siendo el Estrato III el que registra la menor cantidad de AEVP por estas causas. Por el contrario, el porcentaje de AEVP por lesiones y causas mal definidas aumenta en el mismo orden en que lo hizo la pobreza (Gráfico N° 20).

Gráfico N° 20 : Años de esperanza de vida perdidos en mujeres entre el nacimiento y los 85 años según causas de muerte y estratos de pobreza, 2008.



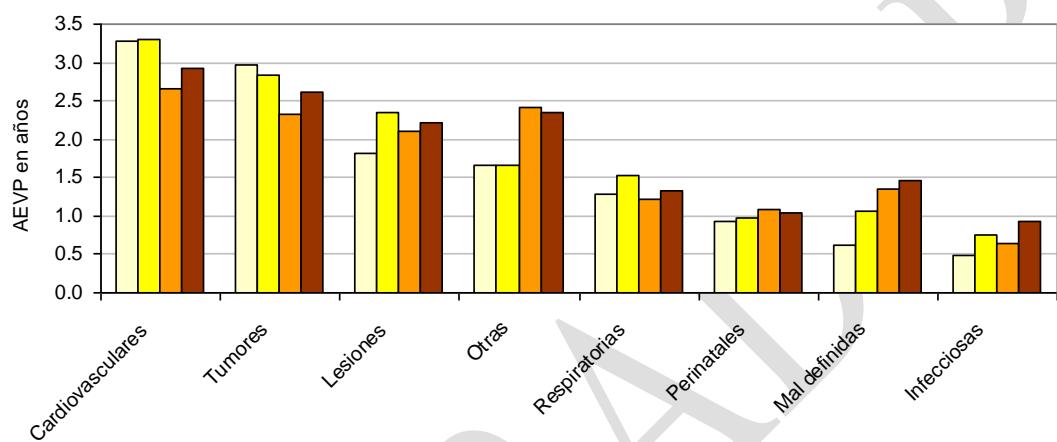
Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Nota: la categoría *Perinatales* agrupa a la categoría A.13. Afecciones originadas en el periodo perinatal y A.14. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Los hombres pierden mayor cantidad de años de esperanza de vida que las mujeres y la variación entre los estratos es más marcada (13,1 años en el Estrato I; 14,5 en el Estrato II; 13,8 en el Estrato III; 14,9 años en el Estrato IV).

Las enfermedades cardiovasculares se constituyen en la principal causa de AEVP en hombres de todos los estratos, seguidamente se encuentran los tumores y las lesiones. Al igual que en las mujeres, los AEVP por lesiones, causas mal definidas y enfermedades infecciosas, aumentan progresivamente del estrato I al IV (Gráfico N° 21).

Gráfico N° 21 : Años de esperanza de vida perdidos en hombres entre el nacimiento y los 85 años según causas de muerte y estratos de pobreza, 2008.



Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis del impacto de la mortalidad refleja que en la Argentina existe una problemática que se extiende por la gama de enfermedades no transmisibles, transmisibles y lesiones. Asimismo, los patrones de mortalidad son diferentes de acuerdo al perfil de pobreza de cada una de las jurisdicciones. En este sentido, en las regiones más ricas sobresale un perfil caracterizado por enfermedades del sistema circulatorio y tumores, mientras que en las más pobres se destacan las lesiones, las infecciones y otras causas.

Cardiovasculares

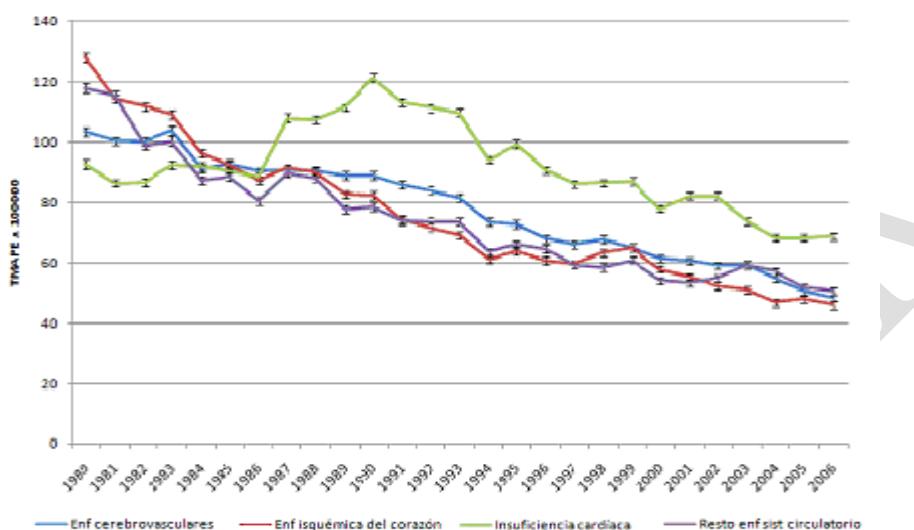
En la Argentina las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad (30% en 2008). Si se analiza por grupos de edad es la primera causa de muerte en los mayores de 65 años, y la segunda en los mayores de 44 años. Dentro de las condiciones cardiovasculares, en 2008 la insuficiencia cardíaca representa el 10,2% del total de muertes, seguida por las enfermedades cerebrovasculares (6,4%) y enfermedades isquémicas del corazón (6,0%)¹⁴.

De acuerdo a información del *Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles (ENT)* y *Factores de Riesgo (FR)*, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad muestran una tendencia decreciente desde 1987. Esto puede explicarse por la mayor disponibilidad de medicamentos que controlan la presión arterial, a una reducción en la prevalencia de tabaquismo, y a un mayor control de la hipercolesterolemia (Gráfico N° 22).

¹⁴ Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales-2008. Serie 5 - Número 52

Por otro lado, debe destacarse la tendencia ascendente (1986-1990) y descendente (1990-en adelante) de la insuficiencia cardíaca. Respecto al primer período se postula como explicación la presencia de una elevada prevalencia de la hipertensión, el abandono de la medicación y transgresiones alimentarias. Por el contrario, la mejora de este indicador está asociada a mejoras en la detección, diagnóstico temprano, tratamiento efectivo y aumento en la disponibilidad de unidades coronarias en los hospitales.

Gráfico Nº 22: Tasa de mortalidad estandarizada por edad. Enfermedades cardiovasculares, 1980-2006.



Fuente: Boletín de Vigilancia. Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación, 2009.

Si bien la tendencia de mortalidad por causas cardiovasculares es decreciente, es de esperar un aumento sostenido en las próximas décadas producto del incremento de la población, de la obesidad y la diabetes.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), realizada en el año 2005 por el MSAL, se detectó que en promedio país el 11,9% de las personas encuestadas tenían FRCV, lo que agrupa a más de 3 millones de personas mayores de 18 años. Entre los factores de riesgo más importantes y con mayor peso sobre el sistema de salud están la hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

Diabetes Mellitus

En el mundo desarrollado la prevalencia de la DBT rondaría el 6% de la población total y superaría el 7% de la población adulta. Los estudios de prevalencia en América Latina han sido esporádicos, difiriendo en variables metodológicas importantes (poblaciones estudiadas, edad, métodos de muestreo y criterios diagnósticos). Aún así, se podría concluir que la DBT afecta a 6-8% de sus poblaciones adultas urbanas.

En Argentina, se estimaron 1.426.000 diabéticos en el año 2000 y se prevé que este número llegará a 2.457.000 en el año 2030. Esta tasa de crecimiento es menor a la del total de la región de las Américas, África o Asia, es similar a la de EEUU y Canadá y muy superior a la del conjunto de los países europeos.

Algunos estudios de base poblacional que determinaron, mediante mediciones de glucemia, la prevalencia de DBT en ciudades de nuestro país como Rosario, La Plata y en cuatro ciudades de la región pampeana, registraron una prevalencia entre 6 y 7 % en mayores de 18 años.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se constata en el 12% de individuos mayores de 20 años y se afirma que la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) se ha duplicado en los últimos 10 años. Entre las causas más frecuentes de IRCT al ingreso al tratamiento dialítico fueron la DBT, con el 33,3% en el primer lugar y la Nefroangioesclerosis con el 22,2%, en el segundo.

La presencia de ERC se ha mostrado como un importante marcador pronóstico de riesgo cardiovascular y de mortalidad. Además se asocia a una mayor utilización de los servicios de salud y consecuentemente mayores costos.

Por todo ello, se deben establecer estrategias para la detección, diagnóstico especialmente en poblaciones de riesgo. Igualmente realizar un abordaje del problema no solo para evitar la progresión de la enfermedad renal, sino también a prevenir las complicaciones cardiovasculares asociadas y realizar prevención secundaria en estadios más precoces de la ERC. Esta tarea deberá realizarse de forma conjunta con médicos de Atención Primaria y otros especialistas que atienden a pacientes con alto riesgo cardiovascular.

Cáncer

La mortalidad por tumores es la segunda causa de muerte en el país desde hace más de una década, encontrándose como principal causa de mortalidad entre los 45 y 64 años de edad en el año 2008. Además ocupa un lugar importante como causa de AEVP; siendo la causa principal de pérdida de años de esperanza de vida en mujeres y la segunda en hombres, luego de las enfermedades cardiovasculares (Gráficos Nº 20 y 21). El perfil de la mortalidad por cáncer en el año 2008 también presenta variaciones entre hombres y mujeres y entre los estratos de pobreza.

En los hombres, si bien el cáncer de pulmón registra la mayor tasa de mortalidad, ésta se reduce en los estratos con mayor pobreza. Igual comportamiento se observa con el cáncer de colon y recto. Por el contrario, la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de estómago aumenta en forma proporcional al aumento de la pobreza. Por otra parte, en las mujeres el cáncer de mama registra una tasa de mortalidad superior al resto de los tumores en todos los estratos (Tabla Nº 4).

Es muy llamativo lo que ocurre con el cáncer de cuello de útero, mientras en el estrato I registra una tasa ajustada (por población mundial), de 3,18 muertes cada 100.000 habitantes, ésta aumenta en forma proporcional a la pobreza, alcanzando una tasa de 9,69 muertes cada 100.000 habitantes en el estrato más pobre, algo más de tres veces mayor que lo registrado en el estrato con menor pobreza. Al igual que en los hombres el cáncer de estómago aumenta su tasa de mortalidad con el incremento de la pobreza, registrando valores más bajos que en éstos (Tabla Nº 4).

Tabla Nº4: Tasas de mortalidad específica por cáncer ajustadas por población mundial según sitio tumoral y estratos de pobreza en hombres y mujeres por 100.000 habitantes, 2008

Hombres

Cáncer según sitio tumoral	Estrato I		Estrato II		Estrato III		Estrato IV	
	TBM	TAM	TBM	TAM	TBM	TAM	TBM	TAM
Pulmon	41,48	31,70	36,70	31,17	20,21	20,63	22,32	26,34
Colon-recto	23,36	16,26	20,21	16,05	10,35	10,32	8,62	9,93
Próstata	24,26	14,64	19,99	14,33	16,53	15,19	16,02	17,88
Páncreas	11,94	8,60	10,33	8,46	6,35	6,26	4,95	5,74
Estómago	9,80	7,28	9,50	7,85	7,89	7,74	8,65	9,98
Mal definidos	11,01	7,79	13,36	10,79	5,59	5,46	5,54	6,44

Mujeres

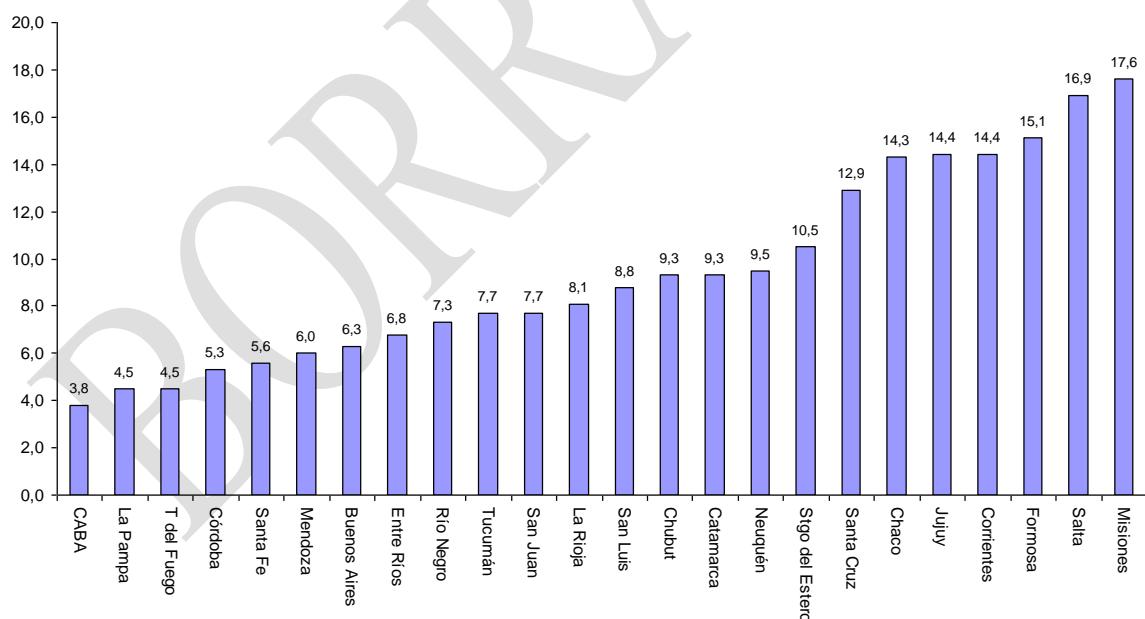
Cáncer según sitio tumoral	Estrato I		Estrato II		Estrato III		Estrato IV	
	TBM	TAM	TBM	TAM	TBM	TAM	TBM	TAM
Mama	34,94	20,37	26,22	17,78	21,22	17,96	14,33	14,86
Útero cuello	4,06	3,18	4,20	3,54	5,12	4,86	9,02	9,69
Útero no especif.	2,67	1,35	1,78	1,08	1,11	0,85	0,69	0,72
Útero cuerpo	4,54	2,87	5,82	4,18	6,84	5,95	5,45	5,49
Pulmón	16,02	9,47	12,45	8,67	7,54	6,29	6,76	6,83
Colon-recto	18,95	9,20	17,66	10,23	8,68	6,52	7,04	6,94
Páncreas	12,19	5,68	10,03	5,82	7,25	5,57	6,04	5,91
Estómago	5,88	2,96	5,25	3,17	4,87	3,88	4,02	3,94
Mal definidos	9,89	4,76	10,57	6,40	7,00	5,31	5,41	5,33

Fuente: Abriata, MG en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación

El cáncer de cuello de útero es el tumor que refleja con mayor crudeza la desigualdad social en salud. Aún siendo una enfermedad casi completamente prevenible con conocimientos y tecnologías disponibles, afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socio-económico, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje. La enfermedad y muerte de estas mujeres tienen consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, con pérdida de trabajo, ingresos, y ausentismo escolar de los niños del hogar¹⁵.

En Argentina, como puede observarse en el siguiente gráfico, la estratificación de las jurisdicciones según la tasa de mortalidad específica por cáncer de cuello de útero, tiene grandes coincidencias con la estratificación según pobreza convergente. Misiones, Corrientes, Formosa, Chaco y Salta son provincias que simultáneamente pertenecen al estrato con mayor pobreza y poseen las mayores tasas de mortalidad por este tipo de cáncer.

Gráfico Nº 23: Tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero estandarizada por edad por 100.000 mujeres, 2004-2006.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino

Lesiones

Las lesiones en general son un problema de salud pública ya que afectan de manera grave la salud, y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población. En la Argentina

¹⁵ Silvina Arrossi. Informe Final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Proyecto para I mejoramiento del programa de prevención de cáncer de cuello uterino en Argentina.

constituyen la quinta causa de muerte en 2008. Sin embargo, conforman la primera causa de mortalidad para los menores de 45 años, siendo una problemática que afecta de forma particular a la población más joven del país, y en especial a los hombres.

Las causas de lesiones pueden clasificarse en intencionales y no intencionales. Las intencionales agrupan a los homicidios, los suicidios y otras violencias. Las causas no intencionales incluyen a las colisiones vehiculares, las caídas, las lesiones producidas en el ámbito laboral, doméstico y las que se producen en espacios recreativos y escolares.

De acuerdo a datos del *Boletín de Vigilancia de ENT y Factores de Riesgo*, en 2007 el 60% de las muertes por causas externas son por lesiones no intencionales, le siguen los suicidios (16,1%), las de intención no determinada y las agresiones. El 23,5% del total de lesiones son por el transporte. Por otro lado, se estima que en 2008 murieron aproximadamente 4.606 personas por lesiones asociadas al tránsito, sucediendo la mayoría de las mismas en la región Centro (54,1%) (Tabla Nº 5).

Tabla Nº 5: Muertes por lesiones de tránsito, 1997-2008

Región	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Centro	1.857	2.267	2.088	2.043	2.283	1.822	1.954	1.879	1.879	2.194	2.328	2.494
Cuyo	393	458	511	460	490	473	499	483	494	563	559	611
NOA	326	336	304	274	291	348	311	342	366	447	520	540
NEA	360	362	337	277	322	267	307	346	409	427	527	552
Patagonia	211	364	325	244	268	214	259	274	310	302	366	409
Total país	3.147	3.787	3.565	3.298	3.654	3.124	3.330	3.324	3.458	3.933	4.300	4.606

Fuente: Barbieri, ME en base a datos del Boletín de vigilancia de ENT y FR y DEIS.

En términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), se ha estimado que por las muertes causadas por el tránsito durante el año 2000 se perdieron un total de 104.260 AVADs, 75% de los cuales correspondieron a los hombres¹⁶.

El 8,5% de la demanda asistencial en las guardias pediátricas en una amplia región del país es motivado por lesiones no intencionales. Entre las lesiones registradas, las colisiones ocuparon el primer puesto, y las quemaduras el segundo como causa de internación¹⁷. En la Tabla Nº 6, se observa que en los egresos hospitalarios por lesiones causadas por el tránsito del año 2000, predominan los hombres en todos los grupos etarios (68,9% en total), y que entre los 20 y 24 años se concentran la mayor cantidad de egresos.

Tabla Nº 6: Distribución de egresos hospitalarios por lesiones causadas por el tránsito según sexo y edad, 2000.

¹⁶ Lacasta, L. *Los costos en vidas, salud y atención de los accidentes de tránsito en Argentina* en Aspectos demográficos y sociales de los accidentes de tránsito en áreas seleccionadas de la Argentina. Comisión Nacional de Programas e Investigación Sanitaria. Ciudad de Buenos Aires. 2004. pp23-32.

¹⁷ FISA. Resumen ejecutivo: Estado del conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Seguridad vial, en Argentina. 2007.

Grupo etario	Egresos hospitalarios		
	Total	% grupo etario	% de varones
0 a 4	1.549	5,4	62,2
5 a 9	2.599	9,1	65,9
10 a 14	2.904	10,2	65,9
15 a 19	3.815	13,3	66,7
20 a 24	4.392	15,4	73,0
25 a 29	2.994	10,5	72,5
30 a 34	2.010	7,0	71,2
35 a 39	1.683	5,9	70,6
40 a 44	1.426	5,0	71,7
45 a 49	1.300	4,5	66,4
50 a 54	1.142	4,0	68,4
55 a 59	873	3,1	70,8
60 a 64	638	2,2	70,7
> 65	1.259	4,4	66,8
Total	28.584	100,0	68,9

Fuente: Lacasta, L. Los costos en vidas, salud y atención de los accidentes de tránsito en Argentina en Aspectos demográficos y sociales de los accidentes de tránsito en áreas seleccionadas de la Argentina. Comisión Nacional de Programas e Investigación Sanitaria. Ciudad de Buenos Aires. 2004. pp 27.

Las lesiones no sólo representan un problema en términos de mortalidad. Se estima que cada año, 50 millones de personas sufren alguna lesión por esta causa, en los países en desarrollo, con las consecuentes secuelas transitorias o permanentes de discapacidad que determinan restricciones en las funciones físicas y psicosociales, disminuyendo la calidad de vida¹⁸. Asimismo, en términos económicos se calcula que las lesiones ocasionadas por el tránsito insumen entre el 1% y 2% del Producto Nacional Bruto (PNB) de un país¹⁹.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) desarrollada en 2005 presenta información relevante para entender la importancia de las lesiones por tránsito. De acuerdo a esta fuente de información: 16,8% de aquellos que manejaron en el último mes lo hicieron al menos una vez habiendo bebido alcohol y 52% de los que manejaron nunca utilizaron el cinturón de seguridad.

Asimismo, esta encuesta muestra datos relativos a lesiones intencionales. Así, a nivel nacional el 5,5% de la población reportó haber sufrido un robo a mano armada en los últimos 12 meses.

Con respecto a la mortalidad por lesiones intencionales, según el reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “en Sudamérica la tendencia de la mortalidad por homicidios ha aumentado en general, pero especialmente entre jóvenes del sexo masculino. Los suicidios tienen un peso importante y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. Tanto en América del Norte como del Sur, hay más suicidios que homicidios”.²⁰

En el año 2008 se registran 3.123 suicidios (1,0% del total de las muertes) y 1.824 homicidios (0,6% del total de las muertes). La mortalidad por estos eventos es más baja en las mujeres; siendo las tasas de suicidios más elevadas que las de homicidios para ambos sexos (gráfico N° 24).

Con respecto al impacto sobre la esperanza de vida, los suicidios (cuya frecuencia es mayor) determinan más cantidad de años potenciales de vida perdidos que los homicidios en las

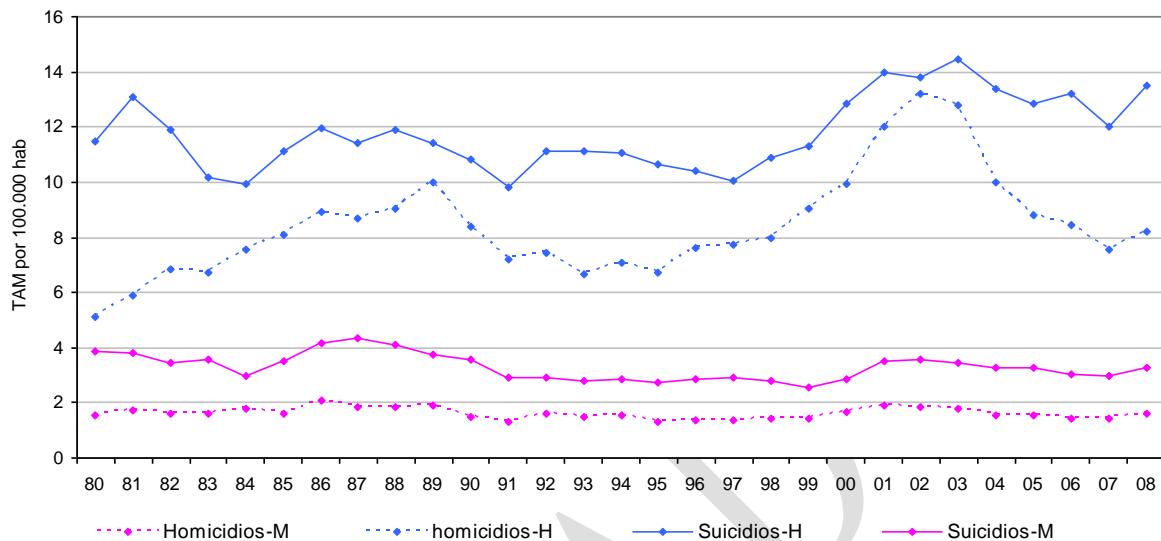
¹⁸ Jamison, D.T.; Breman, J.G.; Measham, A. R.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D.B.; Jha, P.; Mills, A.; Musgrove, P. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*, Washington, Oxford University Press and y World Bank, 2006. pp 737-754.

¹⁹ Jacobs, G., Astrop, A., Aeron-Thomas, A. *Estimating global road fatalities*. Londres. Transport Research Laboratory. RN°445. 2000.

²⁰ Specogna, M y Abriata, MG. Tendencias de muertes por suicidios y homicidios. Argentina 1980-2006. Boletín Epidemiológico Periódico (en edición). Ministerio de Salud de la Nación.

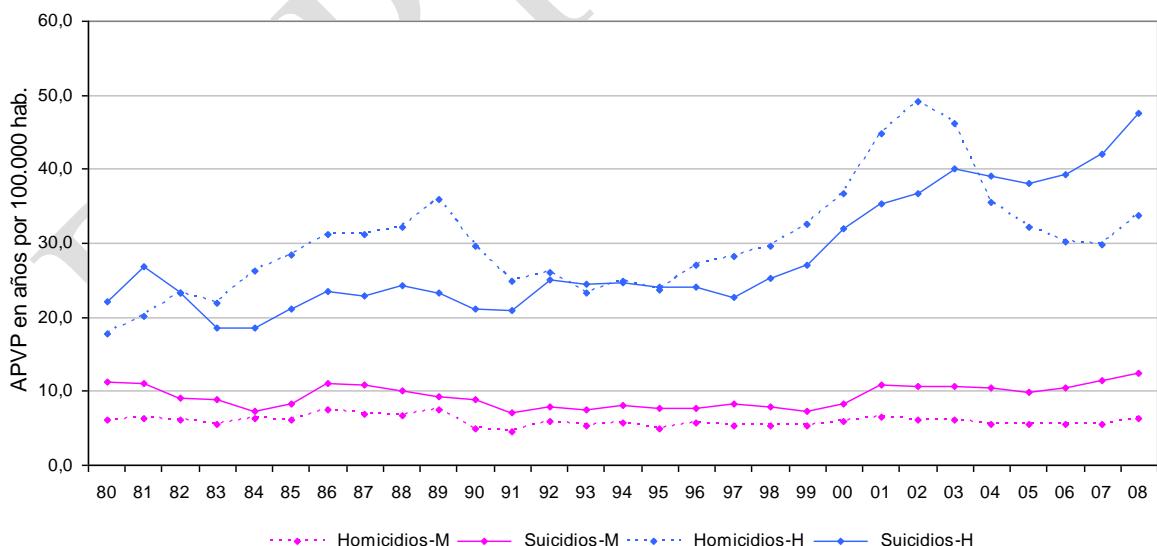
mujeres. Sin embargo, en los hombres, los APVP por esta causa son menos que los perdidos por homicidios hasta el año 2004, año a partir del cual el evento estaría afectando a personas más jóvenes por lo cual la pérdida de años potenciales de vida supera a la causada por homicidios (Gráfico N° 25).

Gráfico N° 24 : Evolución de la mortalidad específica por suicidios y homicidios ajustadas por edad en hombres y mujeres, 1980-2008.



Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico N° 25 : Evolución de las tasas de años potenciales de vida perdidos por suicidios y homicidios ajustados por edad en hombres y mujeres, 1980-2008.



Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Los APVP por cada 10.000 mujeres a causa de suicidios tuvieron un rango entre 11,3 en 1980 y 12,4 en 2008, lo que implica que estos eventos sucedieron a edades más bien avanzadas. Entre los hombres, por lo contrario, los APVP por suicidios varían de 22,2 en 1980 a 47,6 en 2008, marcando un incremento del 114,6%.

Morbilidad

La transición epidemiológica obliga a considerar distintas fuentes para evaluar la morbilidad del país, las estadísticas vitales, el Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS), la información específica por programas y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), permiten tener una visión global de los distintos problemas de salud que conviven en la actualidad.

Factores de riesgo

Los resultados sobre mortalidad muestran la relevancia de las enfermedades no transmisibles dentro de las problemáticas de salud del país. Este fenómeno se está instalando mundialmente, excepto en aquellos lugares en donde todavía la pobreza extrema y las condiciones de vida muy desfavorables hacen que las enfermedades transmisibles sigan ocupando un lugar significativo.

En este contexto, resulta fundamental tener en cuenta los factores de riesgo que dan causa a estos problemas de salud. Para ello, siguiendo las recomendaciones de la OPS se ha implementado en el año 2005 la ENFR, la cual permite ampliar el análisis hacia la morbilidad de ciertos determinantes que contribuyen al desarrollo de enfermedades no transmisibles. A continuación, se presentan las principales conclusiones asociadas a los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, colesterol, consumo de alcohol, peso y actividad física.

Tabaquismo

El tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible. En el país causa más de 40.000 muertes y 824.804 años de vida saludables perdidos. Asimismo, implica un importante costo para el sistema de salud. Se estima que el gasto asociado al tratamiento de las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco representa el 15,6% del gasto total en salud del país y supera ampliamente al conjunto de impuestos al tabaco del año en estudio²¹.

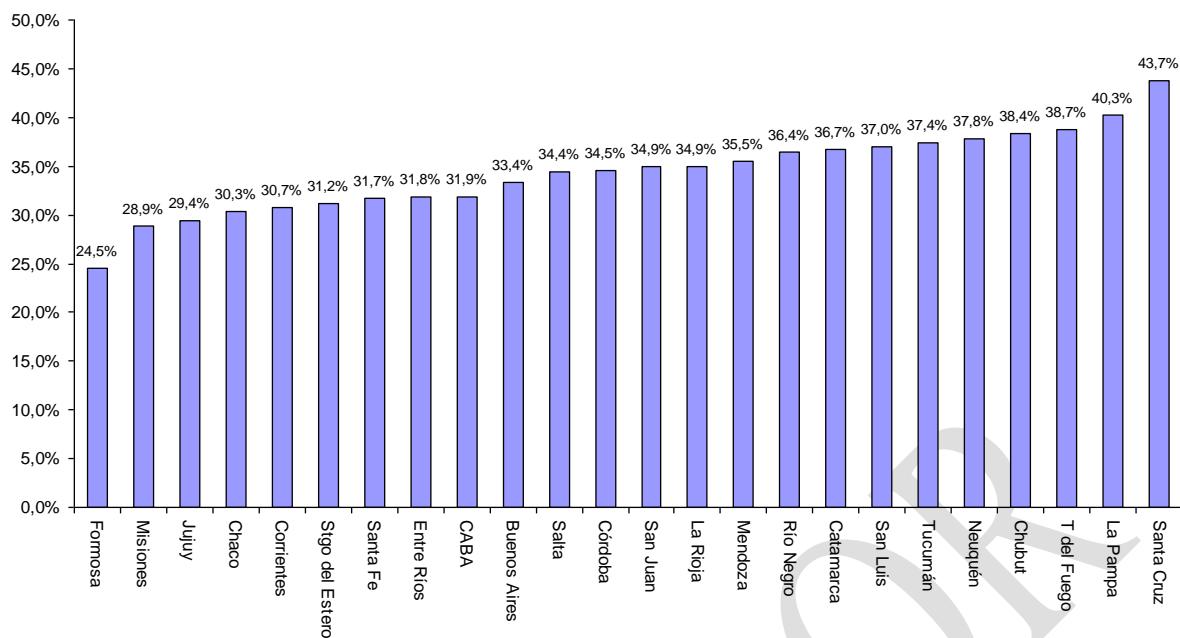
De acuerdo a la ENFR el porcentaje de fumadores en la población de 18 a 64 años es de un 33,4%. La prevalencia nacional de consumo de tabaco en hombres es de un 38,4% y en las mujeres desciende al 28,6%. El 56,4% de la población está expuesta en forma habitual al humo ambiental de tabaco. El 7,2% de los fumadores está dispuesto a dejar de fumar antes de un mes.

La prevalencia de consumo de tabaco no fue uniforme en todas las jurisdicciones, los valores más elevados se encuentran en provincias de la región Sur como Santa Cruz (43,7%), La Pampa (40,3%) y Tierra del Fuego (38,7%). Por el contrario, Formosa (24,5%) y Misiones (28,9) presentan los valores más bajos (Gráfico Nº26).

Gráfico Nº26 : Prevalencia del consumo de tabaco, 2005.

En porcentaje

²¹ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005) "Costos directos de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en Argentina", Programa Nacional de Control del tabaco.

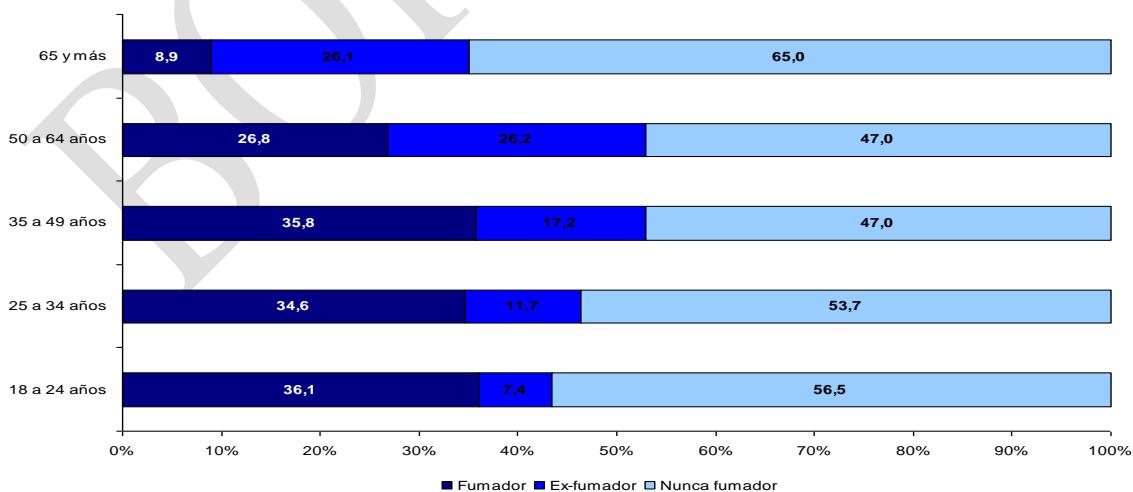


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

El Gráfico N° 27 muestra la prevalencia de consumo de tabaco por grupos de edad. En el mismo, se observa que en el grupo de 18 a 24 años se destaca la mayor participación de fumadores con el 36,1%, seguido por el de 35 a 49 años con el 35,8%. Por el contrario, en los mayores de 65 años se presenta el menor consumo de tabaco con el 8,9%. Finalmente, en los mayores de 50 años se registra la mayor relevancia de personas que han abandonado el consumo del tabaco (26 % aproximadamente).

Gráfico N° 27: Prevalencia del consumo de tabaco por edad, 2005.

En porcentaje



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

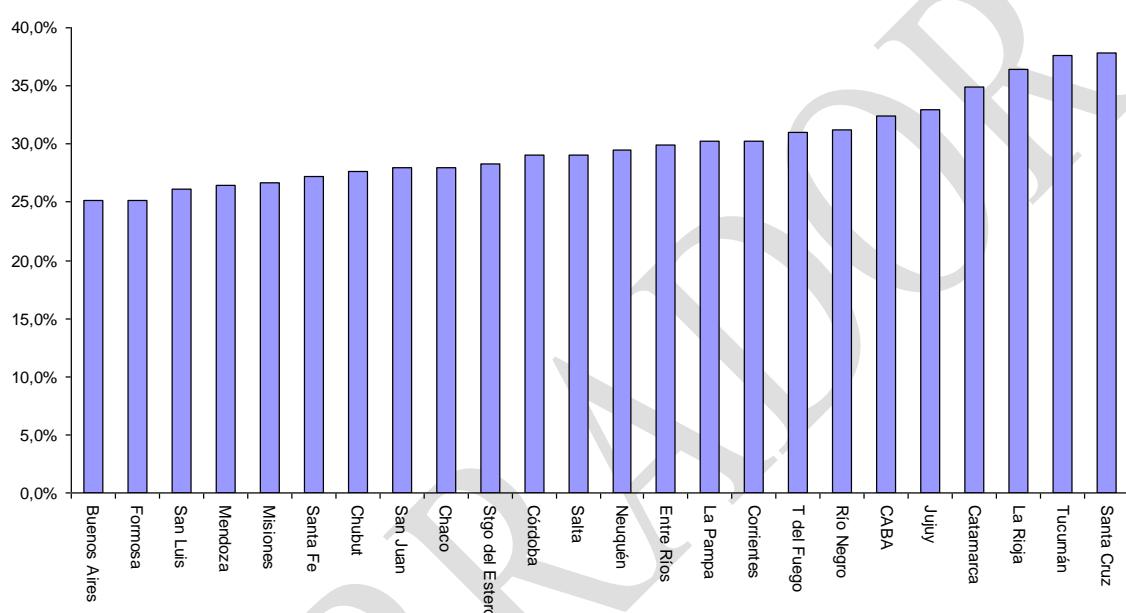
Colesterol

El colesterol elevado explica el 18% de la enfermedad cerebrovascular, el 59% de la enfermedad coronaria y el 8% de todas las muertes. Asimismo, constituye uno de los principales gastos en tratamientos ambulatorios en países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo. Entre los determinantes del colesterol elevado se encuentran una dieta rica en grasas y calorías, herencia, condiciones metabólicas como diabetes y mayor edad.

A nivel nacional, el 56,8% de la población mayor de 20 años refiere haberse medido alguna vez el colesterol y el 27,9% de la población manifiesta tener colesterol elevado (no se presentan diferencias significativas por sexo).

Gráfico N°28 : Población con colesterol elevado, 2005.

En porcentaje

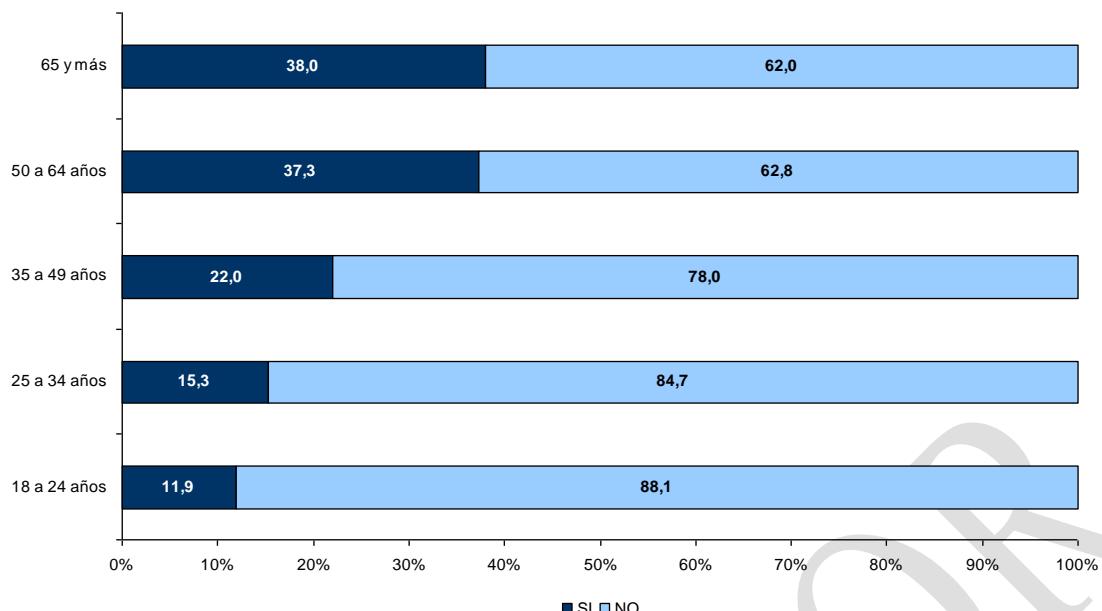


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

El Gráfico N° 29 muestra la prevalencia de colesterol por grupos de edad. Los mayores de 65 años presentan el mayor porcentaje de colesterol elevado con el 38,0%, seguido por el grupo de 50 a 64 años con el 37,3%. Por el contrario, las personas entre 18 y 24 años registran colesterol elevado en el 11,9% de los casos, y los de 25 a 34 años en el 15,3%. Finalmente, el grupo de 35 a 49 años muestra un 22,0% de su población con colesterol elevado.

Gráfico N° 29: Población con colesterol elevado por edad, 2005.

En porcentaje



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol tiene consecuencias tanto por intoxicación aguda, aumentando especialmente el riesgo de accidentes y violencia doméstica como por el consumo crónico, que se asocia no sólo con enfermedades hepáticas, cardiovasculares y cáncer, sino también con problemas psicosociales.

A partir de la ENFR se estima que el consumo regular de riesgo a nivel nacional es de 9,6%, con mayor relevancia en hombres (13,6%) que en mujeres (6,1%). (Gráfico Nº 30).

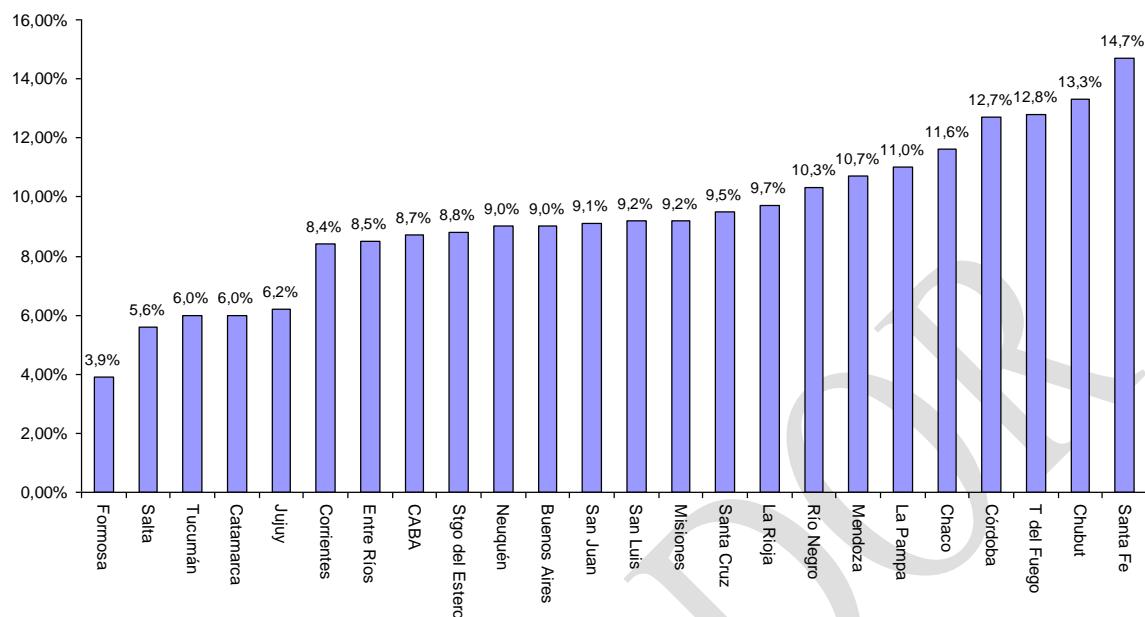
Por la Encuesta Mundial de Salud Escolar²² la prevalencia de consumo entre población adolescente escolarizada es de 56,8%; en población de 18 a 24 años el consumo de alcohol episódico de riesgo es de 18,8% y el de consumo regular de riesgo de 8,5%.

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 AVADs.

²² Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resultados 2007. Argentina

Gráfico Nº 30 : Población con consumo regular de riesgo de alcohol, 2005.

En porcentaje

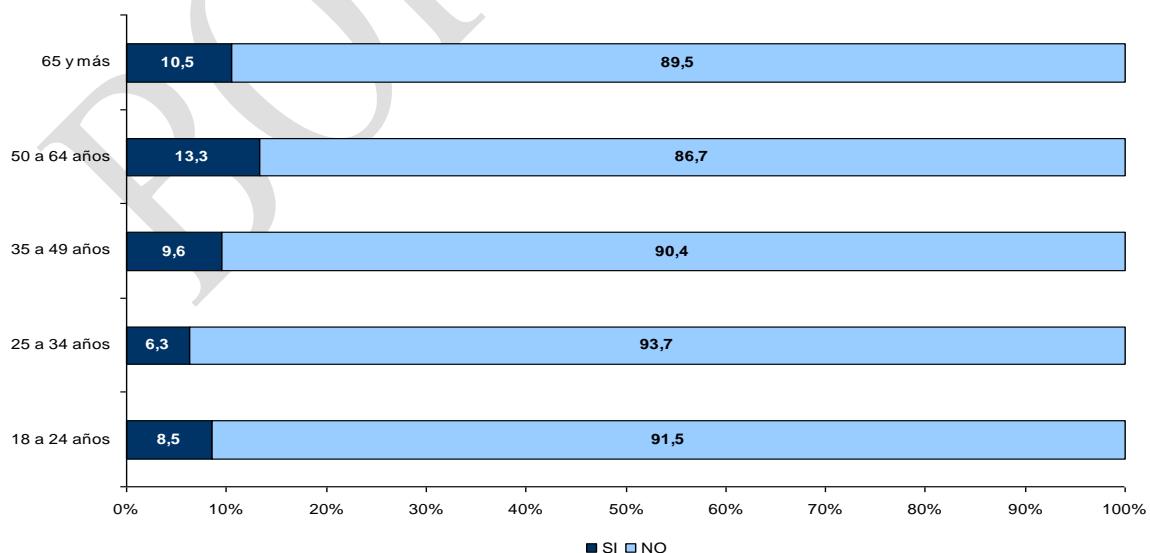


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

El Gráfico Nº 31 presenta el consumo regular de riesgo de alcohol por edad. Se observa que el grupo de 50 a 64 años muestra la mayor relevancia de consumo de riesgo con el 13,3%, seguido de los mayores de 65 años con el 10,5%.

Gráfico Nº 31 : Población con consumo regular de riesgo de alcohol por edad, 2005.

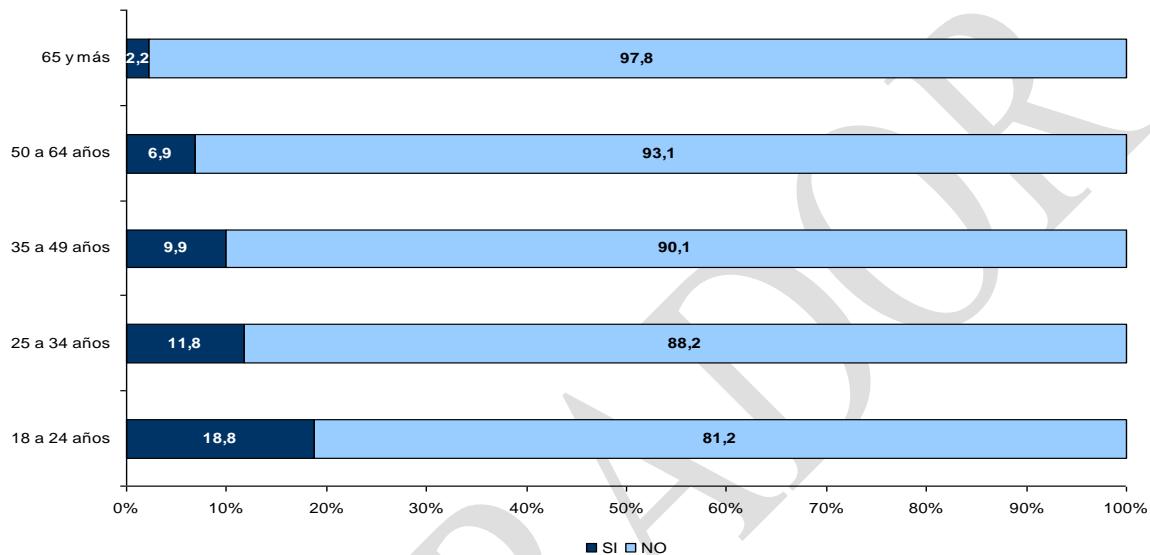
En porcentaje



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

Por el contrario, la población entre 25 y 34 años registra un 6,3% de consumo de riesgo, y los de 18 a 24 años un 8,5%. Sin embargo, si se analiza el consumo de alcohol episódico excesivo según edad (Gráfico Nº 32), las relaciones se invierten, destacándose que el 18,8% de la población entre 18 y 24 años presenta un consumo episódico excesivo, mientras que en los mayores de 65 años este porcentaje alcanza a solamente el 2,2% de la población y para los de 50 a 64 años el 6,9%. Asimismo, entre los 25 y 34 años un 11,8% manifiesta tener un consumo episódico excesivo y entre los 35 y 39 años el 9,9%.

Gráfico Nº 32: Población con consumo de alcohol episódico excesivo según edad, 2005.
En porcentaje



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

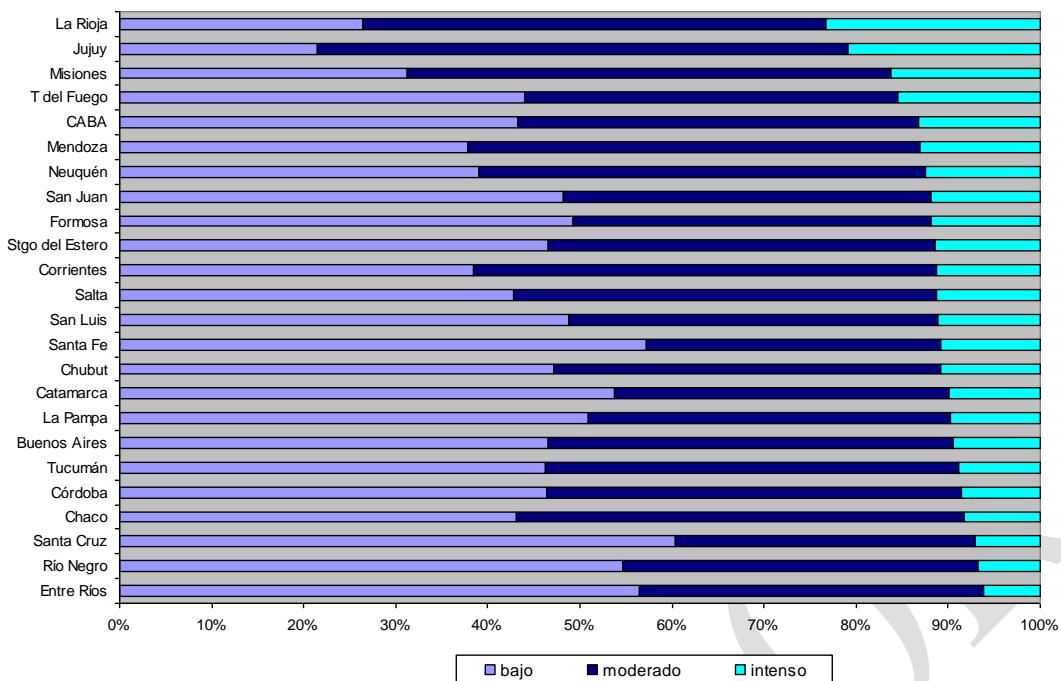
Actividad física

La actividad física regular reduce la morbi-mortalidad en personas sanas disminuyendo la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión y osteoporosis, como así también la incidencia de algunos cánceres como colon y mama, y mejora la evolución de diversas enfermedades, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y diabetes.

A nivel nacional un 46,2% de la población manifiesta, al momento de la encuesta, realizar un bajo nivel de actividad física, un 43,4% moderado y sólo el 10,5% actividad física intensa. Si se analiza por sexo, se destaca que los varones realizan en mayor medida una actividad física intensa con el 15%, frente a las mujeres con el 6,3%. (Gráfico Nº 33).

Gráfico Nº 33 : Población por nivel de actividad física, 2005.

En porcentaje

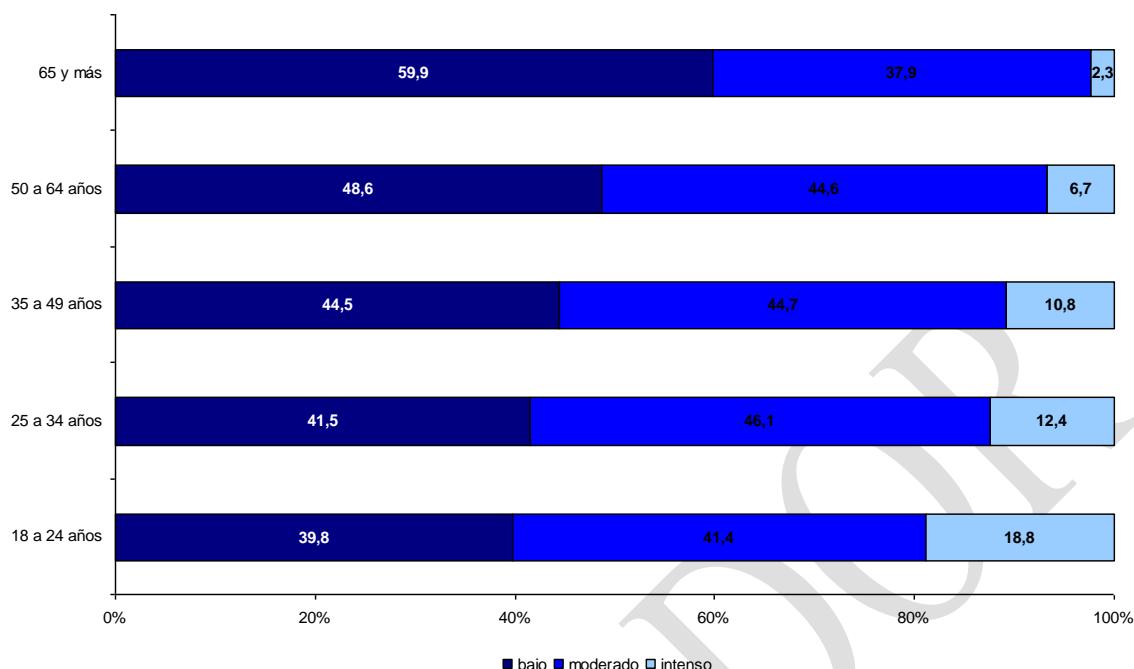


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

El Gráfico N° 34 muestra la actividad física por grupo de edad. En el mismo se vislumbra que la intensidad de la actividad está indirectamente relacionada con la edad. De esta forma, el grupo de 18 a 24 años se destaca con un 18,8% de su población con un nivel de actividad intensa, frente al 2,3% de los mayores de 65 años.

Gráfico N° 34 : Población por nivel de actividad física por grupo de edad, 2005.

En porcentaje



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

Peso corporal en adultos

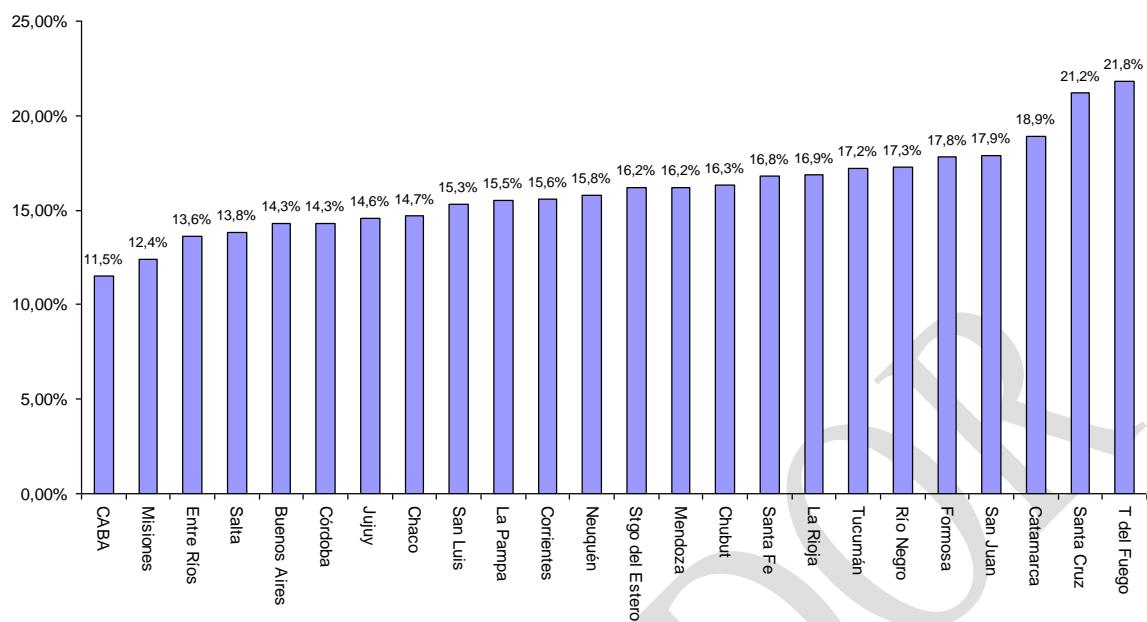
Los cambios en los hábitos alimenticios y de vida de nuestra sociedad, consecuencia de las nuevas ofertas del mercado de alimentos, urbanización de la población, características de las jornadas laborales, entre otras, pueden explicar una parte del perfil del peso de la población. Junto con la escasa actividad física, producen que cada vez mayor parte de la población se encuentre con sobrepeso u obesidad condiciones que están asociadas a la hipertensión y otras enfermedades coronarias, diabetes y cánceres.

En el caso de la ENFR, vale recordar que todos los datos se recabaron mediante el autoreporte de los encuestados. Las categorías de índice de masa corporal (IMC) fueron definidas de la siguiente manera según indicadores del CDC: peso normal: 18,5 a 24,9 Kg/m²; sobre peso: 25 a 29,9 Kg/m² y obesidad: 30 o más Kg/m².

En Argentina, sólo el 51% de la población registra un IMC normal; 34,4% sufre de sobrepeso y un 14,6% de obesidad. (Gráfico N° 35).

Gráfico N° 35 : Población obesa, 2005.

En porcentaje

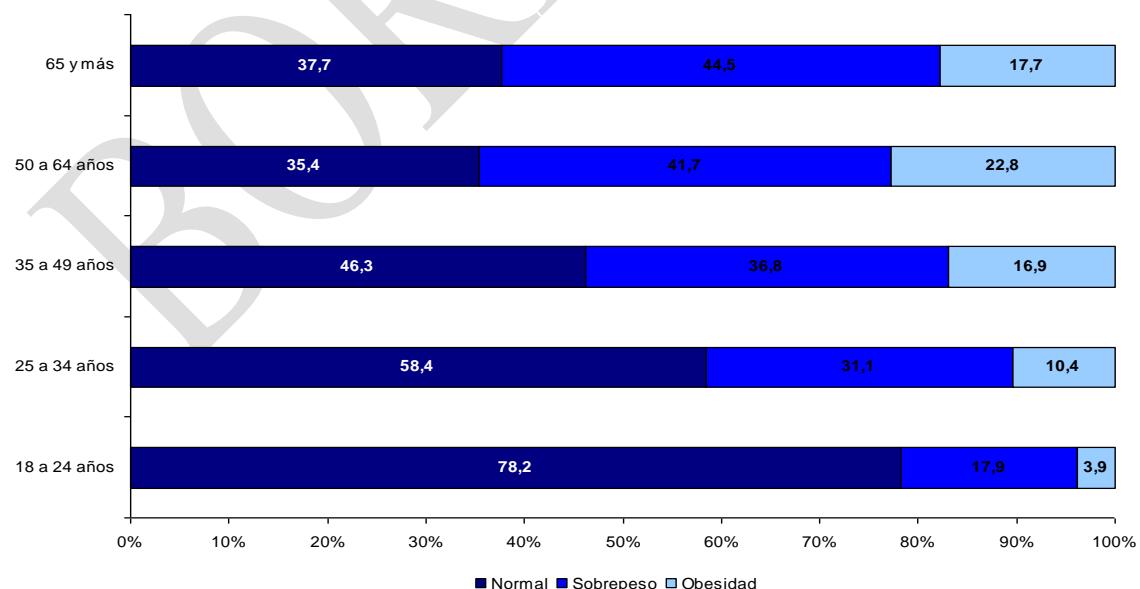


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

El Gráfico N° 36 muestra el porcentaje de población por grupo de edad según sobrepeso y obesidad. El menor porcentaje de obesos se presenta entre los 18 y 24 años con el 3,9%, seguido del grupo de 25 a 34 años con el 10,4%. Por el contrario, entre los 50 y 64 años se presenta la mayor relevancia de población obesa con el 22,8% y luego los mayores de 65 años con el 17,7%.

Gráfico N° 36 : Sobre peso y obesidad según edad

En porcentaje

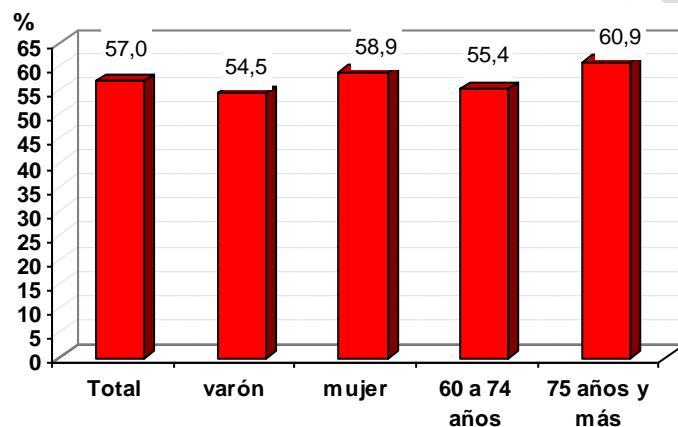


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENFR 2005

Situación de salud de los Adultos Mayores

Argentina es desde la mitad del siglo pasado un país envejecido. Hoy algo más de cinco millones de argentinos tienen 60 y más años y se espera que en el 2050 uno de cada cuatro habitantes serán adultos mayores, puesto que en el país y en el continente se llega hoy a edades avanzadas, inclusive en contextos de pobreza. El desafío es entonces doble, por un lado incrementar los años de vida y por el otro, que estos años sean de bienestar y calidad, es decir, acompañar la mayor esperanza de vida con mayor esperanza de vida activa.

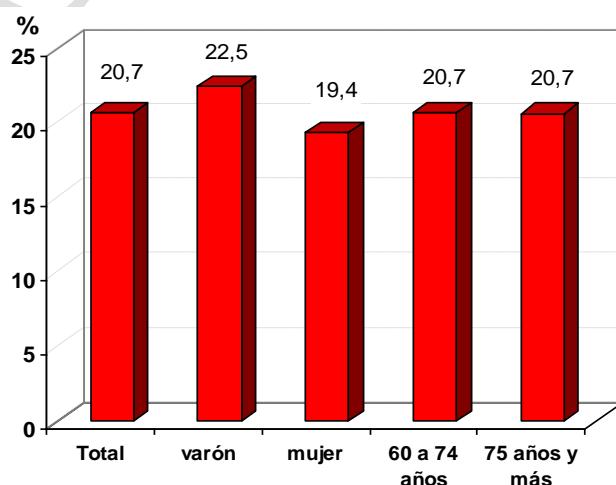
Población de 60 años y más con presión arterial elevada detectada por un profesional al menos una vez, por sexo y grupo de edad. Total del país. 2005



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2005. Elaboración propia.

Prácticamente toda la población realizó algún control de hipertensión y nueve de cada diez lo realizaron hace menos de un año. Si se considera el total del país, a seis de cada diez adultos mayores se les ha detectado por lo menos una vez presión arterial alta. Sin embargo, una cuarta parte de los adultos mayores con presión arterial alta no lleva adelante ningún tratamiento. Esta tendencia se acentúa entre los varones y los menores de 75 años.

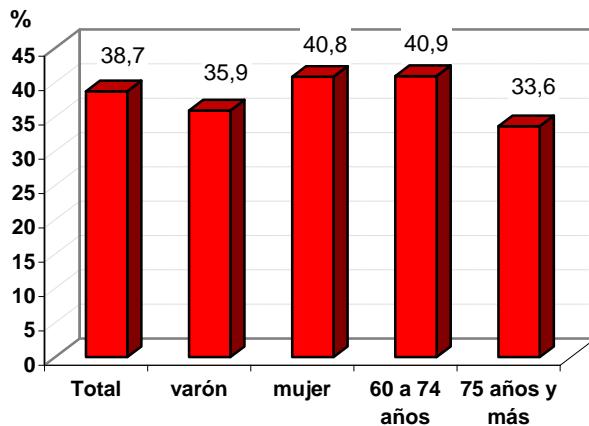
Población de 60 años y más con diabetes por sexo y grupos de edad. Total del país. Año 2005



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2005. Elaboración propia.

Casi siete de cada diez adultos mayores se ha medido la glucemia en el último año, dos de cada diez se la midió hace más de un año y uno de cada diez nunca se la midió. Entre la población que alguna vez se midió la glucemia un 21% es diabética; sin embargo, a pesar del diagnóstico una tercera parte de la población de adultos mayores diabética no realiza tratamiento.

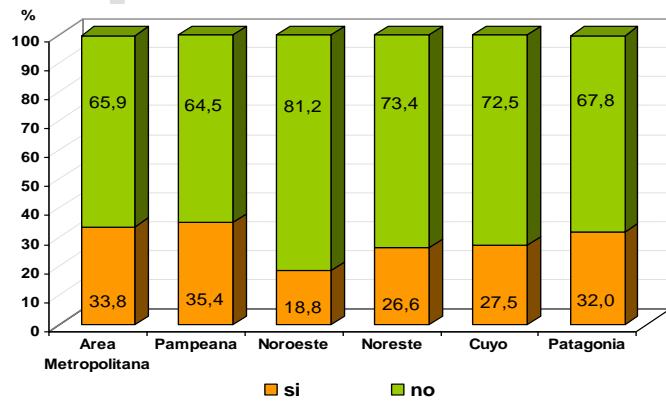
**Población de 60 años y más con colesterol elevado por sexo y grupos de edad.
Total del país. 2005**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2005. Elaboración propia.

El 16% de los adultos mayores no se controló nunca el colesterol: ser varón o menor de 75 años aumenta la probabilidad de falta de control. El 39% de los adultos mayores que han realizado control de su colesterol presenta hipercolesterolemia y entre ellos, sólo seis de cada diez realizan tratamiento médico.

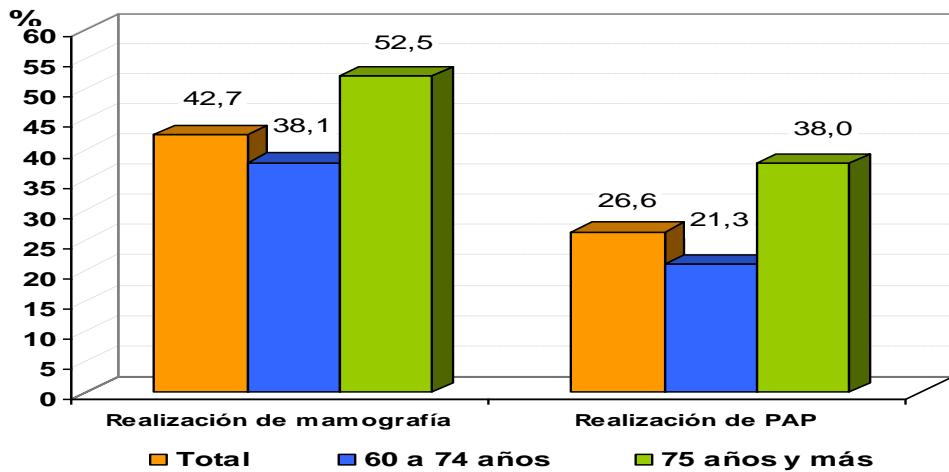
**Población de 60 años y más según realización de actividad física y deportiva por regiones.
Total del país. Año 2001**



Fuente: SIEMPRO, Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, INDEC, Encuesta de Condiciones de Vida 2001. Elaboración propia.

Cinco de cada diez adultos mayores no realizan actividad física y cuatro de cada diez realizan actividad moderada. Los varones realizan actividades físicas en mayor proporción que las mujeres adultas mayores.

Mujeres de 60 años y más que nunca se hicieron una mamografía y papanicolau por grupos de edad.
Total del país. Año 2005



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2005. Elaboración propia.

Cuatro de cada diez mujeres mayores nunca se hicieron una mamografía, entre las de 75 y más años esta carencia afecta a la mitad. Una de cuatro mujeres adultas mayores no se realizó un PAP en su vida. Entre las menores de 75 años sólo una de cada cinco no lo hizo, valor que se duplica entre las mayores de esta edad.

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles tienen distintos perfiles o comportamientos. En algunos casos se puede hablar de problemas que persistentemente afectan a la población y que aún no han sido resueltos, como la tuberculosis. También es posible identificar enfermedades nuevas o emergentes, este es el caso del VIH-SIDA. Por último, la reaparición de enfermedades, luego de varios años de haber estado controladas, define a los problemas como reemergentes, siendo el dengue un ejemplo de este fenómeno.

Si bien estos padecimientos no constituyen las principales causas de muerte, hechos como la persistencia de malas condiciones de vida, la necesidad de acciones preventivas para su control, la trascendencia de los mismos y la gran cantidad de personas que continúan siendo afectadas, convierten a estos tres tipos de problemas en deudas importantes desde el punto de vista sanitario.

Chagas

La enfermedad de Chagas está muy ligada a la pobreza. Se estima que residen en zonas endémicas alrededor de 4,8 millones de habitantes en 962.000 viviendas. Se calculan alrededor de 2,5 millones de infectados, 306.000 de los cuales son menores de 15 años. Del total de pacientes afectados, aproximadamente 625.000 presentarán alteraciones cardíacas de distinto grado a lo largo de su vida. En zonas endémicas, no tratadas con insecticidas, **la mayor incidencia de la enfermedad de Chagas se produce antes de los 14 años**, sobre todo en

menores de 5 años. La transmisión vectorial es responsable de alrededor del 90% de los casos de Chagas mientras que la transmisión congénita, representa el 10% de los casos.

En el marco de los ODM, se ha establecido como meta dentro del objetivo 7 (combatir el VIH/Sida, la tuberculosis, el Chagas, el paludismo y otras enfermedades), certificar la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas en 19 provincias.

VIH-SIDA

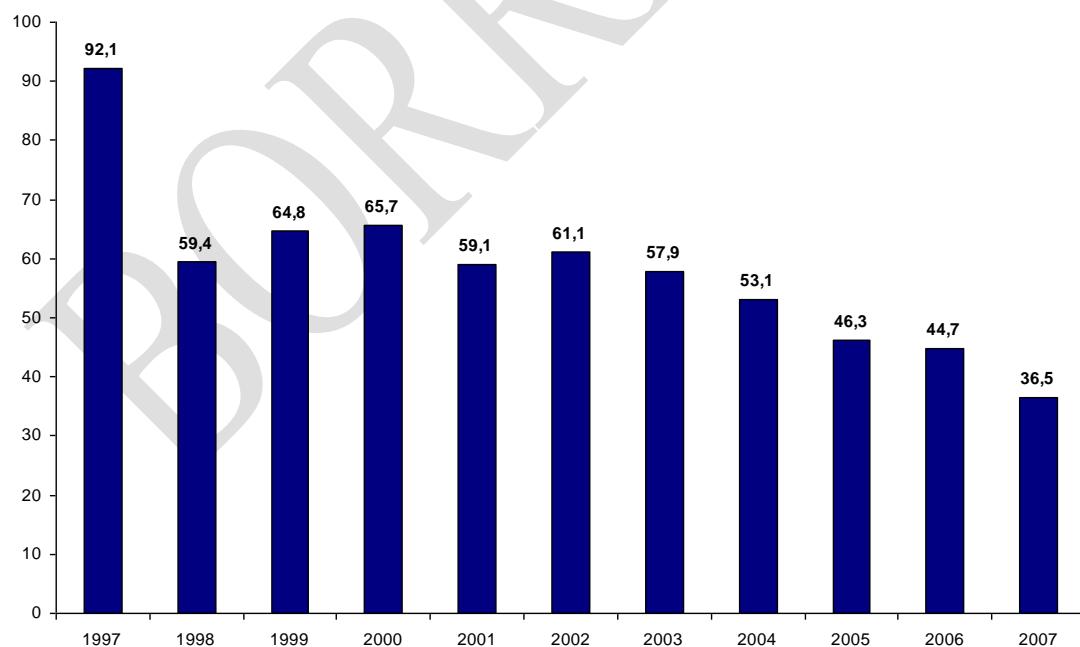
La Argentina presenta una epidemia concentrada, la prevalencia de VIH en la población general es menor al 1%, y existen algunos grupos en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5%. En relación con la cantidad de personas infectadas, se estima que ascienden a 120.000. La mitad de ellas conocen su condición y casi todas se encuentran en seguimiento en los servicios de salud. De estas personas, 41.000 reciben medicación antirretroviral (ARV)²³. El otro 50% de las personas infectadas desconocería su serología.

En 2008, se diagnosticaron y registraron 4.067 casos de infección por VIH y 1.403 casos de SIDA. Respecto a las vías de transmisión, entre 2005 y 2008, priman las relaciones heterosexuales para hombres (48%) y mujeres (87%)²⁴.

Los ODM plantean cuatro metas relacionadas con el VIH/Sida: reducir entre 2005 y 2015, un 12,5% la mortalidad por VIH/SIDA, un 20% la tasa de incidencia de VIH/SIDA, y un 10% la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas entre 15 y 24 años de edad, e incrementar entre 2003 y 2015, en un 25% el uso de preservativo en la última relación sexual de los jóvenes.

De acuerdo al *Informe País 2009*, la tasa de incidencia de casos de SIDA presenta una tendencia decreciente entre 1997 y 2007 (Gráfico Nº 37), alcanzando en este último año un valor de 36,5 casos de SIDA por millón de habitantes, logrando cumplir con el ODM a 2015.

Gráfico Nº 37: Tasa de incidencia de casos de SIDA por 1.000.000 de habitantes, 1997-2007



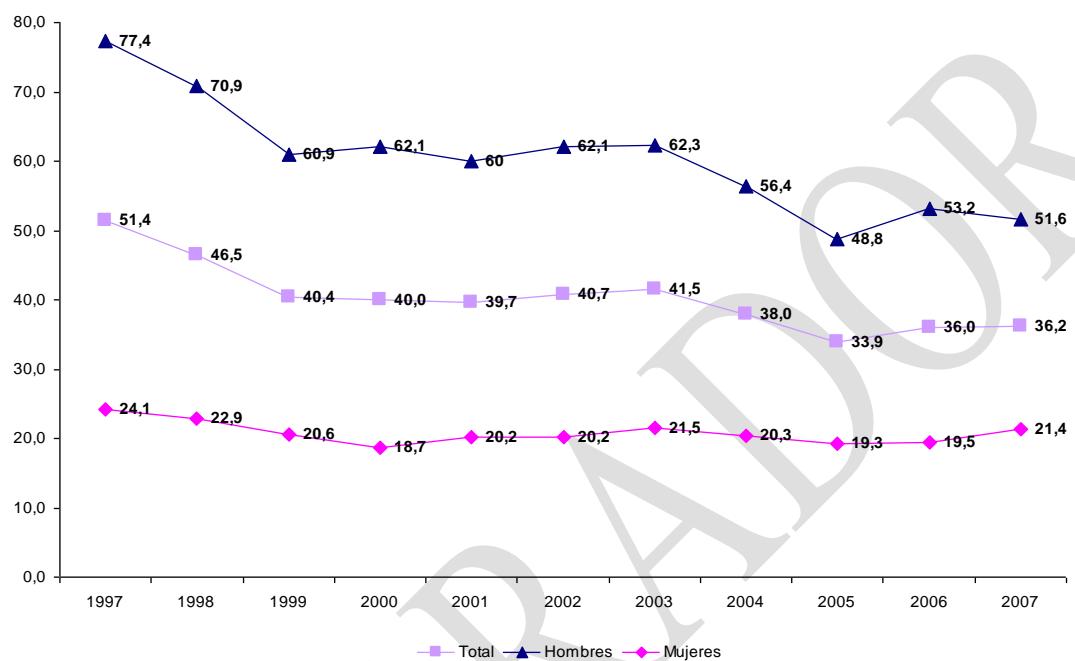
Fuente: Informe País 2009. ODM

²³ El 69% de los casos recibe los ARV por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS) y el resto a través de la Seguridad Social y los servicios desalud prepagos.

²⁴ Dirección de Sida y ETS. Boletín Epidemiológico sobre el VIH/Sida en Argentina. N° 26. Noviembre 2009.

Respecto a la mortalidad, durante el período 1997-2007 la tasa de mortalidad por sida cada millón de habitantes se encuentra en torno del 40,4. Cabe destacar que a partir de 2005 se observa una leve tendencia creciente de la mortalidad, alcanzando en 2007 el 36,2. Por otro lado, si se analiza por sexo se observa que para los hombres (si bien superior a la de las mujeres) la tasa desciende de forma más marcada, mientras que la de las mujeres se encuentra estable en torno al 20,7 (Gráfico Nº 38).

Gráfico Nº 38: Tasa de mortalidad por sida por millón de habitantes, por sexo, 1997-2007

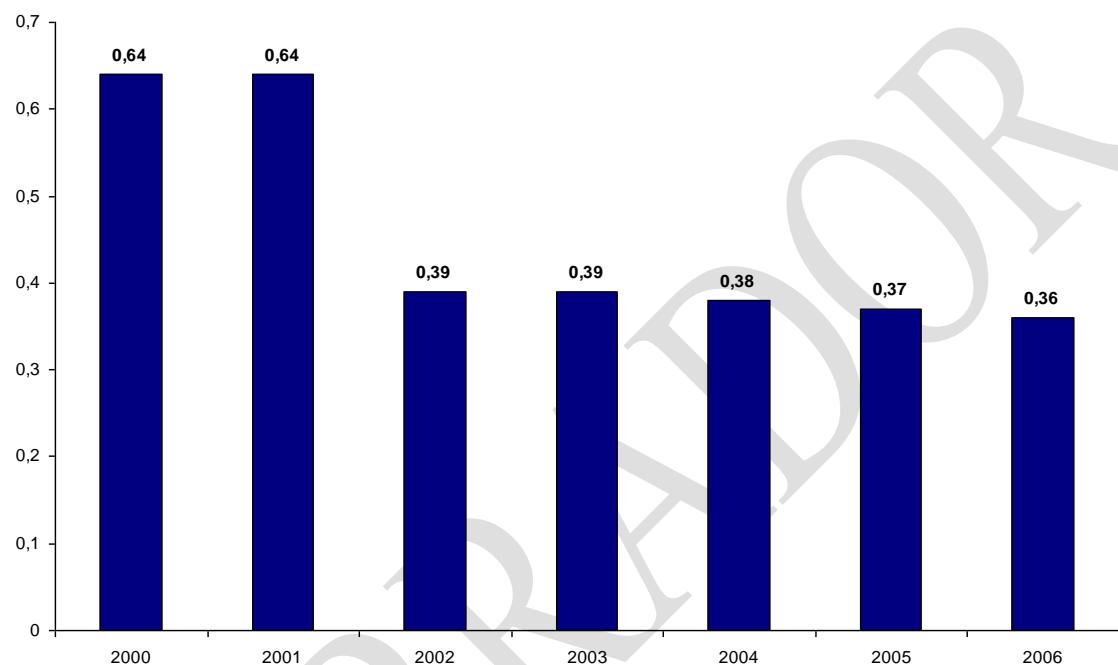


Fuente: Boletín Epidemiológico sobre el VIH/Sida en Argentina. Nº 26. Noviembre 2009. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

Otra de las metas ODM está asociada a la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas entre 15-24 años de edad. Al respecto, el *Informe País 2009*, presenta que en 2006 0,36% de las embarazadas entre 15 y 24 años testeadas eran portadoras del VIH. La importancia de este indicador se relaciona con la posibilidad de reducir la transmisión vertical de la enfermedad. Al respecto, desde 1999 se observa una marcada tendencia decreciente en la cantidad de infecciones por transmisión vertical, lo que se explica por la implementación de la universalización de la oferta de testeo a las mujeres embarazadas (gráficos Nº 39 y 40).

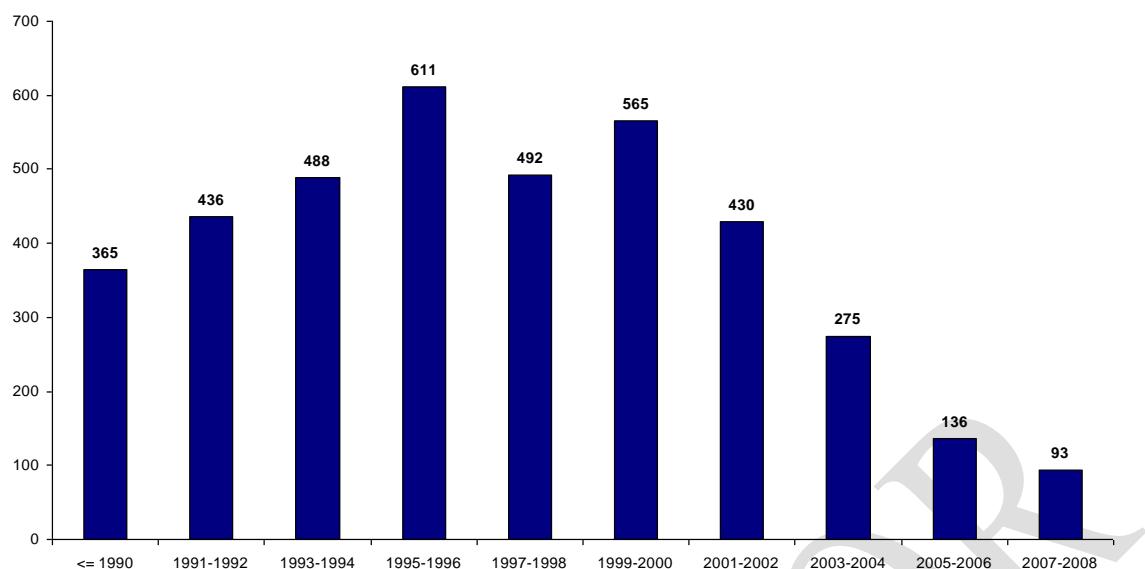
Gráfico Nº 39: Embarazadas con VIH entre 15 y 24 años con respecto al total de embarazadas testeadas de la misma edad, 2000-2006.

En porcentajes



Fuente: Informe País 2009. ODM

Gráfico Nº 40: Total de notificaciones de personas con VIH infectadas por transmisión vertical según año de nacimiento, 1990-2008



Fuente: Boletín Epidemiológico sobre el VIH/Sida en Argentina. N° 26. Noviembre 2009. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

La última meta ODM hace referencia al uso de preservativos en la última relación sexual con pareja ocasional en jóvenes de 15-24 años de edad. Al respecto, la Argentina se halla sobre la meta planteada para 2015 (75%), ya que se encuentra en un 85%, de acuerdo a información revelada por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (2008).

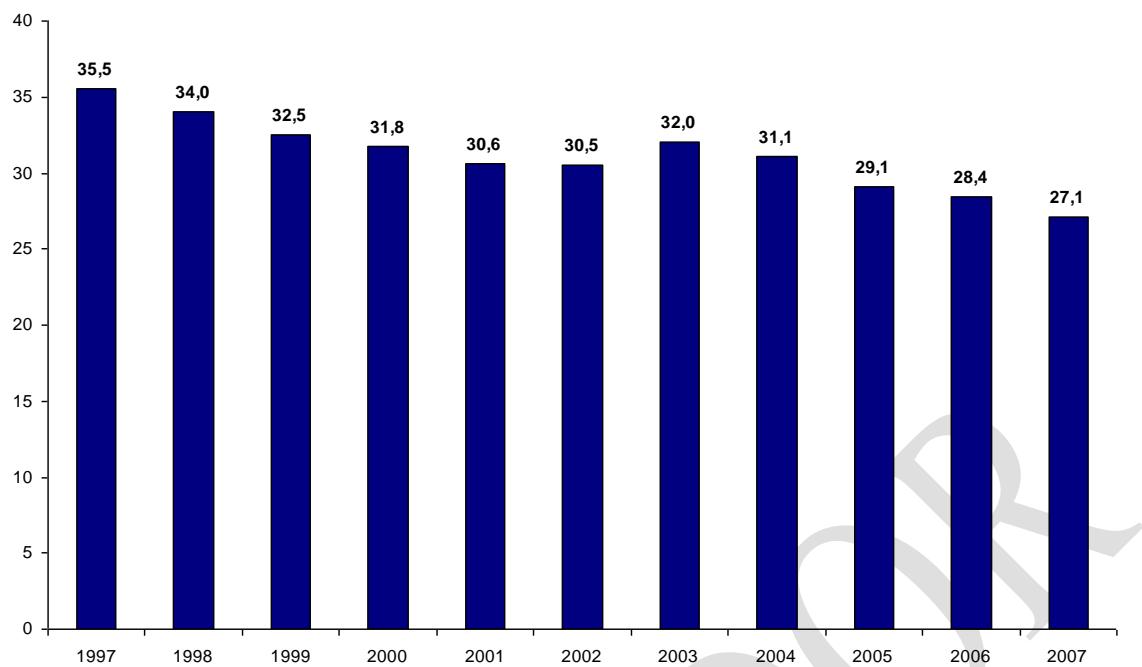
Tuberculosis

La tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud pública y tiene una asociación importante con las condiciones socioeconómicas. Anualmente se registran más de 800 muertes por esta causa. En el año 2007, se notificaron 10.700 casos nuevos de TBC, siendo las provincias más afectadas aquellas ubicadas en las regiones del NOA y NEA. En este sentido, el Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis estima que aquellos departamentos con tasa de notificación superiores a 100 casos cada 100.000 habitantes tienen a más de la mitad de su población en condiciones de pobreza.

Los ODM plantean tres metas a cumplir en relación a la tuberculosis: reducir la morbilidad por tuberculosis un 8% anual promedio y la mortalidad por tuberculosis un 10% anual promedio, y lograr el 90% de curación de casos de tuberculosis bajo tratamiento abreviado estrictamente supervisado (TAES).

Respecto a la prevalencia de tuberculosis, en el Gráfico N° 41 se percibe una tendencia decreciente entre 1997-2007 (exceptuando el pico del año 2003). En el 2007, la tasa se ubica en 27,1 cada 100.000 habitantes.

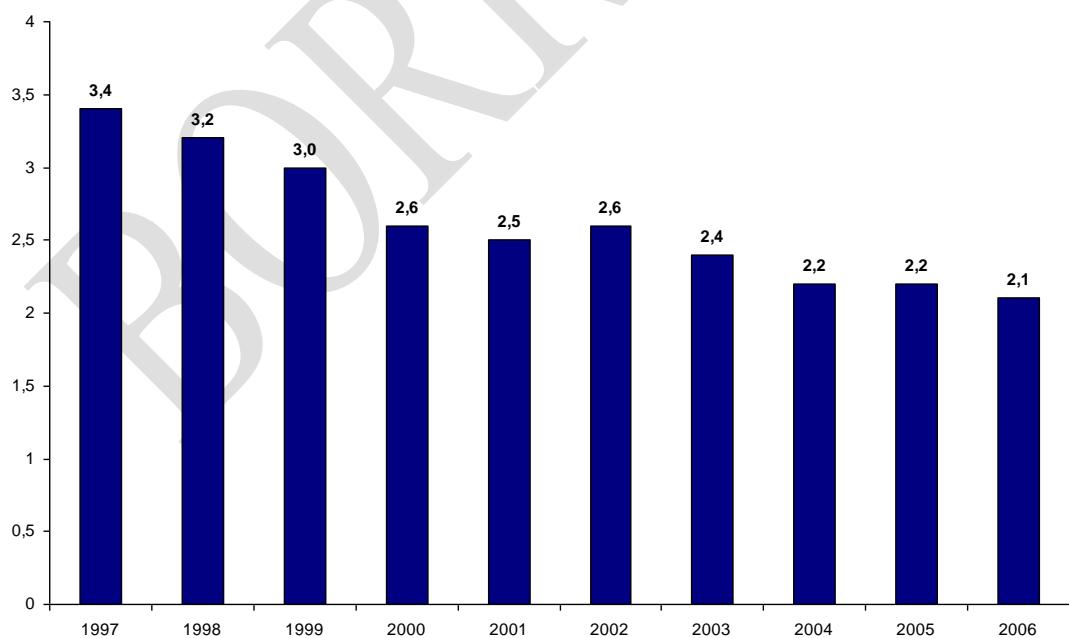
Gráfico N° 41: Tasa de Prevalencia de la Tuberculosis por 100.000 habitantes, 1997-2007



Fuente: Informe País 2009. ODM

El Gráfico Nº 42 muestra la evolución de la mortalidad por tuberculosis. En este caso, también se percibe una reducción de este indicador a lo largo de diez años, con cierta estabilidad entre 2000 y 2002. En el último año (2006), la tasa de ubica en 2,1 por 100.000 habitantes.

Gráfico Nº 42: Tasa de Mortalidad asociada a la TBC por 100.000 habitantes, 1997-2007



Fuente: Informe País 2009. ODM

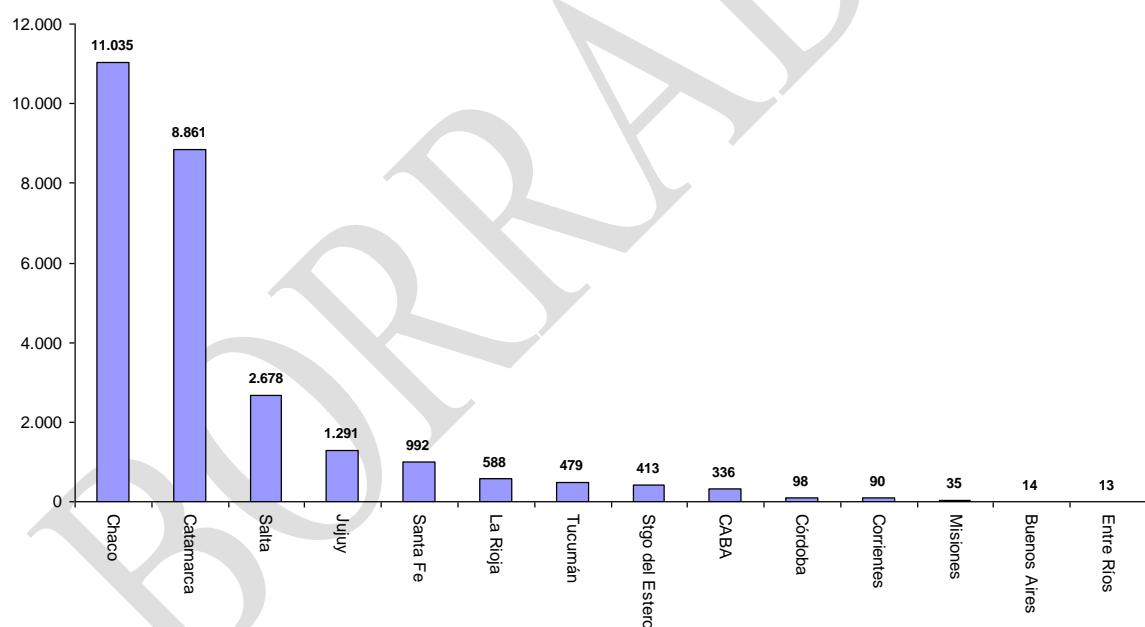
Estos indicadores, de acuerdo a lo planteado en el Informe País 2009, permitirán monitorear y cumplir las metas comprometidas a 2015 relativas a mortalidad y morbilidad. Asimismo, en

relación a la curación de casos de Tuberculosis bajo TAES se espera alcanzar la meta, ya que para el 2006 se estima un porcentaje de casos detectados y curados del 82,4%.

Dengue

Entre los años 1998 y 2008, se registraron 2.943 casos totales confirmados de dengue; con un máximo de 1.516 casos en un solo año (2004) y tres años en los que no se registraron casos (1999, 2001 y 2005). Durante el año 2009 se produjo un brote de dengue por el serotipo 1 asociado inicialmente a la circulación de la enfermedad en Bolivia. Después de la aparición de casos autóctonos en las provincias de Salta y Jujuy en el mes de enero de 2009, el Dengue se diseminó hacia el sur y este del país, afectando a 14 jurisdicciones, once de las cuales no habían registrado nunca casos autóctonos de la enfermedad durante el decenio anterior. La cantidad de casos confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico fue de 26.923.

Gráfico N° 43: Casos notificados de dengue autóctono, confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico, 2009.



Fuente: Área de Análisis y Monitoreo de la Salud. Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La tasa de letalidad del brote en Argentina fue de 1,85 muertes por 10.000 casos confirmados. No obstante, se presentan diferencias significativas entre las distintas jurisdicciones. En este sentido, a nivel departamental, los más afectados fueron Chacabuco e Independencia, en Chaco, y la Capital, en Catamarca con tasas superiores a 450 casos cada 10.000 habitantes. Con tasas que superaron los 150 casos cada 10.000 habitantes se encuentran Maipú, 9 de Julio, Almirante Brown, Comandante Fernández, San Martín y 12 de Octubre, todos pertenecientes a Chaco.

De acuerdo al parte N° 14 de la situación del dengue en argentina, entre el 1 de enero de 2010 hasta el 5 de marzo de 2010, se registraron un total de 610 enfermos de dengue.

En las zonas de brote se continúan realizando las actividades de respuesta que incluyen el fortalecimiento de la red de servicios asistenciales, la reorganización de los mismos, así como las acciones de control (tareas de descacharrado y bloqueos de foco -fumigación en torno a las manzanas próximas al domicilio de las personas afectadas- y búsqueda de pacientes febriles con síntomas compatibles con dengue)²⁵.

Si bien Argentina no es un país endémico de dengue, la dificultad que conlleva la necesidad de cambios conductuales en la población y la presencia del vector en varias jurisdicciones del país hacen necesario que la vigilancia epidemiológica y las actividades de prevención se mantengan presentes.

Paludismo

Actualmente, el paludismo se encuentra controlado en el país y existe el compromiso, asumido en el marco de los ODM, de mantener el Índice Parasitario Anual por debajo de 1 por 1.000 en las áreas de riesgo, meta que se encuentra cumplida, ya que en 2007 se alcanzó el 0,010 por 1.000 habitantes.

Leishmaniasis

La leishmaniasis cutánea (LC) y la leishmaniasis visceral (LV) son dos zoonosis presentes en Argentina, producidas por distintos parásitos del género *Leishmania* y transmitidas por diferentes especies de insectos flebótomos. En la LC se debe mayormente a modificaciones en el ambiente, principalmente selvático, y el perro no es el reservorio. En la LV el principal reservorio urbano es el perro. Los parásitos que producen la LC y la LV pueden generar infecciones asintomáticas, oligosintomáticas, y en el caso de la LV crónicas con desenlace fatal en perros y humanos con alta letalidad si no se realiza tratamiento. La leishmaniasis visceral (LV) es una enfermedad parasitaria grave emergente en Argentina desde 2006. En Argentina, durante 2009 se reportaron 21 casos, de acuerdo a información del *Boletín de vigilancia semanal* de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Rabia

La rabia es una enfermedad infecciosa, zoonótica y prevenible caracterizada por alteraciones del sistema nervioso, producida por el virus de la rabia, habitualmente transmitido por la mordedura de un animal rabioso que elimina el virus por la saliva. De acuerdo a datos de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en 2009 no se registran casos de rabia en humanos, pero se han contabilizado 18 casos de rabia en animales.

Gripe A (H1N1)

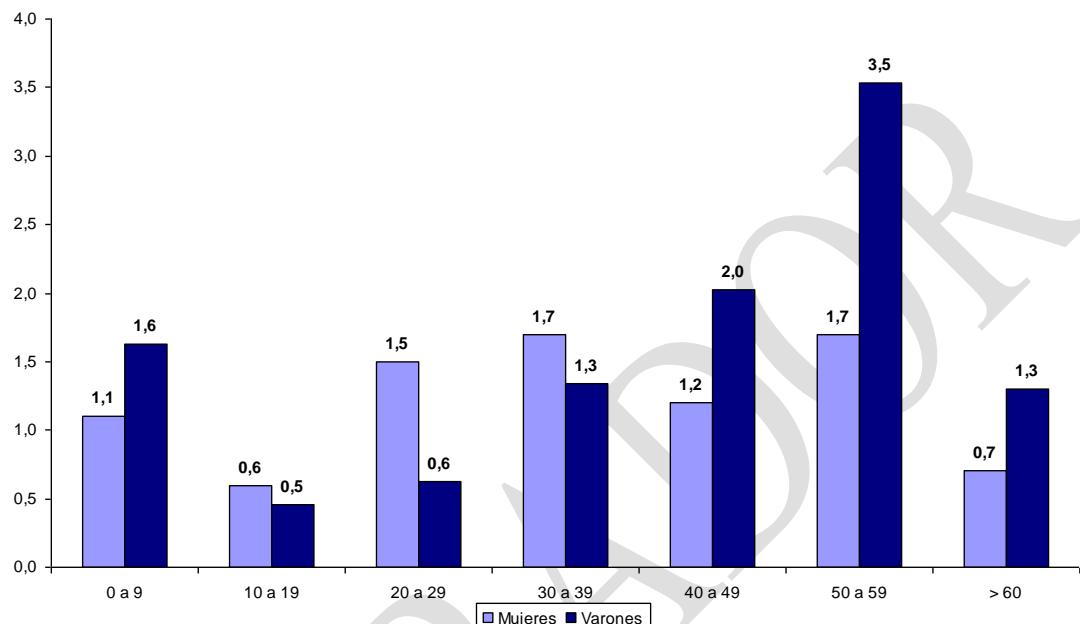
La gripe A (H1N1) -o Influenza H1N1- es una infección respiratoria aguda altamente contagiosa causada por un nuevo virus de influenza. Se detectó por primera vez en seres humanos en los Estados Unidos y México en abril de 2009 y en Argentina la circulación comenzó el 17 de mayo de 2009, alcanzando su pico máximo de transmisión entre el 20 de junio y el 3 de julio de 2009. Hasta el 20 de febrero de 2010, se confirmaron un total de 12.080 casos de gripe A en el país y 626 fallecidos²⁶.

²⁵ Ministerio de Salud de la Nación. *Situación del Dengue en la Argentina*. Parte de prensa N° 14. 5/03/2010.

²⁶ Ministerio de Salud de la Nación. *Influenza Pandémica (H1N1) 2009/2010. República Argentina*. Informe Semana Epidemiológica N°7. 26/02/2010

El Gráfico Nº 44 presenta las tasas de mortalidad cada mil habitantes por la gripe A. En el mismo, se destaca que el grupo más afectado son los adultos de 50 a 59 años de edad²⁷. No se encuentran diferencias según sexo, sin embargo se observa una diferencia entre las tasas por grupo de edad. El grupo que mayor diferencia presenta es el de 20 a 29 años, donde las mujeres superan a los varones en un 80%. Esta relación se invierte en detrimento de los varones de 40 a 59 años.

Gráfico Nº 44: Tasa de mortalidad por gripe A cada 1.000 habitantes. 2009/2010



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Influenza Pandémica (H1N1) 2009/2010. República Argentina. Informe Semana Epidemiológica Nº7. 26/02/2010

De acuerdo informe de 2009 durante el último brote, la situación de la Influenza Pandémica (H1N1) en el país esta definida por: (1) una dispersión geográfica generalizada, lo que implica que se presentan casos en la mayoría de las provincias; (2) una tendencia sin cambios de la actividad de enfermedad respiratoria; (3) una intensidad leve de actividad de enfermedades tipo Influenza (ETI); y (4) un impacto bajo en los servicios de salud²⁸.

Salud infantil y materna

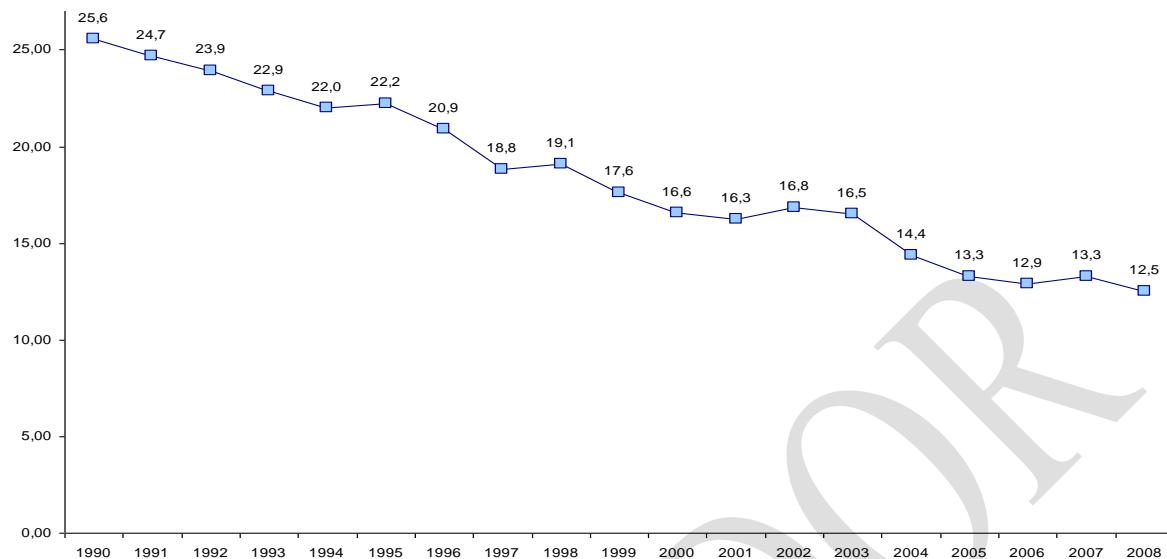
La tasa de mortalidad infantil (TMI) presenta una tendencia decreciente desde 1990. En el año 2008 presenta un valor de 12,5 cada 1.000 nacidos vivos, lo que implica una reducción del 51,2% respecto a los valores registrados en 1990 (gráfico Nº 45). Esta variación se explica por la trayectoria descendente de los componentes de la TMI: mortalidad neonatal y postneonatal. En este sentido, los cambios en la TMI se correlacionan con una caída del 46,8% de la neonatal y del 55,3% de la post neonatal (gráfico Nº 46). Debe destacarse que las defunciones postneonatales se asocian a factores ambientales y/o socioeconómicos desfavorables, mientras que las neonatales con factores congénitos, una inadecuada atención en el embarazo, parto o primeros días de vida del niño.

²⁷ Si se analizan los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG), el grupo de edad más afectado entre los casos graves en estudio y confirmados para H1N1 es el de menores de 5 años con una tasa de 76,59 casos cada 100.000 habitantes, frente a la tasa nacional de 34,95 casos cada 100.000 habitantes.

²⁸ Estos cuatro indicadores (tendencia, dispersión geográfica, intensidad y utilización de servicios de salud) son propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el monitoreo de la pandemia.

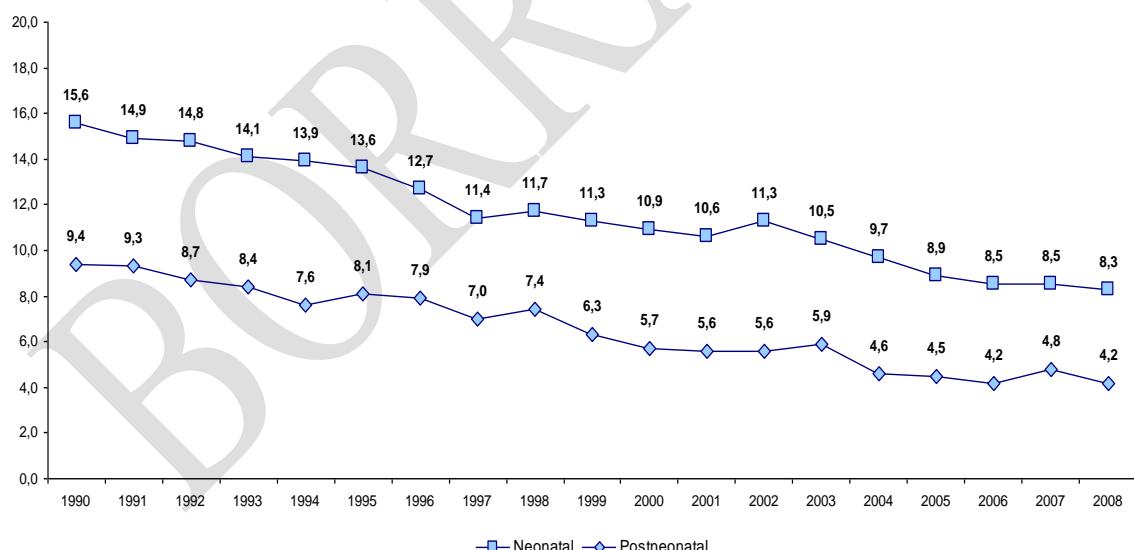
En el marco de los ODM, el Estado Nacional se ha comprometido a reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la TMI, esperando alcanzar en 2015 una tasa de 8,5.

Gráfico N° 45 : Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil, 1990-2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

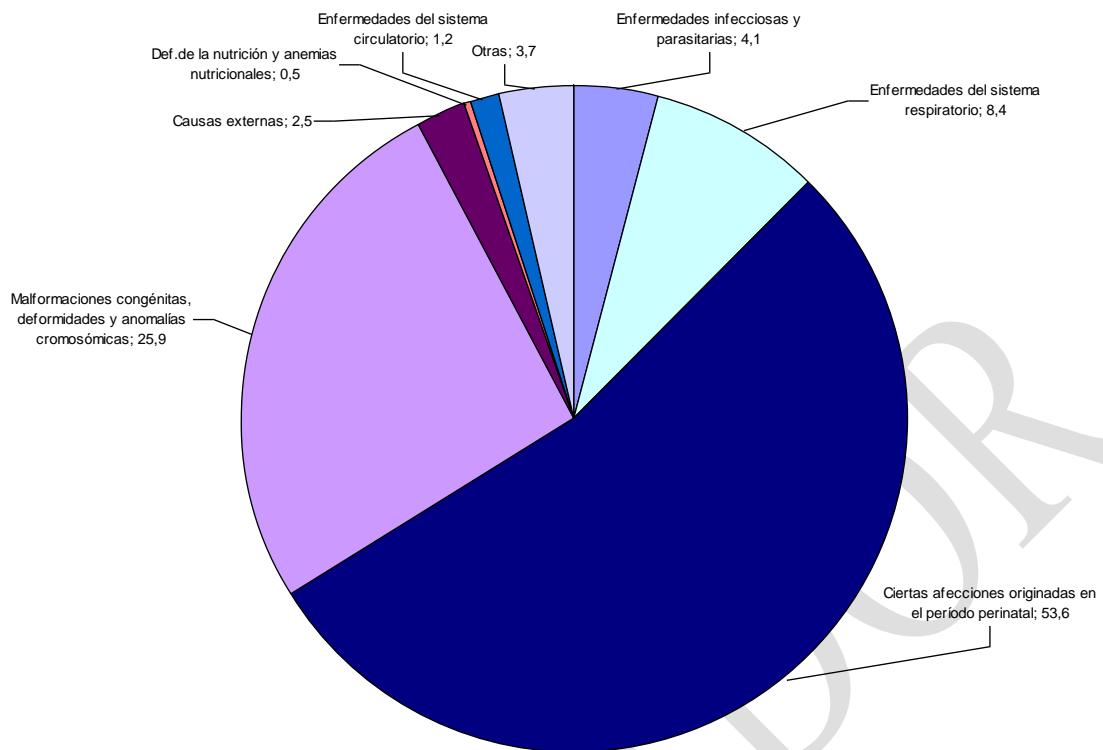
Gráfico N° 46 : Tasa de Mortalidad Neonatal y Postneonatal, 1990-2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Dentro de las causas que explican la mortalidad en menores de un año se destacan las afecciones originadas en el período perinatal, que en 2008 determinaron el 53,6% de las defunciones. En segundo lugar, figuran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con el 26%, seguidas por las enfermedades respiratorias con el 8% (Gráfico N° 47).

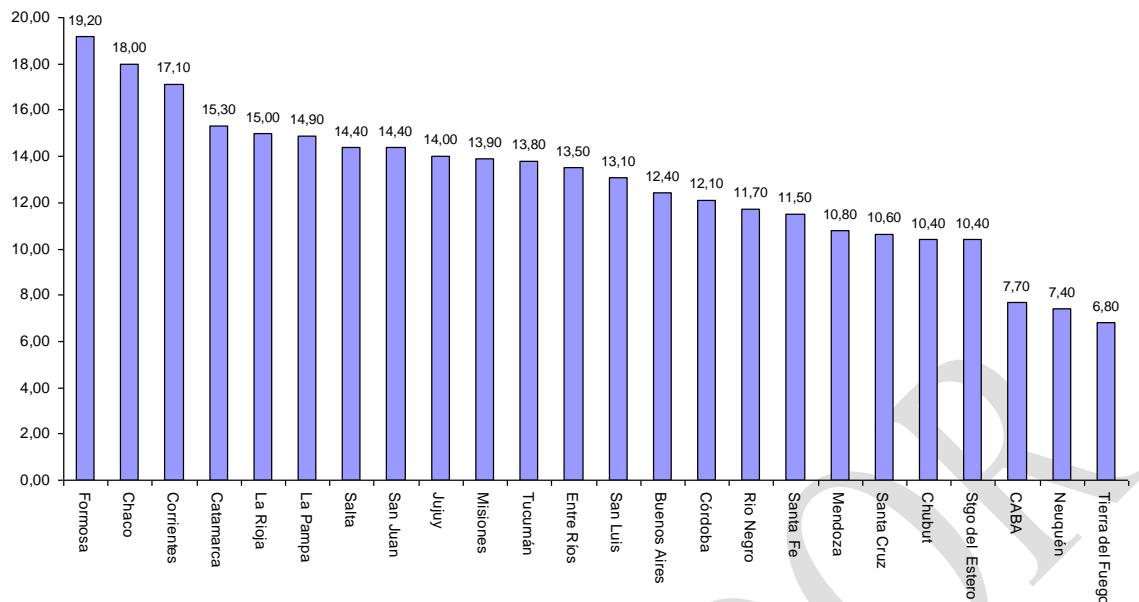
Gráfico N° 47: Principales causas de mortalidad infantil, 2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien a nivel nacional se observa una tendencia decreciente en la evolución de la TMI, se enfrenta el desafío de reducir las inequidades entre jurisdicciones. En este sentido, el Gráfico N° 48 presenta la TMI para el año 2008 a nivel provincial. Así, se destacan provincias como CABA, Neuquén y Tierra del Fuego con tasas por debajo de 8%, frente a jurisdicciones como Formosa, Chaco y Corrientes con tasas que superan las 15 defunciones cada 1000 nacidos vivos. Este fenómeno tiene correlación directa con las condiciones sociales y económicas de cada región. En este sentido, si el análisis de la TMI se hiciera por estratos de pobreza, identificaríamos que aquellas provincias con mayor mortalidad infantil, como por ejemplo Formosa, Chaco y Corrientes, pertenecen al estrato IV, aquel de mayor privación.

Gráfico N° 48: Tasa de Mortalidad Infantil por provincia, 2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Dada la presencia de brechas en la TMI a nivel regional, el país se ha comprometido, en el marco de los ODM, a reducir en un 10% la desigualdad entre provincias. Para ello, se espera alcanzar en 2015 un coeficiente de Gini de 0,090. La Tabla N° 7 presenta la evolución del coeficiente de Gini para la TMI entre 1990 y 2007. Allí, se observa que pese al incremento de la desigualdad entre 1990 y 2000, a partir de 2003 se mantiene una tendencia decreciente, alcanzando en 2007 la meta de ODM.

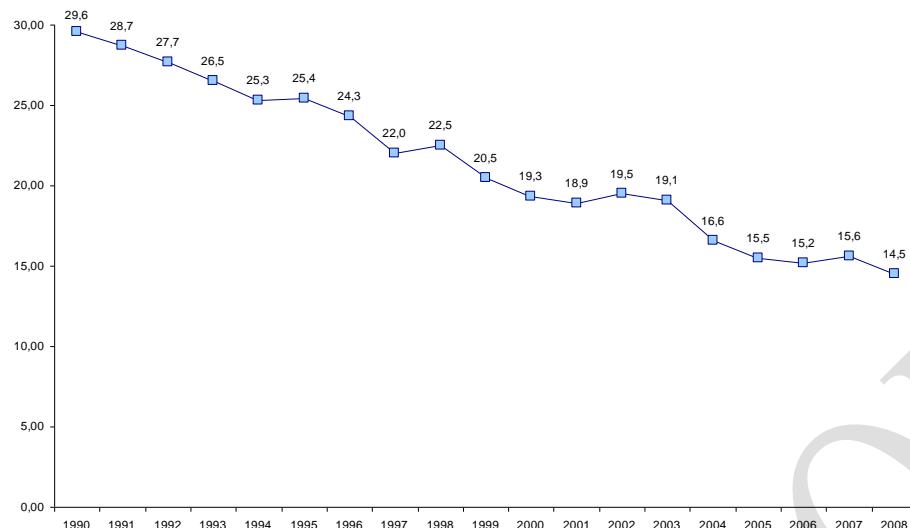
Tabla N° 7: Coeficiente de Gini para la TMI, 1990-2007

1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0,100	1,124	0,122	0,130	0,118	0,117	0,104	0,101	0,090

Fuente: Informe País 2009 e Indicadores básicos 2009, OPS.

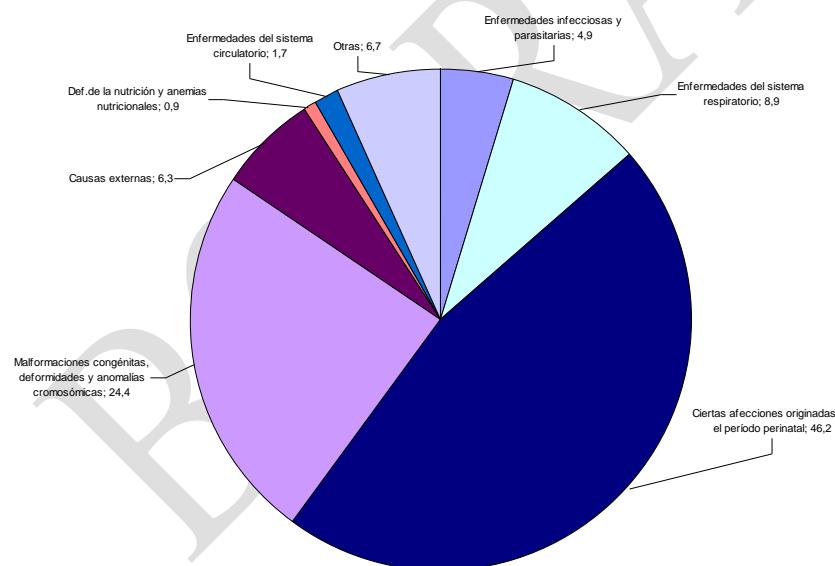
Otra de las metas de los ODM es la de reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad de niños menores de 5 años, esperando alcanzar para 2015 una tasa de 9,9 cada 1.000 nacidos vivos. En el Gráfico N° 49 se observa que este indicador presenta una tendencia decreciente entre 1990 y 2008, tomando en este último año el valor de 14,5%, lo que implica una reducción de 51,0% respecto al valor alcanzado en 1990. Respecto a las principales causas de muerte para este grupo de edad, la distribución es similar a la de menores de un año, producto de la alta proporción de muertes de niños de esta edad en el grupo de 0 a 5 años (gráfico N° 50), destacándose con el 46,2% las afecciones originadas en el período perinatal.

Gráfico N° 49: Evolución de la Tasa de Mortalidad de Menores de 5 Años, 1990-2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico N° 50 : Principales causas de muerte en menores de 5 años, 2008.



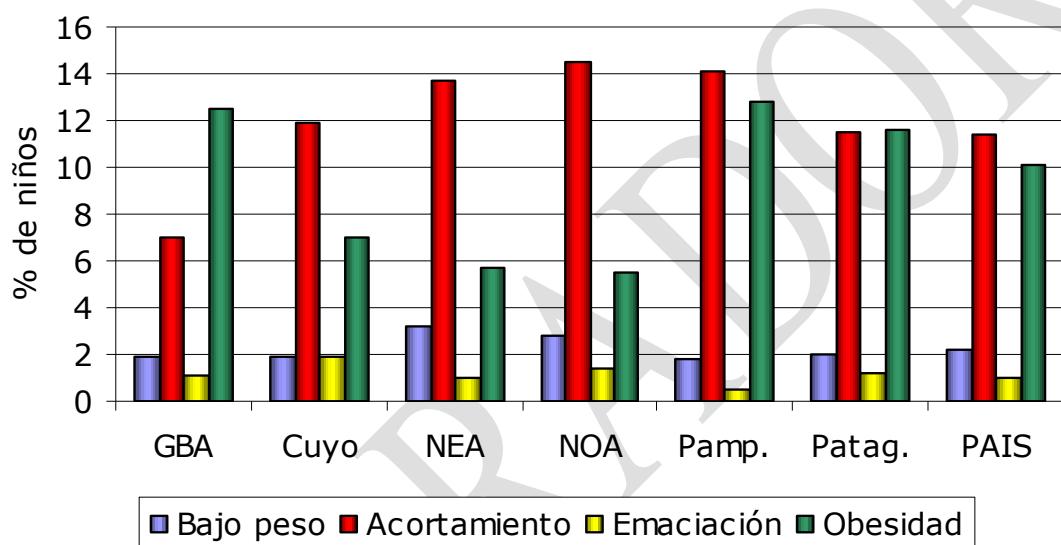
Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado, a partir de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNys), realizada entre 2004 y 2005, se puede obtener información sobre el estado de salud de la población materno-infantil. En este sentido, una de las conclusiones más importantes a la que arribó es que, a nivel nacional, los principales problemas en los niños y niñas de 6 a 72 meses son la obesidad y el acortamiento (baja talla por la edad). Más precisamente, el 8% de los niños presenta baja talla

para la edad y el 10% obesidad, el 2,1% sufre de bajo peso y el 1,3 emaciación (desnutrición aguda).

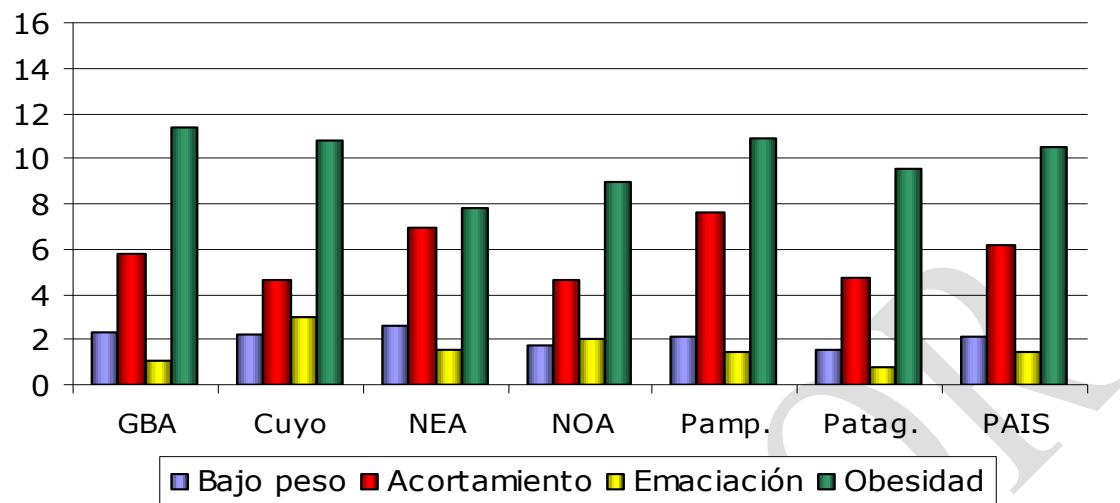
Al observar estos resultados por región y presencia de NBI en los hogares de los niños, encontramos que aún en los hogares con NBI los principales problemas nutricionales son el acortamiento (11,4%) y la obesidad (10,1%). En los hogares sin NBI, si bien la mayor prevalencia nacional se registra para los niños con obesidad (10,5%), en algunas regiones sorprende encontrar que son más frecuentes los casos de emaciación en las regiones de Cuyo, NEA, Pampeana y Patagonia, los niños con desnutrición aguda se encuentran en mayor proporción en los hogares sin NBI (Gráficos Nº 51 y 52).

Gráfico Nº 51 : Porcentaje de niños y niñas de 6 a 60 meses en hogares con NBI y categorías de diagnóstico antropométrico nutricional en relación a las curvas de la OMS, 2005.



Fuente: Elaborado por Dirección de Epidemiología en base a datos de la ENNyS.

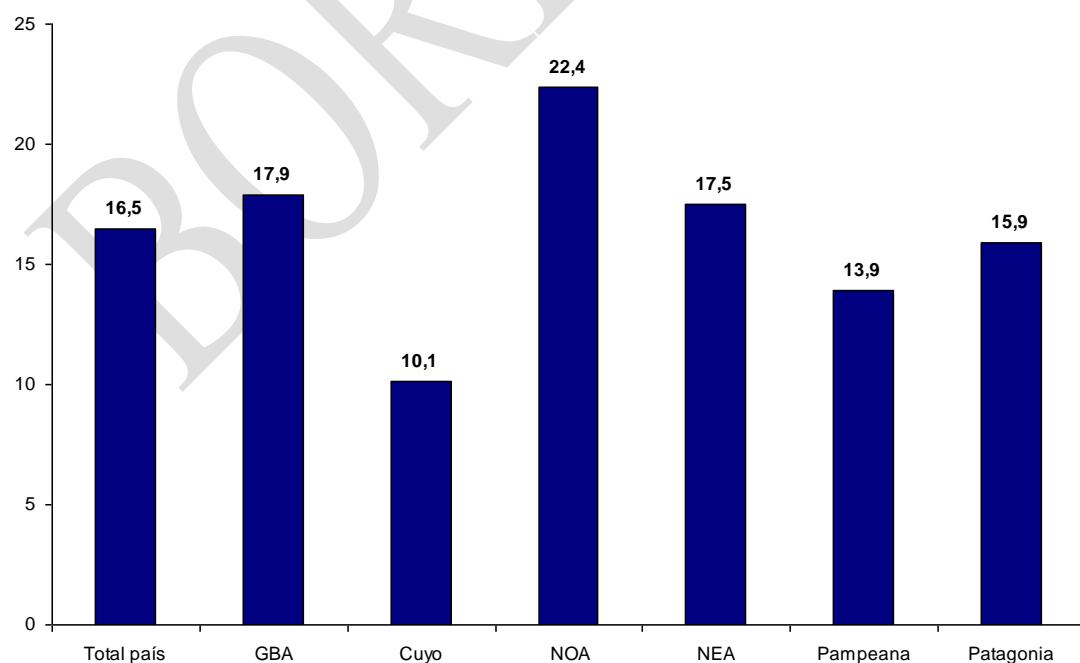
Gráfico Nº 52 : Porcentaje de niños y niñas de 6 a 60 meses en hogares sin NBI y categorías de diagnóstico antropométrico nutricional en relación a las curvas de la OMS, 2005.



Fuente: Elaborado por UNAMOS en base a datos de la ENNyS, 2005.

La ENNyS también permite identificar otros problemas como la presencia de anemia en niños y niñas. Así, se destaca que a nivel nacional un 16,5% de los niños y niñas presenta anemia (Hemoglobina < 11 g/dL niños 6 meses a 4.9 años), con valores que superan el 20% en el NEA (22,4%), reflejando la correlación entre deficiencias nutricionales y las condiciones de pobreza de las distintas regiones del país (Gráfico Nº 53). No obstante, esta situación es más grave si se analiza el grupo de 6 a 23 meses, en donde el 34,1% de los niños y niñas de este grupo presenta anemia.

Gráfico Nº 53 : Prevalencia de anemia en niñas/os de 6 meses a 5 años, 2005

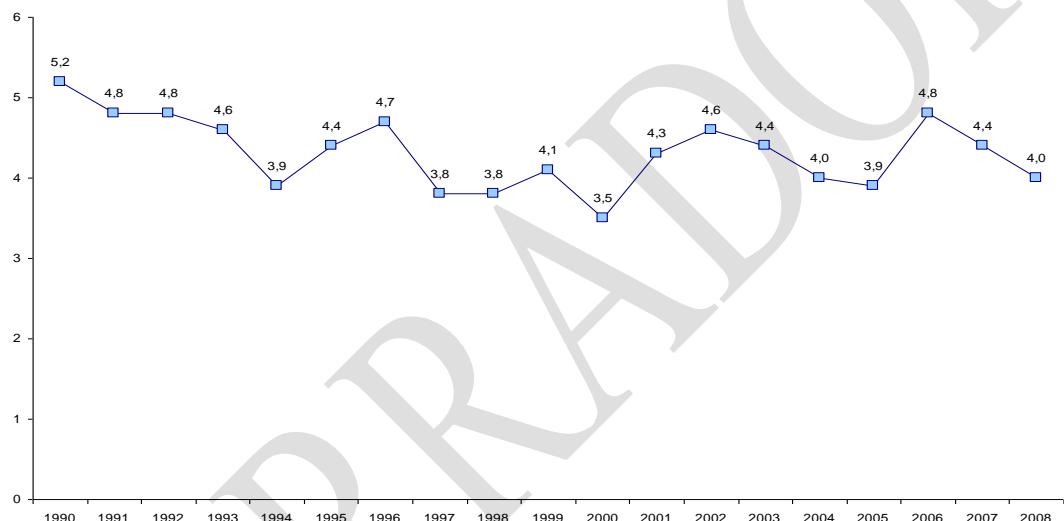


Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la ENNyS, 2005.

La razón de mortalidad materna (RMM) muestra una tendencia relativamente estable entre 1990-2008, alcanzando en este último año el valor de 4,0 cada 10.000 nacidos vivos, lo que implica una reducción de 23,1% respecto al valor que tomaba en 1990. Cabe destacar que la RMM aumentó entre 2001 y 2002, lo cual se corresponde con la profunda crisis económica y social que vivió el país durante esos años. No obstante, a partir de 2003 retoma la tendencia decreciente. Asimismo, el país ha asumido el compromiso con los ODM de reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna (Gráfico Nº 54).

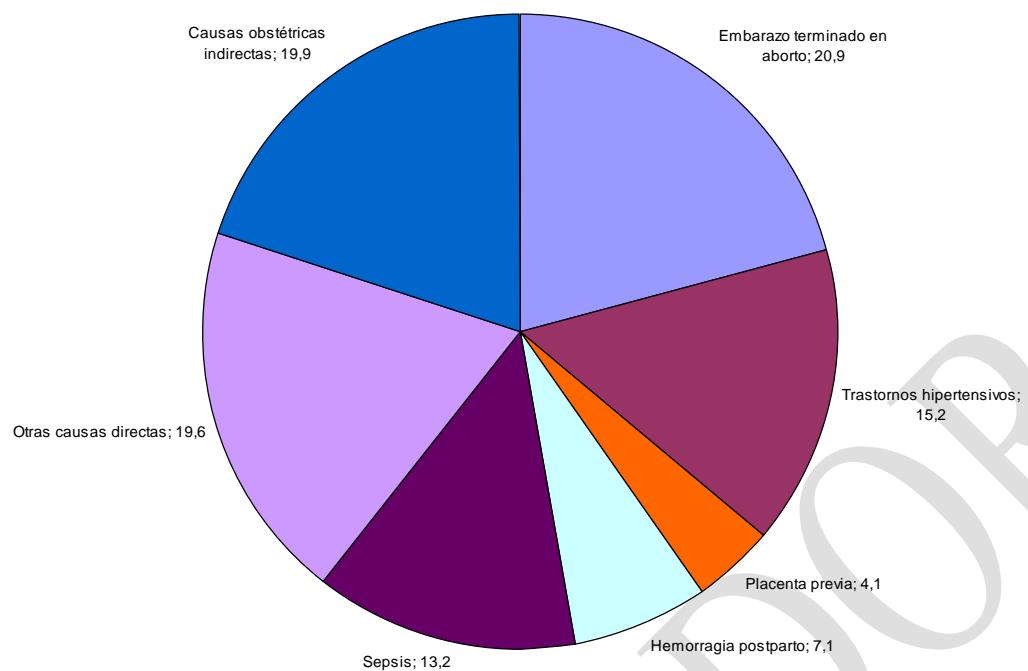
El gráfico 46 presenta la participación de las diversas causas de mortalidad materna para 2008. En primer lugar, se destacan los embarazos terminados en aborto con el 20,9%, seguido otras causas obstétricas indirectas (19,9%), otras causas obstétricas directas (19,6%), y los trastornos hipertensivos (15,2%).

Gráfico Nº 54: Evolución de la razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos, 1990-2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

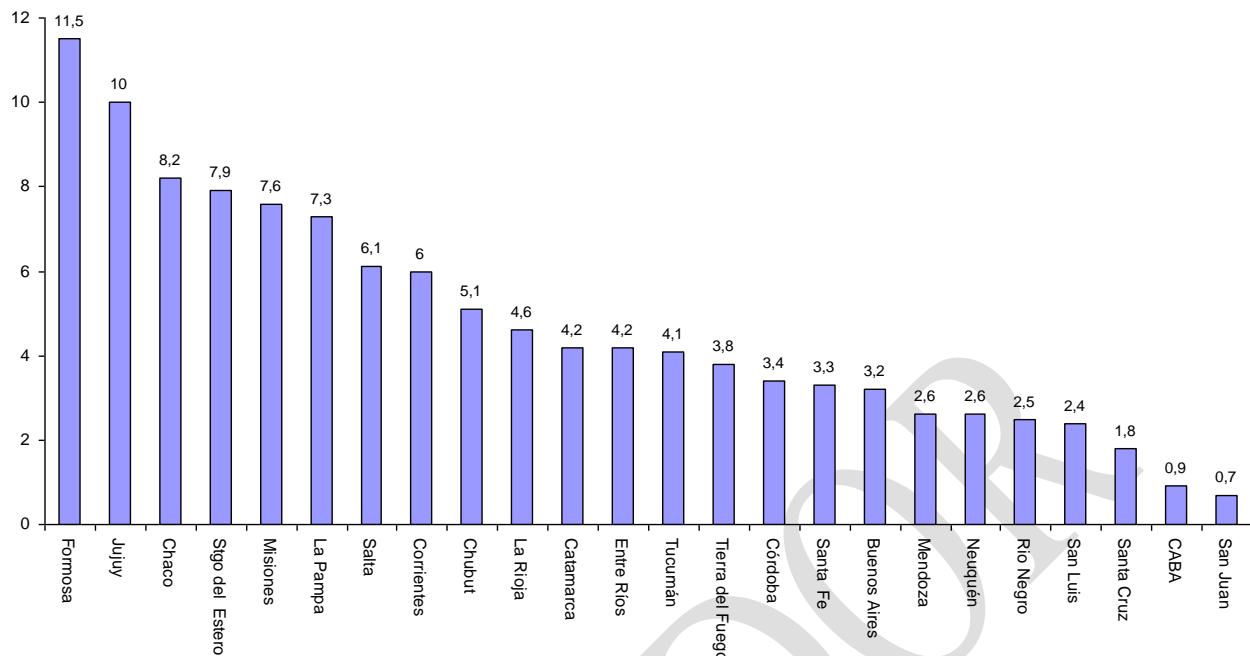
Gráfico N° 55: Causas de mortalidad materna, 2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien la tendencia de la RMM es hacia la baja, esta situación no refleja las importantes brechas que existen entre las provincias. Así, en el Gráfico N° 56 se puede observar que para el 2008 la RMM presenta valores por encima de 8 cada 10.000 nacidos vivos en las jurisdicciones de Formosa (11,5), Jujuy (10,0) y Chaco (8,2), mientras que la CABA muestra una tasa que no llega a 1 por 10.000 nacidos vivos. Esta situación se explica por la alta correlación entre la mortalidad materna y las condiciones socioeconómicas de la población. De esta forma, aquellas regiones más empobrecidas, y por lo tanto con menor acceso a atención médica de calidad, nutrición saludable y métodos seguros y efectivos de regulación de la fecundidad, poseen a su vez mayores niveles de mortalidad materna.

Gráfico N° 56: Razón de Mortalidad Materna por provincia, 2008.



Fuente: Barbieri, ME en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Dadas las brechas regionales en términos de mortalidad materna, el país se ha comprometido con los ODM a reducir en un 10% la inequidad entre provincias, esperando llegar a un coeficiente de Gini de 0,311 en 2015. Para 2007, se estima que el Gini llega a 0,237, alcanzando la meta planteada (Tabla N° 8).

Tabla N° 8: Coeficiente de Gini para la RMM, 1990-2007

1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0,346	0,357	0,436	0,401	0,300	0,363	0,311	0,278	0,237

Fuente: Informe País 2009 e Indicadores básicos 2009, OPS.

Finalmente, debemos destacar la sífilis congénita. Este es un problema que indirectamente expresa la accesibilidad y la calidad de la atención de la salud materno-infantil. Cuanto mayor sea la notificación de casos de sífilis congénita más lejos se está de conseguir una mejora en estos factores.

La tasa de notificación en el 2007 registra un valor de 1,13 casos cada 1.000 nacidos vivos, un 31,8% mayor que el año anterior. Este aumento es a expensas de todas las regiones, excepto Sur en la cual la notificación se mantuvo igual al año 2006. A nivel provincial el mayor aumento se presenta en La Rioja, donde la tasa se triplica y pasa de 3,3 a 9,2 casos cada 1.000 nacidos vivos. La región NEA, registra la mayor tasa regional y supera a la tasa media país, marcando una tendencia ascendente en el 2007, luego de seis años de un descenso sostenido en la notificación de casos.

3.2.3 PRIORIDADES DE SALUD NACIONAL.

La situación de salud de la Argentina se caracteriza por la presencia de un perfil epidemiológico dual, en el cual coexisten enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, a lo que se suman nuevas o emergentes amenazas. Si bien en los últimos años se han observado mejoras en los indicadores de salud, existen grandes diferencias entre provincias, producto de los distintos grados de desarrollo socioeconómico de cada una de ellas.

Las respuestas a estas problemáticas se enmarcan en un sistema de salud caracterizado por la multiplicidad de actores (OSN, OSP, INSSyP, prepagas y sector público descentralizado), desarticulado y fragmentado en el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

En este sentido se pueden destacar tres grandes desafíos de salud en la Argentina: mantener y mejorar la salud de aquellas jurisdicciones con perfiles de salud de países desarrollados; revertir y controlar los problemas de salud característicos del subdesarrollo presentes en aquellas provincias con alta prevalencia de pobreza e integrar y coordinar a los distintos subsectores de la salud, tendiendo a un sistema más homogéneo, que contribuya a la prestación de servicios de manera equitativa, eficaz y eficiente.

De acuerdo a este análisis de situación en la agenda sanitaria del nuevo Plan Federal de Salud se priorizaron los problemas de salud de acuerdo a los siguientes criterios²⁹:

1. Magnitud: comprende la frecuencia, extensión, prevalencia o consideraciones semejantes.
2. Trascendencia: es el impacto que genera el problema sobre la sociedad y el individuo.
3. Vulnerabilidad: es la posibilidad de intervención para resolver el problema de salud.
4. Impacto: resulta de evaluar la magnitud en la que afectan los problemas de salud a la expectativa de vida de la población.
5. Inequidad: consiste en analizar la presencia de desigualdades que son innecesarias, injustas y evitables.

Se tuvieron en cuenta los compromisos asumidos por el Estado Nacional, específicamente los ODM

Cuadro N° 3: Problemas de Salud Priorizados

²⁹ Comisión Nacional Salud Investiga. *Guía de orientación para la elaboración de un proyecto de investigación*. Ministerio de Salud de la Nación.

Enfoques Problemas	Magnitud	Vulnerabilidad	Trascendencia	Impacto en la expectativa de vida	Inequidad
Salud de niños, niñas y adolescentes	X	X	X	X	X
Salud materna	X	X	X		X
Factores de riesgo	X	X	X	X	
Enf. Cardiovasculares	X	X	X	X	
Cáncer	X	X	X	X	X
Lesiones	X	X	X	X	X
Enf. Transmisibles		X	X		X

Fuente: Elaborado por Abriata, MG y Barbieri, ME.

Las estrategias generales para enfrentar estos problemas deben basarse en los tres modelos planteados por las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007: el modelo de atención, el modelo de gestión y el modelo de financiamiento; así como también sobre las políticas públicas que del análisis surjan como indispensables.

CAPÍTULO 5

Metas y estrategias al 2016

BORRAR

5.1 Metas y Estrategias para la Salud de las personas

Con el objeto de lograr coherencia, una adecuada y equitativa asignación de los recursos, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de sus dependencias y programas, ha establecido metas a ser alcanzadas a 2016, las estrategias correspondientes cuya efectividad será analizada constantemente.

Las metas establecidas por el Ministerio de Salud expresadas por ciclo de vida. Las metas de salud fueron planteadas en términos de morbilidad, mortalidad y exposición a factores de riesgo de la población – considerando valores promedio nacionales y la brecha entre éstos y los valores provinciales. Los ciclos de vida han sido definidos en:

- los niños y las niñas
- los y las adolescentes y los y las jóvenes
- Salud de las mujeres en relación al embarazo, parto y puerperio
- los adultos y los adultos mayores

Esta clasificación que debe orientar la formulación de una canasta prestacional explícita en cobertura y estándar de calidad.

Las estrategias, a su vez, plantean tres líneas que se desprenden de los principios de la Estrategia de Atención Primaria y que deben definir la direccionalidad de los planes y programas nacionales y provinciales destinados a contribuir al logro de las metas de salud. Esas líneas estratégicas son:

i) Garantizar la atención de las personas, a través de la regionalización y fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las redes de atención, mejorando la accesibilidad y la continuidad de la misma;

La estrategia de atención primaria de la salud implica una reorganización de los servicios de atención cuyo objetivo último es adecuar las prestaciones de salud a las necesidades y expectativas de las personas. Una condición indispensable para que los sistemas de salud puedan reducir las inequidades, es garantizar a todos el acceso a la atención de salud, disminuyendo la brecha entre la oferta y la demanda.

La atención de salud debe brindarse respetando la diversidad cultural, disminuyendo las posibilidades de exclusión

Esta diversidad de necesidades de las personas y las comunidades requiere la movilización de una amplia gama de recursos que abarcan desde la promoción de la salud e intervenciones de prevención, el diagnóstico, el tratamiento o derivación, la atención domiciliaria crónica o a largo plazo y hasta la articulación con prestadores de servicios sociales. Pero el punto en el cual la persona plantea el problema por primera vez es el lugar donde se hace más necesaria una oferta integral e integrada de atención. Por eso, el escenario en el que las redes especializadas se desarrollen deben complementarse con la prestación de servicios integrales que faciliten la detección y prevención tempranas, la promoción de la salud para reducir los comportamientos de riesgo y la lucha contra los determinantes sociales y de otro tipo, pero también con la oferta de prestaciones de rehabilitación y cuidados paliativos. Un equipo de salud proactivo en interacción con las personas y las comunidades es esencial para ofrecer una atención integral centrada en las personas. Pero también facilita la continuidad de la atención, importante factor determinante de la eficacia de las intervenciones sanitarias.

Las relaciones entre el equipo del primer nivel de atención y los profesionales de los hospitales de segundo y tercer nivel –y también con otro tipo de instituciones y organizaciones de la comunidad– deben estar basadas en principios de cooperación y coordinación.

ii) Priorizar las intervenciones orientadas a la prevención y minimización de los problemas de salud responsables de las principales causas de muerte y patologías prevalentes;

Una mayor equidad requiere de intervenciones que requieren medidas de salud pública, que trascienden la escala local como:

- Protección de riesgos sanitarios, por ejemplo, mediante la promoción de hábitos saludables
- El control y la prevención de enfermedades que concentran una alta carga de enfermedad o afectan específicamente a etapas del ciclo vital
- Implementación de un número reducido y determinado de programas focalizados en las poblaciones más vulnerables o desfavorecidas

Como los programas de fortalecimiento de las redes especializadas, las propuestas programáticas deben considerar estos aspectos. El enfoque por ciclo de vida permite integrar las perspectivas de atención de problemas de salud con las necesidades particulares de cada momento de la vida de las

personas, en su contexto social y económico. Estos lineamientos se refuerzan con la propuesta desde el modelo de gestión respecto a promover la coordinación programática a todos los niveles.

Es importante tener en cuenta que las medidas focalizadas no suplen el proceso que a largo plazo conduce a la cobertura universal, y que deben asegurar la institucionalización simultánea de los modelos de financiamiento y el fortalecimiento de las estructuras sistémicas de apoyo a la cobertura universal.

iii) Participación Social y Determinantes: coordinación de acciones programáticas de comunicación y participación social articuladas intersectorialmente para el abordaje de los Determinantes Sociales.

Las intervenciones exclusivamente asistenciales no son suficientes para dar respuesta sustentable a los problemas de salud así como tampoco para evitarlos. Es necesario que los equipos de salud articulen con otros equipos multidisciplinarios para desarrollar espacios de participación social y de capacidades institucionales locales para actuar sobre los determinantes sociales. Está claro que la salud de la población se puede mejorar con políticas públicas controladas por sectores distintos del de la salud. Los planes de estudios, la inocuidad de los alimentos y los bienes de consumo o el trasporte de desechos tóxicos son algunas de las cuestiones que pueden incluso determinar – positiva o negativamente- la salud de comunidades enteras, en función de las decisiones que se tomen.

Es importante que el sector sanitario se asocie a otros sectores, no sólo con el objeto de obtener su colaboración frente a los problemas de salud prioritarios ya identificados, sino también para garantizar que se reconozca a la salud como uno de los resultados socialmente valorados de todas las políticas.

Para lograr éxitos en este sentido, debe cambiarse el enfoque dirigido a incluir la salud en todas las políticas, desde la consideración de un problema de salud específico y el estudio de cómo pueden otros sectores contribuir a resolverlo, al estudio de los efectos de las políticas extrasectoriales sobre la salud de las personas, considerando las perspectivas de sus consecuencias adversas a la salud, como la contaminación atmosférica e industrial; y de las contribuciones positivas a la salud, como la educación, igualdad de género e inclusión social, que a través de mecanismos sinérgicos mejoran los resultados sanitarios.

En relación al logro de una cobertura universal necesaria para avanzar hacia una mayor equidad deben tenerse en cuenta dos mecanismos capaces de acelerar la adopción de medidas y su sostenimiento a lo largo del tiempo. El primero consiste en aumentar la visibilidad de las inequidades en salud en la conciencia del público y en los debates sobre las políticas. El segundo es la creación de un espacio para la participación de la sociedad civil en la determinación de las reformas sanitarias.

La participación social en las intervenciones en salud se convierte en una realidad a nivel local, influyendo eficazmente en los factores materiales y sociales que conforman las perspectivas de salud de las personas, ampliando o reduciendo las brechas de equidad sanitaria.

A continuación se listan las metas planteadas según ciclos de vida y en relación al estado de salud de la población y a los factores de riesgo, y las estrategias según los lineamientos arriba definidos.

La salud de los niños

Metas

- Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil un 36 % respecto al valor correspondiente al año 2007
- Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil por malformaciones en un 20% con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal en un 40 % con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Reducir la Tasa de Mortalidad Neonatal por causas reducibles un 45% con respecto al valor correspondiente al año 2007.
- Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal precoz en 40% con respecto al valor correspondiente al año 2007.
- Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal de recién nacidos con peso entre 1000 y 1500 gramos, en 50% con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal por causas perinatales en 50% con respecto al valor correspondiente a 2007
- Reducir la Tasa de Mortalidad Posneonatal un 30% con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Reducir la Tasa de Mortalidad Postneonatal por causas reducibles un 35 % con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Reducir la Tasa de Mortalidad Post-neonatal por causa respiratoria un 35% con respecto al valor correspondiente al año 2007

- Lograr que la Tasa de Mortalidad Infantil de aquellas jurisdicciones (Formosa, Chaco) que presentaron valores superiores disminuya un 50% con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Lograr 80% de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses
- Lograr 40% de lactancia materna continuada al año

Estrategias por componente

- Atención de las personas:
 - La regionalización de la atención perinatal como mecanismo para el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las maternidades: Maternidades Seguras
- Prevención y minimización del daño:
 - Prevención del Síndrome de muerte súbita del lactante
 - Alcanzar un 95% de cobertura en las vacunas del recién nacido (BCG y Hepatitis B) en todos los departamentos de Argentina
 - Transformar los Lactarios en Centros de Lactancia

Metas

- Reducir la Tasa de Mortalidad de menores de 5 años 36,5% con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Reducir en un 40% la prevalencia de anemia en los menores de 2 años con respecto al valor correspondiente a 2004-2005
- Reducir en un 25% la prevalencia de obesidad en niños menores de 6 años con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Ninguna jurisdicción con valores superiores a los basales (2004-2005) de prevalencia de obesidad en niños menores de 6 años
- Disminuir 24% la prevalencia de discapacidad mental de los niños en los primeros cuatro años de vida.
- Atención de las personas:
 - Mejorar la Calidad de Atención Pediátrica a partir de optimizar gestión y organización de los servicios de pediatría
- Prevención y minimización del daño:
 - Focalizar las intervenciones orientadas a la minimización de las patologías responsables de las principales causas de muerte y patología prevalente en niños menores de 5 años (IRA, diarrea, cardiopatías congénitas, SUH)
 - Distribución del documento de prevención y atención integral del niño obeso
 - Distribución de leche fortificada
 - Alcanzar un 95% de cobertura en las vacunas del calendario nacional en niños menores de dos años
 - Distribución de Guías de Salud del Niño y prevención de accidentes de la SAP
- Participación Social y Determinantes:
 - Fortalecer el enfoque intersectorial de la problemática de la Nutrición
 - Promover la extensión de las experiencias de programas de abordaje intersectorial de las problemáticas de la infancia con enfoque de derecho

La salud de los y las adolescentes

Metas de salud

- La tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes de 10 a 14 es de 1,56/100.000 hab focalizando en la cuota parte aportada por varones
- La tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes de 15 a 19 es de 9,52/100.000 hab, focalizando en la cuota parte aportada por varones
- La tasa de mortalidad por suicidios en jóvenes de 20 a 24 años es de 12,43/100.000 hab. respectivamente. Focalizando en la cuota parte aportada por varones

Metas en relación a los factores de riesgo

- Reducir la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes escolarizados a un 20% a fin del 2016 con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Reducir la Tasa de Natalidad específica entre adolescentes de 10 a 14 años a 0.73 por 1000
- Reducir la Tasa de Natalidad específica entre adolescentes de 15 a 19 años a 28.48 por 100.000

- Reducir la prevalencia de consumo de alcohol en población de adolescente escolarizados de 13 a 16 años al 51,12 %
- Reducir la prevalencia de consumo de alcohol episódico de riesgo en la población joven de 18 a 24 años al 17%
- Aumentar al 93% la proporción de adolescentes de 15 a 19 años que usaron preservativos en su última relación sexual
- Aumentar al 90 % la proporción de adolescentes de 20 a 24 años que usaron preservativos en su última relación sexual

Estrategias por componente

- Atención de las personas:
 - Los centros de atención primaria de salud del país tendrán al menos un profesional del equipo de salud capacitado en la atención de salud de adolescentes
 - Creación de centros diferenciados de atención de adolescentes
 - Desarrollar dispositivos de detección y alarma para detectar casos epidémicos de suicidio.
 - Desarrollar dispositivos de atención de emergencia para suicidios e intentos de suicidio
- Prevención y minimización del daño:
 - Promoción de conductas saludables y de autocuidado entre las y los adolescentes.
 - Establecimiento de puestos fijos de distribución de preservativos y materiales preventivos dentro y fuera del sistema de salud con orientación a lugares amigables para población joven
- Participación Social y Determinantes:
 - Establecer campañas de comunicación y sensibilización para la población para minimizar el consumo de alcohol
 - Articulación Intersectorial con programas cuya población objetivo son adolescentes y jóvenes
 - Abogacía para legislación sobre el consumo de alcohol.
 - Abogacía para el control de la venta, comercialización y publicidad de bebidas alcohólicas.
 - Mejorar el acceso a los recursos preventivos, generar lineamientos sobre ejes centrales de la política preventiva y promocionar y dar accesibilidad al preservativo y herramientas preventivas

De la mujer en relación al embarazo

Metas de salud

- Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna del país disminuya en un 70% en relación al valor correspondiente al año 2007
- Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna por causas directas del país disminuya en un 80% en relación con el valor correspondiente al año 2007.
- Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna por aborto del país disminuya un 80% en relación al valor correspondiente al año 2007
- Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna de aquellas jurisdicciones (Formosa, La Rioja y Jujuy) que presentaron valores superiores disminuya un 50%.
- Reducir la Tasa de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas al 4% con respecto al valor correspondiente a 2008
- Reducir la Tasa de Transmisión Vertical de VIH/SIDA al 3%
- Alcanzar la notificación del 95% del total de casos de Chagas congénito estimados por año (1300 casos)
- Reducir los casos de sífilis congénita 90% con respecto al valor correspondiente al año 2007.

Metas en relación a los factores de riesgo

- Lograr que al menos el 80% de las mujeres embarazadas hayan tenido su primer control antes de la semana 20
- Reducir en un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada con respecto al valor correspondiente al año 2007
- Reducir en un 15 % los embarazos no planificados
- Reducir en un 25% la prevalencia de obesidad en mujeres de 10 a 49 años con respecto al valor correspondiente al año 2005 (ENNys)
- Ninguna jurisdicción con valores superiores a la prevalencia nacional de obesidad en mujeres de 10 a 49 años encontrada por la ENNys (2004-2005)

Estrategias por componente

- Atención de las personas:
 - Regionalización de la atención perinatal, fortaleciendo la capacidad resolutiva de las Maternidades
 - Mejorar la Calidad de Atención Obstétrica a partir de la gestión y organización eficiente, de los Servicios de Obstetricia Priorizar la resolución del déficit del RRHH para la atención perinatal Maternidad centrada en la familia
- Prevención y minimización del daño:
 - Implementación de Maternidades Seguras:
 - Capacitación en el manejo de las complicaciones del embarazo:
 - Promoción de un modelo de manejo de la atención pos parto
 - Capacitación en el manejo de las complicaciones del parto puerperio capacitación en la pesquisa y derivación de enfermedades de riesgo
 - Vigilancia de enfermedades de transmisión vertical a través del control de embarazo en todos los laboratorios públicos de las 24 jurisdicciones del país a través del SIVILA
 - Ofrecimiento diagnóstico y tratamiento oportuno de VIH/SIDA en todas las mujeres embarazadas y sus parejas
 - Capacitación en el uso de sulfato de magnesio
 - Fortalecer el enfoque intersectorial de la problemática de la Nutrición
- Participación Social y Determinantes:
 - Campaña masiva de promoción del control perinatal

Adultos y adultos mayores

Metas de salud

- Disminuir la Tasa de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de 213,6 x 100.000 habitantes en el 2007 a menos de 180 por 100000 habitantes a fin del año 2016
- Reducir la Tasa de Mortalidad por lesiones de tránsito por vehículo a motor de 10,1 por 100.000 habitantes en el 2006 a menos de 8 por 100.000 habitantes al año 2016.
- Reducir en 2 puntos la Tasa de Mortalidad por cáncer cérvico uterino con respecto al valor correspondiente al año 2008
- Reducir a 2,6 por 100.000 habitantes los casos de SIDA
- Reducir a 30 por 1.000.000 habitantes la Tasa de Mortalidad por SIDA
- Reducir la incidencia de tuberculosis en un 50% con respecto a los valores registrados en 1990
- Reducir la mortalidad por tuberculosis en un 50 % con respecto a los valores registrados en 1990
- Mantener la letalidad por Dengue en epidemia con riesgo de dengue grave menor al 1%
- Eliminar la rabia humana transmitida por el perro
- Disminuir el riesgo de rabia humana transmitida por otras especies
- Erradicar la equinococosis quística en la Provincia de Tierra del Fuego
- Reducir la letalidad por Leishmeneasis viseral

Metas en relación a los factores de riesgo

- Disminuir la tendencia al crecimiento de la obesidad y el sobre peso en nuestra población.
- Lograr una cobertura del 60% de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años sin cobertura de salud en 11 provincias prioritarias.
- Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco en adultos (18 a 64) años al 25%
- Disminuir la exposición al humo de tabaco ambiental al 35%
- Disminuir consumo de sal a menos de 9 gramos por habitante
- Disminuir la prevalencia de presión arterial elevada al 30 % en adultos de 18 a 64 años
- Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en un 5% de acuerdo al valor correspondiente **al año 2005**
- Disminuir la prevalencia de colesterol elevado al 20% a fin del 2016 con respecto al valor correspondiente al año 2005
- Disminuir la prevalencia del consumo regular de riesgo de alcohol en adultos (18 a 64) años a un 20% a fin del 2016.
- Disminuir la prevalencia de personas con bajo nivel de actividad física a un 40%
- Aumentar consumo de frutas y hortalizas a 300 g por día por persona

- Certificar la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas en 16 provincias y consolidar las acciones para la interrupción de la transmisión Vectorial en 5 provincias (Chaco, S del Estero, Formosa, San Juan y Mendoza)
- Asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno en al menos el 90% de los casos de leishmaniasis visceral
- Eliminar la transmisión vectorial de paludismo autóctono, manteniendo el índice parasitario anual < 1% en las áreas de riesgo
- Aumentar la cobertura de inmunización anti influenza a un 31 % para la población de adultos mayores (Mayores de 60 años)
- Aumentar la cobertura de inmunización anti tetánica a un 25 % para la población de adultos mayores (Mayores de 60 años)
- Disminuir la proporción de mujeres adultas mayores que no se realizaron nunca PAP al 25%
- Disminuir la proporción de mujeres adultas mayores que no se realizaron nunca mamografía al 15%
- Reducir la prevalencia de Diabetes a un 20 % en adultos mayores de 60 años
- Reducir la prevalencia de Inactividad Física a un 50% en adultos mayores de 60 años
- Reducir la prevalencia de hipertensión arterial a un 50% en adultos mayores de 65 años
- Reducir la prevalencia de colesterol elevado a un 35% en adultos mayores de 65 años
- Detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis
- Lograr que el 100% de los casos de tuberculosis completen el tratamiento.
- Disminuir el riesgo de rabia humana transmitida por otras especies distinta a la canina.

Estrategias por componente

- Atención de las personas:
 - Fortalecimiento y reorientación de los servicios de salud en relación al control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo
 - Fortalecimiento de los servicios de atención de pacientes oncológicos en todos sus niveles
 - Categorización y acreditación de los establecimientos asistenciales
 - Mejorar la accesibilidad al Diagnóstico de la población y Seguimiento de PVVIH - SIDA e ITS
 - Retomar el Proyecto de Cooperación Técnica entre Países (TCC) Argentina/Chile para la eliminación de la Equinococosis quística en Tierra del Fuego.
 - Transferencia al Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) por parte del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas Carlos G. Malbrán de la capacidad para implementar el diagnóstico de la Equinococosis quística utilizando la prueba de coproantígeno
 - Estandarización de los procedimientos para el diagnóstico y control de la equinococosis entre Argentina y Chile.
 - Coordinación de la red de laboratorios de rabia del país.
 - Coordinación con el Servicio Nacional de Sanidad Animal (SENASA).
 - Provisión de insumos específicos para diagnóstico y tratamiento
 - Incorporación de la vigilancia animal y entomológica por laboratorio en las 24 jurisdicciones para las enfermedades zoonóticas y vectoriales
 - Ampliar la cobertura del sistema público de salud a la población de adultos mayores vulnerables a través de las estrategias de Atención Primaria de la Salud y Médicos Comunitarios
- Prevención y minimización del daño:
 - Abogacía para la ratificación del convenio marco y aprobación de ley nacional de control de tabaco de acuerdo a los lineamientos del mismo antes del 2011.
 - Abogacía por la aprobación de legislación de ambientes 100% libres de humo en todas las provincias de nuestro país para el 2016.
 - Abogacía por el incremento de los impuestos a los productos de tabaco en un 70 %
 - Abogacía para la modificación del código alimentario sobre el contenido de sodio de los alimentos procesados
 - Abogacía para la aprobación de la modificación del código alimentario con la propuesta actual para reducir grasa trans.
 - Acuerdos voluntarios con la industria alimentaria sobre reducción de sodio y trans.
 - Políticas regulatorias de etiquetado de los alimentos y publicidad.
 - Abogacía para el cambio de currícula en las escuelas en relación a la realización de actividad física."
 - Promoción de entornos físicos y sociales saludables (escuelas saludables, universidades, ambientes laborales, municipios saludables)

- Implementación de guías de práctica clínica de ENTs
 - Desarrollar el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de las infecciones por VIH
 - Seguimiento de las normas de tratamiento adecuado por las instituciones de salud
 - Establecimiento de una política activa de prevención primaria en el sistema de salud con intervención de una respuesta multisectorial
 - Implementación de guías nacionales de asistencia clínica de Adultos Mayores
- Participación Social y Determinantes:
- Estrategias comunicacionales sobre estilos de vida saludables
 - Priorizar los componentes de desarrollo de espacios seguros para todos, la educación a los profesionales de la salud desde una perspectiva de los riesgos colectivos e individuales, los cambios conductuales de la población y la regulación legislativa en el tema.
 - Promover la adhesión de todas las provincias a la ley nacional de lucha contra el consumo excesivo de alcohol
 - Difundir la política preventiva de VIH_SIDA entre los actores formales del sistema salud, con convocatoria a otros actores
 - Concientización a la población sobre la gravedad de la enfermedad
 - Concientización en la comunidad acerca de la tenencia responsable de mascotas
 - Implementar la vigilancia entomológica a través de sistemas locales de salud o municipal con la Participación de la Comunidad debidamente informada sobre medidas de prevención y promoción de la salud.
 - Reforzar el recurso humano y equipamientos para la supervisión y monitoreo de la evaluación entomológica y para las acciones de control del vector con insecticidas.
 - Promover a través de otros organismos el mejoramiento de la vivienda y peri domicilio
 - Promoción de la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable
 - Implementación de Acuerdos y Convenios con las provincias para la mejora la cobertura y el acceso a la atención integral de salud de la población de adultos mayores de 60 años.

Indicadores para el monitoreo de las metas de salud

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Salud de los niños y niñas							
Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil 36% con respecto al valor correspondiente al año 2007	Tasa de mortalidad infantil	Nro de defunciones de <1 año*1000/Nro de nacidos vivos	13,3% (DEIS)	Maternidad e Infancia	11,7% (DEIS)	10,1% (DEIS)	8,5% (DEIS)
Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil por malformaciones un 20% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	Tasa de Mortalidad Infantil por malformaciones	Nro de defunciones de <1 año por causa de malformaciones*1000/Nro de nacidos vivos	3% (DEIS)	Maternidad e Infancia	2,8% (DEIS)	2,6% (Fuente DEIS)	2,4% (DEIS)
Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal en un 40 % con respecto al valor correspondiente al año 2007	Tasa de Mortalidad Neonatal	Nro de defunciones de <28 días*1000/Nro de nacidos vivos	8,5% (DEIS)	Maternidad e Infancia	7,4% (DEIS)	6,2% (Fuente DEIS)	5,1% (DEIS)
Reducir la Tasa de Mortalidad Neonatal por causas reducibles un 45% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	Tasa de Mortalidad Neonatal por causas reducibles	Nro de defunciones de <28 días por causas reducibles*1000/Nro de nacidos vivos	4,9% (DEIS)	Maternidad e Infancia	4,2% (DEIS)	3,4% (Fuente DEIS)	2,7% (DEIS)
Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal precoz un 40% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	Nro de defunciones de <7 días*1000/Nro de nacidos vivos	6% (DEIS)	Maternidad e Infancia	5,2% (DEIS)	4,4% (Fuente DEIS)	3,6% (DEIS)

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal de recién nacidos con peso entre 1000 y 1500 gramos, en un 50%. respecto al valor correspondiente del año 2007	Tasa de Mortalidad Neonatal de RN de 1000-1500 grs.	Nro de defunciones de <28 días*1000 con peso entre 1000 y 1500 gr /Nro de nacidos vivos con peso entre 1000 y 1500 gr	191,6 (DEIS)	Maternidad e Infancia	159,7% (DEIS)	127,7% (DEIS)	95,8% (DEIS)
Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal por causas perinatales en un 50% con respecto al valor correspondiente del año 2007	Tasa de Mortalidad Neonatal por causas perinatales	Nro de defunciones de <28 días por afecciones relacionadas con el periodo perinatal*1000/Nro de nacidos vivos	6,1% (DEIS)	Maternidad e Infancia	5,1% (DEIS)	4,1% (DEIS)	3,1% (DEIS)
Reducir la Tasa de Mortalidad Postneonatal 30 % con respecto al valor correspondiente del año 2007	Tasa de Mortalidad Postneonatal	Nro de defunciones de niños entre 28 días y un año*1000/Nro de nacidos vivos	4,8% (DEIS)	Maternidad e Infancia	4,3% (DEIS)	3,9% (DEIS)	3,4% (DEIS)
Reducir la Tasa de Mortalidad Postneonatal por causas reducibles un 35 % con respecto al valor correspondiente del año 2007	Tasa de Mortalidad Postneonatal por causas reducibles	Nro de defunciones de niños entre 28 días y un año por causas reducibles*1000/Nro de nacidos vivos	2,7% (DEIS)	Maternidad e Infancia	2,4% (DEIS)	2,1% (DEIS)	1,9% (DEIS)
Reducir la Tasa de Mortalidad Postneonatal por causa respiratoria 35% con respecto al valor correspondiente del año 2007	Tasa de Mortalidad Postneonatal por causa respiratoria	Nro de defunciones de niños entre 28 días y un año por causas respiratorias*1000/Nro de nacidos vivos	1,2% (DEIS)	Maternidad e Infancia	1,1% (DEIS)	0,9% (DEIS)	0,8% (DEIS)
Lograr que la Tasa de Mortalidad Infantil de aquellas jurisdicciones (Formosa, Chaco) que presentaron valores superiores, disminuya un 50%. con respecto al valor correspondiente del año 2007	Tasa de Mortalidad Infantil de Formosa	Nro de defunciones de <1 año ocurridas en Formosa*1000/Nro de nacidos vivos en Formosa	23,3% (DEIS)	Maternidad e Infancia	19,4% (DEIS)	15,5% (DEIS)	11,7% (DEIS)
	Tasa de Mortalidad Infantil de Chaco	Nro de defunciones de <1 año ocurridas en Chaco*1000/Nro de nacidos vivos en Chaco	20% (DEIS)	Maternidad e Infancia	16,7% (DEIS)	13,3% (DEIS)	10% (DEIS)

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Lograr 40% de lactancia materna continuada al año	Proporción de niños de 12 a 15 meses que recibieron lactancia materna el día previo	Nro de niños de 12 a 15 meses que recibieron lactancia materna el día previo*100/total de niños encuestados de 12 a 15 meses	39,5% (Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)	Maternidad e Infancia	40% (Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)	40% (Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)	40% (Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)
Lograr 80% de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses	Proporción de menores de 6 meses que recibieron sólo lactancia materna el día previo	Nro de menores de 6 meses que recibieron sólo lactancia materna el día previo*100/ total de niños encuestados < 6 meses	39,4% (Fuente Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)	Maternidad e Infancia	80% (Fuente Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)	80% (Fuente Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)	80% (Fuente Encuesta Nacional de Lactancia Materna - DINAMI)
Reducir la Tasa de Mortalidad de menores de 5 años un 36,5% con respecto al valor correspondiente al año 2007	Tasa de Mortalidad de niños menores de 5 años	Nro de defunciones de <5 años*1000/Nro de nacidos vivos	15,6 (DEIS)	Maternidad e Infancia	13,7% (DEIS)	11,8% (DEIS)	9,9% (DEIS)
Reducir en un 40% la prevalencia de anemia en los menores de 2 años con respecto al valor correspondiente al período 2004-2005	Prevalencia de anemia en niños menores de 2 años	Nro de niños menores de 2 años con anemia*100/ niños encuestados	35,3% (ENNys 2004-2005 - DINAMI)	Maternidad e Infancia	30,6%	25,9%	21,2%
Reducir en un 25% la prevalencia de obesidad en niños menores de 6 años con respecto al valor correspondiente al año de 2007	Proporción de niños de 1 a 6 años con IMC >+2DE	Nro de niños de 1 a 6 años con IMC >+2DE*100/ niños encuestados	10,4% (ENNys 2004-2005)	Maternidad e Infancia	9,5%	8,7%	7,8%
Ninguna jurisdicción con valores superiores a los basales nacionales 2004-2005 de prevalencia de obesidad en niños menores de 6 años	Provincias con valores superiores al promedio de obesidad en <6años	Nro de provincias con valores superiores a los basales nacionales 2004-2005 de prevalencia de obesidad en niños < 6 años	10, 4% (ENNys 2004-2005)	Maternidad e Infancia	8,5%	-----	-----
Disminuir 24% la prevalencia de discapacidad	Tasa de	Nº de casos de	5,05 º/oo	Dirección	4,65 º/oo	4,25 º/oo	3,85 º/oo

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
mental de los niños en los primeros cuatro años de vida.	prevalencia discapacidad mental en niños de 0 a 4 años.	discapacidad mental en niños de 0 a 4 Total de niños de 0 a 4 años de edad	(Fuente: ENDI – INDEC / CONADIS)	Nacional de Salud Mental y Adicciones			
<i>Salud del Adolescente</i>							
La tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes de 10 a 14 es de 1,56/100.000 hab focalizando en la cuota parte aportada por varones	Tasa de mortalidad específica para la población de 10 a 14 años	nº de defunciones por suicidio en la población de 10 a 14 años * 100.000 /población total de 10 a 14 años	1,74 (2008 DEIS)	Unidad Coordinadora de Salud Mental PNSIA	1,68	1,62	1,56
La tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes de 15 a 19 es de 9,52/100.000 hab, focalizando en la cuota parte aportada por varones	Tasa de mortalidad específica para la población de 15 a 19 años	nº de defunciones por suicidio en la población de 15 a 19 * 100.000 /población total de 15 a 19 años	10,57 (Estadísticas Vitales 2008 DEIS)	Unidad Coordinadora de Salud Mental PNSIA	10,22	9,87	9,52
La tasa de mortalidad por suicidios en jóvenes de 20 a 24 años es de 12,43/100.000 hab. respectivamente. Focalizando en la cuota parte aportada por varones	Tasa de mortalidad específica para la población de 20 a 24 años	nº de defunciones por suicidio en la población de 20 a 24 años * 100.000 /población total de 20 a 24 años	13,81 (2008 DEIS)	Unidad Coordinadora de Salud Mental PNSIA	13,35	12,9	12,43
<i>En relación a los factores de riesgo</i>							
Reducir la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes escolarizados a un 20% a fin del 2016 con respecto al valor correspondiente al año 2007	Proporción de adolescentes de 13 a 16 años que fumaron cigarrillos durante uno o mas días en los últimos 30 días*100/cantidad de adolescentes de 13 a 16 años encuestados (%)	cantidad de adolescentes de 13 a 16 años que fumaron cigarrillos durante uno o mas días en los últimos 30 días*100/cantidad de adolescentes de 13 a 16 años encuestados	25,5% (Encuesta Mundial de Salud Escolar)	PNSIA Direccion de Promocion y Proteccion de la Salud Programa Nacional de Control de Tabaco	23,70%	21,80%	20%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Reducir la Tasa de Natalidad específica entre adolescentes de 10 a 14 años a 0,73 %	Tasa de natalidad específica para población de 10 a 14 años	Nº de nacidos vivos de madres entre 10 a 14 años *1000 / Población de 10 a 14 años	0,85 % (DEIS)	Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable PNSIA	0,81 % (DEIS)	0,77 % (DEIS)	0,73 % (DEIS)
Reducir la Tasa de Natalidad entre adolescentes de 15 a 19 años a 28,48%	Tasa de natalidad específica para población de 15 a 19 años	Nº de nacidos vivos de madres entre 15 a 19 años *1000 / Población de 15 a 19 años	32,71 % (DEIS)	Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable PNSIA	31,3 % (DEIS)	29,89 % (DEIS)	28,48 % (DEIS)
Reducir la prevalencia de consumo de alcohol en población de adolescentes escolarizados de 13 a 16 años a 51,12 %	Proporción de adolescentes de 13 a 16 años que bebieron por lo menos una bebida alcohólica un día o más en los últimos treinta días (%)	Nº de adolescentes de 13 a 16 años que bebieron por lo menos una bebida alcohólica un día o más en los últimos treinta días*100/cantidad de adolescentes de 13 a 16 años encuestados	56,8 % (Encuesta Mundial de Salud Escolar 2007)	Dirección de Promoción y Protección de la Salud Unidad Coordinadora de Salud Mental PNSIA	55%	53%	51%
Reducir el consumo de alcohol episódico de riesgo en la población joven de 18 a 24 años al 17%	Proporción de jóvenes de 18 a 24 años que bebieron 5 tragos o más de alcohol en una oportunidad en los últimos 30 días *100/cantidad de jóvenes de 18 a 24 años encuestados	cantidad de jóvenes de 18 a 24 años que bebieron 5 tragos o más de alcohol en una oportunidad en los últimos 30 días *100/cantidad de jóvenes de 18 a 24 años encuestados	18,8 % (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2007)	Unidad Coordinadora de Salud Mental	18%	18%	17%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Aumentar al 93% la proporción de adolescentes encuestados de 15 a 19 años que usaron preservativos con pareja ocasional en la última relación sexual	Proporción de adolescentes de 15 a 19 años que usaron preservativos con pareja ocasional en la última relación sexual (%)	Nro de adolescentes encuestados de 15 a 19 años *100/ Nro de adolescentes encuestados de 15a 19 años encuestados	87% (Centro de Estudios de Opinión Pública -CEDOP- Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/S en la población general - Argentina 2008)	Programa de Adolescencia - Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable	89%	91%	93%
Aumentar al 90% la proporción de adolescentes de 20 a 24 años que usaron preservativos con pareja ocasional en la última relación sexual	Proporción de adolescentes de 20 a 24 años que usaron preservativos con pareja ocasional en la última relación sexual (%)	Nro de adolescentes encuestados de 20 a 24 años *100/ Nro de adolescentes encuestados de 20 a 24 años encuestados	84% (Centro de Estudios de Opinión Pública - CEDOP- Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008)	Programa de Adolescencia - Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable	86%	88%	90%
<i>De la mujer en relación al embarazo parto y puerperio</i>							
Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna del país disminuya en un 70% en relación al valor correspondiente al año 2007	Tasa de Mortalidad Materna	Nro de muertes por causa materna*10000/nro de nacidos vivos	4,4 o/ooo (DEIS)	Maternidad e Infancia	3,3 o/ooo (DEIS)	2,3 o/ooo (DEIS)	1,3 o/ooo (DEIS)

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna por Causas Directas del país disminuya en un 80% en relación con el valor correspondiente al año 2007.	Tasa de Mortalidad Materna por causas directas	Nro de muertes maternas por causa directa*10000/nro de nacidos vivos	2,2 o/ooo (DEIS)	Maternidad e Infancia	1,6 o/ooo (DEIS)	1 o/ooo (DEIS)	0,4 o/ooo (DEIS)
Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna por aborto del país disminuya en un 80% en relación con el valor correspondiente al año 2007	Tasa de Mortalidad Materna por aborto	Nro de muertes maternas por aborto*10000/nro de nacidos vivos	1,1o/ooo (DEIS)	Maternidad e Infancia	0,8 o/ooo (DEIS)	0,5 o/ooo (DEIS)	0,2 o/ooo (DEIS)
Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna de aquellas jurisdicciones (Formosa, La Rioja y Jujuy) que presentaron valores superiores, disminuya 50%.	Tasa de mortalidad materna de Formosa	Nro de muertes por causa materna ocurridas en Formosa*10000/nro de nacidos vivos en Formosa	13,5 o/ooo (DEIS)	Maternidad e Infancia	10,5 o/ooo (DEIS)	7,4 o/ooo (DEIS)	4,4 o/ooo (DEIS)
	Tasa de mortalidad materna de La Rioja	Nro de muertes por causa materna ocurridas en La Rioja*10000/nro de nacidos vivos en La Rioja	12,5 o/ooo (DEIS)	Maternidad e Infancia	9,8 o/ooo (DEIS)	7,1 o/ooo (DEIS)	4,4 o/ooo (DEIS)
	Tasa de mortalidad materna de Jujuy	Nro de muertes por causa materna ocurridas en Jujuy*10000/nro de nacidos vivos en Jujuy	9,9 o/ooo (DEIS)	Maternidad e Infancia	8,1 o/ooo (DEIS)	6,2 o/ooo (DEIS)	4,4 o/ooo (DEIS)
Reducir la Tasa de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas al 4%	Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (%)	Nro de mujeres embarazadas seropositivas para VIH*1000/Nro de embarazadas	4,8%	Dirección de SIDA y ETS	4,5%	4,2% o	4,0% o
Reducir la Tasa de Transmisión Vertical de VIH/SIDA al 3%	Tasa de transmisión vertical (%)	Nro de niños seropositivos para VIH *100/Nro de embarazadas positivas para VIH	6%	Dirección de SIDA y ETS	5%	4%	3%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Alcanzar la notificación del 95% del total de casos de chagas congénito estimados por año (1300)	Caso de Chagas notificados por año	Nro de notificaciones de casos de Chagas congénito al SNSV	95% (SNVS)	Dirección de Vectores	Notificación 95% en Santa Fe, San Luis, Jujuy, Río Negro, Neuquén, La Pampa y Entre Ríos (SNVS)	Notificación 95% Bs As, CABA, Córdoba, La Rioja, Catamarca, Tucumán, Misiones, Corrientes (SNVS)	Notificación 95 % en todas las provincias del país (SNVS)
Reducir la Sífilis Congénita un 90% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	Incidencia de sífilis congénita	nro casos de sífilis congénita	724 (Dirección de Epidemiología)	Maternidad e Infancia	431 (Dirección de Epidemiología)	216 (Dirección de Epidemiología)	72 (Dirección de Epidemiología)
<i>En relación a los factores de riesgo</i>							
Lograr que al menos el 80% de las mujeres embarazadas hayan tenido su primer control antes de la semana 20.	Número de embarazos con un primer control antes de la semana 20 / total de embarazos X 100	Número de mujeres embarazadas registrados en SIP con un primer control antes de la semana 20 / total de partos registrados en SIP X 100	52,9 % (SIP)	Maternidad e Infancia-Dirección de SIDA y ETS	80% de las provincias priorizadas	80% de las mujeres en 60% de las maternidades del sector público	80% de las mujeres en 80% de las maternidades del sector público
Reducir en un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada con respecto al valor correspondiente al año 2007	Proporción de embarazadas con hemoglobina inferior a 11 g/dL	Nro de mujeres embarazadas con hemoglobina inferior a 11 g/dL / Nro de mujeres embarazadas encuestadas	30,5% (ENNys)	Maternidad e Infancia	27,5%	24,4%	21,4%
Reducir en un 15 % los embarazos no planificados	Proporción de embarazados no planificados	Nro de mujeres con embarazo no planificado/total de embarazos registrados en SIP	63,5% (en base al reporte de 18 jurisdicciones 2008-SIP)	Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable	60,5 % (SIP)	58,5% (SIP)	54,5% (SIP)

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Reducir en un 25% la prevalencia de obesidad en mujeres de 10 a 49 años con respecto al valor correspondiente al año 2005 (ENNys)	Proporción de mujeres de 10 a 49 años con IMC >+2DE	Nro de mujeres de 10 a 49 años con IMC >+2DE*100/Nro de embarazadas encuestadas	15,3% (ENNys 2004-2005)	Dirección de Promoción de la Salud y control de las Enfermedades no transmisibles	14%	12,8%	11,5%
<i>del adulto y adulto mayor</i>							
Disminuir la Tasa de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de 213,6 x 100000 habitantes en el año 2007 a menos de 180 por 100000 habitantes en el año 2016	Tasa de mortalidad por eventos cardiovasculares y cerebro vasculares	Tasa de mortalidad por códigos CIE 10 I00 al I99 - exceptuando I46- ajustado por edad (Población estándar Argentina)	213,6 % ₀₀₀₀ (DEIS)	Dirección de Promoción y Protección de la Salud	202 % ₀₀₀₀ (DEIS)	191% ₀₀₀₀ (DEIS)	180 % ₀₀₀₀ (DEIS)
Reducir la Tasa de Mortalidad por lesiones de tránsito por vehículo a motor de 10,1x100000 habitantes en el año 2006 a menos de 8 por 100000 habitantes en el año 2016.	Tasa de mortalidad por accidentes de transito.	Nro de defunciones por lesiones con vehículo a motor x 100,000 /población total	10,1% ₀₀₀₀ (DEIS)	Unidad coordinadora de salud mental	9,4% ₀₀₀₀ (DEIS)	8,7% ₀₀₀₀ (DEIS)	8% ₀₀₀₀ (DEIS)
Reducir en 2 puntos la Tasa de Mortalidad por cáncer cérvico uterino con respecto al valor correspondiente al año 2008	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino	Nro de defunciones por cáncer cérvico uterino * 100,000 /población total de mujeres	7,5% ₀₀₀₀ (DEIS)	Programa de prevención de cáncer cérvico uterino	7,01% ₀₀₀₀ (DEIS)	6,51 % ₀₀₀₀ (DEIS)	5,51% ₀₀₀₀ (DEIS)
Reducir a 2,6 % ₀₀₀₀ los casos de SIDA	casos de SIDA por 100.000 hab.	Nro de casos de SIDA*100.000/total de población	3,6% ₀₀₀₀ (DEIS)	Dirección de SIDA y ETS	3,2% ₀₀₀₀ (DEIS)	2,9% ₀₀₀₀ (DEIS)	2,6% ₀₀₀₀ (DEIS)
Reducir a 30 % ₀₀₀₀₀ habitantes la Mortalidad por SIDA	Tasa de Mortalidad por SIDA	Nro de defunciones por SIDA x 1000000 /población total	36,2% ₀₀₀₀₀ (DEIS)	Dirección de SIDA y ETS	34 % ₀₀₀₀₀ (DEIS)	32 % ₀₀₀₀₀ (DEIS)	30% ₀₀₀₀₀ (DEIS)
Reducir la Incidencia por Tuberculosis en un 50% con respecto a los valores registrados en 1990	incidencia	Nº de casos nuevos de tuberculosis	1990=12355 casos, 2008=10285 casos	Programa Nacional de Tuberculosis	8648	7413	6177

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Reducir la Tasa de Mortalidad por Tuberculosis en un 50% con respecto a los valores registrados en 1990	Mortalidad	Nº de defunciones por tuberculosis x 100,000 / total de población	4,26 %000 -1990- 1,76 %000 -2007-	Programa Nacional de Tuberculosis	2,98%000	2,55%000	2,13%000
Eliminar la rabia humana transmitida por el perro	casos de rabia canina	Nro de casos de rabia canina en los últimos 2 años	48 -2007-2008-	Dirección de Epidemiología	15 -2010-2011-	7 -2012-2013-	0 -2014-2015-
Mantener la letalidad por Dengue <1%.	Letalidad por dengue grave	Nº de muertos por dengue grave x 100/ Nº de casos de dengue grave		Dirección de Enfermedades. Transmitidas. Por Vectores	<2%	<1,5%	<1%
Erradicar la equinococosis quística en la Provincia de Tierra del Fuego	Tasa de prevalencia de hidatidosis en humanos	Nº casos hidatidosis humanos en la provincia de Tierra del Fuego/población total	4.34 %000 en humanos (2005:Programa Provincial de Hidatidosis de Tierra del Fuego)	Dirección de Epidemiología	3,5 %000 en humanos	1,6 %000 en humanos	0 %000 en humanos
	% de casos de equinococosis en caninos	Nº caninos positivos en la provincia de Tierra del Fuego/ población canina total	7.9% en caninos; (2005:Programa Provincial de Hidatidosis de Tierra del Fuego)	Dirección de Epidemiología	3% de infección en caninos	1,5 % de infección en caninos	0% de infección en caninos
	% de casos de equinococosis en ovinos	Nº ovinos positivos en la provincia de Tierra del Fuego/ población ovina total	8,6% de infección en ovinos (Programa Provincial de Hidatidosis de Tierra del Fuego)	Dirección de Epidemiología	3,5% de infección en ovinos	2 % de infección en ovinos	0% de infección en ovinos
Reducir la letalidad por leishmaniasis visceral	Tasa de Letalidad por	Nro de defunciones por leishmaniasis x100/Nro de	Sin línea de base	Dirección de vectores	<7%	<5%	<5%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
	leishmaniasis	casos de leishmaniasis					
<i>En relación a los factores de riesgo</i>							
Disminuir la tendencia al crecimiento de la obesidad y el sobrepeso en nuestra población	Prevalencia de IMC elevado por auto-reporto	Población mayor de 18 años con IMC $>= 25\text{kg}/\text{m}^2 * 100 / \text{Población mayor de 18 años con respuesta válida de peso y altura}$	Adultos: 49 % (ENFR-2005)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	49%	49%	49%
Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco en adultos (18 a 64) años al 25%	Prevalencia de consumo de tabaco autoreportado	Prevalencia de fumador actual en población de 18 a 64 años / Población total	18 a 64 años: 33,4% (ENFR 2005)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	29%	27%	25%
Disminuir la exposición al humo de tabaco ambiental al 35%	Exposición al humo de tabaco en la última semana	Población no fumadora entre 18 y 64 años expuesta al humo de tabaco ajeno en la última semana/ Población no fumadora entre 18 a 64 años	de 18 a 64 años: 56,4% (ENFR 2005)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	44%	40%	35%
Disminuir consumo de Sal a menos de 9 gr por habitante	Venta de sal per cápita	Dato aún no disponible ENFR 2009	13 gs estimado	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	Dato aún no disponible ENFR 2009	menor a 9 gs	
Reducir la prevalencia de presión arterial elevada al 30% en adultos de 18 a 64 años	Proporción de Prevalencia de hipertensión arterial autoreportada	Población con presión arterial elevada en al menos una consulta / total de personas que midieron alguna vez su presión arterial	34,7% (ENFR 2005)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	32%	31%	30%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
Disminuir la prevalencia de colesterol elevado al 20%	Proporción de Prevalencia de colesterol elevado autoreportada	Población con colesterol elevado / Población con control de colesterol realizado	27,9% (ENFR 2005)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	25%	22,50%	20%
Disminuir la prevalencia de consumo regular de riesgo de alcohol en adultos de 18 a 64 años a un 20%	Proporción de prevalencia de consumo regular de riesgo autoreportada	Población con consumo regular de riesgo/población encuestada	9,6% (ENFR 2005)	Programa Nacional de lucha contra el consumo nocivo de alcohol	9,63%	8,64%	7,68%
Disminuir la prevalencia de personas con bajo nivel de actividad física a un 40%	Proporción de Prevalencia autoreportada	Población con bajo nivel de actividad física / población encuestada	46,2% (ENFR 2005)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	44%	42%	40%
Aumentar consumo de frutas y hortalizas a 300 gr por día por persona	gramos diarios de frutas y hortalizas consumidas por día por habitante	gr/hab según encuesta de hogares (incluye tubérculos y desperdicios)/ Promedio de días de consumo según ENFR ³⁰	200 g por día por persona (ENFR 2005)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	220 g	250 g	300 g
Certificar la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas en 16 provincias y consolidar las acciones para la interrupción de la transmisión vectorial en 5 provincias (Chaco, S del Estero, Formosa, San Juan y Mendoza	Provincias con certificación de interrupción de transmisión vectorial	Nro de provincias con certificación a partir de 2010	5	Dirección de Enfermedades Transmitidas por Vectores	10 (se agregan Misiones, Santa Fe, Corrientes, San Luis y La Rioja)	14 (se agregan Córdoba, Catamarca y Salta)	16

³⁰ Promedio de cantidad de porciones (a partir de 2^a ENFR)

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
	Consolidación de acciones para la interrupción de la transmisión vectorial	Nro de provincias que mantienen su certificación	5 provincias con interrupción de la transmisión vectorial certificadas	Sostener certificación en Entre Ríos, R. Negro, Neuquén y La Pampa	Sostener certificación en 10 provincias (Entre Ríos, R. Negro, Neuquén y La Pampa, Misiones, Santa Fe, Corrientes, S Luis, La Rioja)	Sostener certificación en 14 provincias (Entre Ríos, R. Negro, Neuquén y La Pampa, Misiones, Santa Fe, Corrientes, S Luis, La Rioja; Mendoza, San Juan, Chaco, Formosa y S del Estero)	
Lograr una cobertura del 60% de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años sin cobertura de salud en 11 provincias prioritarias	Cobertura de PAP en mujeres entre 35 y 64 años sin cobertura de salud	Nro de mujeres entre 35 y 64 que se realizaron, al menos una citología al año x100 / total de mujeres entre 35 y 64 años	47% (ENFR, 2005).	Programa de prevención de cáncer cérvico uterino	60% en: Formosa, Chaco, Jujuy, Salta y Misiones	60%en Corrientes, Santa Cruz, Santiago del Estero, Neuquén, Chubut y Catamarca	60% en 11 provincias prioritarias
Lograr que el 100% de los casos de tuberculosis completen el tratamiento.		Casos con tratamiento completo / total de casos * 100	2006=78%	Programa Nacional de Tuberculosis	80% de los casos con tratamiento completo	90% de los casos con tratamiento completo	100% de los casos con tratamiento completo
Eliminar la transmisión vectorial de paludismo autóctono , manteniendo el índice parasitario anual < 1%o en las áreas de riesgo	Índice parasitario anual	* N° de casos autoctonos. * N° de casos importados	Índice Parasitario Anual (IPA): 0.5	Dirección de Enfermedades Transmitidas por Vectores	Mantener en IPA <1	IPA<0.5 , sin casos autóctonos o < 0.5 %	IPA < 0.5, sin casos autóctonos o <0.5 %
Asegurar al diagnóstico y tratamiento oportuno en al menos el 90% de los casos de leishmaniasis visceral	Proporción de casos diagnosticados y tratados	Nº de casos diagnosticados y tratados antes de los 2 meses de evolución x 100/ N° total de casos tratados y		Dirección de Enfermedades Transmitidas por Vectores	30%	60%	90%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
		diagnosticados.					
Detectar por lo menos el 70% de los casos de TBC	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios (SR) investigados:	Porcentaje de Sintomaticos Respiratorios (SR) investigados: N° SR investigados * 100/ N° SR estimados	2008	Programa Nacional de tuberculosis -	Detección de al menos el 65% de los casos	Detección de al menos el 68% de los casos	Detección de al menos el 70% de los casos
Disminuir el riesgo de rabia humana transmitida por otras especies distinta de la canina	casos de rabia en otras especies	Nº casos rabia en otros animales domésticos por especie (gato, bovino, equino, otros), por año Nº casos rabia en animales silvestres por especie (murciélagos, zorro, etc.), por localidad, por año	2007: 122 casos de rabia otros animales y silvestres 2008: 104 casos de rabia otros animales y silvestres (Inst.Pasteur y laboratorio regional de Chaco)	Dirección de Epidemiología	82 casos de rabia otros animales y silvestres	64 casos de rabia otros animales y silvestres	45 casos de rabia otros animales y silvestres
Aumentar la cobertura de inmunización anti influenza a un 31 % para la población de Adultos Mayores (Mayores de 60 años)	Cobertura de vacunación anti influenza	% de cobertura de vacuna anti influenza	28 % (Informe Nacional de estado de Salud de adultos mayores 2007)	Programa Ampliado de Inmunizaciones	29%	30%	31%
Disminuir la tendencia del incremento de la prevalencia de diabetes. en adultos mayores de 65 años	Proporción de Prevalencia de diabetes auto reportada en >65 años	Población >65 años con diabetes o glicemia elevada en al menos una consulta / total de personas >.5 años que	20.4% (ENFR y Informe Nacional Estado de Salud de Adultos Mayores 2001-2007)	Dirección de Promoción y Control de ENT. Programa Nacional de	20%	20%	20%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
		midieron alguna vez su presión arterial		Envejecimiento Activo y Salud para Adultos Mayores			
Aumentar la cobertura de inmunización anti tetánica a un 25 % para la población de Adultos Mayores (Mayores de 60 años)	Cobertura de vacunación anti tetánica	% de cobertura de vacuna anti tetánica	23 % (Informe Nacional de Estado de Salud de adultos mayores 2007)	Programa Ampliado de Inmunizaciones	23,7 %	24,4 %	25 %
Reducir la prevalencia de Inactividad Física a un 50% en adultos mayores de 60 años	Proporción de Prevalencia de hipertensión arterial auto reportada en >60 años	Población >60 años con presión arterial elevada en al menos una consulta / total de personas >60 años que midieron alguna vez su presión arterial	56% (ENFR y Informe Nacional Estado de Salud de Adultos Mayores 2001-2007)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	59%	55%	50%
Reducir la prevalencia de hipertensión arterial a un 50% en adultos mayores de 65 años	Proporción de Prevalencia de hipertensión arterial auto reportada en >65 años	Población >60 años con presión arterial elevada en al menos una consulta / total de personas >65 años que midieron alguna vez su presión arterial	57% (ENFR y Informe Nacional Estado de Salud de Adultos Mayores 2001-2007)	Dirección de Promoción de la Salud y Enfermedades no transmisibles	58%	51%	48%
Reducir la prevalencia de colesterol elevado a un 35% en adultos mayores de 65 años	Proporción de Prevalencia de colesterol elevado auto reportada en >60 años	Población >60 años con colesterol elevado / Población >60 años con control de colesterol realizado	39% (ENFR y Informe Nacional Estado de Salud de Adultos Mayores 2001-2007)	Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no transmisibles Programa Nacional de Envejecimiento	49%	35%	33%

Meta	Indicador de resultado	Fórmula del indicador	Línea de Base (Fuente)	Responsable del monitoreo del indicador	2012 (Fuente)	2014 (Fuente)	2016 (Fuente)
				Activo y Salud para Adultos Mayores			

CAPÍTULO 6

Modelos para el Desarrollo Institucional

BORRADOR

Metas y Estrategias para el Desarrollo Institucional

- El Modelo de Atención basado en la Estrategia de APS, se oriente a garantizar el desarrollo de la atención a las personas en un marco de APS, promoviendo el enfoque por ciclo de vida; impulsando el fortalecimiento de redes de atención según niveles de riesgo; incluyendo la atención de la salud mental.

El liderazgo del MSAL en este proceso se manifiesta en dos líneas principales: la generación de acuerdos y compromisos con las provincias y municipios para el fortalecimiento de las redes de atención, en coordinación programática centrada en las personas.

- El Modelo de Gestión, no sólo del Ministerio sino de los espacios federales de consenso, se orienta a mejorar la eficacia de las intervenciones, impulsando sistemas de rendición de cuentas y evaluación de desempeño; la coordinación programática de áreas normativas y financiadoras; el fortalecimiento de la participación federal; la articulación con ministerios provinciales en todos los programas de base territorial; la gestión basada en la información completa, fiable; y el control a todos los niveles jurisdiccionales.

El rol del MSAL se enfoca en fortalecer las capacidades de gestión propias y de todos los niveles jurisdiccionales para asegurar un desarrollo basado en el principio de equidad.

- El Modelo de Financiamiento destinado a facilitar la concreción de los otros dos modelos, a través del fortalecimiento del rol compensador del MSAL a favor de la reducción de las brechas jurisdiccionales existente; y la implementación de un Seguro de Enfermedades Catastróficas, para garantizar el sustento financiero en el logro de las metas de salud de la población.

Se plantean los siguientes objetivos que deben guiar el desarrollo institucional del MSAL:

6.1 MODELO DE ATENCIÓN

6.1.1 Redes de servicios de salud

Tomando definiciones del Consejo Directivo de la OPS, en su resolución número 144, del año 2009, se identifica que “...*las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS) a nivel de la prestación de servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas, y la acción intersectorial, entre otros-*”

Identificar el estado de situación de las redes de servicios de salud en la Argentina resulta una tarea compleja y extensa, que el Ministerio de Salud ha desarrollado recientemente en el documento de trabajo **“Hacia las Redes de Atención de la República Argentina”**.

A continuación, se mencionan algunos aspectos centrales de dicho relevamiento como puntos de partida para la propuesta de intervenciones en el marco de este Plan Federal de Salud.

Segmentación y fragmentación del sistema y los servicios. La estructura de la oferta de cuidados de la salud actual resulta adversa para una continuidad en el proceso de atención que genere cuidados adecuados en las distintas etapas del ciclo vital. La existencia de subsectores de salud (privado, seguridad social, público) en el marco de niveles administrativos con responsabilidades diversas y no siempre bien definidas (Nación, Provincias, Municipios) entre jurisdicciones genera barreras de acceso e inequidades en la oportunidad y calidad de los servicios disponibles. Esta situación genera, además, ineficiencia en el financiamiento por la generación de subsidios cruzados entre los múltiples financiadores existentes. Este escenario se ve agravado ante la falta de Unidades de Coordinación y Gestión de Redes, que visualicen el problema desde la macrogestión e implementen acciones específicas de integración y articulación. La propuesta de redes integradas de servicios de salud, considera el establecimiento de dichas redes como una estrategia apropiada para luchar contra la fragmentación.

Situación de los recursos humanos. Los equipos de salud se encuentran organizados de manera heterogénea en los distintos niveles de atención, en el marco de la segmentación y fragmentación mencionadas arriba. En general, las responsabilidades de estos recursos son diversas aún ante formaciones profesionales similares y hacia el interior de cada nivel de atención. Así mismo las remuneraciones acompañan dicha diversidad, en función de las diferentes posibilidades y modelos de contratación de cada provincia y municipio. Este cuadro impacta en la motivación de equipos que resultan eslabones críticos en la integralidad y continuidad del proceso de atención. La propuesta de organización en red contempla la clara definición de los roles y funciones de cada miembro de los equipos de salud, apoyando desde la capacitación a que cada efector ejerza su rol en un marco de calidad en todos los niveles de atención.

Gestión. El modelo de gestión sanitaria encuentra definiciones débiles- o ausencia de las mismas- respecto del rumbo a seguir y de la distribución de las tareas entre los actores para alcanzar fines establecidos. Esto afecta la calidad de los servicios y la efectividad de las intervenciones. Con alguna frecuencia, el grado de planificación de las tareas resulta basado en información incompleta y dependiente de voluntades originadas en los propios servicios. Este nivel de meso y micro planificación, si bien necesario, no logra en general superar las barreras impuestas por la propia fragmentación y segmentación del sistema. Como consecuencia, se presenta duplicación de tareas entre efectores y zonas grises donde no resulta claro a qué debe dar respuesta cada nivel, cada efector, ni cada individuo dentro de los equipos de salud.

Asimismo, se observa cierta indefinición en la asignación de tareas administrativas en el seno de los servicios, principalmente del primer nivel de atención. Esto resulta contraproducente en tanto que implica la utilización de recursos humanos que deberían dedicarse a la dirección sanitaria, en la realización de actos administrativos, restando dedicación a sus actividades específicas. Por otro lado, esta situación difusa en la asignación de tareas impide una clara jerarquización del rol administrativo en los servicios, que es indispensable para el funcionamiento de los mismos. Resulta importante abordar las tareas de planificación/gestión sanitaria, y las de administración/ejecución como actos separados y complementarios en la materialización de las intervenciones. Para abordar estos problemas es necesario que cada tomador de decisiones en la gestión de los servicios (desde la macro a la micro gestión) planifique y defina en consenso y concordancia con el resto de los actores intervenientes, respecto de las modalidades de organización y responsabilidades de cada nodo en una organización en red. Este proceso de planificación debería contar con espacios donde puedan vincularse referentes de los distintos subsectores y niveles administrativos.

Participación. Si bien en los últimos años se ha avanzado progresivamente en la implementación de instancias participativas, tanto desde el nivel nacional como desde muchas de las jurisdicciones provinciales y municipales, aun se evidencia en el seno de esas propuestas que la participación se enmarca principalmente en la utilización de los servicios y eventualmente en la elaboración de

diagnósticos sobre el funcionamiento de los mismos. Sin desmedro de estas propuestas, se identifica la necesidad de avanzar en el involucramiento de los gobiernos locales como actores a través de los cuales debe promoverse e instrumentarse la participación social. Dicha participación, en la que se involucren además otros actores y organizaciones de la comunidad, como sociedades científicas, entidades académicas, sector privado, etc. debe basarse en un concepto ampliado de la salud, con foco en sus determinantes sociales. En este sentido, las mesas intersectoriales promovidas desde el Programa Nacional de Comunidades y Municipios Saludables, o el apoyo a Proyectos Locales Participativos, del Programa RemediA + Redes, entre otras acciones del Ministerio de Salud de la Nación en esta dirección, son instancias propicias para basar fundamentos de organización en red con una fuerte inserción en la comunidad.

Propuesta

La propuesta de consolidación de redes implica que las mismas se organicen en función de las necesidades de la población, como un conjunto de prestadores de todos los niveles asistenciales; distribuidos geográficamente con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad; con modalidades concretas de referencia y contrarreferencia; a fines de brindar cobertura de calidad a la población residente en las áreas programáticas. Estas condiciones resultan potenciadas por normas, procedimientos y criterios programáticos comunes y controlados.

A continuación se enumeran las metas propuestas para avanzar en el establecimiento de redes de servicios de salud que logren dar respuesta a los problemas mencionados anteriormente. Estas propuestas incorporan las características federales del sistema de salud y el hecho de ser cada jurisdicción soberana sobre las políticas de salud a definir e implementar. No obstante, se espera que a punto de partida del presente Plan pueda lograrse cierto grado de homogenización que garantice a la población de La Argentina determinados estándares de organización y funcionamiento en red a fines de reducir las brechas e inequidades existentes.

Creación o fortalecimiento de Unidades de Gestión de Redes en el Nivel Nacional y en las 24 jurisdicciones provinciales

La organización en red de los servicios requiere de espacios en la macro gestión donde sean identificados los problemas en base a información completa, y sean diseñadas las intervenciones para resolver o reducir dichos problemas. Esto implica la necesidad de contar con actores que, desde el espacio de la planificación y definición de políticas públicas, se encuentren abocados al diseño de las redes. Sus actividades incluyen: (i) la definición y redefinición de las áreas de responsabilidad territorial de cada efector, (ii) el establecimiento de los roles y funciones de cada nodo, (iii) la definición de los circuitos que deberá recorrer la información generada en la red para encontrarse asequible en la toma de decisiones, (iv) la normatización sobre el circuito que transitarán los individuos según la complejidad que requiera cada problema de salud, y (v) la definición y actualización de protocolos que asigne claramente actividades a cada actor, a cada equipo, y a cada nivel de atención, entre otras funciones.

Se trabajará en el seno del Ministerio de Salud de la Nación así como con las distintas jurisdicciones en la generación de una propuesta que oriente la creación de Unidades de Gestión de Redes con la relevancia y autoridad necesaria para dar curso a intervenciones concretas en el diseño, organización y gestión de redes de servicios de salud. Asimismo, se brindará desde la Unidad Central apoyo técnico a las jurisdicciones para la puesta en funciones de las Unidades Provinciales. En este marco, las Unidades de Gestión Provincial del Programa RemediA + Redes podrán ser el germen inicial de dichas estructuras en tanto tendrán bajo responsabilidad la implementación de los Proyectos de Fortalecimiento de Redes de Salud comprometidos y financiados por el Ministerio de Salud de la Nación en el marco del mencionado Programa.

Generación de una propuesta consensuada sobre las características básicas y los requisitos que definen una red de servicios de salud

Considerando la importante heterogeneidad existente en la concepción de lo que una red significa y requiere, se espera implementar instancias de consenso entre jurisdicciones, con el apoyo y coordinación del nivel Nacional, para alcanzar definiciones operativas que permitan avanzar luego en la materialización de las redes en cada escenario, incorporando las particularidades de cada caso. Entre las definiciones a debatir la propuesta del nivel nacional incluirá como puntos centrales los siguientes:

Redes integrales y redes específicas. El abordaje de las redes admite una discusión aún vigente, entre el establecimiento de redes integrales (también llamadas redes de APS) y las redes de especialidades, o temáticas. Realmente, ambos tipos de red son complementarias y necesarias en el marco de las funciones y respuestas que cada una incorpora. **Las redes integrales** asumen una perspectiva general en tanto pretenden asegurar mecanismos y dispositivos que resulten transversales al motivo de consulta o a las características del individuo que realiza la misma. Estas

redes se organizan bajo criterios generales de referencia y contrarreferencia, establecen modalidades de turnos (programados, protegidos en el segundo nivel de atención para personas que llegan desde el primero, etc.), instrumentan dispositivos para la toma descentralizada de muestras en el primer nivel de atención, entre otras intervenciones destinadas a fortalecer la capacidad resolutiva de la red en su conjunto, mejorando el acceso a los servicios y definiendo las puertas de entrada a los mismos. Por otro lado, **las redes de especialidades** son aquellas que se definen en función de resolver problemas específicos sobre la base de capacidades existentes. Las mismas son transversales a las redes integrales y suelen involucrar niveles de complejidad más elevados. Además, estas redes se organizan de manera más vertical y con flujos de información y circulación de personas más definidos. Ejemplos de este tipo de red son las redes materno-infantiles, las redes de laboratorios o las redes de diagnóstico por imágenes. Es necesario que las jurisdicciones avancen en la consolidación de ambos tipos de organización de redes para lograr complementariedad entre ellas y brindar mejores respuestas a las necesidades en todos los niveles de atención.

Unificación de criterios de cobertura y calidad. Para el trabajo en redes resulta necesario que cada efector cuente con información suficiente en relación a la población a la que debe dar cobertura. Se torna entonces crítico el concepto de nominalización, como una expresión de ejercicio concreto de la responsabilidad que los servicios del Estado ejercen sobre el cuidado de la salud de la población en sus áreas programáticas (también llamadas áreas de responsabilidad territorial). Esto implica no solamente el conocimiento de los datos de filiación de las familias a cargo, sino también de datos relativos a la salud y a sus determinantes sociales, de manera de identificar grupos de riesgo para la implementación de acciones específicas. Asimismo, el proceso de nominalización de la población requiere que cada individuo o familia resulte asignado a un centro de salud y conozca del mismo a sus equipos de salud, sus horarios, sus vías de acceso, etc. De esta forma, se avanza en un proceso que eleva la calidad de la cobertura, posicionando a los Estados provinciales o municipales como garantes del cuidado de la salud de sus poblaciones. Se propone entonces que cada jurisdicción avance en el proceso de nominalización de su población, para lo cual el nivel Nacional brindará, como lo hace actualmente, apoyo técnico e instrumentos que resulten necesarios a estos fines. La mencionada responsabilidad nominal sobre la población a cargo, y la consecuente realización de actividades sobre grupos de riesgo, especialmente sobre aquellos que suelen acceder irregularmente a los centros de salud, será un pilar sobre el cual podrán implementarse acciones que disminuyan las brechas existentes en la calidad de la atención recibida entre jurisdicciones.

Unificación de procesos de gestión sanitaria y administrativa. Considerando que las brechas entre las capacidades de gestión y planificación resultan determinantes de una importante heterogeneidad en la organización de los sistemas provinciales y municipales, se espera avanzar con las jurisdicciones en un proceso de unificación de criterios que podrían resultar comunes en las redes de servicios de salud. Para ello, se propone debatir el área de competencia de los diferentes niveles de atención, como un proceso que permita luego definir los roles y funciones de cada nodo y de cada actor en el equipo de salud, considerando siempre las particularidades regionales y provinciales. Por otra parte, el fortalecimiento de la gestión sanitaria implica avanzar en el desarrollo de herramientas de planificación para cada nivel de gestión, apoyando la resolución de problemas locales, mediante estrategias efectivas. Se propondrá además problematizar el peso de la carga administrativa en los centros de salud -principalmente en el primer nivel de atención- como oportunidad para redefinir la función administrativa en esos efectores a la luz de las necesidades actuales.

Unificación y Consolidación de sistemas de información. Las tareas derivadas de la multiplicidad de intervenciones y programas tanto nacionales, como provinciales y municipales que desembocan en los efectores, suelen recaer sobre un número reducido de recursos humanos que desempeñan funciones en los servicios. Esta situación resulta especialmente compleja en el primer nivel de atención donde los recursos administrativos son escasos, y la carga en este sentido resulta relativamente más importante. Diversas jurisdicciones han avanzado ya en procesos de unificación de registros y circuitos de información, tanto en lo relacionado con la tarea administrativa, como en los registros clínicos, reduciendo la duplicación de la información entre servicios y niveles de atención. Estos procesos vienen siendo promovidos y acompañados desde el nivel Nacional, brindando apoyo técnico y financiero. Entre otras acciones, se destaca el desarrollo progresivo del Sistema Información Sanitaria Argentino (S.I.S.A). Su objetivo es la integración de los sistemas de información en salud vigentes.

La progresiva implementación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB), representa una oportunidad de reducir significativamente la carga administrativa relacionada con planillas y formularios en el primer nivel de atención, brindando información sobre consultas desde la puerta de entrada natural al sistema. Se espera que la organización en red potencie estas acciones y contribuya en la provisión de una información más completa, que se encuentre disponible al momento de planificar políticas sanitarias.

Relación con gobiernos locales. Las acciones con mayor potencial de impacto en la salud de la población no son específicas del sector sino que recaen sobre diversas áreas de intervención con

capacidad de incidir sobre los determinantes sociales de la salud. Entre esas áreas se encuentran por ejemplo educación, infraestructura, vivienda etc. Por otra parte, la promoción de espacios que fomenten y refuerzen estilos de vida saludables recae sobre los niveles locales de gobierno. Así, municipios y comunas – aun aquellas que no cuentan con áreas específicas de salud – resultan actores relevantes en el diseño e implementación de intervenciones que mejoren la salud de la población. En este marco, se espera que las redes de servicios se enmarquen en comunidades y gobiernos locales comprometidos e involucrados en el cuidado de la salud de la población, interactuando con las autoridades sanitarias y los representantes de otros sectores. De esta manera, el concepto de “redes de servicios de salud” será superado hacia más allá de los servicios, pudiendo hacerse referencia simplemente a “redes de salud”

6.1.2 Coordinación programática con enfoque por Ciclo de Vida

La atención sanitaria orientada a las necesidades de las personas requiere una mirada integral que trascienda las perspectivas de los problemas de salud específicos. En este momento la estructura vertical de la mayoría de los programas genera compartimientos estancos y con ello, mecanismos y sistemas de información y logística que al ser aplicados en las jurisdicciones fraccionan los servicios, multiplican la carga laboral, malgastan recursos valiosos y tienen como consecuencia la falta de integridad de la atención de las personas.

La definición de los paquetes de prestaciones centrados en las personas según los ciclos de vida requiere del consenso de las distintas instancias que gestionan los servicios de salud, y del acuerdo de los referentes programáticos.

Es necesario generar procesos que permitan la coordinación de las estrategias de atención en su programación, gestión, monitoreo y evaluación. Estos procesos deben ser participativos tanto en todos los niveles jurisdiccionales como hacia adentro del propio MSAL.

Durante 2010 se formulará un proyecto con los siguientes componentes:

En relación a las prioridades de salud y sus estrategias, integrar los programas en función de los ciclos de vida considerando las características socioculturales de cada grupo en particular.

Consensuar federalmente las nuevas normas, coberturas, estándares y estrategias.

Tomando los programas ya normados por grupo de edad, definir las normas de atención por nivel de resolución de riesgo.

6.2 MODELO DE GESTIÓN

Las sucesivas reformas que experimentó el Estado en general y la formulación y desarrollo de políticas sociales en particular crearon un nuevo marco de intervención para el Ministerio de Salud de la Nación. La visión asistencialista/centralizada ha quedado relegada en pos de un sistema basado en la rectoría y en la descentralización con el fin de lograr una mayor eficiencia en la gestión.

Este proceso descentralizador, en el marco de un sistema de salud segmentado, hizo prioritario el fortalecimiento de la participación federal y, sobre todo, el papel rector del Ministerio de Salud. Como consecuencia, el modelo de gestión se basa en el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud al interior del sector, por medio de la consolidación de su liderazgo a través de seis áreas de intervenciones: fortalecimiento de la planificación federal; integración programática por el enfoque de ciclo de vida; la regulación de los recursos humanos; fortalecimiento del sistema de información; adopción de los determinantes de la salud; y fortalecimiento de la administración

La organización del actual sistema federal hace indispensable la coordinación de acciones a lo ancho y a lo largo del territorio nacional. Estas abarcan desde acciones en busca de consenso y la participación, hasta mecanismos de armonización de normas y recolección de información. En pos de este objetivo, se propone el desarrollo de nuevas instancias de participación y planificación, así como también el fortalecimiento y actualización de mecanismos ya existentes.

6.2.1 Creación de la Unidad de Planificación

La planificación es una herramienta que organiza, conduce y viabiliza los procesos de gestión en salud. Es una metodología que permite priorizar problemas de salud, identificar sus determinantes y condicionantes, los actores involucrados en su génesis y mantenimiento o transformación, definir cursos de acción para su abordaje, explicitar los recursos necesarios para viabilizar estos abordajes y monitorear y evaluar las acciones que se realizan y los impactos sobre los problemas.

Una de las funciones principales de los procesos de planificación la de generar las condiciones de viabilización de esos contratos y pactos entre actores con diferentes intereses e ideologías respecto de los problemas de salud. La misión de la Unidad será la de “ejercer las funciones de planificación y apoyo a la gestión del Ministerio de Salud de la Nación, proponiendo abordajes para las

problemáticas sanitarias definidas en los CORESA y acordadas en el COFESA, con mecanismos articulados e integrales para la mitigación de las desigualdades interregionales e interprovinciales, de manera de lograr el ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los ciudadanos de la República Argentina. Monitorear y evaluar la implementación de las políticas y programas nacionales de salud, articulando e integrando los sistemas de información y control intrasectoriales, intersectoriales e interjurisdiccionales”

Su objetivo es garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud de los ciudadanos, a través de la articulación de las funciones de planificación, monitoreo y evaluación del Ministerio de Salud de la Nación, sus unidades integrantes, la integración con las unidades jurisdiccionales y las correspondientes a los subsectores de salud y a los sectores sociales del Estado Nacional, de manera de tender hacia la integralidad de los procesos de cuidado de la salud.

Propuesta

Para el año 2012

- Diseño e implementación de la Unidad de Planificación
- Armonización de los sistemas de información del MSAL
- Acuerdo de gestión con organismos productores de información del Estado Nacional implementado
- Diagnóstico situacional de las prácticas y los productos de planificación de organismos del MSAL realizado
- Metodologías de trabajo consensuadas con Unidades de Planificación de organismos del MSAL
- Acuerdos de gestión con Unidades de Planificación de organismos del MSAL establecidos
- Establecimiento de mecanismos de articulación con la unidad de economía de la salud acordado
- Intervención en la formulación y asignación presupuestaria articulada con los mecanismos de planificación en funcionamiento.
- Diagnóstico situacional de las prácticas y productos de las Unidades de Planificación de los organismos de los subsectores de salud realizado

Para el año 2014

- Armonización de los sistema de monitoreo y evaluación del MSAL
- Diagnóstico situacional de las prácticas y productos de las Unidades de Planificación jurisdiccionales realizado
- Metodologías de trabajo consensuadas con Unidades de Planificación jurisdiccionales
- Acuerdos de gestión con Unidades de Planificación jurisdiccionales
- Establecimiento de acuerdos con los CORESAS y COFESAS sobre gestión de la información
- Metodologías de trabajo consensuadas con Unidades de Planificación de los organismos de los subsectores de salud
- Acuerdos de gestión con Unidades de Planificación de organismos de los subsectores de salud realizados

Para el año 2016

- Desarrollo capacidades de planificación en el MSAL
- Asistencia técnica a las Unidades de Planificación jurisdiccionales implementada
- Asistencia técnica a las Unidades de Planificación de los organismos de los subsectores de salud implementada
- Definición e implementación de mecanismos de compensación de las desigualdades en la planificación en salud

6.2.2 Creación del Observatorio Federal de Salud.

La fragmentación institucional del sistema de salud en Argentina origina dificultades en la sistematización y coherencia de la información integrada y orientada disponible, para la utilización por parte de las autoridades sanitarias. La distancia entre la acción del estado y los aportes de la

academia se origina, en gran medida, por la falta de una instancia que funcione como nexo orientador de las investigaciones.

Existen pocos mecanismos de convalidación social de la política sanitaria. Este espacio debe ser ocupado por entidades académicas, sociedades científicas, organismos internacionales y grupos de investigaciones de respetada trayectoria, que a través de su independencia intelectual, garanticen la robustez y la transparencia de los estudios que fundamenten las posteriores decisiones de política sanitaria.

En este marco se establece como meta la creación del Observatorio Federal de Salud, el cual constituye una oportunidad para generar un espacio para desarrollar evidencia útil para la toma de decisiones, construyendo un vínculo entre las acciones de políticas sanitarias y los avances e innovación de la academia.

El observatorio abre un espacio a la participación, permitiendo una “macro-visión” colegiada externa del Sistema de Salud vinculada con las políticas públicas a través de los valores y directrices del Plan Federal de Salud 2010-2016.

El Observatorio tendrá como misión: producir evidencia que alimente el proceso de formulación de políticas sanitarias y toma de decisiones de manera de contribuir al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas y políticas de salud en la República Argentina. Su objetivo será fortalecer el proceso de toma de decisiones en salud a través de la generación de evidencia científica

Entre sus objetivos específicos se encuentran:

- Acompañar con la sistematización de evidencia al Plan Federal de Salud 2010-2016 monitoreando el cumplimiento de las metas, generando pronósticos y presentando experiencias que puedan ser útiles para garantizar su alcance
- Identificar desafíos y anticipar los efectos que pudieran tener diversas contingencias sobre el sistema de salud, presentando experiencias que hayan superado condiciones similares en otra regiones
- Generar una base documental de análisis de todos los subsectores de salud, utilizando experiencias de todas las provincias argentinas
- Generar herramientas metodológicas armonizadas de evaluación de impacto de políticas sanitarias que faciliten su aplicación en todas las jurisdicciones provinciales.
- Evaluar el impacto de la introducción de las herramientas que genere el observatorio para la toma de decisiones sobre la salud de la población, ponderando la equidad en el acceso y la cobertura de calidad.

Propuesta

Para el año 2010.

- Definición de la estructura organizacional del Observatorio Federal de Salud
- Consenso del documento del Observatorio en el marco del COFESA
- Definición de socios adherentes internos y externos.

Para el año 2011

- Implementar acuerdos de gestión para el funcionamiento del Observatorio con los Ministerios Provinciales.
- Implementar acuerdos de gestión con los socios adherentes nacionales y externos.
- Implementación del Observatorio

6.2.3 Adopción de una política de promoción desde los determinantes de salud

Las desigualdades sociales en salud son una consecuencia de las desiguales condiciones en que las personas nacen, viven y trabajan. El lugar que cada una de las personas ocupa en la jerarquía social no sólo determina un acceso inequitativo a bienes y servicios que garantizan derechos humanos universales, sino también una distribución desigual del control, la influencia, el prestigio y el poder en la sociedad. Es decir, es la estructura social que determina quienes tendrán educación, un buen trabajo y el grado de protección social. La estratificación de los grupos sociales por ingreso,

educación, ocupación, género y otros factores lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo.³¹

Abordar la salud desde el enfoque de los determinantes sociales, facilita el entendimiento de los procesos sociales en la salud de las personas con el fin de orientar intervenciones, y trazar el camino a partir del contexto social y político, incluyendo las instituciones y los procesos económicos. Asimismo, permite enfatizar la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental. De este modo, emerge el componente ético que deben adoptar las sociedades democráticas en relación a la salud, en tanto no se trata de un servicio social más, sino de uno de los derechos fundamentales que permiten el ejercicio de otros derechos humanos relacionados con las capacidades del ser humano en el ejercicio de su libertad.

Argentina, teniendo en cuenta la importancia del enfoque sobre los determinantes sociales para la reducción de las inequidades en salud, creó una Secretaría de Estado sobre Determinantes de la Salud en el Ministerio de Salud de la Nación hacia finales del año 2007. De esta manera, se integran los determinantes sociales en las funciones normativas y programáticas del Ministerio de Salud. Este hecho constituyó el inicio de un proceso de discusión tanto institucional como informal, respecto a la necesidad y posibilidad de redefinir las perspectivas y abordajes a los problemas de salud y enfermedad en un conjunto de áreas operativas del Ministerio.

Propuesta

Para el año 2011

- Realización de Jornadas con representantes de organismos del gobierno nacional a fin de sensibilizar autoridades sobre el enfoque de los Determinantes de la Salud.
- Realización de Jornadas en las 24 jurisdicciones provinciales a fin de sensibilizar a las autoridades sobre el enfoque de los Determinantes de la Salud.
- Realización de Jornada Nacional de municipios y comunidades saludables a fin de sensibilizar a las autoridades municipales sobre el enfoque de los determinantes de la salud y su abordaje en el nivel local
- Realización de un relevamiento de las políticas públicas de salud y su vínculo con el abordaje de los determinantes de la salud
- Impulso de investigaciones que permitan conocer la incidencia de los determinantes de la salud en el estado de salud de la población en Argentina
- Desarrollo de una plataforma para la implementación de acuerdos de gestión con otros ministerios / organismos del gobierno nacional para la implementación de políticas de promoción de la salud con enfoque de determinantes
- Consolidar compromisos de actuación entre la nación, las provincias y los municipios para el desarrollo de políticas públicas de Promoción de la Salud a través de la suscripción de Acuerdos Territoriales por la Salud Colectiva en el marco del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables
- El 50 % de los municipios bajo programa recibe apoyo técnico financiero para la implementación de políticas de promoción de la salud según lo identificado a partir del Análisis de Situación de Salud Local

Para el año 2012

- Sistematizar y publicar los estudios que involucren determinantes de salud en Argentina con el fin de identificar acciones prioritarias para el abordaje de los determinantes de la salud
- Implementación, en el marco del Ministerio de Salud de la Nación, de un sistema de evaluación por desempeño de los municipios saludables en función de la ejecución de políticas de promoción de la salud con enfoque de determinantes
- Apoyo y capacitación a las autoridades provinciales para la implementación de unidades de gestión para el abordaje de los determinantes de salud en el territorio

³¹ *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (EB124/R6). OMS 124^a reunión del 23 de enero del 2009, Ginebra.

- Implementación de acuerdos de gestión con ministerios / organismos del gobierno nacional a fin de incorporar para priorizar los determinantes de la salud como política pública.
- El 40 % de los municipios del país se encuentran adheridos al Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables
- El 40 % de los municipios bajo programa recibe apoyo técnico financiero para la implementación de políticas de promoción de la salud según lo identificado a partir del Análisis de Situación de Salud Local

Para el año 2014

- El 50 % de los municipios bajo programa recibe apoyo técnico financiero para la implementación de políticas de promoción de la salud según lo identificado a partir del Análisis de Situación de Salud Local

Para el año 2016

- Incorporación del 50% de los municipios del país al Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables
- El 50 % de los municipios bajo programa recibe apoyo técnico financiero para la implementación de políticas de promoción de la salud según lo identificado a partir del Análisis de Situación de Salud Local

6.2.4 Fortalecimiento del CO.FE.SA

Para poder avanzar en la realización del derecho a la salud de la población argentina es necesario fortalecer y actualizar la política que integra y coordina los esfuerzos que en esta materia hacen cada uno de los niveles institucionales que trabajan en la salud en este país. Para ello se hace imprescindible trabajar sobre el fortalecimiento institucional del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA), como eje estructural de un trabajo de coordinación y planificación a largo plazo.

En la Argentina la salud no es materia delegada por parte de los Estados federados al nivel central. Por ello, el CO.FE.SA. (creado en el año 1981, mediante el Decreto N° 22.373) constituye el espacio formal de encuentro y articulación de los poderes interjurisdiccionales del país.

En la medida en que el CO.FE.SA se consolide como un espacio de acuerdo, genere las condiciones para que las decisiones que se toman allí sean material de consulta necesario para las gestiones provinciales y municipales, el rol rector del Ministerio nacional se verá fortalecido y con ello, las condiciones de equidad en el goce del derecho a la salud de las personas.

Asimismo, el reconocimiento de este tipo de acuerdos, hará posible tener una visión única -y de conjunto- de la salud en la Argentina, que pueda presentarse tanto en espacios internacionales como regionales, nacionales y locales y que se consolide constantemente a través del aporte que cada actor del sistema hace a la realización de la misma.

Por ello, las metas de trabajo propuestas para este esencial espacio de acuerdo político, constituyen las condiciones que harán viables las políticas de estado en materia de Salud, iniciando por la consolidación y acuerdo de este Plan Federal de Salud y su constante revisión y mejoramiento.

Propuesta:

Para el año 2011

- Consolidar un balance de la gestión del COFESA y los mecanismos de funcionamiento del COFESA
- Promover la elaboración de una publicación que compile los acuerdos adoptados por el COFESA, clasificados de manera temática, a los fines de su validación como herramienta política.

Para el año 2012

- Proponer un nuevo reglamento del COFESA de manera de regular la forma de la toma de decisiones y los mecanismos de monitoreo de las mismas;
- Implementación de acuerdos de gestión con las provincias para posicionar el espacio para la toma de decisiones estratégicas en materia legislativa y de planificación, diseño e implementación de políticas públicas
- Establecimiento de reuniones regulares entre el COFESA y COFELESA a los fines de facilitar acuerdos.

- Establecimiento de un vínculo formal entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Congreso de la Nación a los fines de poder incluir eficazmente en la toma de decisiones sobre reformas legislativas nacionales y provinciales en la materia;

6.2.5 Fortalecimiento de los sistemas información sanitaria

La República Argentina no cuenta con un sistema nacional de información de salud integrado sino que se encuentra disperso en cada uno de los subsectores que lo conforma (público, de obras sociales y de seguros privados). Cada uno de éstos administra instrumentos y procedimientos propios para obtener datos indispensables para el desarrollo de sus funciones. Por otra parte todas las provincias han generado con diferentes alcances y desarrollo tecnológico, sistemas de información para la gestión y evaluación sanitaria.

En este contexto no es posible el análisis adecuado y oportuno de la información para ayudar a la toma de decisiones de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales, como así tampoco instrumentar o registrar de forma confiable la gestión de procesos.

Como consecuencia, se propone el desarrollo de un proyecto de tecnología de la información que permita integrar y hacer disponible la información, con etapas de implementación gradual de largo plazo, que permita resolver las necesidades del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales, respecto de la gestión de información de sus programas o prestaciones para la comunidad.

El desarrollo del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) contribuirá al fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales en su función de rectoría, así como a la mejora en la toma de decisiones en los diversos subsectores y niveles mediante la integración y conformación de un sistema nacional integrado de información sanitaria.

Sus objetivos son:

- Generar la base de información sobre recursos de salud que identifiquen efectores (servicios/complejidad/capacidades) y al recurso humano a través de: el Registro Federal de Establecimientos de Salud y la Red Federal de Registros de profesionales de la Salud
- Implementar la columna vertebral del sistema nacional integrado de información sanitaria mediante la digitalización en todos los niveles de atención de la salud, del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB). Este identificará al usuario, al efecto y los datos relevantes seleccionados del proceso de atención.
- Integrar de forma gradual los sistemas existentes, entre sí, y con el CMDB de forma tal de unificar toda la información de todos los niveles de atención a partir de la Ficha Única del Ciudadano, en una plataforma tecnológica normalizada.
- Crear la Ficha Única del Ciudadano como eje central para el registro de la información, de forma tal que permita unificar y centralizar la información sanitaria (en todos sus niveles) en un repositorio único por cada ciudadano.
- Optimizar y simplificar el trabajo humano, aportando las garantías de calidad, integridad y confianza en la información, jerarquizando y revalorizando de esta manera la información de la actividad sanitaria en salud.
- Desarrollar e implementar en el sistema SISA, de forma gradual el módulo del Conjunto Mínimo de Datos Básicos del primer nivel de atención y el Conjunto Mínimo de Datos Básicos del 2º y 3º nivel de atención
- Disponer de herramientas de monitoreo, evaluación y análisis de la información como soporte para la gestión sanitaria en la toma de decisiones.
- Diseñar, normalizar y procurar la provisión de la infraestructura de tecnología a los efectores, los Ministerios de Salud Provinciales y al Ministerio de Salud de la Nación para desarrollar los nuevos procesos incluidos en el proyecto.
- Proveer asistencia técnica y capacitación en servicio, a los diversos efectores y unidades funcionales de los ministerios comprendidos en el proyecto.

Propuesta:

Para el 2011:

- Consolidar e implementar la infraestructura de tecnología del sistema SISA para los próximos 5-7 años
- Remodelar la sala de servidores de la Dirección de Informática del Ministerio de Salud
- Implementar el sistema SISA v1.0 con los registros de Establecimientos, Profesionales y

Ensayos Clínicos en Seres Humanos (los registros iniciarán con los datos disponibles al momento de la puesta en marcha, estos datos serán parciales y comenzarán un proceso de mejoramiento) (2010)

- Implementar el sistema SISA v2.0 con los componentes mejorados y nuevas funcionalidades para facilitar el acceso y manipulación de la información (2011). El alcance funcional de la versión SISA 2.0 será definido durante el 2010 en base al impacto de la implementación de la primer versión SISA 1.0.
- Capacitar, promover e instalar el SISA como herramienta de integración de información sanitaria a nivel federal
- Desarrollar e implementar de forma gradual el módulo del Conjunto Mínimo de Datos Básicos del primer y tercer nivel de atención. Diseño y creación de la ficha del ciudadano.
- Desarrollar y preparar las interfaces y los procedimientos para iniciar el proceso de integración con otros sistemas y programas
- Completar al 100% la cantidad y al 50% la calidad de los datos del registro de establecimientos (REFES)
- Completar al 100% la cantidad y al 50% la calidad de los datos del registro de profesionales (REFEPS)

Para el 2014:

- Seguimiento y monitoreo de la implementación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. Identificar las dificultades y crear acciones correctivas.
- Implementar los primeros indicadores de información sanitaria en base a los registros e información disponibles, los mismos serán definidos por las autoridades llegado el momento. Se creará acceso público o restringido a los indicadores según sea necesario.
- Implementar el proceso de integración con los sistemas y programas prioritarios. Las prioridades y necesidades quedan sujetas a la definición de las autoridades llegado el momento.
- Completar al 100% la cantidad y calidad de los datos del registro de establecimientos (REFES)
- Completar al 100% la cantidad y calidad de los datos del registro de profesionales (REFEPS)

Para el 2016:

- Diseñar e implementar el proceso de integración con otros organismos e instituciones externas a los Ministerios de Salud (RENAPER, ANSES, etc) SISA
- Seguimiento y monitoreo de la integración con otros sistemas y programas. Identificar dificultades y crear acciones correctivas.
- Seguimiento y monitoreo del uso de la ficha del ciudadano. Identificar dificultades y crear acciones correctivas. Identificar, diseñar e implementar nuevas necesidades en el contexto de la ficha del ciudadano.
- Seguimiento y monitoreo del uso de los registros REFES y REFEPS. Identificar dificultades y crear acciones correctivas. Identificar, diseñar e implementar nuevas necesidades en el contexto de los registros.

6.2.6 Regulación de la formación y la gestión del trabajo en salud

La política de recursos humanos y, en consecuencia, su modelo de gestión debe evolucionar dinámicamente con los objetivos del sistema de salud, en estrecha relación con la transición epidemiológica y sociodemográfica.

En octubre de 2007, en la 27^a. Conferencia Panamericana Sanitaria, la Argentina suscribió las 20 "Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015", organizadas en torno a los cinco grandes desafíos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y en el Llamado a la Acción de Toronto

- Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.
- Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.
- Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación
- Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.
- Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

En Argentina, la necesidad de contar con equipos de salud con las competencias adecuadas y en los lugares adecuados implica accionar sobre la regulación de la formación, el trabajo y el ejercicio profesional de los trabajadores de salud, como componente esencial para alcanzar condiciones de calidad y equidad en el acceso a la salud en todo el territorio. Requiere intervenir en procesos de largo plazo de manera sostenida, que se sustentan en información adecuada y en la identificación de los perfiles de los equipos básicos y las áreas de vacancia.

Su gestión involucra un trabajo intersectorial y federal de construcción de consensos y compromisos de armonización de las regulaciones en el ámbito de formación y el trabajo. La consolidación de la institucionalidad de estos procesos de consenso y armonización se alcanza a través de normas de jerarquía superior, que garantizan una continuidad. Al mismo tiempo, la intervención directa en los procesos de formación, capacitación de posgrado y educación permanente involucran el desarrollo de herramientas específicas para liderar los procesos de cambio.

Propuesta

Basada en la situación de la Argentina y el compromiso regional, se estructura sobre los siguientes ejes:

1. Fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos de Salud a través de la conformación de una red federal de Observatorios y de líneas de monitoreo e investigación en recursos humanos de salud.
2. Asistencia técnica para el fortalecimiento de las Unidades de Recursos Humanos y Regulación de las provincias y consolidación de una comunidad de práctica
3. Conformación de una Mesa de instituciones formadoras, responsables jurisdiccionales y entes de rectoría para el establecimiento conjunto de estándares de calidad en todos los niveles de formación del equipo de salud
4. Ampliación del alcance de la Comisión Interministerial Salud - Educación y de la Comisión Nacional de Profesiones de Grado Universitario
5. Intervención en el campo de la formación de especialidades a través de la oferta y regulación del sistema de residencias del equipo de salud
6. Creación de un Instituto de Formación Superior de Salud
7. Puesta en marcha del Plan Nacional de Desarrollo de Enfermería
8. Desarrollo de un marco legal para el ordenamiento de profesiones de salud de alcance federal
9. Concertación a nivel federal de lineamientos básicos de carrera y condiciones de trabajo para los trabajadores de la salud y de un nomenclador de puestos sanitarios.
10. Formación de una masa crítica de gestores capacitados para los entes de rectoría y conducción y para los efectores del sistema de salud.

Para el año 2010.

- Establecimiento de la línea de base de la situación del país de acuerdo con las Metas Regionales de Recursos Humanos 2007-2015

- Creación de un unidad de asistencia técnica y monitoreo en el marco del Observatorio Federal para apoyar el desarrollo de los observatorios provinciales

Para el año 2012

- Creación de una Unidad de Recursos Humanos para la Salud en el Ministerio de Salud de la Nación, responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.
- El 50% de la provincias contará con una Unidad de Recursos Humanos con responsabilidades análogas a la del MSAL
- El 80% de las provincias habrán instalado sus Observatorios y se encontrarán en red
- El Sistema de Información Integrado Sanitario Argentina habrá incorporado el 100% de la cantidad de los planteles de los establecimientos públicos y ajustado la calidad del dato en un 50%
- Se contará con una metodología para la actualización permanente de los planteles de los trabajadores de salud en el registro de establecimientos
- Definición del equipo básico del primer nivel en relación con el modelo de redes de atención.
- El 100% de las jurisdicciones habrán identificado las necesidades de formación y capacitación en relación con el equipo básico, las metas de cobertura y la estructura de los servicios
- Creación de la Mesa Permanente Intersectorial para la Formación Universitaria en Ciencias de la Salud
- Elaboración del mapa de la formación técnica en salud
- El 30% de los programas de formación en Ciencias de la Salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional
- El proceso de sistematización de las especialidades de las profesiones de salud habrá avanzado en un 30%
- El 60% de las carreras de formación técnica del equipo de salud habrán armonizado sus bases de formación
- El 30% de los programas de formación de las residencias médicas del sector público habrán armonizado sus bases de formación, comenzando por las especialidades prioritarias
- El 60% de las residencias del sector público habrán iniciado su proceso de acreditación y el 40% se encontrarán evaluadas
- 12.000 estudiantes se encontrarán becados en el marco del Plan Nacional de Enfermería
- Creación del Instituto de Formación Superior de Salud
- Creación de una plataforma de teleformación
- El 30% de las provincias contarán con acuerdos para el reconocimiento recíproco de la certificación y recertificación de especialistas.
- Se habrá definido la Familia de los Técnicos de Salud
- Se habrán consensuado los lineamientos básicos para una carrera sanitaria, que contemple sistemas de vinculación y compensaciones, desarrollo y capacitación, incentivos a los procesos de certificación y recertificación y mecanismos de protección de la salud de los trabajadores.
- El 60% de las provincias contarán con una carrera específica para los trabajadores de salud, con incentivos para la inserción en especialidades prioritarias y en zonas rurales
- El 20% de los responsables de la conducción de servicios y programas de salud habrán desarrollado competencias en salud pública y gestión

Para el año 2014

- El 70% de las provincias contará con una Unidad de Recursos Humanos con responsabilidades análogas a la del MSAL
- Todas las provincias habrán instalado sus Observatorios y se encontrarán en red

- La Red Federal de Observatorios estará en condiciones de producir investigaciones e informes semestrales sobre el cumplimiento de las metas
- El Sistema de Información Integrado Sanitario Argentina habrá incorporado el 100% de la cantidad de los planteles de los establecimientos públicos y ajustado la calidad del dato en un 100%
- El 100% de las profesiones de grado del equipo de salud se incorporarán como carreras de riesgo social en el marco del artículo 43 de la Ley de Educación Superior.
- El 50% de los programas de formación en Ciencias de la Salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional
- El proceso de sistematización de las especialidades de las profesiones de salud habrá avanzado en un 50%

- El 100% de los programas de becas estará orientado a la formación en las áreas de vacancia detectadas
- El 60% de los equipos básicos del primer nivel estarán formados en salud pública, salud comunitaria e interculturalidad
- El 80% de las carreras de formación técnica del equipo de salud habrán armonizado sus bases de formación
- El 50% de los programas de formación de las residencias médicas del sector público habrán armonizado sus bases de formación
- El 80% de las residencias del sector público habrán iniciado su proceso de acreditación y el 60% se encontrarán evaluadas
- 18.000 estudiantes se encontrarán becados en el marco del Plan Nacional de Enfermería y 12.000 habrán egresado
- El 70% de las provincias contarán con acuerdos para el reconocimiento recíproco de la certificación y recertificación de especialistas
- El 50% de las jurisdicciones habrán ajustado sus matrículas a las profesiones definidas en la Familia de Técnicos de Salud
- El 80% de las provincias contarán con una carrera específica para los trabajadores de salud, con incentivos para la inserción en especialidades prioritarias y en zonas rurales.
- Se habrá consensuado federalmente un Nomenclador de Puestos Sanitarios, con la correspondiente normatización de perfiles y requisitos de formación
- El 40% de los responsables de la conducción de servicios y programas de salud habrán desarrollado competencias en salud pública y gestión
- El 40% de los planteles de los establecimientos asistenciales se adecuará a las Normas de Garantía de Calidad

Para el año 2016

- Todas las provincias contarán con una Unidad de Recursos Humanos con responsabilidades análogas a la del MSAL
- El 80% de los programas de formación en Ciencias de la Salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional
- El proceso de sistematización de las especialidades de las profesiones de salud habrá avanzado en un 80%
- El 80% de los equipos básicos del primer nivel estarán formados en salud pública, salud comunitaria e interculturalidad
- El 70% de los programas de formación de las residencias médicas del sector público habrán armonizado sus bases de formación
- El 100% de las residencias del sector público habrán iniciado su proceso de acreditación y el 70% se encontrarán evaluadas al menos una vez
- 18.000 estudiantes se encontrarán becados en el marco del Plan Nacional de Enfermería y 24.000 habrán egresado
- Se contará con una ley marco para el ordenamiento de las profesiones de salud de carácter federal

- El 80% de las jurisdicciones habrán ajustado sus matrículas a las profesiones definidas en la Familia de Técnicos de Salud
- Se contará con una ley marco de carrera sanitaria de carácter federal, que contemple sistemas de vinculación y compensaciones, desarrollo y capacitación, incentivos a los procesos de certificación y recertificación y mecanismos de protección de salud de los trabajadores
- El 60% de los responsables de la conducción de servicios y programas de salud habrán desarrollado competencias en salud pública y gestión
- El 60% de los planteles de los establecimientos asistenciales se adecuará a las Normas de Garantía de Calidad

6.2.7 Creación del Instituto Nacional Argentino de Cáncer

Ante la ausencia a nivel nacional de una entidad o programa que se dedique a la problemática del cáncer desde una perspectiva integral, el Ministerio de Salud decidió diseñar e implementar, como parte del desarrollo institucional, el Instituto Nacional Argentino de Cáncer.

El Instituto Nacional de Cáncer será el responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud y la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer en la República Argentina con el objetivo de disminuir su incidencia, morbilidad y mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Entre las atribuciones que tendrá este instituto se encuentran las normativas para la asistencia integral de los pacientes con cáncer; la participación en actividades de promoción de la salud y reducción de los factores de riesgo dentro de los lineamientos definidos para las enfermedades no transmisibles (ENT); la definición de estrategias para la prevención y detección precoz; la formación de profesionales especializados; el desarrollo de la investigación; la vigilancia y el análisis de la información epidemiológica. Todas estas acciones se realizarán con la participación de entidades científicas y otros agentes sociales y adoptando como criterio la evidencia científica y las buenas prácticas disponibles.

Los objetivos específicos del instituto son:

1. Participar en forma activa en la formulación de políticas nacionales para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer;
2. Planificar, organizar, ejecutar, gestionar, controlar y supervisar los planes, programas, proyectos y actividades a nivel nacional, relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades malignas y trastornos relacionados;
3. Ejercer el poder de rectoría en la formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos en todos los niveles correspondientes al área de oncología;
4. Coordinar, planificar y llevar a cabo la investigación en cáncer básica, clínica y en salud pública o aplicada;
5. Coordinar la red de atención pública y privada de los pacientes con neoplasias y trastornos relacionados;
6. Implementar una red de registro único de notificación de casos de ENT
7. Coordinar la vigilancia epidemiológica de las ENC.
8. Fortalecer la gestión asistencial de prestadores en materia de oncología y especialidades relacionadas.

Propuesta

Para el año 2014

- Institucionalización de la Red Nacional de Registros Hospitalarios de Cáncer de la Argentina. Con esta red se podrá tener información de los cánceres diagnosticados y tratados en instituciones provinciales de referencia, así como información de base acerca de la migración de pacientes, resultados y calidad de atención.
- Implementación de un sistema de evaluación y monitoreo de la calidad de los registros a partir de cuyos resultados se determinará la ayuda económica que recibirán anualmente, la cual a su vez será re programada al finalizar cada año en función de los logros alcanzados.
- Desarrollo de una fuerte política comunicacional en relación a la promoción de estilos de vida saludables y la prevención primaria del cáncer.
- Gestión de la red asistencial de diagnóstico temprano y la regulación de tratamientos oncológicos.

- Selección de aquellas provincias con tasas por encima de la media nacional en las que se articularán acciones integradas para la prevención y control del cáncer de los sitios tumorales más frecuentes.

6.2.8 Fortalecimiento de la Dirección de Salud Mental y Adicciones dentro del MSAL

En los últimos decenios han surgido voces desde los organismos especializados (OPS – OMS) y desde las Academias en torno a la necesidad de vincular Salud Mental y las Adicciones (desde un enfoque de Derechos), o en todo caso, de incluir la segunda como una problemática particular de la primera, más allá de su clara especificidad. Dicho modo de abordar esta problemática, dada su complejidad, requerirá de modelo de gestión interministerial e intersectorial.

Lo mental es mucho más que el ámbito de la locura, esto es, de las políticas con la llamada *enfermedad mental*. Es un atravesamiento de una serie de problemáticas sociales, vinculares y culturales de las más diversas, que el Estado debe atender todo el tiempo e interviene (o podría aportar en ello) cada vez que se deben atender problemáticas humanas. Temas como violencia social, adicciones, conflictividad escolar, accidentología (el 90 % de los mismos obedecen a causas humanas vinculadas con la negligencia o la imprudencia), violencia intrahogareña, consecuencias psicosociales en situaciones críticas de catástrofes o desastres, suicidio, maltrato y abuso, etc., tienen un componente claramente *mental*, que bien podría ser abordado, sin que por ello se restrinja al enfoque sanitario.

En este sentido un eje resulta ser la necesidad de desvincular la idea de *peligrosidad*, la pobreza, la delincuencia y la marginalidad con el consumo, asumiendo la responsabilidad tanto del Estado como de la comunidad, en la producción de las condiciones que impulsan o favorecen el uso de cualquier sustancia psicoactiva, ya sea legal o ilegal, sobre todo en la niñez y la adolescencia.

Con respecto al impacto que las condiciones de trabajo tienen en la salud mental de las personas, pueden destacarse ciertos fenómenos que ocasionan un menoscabo a la salud mental de los trabajadores como el estrés laboral, el acoso laboral y el Síndrome de Burnout, entre otros. De acuerdo a los datos suministrados por la Organización Internacional del Trabajo (citado en la 132º Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud – junio 2003) la Argentina es uno de los países del continente americano con mayor número de situaciones de violencia o agresión reportadas en el ambiente laboral.

Tomando como referencia las metas propuestas en el área específica de la salud mental y en concordancia con los lineamientos del Plan Federal de Salud por *Decreto Presidencial 457/2010* se dispuso la creación de la *Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones* con dependencia directa de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. La Salud Mental constituye por un lado un campo de problemáticas sanitarias con un profundo atraso en lo referido a los modelos de abordaje de las diversas formas actuales del padecimiento mental, clásicamente tomado en términos psiquiátricos, en el sentido más restrictivo del término, esto es, como una problemática médica y, dentro de esta, como un asunto bio-psico-patológico. En lo referido a las Adicciones, este tema ha sido o bien incluido desde dicho enfoque psiquiátrico, o bien desde el criminológico, sin ser tomado acabadamente desde el punto de vista sanitario.

Propuestas:

Para el año 2012

- Creación de un sistema de control y fiscalización sobre los tratamientos en los sectores públicos, de Obras Sociales, Prepagas y ONGs.
- Diseño, en el marco del COFESA, de un Plan de Salud Mental y tratamiento de las adicciones que integre todas las iniciativas, proyectos y programas en la materia, así como también la articulación interministerial, intersectorial e interjurisdiccional con las demás acciones del MINISTERIO DE SALUD en particular y de los demás Ministerios en general.
- Formulación, en el marco del COFESA, un Programa de Atención Primaria de la Salud Mental y los tratamientos de las adicciones desde una perspectiva respetuosa de los derechos humanos, que priorice la participación y acompañamiento familiar y comunitario.
- Implementación de la Mesa Intersectorial e interministerial de Salud mental, Justicia y Derechos Humanos, promoviendo la participación de todos los Ministerios involucrados en la temática y las representaciones Nacionales de Organizaciones Profesionales, académicas, gremiales y civiles.
- Creación de una Mesa Interuniversitaria con participación de las Unidades Académicas con responsabilidad en la formación de los RRHH en Salud Mental.

- Creación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones que permita la determinación de prioridades en la toma de decisiones de políticas públicas en la materia.
- Implementación con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social una mesa de trabajo conjunta, con el fin de optimizar las acciones emprendidas en el eje de la Salud Mental y su relación con el trabajo.
- Coordinación, con la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en materia de Control y Prevención de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción, todas aquellas actividades relacionadas con los compromisos asumidos frente a la comunidad internacional.
- Promover la igualdad de oportunidades de las personas con trastornos mentales, evitando las modalidades instituidas de segregación y/o estigmatización.
- Establecer una línea de base de casos de estrés laboral, síndrome de Burnout y acoso laboral en trabajadores de establecimientos públicos de salud, mediante una muestra representativa
- Concientizar a la población de trabajadores sobre los fenómenos de estrés laboral, Síndrome de Burnout y acoso laboral en trabajadores de Establecimientos Asistenciales Públicos de Salud, promoviendo asimismo hábitos de vida saludables y fomentando el equilibrio entre la vida personal de los empleados y el trabajo.
- Establecer protocolos de intervención para trabajadores de los establecimientos públicos de salud, con el objetivo de detectar situaciones relacionadas con el ámbito laboral que conlleven un menoscabo en la calidad de vida de las personas.
- Desarrollar acciones intra e interinstitucionales que promuevan la inclusión del enfermo mental en la sociedad en su conjunto, evitando la estigmatización del mismo.

Para el año 2014

- Implementación de un programa de reforma del modelo de atención que comprenda a instituciones nacionales que puedan ser replicadas por los efectores de las áreas de salud provinciales y municipales.
- Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones que permita la determinación de prioridades en la toma de decisiones de políticas públicas en la materia.
- Establecer una Mesa de Trabajo permanente con los Responsables Jurisdiccionales en Salud Mental y Adicciones del país para consensuar, evaluar y/o modificar estrategias, programas, actividades e intervenciones e incrementar la cooperación técnica y la participación intersectorial e interdisciplinaria.
- Instituir la aplicación territorial de los objetivos de la Dirección en el marco del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Para el año 2016

- Disponer de un registro de los recursos estatales, de obras sociales, de prepagas y de ONG existentes que ofrecen atención en Salud Mental.
- Optimizar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones que permita la determinación de prioridades en la toma de decisiones de políticas públicas en la materia.
- Coordinar la aplicación territorial de los objetivos de la Dirección con el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.
- Coordinar las acciones de prevención y tratamiento de las adicciones con la SEDRONAR y podrá contar con el CENTRO NACIONAL DE REEDUCACION SOCIAL para la implementación de todas aquellas líneas de acción que se identifiquen como necesarias para posicionar a los mismos como Centros nacionales de Referencia.

6.2.9. Fortalecimiento de la Dirección de Salud Oral del MSAL

El impacto en la salud del componente estomatológico se acrecienta cada día por que a los aspectos biológicos que inciden hoy, toman cada vez más relevancia aspectos sociales o psicológicos. Para hacer frente a las variadas y numerosas patologías existentes (más del 90% de la población sufre de alguna de ellas) es indispensable considerar, además de su prevalencia, los daños que producen y

los elevados costos que significa la atención tardía e incompleta que tradicionalmente se realiza en esta área.

Siendo la caries dental la enfermedad más frecuente (90%) y responsable principal de la destrucción de los dientes (ocluso-patías), así como de procesos infecciosos generalmente graves (abcesos, flegmones 30%) de un alto porcentaje de la enfermedad periodontal (48%). Todo ello traducido en la mutilación del aparato dentario, fundamental para el sistema masticatorio, con secuelas serias biológicas, sociales y psicológicas; es de los métodos preventivos y metodologías restauradas, conocidas y posibles de aplicar, se incorporan al Plan Federal, en Salud Bucal, como actividades prioritarias. Dada la gravedad y frecuencia de otras patologías de tejidos blandos y duros, principalmente cáncer bucal; del labio, lengua, maxilares y mucosas; alteraciones por SIDA, labio leporino y fisura palatina, es que dichas patologías se han incorporado al plan.

Propuesta

Para el año 2011

- Jerarquización de la Salud Bucal en el Ministerio de Salud de la Nación.
- Diseño e implementación de un Plan de Salud Bucal con tres ejes de trabajo: a) acciones de promoción y prevención con eje en el uso de fluoruros; b) formación de recursos humanos e investigación c) Utilización de sistemas de alta productividad y calidad para la atención odontológica

Para el año 2012

- Diseño e implementación de una Dirección Nacional de Salud Bucal dentro del Ministerio de Salud de la Nación.

6.2.10. Fortalecimiento del sistema nacional de sangre.

Con el objetivo resolver las crecientes limitaciones del sistema de salud para hacer frente a las exigencias de la seguridad sanguínea, el Ministerio de Salud de la Nación creó en el año 2002 el Plan Nacional de Sangre en base a tres 3 ejes principales: a) regulación: a cargo de una Comisión Nacional permanente para la actualizar la reglamentación de la Ley de Sangre (Ley N° 22.990) y las normas nacionales de Hemoterapia; b) información: sistematización de la recolección de datos estadísticos de donantes, receptores y prácticas para su posterior análisis y difusión ; y capacitación: por medio de equipos provinciales integrados por médicos, técnicos, bioquímicos, comunicadores sociales, agentes comunitarios, entre otros, capacitados para desarrollar los programas provinciales de hemoterapia, elaborados siguiendo los lineamientos regulatorios nacionales

Propuesta

Para el año 2012

- Alcanzar 30 donaciones de sangre cada mil habitantes y que el 35 % de esas donaciones sean voluntarias y habituales.
- CRH en 20 de las 24 jurisdicciones, asegurando la producción bajo BPM del 40 % de las unidades extraídas.

Para el año 2014

- Alcanzar 35 donaciones de sangre cada mil habitantes y que el 50 % de esas donaciones sean voluntarias y habituales.
- CRH en las 24 jurisdicciones, asegurando la producción bajo BPM del 70 % de las unidades extraídas.

Para el año 2016

- Alcanzar 40 donaciones de sangre cada mil habitantes y que el 100 % de esas donaciones sean voluntarias y habituales.
- CRH asegurando la producción bajo BPM del 100 % de las unidades extraídas.
- Desarrollo e implementación de “Guías de Uso Adecuado de Componentes Sanguíneos” y Comités Hospitalarios de Transfusión implementados, en todas las jurisdicciones.
- Reorganización de la red oficial. Un total de 28 CRH a cargo de la donación de sangre, producción y distribución de componentes sanguíneos. Taciones para incorporar nuevas tecnologías.

6.3 MODELO DE FINANCIAMIENTO

Como ha sido indicado previamente, las metas propuestas deben contar con el sustento financiero correspondiente a fin de dar sustentabilidad temporal a las políticas promovidas. A continuación se presentan las estrategias generales propuestas en el Plan Federal de Salud 2010-2016

6.3.1 Fortalecimiento de Políticas Compensatorias

El avance en la integración de acciones que vinculen estratégicamente los subsectores, procurando fortalecer la coordinación y articulación de los diferentes actores bajo la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, es el horizonte que deben perseguir las políticas públicas de salud nacionales y provinciales.

Se prevé que durante el desarrollo del presente Plan Federal, el modelo de financiamiento logre adaptarse y ajustarse a estos principios, lo que implica la necesidad de construir de manera paulatina un modelo de intervención pública que jerarquice el rol rector del Ministerio de Salud de la Nación y fortalezca las capacidades subnacionales para alcanzar sus metas.

Los programas sanitarios que ejecuta el MSAL deben profundizar su rol compensador a favor de la reducción de las brechas jurisdiccionales existentes. Avanzar sobre la coordinación y evaluación de impacto de estas acciones permitirá incrementar la eficiencia en la asignación de recursos destinados a disminuir inequidades regionales.

En este marco, como estrategia compensatoria se deberá fortalecer las iniciativas que el Ministerio de Salud de la Nación ejecuta a través de sus programas bajo una lógica coherente y armonizada obedeciendo a criterios que procuren la disminución de brechas, funcionando en su conjunto como un fondo compensador.

Entre otras actividades que serán introducidas o reforzadas se cuentan:

- Brindar financiamiento para actividades que logren nominalizar la cobertura de prestaciones integrales para diferentes grupos poblacionales sin cobertura explícita de seguros de salud y, por lo tanto, más vulnerables. Ello tendrá efectos redistributivos que, además de favorecer el acceso, producirá la disminución de inequidades regionales y mejorará la eficiencia del sector en su conjunto.
- Impulsar modelos de financiamiento que incorporen el pago capitado y por resultados que se complementen con el apoyo de actividades que fortalezcan las capacidades de gestión locales. Estas iniciativas han demostrado resultados favorables tanto en Argentina como en otros países en donde se han desarrollado. En este sentido, ya se encuentra en marcha una nueva operación con el modelo de gestión del Plan Nacer, con el objeto de ampliar la cobertura tanto a través de la incorporación de la prevención y cuidado de enfermedades crónicas, de enfermedades catastróficas en periodo neonatal y cardiopatías congénitas, como en la ampliación de los grupos poblacionales objetivo sin cobertura explícita, focalizando en población materno infantil, menores entre 6 y 18 años, mujeres en edad fértil, hombres diabéticos entre los 19 y 64 años y mujeres mayores de 64 años con diabetes.
- Desarrollar políticas que procuren disminuir gastos de bolsillo, fundamentalmente aquellas focalizadas en los grupos poblacionales de menores recursos, y políticas que eviten incurrir en gastos "catastróficos" a las familias constituyen otro grupo de acciones concretas con efectos redistributivos compensadores.
- Fortalecimiento del Programa "Remediar" e iniciativas similares. El citado programa ha demostrado un alto nivel de focalización en los estratos poblacionales más pobres de nuestra nación e implica una transferencia de recursos hacia aquellos sectores desfavorecidos, ya sea garantizando el acceso a medicamentos que dan respuesta a más del 80% de los motivos de consulta en los CAPS a sectores excluidos del mercado, o bien liberando recursos para cubrir otras necesidades básicas.
- Dar continuidad al financiamiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública a través del fortalecimiento de la rectoría nacional y la implementación de programas en las provincias promoviendo el control de gestión y evaluando sus resultados también se encuentra entre las prioridades sostenidas.
- Creación de un seguro federal que brinde cobertura sobre medicamentos de alto costo en problemas de salud estratégicos, centralizando las compras, definiendo protocolos de tratamiento y acreditando prescriptores nacionales, constituye otra iniciativa con el objeto de evitar que una contingencia de enfermedad impacte negativamente sobre el ingreso familiar.

6.3.2 Protección Social Universal de Enfermedades Catastróficas

Su misión será consolidar el derecho universal a los cuidados adecuados frente a un conjunto de patologías de baja prevalencia y alto costo. Todos los argentinos que padezcan estas enfermedades

recibirán la asistencia y tratamiento acordes al estadío de la misma, de forma independiente a su nivel de ingreso y lugar de residencia.

Un conjunto limitado de enfermedades que registran baja prevalencia, demandan un volumen creciente de recursos. Se les denomina enfermedades catastróficas, no por su peso relativo sobre la carga de enfermedad sino por su impacto económico³².

El principal factor que impulsa ese gasto creciente son los denominados Medicamentos de Alto Costo (MAC) que se emplean en el tratamiento de dichas enfermedades. Resulta urgente la inclusión dentro de la agenda de políticas sanitarias de protecciones universales frente a enfermedades catastróficas que garanticen el acceso oportuno y equitativo a MAC, insumos y prestaciones médicas adecuadas.

Propuesta

Para el año 2011

- Acuerdo Federal de Extensión de Cobertura que garantice protecciones iguales en calidad para todo la población del país., en el marco del COFESA.
- Creación de una Comisión administradora honoraria integrada por: Ministerio de Salud de la Nación, Superintendencia de Servicios de Salud, un representante del COFESA y un representante del Ministerio de Economía
- Definición del esquema de inclusión de Enfermedades Catastróficas a ser cubiertas.
- Desarrollo inicial del Fondo Federal de Enfermedades Catastróficas
- Implementación de un modelo unificado de adquisición de MAC e insumos para enfermedades catastróficas.
- Desarrollo una Unidad de Coordinación e Información

Para el año 2012

- Finalización de la primera evaluación de protocolos de las Enfermedades Catastróficas inicialmente seleccionadas.
- Selección de un segundo grupo de patologías para su inclusión y establecimiento del cronograma de incorporación de patologías catastróficas al 2016.
- Validación de los protocolos de tratamiento de las mismas a partir de la evidencia científica disponible
- Establecimiento de los costos de las patologías del segundo grupo
- Determinación el valor de la cátala a ser aportada por los diferentes financiadores
- Ampliación la convocatoria de Obras Sociales Provinciales.
- Acreditación de prestadores y fijación de módulos de retribución en el caso de provisión de servicios

Para el año 2016

- Adhesión de otras entidades de la seguridad social como PAMI, Obras Sociales Nacionales, prepagas y otras aseguradoras al Seguro
- Determinación de Garantías explícitas para un número mayor de patologías dependiendo de las necesidades de Salud Pública con el objetivo de alcanzar una protección universal frente a enfermedades catastróficas consensuada en el COFESA.

6.3.3 El modelo de financiamiento de la salud en una visión de largo plazo

La dinámica propia del sector de la salud hace imposible imaginarse la existencia de modalidades de intervención pública ideales. Por el contrario, se hace necesario plantear reformas sucesivas que constituyan un sendero de cambios tendientes a una imagen objetivo de largo plazo que necesariamente tendrá que ser redefinida y mejorada a medida que la situación real vaya siendo modificada. La definición del modelo de financiamiento del sector, necesariamente, presenta las mismas características y requiere de una reevaluación periódica.

³² La Organización Mundial de la Salud define como catastróficas a las enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado.

Conforme se avance en la armonización articulada del sistema y se disponga de mayores recursos para ser destinados a las políticas compensadoras regionales, el financiamiento de estas funciones podrá integrarse en la constitución de un fondo federal compensatorio. El mismo, a través de la definición de metas claras en la disminución de brechas, podría actuar sobre la reducción de las inequidades regionales. El compromiso de las jurisdicciones provinciales en mantener afectados sus recursos en salud debe ser prioritario, con lo cuál se convierte en esencial el diseño de mecanismos consistentes que establezcan condiciones e incentivos que garanticen el compromiso y eviten el desvío de recursos.

En este sentido, y más allá de avanzar en el corto plazo con las diferentes iniciativas presentadas en el presente Plan Federal, debe estar siempre presente en la agenda del sector salud la necesidad de discutir una reforma integral al financiamiento de la salud. En materia de salud pública, es imposible dissociar esta expectativa de la generada por la eventual discusión futura de un nuevo Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos. En este caso, se debe señalar la necesidad de garantizar una asignación sectorial afectada a salud que introduzca mecanismos de distribución de recursos bajo principios solidarios interjurisdiccionales y que garanticen la prestación de niveles mínimos de calidad y cobertura a lo largo de todo el territorio del país.

Por último, y de manera más general, se reafirma la necesidad de identificar permanentemente oportunidades de integración del sistema, considerando a la seguridad social (nacional, provincial y PAMI) y la medicina prepaga bajo un marco regulatorio armonizado que, sin desatender las diferencias que surjan de su naturaleza, coordinen su funcionamiento, cobertura y calidad de acuerdo a los derechos de los beneficiarios.

En lo referente al financiamiento del subsector de la seguridad social se reafirma el carácter solidario del Sistema Nacional de Seguro de Salud, generando el compromiso de procurar garantizar el cumplimiento de los niveles mínimos de prestación establecidos por el Programa Médico Obligatorio, actualizando cada vez que la realidad lo indique los valores mínimos que a través del Fondo Solidario de Redistribución reciben según criterios que ajustan riesgo aquellas Obras Sociales Nacionales con beneficiarios cuyos aportes no cubren el mínimo requerido para brindarles el nivel mínimo de cobertura igualitario.

CAPÍTULO 7

Organismos Descentralizados

El Ministerio de Salud de la Nación cuenta entre sus dependencias con organismos descentralizados específicos que desarrollan acciones tanto en materia regulatoria, de investigación científica y desarrollo tecnológico como en materia asistencial. Los organismos descentralizados reciben la delegación de facultades desde la administración central. Éstas incluyen facultades jurídicas y administrativas para el desarrollo de sus funciones y prestación de servicios.

Por la naturaleza de su organización y su relación jurídico- administrativa con la administración central, los organismos descentralizados, aunque orientan sus acciones en función de las políticas sustantivas del Msal, poseen dos características: son autárquicos, teniendo capacidad de decisión sobre la reglamentación de su personal y la administración de sus recursos, y son autónomos, característica que los habilita para la elección de sus propias autoridades.

Son organismos descentralizados del Ministerio de Salud de la Nación: Administración de Programas Especiales; Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Carlos G. Malbrán"; Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica; Centro Nacional de Reeducación Social; Hospital Montes de Oca; Hospital Nacional "Baldomero Sommer"; Hospital Posadas; Instituto Nacional Central Unico Coordinación de Ablación e Implante; Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur; Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad; la Superintendencia de Servicios de Salud y el Instituto Nacional del Cáncer.

7.1 Instituto Nacional de Cáncer

El Instituto Nacional de Cáncer (INC) es un instituto descentralizado de reciente creación; responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud y de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer en la República Argentina.

Creado por el Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo de Presidencia de la Nación, surge en respuesta a una necesidad que se refleja en los datos epidemiológicos del país sobre las enfermedades oncológicas, descriptas en el capítulo 4.

Como coordinador sanitario en la prevención y control del cáncer establecerá los objetivos en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, y en los criterios de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros y servicios. Estos objetivos están orientados a la disminución de la incidencia, la morbilidad y la mortalidad por cáncer.

Las actividades multidisciplinarias e intersectoriales que se desarrollarían incluyen las normativas para la asistencia integral de los pacientes con cáncer; la participación en actividades de promoción de la salud y reducción de los factores de riesgo dentro de los lineamientos definidos para las enfermedades no transmisibles (ENT), la definición de estrategias para la prevención y detección precoz, la formación de profesionales especializados; el desarrollo de la investigación y la vigilancia y análisis de la información epidemiológica.

Las estrategias para la definición de normativas incluirían la participación de sociedades científicas y otros agentes sociales y establecen objetivos, acciones y recomendaciones basados en la evidencia científica y en las buenas prácticas disponibles en los ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación.

Visión:

Coordina la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y re inserción social en materia de cáncer, así como a la docencia e investigación.

El INC es el referente nacional rector de las acciones en materia de cáncer y trabaja en consonancia con sus instituciones pares de Sudamérica y del mundo, intercambiando experiencia y capacidades.

Misión:

El INC tiene como objetivo disminuir la incidencia y morbi mortalidad por cáncer en la Argentina, y mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad a través del acceso universal e igualitario a la salud.

Objetivo general:

Disminuir la incidencia y morbi mortalidad por cáncer

Objetivos específicos:

- Colaborar en el diseño y la implementación de estrategias de promoción de la salud
- Elaborar y coordinar planes nacionales de control del cáncer basados en intervenciones científicamente probadas de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.
- Promover la inclusión de programas de prevención y control de cáncer en las jurisdicciones y fortalecer los recursos necesarios para su implementación.
- Implementar el sistema de monitoreo y vigilancia del cáncer en la Argentina.
- Promover el uso de una terminología común y estandarización de datos para el relevamiento y notificación de casos en el sistema de salud, con fines de investigación y control de gestión.
- Crear capacidad para el desarrollo de la epidemiología del cáncer y sistemas de registro mediante la colaboración con organismos de referencia, como la IARC – International Agency for Research on Cancer (Lyon, OMS), NIH – National Institut of Health y la Organización Panamericana de la Salud.

- Supervisar y evaluar el desempeño de los programas nacionales contra el cáncer, según los indicadores establecidos.
- Desarrollar políticas nacionales para prevenir el cáncer ocupacional y ambiental.
- Establecer alianzas intersectoriales para el desarrollo de sistemas de información y programas de control de cánceres derivados de exposición ambiental.
- Desarrollar el área de comunicación para difundir información científica, a los profesionales de la salud, y social para crear conciencia sobre las causas del cáncer, la reducción de factores de riesgo, detección precoz de la enfermedad e intervenciones eficaces para el control del cáncer.
- Promover la implementación y normatización de acciones con probada eficacia para la prevención del cáncer, la detección, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.
- Trabajar en colaboración con asociaciones científicas y con la participación de otros agentes sociales en la elaboración de protocolos de tratamiento y el fortalecimiento de la capacidad técnica de los proveedores de salud públicos y privados para mejorar la calidad y oportunidad en la detección del cáncer, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.
- Mejorar el acceso a los tratamientos y servicios de cuidados paliativos del cáncer y asegurar la calidad de los mismos.
- Mejorar la disponibilidad, acceso y uso racional de los medicamentos contra el cáncer y para los tratamientos paliativos.
- Propiciar un marco a través del cual se facilite y promueva la producción científica.

7.2 Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS)

El principal desafío de la ANLIS es lograr integrar las diversas instituciones que la componen en torno de propósitos, objetivos y metas estratégicas, claramente alineados con las políticas y directrices del Estado Nacional. El análisis de situación indica que existe una notable competencia técnica y científica acumulada durante años por las diversas unidades que integran la ANLIS. Por otra parte, existe una fragmentación de las iniciativas de los institutos y laboratorios y la visión auto-referenciada de las propuestas de trabajo, cuyo enlace o direccionamiento hacia la solución de los grandes problemas sanitarios del país es más bien de corto plazo, inercial y circunstancial.

Misión:

La ANLIS como órgano de ciencia y tecnología del Ministerio de Salud de la Nación, integra en su misión la articulación y el desarrollo de tecnologías, la enseñanza, la oferta de servicios de prevención y asistencia a la salud y la producción de insumos estratégicos para ésta. Cumple un papel central en la formulación e implementación de políticas de CT&I en el sector por medio de la articulación de la ciencia y la tecnología y el sistema de salud. Plantea soluciones técnicamente viables para los problemas sanitarios específicos del país, entendiendo por ellas todo el conjunto de productos generados por esta organización.

Plan de acción Institucional

- Aportar en el esfuerzo por reducir las inequidades sociales en salud tanto en los perfiles de morbi-mortalidad y de acceso y utilización de los servicios de salud cuanto en las características del desarrollo económico y científico-tecnológico regional, priorizando áreas y actividades dirigidas hacia personas y regiones con mayor carga de enfermedad y dificultad para acceder a bienes y servicios producidos por el sector salud. Es objetivo prioritario de este plan el fortalecimiento de sistemas regionales y locales de innovación, orientado por la perspectiva del impacto de sus programas y acciones en el territorio nacional.
- Contribuir para el fortalecimiento de la soberanía nacional y del papel del Estado en la conducción de políticas públicas, a partir de la consolidación y ampliación de la capacidad de investigación científica y tecnológica; de la capacidad productiva estatal de insumos para la

salud y de la capacidad de respuesta a problemas emergentes o de gran impacto para la salud.

- Orientar las acciones de CT&I – ciencia tecnología e investigación- a las necesidades de salud de la población, desarrollando y optimizando los procesos de absorción de conocimiento científico e tecnológico por parte las industrias, los servicios de salud y la sociedad.
- Fortalecer el complejo productivo y de innovación en salud, permitiendo asociar la profundización de los objetivos del sistema de servicios de salud con la transformación necesaria de la estructura productiva, haciéndola compatible con un nuevo patrón de consumo en salud y con nuevos perfiles tecnológicos adecuados a las necesidades sanitarias
- Ampliar el grado de coordinación y sinergia entre los programas y las prioridades sectoriales, fortaleciendo la capacidad de respuesta de la ANLIS a las necesidades y demandas del Ministerio de Salud de la Nación.
- Democratizar la ciencia y promover la generación, difusión y uso de conocimientos para la mejoría de las condiciones de vida de la población mediante la combinación de acciones de comunicación, educación y divulgación científica y de promoción de la salud.
- Afianzar la cooperación técnica nacional e internacional, con instituciones de salud, educativas y de ciencia y tecnología, con el múltiple propósito de ejercer la solidaridad y de absorber tecnologías y saber, compartiendo experiencias y conocimientos.
- Fortalecer las relaciones interinstitucionales con los gobiernos provinciales constituye una obligación ética, por el papel referencial de la ANLIS y una necesidad estratégica, para incorporar de forma activa y comprometida a todos los actores públicos involucrados en el logro de las metas nacionales, regionales y locales de los diversos programas de salud en los cuales la ANLIS participa.

Lineamientos Estratégicos prioritarios:

- Investigación, desarrollo tecnológico, producción y abastecimiento de insumos estratégicos para la salud:

- Potenciar nuevas formas de difusión de conocimiento.
- Democratizar la ciencia.
- Aplicación de procesos de producción multisectorial

- Enseñanza y formación de recursos humanos:

- Potenciar los programas de enseñanza
- Priorización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- Confeccionar una Base de Datos de RRHH que permita adecuaciones de perfiles según las necesidades del Ministerio de Salud de la Nación.
- Potenciar e Implementar la estrategia de Escuela Gubernamental para la formación y capacitación.

- Desarrollo de programas de control y prevención de enfermedades:

- Acciones conjuntas para el control y prevención de enfermedades basándose en :
 - Vigilancia epidemiológica.
 - Investigación

- Capacitación profesional
 - Provisión de insumos
 - Apoyo de diagnóstico y Laboratorio.
 - Asesoramiento Técnico/Científico al Ministerio de Salud de la Nación.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional del ANLIS:
- Importancia de generar acciones institucionales participativas y flexibles.
 - Potenciar los procesos de planificación y gestión por resultados.
 - Construcción de redes internas flexibles y organizadas en torno a objetivos y metas estratégicas horizontales y mecanismos de cooperación coordinada.

BORRADOR

7.3 Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T)

La protección, promoción y recuperación de la salud constituye uno de los desafíos más importantes de la ANMAT proponiendo para ello de gestión transparente, responsable y capaz de responder a dicho desafío.

Responsabilidad y transparencia se expresan en el Modelo de Gestión de la ANMAT con la implantación progresiva de dispositivos de Gestión por Resultados y presupuesto por programas que se vinculan recíprocamente con la Carta Compromiso con el Ciudadano. El Sistema de Gestión Pública implementado por la ANMAT es la expresión material del Modelo de Gestión y representa una herramienta fundamental en relación con el fortalecimiento de las funciones regulatorias que le son de su competencia.

Se propone acentuar la función de fiscalización e inspectoría como rectora estratégica del periodo. El aumento de capacidades profesionales y técnicas, la implantación de mejores prácticas, la ocupación territorial del espacio con nuevas sedes y la instauración de redes cooperativas para llevar adelante acciones mejor articuladas con las jurisdicciones provinciales deberán ser líneas rectoras del accionar institucional.

Misión

La misión de la ANMAT, establecida mediante el Decreto 1490/92 consiste en "Realizar las acciones conducentes al registro, control, fiscalización y vigilancia de la calidad y sanidad de los productos, substancias, elementos, procesos, tecnologías y materiales que se consumen o utilizan en la medicina, alimentación y cosmética humanas y del control de las actividades y procesos que median o están comprendidos en estas materias, actuando como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, dependiendo técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparte la Secretaría de Salud, con un régimen de autarquía económica y financiera, con jurisdicción en todo el territorio de la Nación".

Visión

Instituirse como un organismo nacional de regulación de referencia que, por medio de la correcta aplicación de las normas, la supervisión de su cumplimiento y a través de una gestión orientada hacia los valores de transparencia, credibilidad, previsibilidad y eficiencia, focalice en la satisfacción de las necesidades del ciudadano, promoviendo así, que los medicamentos, alimentos y productos médicos, a disposición de la población, posean eficacia (cumplimiento del objetivo terapéutico, nutricional o diagnóstico), seguridad (alto coeficiente beneficio/riesgo) y calidad (cumplimiento con estándares preestablecidos).

Objetivos

1- Desarrollar una gestión que fortalezca el modelo de fiscalización, control y vigilancia sustentable en el tiempo, con una fuerte orientación a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los Ciudadanos.

Estrategias:

- Reconstrucción de herramientas y mecanismos de compromiso de diálogo con la ciudadanía, afianzando los mecanismos de información proactivos que retroalimenten todas las inquietudes, sugerencias y reclamos para convertirlas en la fuente de una continua mejora de la actividad de la ANMAT.
- Incorporación de nuevos sistemas informatizados.
- Para el año 2012 la página WEB de la ANMAT deberá cubrir todas las informaciones necesarias para la población general y para los sectores regulados. Un nuevo sistema informático del área de Registro permitirá acceder a la información en tiempo real. Hacia el año 2014, un 75 % de las tramitaciones de medicamentos, tecnología médica y alimentos podrán realizarse on - line.
- Revisión permanente de la Carta Compromiso con el Ciudadano, objeto y sujeto de la existencia de la Administración, profundizando su valor como instrumento central de gestión.
- Mejoramiento de los vínculos ya establecidos y creación de otros nuevos para mejorar y aumentar los contactos con la población. Para 2011/2011 se prevé alcanzar una comunicación directa permanente por medios electrónicos y de papel con sectores clave:

universitarios, académicos, gobiernos provinciales, asociaciones científicas y de profesionales, medios de comunicación, cámaras empresariales, etc.

2- Mantener y mejorar las políticas de responsabilización y transparencia en el uso de los recursos públicos y fortalecimiento de la ética en la gestión.

Estrategias:

- Continuar desarrollando los presupuestos por programas con la conformación de indicadores de resultados y estimular la institucionalización de estas prácticas de gestión hasta alcanzar hacia 2013 el nivel de responsabilización por Departamento.
- Diseño y desarrollo de programas de cooperación, asistencia técnica y capacitación con la Oficina Anticorrupción del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, vinculados fundamentalmente con la transparencia y ética en la gestión.
- Implementar mecanismos y dispositivos que permitan al ciudadano exponer situaciones de presuntas vulneraciones de sus derechos o de falta de transparencia en las que intervenga esta Administración.
- Diseño de un Código de Conducta institucional con una metodología que de cuenta de la opinión de los agentes de la Administración.

3- Adecuar la estructura de la ANMAT y de las direcciones que la componen, para mejorar su funcionamiento considerando la necesidad de estar preparados no sólo para el correcto desempeño de sus actuales funciones y responsabilidades primarias, sino también para los desafíos y necesidades futuras.

Estrategias

- Actualización de la estructura vigente en lo que respecta a su segunda apertura. Durante el quinquenio 2011-2016 se pretende arribar a una nueva estructura que de cuenta de las actuales misiones y funciones del Organismo y el advenimiento de nuevas áreas tecnológicas sujetas a ser reguladas. De darse las condiciones a nivel general de la administración pública nacional, regularizar los cargos jerárquicos mediante el sistema de concursos.
- Nombramiento en los cargos vacantes de los profesionales que vienen desarrollando dichas funciones jerárquicas hasta tanto se apruebe la nueva estructura organizacional y se proceda al llamado a concursos para la cobertura de cargos.
- Incorporación de todo el personal profesional en situaciones precarias de contratación a relaciones contractuales más estables.
- Continuar con el proceso comenzado en 2008 de recuperación de la masa crítica de personal necesario para el cumplimiento de las misiones y funciones del Organismo, en base a la evaluación de las necesidades de personal en las diferentes áreas del mismo. Aumento de los RRHH a un ritmo anual del 10%, en una relación Profesionales/administrativos de 8 a 1, hasta el año 2013. Se continuará gestionando ante la Secretaría de Gestión Pública la incorporación de personal a la planta permanente.
- Puesta en marcha de acciones de capacitación específicas en lugares de trabajo (prácticas) y teóricas a fin de afrontar el recambio generacional de los agentes más antiguos en edad de retiro.
- Mantenimiento del Plan de Residencia puesto en marcha en 2009, para la formación de profesionales en Seguridad Alimentaria con sede en el Instituto Nacional de Alimentos, arribando en 2012 a los diez residentes.

4- Fortalecer el sistema estatal de fiscalización en la República Argentina a través de la generación de procesos de articulación entre jurisdicciones y de acciones que favorezcan el cumplimiento efectivo de los marcos regulatorios de los productos relacionados con la salud humana.

Estrategias

- Consolidación de una Red Nacional de Fiscalización (RENAFI) que propenda a la multiplicación de vínculos entre los nodos de manera de incrementar los flujos de información que a su vez generen estímulos para la acción. La Red, inspirada en una perspectiva de la vigilancia en salud pública que pone énfasis en la sistemática compilación, análisis e interpretación de la información relativa a eventos de salud específicos y en su comunicación rápida a los responsables de la prevención y control, está fundada en la concepción de que sólo es posible una adecuada práctica de la Vigilancia de la Salud con la concurrencia de todos los actores sociales.

- Establecimiento de una vía de comunicación directa entre los componente de la Red para lograr el crecimiento de los flujos de información y originar así estímulos para las acciones de fiscalización sanitaria a nivel nacional, provincial y municipal.
- La Red Nacional de Fiscalización se va desarrollando y consolidando en forma progresiva tomando en cuenta las diversas regiones del país: a) 2010/2011: consolidación de la RENAFI en las regiones del NOA y Cuyo. Constitución formal en región Centro. Etapa de exploración y constitución en regiones Sur, NEA y Bonaerense. b) 2011/2012: Consolidación en Regiones Centro, NEA y Bonaerense. c) Constitución Formal de la RENAFI a nivel nacional. d) 2012/2016: consolidación de la Red Nacional.
- Homogenización de Normas, Instrumentos y Procedimientos: en el período 2011/2016 se espera tener homogenizados las principales normas, instrumentos de fiscalización entre las jurisdicciones nacional y provinciales (más la CABA).

5- Modificación de lo prescripto por el Decreto 150/92 en cuanto a la automaticidad de los trámites de registro a un grupo acotado de países, adaptándose a la nueva realidad mundial y regional. El objeto es mejorar la accesibilidad de la población a medicamentos de calidad, seguros y eficaces y el posicionamiento comercial del país en la región y el mundo.

Estrategias:

- Aplicación integral de la Ley de Medicamentos y sus modificatorias, con el objeto de mejorar la accesibilidad a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, con reconocimiento explícito de la dimensión social de los medicamentos y a la necesidad de un uso racional de los mismos.
- Dictado de una nueva norma y adaptación a la nueva ley del paquete normativo subalterno vigente.

6- Posicionamiento Internacional. Mantener la posición de liderazgo en la Región y mantenerse como Autoridad Sanitaria de referencia a nivel internacional.

Estrategias:

- En 2010 ANMAT se constituyó en la primera Autoridad de Regulación Nacional en el Continente en acreditar ante la OPS como ARN Nivel IV, de Referencia para la OPS a nivel hemisférico en el área Medicamentos. Entre el 2011 y el 2016 se aspira a mantener ese rango y a avanzar en similar reconocimiento en las áreas de alimentos y productos médicos, para lo cual habrá que generar en colaboración con la OPS y demás ARN de la región las herramientas de evaluación específicas.
- Continuar desarrollando activamente la participación en actividades del SGT 11 - MERCOSUR, tema de importancia estratégica para el Organismo. Entre 2010 y 2012 se debe duplicar los recursos humanos y los recursos materiales para el sostenimiento de este propósito.
- Consideración de las actividades de SGT 3 -MERCOSUR como de importancia estratégica para el organismo y compromiso de asignación de recursos para su sostenimiento
- Mantener el desarrollo de vínculos sistemáticos con la autoridad nacional de regulación del Brasil, ampliando los acuerdos tras el reconocimiento mutuo de las farmacopeas a la puesta en marcha del Programa común de desarrollo de sustancia químicas de referencia (SQRs), Relacionadas e Impurezas y de las acciones para la promoción del desarrollo de Ingredientes farmacéuticos activos (IFAs), químicas y biotecnológicas, en ambos países.
- Mantenimiento de ANMAT/INAME como miembro observador de la Farmacopea Europea (EDQM), dentro del esquema PICs. y del Programa de Interlaboratorios de OMS.
- Promover el mantenimiento de ANMAT dentro del programa IMPACT para medicamentos y productos médicos.
- Continuar reforzando la cooperación y asistencia técnica a autoridades reguladoras de las Américas, Paraguay, Caribe angloparlante, y otras, en articulación con la Cancillería Argentina.
- Continuar impulsando y participando del Grupo Oaxaca, que reúne a las ARN de los países latinoamericanos. Avanzar en la propuesta de Farmacopea Latinoamericana.
- Continuar participando activamente de la Red de armonización farmacéutica de la OPS (red PARF), particularmente en los nuevos Grupos de Trabajo en formación, como el de Biotecnología.

7- Fortalecer de las actividades de Fiscalización y Control de Medicamentos con especial énfasis en el área de Productos innovadores, Biológicos, biotecnológicos y radiofarmacéuticos.

Estrategias:

- Fortalecer al Instituto Nacional de Medicamentos a fin de optimizar el cumplimiento de sus misiones y funciones a través del conocimiento científico acorde a los avances en las ciencias y nuevas tecnologías orientados a prevenir y resguardar la salud de la población.
- Entre 2011-2012 deben concluirse las obras de remodelación estructural del edificio del INAME, proyecto financiado por el Programa FESP, con una refuncionalización completa que deje todas las áreas de laboratorios bajo las últimas normas internacionales de Buenas Prácticas de Laboratorio.
- Conformar para 2011/2012 un Centro de Evaluación de Biológicos, Biotecnológicos y Preparaciones Radiofarmacéuticas
- Conformar para el 2011/2012 un Centro de Investigación y Desarrollo en Biodisponibilidad, Bioequivalencia y Bioexenciones con la incorporación de la Bioinformática como soporte a la innovación en Medicamentos
- Continuar y acrecentar durante todo el quinquenio 2011-2016 la actualización científico-técnica del personal del Instituto Nacional de Medicamentos (INAME)
- Fomentar la investigación y el desarrollo dentro de la Institución y fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial para la fiscalización sanitaria de productos para la salud.
- Trazabilidad de medicamentos. Entre 2011 y 2013/14, se debería poner en marcha un sistema de trazabilidad de medicamentos, integral, progresivo, que permita garantizar la autenticidad del producto adquirido por el consumidor, combatir la ilegitimidad y contar por parte de las autoridades sanitarias de información trascendental para la toma de decisiones a nivel de salud pública.

8- Generar de modo explícito, práctico y con carácter institucional un espacio de labor permanente que tenga por objeto apoyar la innovación y la investigación en los sectores sujetos a su competencia, entendiendo que resulta una verdad incontrastable que, en el mundo actual, la innovación constituye la mejor (si no única) opción para la sustentabilidad de cualquier proyecto productivo a mediano y largo plazo.

Estrategias:

- Designación de ANMAT como Unidad Asociada de CONICET y del Instituto Nacional de Medicamentos como Centro de Investigación en áreas relacionadas con la caracterización biofarmacéutica de los productos farmacéuticos propuestos para ser utilizados como productos comparadores o de referencia en los ensayos de bioequivalencia in vivo / in vitro y la aplicación de la bioinformática en modelos computacionales de farmacoresistencia. En 2010 se firmará el Convenio con el CONICET y definidas los temas de investigación. En 2011 se estarán conformando los grupos de investigadores. En 2012, tras la conclusión de las obras de remodelación del INAME, deberá estar funcionando a pleno la Unidad de investigación asociada al CONICET.
- Conformación de un Grupo de Trabajo MinCyT / I.N.T.I / ANMAT dedicado establecimiento de una plataforma de apoyo a proyectos de innovación tecnológico que estén siendo desarrollados por empresas en nuestro país, en particular en el área de los productos de origen biológico y la Biotecnología, que contemple tres aspectos centrales: a) el estímulo a los emprendimientos innovadores a través del financiamiento, b) el apoyo logístico específico para cada proyecto y c) el desarrollo de un marco regulatorio específico que contemple la innovación tecnológica.
- Transformación del actual "Grupo de Apoyo a la Innovación" creado por Circular 10 del 2009 en Comisión permanente del Organismo, destinada a profundizar desde el ámbito de la regulación las acciones de apoyo para de la innovación en nuestro país.

9- Fortalecer de las acciones relacionadas con las vigilancias sanitarias con especial énfasis a las vinculadas con el combate a la adulteración y falsificación de Medicamentos.

Estrategias:

- Establecimiento de un convenio marco entre la Procuración General de La Nación y la ANMAT que permita establecer un mecanismo de acción conjunta y coordinada, capitalizando la experiencia, información y conocimientos adquiridos hasta el presente por

parte del Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos de INAME y la Comisión para la Investigación de Hechos Ilícitos de la Procuración.

- Proponer normas legales que permitan garantizar la trazabilidad de los medicamentos en toda su cadena de comercialización y la tipificación adecuada del delito de falsificación en el Código Penal.
- Incrementar los vínculos ínter jurisdiccionales e ínter institucionales de manera de aumentar las capacidades y la gobernabilidad del sistema fiscalizador gubernamental.

10- Fortalecer las actividades de Fiscalización y Control de Alimentos, optimizando procesos, adecuando tecnologías y desarrollando cooperaciones institucionales para esos fines.

Estrategias:

- Entre 2011-2012 el INAL acreditará ante la OPS todos sus laboratorios que cumplirán con los más altos estándares de calidad. A partir de ese paso, el INAL se convertirá en Organismo acreditador de los laboratorios que así lo soliciten en todo el país.
- Puesta en valor y refuncionalización del edificio del INAL, incluyendo los laboratorios. Proyecto será financiado por el Programa FESP. Año 2010: Elaboración del pre - proyecto (ya autorizado) y gestión ante el Banco Mundial. Año 2012: Proceso de aprobación de Proyectos de Obra. Año 2013: ejecución de la obra.
- Refuncionalización, reequipamiento del Laboratorio de Micotoxinas. Año 1011.
- Seguir promoviendo durante el quinquenio la Red Nacional de Laboratorios Oficiales de Análisis de Alimentos (RENALOA) cuya misión es propender a la inocuidad y calidad de los alimentos para la prevención de las enfermedades trasmitidas por éstos (ETA) en el marco de un sistema nacional de control de los alimentos, fomentando la cooperación entre los distintos laboratorios integrantes de la Red y el uso racional de los recursos existentes.
- Para el 2012/2013 se debe haber alcanzado la equivalencia metodológica entre los distintos laboratorios miembros, generando información oportuna, comparable, reproducible y confiable para el control y la vigilancia. Para 2016 se deben haber desarrollado y fortalecido los sistemas de gestión de la calidad en los laboratorios de la Red.
- Fortalecimiento permanente de la RENAPA. Se implementarán en el quinquenio Programas de capacitación y nuevas herramientas comunicacionales. Se ampliarán y mejorará los Manuales de Procedimientos. Se avanzará en la regulación de los procedimientos técnicos y métodos de ensayo de manera de actuar en forma armonizada, confiable y reproducible.
- Fortalecer el rol del Inspector como agente sanitario. Proseguir y fortalecer el Programa Nacional de Formación y Capacitación de Inspectores Bromatológicos.
- Continuar la recuperación de Delegaciones en el interior del país. Para 2011 se pretende contar con dos Delegaciones más: Córdoba y Bahía Blanca, y se adecuarán las delegaciones de Mendoza, Posadas y Paso de los Libres y consolidar la estructura de la de Santa Fe, reabierta en 2010.
- Implementación de Programa para la formación especializada de profesionales en Seguridad y Calidad alimentaria.

11- Fortalecer de las actividades de Fiscalización y Control de Productos Médicos mediante la vigilancia (tecnovigilancia) del uso y la aplicación de los mismos.

Estrategias:

- Entre 2010 y 2011 la Dirección de Tecnología Médica de la ANMAT desarrollará una herramienta similar a la utilizada para la acreditación de medicamentos ante la OPS para una autoevaluación y se propondrá a ese Organismo establecer un sistema de evaluación de calidad mediante auditorías a las Autoridades Regulatorias Nacionales que lo soliciten en el área de la Tecnología Médica.
- De aceptarse la iniciativa del punto anterior, entre 2012 y 2014, se procurará acreditar ante OPS como Autoridad de regulación de Nivel IV, según escala desarrollada por ese Organismo.
- Incrementar las capacidades profesionales y técnicas de la Dirección de Tecnología Médica en el área de Tecnovigilancia a fin de optimizar el cumplimiento de sus misiones y funciones, mediante programas de capacitación permanente.
- Promoción del intercambio de recursos humanos e información con organismo similares de otros países.

- Continuar con la incorporación de personal, principalmente profesional, hasta alcanzar en 2013 una planta entre 80 y 100 agentes, masa crítica estimada para cumplir con las misiones y funciones específicas de la Dirección en para ese año.
- Para 2012-2013, se deberá trasladar la Dirección de Tecnología Médica a un nuevo lugar físico, probablemente en un tercer piso del edificio del INAL a construirse con fondos del Programa FESP.
- Incorporar la actividad en la conformación de la red de fiscalización nacional de manera de articular con las áreas de vigilancia sanitaria de los estados provinciales.
- Fortalecimiento de las acciones de Tecnovigilancia de Productos Médicos con especial énfasis en dispositivos médicos de riesgo III y IV.
- Brindar asistencia a los consumidores de productos médicos, a fin de responder sus necesidades mediante el fortalecimiento de las redes comunicacionales existentes.

7.4 Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)

Situación.

La Argentina ha logrado un desarrollo de programas de trasplante de órganos, tejidos y células que permiten responder a las indicaciones de la medicina moderna con elevados niveles de calidad y resultados comparables a los estándares internacionales.

Sin embargo, la oferta de servicios de trasplante en el subsector público es aún insuficiente, condicionando entre otros factores, problemas de acceso.

El número de donantes y trasplantes se ha duplicado entre 2003 y 2008, sin embargo muestra una detención del crecimiento en los últimos dos años. Los indicadores de la actividad muestran importantes asimetrías entre las provincias argentinas y sus regiones de pertenencia.

El Registro de Donantes Voluntarios de Células Progenitoras Hematoprogéticas (CPH) ha logrado un importante desarrollo e inserción en el registro internacional para la búsqueda y obtención de donantes para receptores argentinos y ha aportado a su vez donantes al mundo

El sistema nacional de donación y trasplante cuenta con un sólido marco regulatorio y un sistema de registro e información (SINTRA) que garantiza trazabilidad y transparencia. El desarrollo organizativo alcanza a la totalidad de las jurisdicciones aunque persisten limitaciones y asimetrías.

Misión

El INCUCAI, organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación, es autoridad de aplicación de las Leyes Nº 24193 y 25392, 25505 y 26066. Sus Misiones y Funciones, tal las definidas por la legislación vigente son, en síntesis:

Estudiar y proponer al MSAL las normas técnicas a que deberá responder la ablación de los órganos, tejidos y células para la implantación de los mismos en seres humanos, provenientes de cadáveres humanos y entre seres humanos.

Dictar, con el asesoramiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), las normas para la habilitación de establecimientos en que se practiquen actos médicos comprendidos en la temática, autorización de profesionales que practiquen dichos actos, habilitación de bancos de órganos y de tejidos, así como procedimientos para la suspensión y/o revocación de una habilitación por fundadas razones.

Fiscalizar el cumplimiento de lo establecido en las leyes y demás normas complementarias, y colaborar en la ejecución de leyes afines a la temática, recomendando a los gobiernos provinciales adecuar su legislación y acción al cumplimiento de estos fines. Coordinar con las respectivas jurisdicciones las fiscalizaciones destinadas a verificar que los establecimientos donde se realizan actividades comprendidas en la actividad.

Determinar los procedimientos inherentes al mantenimiento de potenciales dadores cadavéricos, diagnóstico de muerte, ablación, acondicionamiento y transporte de órganos, de acuerdo a las normas que reglan la materia;

Coordinar la distribución de órganos a nivel nacional, así como también la recepción y envío de los mismos a nivel internacional y las acciones que se llevan a cabo para el mantenimiento de los registros de donantes, receptores, centros y equipos profesionales en condiciones de confidencialidad.

Dirigir acciones que permitan mantener actualizada la lista de espera de receptores potenciales de órganos y tejidos en el orden nacional. Entender en las actividades dirigidas al mantenimiento de potenciales dadores cadavéricos y supervisar la correcta determinación del diagnóstico de muerte, ablación y acondicionamiento de órganos, coordinando su acción con organismos regionales y provinciales;

Efectuar las actividades inherentes al seguimiento de los pacientes trasplantados, con fines de contralor y estadísticos

Asistir técnica y financieramente a los tratamientos trasplantológicos que se realicen en establecimientos públicos nacionales, provinciales o municipales.

Promover y asistir directamente la creación y desarrollo de centros regionales y/o provinciales de ablación y/o implantes de órganos, tejidos y células

Asesorar al Poder Ejecutivo en todo lo concerniente a las campañas de difusión masiva y concientización de la población respecto de la problemática de los trasplantes

Realizar actividades de docencia, capacitación y perfeccionamiento de los recursos humanos vinculados con la temática.

Promover la investigación científica, mantener intercambio de información, y realizar publicaciones periódicas vinculadas con la temática del Instituto.

Líneas estratégicas del Plan 2011-2016.

- Extender a todas las jurisdicciones el Programa Hospital Donante para desarrollar al máximo la capacidad generadora de órganos, tejidos y células implantables del sistema.
- Generar conocimiento, participación y protagonismo activo de la comunidad hospitalaria, como actor fundamental en los procesos de donación y trasplante.
- El Plan de desarrollo del trasplante renal persigue: integración del trasplante con los programas de detección y prevención secundaria de la enfermedad renal crónica; facilitar el acceso a Listas de Espera (articulación entre los actores del proceso), incrementar la oferta pública de trasplante en los sistemas provinciales de salud y la disponibilidad de órganos (Hospital Donante).
- Promover especialmente el desarrollo de sistemas de cobertura y aseguramiento público que elimine inequidades de acceso.
- Promover y apoyar el desarrollo de proyectos regionales que tiendan a incrementar la oferta pública de servicios de Trasplante, y bancos de tejidos con planificación acorde a la demanda y acceso.
- Fortalecer e incrementar el Registro de Donantes de células progenitoras hematoprogéticas y Bancos Públicos de Células de Cordón.
- Actualización permanente de los marcos regulatorios y sistemas de Registros e Información.
- Fortalecer la auditoria central del sistema.
- Programa Federal de Procuración
 - Hospital Donante
 - Meta: Desarrollar la máxima capacidad generadora de donantes en 1 hospital donante por jurisdicción (hasta 1 millón de hab.) o al menos 1 hospital donante PMH (en jurisdicciones mayores).
 - Fortalecimiento del Programa Federal de Procuración
 - Línea de Base (2009): 12,4 DR/M.Hab.
 - Meta para 2015: Superar la Tasa Nacional de Donación de 20 DR/M.Hab.
 - Fortalecimiento del Subprograma de seguimiento de Glasgow < a 7
 - Línea de Base (2009): detección de 38 ME/M.Hab.
 - Meta: Superar la tasa de ME de 45/PMP para el año 2015
 - Fortalecimiento del Subprograma de Donantes Postparo
 - Línea de Base (2009): 8.07 DT/M.Hab.
 - Meta: Superar la tasa de donación de 20 D de Tejidos/M.Hab. para el año 2015
- Plan de desarrollo del trasplante renal: Metas para 2015.
 - Contar con un Registro de Enfermedad Renal Crónica por estadios evolutivos, como producto de programas de detección y prevención secundaria.
 - Reducir a menos del 30% la proporción de pacientes que ingresan a HD con acceso vascular transitorio.
 - Incrementar de 19 a 35% la proporción de pacientes bajo tratamiento dialítico (sin contraindicaciones) inscriptos en LE.

- Incrementar la capacidad de los sistemas provinciales de salud para la realización de evaluaciones pre trasplante, trasplante y seguimiento post-trasplante para lograr la autosuficiencia regional, subregional o provincial cuando superen el millón de habitantes.
- Aumento del porcentaje de pacientes en tratamiento dialítico (sin contraindicaciones) inscriptos en LE.: de 19 (2009) a 35% en 2015
- Creación e implementación de un sistema de biovigilancia de eventos adversos en trasplante de órganos, tejidos y células.
- Implementación del registro de trazabilidad de tejidos desde al donante al seguimiento posterior al trasplante.
- Consolidar El SINTRA en todo el país y su utilización por todos los actores, intensificando la calidad de la fiscalización de los módulos de IRCT y LE (listas de espera), registro de trasplantes de Órganos, tejidos y Células y seguimiento de trasplante.
- Creación Registro Latinoamericano de Donantes de CPH (Células Progenitoras Hematopoyéticas).
- Impulsar la creación del Registro Latinoamericano de Donación y Trasplante
- Implementación de la Firma Digital para el registro on line de los procesos de donación, inscripción en LE y trasplantes.
- Promover la creación de 2 unidades de Trasplante de CPH para adultos en distintas regiones del país (Cuyo/Centro).
- Promover la creación de 2 Bancos de CPH de SCU en distintas regiones del país.
- Fondo Solidario de Trasplantes
 - Aumento de la capacidad prestacional del sector público en evaluación, trasplante y seguimiento postrasplante renal y de corneas y en trasplante de CPH
 - Asistir financieramente el desarrollo de la máxima capacidad generadora de donantes de órganos y tejidos en los sistemas provinciales de salud
 - Programa Nacional de capacitación en procuración y trasplante.
- Asegurar la provisión de inmunosupresores a población sin cobertura y beneficiarios del PROFE (2500 pacientes), promoviendo la ampliación del fondo nacional a otras poblaciones, tendiendo a un sistema de aseguramiento universal.
- Desarrollar Campañas de comunicación para:
 - Promover participación activa de la Comunidad Hospitalaria, articulando con Programas afines del MSAL, para la generación de donantes.
 - Difundir información a pacientes con indicación de trasplante, con el propósito de promover la accesibilidad a la Lista de Espera y el Trasplante.
- Promover desde el INCUCAI líneas de Investigación para la mejora continua de las tecnologías disponibles en Ablación e Implante.

7.5 Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Situación.

El Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, situado en el municipio de Morón, en el oeste del conurbano, es un hospital general de agudos de alta complejidad, con 480 camas de internación de niños, embarazadas y adultos, un área de influencia de 4.000.000 de habitantes, donde los sistemas provinciales y municipales cuentan en conjunto con 0.8 camas cada 1000 habitantes. Construido en 1957, se abrió como Instituto Nacional de la Salud, con eje en la investigación en ciertas especialidades. En 1971 se inauguró como hospital general de agudos.

En la actualidad funciona como un ente descentralizado, bajo la órbita de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación. Su equipo de conducción está constituido por un Consejo de Administración integrado por 4 consejeros y 4 Direcciones: Ejecutiva, Prestaciones Asistenciales, Infraestructura, Equipamiento y Servicios Generales y Administración y Finanzas

Con un predio actual de 16 hectáreas, cuenta con 56.000 m² cubiertos distribuidos en 4 edificios de 8 pisos y un edificio central de 3, y además 10 edificios externos de apoyo. Produce 20.000 egresos anuales y realiza 700.000 consultas, forma a 290 residentes de casi todas las especialidades, alumnos de Medicina, técnicos y enfermeros.

Siendo su objetivo central avanzar en la alta complejidad, cuenta en la actualidad con casi 100 camas de cuidados críticos (50 neonatales, 18 pediátricas y 26 de adultos). Ofrece asistencia en hemodinamia, cirugía cardiovascular y neurocirugía de adultos y niños, cirugía placentaria y fetal, hemodiálisis, unidad de arritmias complejidad C2, transplantes de córnea y hueso.

Con casi 3600 empleados, se encuentra en un intenso proceso de reforma estructural y próximamente edilicia (Plan Director de Obras del ministerio de Planificación Federal)

Misión.

Ser un hospital público y gratuito de alta complejidad, que contribuye a resolver o paliar problemas de salud de la comunidad de la región y de otras provincias del país, priorizando la atención humanizada, la formación de recurso humano, la investigación, y el trabajo en red con los efectores de salud municipales y provinciales.

Visión. El Hospital Nacional Alejandro Posadas es un centro de alta complejidad que trabaja en red con el resto del sistema de salud del país, caracterizado por la amplia oferta de especialistas, de acceso a tecnología, la búsqueda de buena calidad en la atención, la formación de recurso humano que el país necesite y el desarrollo de la investigación.

Metas 2010-2016

- Ampliar el desarrollo de prestaciones de alta complejidad en Hemodinamia, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía convencional y Neurofuncional, cirugía compleja de tórax y digestiva.
- Incorporar transplantes, un banco de tejidos y un laboratorio de histocompatibilidad (en el marco de las obras del Plan Director)
- Mantener el recambio de equipamiento que permita actualizar y/o ampliar la oferta asistencial
- Disponer de la nueva reforma edilicia prevista en el Plan Director de Obras
- Incorporar un Sistema Informático Hospitalario integral, y uno de imágenes
- Reformular la estructura orgánico- funcional, ordenada por procesos de trabajo
- Ampliar el trabajo en red con otros efectores públicos de menor complejidad de las jurisdicciones del país que requieran de la complejidad que ofrece el hospital
- Mantener la oferta de formación de recurso humano profesional y técnico en función de las necesidades del país
- Desarrollar investigaciones básicas, clínicas y sanitarias que aporten a los lineamientos de política sanitaria nacional
- Implementar los programas de salud que organiza el Ministerio de Salud

- Ampliar las funciones como unidad centinela de vigilancia epidemiológica de los problemas de salud priorizados por la Dirección de Epidemiología del MSN

7.6 Servicio Nacional de Rehabilitación

Situación. El Servicio Nacional de Rehabilitación es un ente descentralizado, bajo la órbita de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación.

Dentro de su ordenamiento jurídico destacan: la Ley N° 22.431 “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados” del año 1981 y su modificatoria Ley N° 25.504, es considerada “Ley Madre de la Discapacidad”, no sólo por ser precursora en la legislación de la época dentro de los países de América Latina, sino porque articula definiciones y mecanismos a efectos de encuadrar conceptual y metodológicamente las políticas a desarrollar sobre el tema y, fundamentalmente por la concepción integral de protección a las personas con discapacidad que promovió desde su contenido.

Las competencias del Organismo se complementan con la Ley N° 24.901 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilidades y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad” del año 1997, su Decreto Reglamentario N° 1.193/98, las Leyes N° 19.279 y modificatorias, y los del Decretos Poder Ejecutivo Nacional N° 1313/93, N° 703/95, N° 1460/96, N° 762/97, entre otros y por último el Decreto N° 106/05, que determina la estructura organizativa del Organismo.

Misión.

Promover y facilitar en todo el país la efectiva implementación de políticas, programas y acciones que fomenten la prevención, promoción, rehabilitación e integración de la persona con discapacidad.

Visión El Servicio Nacional de Rehabilitación es el organismo rector en la normatización y ejecución de las políticas de discapacidad y rehabilitación.

Objetivos

- Ejercer el rol de rectoría en elaboración e implementación de las políticas públicas de discapacidad y rehabilitación.
- Contribuir a la universalidad de la cobertura integral de las personas con discapacidad.
- Contribuir a la integración plena de la persona con discapacidad y su familia.

Metas 2010 - 2016

- Contribuir a la universalidad de la cobertura integral de las personas con discapacidad.
- Contribuir a la integración plena de la persona con discapacidad y su familia.
- Diseñar estrategias de cooperación técnica y científica con organismos internacionales y gobiernos extranjeros, en el marco de redes regionales e intergubernamentales.
- Realizar estudios e investigaciones que contribuyan al conocimiento de la discapacidad, especialmente en los aspectos epidemiológicos y en los relativos a la integración social y rehabilitación de la persona con discapacidad.

7.7 Hospital nacional “Dr. Baldomero Sommer”

Situación.

En el año 1941 el Hospital “Dr. Baldomero Sommer”, que asistía a pacientes con lepra, una patología actualmente curable desde el año 1983. A la fecha solo hay 11 pacientes en tratamiento. Por tal motivo desde el inicio de esta Intervención en Enero de 2004 se inició un “Plan de

Reconversión Hospitalaria” que actualmente lo ha convertido en una Institución Polivalente de Adultos. **En la actualidad están habilitadas 300 camas para internación de adultos**, lo que implica una cobertura de 105.000 habitantes según la OMS. Posee 32 casas comunitarias que lleva a tener la posibilidad de 96 personas autoválidas con cuidados mínimos a través de los consultorios de los barrios para llevar acabo una “Residencia de larga estancia” con controles de toda las especialidades si fuera necesario.

Misión.

Ser un Hospital Polivalente con la modalidad de Cuidados Progresivos, basado en la Atención Primaria de Salud (APS) con la salida a la comunidad, que permite modelar la gestión al tener conocimiento, por la referencia de esta, de las necesidades de la población de la Región Sanitaria VII a la que pertenece. Consolidar la modalidad de “residencia de larga estancia” en los 4 barrios del Hospital para aquellas personas expuestas por vulnerabilidad social y fragilización personal durante el proceso de envejecimiento.

Visión.

1. Tener culminado el “Plan de Reconversión Hospitalario” desde lo edilicio, técnico y RRHH.
2. Realizar APS desde un Hospital Polivalente como la forma más efectiva de prevención, gestionando los recursos y planificando el accionar del mismo de acuerdo a la Estrategia de APS

Objetivos Específicos

1. Afianzar la modalidad de “residencia de larga estancia” en los 4 barrios del Hospital para aquellas personas expuestas por vulnerabilidad social.
2. Promover acciones de promoción, prevención y de reparación de la salud según ciclos de vida
3. Resolver las principales necesidades de la población con calidad de atención médica.
4. Brindar servicios de salud gratuitos, integrales e integrados en una red de servicios público y privado.

Metas 2010/2012

1. Continuar con la APS en el área de influencia de más de 1.500.000 habitantes poniendo en práctica todos los programas nacionales.
2. Continuar con la formación de RRHH a través de la Residencia en Medicina General y agregar para el presente año las Residencias de Clínica Médica y Cirugía General.
3. Para el año 2011 concretar las Residencias de Cuidados Paliativos y Anatomía Patológica también de poco recurso regional.
4. Incrementar la referencia de cirugía ocular (cataratas y estrabismo) que actualmente se realiza y obtener el aval del INCUCAI para iniciar transplante de cornea y complementar con equipamiento para tratamiento de retinopatía diabética.
5. Persistir en el avance de prestaciones en el Servicio de Rehabilitación.
6. Concretar la aprobación de un Plan Nacional de Cuidados Paliativos dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, tal como marca la OMS y teniendo en cuenta que el Servicio de Cuidados Paliativos del Sommer está considerado internacionalmente como el único Nivel III de la Argentina.
7. Continuar manteniendo el más alto nivel académico y de equipamiento de las distintas especialidades médicas actuales.

Metas 2012/2016

1. Conformar entre el Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer” y el Hospital Nacional “Dr. Alejandro Posadas” una red prestacional gratuita de tomografías computadas. Esta acción brindaría una cobertura que excede a la Región Sanitaria VII y que cubriría a más de 3.000.000 de habitantes dado la ubicación estratégica de ambos hospitales.
2. Continuar en la senda de transformarse en un polo académico regional que facilite la formación y actualización asistencial, administrativa y socio cultural.

7.8 Centro Nacional de Rehabilitación Social

Situación.

El CENARESO es un organismo descentralizado, creado por la ley 20.332, el 30/04/73. Existen nuevos proyectos de gran importancia como el fortalecimiento del Hospital de Día, para duplicar su capacidad de asistencia, y el proyecto SIUT, en fase preliminar aún, dirigido a intervenir en los casos de urgencia, con un diseño de red. Ambos proyectos están dirigidos a acompañar los cambios institucionales necesarios para dar respuesta a los cambios cualitativos de la demanda poblacional.

Al momento actual, el CENARESO presenta una situación administrativa ordenada. La situación salarial de los agentes contratados y de planta permanente es normal. Las Carreras correspondientes al SINEP y Profesional Sanitaria, muestran a su personal re encasillado y con sus regímenes de calificación y promoción vigentes y actualizados.

Visión:

Afianzarse hacia el año 2016, a nivel nacional, como centro de referencia permanente en materia de toxicomanías y uso nocivo de alcohol.

La clínica y la terapéutica eficaces, asentadas en bases científicas y al servicio de la docencia, la capacitación y la investigación, en consonancia con el modelo de hospital escuela, serían los pilares en que se asienta el conjunto.

Metas 2010/2012

- Desarrollo de Plan Estratégico y Plan Director
- Recursos humanos idóneos, en cantidad suficiente para el logro de los objetivos propuestos.
- Capacitación permanente de los cuadros propios, para que puedan replicar y difundir el saber y la experiencia que se adquieren, en las prácticas diarias de manejo de pacientes.
- En el marco del Proyecto SIUT, articular acciones con los efectores descentralizados del Ministerio de Salud a fin de posibilitar el mejor acceso a los dispositivos sanitarios de personas con uso nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Mantener y reforzar la prestación asistencial
- Profundizar la investigación científica y social
- Promover acciones de prevención participativa en la comunidad
- Reforzar la asistencia técnica a las provincias

Metas 2012/2016

- Afianzar la articulación con universidades, centros de formación, dependencias gubernamentales del interior del país que requieran asistencia técnica, ONGs y otros efectores que puedan colaborar en el armado de una red, que haga más visibles y accesibles, los recursos disponibles.
- Contar con una estructura acorde a las pretensiones de organismo, como rector en la materia, centro nacional de referencia y hospital escuela de entrenamiento técnico y profesional.

7.9 Colonia Nacional Dr. Manuel A Montes de Oca

Situación.

La Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca se encuentra atravesando un profundo proceso de transformación de su modelo de atención. Concebida históricamente como una institución asilar para la atención de personas con discapacidad mental, actualmente existen dispositivos de rehabilitación y programas de reinserción social que van instituyendo gradualmente un modelo de atención de base comunitaria que promueve el reconocimiento de los derechos de las personas asistidas.

Misión

Brindar atención integral a personas con discapacidad mental y/o con otras discapacidades asociadas dentro del área geográfica de influencia, a través del desarrollo de acciones socio-sanitarias que posibiliten la construcción de redes locales de salud y alternativas de tratamiento y rehabilitación en la comunidad que faciliten la reinserción familiar y social de personas que se encuentran institucionalizadas. Promover actividades de capacitación e investigación relacionados a la misión institucional

Visión.

Una Institución abierta a la comunidad, favoreciendo la inclusión social y aceptación de las personas que padecen discapacidad mental que sea valorada por la eficacia de su respuesta integral, con la fundamentación y actualización de sus acciones sobre bases técnico-científicas. Capaz de promover actividades de investigación y formación continua entre los profesionales que actúan en el área de la discapacidad mental y que constituya como centro de referencia para el estudio y tratamiento de la discapacidad mental.

Objetivo General:

Propender a la reconversión del modelo de atención asilar de acuerdo a lo establecido por las normativas nacionales incorporando estrategias y modalidades de atención que promuevan la autonomía y la integración social.

Objetivos Específicos

- Normatizar de acuerdo a los estándares actuales de calidad, las distintas fases del proceso de atención.
- Integrar las áreas de asistencia y rehabilitación en torno al propósito de mejora y rehabilitación de los residentes, a fin de lograr el mayor autovalimiento posible.
- Promover, a partir de diferentes estrategias acción, la inclusión de los pacientes en la comunidad.

Metas

- Que el 100% de los centros de día se encuentren categorizados de acuerdo a las normativas para la habilitación de los servicios para discapacidad
- Que el 80% de los pacientes alojados sean incorporados a programas de rehabilitación.
- Que 20 hectáreas pertenecientes al predio de la institución sean urbanizadas
- Que se habiliten 3 Hogares para adultos mayores con discapacidad mental y un centro de salud en la nueva urbanización.
- Que se habiliten 8 residencias con un máximo de 8 convivientes cada una, de acuerdo a la normativa vigente.
- Que el 100% de los dispositivos de la institución se encuentren categorizados por el Servicio Nacional de Rehabilitación
- Establecer convenios y/o acuerdos para la desconcentración de servicios ambulatorios y asistencia técnica con al menos 10 municipios de la provincia de Buenos Aires.
- Establecer convenios de asistencia técnica y financiera con al menos 5 organismos que desarrollen programas sociales destinados a personas con discapacidad.

Actividades

- Refacción edilicia y de las instalaciones actuales para adaptarlos a normativas vigentes en discapacidad.
- Asignación de profesionales suficientes para la atención integral y la supervisión técnica de los pacientes incorporados a programas de externación de la Colonia, y brindar a las Unidades Sanitarias la medicación psicofarmacológica necesaria para el adecuado tratamiento de los mismos.
- Construcción de dos hogares de 30 camas cada uno destinado a personas con discapacidad mental y un centro de día

- Reacondicionar y refuncionalizar tres casas en Centros de Día y residencias
- Fortalecimiento del Programa Regreso al Hogar, a partir de la inclusión de nuevos componentes que contemplen la inclusión social de personas institucionalizadas sin vinculación familiar.

7.10 Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”

Situación.

El Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur es un organismo monovalente, incluido en el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Política, Regulación e Institutos; Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales. Se encuentra ubicado en la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. La estructura edilicia, fue pensada desde su creación como un espacio para desarrollar las distintas áreas que posibilitan una rehabilitación integral. Se han realizado diversas ampliaciones respetando la arquitectura original. En la actualidad, cuenta con dos plantas, con amplias y luminosas instalaciones donde los pacientes realizan los tratamientos de rehabilitación como internados o en forma ambulatoria.

Misión.

La Rehabilitación Psicofísica está orientada a niños, jóvenes y adultos que presentan secuelas discapacitantes del aparato locomotor (osteoarticulares, musculares, neurológicas) y viscerales (cardiovasculares, respiratorias y urológicas) en etapa subaguda y crónica.

La atención es personalizada e interdisciplinaria, con un enfoque integral de la discapacidad, cuyos objetivos son la reeducación del paciente para alcanzar la máxima independencia personal y social, con un fuerte compromiso con la familia y la comunidad. La Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria con mayor énfasis en esta última a fin de evitar mayores complicaciones y discapacidades futuras. La Certificación de la Discapacidad, según Ley N ° 22.431. La formación de Recursos Humanos especializados en la atención de las personas discapacitadas.

Visión.

Ampliar la oferta de formación de recursos humanos especializados en la atención y rehabilitación de las personas con discapacidad. Mejorar la atención de nuestros pacientes según las normas de calidad vigentes. Fortalecer el desarrollo de los programas de promoción y prevención terciaria existentes (cardiovascular, respiratorio, patología funcional y control del desarrollo). Promover el desarrollo de programas interdisciplinarios especializados en la atención y rehabilitación de pacientes con lesión medular y traumatismo craneoencefálico, y sus complicaciones motoras y viscerales derivadas.

Incorporar la atención domiciliaria en rehabilitación a la estructura de la organización.

Formalizar redes de atención con los distintos niveles de salud para garantizar la derivación oportuna y atención integral de los pacientes.

Objetivos Estratégicos:

- Promover y ampliar los convenios con universidades y centros de atención en rehabilitación locales y regionales que favorezcan la formación de pregrado y postgrado.
- Desarrollar programas de formación para pasantes y concurrentes en todas las áreas que constituyen la atención del paciente discapacitado.

- Capacitar y especializar al personal en forma permanente, en función de los objetivos específicos de cada servicio y la misión de la organización.
- Adecuar las instalaciones edilicias a las normas vigentes de seguridad e higiene.
- Incorporar los recursos humanos necesarios en función del plan estratégico.
- Adecuar el equipamiento a las necesidades de atención de los pacientes.
- Desarrollar guías de atención en rehabilitación por grupos de diagnóstico y manuales de procedimientos.
- Favorecer el desarrollo del taller de ortesis y Prótesis a fin de ampliar la provisión del equipamiento y las ayudas técnicas necesarias para los pacientes.
- Mejorar la comunicación en todos los niveles de la organización y con los prestadores que integran la red de atención.

Metas 2010 - 2016

- Desarrollar el plan Estratégico de la Institución.
- Fortalecer el desarrollo de los programas de promoción y prevención terciaria existentes (cardiovascular, respiratorio, patología funcional y control del desarrollo).
- Promover el desarrollo de programas interdisciplinarios especializados en la atención y rehabilitación de pacientes con lesión medular y traumatismo craneoencefálico, y sus complicaciones motoras y viscerales derivadas.
- Incorporar el servicio de internación domiciliaria en rehabilitación a la estructura de la organización.
- Formalizar redes de atención con centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Mar del Plata, para garantizar la derivación oportuna y atención integral de los pacientes.

bliografía

- Almeida-Filho, N.(2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva. *Salud Colectiva*2(2):123-1465. Mayo, Agosto. Buenos Aires
- Anigstein C, Lapalma A, Barilá V, y col. Investigación sobre participación ciudadana en salud en 4 países del Mercosur: Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay (2006/2007). *Medicina y Sociedad Revista Trimestral* - ISSN 1669-7782. Año 28, Nº4 2009. http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/16_Dic2009/inv_anigsteincompleto.htm
- Anigstein C. Consultoría para el desarrollo de la metodología para la elaboración del diagnóstico y formulación de los planes provinciales de fortalecimiento de las Redes de Prestación de Servicios de Salud del Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en Argentina (AR-L1020). Buenos Aires, 10 julio 2007
- Anigstein C. Una forma de analizar las Redes de los Servicios Públicos de Salud implementadas entre el primero y segundo nivel de atención en Argentina. *Medicina y Sociedad Revista Trimestral* - ISSN 1669-7782. Año 28, Nº3 2009. http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/05_Septiembre2009/artanigstein_completo.htm
- Arriaga EE. *Los Años de Vida Perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad*. Notas de Población CELADE 1996; 24(63):7-38.
- Arrossi, S. *Informe Final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. Proyecto para el mejoramiento del programa de prevención de cáncer de cuello uterino en Argentina.
- Bases Del Plan Federal De Salud, 2004-2007, Presidencia de la nación, Ministerio de salud de la nación, Consejo federal de salud, Argentina. Mayo de 2004
- Castillo-Salgado, C., Editor (1999). Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington: PALTEX, Número 7. Segunda Edición. OPS/OMS.
- Colina, J.; Giordano, O. y Rodríguez del Pozo, P. *El Sistema de Salud en la Argentina: Diagnóstico y Propuestas*, Fundación Arcor, Premio Fluvio Salvador Pagani. 2004.

- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Informe País 2009. Argentina 2009.
- Dirección de Epidemiología. *Boletín semanal de vigilancia*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. N° 19-Año II. Enero 2010.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2008*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 52.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2007*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 51.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2006*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 50.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2005*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 49.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2004*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 48.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2003*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 47.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2002*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 46.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2001*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 45.
- Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). *Estadísticas vitales-2000*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 44.
- Dirección de promoción y protección de la salud. *Boletín de vigilancia. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*. Ministerio de Salud de la Nación. N°1. Argentina. 2009.
- Dirección de Sida y ETS. *Boletín Epidemiológico sobre el VIH/Sida en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. N° 26. Noviembre 2009.
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2005.
- Federico Tobar y Rodrigo Falbo."¿Cuánto se gasta en Atención Primaria de la Salud en Argentina?. Medicina Y Sociedad Año 26, N° 4 Diciembre 2006
- Federico Tobar. "Para reducir la fragmentación del sistema de salud" Isalud Volumen 4-Número 20.Diciembre. Páginas 54-55.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; Secretaría General Iberoamericana; XVII Cumbre Iberoamericana (2007). Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile.)
- González García, Ginés & Tobar, Federico. "Salud para los Argentinos". Buenos Aires. Ediciones Isalud.2004
- Jacobs, G., Astrop, A., Aeron-Thomas, A. *Estimating global road fatalities*. Londres. Transport Research Laboratory, 2000. RN°445.
- Jamison, D.T.; Breman, J.G. ; Measham, A. R.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D.B.; Jha, P.; Mills, A.; Musgrove, P. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*, Washington, Oxford University Press and World Bank, 2006. pp 737-754.
- Lacasta, L. *Los costos en vidas, salud y atención de los accidentes de tránsito en Argentina* en Aspectos demográficos y sociales de los accidentes de tránsito en áreas seleccionadas de la Argentina. Comisión Nacional de Programas e Investigación Sanitaria. Ciudad de Buenos Aires. 2004. pp23-32.
- Lamata Cotanda, F. (1998). Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, España.
- Maceira, D. Financiamiento y equidad en el Sistema de Salud Argentino. Serie de Seminarios Salud y Política Pública, Documento de Trabajo N ° VII, Cedes, Buenos Aires, Argentina. 2002.
- Menendez, E; Spinelli, H.(2006). *Participación Social ¿Para qué?* Colección salud Colectiva. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. 2006. Buenos Aires, Argentina.
- Moreno, E; Crivelli, V; Kestelman,N y col. (1997) Calidad de la Atención Primaria. Proyecto UNI-Tucumán. Facultad de Medicina-UNT. Editorial Magma. Tucumán

- MSAL. Estado de Situación de la Salud de la Población de Adultos Mayores en Argentina. 2001-2007.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. 2008
- OMS. Subsanar las desigualdades en una generación. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes de la Salud. 2009
- OMS/OPS. Estrategia Regional para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes. 2009
- OMS/OPS. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y jóvenes. 2009
- OPS (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Documento CD46/13 del 46.º Consejo Directivo, 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, DC, EUA, 26-30 de septiembre del 2005.
- OPS. *Boletín Epidemiológico* 1999. 20(3).
- OPS. *Boletín Epidemiológico* 2002. 23(4):1-6.
- OPS/OMS. 49.o Consejo Directivo. 61.a Sesión del Comité Regional. *Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2000. Punto 4.12 del orden del día provisional* CD49/16 (Esp.). Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 13 de agosto del 2009.
- Programa Nacional de Control del tabaco. *Costos directos de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2005.
- Specogna, M y Abriata, MG. Tendencias de muertes por suicidios y homicidios. Argentina 1980-2006. Boletín Epidemiológico Periódico (en edición). Ministerio de Salud de la Nación.
- Tobar, Federico & Rodríguez Richeri, Pilar. "Hacia un federalismo sanitario Efectivo". Buenos Aires. Ediciones Isalud.2004
- Tobar, Federico (organizador), Ventura, Graciela, Montiel, Leticia, Falbo, Rodrigo. "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". Buenos Aires. Ediciones Isalud N° 5. 2002.
- Tobar, Federico. "Cambios de paradigma en salud pública". Medicina y Sociedad Año 28 N°4 . Diciembre, 2008
- Tobar, Federico. "Economía de los medicamentos genéricos en América Latina". Revista Panamericana de Salud Pública 23(1):59-67. Enero. 2008.
- Tobar, Federico. "Financiamiento del Sistema de Salud Argentino". Capítulo del libro. OPS. El sistema de salud en Argentina. Buenos Aires (Editores Julio Bello y Jorge Mera). OPS.2003
- Tobar, Federico. "Universalismo Básico en salud". En el libro: En el libro: Molina. Carlos (Editor). Universalismo Básico: Una alternativa posible para la Construcción del Estado de Bienestar Latinoamericano. México D.F. Planeta. 2006.