01A21
L/Pt 6804
R26

45493

Borzelaqua

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

PROVINCIA DE LA PAMPA

ASPECTOS SOCIALES DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
BIBLIOTECA
Dr. Manuel Belgrano

INFORME FINAL

C.P.N. Manuel ROJO

SANTA ROSA (LP) - NOVIEMBRE 2004

AUTORIDADES

PROVINCIA DE LA PAMPA

Sr. Gobernador de la Provincia

Ing. Carlos Alberto VERNA

Ministro de Hacienda y Finanzas

Cr. Ernesto FRANCO

Secretario General de la Gobernación

Ing. Juan Ramón GARAY

Subsecretario de Planificación y Control de Gestión

Cr. Carlos Hugo SIERRA

Coordinador de Gestión

Cr. Ricardo SILVA

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Secretario General

Ing. Juan José CIÁCERA

Directora de Coordinación

Ing. Marta VELÁZQUES CAO

Jefa del Area Red de Información

Lic. Alicia Noemí Rapaccini

INTRODUCCION

El objetivo principal de este trabajo es elaborar un documento con aportes de interés para todos los sectores de la comunidad, con información detallada y actualizada que exprese adecuadamente la situación y evolución social, en los aspectos demográficos, de educación y salud publica.

En cumplimiento del plan de trabajo establecido, se ha realizado la programación de las tareas a ejecutar, con la premisa de que los resultados obtenidos constituyan un adecuado material de consulta, que permita a los usuarios en general y responsables de la formulación de políticas públicas y proyectos privados, efectuar propuestas precisas y orientar la toma de decisiones oportunas y eficaces.

La fuente básica de información relativa al tamaño, estructura de la población y su distribución en el territorio, ha sido los Censos de Población y Vivienda, publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. La Dirección General de Estadística y Censos Provincial ha recopilado y procesado datos sobre los principales aspectos demográficos de todo el país y en particular de esta provincia.

Se ha logrado establecer una buena comunicación con las autoridades del Ministerio de Cultura y Educación, especialmente con la Subsecretaría de Educación, con la cual se han establecido los temas mas relevantes para caracterizar este sector social, los objetivos estratégicos y acciones a desarrollar.

Con respecto al tema Salud Pública se han mantenido reuniones con los responsables de las distintas áreas de la Subsecretaría de Salud, como estadísticas, planes de salud, descentralización y agentes sanitarios. En las mismas se han obtenido datos relativos a la organización del sistema, su funcionamiento y planificación.

CONTENIDO

Tema Tratado

El presente trabajo constituye un aporte para la actualización de documentos y publicaciones, realizadas por la Subsecretaría de Planificación y Control de Gestión, en las áreas de demografía, educación y salud pública.

Puede ser utilizado como fuente de información y consulta y además servir de base, si las autoridades respectivas lo consideran conveniente, para completar o actualizar informes contenidos en la página oficial web de la provincia de La Pampa.

Objetivo del Trabajo

El objetivo principal ha sido elaborar un documento con aportes de interés para todos los sectores de la comunidad, con información detallada y actualizada sobre aspectos sociales de esta Provincia.

El trabajo está referido básicamente a tres temas fundamentales: población, educación y salud pública, y ha sido desarrollado de la siguiente manera:

a) Descripción de la actual estructura demográfica, su distribución en el territorio y los movimientos mas importantes, como natalidad y mortalidad.
b) Análisis de los aspectos mas relevantes en el área de educación, en todos los niveles de educación, bajo la jurisdicción del Gobierno Provincial.
c) Análisis de los aspectos mas relevantes en el área de salud pública, que comprende la estructura hospitalaria y la atención de la salud.

Método Empleado

a) Identificación de las fuentes de información sobre las distintas temáticas en las que consistió el trabajo. En general se tomaron en cuenta las fuentes oficiales y se analizaron las bases de datos que existen en la Subsecretaría de Planificación y Control de Gestión, a efectos actualizar y mejorar la calidad de su contenido.

b) Creación de los canales de comunicación con las distintas fuentes de información. Se tomó contacto con los organismos que generan información y con los responsables de la ejecución de los distintos programas, en las áreas bajo estudio, para obtener datos y comentarios que mejor expresen la situación de los sectores que analizan.
c) Obtención, análisis y selección de la información que fue utilizada. A través de diversos medios, como por ejemplo publicaciones, informes, Internet, reuniones de trabajo, etc. se recopiló toda la información existente, con el fin de comparar su contenido y determinar la utilización de aquella que mejor se ajusta al objetivo del trabajo.
d) Desarrollo de cada uno de los campos propuestos y seleccionados en función de la información obtenida. Para su ejecución se tuvo en cuenta la estructura general del estudio, su redacción y la forma de presentación.

Procedimientos

a) Búsqueda y recopilación de información generada o disponible en organismos públicos nacionales, provinciales y entidades intermedias. Se utilizaron todos los medios posibles (informáticos, escritos, orales, etc.), que brindan con mayor amplitud y confiabilidad la información necesaria.
b) Entrevistas y reuniones de trabajo con funcionarios responsables de las áreas relacionadas con la temática del trabajo. Se consideraron de importancia por el aporte que hicieiron los actores involucrados en los temas a desarrollar, en función de su conocimiento y experiencia.
c) Sistematización y análisis de toda la información y redacción de los informes correspondientes. Se exponen todos los temas en forma clara y accesible, para facilitar su uso por parte de todos los sectores que lo requieran.

INDICE GENERAL

DEMOGRAFÍA 1

La Distribución Espacial de la Población 1
Distribución Espacial de la Población por Departamentos 1
Distribución Urbana y Rural de la Población 4

ESTRUCTURA DEMOGRAFICA 5

Volumen y Densidad 5

ORIGEN DE LA POBLACION 10

LA MORTALIDAD 11

La Mortalidad General 11
La Mortalidad Infantil 13

LA NATALIDAD 13

EDUCACION 17

Organización Institucional 17
Coordinación del Sistema. Zonas y Areas 20
Educación Polimodal y Superior 20
Educación Nivel Inicial y Educación General Básica 26
El Funcionamiento del Sistema Educativo 28
Matrícula Nivel Primario y E. G. B. 35
Matrícula Nivel Medio y Polimodal 39
Objetivos estratégicos 42
Educación Inicial y General Básica 43
Educación Inicial 44
Educación Inclusiva 45
Educación Polimodal y Superior 45
Educación Superior No Universitaria 48
Educación del Adulto y Capacitación No Formal 48

SALUD PUBLICA 51

Organización Institucional 51
Coordinación del Sistema. Zonas 53
Atención Sanitaria 58
Hechos Vitales 59
Modelo Integral de Salud 61
Fundamentación 61
Estrategias operativas 63
Conclusión 84

CUADROS Y GRÁFICOS 87

DEMOGRAFÍA

DEMOGRAFÍA

La Distribución Espacial de la Población

A los efectos del presente análisis, se desagregó el territorio provincial en dos regiones principales, delimitadas por la isoyeta de 500 mm. que separa la región Subhúmeda -Seca del Noreste de la región Semiárida y Arida del Oeste pampeano, que coinciden de manera bastante aproximada con las dos regiones que se diferencian desde el punto de vista de sus características geofísicas, su comportamiento demográfico y producción agropecuaria.

La región Noreste concentraba en el año 2001 el 84,4 % de la población provincial, mientras que el Oeste, con mayor superficie, albergaba el 15,6 % restante.

Según el censo del año 1991, la región Noreste concentraba el 83 % de la población provincial y el Oeste, el 17 % restante.

De acuerdo a las tendencias evidenciadas en la variación intercensal dichas diferencias se intensifican, registrando para el Noreste en el período 1991-2001, un incremento poblacional del 16,26 % y en 1980-1991 un incremento del 28,15 %. Para el Oeste el incremento ascendió en el período 1991-2001 al 32,19% y en 1980-1991 al 10,62 %.

Distribución Espacial de la Población por Departamentos

Los Departamentos de mayor densidad de población son Capital en primer lugar, con 38,4 hab/km2, y Maracó, en segundo lugar, con 21,4 hab/km2 y los Departamentos de menor densidad son Lihuel Calel, con 0,04 hab/km2 y Limay Mahuida, con 0,05 hab/km2 . (Ver cuadro 1.1.1)

Cuadro 1.1.1 Provincia de La Pampa según departamento. Población, superficie y densidad. Años 1991 - 2001

Departamento	Año 1991			Año 2001		
	Población	Superficie en km^2	Densidad hab/km^2	Población	Superficie en km^2	Densidad hab/km^2
Total	259.996	143.440	1,8	299.294	143.440	2,1
Atreucó	9.857	3.580	2,8	10.134	3.580	2,8
Caleu Caleu	2.021	9.078	0,2	2.075	9.078	0,2
Capital	78.022	2.525	30,9	96.920	2.525	38,4
Catriló	6.193	2.555	2,4	6.728	2.555	2,6
Chalileo	2.093	8.917	0,2	2.517	8.917	0,3
Chapaleufú	9.944	2.570	3,9	10.787	2.570	4,2
Chical Co	1.212	9.117	0,1	1.595	9.117	0,2
Conhelo	14.070	5.052	2,8	14.591	5.052	2,9
Curacó	878	13.125	0,1	886	13.125	0,1
Guatraché	9.425	3.525	2,7	9.306	3.525	2,6
Hucal	7.938	6.047	1,3	7.838	6.047	1,3
Lihuel Calel	592	12.460	0,0	547	12.460	0,0
Limay Mahuida	586	9.985	0,1	475	9.985	0,0
Loventué	8.021	9.235	0,9	8.649	9.235	0,9
Maracó	44.153	2.555	17,3	54.699	2.555	21,4
Puelén	6.811	13.160	0,5	7.757	13.160	0,6
Quemú Quemú	8.723	2.557	3,4	8.756	2.557	3,4
Rancul	9.943	4.933	2,0	10.648	4.933	2,2
Realicó	14.056	2.450	5,7	15.302	2.450	6,2
Toay	6.860	5.092	1,3	9.256	5.092	1,8
Trenel	5.470	1.955	2,8	5.324	1.955	2,7
Utracán	13.128	12.967	1,0	14.504	12.967	1,1

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 e Instituto Geográfico Militar.

Se observa una disminución de población en el período 1991/2001, en los Departamento de Guatraché, Hucal, Lihuel Calel, Limay Mahuida y Trenel, mientras que el resto de los Departamentos crecieron en volumen. (Ver cuadro 1.1.2)

Cuadro 1.1.2 Provincia de La Pampa según departamento. Población censada en 1991 y 2001 y variación intercensal absoluta y relativa 1991-2001

Departamento	Población		Variación absoluta	Variación relativa %
	1991	2001		
Total	259.996	299.294	39.298	15,1
Atreucó	9.857	10.134	277	2,8
Caleu Caleu	2.021	2.075	54	2,7
Capital	78.022	96.920	18.898	24,2
Catriló	6.193	6.728	535	8,6
Chalileo	2.093	2.517	424	20,3
Chapaleufú	9.944	10.787	843	8,5
Chical Co	1.212	1.595	383	31,6
Conhelo	14.070	14.591	521	3,7
Curacó	878	886	8	0,9
Guatraché	9.425	9.306	-119	-1,3
Hucal	7.938	7.838	-100	-1,3
Lihuel Calel	592	547	-45	-7,6
Limay Mahuida	586	475	-111	-18,9
Loventué	8.021	8.649	628	7,8
Maracó	44.153	54.699	10.546	23,9
Puelén	6.811	7.757	946	13,9
Quemú Quemú	8.723	8.756	33	0,4
Rancul	9.943	10.648	705	7,1
Realicó	14.056	15.302	1.246	8,9
Toay	6.860	9.256	2.396	34,9
Trenel	5.470	5.324	-146	-2,7
Utracán	13.128	14.504	1.376	10,5

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Distribución Urbana y Rural de la Población

La población de La Pampa de acuerdo a cifras del Censo del 2001, que residía en núcleos urbanos (mas de 2.000 habitantes) era de 243.378 (81,4 %), la población rural agrupada (menos de dos mil habitantes) en el 2001 era de 34.576 (11,5 %), y la rural dispersa, era de 21.360 (7,1 %). En el año 1991, la población que residía en núcleos urbanos (mas de 2.000 habitantes) era de 192.871 (74,3 %), la población rural agrupada (menos de dos mil habitantes) era de 37.143 (14,2 %), y la rural dispersa era de 29.982 habitantes (11,5 %). (Ver cuadro 1.1.3)

Estos datos indican que en el último periodo intercensal, continuó el proceso de urbanización creciente, observado en los periodos intercensales anteriores.

Comparando el volumen y ritmo de crecimiento de la población urbana y rural de la provincia, se observa que el crecimiento de la población urbana es mucho mas intenso y acelerado que el rural: Urbano, período 1980-1991: 42,8 %.; período 1991-2001: 26,19% y Rural, período 1980-1991: -8,2%; período 1991-2001: -16,7.

Cuadro 1.1.3 Provincia de La Pampa. Población urbana y rural censada en 1991 y población por sexo en 2001.

Población urbana y rural	Año				
	1991		2001		
			Total	Varones	Mujeres
Total	259.996		299.294	149.169	150.125
Urbana (1)	192.871	(2)	243.378	118.942	124.436
Rural (3)	67.125		55.916	30.227	25.689
Agrupada	37.143		34.556	17.529	17.027
Dispersa	29.982		21.360	12.698	8.662

(1) Se considera población urbana a la que habita en localidades de 2.000 y más habitantes, y población rural al resto.
(2) Totaliza estrictamente las localidades que al Censo 1991 tenían 2.000 y más habitantes.
(3) Se clasifica como población rural a la que se encuentra **agrupada** en localidades de menos de 2.000 habitantes y a la que se encuentra **dispersa** en campo abierto.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

ESTRUCTURA DEMOGRAFICA

Volumen y Densidad

La población de la Provincia de La Pampa era, según el censo del 18 de noviembre del 2001, de 298.745 Habitantes, este volumen de población representa el 0,82 % del total nacional, posee una superficie de 143.440 Km2 y una densidad de 2,1 Hab/km2. (Ver cuadro 1.1.5)

Cuadro 1.1.4 Población total del país censada en 1991, por provincia. Según superficie y densidad.

Provincia	1991 Poblacion	Superficie En Km2		Densidad Hab.km2
Total	32.615.528	2.780.400	(1)	11,7
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2)	2.965.403	200		14827,0
Buenos Aires	12.594.974	307.571		40,9
24 Partidos del Gran Buenos Aires (3)	7.969.324	3.680		2.165,6
Resto de la Provincia de Buenos Aires (4)	4.626.650	303.891		15,2
Catamarca	264.234	102.602		2,6
Chaco	839.677	99.633		8,4
Chubut	357.189	224.686		1,6
Córdoba	2.766.683	165.321		16,7
Corrientes	795.594	88.199		9,0
Entre Ríos	1.020.257	78.781		13,0
Formosa	398.413	72.066		5,5
Jujuy	512.329	53.219		9,6
La Pampa	259.996	143.440		1,8
La Rioja	220.729	89.680		2,5
Mendoza	1.412.481	148.827		9,5
Misiones	788.915	29.801		26,5
Neuquén	388.833	94.078		4,1
Río Negro	506.772	203.013		2,5
Salta	866.153	155.488		5,6
San Juan	528.715	89.651		5,9
San Luis	286.458	76.748		3,7
Santa Cruz	159.839	243.943		0,7
Santa Fe	2.798.422	133.007		21,0
Santiago del Estero	671.988	136.351		4,9
Tucumán	1.142.105	22.524		50,7
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	69.369	21.571	(1)	3,2

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

En valores absolutos, la población de La Pampa era en el 2001, mayor que las provincias de La Rioja, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico sur.

Cuadro 1.1.5 Población total del país censada en 2001, por provincia. Según superficie y densidad.

Provincia	2001			
	Población	Superficie en km^2		Densidad hab/km^2
Total	36.260.130	2.780.403	(1)	13,0
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2)	2.776.138	203		13679,6
Buenos Aires	13.827.203	307.571		45,0
24 Partidos del Gran Buenos Aires (3)	8.684.437	3.627		2.394,4
Resto de la Provincia de Buenos Aires (4)	5.142.766	303.944		16,9
Catamarca	334.568	102.602		3,3
Chaco	984.446	99.633		9,9
Chubut	413.237	224.686		1,8
Córdoba	3.066.801	165.321		18,6
Corrientes	930.991	88.199		10,6
Entre Ríos	1.158.147	78.781		14,7
Formosa	486.559	72.066		6,8
Jujuy	611.888	53.219		11,5
La Pampa	299.294	143.440		2,1
La Rioja	289.983	89.680		3,2
Mendoza	1.579.651	148.827		10,6
Misiones	965.522	29.801		32,4
Neuquén	474.155	94.078		5,0
Río Negro	552.822	203.013		2,7
Salta	1.079.051	155.488		6,9
San Juan	620.023	89.651		6,9
San Luis	367.933	76.748		4,8
Santa Cruz	196.958	243.943		0,8
Santa Fe	3.000.701	133.007		22,6
Santiago del Estero	804.457	136.351		5,9
Tucumán	1.338.523	22.524		59,4
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	101.079	21.571	(1)	4,7

(1) No incluye a la Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur.

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

Con relación a los censos realizados a partir del año 1920, la Provincia de La Pampa, ha registrado los siguientes volúmenes de población:

Cuadro 1.1.6 Provincia de La Pampa. Población total y crecimiento intercensal.

CENSO AÑO:	POBLACIÓN	CRECIMIENTO INTERCENSAL
1920	122.535	
1935	175.077	42,8 %
1947	169.480	-3,2 %
1960	158.746	-6,3 %
1970	172.029	8,4 %
1980	208.260	21,1 %
1991	259.996	24,8 %
2.001	299.294	15,1 %

FUENTE: Elaborado en base a datos brindados por la Dirección General de Estadística y Censos y el INDEC

El análisis de los datos indica con claridad el proceso de despoblamiento que sufrió la Provincia en la década del 30 y periodos subsiguientes, producto de episodios negativos acaecidos (grandes sequías, voladura de suelos, plagas, cenizas volcánicas, crisis en el sector agropecuario, caída en las exportaciones, etc.), todo este conjunto de factores negativos, provocó una fuerte emigración de pampeanos a ciudades de Buenos Aires, Bahía Blanca y al Chaco, principalmente.

Estos hechos, se ven reflejados claramente, en los distintos Censos Nacionales donde se observa que, en el censo del año 1970, la Provincia de La Pampa, todavía no había podido recuperar el Volumen de población que tenia en el censo del año 1935. (Ver cuadro 1.1.6)

La tasa media anual de crecimiento de la Provincia, en los tres últimos periodos intercensales, fue de : 19,2 ‰. (1970-1980), 21,2 ‰.(1980-1991) y 13,9 ‰. (1991-2001). Cabe destacar que la tasa media anual del último periodo intercensal es ligeramente superior a la media nacional: 11,0 ‰. (Ver cuadro 1.1.7)

Cuadro 1.1.7 Población total del país. Crecimiento intercensal en el período 1991-2001.

Provincia	Tasa anual media de crecimiento por mil: 1991/2001
Total del país	11,0
Ciudad de Buenos Aires	-6,8
Buenos Aires	9,3
19 partidos del Gran Buenos Aires	10,8
Resto Buenos Aires	6,4
Catamarca	23,6
Chaco	15,9
Chubut	14,7
Córdoba	10,2
Corrientes	15,6
Entre Ríos	12,6
Formosa	20,0
Jujuy	17,8
La Pampa	13,9
La Rioja	27,6
Mendoza	11,1
Misiones	20,2
Neuquén	19,9
Río Negro	8,7
Salta	22,3
San Juan	16,4
San Luis	25,1
Santa Cruz	21,1
Santa Fe	6,9
Santiago del Estero	18,4
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (1)	38,2
Tucumán	15,9

(1) No incluye a la Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Si comparamos la distribución relativa de la población de la Provincia de La Pampa, según grupos de edad, en los censos de 1980, 1991 y 2001, observamos para cada

periodo, un leve aumento de la proporción de la población pasiva (jóvenes de 0 a 14 años y ancianos de 65 o mas años), que se ve reflejado en un aumento del índice de dependencia potencial (población de jóvenes y ancianos potencialmente no económicamente activa, sobre la población potencialmente activa), además cabe destacar que, para cada periodo intercensal, se da un aumento (dentro del grupo de población potencialmente no activa), de la proporción de los ancianos de 65 o mas años, por sobre la población de 0 a 14 años.

Cuadro 1.1.8 Provincia de La Pampa. Distribución de la población, según grupos de edad y sexo. Año 2001.

Población, cantidad según grupos de edad:	Cantidad:	Varones	Mujeres
Total	299.294	149.169	150.125
0 – 14	84.369	42.875	41.494
15 – 64	185.278	93.362	91.916
65 o mas	29.647	12.932	16.715

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

El saldo vegetativo de la Provincia de La Pampa, en el último período intercensal, (1991-2001), fue de 7.583 habitantes (numero de nacidos, menos numero de defunciones, en el periodo). El crecimiento poblacional total de la Provincia para este periodo, es de 39.298 habitantes (15,1%).

Al momento del censo (18 de noviembre de 2001), el índice de masculinidad de la Provincia de La Pampa era de 99,5 (ver cuadro Nº 1.1.8).

ORIGEN DE LA POBLACION

En el año 2.001 el total de la población nacida en La Pampa era de 1,8 %, el total de argentinos nacidos en otras provincias, residentes en La Pampa, era también el 1,8 %. Los inmigrantes de países limítrofes constituían el 0,5 % de la población provincial, el 0,3 % de la población de la provincia de La Pampa, era originaria de otros países no limítrofes de América y el 0,3 % de inmigrantes de paises no limítrofes del resto del mundo.

LA MORTALIDAD

La Mortalidad General

El promedio de la tasa bruta de mortalidad de La Pampa, en el quinquenio 1991/95 fue de 7,2 ‰, cifra ésta, ligeramente inferior a la tasa registrada en 1980 que era del 8,1 ‰ y 1990 de 7,5 ‰ para esta provincia (Fuente: Situación y Evolución Social – La Pampa – Síntesis Nº 1 INDEC - 1997), de estos datos, se deduce que existe una tendencia decreciente en la mortalidad general.

Cuadro 1.2.1 Población total del país. Tasa bruta de mortalidad. Período 1970-1996.

División Político-Territorial	Tasa bruta de mortalidad (media anual ‰)							
	1970-80	1980-90	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total del país	8,9	8,2	7,8	7,9	7,9	7,5	7,7	7,6
Capital Federal	11,9	12,4	12,1	12,5	12,4	11,6	11,8	11,4
Buenos Aires	8,5	8,1	7,9	8,1	8,1	7,7	7,9	7,9
Catamarca	8,1	6,0	6,5	6,2	4,8	5,9	5,9	5,8
Córdoba	8,2	8,0	7,8	7,8	8,3	7,5	8,0	7,9
Corrientes	9,0	7,5	6,4	6,8	7,0	6,3	6,3	6,6
Chaco	8,9	7,0	6,5	6,6	6,6	6,1	6,4	6,7
Chubut	8,3	6,9	5,4	5,3	4,9	5,0	5,3	5,3
Entre Ríos	8,6	8,2	7,6	7,5	7,4	7,7	8,1	7,7
Formosa	6,8	5,9	5,6	5,6	5,4	5,6	5,8	5,8
Jujuy	10,3	6,7	5,7	6,1	5,8	5,4	5,7	5,8
La Pampa	7,9	7,5	7,1	7,1	7,3	7,0	7,5	7,1
La Rioja	7,8	6,6	6,4	6,1	6,5	5,9	5,9	6,4
Mendoza	7,6	6,8	6,6	6,8	6,7	6,4	6,3	6,6
Misiones	8,0	6,2	5,6	5,6	5,7	5,2	5,3	5,6
Neuquén	7,2	4,4	3,9	4,0	3,7	3,8	3,8	3,8
Río Negro	7,6	5,7	5,3	5,1	4,7	4,8	4,7	4,7
Salta	9,3	6,4	6,0	5,9	5,5	5,2	5,6	5,5
San Juan	7,8	6,8	6,9	6,6	6,7	6,6	7,0	6,9
San Luis	7,9	7,3	6,8	6,5	6,9	6,6	6,5	6,5
Santa Cruz	6,7	5,7	4,9	4,7	4,8	4,6	5,0	5,0
Santa Fe	9,3	8,6	8,6	8,5	8,7	8,1	8,5	8,2
Santiago del Estero	7,6	6,7	6,2	6,1	6,0	6,0	6,1	5,9
Tierra del Fuego	5,1	3,5	2,8	2,5	2,8	3,1	2,4	2,5
Tucumán	8,7	7,1	6,5	6,5	6,7	6,3	6,6	6,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud e INDEC, Situación y Evolución Social Nº3.

La Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil total de la provincia de La Pampa para el año 1999 fue de 15,1 ‰, inferior a la Tasa de mortalidad infantil Nacional de 17,6 ‰ (Ver cuadro Nº 1.2.2)

Cuadro 1.2. 2 Provincia de La Pampa. Tasa bruta de mortalidad infantil. Período 1995-1999.

AÑO	TASA MORT. INFANTIL PCIA. DE LA PAMPA
1995	16,4 ‰
1996	11,7 ‰
1997	11,4 ‰
1998	12,4 ‰
1999	15,1 ‰

FUENTE: Subsecretaría de Salud – La Pampa

Lo que permite inferir una aceptable cobertura de salud, en el año 2.001, el 54,52% de la población de la provincia, estaba adherida a una obra social, plan medico o mutual y el 45,48% restante, que no tenia cobertura, era atendido en establecimientos asistenciales públicos.

LA NATALIDAD

La tasa bruta de natalidad de la Provincia de La Pampa, para el año 1.999, fue 18,6 ‰, mientras que el promedio nacional fue de 18,8 ‰ (ver cuadro 1.2.3)

Cuadro 1.2.3 Población total del país por provincia. Tasa bruta de natalidad. Tasa bruta de mortalidad. Tasa de mortalidad infantil. Año 1999.

Provincia	Esperanza de vida al nacer 1990-92 en años			Tasa bruta de natalidad por mil	Tasa bruta de mortalidad por mil	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos
	Total	Varones	Mujeres	1999	1999	1999
Total del país	71,93	68,44	75,59	18,8	7,9	17,6
Ciudad de Buenos Aires	72,72	69,17	76,45	13,5	11,8	10,7
Buenos Aires	72,09	68,53	75,78	17,4	8,3	16,6
19 partidos del Gran Buenos Aires	.	.	.	.	.	.
Resto Buenos Aires	.	.	.	.	.	.
Catamarca	70,61	67,40	73,96	24,9	6,1	20,3
Chaco	69,02	65,64	72,55	24,1	6,6	29,0
Chubut	70,58	67,26	74,04	18,9	5,4	17,9
Córdoba	72,79	69,15	76,60	17,5	8,4	15,3
Corrientes	70,09	67,16	73,16	23,4	6,2	22,9
Entre Ríos	71,61	68,13	75,26	20,1	8,4	19,5
Formosa	69,37	66,27	72,62	25,3	5,5	23,6
Jujuy	68,37	65,24	71,65	23,0	5,6	23,4
La Pampa	71,57	68,15	75,15	18,6	7,4	15,1
La Rioja	70,38	67,04	73,89	22,3	5,8	20,6
Mendoza	72,72	69,80	75,75	19,0	7,0	16,2
Misiones	69,49	66,45	72,65	24,5	5,1	21,7
Neuquén	71,39	68,30	74,67	18,5	3,7	12,4
Río Negro	70,87	67,54	74,36	18,4	4,9	15,8
Salta	68,92	66,13	71,84	24,8	5,3	21,2
San Juan	71,13	68,10	74,30	22,3	7,2	20,7
San Luis	70,79	67,64	74,07	22,2	6,5	18,9
Santa Cruz	70,41	67,11	73,90	20,3	4,5	13,2
Santa Fe	72,29	68,50	76,28	17,3	8,7	15,2
Santiago del Estero	69,83	67,13	72,73	21,1	6,4	15,5
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (1)	70,16	66,85	73,64	18,7	2,5	7,8
Tucumán	71,01	68,08	74,13	21,6	6,8	22,5

(1) No incluye a la Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur.
Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud e INDEC, Situación y Evolución Social Nº3.

Cuadro 1.2.4 Población total del país por provincia. Tasa bruta de natalidad. Período 1970-1996.

División político-territorial	Tasa bruta de natalidad (1) (media anual ‰)							
	1970-80	1980-90	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total del país	23,7	22,0	21,3	20,5	19,8	19,7	18,9	19,2
Capital Federal	16,9	15,1	13,4	13,3	13,2	13,2	13,4	13,4
Buenos Aires	21,4	19,5	18,4	17,5	16,7	17,0	16,4	17,0
Catamarca	31,2	23,6	28,7	27,8	26,0	25,9	26,5	24,9
Córdoba	20,5	20,4	20,0	19,0	19,3	19,2	18,1	18,4
Corrientes	29,9	28,1	26,8	26,5	25,6	24,9	25,0	26,0
Chaco	32,0	30,2	32,2	29,3	26,7	26,4	24,8	24,0
Chubut	31,6	27,4	24,1	22,2	22,1	22,8	21,8	21,2
Entre Ríos	25,4	23,3	23,3	23,0	22,3	21,5	20,9	21,1
Formosa	35,4	30,0	34,6	29,6	28,2	29,4	29,2	27,9
Jujuy	39,2	30,9	24,4	26,6	25,5	25,2	24,6	24,8
La Pampa	21,9	22,5	23,3	22,2	20,8	20,8	20,5	20,4
La Rioja	30,8	27,2	29,5	28,5	28,3	27,2	24,7	26,1
Mendoza	26,3	23,5	22,2	22,1	22,2	20,7	20,4	20,0
Misiones	35,5	32,2	28,6	30,7	29,5	28,9	27,2	26,9
Neuquén	36,0	29,6	28,9	25,3	23,8	24,0	22,5	21,6
Río Negro	31,1	26,6	23,8	23,9	23,0	21,2	18,8	19,5
Salta	36,0	32,2	28,8	27,9	27,4	24,5	25,0	24,6
San Juan	29,9	25,4	26,2	24,3	24,9	24,7	23,0	22,6
San Luis	25,4	22,8	26,6	23,7	23,5	21,0	23,8	23,7
Santa Cruz	26,3	27,6	26,8	25,5	23,5	24,1	23,9	22,6
Santa Fe	20,3	18,7	20,9	19,3	18,5	18,3	18,1	18,5
Santiago del Estero	28,6	26,8	25,6	25,2	24,9	24,8	20,0	24,7
Tierra del Fuego	24,0	31,3	31,2	28,2	27,8	28,0	26,1	23,8
Tucumán	31,5	26,4	24,3	23,9	22,9	23,3	20,8	18,7

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud e INDEC, Situación y Evolución Social Nº3.

(1) Tasa bruta de natalidad: indica la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población dada. Da cuenta del crecimiento poblacional debido al aporte de los nacimientos.

EDUCACION

EDUCACION

Organización Institucional

Según la Ley de Ministerios -Título III-Capítulo III-Artículo 18, compete al Ministerio de Cultura y Educación, todo lo inherente a la educación como dimensión fundamental de todo proyecto social, cultural y económico, respondiendo a principios de universalidad, calidad, gradualidad, pluralidad y equidad; garantizando la libertad de enseñar y aprender, la gratuidad de la educación pública estatal, con igualdad de oportunidades y posibilidades, y en particular entre otras funciones:

Intervenir en la educación en todos sus ciclos y niveles, especialidades y modalidades, en la perspectiva de la educación permanente, garantizando los tramos del sistema educativo que establezcan las leyes nacionales y provinciales y los acuerdos federales en la materia;

Promover la investigación científica, técnica e histórica;

Reglamentar y supervisar los institutos particulares de enseñanza y cultura e intervenir en la prestación de la asistencia técnica correspondiente;

Intervenir en lo relativo a los regímenes de extensión de títulos y certificados de estudios;

Intervenir en la elaboración de un sistema asistencial que asegure el cumplimiento de la educación obligatoria por parte de quienes no posean recursos suficientes;

Entender en el otorgamiento de apoyo financiero para proseguir estudios en concordancia con las necesidades sociales, a quienes carezcan de recursos económicos suficientes;

Intervenir en la coordinación de la enseñanza en el área regional;

La **Subsecretaría de Educación** tiene la misión de proyectar, programar, ejecutar y evaluar las políticas provinciales en el área educación y asistir al Ministerio en la conducción de la acción educativa que se efectúe en la Provincia.

Entiende en lo relativo a la organización, desarrollo, asistencia, reglamentación, coordinación y supervisión de la enseñanza de gestión estatal y privada, en todos los

niveles y modalidades, y de todo otro tipo de enseñanza que se requiera en el futuro de la Provincia.

Tiene como funciones de importancia, reducir el analfabetismo y lograr un efectivo incremento de la tasa de escolaridad en pos de consolidar un sistema educativo de calidad.

Brindar igualdad de oportunidades educativas para todos los habitantes de la Provincia, integrando a itinerarios de formación a aquellas poblaciones con difícil acceso a la acción directa del sistema formal, en el marco de la educación permanente.

Efectuar líneas de acción para la formación general y profesional de los alumnos/as, atendiendo a la diversidad en el contexto de la educación inclusiva.

Intervenir en la formación de recursos humanos para el desarrollo provincial y regional en las acciones tendientes a obtener docentes con profesionalidad y comprometidos con su rol.

Atender aspectos educativos de los medios masivos de comunicación social, en jurisdicción provincial.

Promover la realización de programas de educación referidos a la salud, la preservación de recursos naturales y desarrollo de una conciencia ecológica.

Articular acciones educativas con el mundo del trabajo y la producción para efectivizar la relación educación-trabajo-producción.

Crear las condiciones necesarias para garantizar la enseñanza teórico-práctica del cooperativismo en todos los establecimientos educativos, en base a metodologías solidarias y experiencias de cooperación.

Para lograr estos objetivos, la **Dirección General de Educación Inicial y General Básica**, tiene como misión principal asistir a la Subsecretaría de Educación en lo inherente a la organización , administración , reglamentación y supervisión de la enseñanza en escuelas comunes-EGB 1, 2 y 3-, hogares, de jornada completa de personal único y rurales; como así también educación de adultos y planes de alfabetización, Educación Especial y Apoyo Escolar.

Cumple con las siguientes funciones asignadas:

Mantener actualizado el diagnóstico del área.

Proponer los medios para mejorar el rendimiento del servicio y la utilización de sus recursos a través de la detección de necesidades que realice la Subsecretaría de Coordinación

Desarrollar acciones y apoyar la actualización y el perfeccionamiento docente propiciado por la Dirección General de Planeamiento.

Participar en las tareas de planificación, desarrollo y evaluación de la acción educativa de su área.

Proponer la creación y aprobar la redistribución, funcionamiento, reorganización, traslado y clausura de los establecimientos educativos del área correspondiente, a fin de satisfacer requerimientos zonales, promoviendo la descentralización.

Formar equipos multidisciplinarios y apoyar la efectiva participación e integración de Municipios, Comisiones de Fomentos e Instituciones intermedias propendiendo a la solución de problemas relacionados con el funcionamiento de las escuelas .

Realizar un relevamiento regionalizado que permita detectar a los niños y adolescentes con alguna discapacidad .

Promover la formación laboral del discapacitado y concientizar a la población sobre sus posibilidades, coordinando acciones con otras áreas de gobierno.

Reglamentar la acción del docente y profesional de escuela especial , dando un marco adecuado de trabajo a su especialización .

Estimular y dirigir, a través de los Coordinadores de Area, el desenvolvimiento de los maestros de los distintos niveles y modalidades para que éstos logren una mayor participación en la sociedad a la cual pertenecen, en beneficio de la plena integración de la escuela y la comunidad.

La **Dirección General de Polimodal y Superior** tiene la misión de asistir a la Subsecretaría de Educación en lo inherente a la organización, desarrollo, reglamentación y supervisión de la enseñanza en establecimientos de educación polimodal, superior, no formal y centros de formación profesional

Para ello debe cumplir con las siguientes funciones..

Dirigir los aspectos que conducen al logro de la política educativa planteada por el Ministerio.

Verificar el cumplimiento de las acciones dentro del Marco de la Ley Federal de Educación N° 24195 y la Ley Provincial de Educación 1682 y sus normas reglamentarias y complementarias.

Establecer los objetivos generales de la Dirección y los específicos de cada una de sus dependencias

Evaluar la aplicación de los controles operativos, contables, presupuestarios, patrimoniales, legales y financieros.

Proponer la creación, aprobar la organización, funcionamiento, traslado y cese de establecimientos educativos y dependencias.

Asistir y promover las propuestas curriculares y/o proyectos de los establecimientos educativos, desde los aspectos pedagógico, administrativo y presupuestario.

Promover la educación técnica y artística en todas sus posibilidades de desempeño.

Promover acciones con entidades gubernamentales y no gubernamentales Provinciales y Nacionales

Coordinación del Sistema. Zonas y Areas

Educación Polimodal y Superior

La Dirección General de Educación Polimodal y Superior ha organizado las coordinaciones de los establecimientos educativos en *zonas de escuelas públicas* y *una* de instituciones de *educación privada*.

Las primeras, a su vez se dividen en tres zonas del siguiente modo:

Coordinación de Área ***Zona Centro***	Área 1 y Área 2.	Sede en Santa Rosa.
Coordinación de Área ***Zona Norte***	Área 1 y Área 2.	Sede en Gral. Pico.
Coordinación de ***Área Zona Sur***	Área Única	Sede en Gral. Acha.
Coordinación de ***Educación Privada***	Área Única	Sede en Santa Rosa.

Coordinación Zona Centro: Área 1

Escuela Normal " Julio A. Roca"	Santa Rosa
E.P.E.T.N° 1	Santa Rosa
Colegio Nocturno "Héctor Ayax Guiñazú"	Santa Rosa
Colegio "Ciudad de Santa Rosa"	Santa Rosa

Colegio "Capitán Gral. Don José de San Martín"	Santa Rosa
Centro Polivalente de Arte	Santa Rosa
Instituto Provincial de Bellas Artes	Santa Rosa
Instituto Pampeano de Educación Media	Santa Rosa
Colegio "Enrique Stieben"	Anguil
Colegio "Elpidio Pérez"	Uriburu

El área se corresponde, en su mayor parte con la Ciudad Capital y zonas aledañas, son instituciones con varias divisiones de curso y generalmente, de numerosa matrícula. La categorización geográfica es de área urbana con una amplia gama de servicios (administrativos, judiciales, educativos, universitarios, sanitarios, comerciales, etc.) y población aglomerada.

Coordinación Zona Centro: Área 2

Colegio Nocturno "Aquiles J. Regazzoli"	Santa Rosa
CENS. N° 2	Santa Rosa
Colegio "Manuel Belgrano"	Santa Rosa
Colegio "Barrio Aeropuerto"	Santa Rosa
Colegio "República Argentina"	Santa Rosa
Colegio "Fernando E. Araoz"	Santa Rosa
Colegio "Provincia de La Pampa"	Santa Rosa
Escuela Agrotécnica	Santa Rosa
Instituto " 1 de Mayo"	Santa Rosa
Colegio "René Gerónimo Favaloro"	Ataliva Roca
Ciclo Básico	Luan Toro
Escuela de Comercio "Felix Romero"	Victorica
Escuela Agrotécnica	Victorica
E.P.E.T N° 8	Telén
Colegio Secundario	Santa Isabel

Al igual que el área anteriormente descripta, la mayoría de las instituciones son de Santa Rosa y se las puede describir idénticamente; pero tiene incluidas varias escuelas del oeste provincial, en las que el espacio geográfico va desmejorando, las condiciones climáticas son desfavorables y por ello decrecen las posibilidades económicas y la

población es de dispersa a muy dispersa en el extremo oeste. Las instituciones educativas de esa región son más pequeñas, con menos divisiones y escasa matrícula. También tienen dificultades para obtener personal docente con títulos de docente específico.

Coordinación Zona Sur: Área Única

Escuela Normal	General Acha
Escuela Técnico Agropecuaria	General Acha
E.P.E.T N° 4	General Acha
Escuela Agrotécnica	Alpachiri
Colegio "Crucero General Belgrano"	General Campos
E.P.E.T. N° 9	Jacinto Arauz
Escuela Agrotécnica	Guatraché
E.P.E.T. N° 5	Macachín
Colegio "Ramón Rodil"	Rolón
Colegio de Educación Polimodal	La Adela
Colegio de Educación Polimodal	Puelén
Colegio Maestro Derminio Cejas	25 de Mayo
Centro Educativo Polivalente	25 de Mayo

Coordinación de Zona Norte: Área 1

Colegio "Ciudad de General Pico"	General pico
Colegio "Virginia Galletti de Amela"	General Pico
Colegio "Don Eduardo de Chapeaurouge"	General Pico
Escuela Normal "Provincia de San Luis"	General Pico
Instituto "Dr. Carlos Lubertkin"	General Pico
Colegio "Aguas Buenas"	Coronel Hilario Lagos
E.P.E.T. N° 7	Intendente Alvear
CENS N° 4	Intendente Alvear
Colegio "Modesto Caretto"	La Maruja
Colegio "Juan Humberto Moran"	Eduardo Castex
Colegio Manuel Belgrano	Eduardo Castex

Instituto "Bernardo Larroudé"	Bernardo Larroudé
Instituto "25 de Mayo"	Trenel
Instituto "José de San Martín"	Alta Italia

Las dos áreas de Zona Norte pertenecen a General Pico, que es la ciudad con mejor proyección industrial por antecedentes y por infraestructura; y a la zona agrícola ganadera más productiva de nuestra provincia. Por lo expuesto los establecimientos educativos son muy dispares y de diferentes magnitudes, según sea la población.

Coordinación Zona Norte: Área 2

Colegio "República de El Salvador"	General Pico
E.P.E.T. N° 2	General pico
E.P.E.T. N° 3	General Pico
CENS N° 3	General Pico
Colegio "Martín Miguel de Güemes"	Miguel Cané
Escuela de Comercio	Realicó
E.P.E.T. N° 6	Realicó
CENS N° 11	Realicó
Instituto "Mariano Moreno"	Ingeniero Luiggi
Colegio "Santa Teresita"	Embajador Martini
Fundación Rural Argentina	Realicó
Instituto Agrotécnico	Rancul
Instituto Agrotécnico	Arata
Instituto "República del Perú"	Parera

Coordinación de Educación Privada: Área Única

Instituto "Domingo Savio"	Santa Rosa
Colegio "María Auxiliadora"	Santa Rosa
Liceo Informático	Santa Rosa
Instituto "Toay"	Toay
Instituto "José de San Martín"	Miguel Riglos
Instituto "José Manuel Estrada"	Doblas
Instituto "Alberdi"	Guatraché

Instituto "Mariano Moreno"	Bernasconi
Instituto "José Estrada"	General San Martín
Instituto "José Ingenieros"	Jacinto Arauz
Instituto "Cristo Redentor"	Winifreda
Instituto "San Juan Bosco"	Victorica
Instituto "Nery Rubio"	Lonquimay
Instituto "Catriló"	Catriló
Instituto "José Hernández"	Colonia Barón
Instituto "Amadeo Jaques"	Quemú Quemú
Instituto "Nuestra Señora"	General Pico
Instituto "Heguy de la Sagrada Familia"	Intendente Alvear
Instituto "Nuestra Señora de Luján"	Intendente Alvear
Instituto Parroquial "La Sagrada Familia"	Realicó
Instituto "Lucio V. Mansilla"	Caleufú

Fue una importante posibilidad de afianzar la enseñanza media en todo el país, en momentos en que la educación privada dependía del Estado Nacional.

En esta provincia las escuelas privadas tienen la característica de estar subsidiadas por el Estado Provincial, y según se ve en el listado ocupan un importante espacio que comprende casi todo el sector centro-este de La Pampa, porción con mayor prosperidad económica por estar dentro de las áreas de ganadería y agricultura de secano.

Funciones y responsabilidades

La descentralización y regionalización de la supervisión educativa, iniciada en el año 1.992, ha sido considerada una opción política y una estrategia apropiada para mejorar el sistema, considerando tanto los aspectos politico-administrativos y de planificación y organización de servicios, como los referidos al curriculum y a los recursos humanos, físicos y financieros.

La conducción central mantiene las funciones relacionadas a la fijación de las políticas educativas, asignación de recursos y todas aquellas que aseguren la integración

provincial del tratamiento armónico y equitativo de su problemática educativa, delegando las que permiten la operacionalización y ejecución de dichas políticas.

En este nivel de educación, las Coordinaciones de Area que ejercen la supervisión, tienen las siguientes funciones:

Coordinar proyectos de los establecimientos educativos a su cargo, orientando y concretando el cumplimiento de las políticas educativas.
Asistir y asesorar a los Directores en el ejercicio de su función.
Indagar la realidad educativa para orientar la toma de decisiones en los niveles de conducción.
Supervisar y acompañar los procesos pedagógicos y administrativos en los establecimientos educativos.

Las responsabilidades correspondientes a este nivel son:
Atender cuestiones administrativas, normativas y edilicias.
Acompañar a los equipos de conducción de los establecimientos educativos, para encontrar alternativas de soluciones que mejoren la calidad de la educación.
Difundir políticas educativas y lineamientos entre las personas y establecimientos a su cargo.
Informar a la superioridad las distintas situaciones que se producen en los establecimientos, evaluando dicha situación su impacto y proponiendo soluciones alternativas.
Mediar en situaciones de conflicto entre los actores de la comunidad educativa de los establecimientos a su cargo, observando la aplicación de la normativa vigente y siguiendo los lineamientos aportados por la superioridad.
Analizar y establecer equivalencias entre las distintas modalidades y/o ofertas educativas de Educación Polimodal dentro de la jurisdicción de acuerdo a la normativa vigente.
Analizar las propuestas de Normas de Convivencia producidas por los establecimientos educativos a su cargo.

Educación Nivel Inicial y Educación General Básica

A los efectos de otorgarle un carácter territorial específico a la política de transformación de la educación a través de la descentralización del sistema educativo, la provincia se ha subdividido en cuatro zonas donde actuarán los coordinadores del sistema. Dichas zonas están insertas en ámbitos regionales que se convierten en sujeto de la descentralización y de cuya dinámica dependen los resultados de tales políticas.

Zona 1: Departamentos: Chapaleufú, Maracó, Quemú Quemú, Trenel (excepto extremo oeste), sur este de Conhelo, norte de Capital y norte de Catriló.
Sede de la Zona: General Pico.
Sedes de Areas: A.1: General Pico; A.2: General Pico; A.3: Intendente Alvear; A.4: Trenel; A.5: Quemú Quemú.

Zona 2: Departamentos: Rancul, Realicó, oeste de Trenel, Conhelo excepto extremo sureste.
Sede de Zona: Eduardo Castex.
Sedes de Area: A.1: Eduardo Castex; A.2: Caleufú; A.3: Realicó.

Zona 3: Departamentos: Chalileo, Loventué, Toay, Capital (excepto extremo noreste), centro de Catriló, extremo noreste de Utracán.
Sede de Zona: Santa Rosa.
Sedes de Areas: A.1, 2, 3 y 4: Santa Rosa; A.5: Victorica.

Zona 4: Departamentos: Atreucó, Guatraché, Hucal, Caleu Caleu, Lihuel Calel, Curacó, Limay Mahuida, Chicalcó, Puelén, Utracán (con excepción del extremo noreste) y sur de Catriló.
Sede de Zona: General Acha.
Sedes de Areas: A.1: General Acha; A.2: Macachín; A.3: General San Martín; A.4: 25 de Mayo.

Misiones y Funciones.

El control operativo y funcional de todas las escuelas de la provincia, es realizado por las supervisiones de zona y las supervisiones de área, a cargo de coordinadores.

Las **Coordinaciones Zonales** tienen la misión de conducir y ejecutar **la acción** educativa en su Zona, de acuerdo a los lineamientos impartidos por el Ministerio de Educación y Cultura.

Entre sus funciones mas importantes, se destacan:

Coordinar las tareas técnico-administrativas en la zona.

Proponer la categoría y grupo que corresponda a las escuelas.

Proponer creaciones o suspenciones de cargos en las escuelas.

Disponer la transferencia de cargos, traslados transitorios, permutas, ubicación de personal, designación de personal interino y suplente ad referéndum de la Dirección General y demás trámites relacionados con el personal docente.

Informar conforme a prioridades sobre la conveniencia de construir, reparar o emplear los edificios escolares.

Suministrar al servicio técnico que corresponda, los datos necesarios para que las metas de los planes, programas y proyectos educativos que se elaboren se ajusten a las necesidades de la Zona.

Orientar al personal directivo y docente de los establecimientos a través de los Coordinadores de Area.

Promover la creación de nuevos servicios (bibliotecas, copa de leche, comedores escolares, asistencia psicopedagógica, etc.)

Disponer que los Coordinadores de Area elaboren el Plan Anual de actividades acorde con los objetivos establecidos por la Superioridad y las características de cada Zona.

Apoyar el reconocimiento de las asociaciones subsidiarias que reúnan las condiciones requeridas por la reglamentación.

Coordinar, auspiciar y estimular la participación de la familia como principal agente de la educación en la problemática educativa.

Las **Coordinaciones de Area** tienen la misión de atender la conducción y programación de los establecimientos educacionales del Area, de acuerdo con las normas de la Supervisión Zonal.

Sus funciones son de carácter administrativas, técnico pedagógicas y comunitarias, de las cuales se pueden mencionar las siguientes:

Orientar el proceso de la administración escolar, asesorando al personal directivo en todo lo referente a interpretación de los procedimientos y el manejo de los recursos asignados.

Diagnosticar, orientar y evaluar la programación, administración y resultados de la enseñanza.

Tramitar las gestiones relativas a la creación de escuelas y aconsejar la organización, ubicación y supresión de los establecimientos.

Promover la espontaneidad creadora y conformar una conciencia profesional flexible y en actitud de cambio, actuando como agente dinamizador.

Informar sistemáticamente sobre métodos y técnicas del planeamiento dinámico del curriculum.

Aportar a la docencia información y documentación esclarecedora sobre las tareas de planificación, desarrollo y evaluación.

Evaluar la acción coordinadora y supervisora del personal directivo.

Estimular acciones de articulación entre los distintos niveles educativos.

Auspiciar la utilización de todos los recursos potencialmente disponibles en la comunidad para el mejoramiento de la acción educativa.

En la escuelas rurales, promover acciones tendientes a estimular la permanencia y afincamiento de la familia campesina en su medio.

Promover la organización y reconocimiento oficial de asociaciones de padres y de otras instituciones y/o particulares de la comunidad en relación con las acciones de la escuela.

El Funcionamiento del Sistema Educativo

En la actualidad la Provincia cuenta con un sistema educativo descentralizado, luego de la transferencia de los servicios educativos, que se inició con el Nivel Primario en 1.978 y se hizo extensivo a todos los niveles cuando se sanciona en 1.993 la Ley de Transferencia, de los servicios que todavía eran Nacionales.

La nueva estructura del sistema educativo se implementó en forma gradual y progresiva, según lo establece la Ley Federal Nº 24.195, la Ley Provincial Nº 1.682 y los acuerdos del C.F.C.E, en respuesta a las demandas de la sociedad en su conjunto y con la flexibilidad necesaria.

El sistema educativo está organizado en los siguientes niveles:

- **EDUCACION INICIAL**: Comprende a los alumnos/as entre los 3 y 5 años, siendo obligatorio el último año. Su función es ampliar el proceso educativo familiar e iniciar la alfabetización. Puesto en marcha a partir del ciclo lectivo 1.996.

- **EDUCACION GENERAL BÁSICA**: su finalidad es lograr una formación básica común para todos los niños/as y adolescentes. Estas competencias básicas se refieren a conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes necesarias para un buen desempeño e inserción social.

Está organizado en 3 ciclos, con una duración de nueve años y es obligatoria:

a) **primer ciclo de E.G.B.** comprende a los alumnos/as entre los seis y los ocho años de edad. Permite abordar la posibilidad de definir y delimitar la función propia que le concierne en cuanto a la estructuración de los aprendizajes, la organización de situaciones en enseñanza y la vinculación con las funciones específicas del 2º Ciclo. Por otra parte, este ciclo conduce al aprendizaje del mundo escolar, reglado y organizado en tiempos y espacios diferenciados por la especificidad de su sistematización.
Su puesta en marcha comienza a partir del ciclo lectivo 1.996.

b) **segundo ciclo E.G.B.** comprende a los alumnos/as entre los 9 y los 11 años de edad. Permite definir, precisar y delimitar su función en cuanto a la estructuración de los aprendizajes, la organización de situaciones de enseñanza y la vinculación con los procesos alcanzados en 1º ciclo y los que se desarrollarán en el 3º ciclo. Se caracteriza por la diferenciación progresiva del saber desde los conocimientos más globales, característico del 1º ciclo, hacia la identificación de las particularidades de cada espacio curricular.
Su puesta en marcha comienza a partir del ciclo lectivo 1.997.

c) **tercer ciclo E.G.B.** comprende a los alumnos/as entre los 12 y los 14 años. Se concibe para atender a un sujeto pedagógico con características evolutivas particulares, para la cual se requiere crear un espacio con identidad y especificidad propia. Ofrece una formación base para desarrollar las competencias que necesitarán los alumnos para desempeñarse en distintos contextos.

Su puesta en marcha se realizó en forma gradual atendiendo a las diversidades propias de la provincia, tanto humanas, geográficas, como de infraestructura, circunstancias que obligaron a comenzar en una primera etapa con la puesta en marcha del 7° año y 8° año, de este ciclo, en el año lectivo 1.998, y una segunda etapa que comprende el 9° año, iniciada en el ciclo lectivo 1.999.

- **EDUCACIÓN POLIMODAL:** comprende a los alumnos/as entre los 15 y los 17 años. Su finalidad es una formación que desarrolle estructuras sociocognitivas más complejas, tanto en el orden individual como colectivo. Se trata de una estructura de pensamiento que le permita resolver al individuo problemas del mundo cotidiano, a partir de esquemas de relaciones más participativas (trabajo en equipo, capacidad de comunicabilidad, toma de decisiones, análisis y resolución situacional), logrados en el marco de un proceso de descentración de su propia perspectiva y de una formación polivalente, que le otorgue al individuo la capacidad de transferencia de los conocimientos a los diferentes contextos y manejarse dentro de un mundo de relaciones sociales complejo y diverso.

La Educación Polimodal se organiza en torno a un núcleo común de competencias fundamentales que se desarrollan a través de la Formación General de Fundamento. Esto se articula con distintas alternativas de Formación Orientada para dar lugar a cinco Modalidades:

Ciencias Naturales;
Economía y Gestión de las Organizaciones;
Humanidades y Ciencias Sociales;
Producción de Bienes y Servicios y
Comunicación, Arte y Diseño,

que contextualizan las competencias fundamentales en grandes campos del conocimiento y el quehacer social y productivo.

La elección de una modalidad permite al estudiante consolidar estas competencias en función de problemáticas vinculadas con sus intereses y motivaciones.
En esta Provincia, este nivel inicia su implementación en el año 2000, manteniendo el criterio de implementación gradual y progresiva impuesta a la transformación total.

EDUCACIÓN SUPERIOR NO UNIVERSITARIA: Se dictan las tecnicatura y hay carreras de formación docente.

- **Regímenes Especiales**: comprende a la **educación del adulto**, **educación especial** y otras.

En este camino de transformación educativa, la provincia extendió la implementación de la Ley Federal y la Ley Provincial a la Educación de Adultos. Esto requirió una adecuación a la nueva estructura educativa, para proporcionar una formación básica común que garantice igualdad en la calidad y los logros de aprendizaje..

A partir del año 2000 se está implementando la E.G.B. -1° ciclo; 2° ciclo; 3° ciclo- en las escuelas de adultos y los centros educativos distribuidos en el territorio.

La **educación especial** forma parte de los Regímenes Especiales y está contenida en la Ley Provincial de Educación, en el capítulo VIII, artículo 28. Se concibe como la prestación educativa formada por un conjunto de servicios, técnicas, estrategias, conocimientos y recursos pedagógicos, destinados a asegurar un proceso educativo integral, flexible y dinámico a personas con necesidades educativas temporales o permanentes, brindada a través de organizaciones específicas y apoyos dosificados.

Se fundamenta en el principio de NORMALIZACIÓN y ATENCIÓN a la DIVERSIDAD, que se cristaliza mediante la INTEGRACIÓN o INCLUSIÓN ESCOLAR.

El conjunto de prestaciones y servicios de esta modalidad, en la provincia, está constituido por:

- Centros de Apoyo Escolar -C.A.E.-
- Servicios de Aprendizaje Integral -S.A.I.-
- Centros de Estimulación y Aprendizaje Temprano.
- Escuelas Especiales: - Sordos e Hipoacúsicos.

- Irregulares Motores.
- Ciegos y Disminuídos Visuales
- Mentales.

El sistema Educativo pampeano está constituido por un conjunto de establecimientos del sector estatal y privado, que brindan educación en los distintos niveles y modalidades, atendiendo a un total de matrícula de 85.105 alumnos, (Ver cuadro N° 2.1.1.) desagregados en los distintos niveles de la siguiente manera:

Nivel Inicial: 6359
Nivel EGB: 54331
Nivel Polimodal: 14444
E.Adultos y E.Especial: 7509
Superior No Universitario: 2462

Los alumnos son atendidos por 11.442 docentes en secciones de grado de tamaño variado, relacionado generalmente con la densidad de la población.

Nivel Inicial: 22 alumnos por sección
Nivel EGB: 25 alumnos por sección
Nivel Polimodal: 28 alumnos por sección

En el ámbito oficial la relación precedente se mantiene de manera generalizada. En el ámbito privado la relación excede estos promedios. Las cifras son:

- OFICIAL: 21.3
- PRIVADO: 26.4

La tarea institucional es conducida por un equipo de gobierno articulado en una estructura organizativa sencilla, al servicio de una gestión dinámica, vinculada con el entorno.

Está acompañada y apoyada pedagógicamente por 33 coordinadores escolares y equipos de gestión y planificación.

Cuadro 2.1.1: Unidades educativas, Matrícula, Docentes de la provincia de La Pampa - Datos provisorios. Desagregado por nivel y gestión - Año 2004

TIPO DE EDUCACION			SECTOR						TOTAL GENERAL			
			ESTATAL			PRIVADOS			UNIDADES EDUCATIVAS		MATRICULA	DOCENTES en Actividad
			Uds. Educat.	Secciones	Matrícula	Uds. Educat.	Secciones	Matrícula				
INICIAL		JIN	23	274	5272				23	JIN	6359	327
		Salas No Nucleadas	36		103	20	196	984	56	Esc. C/ secc. Anexas		
EGB	ESC. COMUNES	EGB 1 - 2	137	1314	27455	4	24	426	141		27874	2274
		EGB 1- 2- 3	60	530	9321	10	142	4104	70		13425	1893
		U. Educativas 3°ciclo	33	482	12304	4	20	541	38		13025	2216
		Independiente (U.N.L.Pam. 3°ciclo)	1	6	180							
		TOTAL	231	2332	49260	18	186	5071	249	Escuelas	54331	6383
EDUCACION ESPECIAL		Escuelas	17		754	1		24	18	Escuelas	924	582
		Servicios	7		146				7	Servicios		
ADULTOS	EDC. FORMAL	Escuelas	7		848				7	Escuelas	6586	1190
		Centros	19		294							
		Programa Especial	33		758							
		TOTAL EGB			1900				52	Servicios		
	EGB	Educ. a Distancia para Jóvenes y Adultos				1		92				
	EDC. NO FORMAL	Escuelas	6		2332				6	Escuelas		
		Centros	27		785							
		Programa Especial	23		798							
		Misiones / Anexos	8		678							
POLIMODAL / MEDIA		Colegios	55	384	9347	33	140	3515	69		14444	3742
		Independiente (U. N. L. Pam.)	1	6	161							
		Educación a distancia para Jóvenes y Adultos	12		1421	0		0				
		TOTAL	68	390	10929	33	140	3517				
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO		Institutos	8		945	10		1517	18		2462	408
TOTAL GENERAL		Establecimientos	354	2996	70443	83	522	7596	384		78039	
		Servicios	110		3459				115			
		TOTAL MATRICULA			73902			11203			85105	11442

Existen en la provincia J. I. N. (Jardines de Infantes Nucleados) y secciones anexas a escuelas primarias.
Fuente: Alumnos - Relevamiento provisorio 2004. Relevamiento propio de la Dirección General de Planeamiento.

Matrícula Nivel Primario y E. G. B.

Según los valores expresados en el cuadro Nº 2.2.1 se observa un ligero crecimiento de la matrícula total que comprende primero y segundo ciclo y tercero de este nivel, observándose la influencia en esta tendencia el crecimiento de la matrícula del último ciclo.

Cuadro 2.2.1. Evolución de la matrícula Nivel Primario / EGB según ciclos y años. Años 1997 - 2004

AÑOS	MATRICULA												
	INICIAL	PRIMARIO / EGB											
		TOTAL	1 y 2 Ciclo	1º	2º	3º	4º	5º	6º	3º Ciclo	7º	8º	9º
1999	6057	54039	37619	6439	6638	6446	6123	6137	5736	16520	5830	5765	4925
2000	6317	54293	37553	6247	6194	6736	6317	6104	5955	16740	5860	5862	5018
2001	6081	54216	37343	6330	5948	6258	6615	6238	5954	16873	5990	5807	5076
2002	6271	54242	37192	6227	6040	6077	6220	6553	6075	17050	6135	5913	5002
2003	6027	54249	36890	6355	5968	6065	6000	6189	6313	17359	6326	5999	5034
2004	6194	54331	36270	6092	6117	6030	6045	5969	6027	18061	6570	6320	5171

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Repitencia Nivel Primario y E. G. B.

Se puede observar en los cuadros siguientes la evolución de la cantidad de alumnos repitentes cursantes en valores absolutos y el porcentaje de repitencia referidos al mismo nivel

Cuadro Nº 2.2.2. Primario / E.G.B. Cantidad de alumnos repitentes cursantes. Años 1997 - 2004

AÑOS	REPITENTES CURSANTES											
	PRIMARIO / EGB											
	TOTAL	1 y 2 Ciclo	1º	2º	3º	4º	5º	6º	3º Ciclo	7º	8º	9º
1999	2592	1801	479	301	351	256	256	158	791	132	438	221
2000	2923	1740	486	280	362	244	240	128	1183	318	538	327
2001	2781	1700	481	272	339	251	208	149	1081	309	503	269
2002	3166	1821	522	277	340	307	230	145	1335	368	618	349
2003	3748	2063	512	314	378	305	335	219	1685	525	759	401

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Cuadro Nº 2.2.3. Primario/E.G.B. Porcentaje de Repitencia. Años 1997 - 2004

AÑOS	PORCENTAJE DE REPITENCIA											
	PRIMARIO / EGB											
	TOTAL	1ºy2º ciclo	1º	2º	3º	4º	5º	6º	3º Ciclo	7º	8º	9º
1999	4,80	4,80	7,44	4,53	5,45	4,18	4,17	2,75	4,79	2,26	7,60	4,49
2000	5,38	4,63	7,78	4,52	5,37	3,86	3,93	2,15	7,07	5,43	9,18	6,52
2001	5,13	4,56	7,60	4,57	5,42	3,79	3,33	2,50	6,41	5,16	8,66	5,30
2002	5,82	4,90	8,38	4,59	5,59	4,94	3,51	2,39	7,83	6,00	10,45	6,98
2003	6,91	5,59	8,06	5,26	6,23	5,08	5,41	3,47	9,71	8,30	12,65	7,97

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Desgranamiento y Retención Nivel E. G. B.

En la Educación General Básica de toda la provincia, el desgranamiento y su contrapartida, la retención escolar, han variado en las cohortes de los últimos años, con tendencia creciente en el índice de desgranamiento.

En la cohorte 90/96 el desgranamiento fue de 16,48 %, lo que implica que la retención es del 83,49 %. Estos valores fueron variando en las sucesivas cohortes hasta llegar hasta el 95/03 donde el desgranamiento fue de 22,79 % y la retención del 77,21 % (ver cuadro Nº 2.2.4).

Se debe destacar que los altos índices de desgranamiento escolar que existían en los primeros años del antiguo Nivel Medio, se trasladan al Tercer Ciclo actual desfavoreciendo los resultados de la Educación General Básica

Cuadro Nº 2.2.4. E.G.B. Desgranamiento y Retención de las últimas cohortes. Años 1990 - 2003

Cohorte	Desgranamiento	Retención
	(Total en la provincia)	
90 - 96	16,48	83,52
91 - 97	16,51	83,49
91 - 99	21,80	78,20
92 - 00	21,56	78,44
93 - 01	23,02	76,98
94 - 02	22,53	77,47
95 - 03	22,79	77,21

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Matrícula Nivel Medio y Polimodal

Desde el año 2001 la matrícula del primer año del polimodal ha crecido progresivamente, desde 4.511 en el año 2000 a 4.993 en el año 2004,

Los alumnos que egresaron de E. G. B., en su mayoría iniciaron sus estudios en el Polimodal, con una pérdida o desgranamiento que se ha ido reduciendo en los años siguientes.

Así los que egresaron de 9º año de E. G. B. - 2001, ingresaron 293 menos en el primer año del Polimodal - 2002. En el año 2003 ingresaron 150 menos y en el 2004 no ingresaron 81 alumnos. Lo que significa que el sistema ha retenido cada año, mayor cantidad de alumnos (ver cuadro Nº 2.2.5)

Cuadro Nº 2.2.5. Nivel Medio / Polimodal. Evolución de la Matrícula Inicial. Años 1997 - 2004

AÑOS		POLIMODAL			MEDIO					
	TOTAL (*)	1º	2º	3º	1º	2º	3º	4º	5º	6º
1999	12395	74			765	779	4385	3357	2735	300
2000	13325	4511	73		657	524	636	3761	2847	316
2001	13828	4605	3816	66	542	422	405	282	3312	378
2002	14033	4783	4111	3271	392	352	306	178	162	478
2003	13363	4852	4137	3310	393	244	260	117	50	
2004	13023	4993	3926	3278	343	210	132	90	51	

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Repitencia Nivel Medio y Polimodal

También se observa que los índices de repitencia de Polimodal disminuyeron con el transcurso de los años. Año 2001: 6,09 %; año 2002: 3,07 %; y año 2003: 2,00 % (ver cuadros Nº 2.2.6 y 2.2.7)

Cuadro 2.2.6. Polimodal / Medio. Cantidad de alumnos repitentes cursantes. Años 1997 - 2004

		POLIMODAL			MEDIO					
AÑOS	TOTAL	1°	2°	3°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1999	891	0			127	121	292	147	4	0
2000	677	247	1		70	61	65	211	22	0
2001	737	361	140	0	33	66	63	43	30	1
2002	696	331	299	7	10	18	20	10	1	0
2003	1084	566	437	12	14	18	17	11	9	

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Cuadro Nº 2.2.7. Polimodal/Medio. Porcentaje de Repitencia. Años 1997 - 2004

AÑOS	TOTAL	POLIMODAL			MEDIO					
		1º	2º	3º	1º	2º	3º	4º	5º	6º
1999	5,57	0,00			12,97	15,53	6,66	4,38	0,15	0,00
2000	5,08	5,48	1,37		10,65	11,64	10,22	5,61	0,77	0,00
2001	5,33	7,84	3,67	0,00	6,09	15,64	15,56	15,25	0,91	0,26
2002	4,96	6,92	7,27	0,21	2,55	5,11	6,54	5,62	0,62	0,00
2003	8,11	11,67	10,56	0,36	3,56	7,38	6,54	9,40	18,00	

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Desgranamiento y Retención Nivel E. G. B.

En la Educación Polimodal que se incorpora en el año 2000 existen dos promociones. La primera es la cohorte 00/02 con un desgranamiento de 27,49 % y una retención de 72,51 %. La segunda cohorte 01/03 el desgranamiento fue de 28,12 % y la retención 71,88 % (ver cuadro Nº 2.2.8).

Desde el Ministerio de Cultura y Educación se están desarrollando distintos proyectos educativos para mejorar los índices de retención y se analiza la posibilidad de incorporar horas de apoyo para la Educación Polimodal.

Cuadro Nº 2.2.8. Polimodal. Desgranamiento y retención de las últimas cohortes. Años 1990 - 2003

Cohorte	Desgranamiento	Retención
	(Total en la provincia)	
00 - 02	27,49	72,51
01 - 03	28,12	71,88

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Objetivos estratégicos

1.- Desarrollar estrategias participativas para la gestión del sistema

- Promover Procesos de Consulta a los diferentes actores de la comunidad educativa para generar acciones correctivas y/o reorientaciones en el proceso de transformación del Sistema Educativo Provincial.
- Impulsar mayor autonomía de las instituciones educativas, favoreciendo prácticas de autoevaluación de la gestión.
- Favorecer mecanismos e instancias de participación permanente de diferentes áreas gubernamentales y no gubernamentales vinculados a las instituciones escolares.
- Favorecer mecanismos e instancias de participación permanente de diferentes áreas gubernamentales y no gubernamentales vinculados a las instituciones escolares.

2.- Impulsar políticas y prácticas inclusivas a fin de favorecer las condiciones que garanticen el acceso, participación y permanencia de los alumnos en el sistema educativo

- Desarrollar y sostener comunidades escolares cimentadas en valores inclusivos.
- Diseñar procesos de revisión y organización de los servicios de apoyo para atender a la diversidad.
- Capacitar al personal técnico-docente a fin de implementar prácticas inclusivas.
- Promover el trabajo interministerial a los efectos de implementar políticas que contribuyan a la inclusión.
- Adecuar la infraestructura edilicia de acuerdo a las necesidades educativas, respetando el criterio de accesibilidad.
- Impulsar la construcción de un espacio para la formación profesional de lo jóvenes que promueva la articulación entre el Sistema Educativo, el Sistema Productivo y la oferta formativa, estatal, privada y gremial
- Afianzar la formación Técnico Profesional de los Jóvenes Pampeanos.

3.- Fortalecer la práctica docente en todos los niveles del sistema educativo

- Desarrollar acciones que favorezcan la reflexión sobre la práctica docente y generen instancias superadoras que conduzcan a mejorarla.

- Promover y acompañar prácticas educativas innovadoras que contribuyen a mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje.
- Generar un plan de capacitación y actualización docente para todos los niveles del sistema orientado a responder a las necesidades identificadas.
- Implementar espacios de intercambio de experiencias entre instituciones educativas provinciales y nacionales.
- Generar mecanismos de análisis y evaluación de la práctica docente .
- Desarrollar políticas activas para la renovación pedagógica de la formación docente inicial y permanente.

Líneas de acción prioritarias

Capacitar y actualizar docentes de todos los niveles.
Revalorizar la escuela técnica.
Articular la propuesta educativa con el mundo del trabajo y la producción.
Articular la oferta formativa estatal y privada.
Promover Procesos de Consulta a los actores de la comunidad educativa para generar reorientaciones en el Sistema Educativo Provincial.
Promover acciones tendientes al logro de la equidad educativa.
Atender a las nuevas identidades en las escuelas y la incidencia de los factores socio-económicos y culturales en la subjetividad.
Impulsar la comprensión del discurso en torno a la significancia de ser docente y alumno en los contextos actuales.

Educación Inicial y General Básica

Acciones

Diseño, implementación y coordinación del proyecto de servicios de apoyo al Tercer Ciclo. Equipo de Asistencia Pedagógica. Equipo Social. Monitoreo del proyecto.
Revisión y análisis de propuestas sobre normativa Sistema de evaluación (Nivel Inicial, Primero, Segundo y Tercer Ciclo EGB).

Acompañamiento técnico y proceso de consulta a instituciones educativas, a través de los Coordinadores de Área de toda la provincia. Equipo Técnico de EGB.
Articulación con las áreas de Desarrollo Curricular y Capacitación Docente de la Subsecretaría de Coordinación.
Trabajo conjunto con diferentes áreas del Ministerio de Bienestar Social; Municipalidad de Santa Rosa y Municipalidad de General Pico, con el objeto de articular acciones y llevar adelante propuestas integrales.

Educación Inicial

Acciones

Priorizar el trabajo en red entre instituciones educativas de gestión oficial y privada; con el objeto de implementar prácticas inclusivas para la permanencia e integración de niños con necesidades educativas específicas.
Diseño y ejecución de proyectos específicos: Arte -Ciencias Naturales- Identidad Pampeana. Participar en Ferias de Ciencias. Desarrollar programas para el control de salud de niños en riesgos. Museos del interior de la provincia.
Incorporación al Sistema Educativo Provincial, niños de 4 años de edad en situación de riesgo, de acuerdo a las disponibilidades y relevamiento de la comunidad educativa.

Cuadro Nº 2.2.9. Educación Inicial. Matrícula y Secciones. Año 2004

Matrícula J.I.N.		Secciones		
4 años	5 años	4 años	5 años	Integradas 4 y 5
427	4932	12	242	24
6446[1 y 2]		278		

1. 103 niños incorporados a 1° año de EGB en Escuelas de P.U.
2. 984 niños de instituciones privadas.

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Educación Inclusiva

Acciones

Revisión de la Reglamentación para la integración y los Apoyos a los alumnos con necesidades educativas asociadas a discapacidad.
Creación de un Centro Coordinador de Integraciones para el reordenamiento del proceso de integración y optimización de los Apoyos.
Creación de un Centro Coordinador de Integraciones para el reordenamiento del proceso de integración y optimización de los Apoyos.
Pautar marcos de abordaje/intervención, perfiles, criterios de evaluación y apoyo de cada servicio
Elaboración de un plan de acciones en el año Iberoamericano de las personas con discapacidad.

Cuadro Nº 2.2.10. Educación Inclusiva. Instituciones y Matrícula. Año 2004

Instituciones	Cantidad	Matrícula
Escuelas Especiales	21	1549
Centros de Apoyo Escolar	17	
CeyAT	3	
Servicio de Aprendizaje Integral	3	

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

Educación Polimodal y Superior

Ámbitos de aplicación de las acciones

- Educación Polimodal
- Formación Técnico Profesional
- Educación Superior

Acciones

1.- Desarrollar estrategias participativas para la Gestión del Sistema.
Jornadas y reuniones con directivos y docentes de Educación Polimodal.
Jornadas y reuniones con directivos de colegios con Trayectos Técnicos Profesionales, Itinerarios Formativos y Formación Profesional.
Jornadas y reuniones con tutores de Educación Polimodal a Distancia.
Encuesta a alumnos de Polimodal a Distancia sobre el abordaje de los módulos
Relevamiento entre los beneficiarios de Planes de Empleo para determinar la matrícula potencial y localización de Polimodales a Distancia (400 alumnos).
2.- Fortalecer y acompañar prácticas educativas innovadoras
Polimodal a Distancia para Jóvenes y Adultos: 11 sedes en funcionamiento (1.500 alumnos) en distintos estados de avance.
Reapertura de Polimodal Ruralizado en Colonia Santa María.
Análisis de propuestas de TTP, FP y de capacitación
Gestión y provisión de insumos para el desarrollo de módulos de TTP.
Implementación del Trayecto Técnico Profesional en Automotores.
3.- Impulsar políticas y prácticas inclusivas para garantizar condiciones de acceso, participación y permanencia en el Sistema Educativo
Detección de alumnos con alguna discapacidad en Educación Polimodal.
Inclusión Pedagógica de los alumnos detectados.
Designación de un docente integrador en General Pico. En Santa Rosa estos casos de inclusión son atendidos por los Asesores Pedagógicos. En ambos casos
se trabaja en forma conjunta con los equipos técnicos de la Dirección de Educación Inclusiva.
4.- Otras Acciones
Tramitación de la Validez Nacional de Títulos de Educación Polimodal y Trayectos Técnicos Profesionales.

Acciones en desarrollo

1.- Informe de devolución de las reuniones por modalidad de los establecimientos de Educación Polimodal: socialización de experiencias pedagógicas superadoras, aclaración y respuesta a las inquietudes planteadas.

Nueva producción de Módulos de Polimodal a Distancia con ajustes en lo curricular a partir del resultado de las encuestas y reuniones realizadas.

Integración de una Comisión para cada Modalidad con representantes docentes y personal Técnico especializado que analizará y evaluará las modificaciones curriculares propuestas por los establecimientos educativos .

2° Jornada por modalidad con directivos y docentes de colegios de Educación Polimodal incluyendo el tratamiento de la Formación Técnico Profesional.

2.- Polimodal a Distancia para Jóvenes y Adultos: está proyectado comenzar en Agosto primer año en las 11 sedes, en funcionamiento y la implementación de, al menos, 3 nuevas sedes en las localidades de Quehué, Maisonave e Int. Alvear

Gestión ante el Instituto Nacional de Educación Tecnológica del Trayecto Técnico Profesional en Mantenimiento y Reparación de Máquinas Agrícolas, propuesto por la EPET N° 7 de Intendente Alvear a partir de un profundo estudio del contexto.

Asistencia del Equipo Técnico a las distintas localidades a fin de monitorear y brindar recomendaciones teórico-prácticas que favorezcan la revisión, análisis y renovación de la práctica docente.

Elaboración de documento para el fortalecimiento del área de ciencias exactas.

Elaboración de Proyectos de Capacitación para Lenguajes Artísticos y Comunicacionales y para los espacios de Formación Orientada de la Modalidad Comunicación, Artes y Diseño.

3.- Análisis de la normativa vigente en otros niveles, para la adecuación a la Educación Polimodal.

4.- Revisión de la normativa de Evaluación, Calificación y Promoción.

Gestión de la previsión presupuestaria para la implementación del Espacio de Definición Institucional (EDI) de 3° Año de Polimodal, según la caja curricular prevista en el Acuerdo Marco A 17.

Educación Superior No Universitaria

Líneas de Acción

Producción de material instruccional complementario del Protocolo de Presentación de propuestas educativas de Nivel Superior
Elaboración de Informe sobre el Estado de Situación de institutos en marcha y las modalidades de articulación.
Completar tramitación de expedientes pendientes de suscripción de Decretos de autorización. (Expedientes que estaban para la firma a diciembre de 2003)
Completar otros trámites (evaluación, modificación, elaboración de normas legales) de expedientes pendientes.
Evaluación de nuevas propuestas
Producción de material (con puntos de verificación) para la realización de auditorías de carreras superiores no universitarias autorizadas y de instituciones de Nivel Superior, a fin de garantizar la calidad educativa de las carreras autorizadas y el normal funcionamiento institucional
Propuestas de modificación del Sistema de Evaluación de Postulantes para cubrir cargos/espacios en los institutos tecnológicos dependientes de la Provincia.
Elaboraciones periódicas y permanentes de Estudios de Diagnósticos a fin de detectar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Educación del Adulto y Capacitación No Formal

Acciones

Capacitación Docente para EGB 2 y 3 en el marco general de Formación Profesional, para el desarrollo del Proyecto Jefes de Hogar, destinado a los agentes del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados.
Firma de Convenios con las Unidades Penitenciarias, con Municipios, con Fundaciones, con Gremios, con Comisiones Vecinales.
Designación de la Coordinadora de Zona III y IV.

Encuentro con Coordinadores y Directores de las escuelas, para transmitir los objetivos a tener en cuenta durante el corriente año y los mecanismos de comunicación entre las diferentes dependencias de Educación del Adulto.

Instancias de concertación con Municipios a efectos de ofrecer los Servicios de Adultos o de dar respuesta a las demandas por ellos interpuestas. Es así que se han abiertos 21 Centros Educativos y Laborales distribuidos en 14 localidades de la Provincia.

Elaboración de Documentos:

a) formación profesional (para capacitadores de formación profesional y docentes de EGB 2 y 3);
b) abordaje de los diferentes componentes curriculares (EGB 1, 2 y 3)
c) diseño preliminar de selección de contenidos para primer y segundo ciclo EGB

Cuadro Nº 2.2.11. Educación del Adulto y Capacitación No Formal. Cantidad de Instituciones y Matrícula. Año 2004

Instituciones	Cantidad	Matrícula
Escuelas para Adultos	7	2112
Escuelas Laborales	6	1230
Centros Educativos	37	1223
Centros Laborales	56	2064

Fuente: Subsecretaría de Coordinación. Dirección General de Planeamiento. Estadística Educativa 2004

SALUD PUBLICA

SALUD PUBLICA

Organización Institucional

El Ministerio de Bienestar Social tiene competencia en todo a lo inherente a la política y acción asistencial del estado en materia de salud integral de la población, previniendo, protegiendo y recuperando la salud física y mental del ser humano de manera individual y general, enfatizando los aspectos preventivos de dicha actividad, y en particular las siguientes funciones:

Intervenir en la formulación y ejecución de la política sanitaria provincial;

Fiscalizar, en la esfera de su competencia todo lo atinente a la elaboración, distribución, comercialización y expendio de medicamentos, productos biológicos, drogas, yerbas medicinales y dietéticas; lo relativo a la elaboración, distribución y uso de insecticidas y plaguicidas en coordinación con los organismos pertinentes, artículos de tocador, aguas minerales y del material e instrumental de aplicación médica;

Elaborar un sistema, que haga efectivos los principios de promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación del discapacitado o incapacitado en los aspectos físico-psicosociales;

Promover el desarrollo de un servicio de salud que brinde una cobertura de atención médica al total de la población con idéntica, absoluta e igualitaria calidad de prestaciones;

Promover el desarrollo de una conciencia sanitaria en todos los niveles de la población a través de los organismos técnicos educativos pertinentes y promover la participación de los respectivos programas;

Propender al crecimiento vegetativo de la población promoviendo la natalidad y disminuyendo la mortalidad infantil;

Ejecutar programas sanitarios tendientes al control y erradicación de enfermedades infecto contagiosas, así como realizar programas y campañas de inmunizaciones; y en coordinación con el Ministerio de la Producción, los correspondientes a zoonosis;

Intervenir en la prevención, profilaxis y tratamiento de las afecciones bucodentales;

Ejecutar programas médico sanitarios para atender problemas relacionados con accidentes, enfermedades carenciales nutricionales, enfermedades degenerativas y enfermedades no transmisibles;

Fiscalizar las prestaciones que hacen a la salud que estén a cargo de obras sociales, mutualidades y entidades similares vinculadas a organismos nacionales, provinciales, municipales y entes autárquicos;

Entender en el contralor y orientación de entidades privadas que desarrollen actividades vinculadas a la salud pública en general;

Intervenir en la formulación de las medidas relativas al saneamiento ambiental;

Todas las acciones relativas a la salud pública en el ámbito provincial y los planes y programas específicos, se ejecutan a través de la **Subsecretaría de Salud** que tiene la misión de actuar como órgano político - técnico del Ministerio de Bienestar Social en materia de Atención Médica integral y Preservación del Medio Ambiente, conducente a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población, aumentar la expectativa de vida al nacer y disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir.

Para el logro de estos objetivos, tiene las siguientes funciones:

Entender en la formación de la política sanitaria provincial.

Organizar la Infraestructura sanitaria provincial.

Programar las actividades de atención médica en su competencia directa.

Fijar las normas para todas las acciones de salud, supervisando y fiscalizando su cumplimiento.

Fiscalizar todas la actividades sanitarias públicas y privadas.

Promover, formular y coordinar programas de formación y capacitación de Recursos Humanos para los organismos de salud, así como adiestramiento de su personal en servicios o por educación continua. Promover la investigación aplicada: Clínica experimental, administrativa y social en relación con los problemas de salud pública.

Participar en la formulación de programas y acciones que realicen organismos del Estado Provincial y sus Municipios, especialmente en materia de educación, vivienda,

trabajo, deportes, recreación, asistencia y seguridad social, minoridad y familia, en los aspectos que se relacionen con la salud y la atención médica.

Coordinación del Sistema. Zonas

Para llevar a cabo esta tarea la Subsecretaria de Salud cuenta con las Coordinaciones Generales de: **Coordinación General de Sistemas Regionales y Locales de Salud** y **la Coordinación General de Políticas Integrales.**

La Coordinación General de Sistemas Regionales y Locales de Salud (SIRELOS) cuenta con nueve **Coordinaciones Ejecutivas**, a saber: Atención Primaria y Jefe de Zona Sanitaria I; Descentralización y Jefe de Zona Sanitaria II; Capacitación del Recurso Humano; Lactancia Materna - Asistencia Alimentaria – Infanto Juvenil y Jefe de Zona Sanitaria III; Epidemiología; Procreación Responsable y Perinatología; Adulto y Ancianidad; Trauma y Accidentología y Jefe de Zona Sanitaria IV; Salud Mental.

La Coordinación General de SIRELOS tiene la misión de ejecutar desde las distintas coordinaciones a su cargo, todas las políticas de salud que emanen desde la Subsecretaria de Salud. Para su ejecución cumple con las siguientes funciones:
Diagramar, Implementar y Ejecutar las Políticas del Modelo Integral de Salud Pampeano dependiente de la Subsecretaria.
Realizar una evaluación continua, sistemática y periódica de dichas políticas.
Desburocratizar y descentralizar las estructuras del sistema en la búsqueda de una mejor accesibilidad, equidad y justicia en la atención primaria de la salud.

El **Jefe de Zona Sanitaria I** tiene a su cargo de la Coordinación Ejecutiva de Atención Primaria de la Salud (APS). Su misión es producir cambios basados en la atención primaria de la salud como estrategia principal de los nuevos sistemas de asistencia, lo que significa poner al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad, mediante su participación, la atención sanitaria apropiada y efectiva, basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptados; representando al primer nivel de atención y por lo tanto al primer contacto de los individuos con el sistema.

En tal sentido es oportuno e importante introducir y producir reformas en los sistemas de salud para mejorar la equidad, la calidad y la eficacia de los mismos, interpretando a la salud como un derecho fundamental de las comunidades.

La función primaria de esta Coordinadora es la puesta en marcha de los Equipos Integrales Comunitarios de Salud (EQUINTECOS). Integrados por Médicos, Agentes Sanitarios, Enfermeras, Concejales, Intendentes, Policía, Asistentes Sociales, Sociólogos, Docentes, Psicólogos, representantes de las ONG.

Tendrá a su cargo el monitoreo de estos equipos integrales a través de evaluaciones socio económicas y la formación del agente sanitario en toda la provincia.

El Jefe de **Zona Sanitaria II** a cargo de la Coordinación Ejecutiva de Descentralización, tiene la misión de descentralizar y desburocratizar el sistema de salud de acuerdo a lo especificado en el Modelo Integral de Salud Pampeano.

Sus funciones son:

Poner en marcha los Sistemas Regionales y Locales de Salud.

Llevar un monitoreo constante de los programas y planes de salud a través de la confección del familiograma respectivo.-

Poner en marcha los cuatro grandes Centros de Atención Integral de la Salud de alta complejidad.-

Puesta en marcha del Camión Integral de la Salud: oftalmológico, otorrinolaringológico, odontológico y generalista.

El Jefe de **Zona Sanitaria III** tiene a su cargo la Coordinación Ejecutiva de Lactancia Materna - Asistencia alimentaria – infanto juvenil. Deberá diseñar la estrategia regional para reducción de la mortalidad materna y lograr poner en marcha el programa "La Pampa Amiga de la Madre y el Niño".

Para su cumplimiento tendrá las siguientes funciones:

Concienciar y movilizar a los diferentes sectores sociales para lograr una maternidad sin riesgo.-

Promover la educación sexual en todos los ámbitos de la sociedad.-

Lograr la certificación de todos lo centros de salud y hospitales de la provincia como amigos de la madre y el niño.-

Monitoreo y seguimiento de los hospitales acreditados.
Promover acciones que apoyen la adaptación cultural de los servicios de salud maternos.
Construcción de "Casas para Embarazadas"
Instalar el slogan y como objetivo básico "La Pampa Hambre Cero"
Optimizar y ejecutar todos los programas tendientes a este fin.
Priorizar y monitorear la alimentación integral de la madre embarazada y el niño menor de cinco años.
Seguimiento del desarrollo y crecimiento según las normas S.A.P (Sociedad Argentina de Pediatría).-
Poner en marcha el Plan Alimentario Integral Pampeano descentralizado.-

El Jefe de **Zona Sanitaria IV** tiene a su cargo la Coordinación Ejecutiva de Trauma y Accidentología y la misión de disminuir el alto impacto que generan los accidentes como primera causa de muerte hasta los cuarenta y cinco años de edad y entender a la accidentología como una patología prevenible.-

Sus funciones consisten en:
Actuar y modificar los factores de riesgo y desencadenantes de accidentes.
Disminuir a la morvimortalidad, el gasto en atención en urgencias y rehabilitación.
Capacitar grupos de apoyo al sistema de salud.
Capacitar a todo el personal de salud que realizan guardias: médico, telefonista, enfermera, choferes.
Equipar correctamente y adecuadamente las ambulancia de emergencias.
Instituir como norma la aplicación de seleccionar los llamados al Servicio de Emergencias Médicas según emergencia, urgencia o consulta médica, instruyendo a la recepcionista.
Instalar en rutas de alta incidencia de accidentes un "Reconocimiento Sanitario Obligatorio".-
Instalar Shock Room en los hospitales de alta complejidad.-

La **Coordinación Ejecutiva de Capacitación del Recurso Humano** tiene la misión de capacitar al recurso humano del Modelo Integral de Salud. Tiene las funciones de:

Dictado de cursos de capacitación para los distintos niveles del modelo- léase: ATLS-RCP-BTLS-EPH-

Capacitar al agente sanitario como el recurso humano primario de entrada a la atención primaria dentro del sistema.- y como primer escalón de comunicación con toda la comunidad.

Reformular las políticas educativas de las residencias de medicina general y familiar y adaptarlas a las nuevas exigencias del Modelo Integral de Salud Pampeano.

Formación de los Médicos del sistema en Medico General Familiar.

La **Coordinación Ejecutiva de Epidemiología** tiene la misión de lograr la vacunación integral en todos los niveles: embarazadas, pediátricas, adultos jóvenes, adultos y ancianos. Sus funciones son llevar a cabo los siguientes programas::

Programa provincial control de TBC, SIDA, Hepatitis "b" y enfermedades no transmisible.

Programa provincial de lucha contra el Chagas.

Vigilancia Epidemiológica.

Capacitación del personal de la salud en epidemiología.

La **Coordinación Ejecutiva Procreación Responsable y Perinatología** debe cumplir con la misión de:

Promover la aplicación de la Ley de Procreación Responsable.

Prevenir y disminuir enfermedades prenatales.

Educar las nuevas generaciones para el amor.

Disminución del embarazo adolescente.

Para lo cual tiene las siguientes funciones:

Lograr la participación activa de las distintas entidades intermedias.-

Realizar un trabajo interdisciplinario con los educadores.-

Educar sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, HIV, Hepatitis "b" etc.

La **Coordinación Ejecutiva del Adulto y Ancianidad** tiene la misión de realizar las acciones tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mas frecuentes en el adulto y el anciano. Sus funciones son:

Instalar y desarrollar el programa provincial *"La Pampa en Movimiento"*. Incentivando la actividad física como primera preventora de las enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Instalar y desarrollar el programa provincial *"La Pampa contra el Cáncer"*.

Lucha contra el tabaco.

Prevención de cáncer de mama, pulmón, próstata.

Habilitación de las Unidades de Cuidados Paliativos e Internación Domiciliaria.

Apertura y control de las Residencias de la Tercera Edad con una atención gerontológico y geriátrica integral.

La **Coordinación Ejecutiva de Salud Mental** tiene con misión las siguientes acciones preventivas:

Prevención sobre el uso indebido del alcohol.-

Prevención en el uso indebido de psicofármacos.-

Prevención de la violencia familiar.

Para su cumplimiento deberá cumplir con las siguientes funciones:

Capacitar al equipo de salud en prevención, diagnostico y tratamiento de enfermedades mentales.-

Constituir grupos de autoayuda en distintas patologías, supervisados y dirigidos por profesionales capacitados en metodologías científicamente demostradas.-

La **Coordinación General de Políticas Integrales** cuenta con un departamento de Informática, Soporte y Computarización de Datos y un departamento de Soporte Videográfico.

Su misión es conformar la Mesa Interdisciplinaria con representantes de otros ministerios, relacionando la Subsecretaria y el Modelo Integral de Salud para lograr unificar el discurso y la acción de cara a la comunidad. Teniendo en cuenta el trabajo en equipo y la colaboración reciproca.-

Para cumplir con esta tarea tendrá las siguientes funciones:

Integrar a la Subsecretaria , a través de los Equipos Integrales Comunitarios de Salud -EQUINTECOS-, con otras áreas del gobierno y predisponer el Modelo Integral de Salud a los mismos.

Brindar soporte Informático y Videográfico a las distintas coordinaciones y actividades de prevención.

Realizar el Diagnostico y Evaluación de las políticas integrales de salud.

Establecer relaciones con distintos Organismos provinciales, nacionales e internacionales que atiendan a la problemática de la salud en la búsqueda del Bienestar General

Sugerir y Gestionar Proyectos y Propuestas que contengan en su espíritu las actividades de las distintas coordinadoras.

Atención Sanitaria

La Provincia de La Pampa se ha caracterizado por un acentuado desarrollo de su infraestructura asistencial, tanto edilicia como operativa a partir de 1.984.

Actualmente cuenta con una compleja red de establecimientos asistenciales en todo su territorio, que cubre hasta los más elevados niveles de complejidad (ver cuadro 3.1.1).

Durante el período 1.999 / 2.003 el estado provincial ha debido realizar un importante incremento en la oferta de servicios del sector público. A la demanda normal por crecimiento de la población, se ha asociado al aumento de la desocupación que ha privado a muchos pampeanos de la posibilidad de acceder a una obra social y el aumento de los indicadores de pobreza, fenómenos estos de alcance nacional.

La ampliación de la infraestructura y la dotación de mayores recursos humanos y materiales ha producido un mejoramiento en el rendimiento hospitalario (ver cuadro Nº 3.1.2 y Nº 3.1.3).

Las consultas médicas pasaron de 1.005.291 en el año 1999 a 1.169.731 en el año 2003, representando un incremento del 16,36 %. En el cuadro 3.1.4 se pueden observar los datos relativos a consultas en los establecimientos asistenciales públicos de la provincia durante el año 2003.

No ocurrió lo mismo con los egresos (internaciones) que proporcionalmente experimentaron una fuerte disminución, pasando de haber un egreso cada 31,31 consultas en 1985 a un egreso cada 58,03 consultas en el 2003 (ver gráfico Nº 1).

Esta modificación de la relación egreso - consulta muestra que se ha logrado una captación más oportuna de la enfermedad evitando internaciones y con ello una disminución del costo operativo y social. La relación egreso - consulta del año 2003 supera al objetivo 1:50 que fue fijado por las autoridades sanitarias para este año.

Estos valores indican que han mejorado las condiciones de accesibilidad de la población, debido a que el sistema de salud que brindan los establecimientos asistenciales públicos han elevado la cantidad y calidad de las prestaciones, lo que permite tratar los problemas de salud en el período inicial de las enfermedades, evitando en muchos casos la internación.

Las consultas médicas y los egresos de establecimientos públicos aumentaron simultáneamente con el crecimiento de la población. Sin embargo, se puede observar que las consultas se incrementan más que proporcionalmente a los egresos, por las razones que ya se mencionaran en el párrafo anterior, sobre lo cual se debe destacar el efecto positivo de la medicina preventiva y asistencia social. (ver cuadro 3.1.4).

Hechos Vitales

Durante el lapso 1.983-2.003, la tasa de mortalidad infantil se redujo en un 59,85 %, pasando de una tasa de 26,9 por mil a una de 10,8 (ver cuadro 3.2.1). Estos valores indican una clara tendencia a la reducción progresiva de dicha tasa.

Algunos expertos interpretan que lo logrado puede ser atribuido fundamentalmente a un mejoramiento de la red asistencial, en consonancia con otros factores como mejores ingresos, una mayor equidad en la distribución del ingreso, medidas de infraestructura sanitaria como redes cloacales y de agua potable. Salvo los dos últimos enunciados ése no ha sido el caso de nuestro país en la última década.

Para lograr un descenso hasta tasas de excelencia ya no alcanza con mejorar la infraestructura, sino que es necesario actuar sobre factores de riesgo en lo económico-social-cultural.

Abonando lo anterior, surge también de la comparación de las defunciones de menores de 28 días de edad (ver cuadro 3.2.2) y las defunciones de 28 días a 11

meses de edad (ver cuadro 3.2.3), que las 62 muertes infantiles ocurridas durante el año 2003 y de acuerdo a criterios de reducibilidad, 39 de ellas, o sea el 62,9 %, son reducibles por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto o en el recién nacido.

Sintetizando, casi se ha logrado el máximo posible en el descenso de la mortalidad infantil, mediante la ampliación de la infraestructura hospitalaria y la cobertura de la atención sanitaria. En términos generales, resta para reducir más aún este nivel de mortalidad, poner mayor énfasis en acciones de promoción y prevención de la salud del binomio madre hijo.

A lo anterior se debe agregar que el perfil de la mortalidad general está compuesto en más del 80% de la siguiente manera, Tumores 26,96%, Enfermedades del sistema circulatorio 36,31%, del respiratorio 10,99 y por causas externas (accidentes etc.) 7,42% (Cuadro 3.2.4) muchas de ellas evitables con medidas de prevención.

Sin dudas que durante el período analizado se han realizado muchas e intensas acciones de promoción y prevención, pero es necesario un cambio cultural que solo se logra cuando las personas de manera individual, familiar y grupal, incorporan a su cotidianeidad actitudes y aptitudes conducentes a preservar su salud.

Uno de los grandes paradigmas de las políticas de salud de los últimos 20 años fue el de mejorar la accesibilidad a los sistemas de salud, por ello se construyeron y ampliaron fundamentalmente establecimientos asistenciales del primer nivel de atención, sin descuidar el desarrollo de aquellos con mayor complejidad.

En este sentido merece un párrafo aparte la política de medicamentos llevada adelante en ese período, esta consiste en la provisión sin cargo de todos los medicamentos tanto en internación como en ambulatorio. Este tema es de suma importancia porque de nada sirve la mejor infraestructura asistencial si el acto médico no concluye con la posibilidad del paciente de acceder al medicamento. Esta política ha sido uno de los pilares de las modificaciones del estado de salud de los pobladores de la Provincia.

Las defunciones ocurridas en La Pampa durante el 2003 fueron 2.379, de ellas 828 en el sector público, 597 en el privado, 670 en viviendas particulares y 284 en otro

lugar. De lo observado podemos decir que de las 1.425 muertes ocurridas en instituciones sanitarias, el 60 % ocurrieron en el sector público (ver cuadro Nº 3.2.5).

Los datos anteriores, cantidad de consultas, egresos, partos y defunciones, nos permiten estimar que aproximadamente el mismo porcentaje de la población, o sea el 60 %, se asiste en el sector público.

Modelo Integral de Salud

Fundamentación

La Medicina, en sus diversas formas, ha sido en todas las sociedades y culturas la principal respuesta al problema de la salud y la enfermedad de los Pueblos, aunque la misma ha estado condicionada al contexto político, económico y social, al modelo cultural vigente y a la capacidad tecnológica y humana para intervenir sobre los problemas.

Resulta casi repetitivo insistir en la situación de crisis de las economías nacionales, regionales y provincial. Si debemos situarnos en el análisis de que estamos en el pico de la misma y que aparece a simple vista el síndrome de desequilibrios estructurales, déficit fiscal y bajos niveles de inversión, que se traduce en un prolongado estancamiento, muchas veces acompañado por una elevada inflación y un serio deterioro de los salarios reales, amen de la destrucción de las capacidades productivas, y el desgaste de los aparatos estatales.

Frente a esta situación se optó por economías abiertas e interrelacionadas en las que tiene hegemonía el libre mercado. Para ello se apeló a programas de "ajuste estructural", sobre todo en la "disminución del tamaño del Estado" y a la "privatización " de la economía, todo ello incidió y produjo una división profunda entre los diversos conjuntos o grupos sociales. En la actualidad se verifica una tendencia a la polarización en materia de condiciones de salud de la población y de cantidad y calidad en los servicios que recibe. Un grupo mayoritario subconsume servicios de salud y otro grupo minoritario es inducido al sobreconsumo. Ninguno se encuentra en situación ideal.

Este proceso aumenta la responsabilidad que incumbe al Estado de asegurar no solo el bienestar de toda la sociedad sino también la justicia social y la equidad de su

gestión, sobre todo cuando las reformas adoptadas afectan negativamente y con mayor intensidad en los grupos sociales más vulnerables.

Y muestra la paradoja: la modernización del Estado requiere que este intervenga para garantizar la disminución de los poderes y atribuciones políticas que antes tenia en sus manos.

Esta crisis de los sistemas de salud, que esta generando procesos de reforma sectorial en todo el mundo, no puede solo interpretarse como el producto de fenómenos económicos, mundiales y locales. Es necesario reconocer que existe una crisis estructural que viene siendo denunciada desde hace mucho tiempo, y que la situación económica solo ha logrado ponerla en evidencia frente a la necesidad urgente de replantear el gasto social. Por lo tanto es preciso que estos sectores sociales estén preparados para adoptar una posición más activa y comprometida frente a estos programas de ajuste, y en lo que a salud se refiere debemos aunar esfuerzos para reformular los sistemas de salud mediante la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la eficacia sociales y la participación.

Pues, a pesar de los adelantos científicos de la medicina y las ciencias de la salud, sigue existiendo una profunda falta de equidad en el acceso a la atención de la salud de grandes sectores de la Población; la calidad de muchos sistemas y servicios, la falta de continuidad, la despersonalización y la fragmentación en el proceso de atención es demasiado frecuente existiendo una creciente insatisfacción tanto en la población como en los profesionales.

En tal sentido es, oportuno e importante, introducir y producir reformas en los sistemas de salud para mejorar la equidad, la calidad y la eficacia de los mismos, interpretando a la salud como un derecho fundamental de las comunidades.

Estos cambios deben estar basados en la Atención Primaria de la Salud, como estrategia principal de los nuevos sistemas de asistencia, lo que significa poner al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad, mediante su participación, la atención sanitaria apropiada y efectiva, basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptados; representando el primer nivel de atención y por lo tanto el primer contacto de los individuos con el sistema.

Estrategias operativas

Las propuestas para este nuevo Modelo de salud, se han planificado detalladamente, en la convicción que la Organización y Planificación son sumamente necesarias para disminuir la brecha entre la teoría y la acción.

De las reflexiones y análisis críticos surge un diseño en el que se priorizan las siguientes "ideas fuerza":

- Descentralización
- Atención Primaria de la Salud
- Capacitación de la totalidad del recurso humano involucrado en el sistema
- Estrategias de Intervención

Descentralización

La crisis económica y los cambios sociales crearon una demanda tal que los Hospitales Públicos comenzaron a ser progresivamente insuficientes en su atención medica, poco resolutivos a las demandas, e ineficientes e ineficaces en su gestión estratégica. Por estos motivos nos encontramos con estructuras, aparatologías y recursos humanos mal distribuidos, en algunos lugares escasos, y en otros sumamente saturados.

Ello impone una reestructuración y reorganización en el sistema de salud, intentando optimizar los recursos disponibles. En este sentido la descentralización es instalar un proceso mediante el cual se transfieren progresivamente niveles de decisiones, funciones, facultades, programas y recursos a un ente de otra jerarquía, otorgándole capacidad de decisión sobre la utilización de los recursos y las prioridades para utilizarlos.

La regionalización acorta el tiempo y la distancia favoreciendo la accesibilidad. El nivel central debe asumir el rol de conductor, formular políticas y apoyo técnico. El Estado como Policía y responsable de la salud tiene la obligación de auditar al sector publico y privado, ofreciendo sus distintos servicios de atención sin superponer recursos y evitando de esta forma inversiones innecesarias y acciones poco coordinadas.

Ante este diagnóstico, se proponen los "Sistemas Regionales y Locales de Salud" (SIRELOS), como táctica operativa de la estrategia de atención primaria que se considera clave para alcanzar la optimización de la prevención de la salud.

Este proceso de establecimiento y desarrollo de los SIRELOS es, ante todo la Interpretación y puesta en marcha de una nueva política social y de salud, en la que los aspectos relacionados con las estructuras de poder y las políticas de gobierno se entrelazan con factores culturales, de financiamiento y desarrollo económico, y de organización y administración del estado en general y de los sistemas de salud en particular.

El sistema de salud, como parte integrante del sistema social, es resultado y a la vez condicionante de su entorno histórico, social cultural, técnico y político. Por lo tanto, si se quiere actuar eficazmente en su transformación, no es suficiente limitarse al subsistema. Es preciso prever la evolución del entorno, ya que en función de este se deberán definir las políticas, las estrategias y los desdoblamientos tácticos y operativos seguidos por el sistema Provincial de Salud y, como parte integrante del mismo, por los SIRELOS. De este modo, se estará en mejores condiciones para evaluar las normas presentes, determinar las estrategias futuras y elegir los caminos que lleven mas rápidamente a la meta de salud para todos.

Los SIRELOS vienen a dar por tierra con la vieja y falsa dicotomía entre lo publico y lo privado, manifestando con su accionar que esta debe ser superada mediante propuestas que contemplen la coordinación adecuada de los intereses y misiones de ambos subsectores y, principalmente, de la sociedad ya que está comprobado que, por si solos, no han dado respuesta a las necesidades básicas de los pueblos.

El Estado que interviene activamente en la salud. Esta intervención no puede limitarse a indicar lo que hay que hacer. Debe asumir el liderazgo en la Organización y la prestación directa de servicios descentralizados, mostrando así los caminos que se han de seguir, pero también contribuyendo a resolver efectivamente los problemas de salud de toda la población.

El sector de la salud ejercerá su responsabilidad de contribuir a crear la igualdad de oportunidades, instrumentando aquello que la "Justicia Social basada en la distribución de recursos a aquellos grupos de individuos de la sociedad que tienen

mayor necesidad". En otras palabras, el desafío es lograr una atención de la salud más equitativa partiendo de una actitud mas activa y un enfoque descentralizador y participativo.

a) Requisitos Básicos

Este modelo de descentralización exige determinados requisitos básicos para la conformación de los sistemas regionales y locales de salud. Pueden resumirse en cuatro pares de requisitos interdependientes, que responden a las características fundamentales de los problemas prioritarios y a las tendencias del entorno social y económico.

Ellos son:

⇒ **La equidad y la Calidad**: Se interpreta la equidad como el principio fundamental e ineludible de justicia que debe orientar el proceso de transformación de los servicios de salud, en su doble dimensión de cantidad y calidad. No es suficiente contar con la cantidad necesaria de servicios.

Es decir, no basta con una equidad de acceso geográfico. Este es necesario, pero además es preciso aunar calidad a la cantidad.

La equidad será alcanzada cuando aquellos grupos de población con las mismas necesidades tengan igual oportunidad de acceder a servicios que sean homogéneos en cuanto a su calidad. Y esta calidad no se resume ni se agota en el suministro de servicios técnicamente correctos y adecuados.

Es necesario considerar la forma en que se hace la entrega. La humanización del vinculo entre el que da y el que recibe se debe materializar en una verdadera transferencia de saberes entre ambos miembros de la relación servicios-sociedad.-

⇒ **Democratización y Participación social**: El concepto moderno de Democracia es inseparable del de una sociedad en la que todos los ciudadanos puedan participar, como parte del diario vivir, en todas las esferas del sistema social. Solo a través de la participación social universal, y especialmente de los segmentos postergados de la sociedad, así como de la practica de una verdadera solidaridad social por parte de aquellos que gozan de los privilegios relativos del sistema, podrá constituirse un

destino común que haga posible llegar al siglo XXI habiendo disminuido la inmensa deuda social que hoy resulta agobiante.

En el campo de la salud, esta "situación democrática" deberá observarse tanto en un nuevo paradigma, critico y reflexivo, de la medicina, como en el enfoque social y democrático de la salud publica. Así las ciencias de la salud se fundirán con la democracia en un objetivo común: mejorar la calidad de vida de los individuos y de los grupos a los que pertenece.

⇒ **Desarrollo y Transformación**: Los requisitos complementarios de desarrollo y transformación determinan el crecimiento y adelanto de las economías y de la estructura social. No basta con incrementar los recursos y sus productos, si no se efectúan simultáneamente las transformaciones de la estructura distributiva y productiva que permitan que el crecimiento contribuya a lograr la justicia social deseada.

Es preciso extremar la creatividad para desarrollar modelos de cambio centrados en la Justicia Social redistributiva sin por eso hipotecar el futuro.

Es necesario lograr un compromiso adecuado entre el hoy y el mañana para que la equidad, en lo que implica a la justicia social, deje de ser una utopía y se convierta en realidad cotidiana. En este sentido, tampoco la salud puede ser postergada ni aislarse de los cambios requeridos. La transformación de los sistemas de salud tiene que ser un requisito y una contribución al desarrollo.

⇒ **Eficiencia y Tecnología apropiada**: En el contexto de estas reflexiones, la eficiencia debe entenderse como el máximo resultado que puede ser alcanzado a partir de un esfuerzo o volumen de recursos determinado. No interesa obtener cierto grado de calidad a cualquier costo, sino al mas bajo posible. De esta manera se entrelazan las nociones de calidad y eficiencia. El costo mas bajo posible de un determinado nivel de calidad conduce a la concepción de tecnología apropiada, o sea, a la utilización de las posibilidades materiales y los conocimientos realmente disponibles para optimizar la relación entre recursos y resultados.

La eficiencia y la tecnología apropiada no pueden ser observadas aisladamente, sino en el contexto de la equidad y la calidad de los servicios. Se busca una mayor eficiencia mediante el uso de la tecnología apropiada para apoyar la equidad y la calidad, especialmente dentro del marco de un desarrollo justo y democrático.

La propuesta básica de los Sistemas Regionales y Locales de Salud (definidos por la Organización Panamericana de la Salud) prevé que:

- Un sistema Regional y Local de salud constituyen una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales y provinciales de salud, basada en un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas y rurales.
- Esta propuesta geográfica-poblacional depende de las necesidades de la población, definidas en función de daños y riesgos, y se basa en las divisiones político-administrativas del Estado.
- La responsabilidad de los sistemas locales de salud es atender a los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y coordinar todos los recursos disponibles, tanto del sector salud como extrasectoriales, y facilitar la participación social.
- Los sistemas locales de salud permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población.
- Los sistemas locales de salud son parte fundamental de los sistemas provinciales y nacionales de salud, a los que vigorizan y confieren nueva dirección; por lo tanto, los SIRELOS deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada: El sistema provincial de salud desarrollado.
- La participación de la comunidad, mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades reciprocas, es de fundamental importancia para contribuir a activar movimientos locales a favor del bienestar y el desarrollo.
- El tamaño de los SIRELOS varia de acuerdo con la realidad de cada Estado, y en el caso de atención de las personas, es conveniente contar con un alto nivel resolutivo y de complejidad, combinado con una adecuada eficiencia en el uso de los recursos, pues serán los primeros en evaluar la situación y definir las necesidades.
- En los SIRELOS se vuelve mas concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas para atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente.
- Además de la capacidad tecnológica que les otorgue un adecuado poder de resolución de los problemas de salud en su zona, los SIRELOS deberán poseer una adecuada capacidad técnico-administrativa en las áreas de:

- planificación, administración, información y epidemiología, así como un conjunto mínimo de recursos humanos adecuados adiestrados.

b) Operatividad

Otro aspecto a considerar es su operatividad. se define esta operatividad dividiéndola en distintas áreas de reopción, a saber:

⇒ **Integridad de las acciones:** Los SIRELOS deben constituirse en el espacio privilegiado para la integración de las acciones preventiva y de promoción de la recuperación y la rehabilitación. La visión global que aúna a la salud, el bienestar y el desarrollo, favorece la creación de estos espacios locales y regionales en donde la población se transforma en el eje y principal actor de la promoción de la salud.

⇒ **Atención individual, familiar y comunitaria:** La atención de los problemas individuales requiere atacar simultáneamente sus causas de índole familiar y social comunitaria. Al mismo tiempo, es preciso responder de forma adecuada al control y la promoción de un medio ambiente saludable.

⇒ **Trabajo transdisciplinario en equipo:** El eje de determinación medico-biológico, tiene que ser desplazado por el socio biológico, para que la población participe en ese acoplamiento transdisciplinario. Los equipos constituidos bajo este nuevo enfoque podrán ser coordinados por distintos profesionales de la salud o por lideres comunitarios, según sea la temática en consideración y la mejor manera de llevar adelante los objetivos determinados.

⇒ **Organización flexible de los recursos**: Las transformaciones demográficas y epidemiológicas, y los acelerados avances en las técnicas y procedimientos de atención de la salud exigen adoptar esquemas de organización flexibles y adecuados para responder rápidamente a los cambios.

⇒ **Utilización adecuada de los recursos financieros:** Este punto debe interpretarse como un verdadero desafío operacional, ya que, teniendo en cuenta la pluralidad de intereses y las diversas fuentes de financiamiento que confluyen en el ámbito de la salud, deben combinarse esos intereses de manera que, sin abandonar su identidad, contribuyan a rendir los máximos beneficios para la población. De allí es que se habla primariamente de la redistribución de los recursos.

⇒ **Participación social:** Los SIRELOS son desde su gestación una nueva forma de participación social, ya que para su optimo funcionamiento requieren como condición primaria y fundacional la representación de los conjuntos sociales para seleccionar prioridades, determinar cursos de acción, adjudicar recursos y evaluar las actividades realizadas; es decir, ejercerán en la practica el control social de la gestión sanitaria.

⇒ **Desarrollo sostenido a partir de "bases fundacionales":** Se deberá tener en cuenta a las tres bases fundacionales:

* La determinación política de un nivel superior de descentralización y apoyo al desarrollo de estos sistemas locales y regionales de salud;

* La existencia de una Unidad Política, administrativa y técnica identificable que es responsable de su conducción

* Una base geográfica poblacional. (la provincia)

A partir de estos tres elementos se deberán crear las condiciones que faciliten el desarrollo de otros elementos básicos: la Programación Local, Coordinación Intersectorial y Participación social –a través de las Mesas de gestión local, regional y provincial.

c) Propuesta:

En el marco de esta concepción y considerando la realidad provincial este modelo propone:

- Instalar cuatro (4) Hospitales de alta complejidad, teniendo en cuenta la cantidad de personas que vivan en las ciudades o zonas de influencia y/o la distancia a recorrer.
- Estos Hospitales se instalarían donde menos reformas edilicias y de cambios de recursos humanos tendrían que realizarse.
- Estos Centros de Alta Complejidad atenderían patologías complejas y derivaciones de las zonas de influencia.
- Conformar en estos centros de alta complejidad el hospital de cabecera de la zona de influencia y a su vez crear en cada uno el comité de bioética conformado por los médicos de la zona, las autoridades políticas, la iglesia y representantes de las entidades intermedias.

- Normalizar adecuadamente las patologías mas frecuentes en la Atención Primaria de la Salud para resolverlas en el lugar e identificando factores de riesgo para el traslado y atención en un nivel de mayor complejidad.
- Contar en estos centros con ambulancias altamente equipadas para buscar a su lugar de origen a los pacientes críticos (terapia de adultos., infantil y neonatología).
- Incorporar recursos normativos, organizativos, instrumentales y de gestión adecuados a la realidad política, económica y social.
- Informatizar todos y cada uno de los hospitales, uniéndolos en una red que permita ingresar y acceder a datos de una sola historia clínica por paciente.
- Evaluar la calidad de atención medica, formulando y adaptando normas que faciliten la tarea de control y evaluación periódica basados en distintos estándares conocidos.
- Categorización de los distintos establecimientos, no por el nivel de complejidad, sino por la capacidad de resolver satisfactoriamente la demanda de determinadas patologías y la cobertura de sus riesgos potenciales.

Atención primaria de la salud

a) Justificación

En este Modelo, basado en la atención primaria de la salud, se considera al médico generalista o médico familiar como el integrante básico y fundamental en el refuerzo de esa atención primaria en los centros de salud locales y regionales, que desemboca en un sistema de salud organizado según niveles de complejidad creciente y orientada en base a la estrategia de esa atención primaria.

Resulta necesario identificar una clara puerta de entrada en el primer nivel de atención, que puede ser una enfermera, un agente sanitario, un medico descalzo o un profesional con diferente perfil y especialidad. En los países desarrollados, y en muchos países en desarrollo con una disponibilidad amplia de profesionales médicos, la regla es que esa puerta de entrada al sistema de salud esta ocupada por un medico, en general un medico de familia, un medico generalista.

En el marco del sistema organizado de esta forma, le corresponde al médico general familiar la coordinación del proceso de atención de los pacientes bajo su

responsabilidad, a fin de garantizar la continuidad, la mayor calidad y la personalización. En ese sentido, el médico general familiar presenta el modelo ideal como punto de contacto con el sistema y la comunidad, y así lo han considerado desde hace mucho años países como Inglaterra, Canadá, Cuba, España y muchos otros que han organizado sus sistemas de salud con eje en la atención primaria y el médico general, familiar, integral y/o comunitario.-

El médico familiar es un médico personal orientado hacia el paciente como una totalidad, quien practica tanto la medicina científica como la humanística; es alguien que:

⇒ sirve como médico de primer contacto con el paciente y provee una entrada al sistema de cuidado de la salud;

⇒ evalúa las necesidades de salud total del paciente, proporciona un cuidado médico personal dentro de la esfera de su propia competencia y refiere al paciente cuando esta indicado, hacia las fuentes apropiadas de cuidado, mientras preserva la continuidad del mismo y asume responsabilidad por el cuidado de su salud total dentro del contexto de su ambiente, incluyendo la familia, la comunidad o la unidad social correspondiente.

Es el profesional que posee conocimientos básicos de todas las áreas de la medicina y se mantiene actualizado a través de la educación continua, lo que le permite reconocer cuando una atención especializada es requerida. El médico familiar planifica el cuidado de la salud de toda la familia y practica la medicina preventiva con una actitud de orientador dentro del núcleo familiar, sobre una base de continuidad y de manera personal, planea y provee este manejo integral de la salud y la enfermedad para todos los miembros de la familia sin importar la edad o el sexo.

b) Propuesta

La propuesta de este Modelo considera:

- Organización Real del Equipo de Salud (que contenga a Médicos, Administrativos, Paramédicos, Asistentes Sociales, Psicólogos, etc) con una adecuada y positiva coordinación con los niveles políticos.
- Que este Equipo cuente con una planificación estratégica de salida a la comunidad.-

- Identificar claramente debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para llevar a cabo la tarea.
- Generar la participación de la Comunidad mediante grupos de amplia representatividad (léase escuela, clubes, postas sanitarias, hospitales, municipio, iglesia, etc.)
- Producir un debate que de lugar a futuras propuestas teniendo en cuenta la perspectiva, posicionamiento, sistema de valores, experiencia, intencionalidad de cada uno de los individuos de dicha comunidad.
- Programar teniendo en cuenta el resultado final que se quiere alcanzar haciendo participe activo a la población, lo que le dará legitimidad a dichos programas. -
- Mostrar el resultado de los distintos programas y constituir en auditor, con permanente monitoreo, a toda la población.-
- Detectar a familias expuestas a factores de riesgo y asistirlas integralmente (salud, educación, vivienda, nutrición, etc.).

Capacitacion del recurso humano

a) Propuestas generales

Al respecto se da prioridad a las siguientes acciones:

✓ Adecuada selección de Agentes Sanitarios, solicitando determinados perfiles en cuanto a sexo, edad, nivel de instrucción, capacitación previa, experiencia y actitudes/aptitudes.

✓ Adecuada capacitación de los Agentes Sanitarios, instruyéndolos específicamente en el programa en que se desempeñarán.

✓ Capacitación continua de: servicios de mantenimiento, limpieza, cocina, mucamas, choferes, administrativos, recepcionistas, informes, telefonistas, intentando identificar y disminuir las barreras que impiden una adecuada accesibilidad y calidad en la atención de los pacientes.

✓ Capacitación continua de Enfermería: con jornadas donde se identifiquen virtudes y falencias en el sistema que favorecen o entorpecen la atención.

✓ Capacitación especifica acorde al lugar de desempeño: atención primaria, clínica, emergencias, UTI, neonatología, pediatría, personal paramédico, rayos, laboratorio, rehabilitación, salud mental, acción social, nutrición, etc.

✓ Sistematizar la rotación en Hospitales de Alta Complejidad de los médicos del interior de la Provincia, con la finalidad de mantenerlos actualizados e informados de los últimos avances en la teoría y en la practica medica.

✓ Instalar a la Capacitación como un incentivo superador o como un premio según su producción.

✓ Retribuir al sistema con la difusión y aplicación de la capacitación adquirida.

b) Propuestas relacionadas a la residencia de médico generalista

✓ Según el perfil del Medico Generalista que necesita la Provincia, readecuar la Reglamentación y formación de la Residencia de Medicina General, sin perder de vista los requisitos mismos del Programa Nacional de Medicina Generalista Familiar.

✓ Incluir, en amplia mayoría, como instructores a Médicos Generalistas que se desempeñen en el Sistema de Salud de la Provincia con una vasta experiencia.

✓ Preparar previamente a los instructores en pedagogía y Docencia.

✓ Priorizar el ingreso de Médicos Pampeanos, con un llamado al examen de ingreso en primer lugar a médicos nacidos o con residencia en la provincia de La Pampa.

✓ Constituir el Tribunal examinador incluyendo a Médicos Generalistas egresados de la residencia.

✓ Promover el intercambio de integrantes de la residencia de la provincia de La Pampa con integrantes de otras residencias de distintos lugares del país.

✓ Mediante un estudio serio en cuanto a la necesidad del numero de profesionales en el ámbito de la Provincia, solicitar las vacantes necesarias con la finalidad de no generar compromisos o falsas expectativas laborales ni el mal gasto de los recursos de la Provincia.

✓ Instalar la Residencia de Medico Generalista de La Pampa en distintas universidades del país, ofreciéndola como una de las mejores opciones en la especialidad de Medico Generalista.

Metodologias de intervencion

a) Area Procreación Responsable

Objetivos:

- Promover la aplicación de la Ley de Procreación responsable.
- Promover la Educación Sexual, incorporando pautas expectativas, conocimientos, creencias, valores, normas y actitudes que regulen el ejercicio de dicha sexualidad en las distintas etapas de la vida.
- Prevenir y disminuir enfermedades prenatales.

Actividades:

- Conformar y capacitar grupos encargados de educar para la Salud Sexual-(maestros, docentes secundarios, universitarios, enfermeros, asistentes sociales y todo el equipo de salud-).
- Programar y efectuar charlas informativas, intentando evacuar las distintas dudas en hospitales, postas, iglesias, clubes, etc.
- Detectar mujeres con factores de riesgo en edad de procreación.
- Hacer un seguimiento mes a mes del grupo anterior, programando la decisión del embarazo.
- Realizar un aporte nutricional previo a la concepción en mujeres con déficit en su alimentación.
- Atender enfermedades prenatales.

b) Area Control De Embarazo

Si bien la Atención Primaria de la Salud debe estar al servicio de toda la comunidad, hay etapas de la vida de un ser humano en los que este es vulnerable, y estas etapas son la mujer embarazada y el niño, desde su concepción hasta los cinco años de vida. Es quizás una oportunidad única en la vida de un individuo, en caso de la embarazada de estar en contacto con el sector de salud, con la posibilidad de mejorar la salud de toda la familia.

Objetivos:

- Disminución de la mortalidad materna pues todas las causas que la producen son prevenibles.
- Beneficiar especialmente a madres solteras, viudas o divorciadas que son únicos sostén de familia.
- Prevenir, detectar y tratar precozmente enfermedades de transmisión sexual, anemia materna, infecciones urinarias, HTA, diabetes.
- Detección y control del embarazo antes de los tres meses de gestación.
- Preparación integral para la maternidad (promoción de la lactancia, apoyo a futuros padres y de acompañamiento en sala de partos).

Actividades

- Crear una red provincial de atención perinatal.
- Seguimiento personalizado a cargo del medico o partera constituyéndose en referente de cada una de las embarazadas.
- Creación de casas de internación y asistencia para las embarazadas de alto riesgo de toda la Provincia, hospedándolas seis a ocho semanas previas a la fecha de parto.
- Correcto llenado de fichas o libretas sanitaria para no escatimar ni malgastar recursos. Todas estas medidas llevaran a disminuir nacimientos de niños con bajo peso por prematuros o por retardo de crecimiento intrauterino, con la consecuencia directa de la disminución de la mortalidad neonatal o infantil.
- Generar leyes de protección de mujeres embarazadas a la exposición a sustancias tóxicas en ambientes laborales.
- Captación mediante el equipo de salud y agente sanitario (conocedor de la comunidad en el área en que se desempeña) de mujeres embarazadas que no concurren ni concurrirían a un control de embarazo.
- Definir la población, obtener datos y fijar cronograma que permita planificar las actividades del control prenatal.
- Evaluar el estado nutricional materno.
- detectar tabaquismo, alcohol, drogadicción y automedicación en el embarazo.
- Detectar patologías mamaria, de cuello uterino, distocias pélvicas y odontológicas.
- Detectar alteraciones en el crecimiento fetal.

- Proporcionar educación para la salud a la embarazada y su familia.

c) Area Promoción, Protección, Seguimiento De La Lactancia Materna Y Asistencia Alimentaria.

La leche materna constituye por si sola el mejor alimento hasta los seis meses de vida, sin necesidad de ningún otro aporte. Contribuye además a proteger al niño de algunas enfermedad peligrosas o graves.

Objetivos

❖ Preparación Psicofísica de la embarazada para la lactancia materna y su importancia.

Actividades

❖ Instituir como slogan "Provincia Amiga", según normas preestablecidas que al día de la fecha cumplen tan solo dos hospitales en la provincia de las Pampa.

❖ Utilización de los distintos medios masivos de comunicación como para desterrar ciertos tabúes en torno a la lactancia materna, lo que incidirá en la disminución de la necesidad de provisión de leche.

d) Area Infanto Juvenil

Objetivos

- Promover la participación activa en las distintas entidades Intermedias a todos los niños y adolescentes de la Comunidad.
- Facilitar el acceso y la practica de distintos deportes en forma guiada y supervisada.
- Educar desde edades tempranas sobre los riesgos y consecuencias de drogadicción, alcoholismo, HIV, y otras enfermedades de transmisión sexual.-

Actividades

- Generar charlas-debates con la finalidad de remarcar la importancia de la prevención y el auto cuidado.
- Detectar y asistir desde lo alimentario a familias de riesgo con niños de 0 a 5 años.
- Medir, Pesar y percentilar a todos los niños que concurren a los Comedores para indicar dietas personalizadas y monitorear la evolución.
- Crear Grupos de Apoyo Juvenil al Sistema de Salud (GAJ) que se ocupen entre otras tareas de la vacunación, detectando a niños sin vacunar y completando el esquema, intentando llevar la cobertura lo mas cercano al 100%.
- Agregar en el cronograma de vacunación a vacunas que previenen enfermedades virales de alto impacto en la sociedad.
- Adecuado llenado y examen de los niños que indican las fichas de Salud Escolar.
- Programar con el Ministerio de Educación el examen médico en las Escuelas de Otorrinolaringología, Odontología y Oftalmología, teniendo en cuenta que la mayoría de los repitentes presentan problemas auditivos y/o visuales.
- Cambiar, el instalado y aceptado, sándwich de fiambre - no avalado científicamente en cuanto a su aporte nutritivo, por alguna opción mas sana y saludable- ejemplo (frutas, cereales, postres de leche, etc.)

e) Area Adulto y Ancianidad

Objetivos:

✓ Promover la participación de los usuarios, tanto en las etapas de planificación y programación como en la ejecución y evaluación.

✓ Promover, actividades en conjunto con la comunidad para que generen, masivamente, emprendimientos productivos vecinales aunque mas no sea en el tratamiento de residuos orgánicos e inorgánicos, teniendo en cuenta que el trabajo y la ocupación hacen al desarrollo de las personas.

✓ Incentivar la solidaridad, participación y control social para detectar y solucionar casos problemas.

Actividades:

✓ Convocar a referentes y publico en general a reuniones que pongan de manifiesto las demandas y necesidades de la comunidad.

✓ Estimular, en estas reuniones, a dichos grupos presentes a proponer soluciones a sus demandas y necesidades.

✓ Informar y Educar sobre la importancia del medio ambiente en la Salud de los pueblos, por ejemplo planificación y cuidado de espacios verdes, tratamiento de residuos, basuras, excretas, etc..

✓ Abocarse en la tarea de mejorar la accesibilidad en los turnos de atención medica y estudios programados, disminuyendo los tiempos de demora, como así también desterrar por completo la necesidad de concurrencia por la noche o madrugada para acceder a estos turnos.

✓ Diagramar e implementar un examen medico completo de rutina con estudios complementarios según necesidades por lo menos una vez por año, a personas de mas de cincuenta años con la finalidad de detectar patologías en forma precoz que generarían un alto costo en estado avanzado.

✓ Realizar en estos exámenes, rutinariamente PAP, mamografía y estudios prostáticos.

✓ Mediante la estadística detectar patologías y enfermedades prevalentes que generan la mayor mortalidad, con el objetivo de capacitar a clínicos generalistas y médicos del interior en dichas enfermedades modificando factores de riesgo e historia natural de estos.

✓ Apertura de Residencias para la Tercera Edad con una atención gerontológico y geriátrica integral.

✓ Realizar una atención programada y continua a personas con discapacidades.

✓ Creación de talleres para adultos y ancianos.

✓ Programar eventos deportivos para adultos, intentando generar una cultura de actividad física permanente.

✓ Implementar la Interacción Domiciliaria para pacientes crónicos y/o terminales sin alterar la dinámica familiar, disminuyendo costos y riesgos de interacción institucional.

f) Area Traumatología y Accidentología

En este aspecto ocupa un lugar de suma importancia la capacitación del Recurso Humano, pues son los conocimientos y experiencias en esta temática las que mas vidas salvan, e incluso comparándolas con la gran inversión en aparatología e instrumental, los cuales son también importantes.

Objetivos:

- Disminuir el alto impacto que generan los accidentes como primera causa de muerte hasta los 45 años de edad
- Entender a la accidentología como una patología prevenible.
- Actuar y modificar los factores de riesgo, predisponentes y desencadenantes de accidentes.
- Disminuir la morvimortalidad, el gasto en atención , en urgencias y rehabilitación

Actividades

- Capacitar a los Grupos de Apoyo al Sistema de Salud. Para que a su vez capaciten a la población en educación vial y prevención de accidentes.
- Instalación de peajes sanitarios en rutas de alta incidencia de accidentes, y donde los recorridos resultan demasiado extensos y la atención de pacientes se retrasan hasta tres horas. Estos peajes sanitarios contaran con una ambulancia correctamente equipada, médico, chofer y enfermera capacitados expresamente en trauma y accidentología que informaran y entregaran folletería concernientes al tema.
- Capacitar en el transcurso de seis meses a un año a todo el personal de salud que realiza guardias de emergencias-telefonistas, choferes, médicos y paramédicos.
- Solicitar como requisito básico para hacer guardias, haber realizado y aprobado cursos conocidos y aceptados Internacionalmente (ATLS, BHTLS, ACLS, ETC).-
- En los hospitales de alta complejidad, señalizar de manera visible el SHOCK ROOM, y establecer prioridades en las demás dependencias para la atención, teniendo en cuenta la gravedad del paciente en caso de accidentes masivos o catástrofe.
- Instituir como norma la aplicación de seleccionar los llamados al SEM según emergencia, urgencia o consulta medica, instruyendo a las recepcionistas.
- Equipar correctamente y adecuadamente a las ambulancias de emergencias.

o Proponer a la actividad privada, grandes centros de compras y ventas, grandes supermercados, etc. la instalación de desfibriladores, aportando la capacitación del personal para el correcto manejo de los mismos. Esta metodología es avalada por la Fundación de Cardiología a nivel mundial y es una constante en los países mas desarrollados los cuales han llegado a instalar desfribiladores en cada uno de los establecimientos educativos.

g) Area Salud Mental

Bases para un plan de salud mental

El malestar actual que aparece en la escena social es la "vivencia de perjuicio", que va expresándose de muchas formas, pero tiene el común denominador de la exclusión. Es por eso que los problemas de Salud Mental han tenido en los últimos años, cambios que han ido dejando "los problemas de conciencia", los síntomas vividos como "conflictos", para adoptar cada vez más notoriamente la forma de "actuaciones", expresadas como violencia, abusos, alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidios, suicidios, lesiones al semejante, etc.

La creciente desocupación, el nuevo escenario cultural globalizado, genera cambios en la familia, produce mayor vulnerabilidad, que no sólo se reduce a condiciones de pobreza, sino a sucesivas pérdidas económicas, relacionales y sociales que producen inestabilidad, fragilidad y aisalmiento social: creando así la alienación y perversión del lazo social.

La economía global ligada al mercado impacta en lo psíquico y en los modos de producción y reproducción de los vínculos.

Cómo hacer desde la Salud Mental para contrarrestar los efectos de estas condiciones?.

Definir la Salud Mental NO como la ausencia de "problemas" o síntomas; sino como la posibilidad de resolución de conflictos.

Entonces, el desafío que se le presenta hoy es: redoblar sus recursos para reforzar el potencial psíquico que le posibilite enfrentar soluciones de una manera de adaptación activa y transformadora de esa situación.

La Salud Mental está relacionada con las formas de vida de una comunidad, con las respuestas que ofrecen los Sistemas de Salud y con los recursos de las personas y de las comunidades de formar parte en la búsqueda de soluciones a su sufrimiento.

Así entendido, una política de Salud Mental debe procurar el acercamiento del Sistema de Salud a la comunidad, de manera que en su acción involucre a la misma y sea receptora de aquellos recursos o acciones que la comunidad misma encuentre para vivir mejor. Por lo tanto, la acción de Salud Mental será más bien catalizador de las potencialidades que cada persona o comunidad tenga para la recuperación o cuidado.

Dada la complejidad de la vida humana por la interdeterminación de factores económicos, sociales, culturales, familiares, genéticos, etc, las acciones del Sistema de Salud y dentro de ella, la Salud Mental, deben tener en cuenta la integralidad de las respuestas de Gobierno, pero, sin perder su especificidad.

Así mismo el comportamiento de las personas ante su salud y a su cuidado está muy determinado por su salud mental, también es sabido, cómo hay una interconexión entre la salud mental y la salud física.

Las condiciones que afectan y producen vulnerabilidad para enfermar, las mismas también influyen en la recuperación. Es conocido que la situación de los enfermos con padecimientos mentales que requieren el cuidado familiar para su reinserción y rehabilitación exigen de esfuerzos de programas de asistencia para las familias, que, si de siempre rechazan la patología, hoy por hoy, eso se ve agravado por factores tales como: los nuevos roles familiares o la crisis de la familia como institución acechada por carencias y disgregación.

Asistimos a un deterioro de los recursos de la Salud Mental en el Sistema Público cuya máxima expresión es la desaparición de la estructura a nivel central y en ese sentido, y consecuentemente con ello, la pérdida de vacantes para recurso humano de Salud Mental, entre otros .

Y, como contrapartida de ello se advierte una resonancia creciente en la demanda, que halla su respuesta en el Sector Privado, y en de la Seguridad Social.

Se produce así una contundente "paradoja": dado el crecimiento poblacional, aumento de la demanda y del reconocimento social de la necesidad de acciones de Salud Mental , lo que sumado a la situación , antes mencionada del aumento de la

problemática que involucra al área, lo que ha generado un vacío en la respuesta del Sector Público, seguramente compensada con el esfuerzo del recurso humano , muchos trabajando sin sostén ni la capacitación que se requiere.

Es de destacar que el actual gobierno, se sensibiliza ante la necesidad y crea la Coordinación Ejecutora de Salud Mental.

Atendiendo a las recomendaciones de la OMS en su informe sobre Salud en el Mundo 2001, tanto por su vigencia, como por su carácter predictivo; desde el Modelo Integral de Salud que plantea la Subsecretaría de Salud, se intenta adecuar las mismas a la realidad, y en tanto ello se distinguen lineamientos básicos para un Plan de Salud Mental; éstos son:

* Procurar la creciente accesibilidad a la Salud Mental, extendiendo su cobertura con la estructura de atención primaria de la salud.

* Asignar recursos en base a datos estadísticos y estableciendo perfiles epidemiológicos.

*Planificar acciones en los tres niveles de prevención, con programas de acción posibles a evaluar, y con ajustes a indicadores a determinar en forma consensuada.

* Planificar acciones en forma participativa y estratégica.

* Considerar la acción de los recursos de la Comunidad, para su consolidación, optimización, y/o asesoramiento, evitando hegemonías que anulen las respuestas que la Sociedad ya está dando a los problemas, pero sin delegar el rol del Estado como garante.

* Ejercer acciones tendientes a un uso racional de los psicofármacos.

* Establecer líneas de acción interrelacionadas con Instituciones y otras áreas de Gobierno a fin de evitar la superposición de esfuerzos.

Según definición de la OMS la salud es el completo bienestar Bio-Psico Social. Lo Psicológico y la salud mental de la comunidad son pilares determinantes y fundamentales de la salud de esta.

Objetivos:

- Orientar esfuerzos en la prevención de la violencia familiar en cualquiera de sus manifestaciones.

- Detectar, diagnosticar y resolver patologías como violencia familiar, abusos, alcoholismo, drogadicción.
- Disminuir la indicación de Psicofármacos- medicamento mas recetario de salud- indicando terapias alternativas.
- Promover la descentralización, educación, participación comunitaria y construcción colectiva, tendiendo a atender la paciente en su propia comunidad intentando conservar los vínculos de los pacientes con su familia y su medio social.

Actividades

- Constituir grupos de autoayudas en distintas patologías, supervisados y dirigidos por profesionales capacitados y metodologías científicamente demostradas.
- Capacitación del equipo de salud en prevención, diagnostico y tratamiento en enfermedades mentales.
- Utilización de cuestionarios o entrevistas para la detección por parte del medico generalista de enfermedades mentales.
- Optimizar actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales.
- Integrar la atención en salud mental con los distintos sistemas promoviendo la integración a una red de complejidad ascendente.
- Adecuada participación social a través de programas comunitarios que optimicen la reinsercion del paciente en su medio.
- Evitar la discriminación, maltrato físico, confinamiento indefinido, exclusión y estimación, mediante un trato digno, solidario, tolerante y creativo.
- Optimizar la formulación de prioridades generando una mayor certeza en la toma de decisiones.
- Incorporar diferentes alternativas y modalidades de tratamiento que eviten el aislamiento y cronificación de pacientes internados en servicios de salud mental.
- Señalar, estudiar y difundir patologías en distintas etapas de la vida (adolescencia, tercera edad, de algunas enfermedades- SIDA, Oligofrenia enfermedades crónicas) o problemas sanitarios (adicciones, pobreza, violencia) en el área de Salud mental.

- Promover un Comité de responsables para evaluar consensos y modificar estrategias e incrementar técnicas para la participación intersectorial e interdisciplinario optimizando asistencia, docencias e investigación.

Conclusión

Se ha puesto a consideración el presente proyecto, entendiendo que con él va el compromiso que anida en cada trabajador de la salud en cuanto a la interpretación del ser humano como centro de todo sistema social que se precie en referencia a la atención primaria de la salud; y de las reflexiones expuestas acerca del presente de los sistemas locales y regionales de salud surge el convencimiento de que constituyen el instrumento por excelencia de los procesos de transformación sectorial, y la esperanza de que hagan realidad la integración de los sistemas de salud con las comunidades a las cuales deben servir.

Porque, es imprescindible reformular los conceptos que actualmente pretenden orientar las practicas de la salud a través de la estrecha y errónea visión biológica.

El papel fundamental y trascendental que los propios individuos tienen que desempeñar en el cuidado de su salud no obedece a un mero calculo economicista, sino a que la salud es una de las formas de realización del ser humano en libertad.

Se ha querido destacar destacar que todas y cada una de las acciones en salud y que conforman este Modelo enriquecedor y alternativo enmarcado en una política integral y estratégica, fueron pensadas, debatidas y elaboradas teniendo en cuenta los principios normativos básicos de:

⇒ **Justicia:** Todas las personas independientemente de su condición social, económica, política, étnica, religiosa o de enfermedad, tienen derecho a la atención de la salud.

⇒ **Solidaridad**: Las personas con mayores recursos deben contribuir a la atención de aquellos que menos tienen, como así también los que gozan de un buen estado de salud deben colaborar para la atención de quienes padecen enfermedad o invalidez.

⇒ **Equidad**: La atención de la salud debe dar prioridad a las personas con mayor necesidad de atención , independientemente de la contribución que hayan efectuado al sostenimiento financiero del sistema.

⇒ **Accesibilidad**: Deben reducirse las barreras geográficas, económicas, legales, funcionales, administrativas y culturales que dificultan la atención de la salud de las personas.

⇒ **Calidad**: La atención de la salud debe brindarse en las mejores condiciones posibles según los recursos y el conocimiento científico y tecnológico disponible en cada momento y lugar, que garanticen el optimo beneficio en salud y que sean aceptables por las personas y la comunidad a las que van dirigidas.

⇒ **Integralidad**: La atención de la salud debe ofrecer una respuesta integral a todas los problemas de salud o enfermedad de las personas y las poblaciones acorde con una visión holística del Ser Humano que contemple e intervenga sobre los aspectos biológicos, Psicológicos y sociales en todos los niveles de prevención y de atención.

⇒ **Continuidad**: Los cuidados de salud deben brindarse a las personas desde antes del nacimiento hasta la muerte, a través de servicios que permitan el control de los procesos de salud o enfermedad desde su comienzo a su finalización.

⇒ **Oportunidad**: La atención de la salud debe asegurar la intervención oportuna sobre factores, riesgos y problemas de salud o enfermedad, en el momento mas temprano de su historia natural y frente a la percepción de necesidad por parte de las personas y las Comunidades.

⇒ **Personalización**: Las acciones de la atención de la salud deben considerar, comprender y respetar la condición humana de cada persona y grupos social, así como sentimientos, modos de vida, pautas culturales, valores y creencias de las personas.

⇒ **Participación**: Las personas y las comunidades deben ser sujetos y protagonistas activos del proceso de atención de salud, por lo tanto tienen derecho y el deber de intervenir y tomar parte activamente de las decisiones que tienen que ver con su vida y su salud.

⇒ **Responsabilidad**: Todos los actores sociales que intervienen en el proceso de atención de la salud deben asumir su responsabilidad en el cumplimiento de estos principios. El Estado, las Instituciones Prestatarias, las Entidades Profesionales, los Prestadores, los Profesionales y demás trabajadores de la salud, y los Usuarios.

Todas y cada una de la acciones emprendidas y/o comprendidas en el presente Modelo tienen un Marco Legal dado por las siguientes normativas:

- ✓ Ley de Carrera Sanitaria.-
- ✓ Normalización del Sistema Provincial de Salud bajo las Normas Nacionales de Garantía de Calidad en Salud.-

La resolución del conflicto en centralización y descentralización, entre lo central y lo local, forman parte de la lucha permanente que libra la humanidad para conseguir que cada individuo consiga realizarse en lo cotidiano como ser trascendente y artífice de su propio destino, en una sociedad solidaria y justa que lo contenga y donde él aporte su iniciativa y sus deseos de al menos, lograr ser feliz juntamente con el resto de sus semejantes.-

CUADROS Y GRÁFICOS

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
BIBLIOTECA
Dr. Manuel
Belgrano

Cuadro Nº 3.1.1. Total de Consultas de los Est. Asistenciales Públicos de la Prov. de La Pampa. Clasificadas por Zonas Sanitarias, Departamento, Localidad y Tipo de Consulta - Año 2003

Zona-Dpto y Localidad	Establecimiento	Consultas Médicas	Prestaciones Odontológicas	Total General de Consultas
TOTAL GRAL. DE LA PROVINCIA		1225811	163016	1388627
ZONA SANITARIA I		584422	71920	656342
Dpto. Atreucó		42974	7338	50312
Doblas	Dr. Pedro Novick	6616	741	7357
Macachín	Dr. Heraclio Luna	18619	2934	21553
Miguel Riglos	Dr. Antonio Olaiz	12468	3344	15812
Rolón	Dr. Diego B. Morón	4575	319	4894
Tomás M. Anchorena	Centro de Salud	696	0	696
Dpto. Capital		396782	51456	448238
Anguil	José Curci	5052	316	5368
Santa Rosa	Centro Sanitario	79610	26585	106195
	Dr. Lucio Molas	195591	5916	201507
	Rio Atuel	11078	1588	12666
	Mataderos	6586	1275	7861
	Los Hornos	4647	0	4647
	Villa Parque	14763	2605	17368
	Zona Norte	17455	3153	20608
	Dr. Guillermo Furst	8190	1066	9256
	Villa Santillán	12246	1271	13517
	Barrio Aeropuerto	12577	3148	15726
	Villa Germinal	4339	0	4339
	Nélida Maldonado	11050	1715	12765
	Evita	11850	2818	14668
	A. Miranda	1748	0	1748
Dpto. Catriló		40383	3161	43544
Catriló	Amada Gatica	30238	2451	32689
La Gloria	Centro de Salud nº 1	133	0	133
Lonquimay	Dr. Pablo Lecumberry	6028	523	6551
Uriburu	Dr. Julio Tapia	3984	187	4171
Dpto. Conhelo		10944	1805	12749
Winifreda	Juan Smith	10944	1805	12749
Dpto. Guatraché		44592	6507	50099
Alpachiri	Dr. Enrique Ferreti	13312	2063	15375
Cnia. Sta. Teresa	Dr. Alejandro Rost	2121	141	2262
General Campos	Dr. Juan Facca	6865	248	7113
Guatraché	Dr. Manuel Freire	22294	3055	25349
Dpto. Toay		45510	2491	48001
Toay	Dr. Segundo Taladriz	45510	2491	48001
Dpto .Utracán		3237	162	3399
Ataliva Roca	Ramón Carrillo	3237	162	3399

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública- Depto. Estadística Sanitaria.

Cuadro Nº 3.1.1. Total de Consultas de los Est. Asistenciales Públicos de la Prov. de La Pampa. Clasificadas por Zonas Sanitarias, Departamento, Localidad y Tipo de Consulta - Año 2003

Zona-Dpto y Localidad	Establecimiento	Consultas Médicas	Prestaciones Odontológicas	Total General de Consultas
ZONA SANITARIA II		447307	60238	507545
Dpto. Conhelo		46939	7114	54053
Conhelo	Francisco Del Callejo	5991	0	5991
Eduardo Castex	Dr. Pablo Lacoste	31432	6943	38375
	Srta. Mecha	1408	0	1408
	Mabel Koller	976	0	976
Monte Nievas	Centro de Salud	4504	171	4675
M. Mayer	Dr. Luis Colosio	2628	0	2628
Dpto. Chapaleufú		31869	6402	38271
Bernardo Larroudé	Dr. Alejandro Posadas	5064	0	5064
Ceballos	Dr. M. German	574	0	574
Cnel. Hilario Lagos	Dr. Juan Fentanez	2082	0	2082
Intendente Alvear	Dr. Reuman Enz	20466	6260	26726
Sarah	Centro de Salud	0	0	0
Vertiz	Dr. Ignacio Pirovano	3683	142	3825
Dpto. Maracó		195088	24974	220062
Agustoni	Centro de Salud	2067	214	2281
Dorila	Centro de Salud	1307	0	1307
General Pico	Gdor. Centeno	121401	9430	130831
	Guillermo Brown	8946	0	8946
	Energía y Progreso	15591	4504	20095
	Knobel	11053	4319	15372
	Frank Allan	12445	2829	15274
	Del Este	7543	0	7543
	José I. Rucci	10542	3678	14220
	Salvador Abudara	3411	0	3411
Speluzzi	Domingo Cabred	782	0	782
Dpto. Quemú Quemú		38697	4379	43076
Colonia Barón	Wilfrid Barón	12966	1915	14881
Miguel Cané	Dr. José Ingenieros	3546	225	3771
Quemú Quemú	Dr. Atilio Calandri	18084	2043	20127
	María Auxiliadora	0	0	0
Villa Mirasol	Angel Civalero	4101	196	4297
Dpto. Rancul		57157	6582	63739
Caleufú	Luis Petrelli	16126	2535	18661
Chamaicó	Centro de Salud	80	0	80
La Maruja	M. y V. Ghioldi	9702	674	10376
Parera	Armando Parodi	10624	598	11222
Pichi Huinca	Centro de Salud	372	0	372
Quetrequén	Centro de Salud	1958	0	1958
Rancul	José Padrós	18295	2775	21070
Dpto. Realicó		52550	8521	61071
Adolfo Van Praet	Centro de Salud	563	0	563
Alta Italia	Dr. Nestor Schanton	4455	644	5099
Embajador Martini	Samuel Halfon	7678	292	7970
Falucho	Centro de Salud	307	0	307
Ingeniero Luiggi	Dr. Justo Ferrari	14703	2761	17464

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública- Depto. Estadística Sanitaria.

Cuadro Nº 3.1.1. Total de Consultas de los Est. Asistenciales Públicos de la Prov. de La Pampa. Clasificadas por Zonas Sanitarias, Departamento, Localidad y Tipo de Consulta - Año 2003

Zona-Dpto y Localidad	Establecimiento	Consultas Médicas	Prestaciones Odontológicas	Total General de Consultas
Maissonave	Centro de Salud	409	0	409
Realicó	Virgilio T. Uriburu	24104	4824	28928
	Barrio Norte	331	0	331
Dpto. Trenel		25007	2266	27273
Arata	Dr. Aristides Granda	6078	555	6633
Metileo	Padre Castellaro	2537	0	2537
Trenel	Dr. Guillermo Rawson	13384	1711	15095
	Dr. Luis Argondiza	3008	0	3008
Zona Sanitaria III		138874	19341	158215
Dpto. Caleu Caleu		8754	742	9496
Anzoategui	Centro de Salud	0	0	0
La Adela	Centro de Salud	8754	742	9496
Dpto. Curacó		4050	0	4050
Gobernador Duval	Centro de Salud	627	0	627
Puelches	Centro de Salud	3423	0	3423
Dpto. Guatraché		25	0	25
Perú	Centro de Salud	25	0	25
Dpto. Hucal		39114	3010	42124
Abramo	Centro de Salud	900	244	1144
Bernasconi	Dr. Rogelio Amicarelli	9586	231	9817
Gral. San Martín	Dr. Luis Agote	10557	1773	12330
Jacinto Arauz	Dr. Juan Munuce	18071	762	18833
Dpto. Lihue Calel		416	0	416
Cuchillo Có	Centro de Salud	416	0	416
Dpto. Limay Mahuida		807	0	807
La Reforma	Centro de Salud	651	0	651
Limay Mahuida	Centro de Salud	156	0	156
Dpto. Puelén		27986	5819	33805
Cnia. 25 de Mayo	Dr. Jorge Ahuad	27502	5819	33321
Puelén	Centro de Salud	484	0	484
Dpto. Utracán		57722	9770	67492
Cnia Santa Maria	Maria Hollman	3482	0	3482
Chacharramendi	Centro de Salud	3031	0	3031
Quehué	Centro de Salud	1318	0	1318
General Acha	Padre Buodo	43002	9770	52772
	Dr. Roberto Pibotto	6772	0	6772
Unanue	Centro de Salud	117	0	117

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública- Depto. Estadística Sanitaria.

Cuadro Nº 3.1.1. Total de Consultas de los Est. Asistenciales Públicos de la Prov. de La Pampa. Clasificadas por Zonas Sanitarias, Departamento, Localidad y Tipo de Consulta - Año 2003

Zona-Dpto y Localidad	Establecimiento	Consultas Médicas	Prestaciones Odontológicas	Total General de Consultas
Zona Sanitaria IV		55008	11517	66525
Dpto. Chalileo		14487	2491	16978
Santa Isabel	Dr. Manuel Pérez	14487	2491	16978
Dpto. Chical Co		6058	188	6246
La Humada	Centro de Salud	5377	188	5565
Algarrobo del Aguila	Centro de Salud	681	0	681
Dpto. Loventue		34463	8838	43301
Carro Quemado	Centro de Salud	582	0	582
Loventué	Centro de Salud	27	0	27
Luan Toro	Francisco Liñón	4286	696	4982
Telén	Dra. Cecilia Grierson	6105	4157	10262
Victorica	Luisa P. de Pistarini	23463	3985	27448

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública- Depto. Estadística Sanitaria.

Cuadro Nº 3.1.2. Rendimiento hospitalario en los Est. Asist. Públicos. Según Zona Sanitaria, Dpto y Localidad - Año 2003

ZONA, DPTO LOCALIDAD	TOTAL EGRESOS	PORCENT. OCUPAC.	GIRO CAMA	PROM. DIAS ESTADA	TASA MORT. HOSPIT.
TOTAL GENERAL	**23928**	**42,68**	**30,65**	**4,84**	**2,95**
ZONA SANITARIA I	**10591**	**48,81**	**37,13**	**4,76**	**3,01**
ATREUCO	***654***	***26,10***	***19,01***	***4,68***	***3,67***
Doblas	147	27,75	16,29	6,44	2,72
Macachín	344	38,40	64,74	3,92	3,49
Miguel Riglos	100	14,49	12,50	2,26	5,00
Rolón	63	21,44	7,88	8,59	4,76
CAPITAL	***8213***	***58,77***	***44,30***	***4,87***	***2,81***
Santa Rosa	8213	58,77	44,30	4,87	2,81
CATRILO	***517***	***42,98***	***26,66***	***5,90***	***3,87***
Catriló	439	76,38	53,75	5,22	3,64
Lonquimay	51	17,81	6,21	10,55	5,88
Uriburu	27	21,04	8,98	8,22	3,70
GUATRACHE	***567***	***21,93***	***23,61***	***3,43***	***4,23***
Alpachiri	217	25,41	24,05	3,92	3,69
Guatraché	350	19,83	23,35	3,13	4,57
TOAY	***493***	***35,09***	***35,21***	***2,62***	***2,23***
Toay	493	35,09	35,21	2,62	2,23
CONHELO	***147***	***34,73***	***18,38***	***7,12***	***6,12***
Winifreda	147	34,73	18,38	7,12	6,12
ZONA SANITARIA II	**9023**	**41,10**	**27,33**	**5,46**	**3,14**
CONHELO	***514***	***15,97***	***21,43***	***2,72***	***4,86***
Eduardo Castex	514	15,97	21,43	2,72	4,86
CHAPALEUFU	***361***	***19,08***	***17,67***	***3,75***	***3,60***
Intendente Alvear	361	19,08	17,67	3,75	3,60
MARACO	***4601***	***56,72***	***45,30***	***4,63***	***3,04***
General Pico	4601	56,72	45,30	4,63	3,04
QUEMU QUEMU	***518***	***62,14***	***9,73***	***22,67***	***9,46***
Colonia Barón	127	37,47	15,83	2,52	5,51
Miguel Cané	82	62,09	5,84	40,70	9,76
Quemú Quemú	258	50,16	19,05	9,82	12,02
Villa Mirasol	51	82,46	2,88	108,90	5,88

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Depto. de Estadística Sanitaria.

Cuadro Nº 3.1.2. Rendimiento hospitalario en los Est. Asist. Públicos. Según Zona Sanitaria, Dpto y Localidad - Año 2003

ZONA, DPTO LOCALIDAD	TOTAL EGRESOS	PORCENT. OCUPAC.	GIRO CAMA	PROM. DIAS ESTADA	TASA MORT. HOSPIT.
RANCUL	***1188***	***13,84***	***25,16***	***2,04***	***1,73***
Caleufú	138	6,41	12,51	1,95	1,45
La Maruja	197	13,21	19,70	2,45	1,52
Parera	326	23,39	39,81	2,17	1,23
Rancul	527	14,40	29,28	1,82	1,33
REALICO	***1384***	***28,74***	***34,61***	***3,05***	***1,73***
Ingeniero Luiggi	177	12,95	12,64	3,80	2,26
Realicó	1207	37,24	46,45	2,94	1,66
TRENEL	***457***	***44,00***	***10,45***	***14,95***	***3,50***
Arata	47	8,17	8,20	3,57	4,26
Trenel	410	49,41	10,79	16,25	3,41
ZONA SANITARIA III	**3250**	**41,66**	**26,55**	**4,13**	**2,49**
HUCAL	***516***	***21,18***	***23,01***	***3,39***	***5,04***
Bernasconi	85	7,86	11,45	2,58	5,88
Gral San Martín	130	21,69	21,67	3,80	4,62
Jacinto Arauz	301	31,81	33,44	3,45	4,98
PUELEN	***714***	***30,31***	***30,58***	***3,38***	***1,40***
Col. 25 de Mayo	714	30,31	30,58	3,38	1,40
UTRACAN	***2020***	***51,11***	***26,35***	***4,58***	***2,23***
General Acha	2020	51,11	26,35	4,58	2,23
ZONA SANITARIA IV	**1064**	**16,91**	**24,78**	**2,56**	**2,07**
CHALILEO	***237***	***18,29***	***23,83***	***3,29***	***2,53***
Santa Isabel	237	18,29	23,83	3,29	2,53
LOVENTUE	***827***	***16,50***	***25,06***	***2,35***	***1,93***
Telén	75	6,88	9,38	2,84	1,33
Victorica	752	19,57	30,08	2,30	1,99

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Depto. de Estadística Sanitaria.

Cuadro 3.1.3. Población de los departamentos, egresos, consultas méd., promedio camas de establecimientos, oficiales informantes, valores absolutos y porcentuales, consultas por egreso, camas por mil habitantes - Año 2003

	ESTIMACION POBLACION - 2001		EGRESOS		CONSULTAS		CAMAS		CONSULTAS POR EGRESO	CAMAS POR MIL HABITANTES
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%		
ZONA SANITARIA I	**138673**	**45,88**	**10591**	**46,31**	**584422**	**54,633**	**288**	**36,41**	**55,18**	**2,08**
ATREUCO	10340	3,42	654	2,86	42974	4,017	35	4,42	65,71	3,38
CAPITAL	99439	32,90	8213	35,91	396782	37,092	186	23,51	48,31	1,87
CATRILO	6939	2,30	517	2,26	40383	3,775	21	2,65	78,11	3,03
GUATRACHE	9495	3,14	567	2,48	44592	4,169	24	3,03	78,65	2,53
TOAY	9638	3,19	493	2,16	45510	4,254	14	1,77	92,31	1,45
UTRACAN	576	0,19	0	0,00	3237	0,303	0	0,00	0,00	0,00
CONHELO	2246	0,74	147	0,64	10944	1,023	8	1,01	0,00	3,56
ZONA SANITARIA II	**119844**	**39,65**	**9023**	**39,45**	**447307**	**41,815**	**330**	**41,72**	**49,57**	**2,75**
CONHELO	12427	4,11	514	2,25	46939	4,388	24	3,03	91,32	1,93
CHAPALEUFU	10949	3,62	361	1,58	31869	2,979	21	2,65	88,28	1,92
MARACO	55775	18,45	4601	20,12	195088	18,237	97	12,26	42,40	1,74
QUEMU QUEMU	8803	2,91	518	2,26	38697	3,617	55	6,95	74,70	6,25
RANCUL	10910	3,61	1188	5,19	57157	5,343	49	6,19	48,11	4,49
REALICO	15580	5,15	1384	6,05	52550	4,912	40	5,06	37,97	2,57
TRENEL	5400	1,79	457	2,00	25007	2,338	44	5,56	54,72	8,15
ZONA SANITARIA III	**34306**	**11,35**	**3250**	**14,21**	**138874**	**12,982**	**157**	**19,85**	**42,73**	**4,58**
CALEU CALEU	2112	0,70	0	0,00	8754	0,818	0	0,00	0,00	0,00
CURACO	907	0,30	0	0,00	4050	0,379	0	0,00	0,00	0,00
GUATRACHE	29	0,01	0	0,00	25	0,002	0	0,00	0,00	0,00
HUCAL	7922	2,62	516	2,26	39114	3,656	23	2,91	75,80	2,90
LIHUEL CALEL	553	0,18	0	0,00	416	0,039	0	0,00	0,00	0,00
LIMAY MAHUIDA	476	0,16	0	0,00	807	0,075	0	0,00	0,00	0,00
PUELEN	8059	2,67	714	3,12	27986	2,616	23	2,91	39,20	2,85
UTRACAN	14248	4,71	2020	8,83	57722	5,396	111	14,03	28,58	7,79
ZONA SANITARIA IV	**12885**	**4,26**	**1064**	**4,65**	**55008**	**5,142**	**46**	**5,82**	**51,70**	**3,57**
CHALILEO	2580	0,85	237	1,04	14487	1,354	10	1,26	61,13	3,88
CHICALCO	1638	0,54	0	0,00	6058	0,566	2	0,25	0,00	1,22
LOVENTUE	8667	2,87	827	3,62	34463	3,222	34	4,30	41,67	3,92
TOTAL PROVINCIA	**305708**	**100,00**	**23928**	**100,00**	**1225611**	**100,00**	**821**	**100,00**	**51,22**	**2,69**

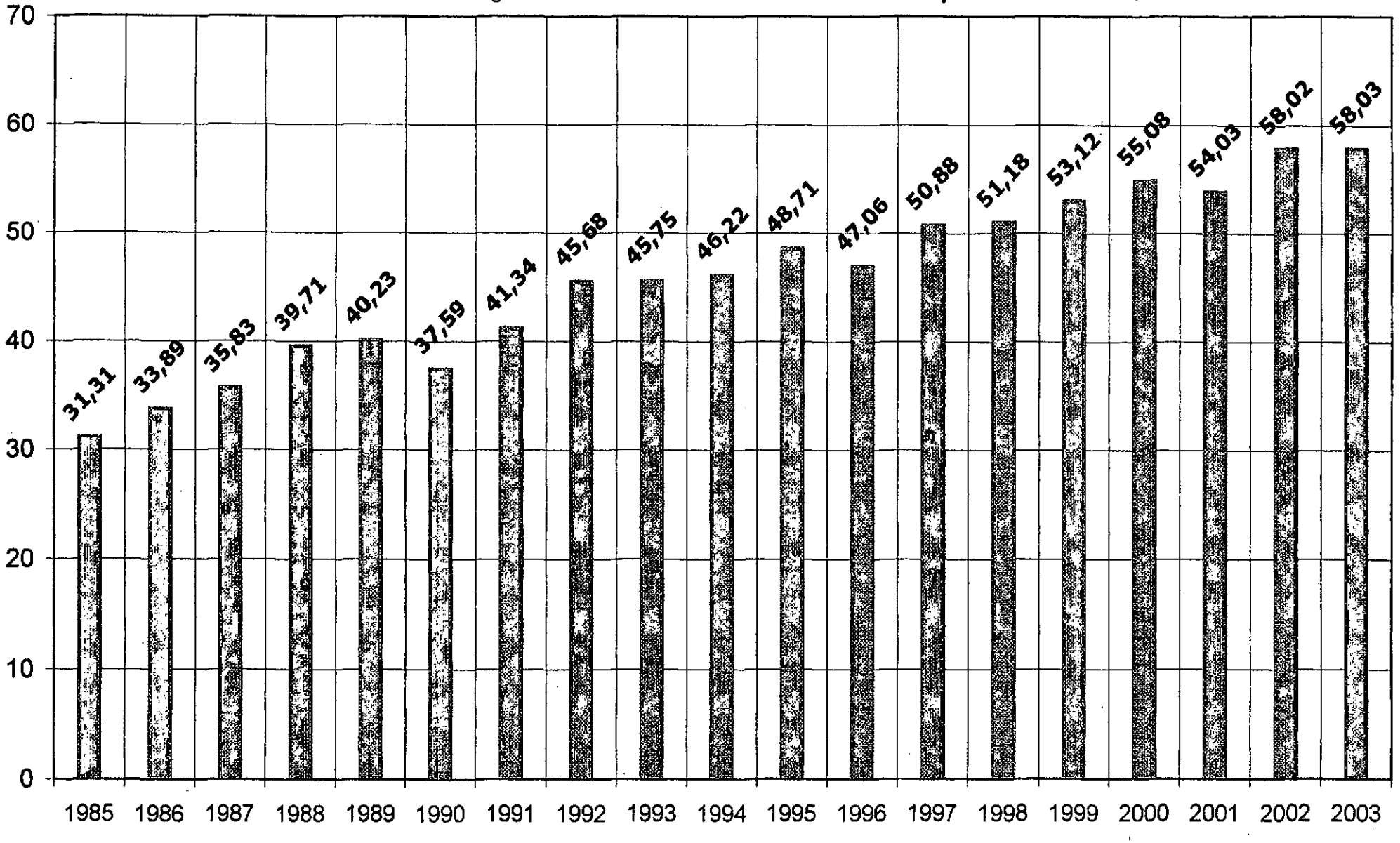
Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadística Sanitaria

Cuadro Nº 3.1.4. Consultas Médicas y Egresos de Est. Asist. Públicos, clasificadas por Departamento y Zona Sanitaria. Período 1999-2003

	1999		2000		2001		2002		2003	
	CONSULTAS	EGRESOS	CONSULTAS	EGRESOS	CONSULTAS	EGRESOS	CONSULTAS	EGRESOS	CONSULTAS	EGRESOS
ZONA SANITARIA I	461777	9269	488918	9675	524728	9564	547052	9844	584422	10591
ATREUCO	38880	723	41556	602	43057	588	42271	580	42974	654
CAPITAL	316790	6991	338017	7479	361399	7355	380469	7729	396782	8213
CATRILO	20991	345	29026	331	30341	364	32783	469	40383	517
CONHELLO	8657	120	8724	91	12177	78	9494	83	10944	147
GUATRACHE	35992	604	39017	669	41799	677	42713	525	44592	567
TOAY	37255	486	28975	503	33536	502	36901	458	45510	493
UTRACAN	3212	0	3603	0	2419	0	2421	0	3237	0
ZONA SANITARIA II	381790	8888	403558	8949	428327	9336	437278	9249	447397	9023
CONHELO	44584	590	45673	592	43596	533	46406	479	46939	514
CHAPALEUFU	30792	447	29598	394	34873	368	31757	339	31869	361
MARACO	149670	4405	163942	4641	175176	4782	187435	4893	195088	4601
QUEMU QUEMU	38291	514	37014	470	38284	482	37725	521	38697	518
RANCUL	46638	1007	50048	921	53541	1079	54775	1103	57157	1188
REALICO	51265	1323	52268	1328	52341	1431	53729	1412	52550	1384
TRENEL	20550	602	25015	603	30516	661	25451	502	25007	457
ZONA SANITARIA III	112977	2716	118658	2523	129004	2875	132170	2927	138874	3250
CALEU CALEU	6964	0	7792	0	7396	0	7811	0	8754	0
CURACO	2502	0	3053	0	3556	0	3954	0	4050	0
GUATRACHE	2	0	0	0	4	0	185	0	25	0
HUCAL	32061	583	31249	447	36338	442	37943	508	39114	516
LIHUEL CALEL	743	0	519	0	410	0	322	0	416	0
LIMAY MAHUIDA	548	0	355	0	625	0	596	0	807	0
PUELEN	24877	770	25139	563	25917	602	27253	577	27986	714
UTRACAN	45280	1363	50551	1513	54758	1831	54106	1842	57722	2020
ZONA SANITARIA IV	48747	846	50635	879	50136	808	53231	852	55008	1064
CHALILEO	11146	142	12287	162	11895	167	12304	185	14487	237
CHICALCO	5505	0	4758	0	5486	0	5770	0	6058	0
LOVENTUE	32096	704	33590	717	32755	641	35157	667	34463	827
TOTAL PROVINCIA	1005291	21719	1061769	22026	1132195	22583	1169731	22872	1225641	23928

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadística Sanitaria

Gráfico Nº 1. Relación Egreso - Consulta en establecimientos asistenciales públicos. Período 1985 - 2003



Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadística Sanitaria

Cuadro Nº 3.2.1. Hechos Vitales Registrados - Período 1983 - 2003

AÑO	POBLACION	TASA DE NATALIDAD	TASA DE MORTALIDAD GENERAL	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
1983	218747	23,1	7,9	26,9
1984	224647	22,4	7,3	28,8
1985	228182	23,0	7,4	23,8
1986	231976	24,1	7,3	27,9
1987	235630	23,1	7,2	21,3
1988	240966	23,4	8,1	24,3
1989	245049	23,1	7,4	24,1
1990	249129	23,3	7,5	21,6
1991	259996	23,3	7,1	17,7
1992	266417	22,2	7,1	20,7
1993	270115	20,8	7,3	17,3
1994	273888	20,8	7,0	13,9
1995	277275	20,5	7,5	16,4
1996	281090	20,4	7,1	11,7
1997	287208	21,1	7,2	11,4
1998	292494	18,8	7,3	12,4
1999	295874	18,6	7,4	15,1
2000	299337	18,5	7,3	14,5
2001	299134	17,91	7,1	11,0
2002	302273	17,46	7,4	12,3
2003	305708	18,7	7,8	10,8

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadistica Sanitaria

Cuadro 3.2.2. Defunciones Menores de 28 días de edad.Según causas de muerte de acuerdo a criterios de reducibilidad. Año 2003

TOTAL GENERAL	**39**	**100,0**
REDUCIBLES POR PREVENCION, DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL EMBARAZO.	**18**	**46,1**
* Feto y recién nacido afectados por complicaciones matemos del embarazo (P 01 - excepto P 01,7)	2	
* Trastornos fetales relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, NCOP (P 07 excepto P 07,2)	10	
* Dificultad respiratoria del recién nacido (P 22 excepto P 22, 1)	6	
REDUCIBLES POR PREVENCION, DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL PARTO.	**5**	**12,8**
* Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta del cordón umbilical y de las membranas - (P 02 excepto P 02,0)	1	
* Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto (P03)	1	
* Hipoxia intrauterina (P 20 excepto P 20,0)	2	
* Hemorragia intracraneal del feto y del recién nacido(P52)	1	
REDUCIBLES POR PREVENCION, DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL RECIEN NACIDO	**4**	**10,3**
* Otras apneas del recién nacido (P 28)	3	
* Trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido (P76-P78)	1	
OTRAS REDUCIBLES	**0**	**0,0**
DIFICILMENTE REDUCIBLES	**11**	**28,2**
* Hemangioma y linfangioma de cualquier citio (D18)	1	
* Agranulocitosis (D70)	1	
* Malformación congénitas del sistema circulatorio (Q 20 - Q 28 excepto Q 25,0)	3	
* Osteocondrodisplasia con defecto del crecimento de los huesos largos y de la columna vertebral (Q77)	1	
* Otras osteocondrodisplasias (Q78)	1	
* Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte (Q89)	4	
OTRAS CAUSAS	**1**	**2,6**
* Resto de causas bien definidas no clasificadas en otra parte.	1	

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadística Sanitaria

Cuadro 3.2.3. Defunciones de 28 días a 11 meses de edad. Según Causas de Muerte de acuerdo a criterios de reducibilidad. Año 2003

CAUSAS	2003	PORCENTAJE
TOTAL GENERAL	**23**	**100,0**
REDUCIBLES POR PREVENCION	**0**	**0,0**
REDUCIBLES POR TRATAMIENTO	**2**	**8,7**
* Otras septicemias (A41)	1	
* Coagulación intravascular diseminada (Sindrome de desfibrinación) (D65)	1	
REDUCIBLES POR PREVENCION Y TRATAMIENTO	**10**	**43,6**
* Infección meningócocica (A39)	1	
* Bronconeumonía, no especificada (J18,0)	2	
* Neumonía, no especificada (J18,9)	1	
* Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (J20-J22)	4	
* Otros problemas respiratoriosde recién nacido, originados en el período perinatal (P28) (Exépto P28,0 - P 28,1 - P 28,9)	1	
* Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	1	
OTRAS REDUCIBLES	**7**	**30,4**
* Causas externas de mortalidad y morbilidad (V01 - Y99)	7	
DIFICILMENTE REDUCIBLES	**3**	**13,0**
* Encefalitis, mielitis y encefalomielitis (G04)	1	
* Otras enfermedades cardiopulmonares (I27)	1	
* Anomalías cromosómicas, no clasificadasen otra parte (Q90 - Q99)	1	
OTRAS CAUSAS	**1**	**4,3**
* Resto de causas bien definidas no clasicadas en otra parte	1	

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadística Sanitaria

Cuadro 3.2.4. Defunciones por Agrupamiento de causas. Porcentajes y tasas por 100.000 habitantes con residencia en la provincia de La Pampa - Año 2003

AGRUPAMIENTO DE CAUSAS	TOTAL	PORCENTAJE	TASAS
I. CIERTAS ENFERM. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	46	2,00	15,38
II. TUMORES (NEOPLASIAS)	541	23,55	180,86
III. ENF. DE LA SANGRE, ORG. HEMATOP. TRASTORNOS INMUNOL.	11	0,48	3,68
IV. ENF. ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	98	4,27	32,76
V. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	26	1,13	8,69
VI. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	63	2,74	21,06
VII. ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0	0,00	0,00
VIII. ENFERMEDADES DEL OIDO Y APÓFISIS MASTOIDES	0	0,00	0,00
IX. ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	822	35,79	274,79
X. ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	288	12,54	96,28
XI. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	109	4,75	36,44
XII. ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	16	0,70	5,35
XIII. ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	3	0,13	1,00
XIV. ENF. DEL SISTEMA GENITOURINARIO	52	2,26	17,38
XV. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	3	0,13	1,00
XVI. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	29	1,26	9,69
XVII. MALF. CONGENITAS DEFORMIDAD Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	18	0,78	6,02
XIX. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	172	7,49	57,50
TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES	0	0,00	0,00
TOTAL CAUSAS BIEN DEFINIDAS	**2297**	**96,55**	**767,88**
XVIII. SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZ. ANORM, CLINIC. Y DE LABORATORIO	82	3,45	27,41
TOTAL GENERAL	**2379**	**100,00**	**795,30**

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadística Sanitaria

Cuadro 3.2.5. Defunciones Generales clasificadas según lugar de ocurrencia y sui posee Obra Social - Año 2003

LUGAR DE OCURRENCIA	TOTAL	OBRA SOCIAL	PLAN DE SALUD	OBRA SOC. Y PLAN	NINGUNO
TOTAL	**2379**	**1807**	**26**	**4**	**542**
ESTABLEC. PUBLICO	**828**	491	10	1	326
ESTABLEC. PRIVADO	**597**	554	6	1	36
VIVIENDA PARTICULAR	**670**	545	4	1	120
OTRO LUGAR	**284**	217	6	1	60
SIN ESPECIFIC.	**0**	0	0	0	0

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Estadística sanitaria