

O/M. 411
G 29

44615

PROVINCIA DE TUCUMÁN

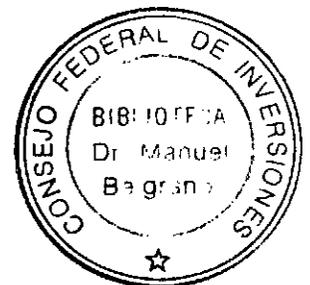
CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Proyecto:

**SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA
PROVINCIA DE TUCUMÁN**

INFORME FINAL

Experto: Doctora Laura Grynberg



ABRIL DE 2005

INDICE

	Página
Resumen ejecutivo	5
Actividad 1: Relevamiento de todos los programas de Atención Primaria de la Salud con financiamiento provincial	7
Acciones del Instituto Provincial de Lucha contra el Alcoholismo (IPLA)	7
Acciones de la Secretaría de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones	8
Acciones del Departamento de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar	11
Internación de Niños, Adolescentes y Adultos Mayores	13
Sistema para el Monitoreo de la Atención Primaria de la Salud	15
.....	
Actividad 2: Relevamiento de todos los programas de Atención Primaria de la Salud con financiamiento nacional	18
Plan Nacional de Seguridad Alimentaria	18
Programa Federal de Salud (PROFE)	20
Programa de Refuerzo Alimentario para Familias en Riesgo Nutricional	23
Programas Prioritarios para Agentes Sanitarios	25
Programa Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (Programa ANAHI)	26
Propuesta de Programas de Riesgo Sanitario Nutricional y de Programa Alimentario Institucional	28
Programa de Salud Mental	29
Programa Integrado de Salud	31
.....	
Actividad 3: Relevamiento de todos los programas de Atención Primaria de la Salud con otros tipos de financiamiento	36
Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS	36
Programa Nacional de Salud Materno-Infanto-Juvenil	38
Programa Nacional de Inmunizaciones	43
Programa Nacional de Control de Vectores	46

Programa de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños	50
Programa del Control de la Diarrea en Niños	51
Programa de Control de Tuberculosis	52
Programa REMEDIAR	54
Programas de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS)	54
Programa de Educación Alimentaria y Nutricional	56

.....

Actividad 4: Relevamiento de Programas de Atención

Primaria de la Salud implementados a nivel Nacional	57
Programa Nacional de Médicos Comunitarios	57
Programa Federal de Salud (PROFE)	59
Programa Maternoinfantil (PROMIN)	61
Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)	66
Programa Nacional de Recursos Humanos para la Atención Primaria de la Salud	69
Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes	71
Programa CARMEN-CINDI	74
Programa de Control de Lepra	77
Programa de lucha contra los retrovirus del humano VIH-SIDA y ETS	79
Programa Nacional de Inmunizaciones	82
Programa de Prevención y Control de Intoxicación	84
Programa Nacional de control de Cáncer	86
Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de mama	86
Subprograma de Detección precoz del Cáncer de cuello uterino	87
Subprograma Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas	89
Programa de Salud del Trabajador	90
Programa de Salud Bucal	91
Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades-VIGI-A	93
Programa REMEDIAR	95

.....

Actividad 5: Relevamiento de Programas de Atención

Primaria de la Salud implementados a nivel del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires	98
--	-----------

Programa de Vigilancia Nutricional	98
Programa de SIDA	99
Programa de Diabetes	101
Programa de Discapacidad	104
Programa de Salud para Adultos Mayores (PROSAM)	106
Programa de Epilepsia	108
Programa Maternoinfantil (PROMIN)	109
Programa de Inmunizaciones	111
Programa de Prevención del Cáncer Genitomamario	112
Programa de Médicos de Cabecera	113
Programa de Salud Mental	115
Comparación con Programas implementados en la Provincia de Tucumán	118
.....	
Actividad 6: Análisis de la situación de acuerdo a los datos previos	121
Reseña demográfica de la Provincia	121
Reseña de recursos asignados al área de Atención Primaria de la Salud	124
Impacto de los Programas en los índices demográficos	132
Conclusiones	156
.....	
Fuentes Consultadas	163

Resumen Ejecutivo

El objetivo del presente trabajo fue la realización de un relevamiento de los diferentes programas de Atención Primaria de la Salud (APS) implementados en la Provincia de Tucumán, su comparación con los programas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los del Ministerio de Salud de la Nación, y un posterior análisis de la situación de la APS a nivel provincial, en el contexto de los datos demográficos y los recursos con que cuenta la provincia.

Las actividades 1 a 3 consistieron en el Relevamiento de todos los programas de Atención Primaria de la Salud de la Provincia de Tucumán con financiamiento provincial, nacional u otros tipos de financiamiento. Para ello se utilizaron como fuentes principalmente los datos provistos por el Ministerio de Salud de la provincia y el Si.Pro.Sa.

Posteriormente a esta serie de actividades se procedió al relevamiento y comparación con Programas instituidos a nivel nacional, así como relevamiento y comparación con Programas instituidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Con este fin se utilizaron los datos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, así como numerosos documentos y leyes comentados en la bibliografía adjunta.

Por último, se procedió, de acuerdo a los datos recabados previamente, al análisis de la Situación de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Tucumán, considerando los aspectos demográficos, índices sanitarios y recursos provinciales destinados a la APS. El análisis incluyó una evaluación del impacto de los programas de APS sobre los índices sanitarios, una serie de conclusiones específicas relacionadas con cada programa y algunas consideraciones generales sobre las necesidades del sistema de salud.

Las principales conclusiones se relacionaron con la necesidad de una mayor asignación de recursos económicos al área de la APS, así como una redistribución de los mismos hacia actividades de educación y prevención, y

una jerarquización de la salud maternoinfantil en el contexto de una población con altas tasas de crecimiento y alarmantes cifras de morbilidad maternoinfantil.

Teniendo en cuenta esto, se procede a la presentación del mismo.

**Actividad 1- Relevamiento de Programas de Atención Primaria
de la Salud con financiamiento provincial**

**Acciones del Instituto Provincial de Lucha contra el
Alcoholismo (IPLA)**

Dirección

San Martín 967 - San Miguel de Tucumán (4000) Tucumán.
Tel/Fax: (0381) 4213723 ó 4213671.

Institución Responsable

Instituto Provincial de Lucha contra el Alcoholismo (IPLA).
Ministerio de Seguridad de la Provincia.

Responsable del Instituto

C.P.N Alicia Noemí Belmonte.

Objetivos

- Administrar los permisos a los comerciantes para expender bebidas alcohólicas, controlando y sancionando a quienes violen la Ley Provincial 6600.
- Recaudar los importes por los permisos para el expendio de bebidas alcohólicas y por las multas que se aplican ante las infracciones a la Ley 6600.

Bienes y/o servicios que brinda

Otorga permisos para la venta de bebidas alcohólicas.

Población Beneficiaria

La comunidad en general.

Modalidad de Ejecución

Actividades administrativas, contables y jurídicas, en la sede central del instituto.

Criterios de Accesibilidad

Por diferentes trámites dirigirse a la sede central de la calle San Martín 967 1° y 2° piso, San Miguel de Tucumán.

Recursos Económicos

Los del Instituto Provincial, las acciones no tienen partida presupuestaria específica del Ministerio de Salud provincial.

Año de Implementación

1997 (ley 24.788).

Acciones de la Secretaría de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones

Dirección

Corrientes n° 227 San Miguel de Tucumán 4000 (Sede Provisoria)TE 4210977.

E-Mail: adicciones@tucuman.gov.ar

La Rioja 523. San Miguel de Tucumán (4000). Tel/fax: (0381) 4244963.

Institución Responsable

Secretaría de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

Responsable del Programa

Dr. Alfredo Miroli.

Jefa del Departamento Técnico: Dra. Graciela Boscarino.

Objetivos

- Reducir la demanda del consumo de sustancias químicas psicoactivas adictivas.
- Asistir a las personas y familias en relación al uso de sustancias químicas psicoactivas adictivas.
- Sensibilizar, concientizar, informar y formar a jóvenes, padres, líderes y dirigentes comunitarios, religiosos, profesionales, funcionarios, docentes, formadores de opinión, comunicadores sociales, empresarios, etc., del sector público y privado, para la prevención del uso indebido de alcohol y/o de drogas.
- Motivar e implementar acciones de capacitación y/o actualización para preventores, profesionales de la salud, docentes y otras profesiones relacionadas con la temática para la investigación, prevención, asistencia y recuperación del paciente alcohólico y/o drogadependiente.

Bienes y Servicios que Brinda

- Charlas-debate preventivas para la comunidad.
- Capacitación para preventores comunitarios.
- Capacitación para la atención del paciente en relación con sustancias químicas psicoactivas adictivas.
- Capacitación para la atención de la urgencia toxicológica aguda.
- Monitoreo y supervisión de programas e instituciones de prevención y/o asistencia en drogadependencia.
- Relevamientos epidemiológicos periódicos.
- Asistencia a la persona en relación con sustancias químicas psicoactivas adictivas.
- Atención integral de enfermos alcohólicos: provisión gratuita de medicamentos, terapias individuales de pareja y familiares, control y seguimiento de casos.

Población Beneficiaria

Comunidad en general.

Localización

Toda la Provincia.

Modalidad de Ejecución

- **Prevención comunitaria:** personal de la Secretaría trabaja en coordinación con comunas rurales, municipios, instituciones educativas, O.N.Gs, etc, para desarrollar actividades de prevención comunitaria.
- **Capacitación:** personal de la Secretaría en coordinación con organismos especializados organizan actividades de capacitación.
- **Asistencia:** la realiza el personal de la Secretaría y/o Instituciones Especializadas por derivación desde la Secretaría. En relación al enfermo alcohólico: actividades asistenciales en el Hospital Padilla y en consultorios externos en los hospitales de cabecera del sur de la provincia: en Trancas, Concepción y Monteros.

Criterios de Accesibilidad

Prevención Comunitaria: Mediante simple nota de pedido de la Institución organizadora.

Capacitación: Mediante inscripción en su Municipio o Comuna Rural, cuando se realice la actividad de capacitación en la localidad.

Capacitación en Asistencia: Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, etc., interesados en la temática, inscripción en la Secretaría.

Capacitación en Atención de la Urgencia Toxicológica Aguda: Para médicos de guardia de los Hospitales Públicos, C.A.P.S. y otros servicios de salud pública y privada. Inscripción en la Secretaría.

Asistencia: Por derivación judicial o institucional (Sistema de Salud, Minoridad, Educación, etc.).

Por presentación espontánea. Se requiere no contar con cobertura social y/o ingresos en el grupo familiar que le permita cubrir el tratamiento en el sector privado. Entrevista de admisión.

Recursos Económicos

El presupuesto 2005 estima una suma de \$258.000 destinada a la capacitación en el área mencionada.

Año de Implementación

2004.

**Acciones del Departamento de Prevención y Asistencia de la
Violencia Familiar****Dirección**

Las Piedras 530 3° piso - San Miguel de Tucumán (4000) Tucumán

Tel: (0381) 4308726.

Institución Responsable

Dirección de Familia, Niñez, Adolescencia y Adultos mayores.

Secretaría de Estado de Desarrollo Social.

Secretaría General de Políticas Sociales.

Responsable del Programa

Lic. Rosa Alastuey de Parra Magariños.

Equipo técnico: Lic. Rafael Krasnogor.

T.S. Mirta Rosa Diarte.

Objetivos

- Prevenir y asistir en casos de violencia familiar.
- Concientizar, sensibilizar y movilizar cambios de actitudes y conductas no violentas.
- Brindar asistencia psicológica, social y legal a víctimas y victimarios.
- Realizar el seguimiento y control de los casos que se presentan.

Bienes y/o servicios que brinda

- Recepción de denuncias de violencia familiar (personal, telefónicas, anónimos, de otros Departamentos e instituciones).
- Admisión de casos: entrevistas psicológicas (individuales, de parejas), diagnóstico de crisis, tratamiento psicológico, tratamiento social.

- Derivación mediante informe a tribunales, seguimiento y control.
- Derivación a otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales (hospitales generales, psiquiátricos, de atención a la adicción, alcoholismo).
- Charlas, seminarios, talleres de prevención en escuelas, CAPS, guarderías hospitalares, etc.
- Información y orientación a profesionales y estudiantes secundarios y universitarios.

Población Beneficiaria

Población afectada por episodios de violencia familiar.

Localización

Toda la Provincia.

Modalidad de Ejecución

Los servicios son ejecutados por profesionales del departamento.

Cuando es necesario se deriva mediante informe a tribunales y se coordina la atención con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales (hospitales generales, psiquiátricos, de atención a la adicción, alcoholismo, etc.)

Se realizan convenios de cooperación con Facultades, Defensoría del Pueblo, Colegio de Abogados, etc.

Criterios de Accesibilidad

La población interesada debe concurrir personal o telefónicamente a la sede del Departamento.

Recursos Económicos

No se cuenta con una partida presupuestaria específicamente destinada para estas actividades.

Año de Implementación

2000.

Internación de Niños, Adolescentes y Adultos Mayores

Dirección

Las Piedras 530, 3° Piso - San Miguel de Tucumán (4000) Tucumán.

Tel: (0381) 4310980.

Institución Responsable

Dirección de Familia, Niñez, Adolescencia y Adultos mayores.

Secretaría de Estado de Desarrollo Social.

Secretaría General de Políticas Sociales.

Responsable del Programa

Profesora María Teresa Carmona de Canals (Directora Familia, niñez, adolescencia y adultos mayores).

Lic. Mirta Liliana Medina (Subdirectora Familia, niñez, adolescencia y adultos mayores).

Objetivos

- Albergar niños, adolescentes y adultos mayores en institutos cuando por diferentes circunstancias no puedan insertarse en su medio familiar, procurando paliar situaciones de abandono y desprotección y como alternativa posible de contención.
- Procurar el egreso y reinserción familiar y social de los niños y adolescentes a través de programas alternativos en el menor plazo posible.
- Brindar a los adolescentes en conflicto con la ley la contención y el tratamiento correspondiente.

Bienes y/o servicios que brinda

- Recepción de los pedidos de internación.
- Elaboración de informes psicológicos y sociales.
- Coordinación y derivación a otras instituciones.
- Asistencia material, social, psicológica, médica y educativa.

Población Beneficiaria

Menores y adultos mayores en situación de vulnerabilidad social.

Localización

Toda la provincia.

Modalidad de Ejecución

El personal técnico recepciona los pedidos de internación. Los mismos se realizan en forma personal, a través de otros Departamentos o del Poder Judicial.

A partir del diagnóstico realizado por el personal del servicio, se determina la conveniencia o no de la internación.

En caso de no proceder a la internación se diseña un tratamiento y se coordina y deriva hacia otras dependencias del Estado.

Cuando los pedidos son solicitados por el Instituto de Maternidad o el Poder Judicial, se procede a la internación inmediata en cumplimiento de oficio.

Criterios de Accesibilidad

Para acceder al programa, los interesados realizan una entrevista para la exposición de los motivos que originan la solicitud. Es preciso llevar la documentación personal.

Criterio de Focalización

El programa se dirige a niños, adolescentes menores y adultos mayores cuyos padres o familia ampliada no pueden asumir las responsabilidades de su cuidado y se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Esto puede deberse a diferentes causas: abandono o fallecimiento de los padres y negativa de la familia ampliada para hacerse cargo, malos tratos y/o explotación, rechazo y expulsión familiar, embarazo adolescente sin contención familiar, causa policial, carecer de guardador legal, carencias familiares múltiples que imposibilitan el cuidado por parte del núcleo familiar o causa judicial.

Recursos Económicos

La Dirección de Familia, Niñez, Adolescencia y Adultos Mayores no cuenta con una partida presupuestaria específicamente asignada.

Año de Implementación

1977.

Sistema para el Monitoreo de la Atención Primaria de la Salud

Institución Responsable

Sistema Provincial de Salud.

Responsable del proyecto

Teresa Madariaga, Dirección General de Planificación del Si.Pro.Sa.

Objetivos

- Desarrollar una herramienta para la toma de decisiones en atención primaria, conformando un sistema de información que vincule los datos de los servicios y la comunidad al área de responsabilidad de los mismos.
- Elaborar un mapa interactivo que permita la visualización de las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población de cada área de responsabilidad de los servicios, así como la oferta de los efectores del sistema provincial de salud.
- Identificar recursos comunitarios con capacidad de participar en actividades intersectoriales de promoción de salud.
- Desarrollar una serie de indicadores básicos para el monitoreo de las acciones de salud que se llevan a cabo en los servicios de los distintos niveles y la evaluación de los resultados de las mismas en la salud de la población.

- Desarrollar un método práctico para conocer algunos determinantes y condicionantes de la salud colectiva para la toma de decisiones fundadas con enfoque de riesgo tanto en el nivel local como regional.
- Aplicar un método que permita determinar la localización de las necesidades de servicios de salud y la optimización de la red de servicios existentes.

Bienes y/o servicios que brinda

Información sobre áreas de responsabilidad de CAPS y hospitales provinciales, establecimientos de salud del Gran San Miguel de Tucumán, consultas anuales según áreas de responsabilidad, densidad poblacional y distribución de establecimientos de salud, partos esperados y atendidos según áreas operativas, detección de cáncer cervicocomamario en áreas de referencia, mapa físico de las áreas oeste y sur, áreas operativas del área este.

Población Beneficiaria

Toda la población.

Localización

Toda la Provincia.

Modalidad de Ejecución

Será realizado en 2 etapas. La fase 1 comprende:

- Ubicación geográfica de cada uno de los servicios de salud de la provincia mediante los datos de latitud y longitud.
- Definición de "áreas de responsabilidad" refiriéndolas a radios y fracciones censales.
- Definición de la población asociada a cada uno de ellos en base al censo 2001 para cada uno de los servicios de salud.
- Vinculación de cada servicio con datos como: oferta de servicios, producción y demás datos seleccionados, incluyendo los nuevos indicadores que se desarrollarán según lo planteado en los objetivos de esta investigación.

- Análisis de la información a los fines de definir las intervenciones necesarias para la optimización de la red de servicios y para establecer los componentes y niveles de la regionalización del Si.Pro.Sa.

Fase 2:

Montaje del sistema de información ágil para la toma de decisiones local y el monitoreo de los indicadores seleccionados, con los recursos institucionales del Si.Pro.Sa. y UNT, a través de los convenios preexistentes y a suscribir.

Recursos humanos

Equipos de cada área operativa para definición de áreas de responsabilidad.
Agentes sanitarios.

Recursos institucionales

Los del Si.Pro.Sa y la UNT.

Sistemas satelitales de Información geográficos (SIG) del Instituto de estudios Geográficos de la Facultad de Filosofía y Letras.

Recursos Económicos

El Programa no cuenta aún con una partida presupuestaria específica.

Necesidades

Incorporar indicadores de equidad, desempeño de los servicios y distribución de costos en los servicios.

Implementar fase 2.

Año de implementación

La primera fase se realizó en el año 2003, resta implementar la segunda.

Actividad 2- Relevamiento de Programas de Atención Primaria de la Salud con financiamiento a nivel nacional

Plan Nacional de Seguridad Alimentaria

Dirección

Las Piedras 530 3º piso San Miguel de Tucumán (4000).

Tel: (0381) 4301632.

Institución Responsable

Dirección de Políticas Sociales.

Secretaría de Estado de Desarrollo Social.

Secretaría General de Políticas Sociales.

Municipios y Comunas de la provincia.

Responsables del Programa

Lic María Peñalver de Carpio.

A.S. Noemí Ponce.

Objetivos

- Brindar asistencia alimentaria a familias cuya situación socioeconómica vulnerable le produce serias deficiencias nutricionales, permitiendo el acceso a alimentos indispensables para su mantenimiento.
- Atender en forma directa la problemática nutricional de niños de 2 a 6 años provenientes de hogares socioeconómicamente desfavorecidos, permitiendo el acceso a una alimentación suficiente que favorezca su desarrollo integral.

Bienes y/o servicios que brinda

Módulos Alimentarios: entrega mensual de módulos de alimentos. Se entregan además módulos diferenciados para desnutridos que distribuye el Sistema de Salud.

Comedores Infantiles y Comunitarios:

Subsidio para almuerzos diarios (de lunes a viernes).

Capacitación en:

Aspectos nutricionales, deportivos, prevención de la violencia intrafamiliar, prevención del uso indebido de drogas.

Gestión, organización administrativa y gestión institucional.

Población beneficiaria

Hogares en situación de riesgo social.

Niños y adultos que asisten a los Comedores Infantiles y Comunitarios.

Se calcula que hasta el 2004 se habían entregado alrededor de 97.000 módulos alimentarios.

Localización

Toda la Provincia.

Modalidad de Ejecución

El programa se ejecuta a partir de dos componentes básicos: Módulos Alimentarios y Comedores Infantiles y Comunitarios.

La entrega de los módulos alimentarios se realiza a través de Municipios o Comunas que son los encargados del control del padrón y de la ejecución de acciones complementarias que potencien el impacto del programa (capacitación en temas nutricionales y proyectos de auto producción de alimentos) según convenio firmado entre éstos y la provincia.

El componente refuerzo a comedores se ejecuta centralizadamente. Municipios y Comunas realizan el acompañamiento al comedor en aspectos nutricionales y de funcionamiento general según convenio firmado con la provincia.

En relación a la capacitación se coordinan esfuerzos con el Programa Pro-Huerta en el dictado de talleres de capacitación en horticultura.

Criterios de Focalización

El Programa estará destinado a la atención de familias con NBI y/o por debajo de la línea de pobreza con las siguientes características:

a) hijos menores de 18 años a cargo.

- b) ancianos o discapacitados sin beneficios a su cargo.
- c) embarazadas como jefa de familia o como integrante a cargo.

Criterios de Accesibilidad

En esta segunda etapa el programa trabaja con los beneficiarios ya seleccionados.

En el componente módulos alimentarios los beneficiarios surgen de los ya seleccionados como beneficiarios del componente tickets del Programa de Emergencia Alimentaria, (padrón elaborado en el 2002). La Secretaría se reserva el derecho a realizar modificaciones en el padrón de acuerdo a los resultados del cruce con diferentes bases de datos y los datos enviados por Municipios y Comunas.

Para recibir financiamiento, las organizaciones a cargo de Comedores Infantiles y Comunitarios deben cumplir con requisitos establecidos por la subdirección de Políticas Sociales.

Recursos Económicos

Durante el año 2004 se asignaron \$16.526.292 destinados a la Asistencia Alimentaria Federal y Focalizada.

Año de Implementación

2003 (ley 25.724).

Pensiones no Contributivas (PNC) Programa Federal de Salud (PROFE)

Dirección

Unidad Central:

H. Yrigoyen 1447, Piso 8 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1089)

Tel: (011) 4379-4800 – Línea gratuita: 0-800-333-2600

E-mail: prescnpa@yahoo.com.ar - Página web: www.cnpa.gov.ar

Unidad Provincial:

Laprida 368 - San Miguel de Tucumán (4000) - Tel: (0381) 4305552/3

Institución Responsable

Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable Provincial del Programa

Dr. Roberto Oviedo.

Objetivos

Asegurar el otorgamiento de pensiones no contributivas y pensiones emergentes de leyes especiales, como así también la cobertura asistencial médica a la población beneficiaria.

Bienes y/o servicios que brinda

Pago de pensiones no contributivas.

Cobertura médico-social a beneficiarios y familiares registrados.

Población beneficiaria

Beneficiarios de pensiones asistenciales: madres con 7 hijos y más; inválidos; mayores de 70 años en situación de pobreza.

Beneficiarios de pensiones por leyes especiales: ex combatientes de Malvinas; familiares de desaparecidos; precursores de la Antártida Argentina; ganadores de Premio Nobel u Olímpicos; prelados; integrantes de la Corte Suprema de Justicia

Beneficiarios de pensiones graciabiles: personas elegidas por legisladores del Congreso Nacional.

Localización

Toda la Provincia.

Modalidad de Ejecución

El Programa se ejecuta a través de los Centros de Atención Personalizados (CAP) para la tramitación de las Pensiones no Contributivas y las Unidades de Gestión Provincial (UGP) para acceder al Programa Federal de Salud (PROFE).

Requisitos para el Otorgamiento de Pensiones

Fotocopia del documento.

Negativa del ANSES.

N° de CUIL.

Negativa de Previsión Social.

Documento de Cónyuge-fotocopia o Certificado de Defunción.

Certificado Oficial por Discapacidad.

Actas de Nacimiento legalizadas (madre de siete hijos).

Criterios de Focalización

Los requisitos para acceder a las pensiones son los siguientes:

Pensión por vejez: tener 70 ó más años.

Pensión por invalidez: acreditar un 76% o más de incapacidad permanente.

Para madres: acreditar ser madres de 7 ó más hijos.

En estos casos, los beneficiarios deben acreditar ser población NBI, tener ingresos muy limitados o inexistentes y no tener ningún respaldo patrimonial.

Las pensiones comprendidas en leyes especiales se originan en el reconocimiento de un mérito o derecho.

Las pensiones graciables son asignadas por el Congreso de la Nación, quedando a juicio de cada legislador el otorgamiento del beneficio.

Criterios de Accesibilidad

Quienes cumplan con los requisitos anteriormente mencionados deben concurrir a los CAPs. Para cada tipo de pensión se exige la presentación de la correspondiente documentación respaldatoria.

Para acreditar condición de NBI de los potenciales beneficiarios de pensiones asistenciales, se efectúa una encuesta socioeconómica en el domicilio del solicitante y se cruza esa información con la de otros organismos.

Recursos Económicos

En el año 2004 se destinaron \$12.838.160 para la atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas.

Año de Implementación

1996.

**Programa de Refuerzo Alimentario para Familias en Riesgo
Nutricional****Dirección**

Rivadavia 196 -San Miguel de Tucumán 4000 TE:4526111.

Institución Responsable

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Responsable Provincial

Dr. Pablo Yedlin.

Responsable Técnica

María Beatriz Acuña de Curubetto.

Objetivos

- Contribuir con la recuperación nutricional, mediante refuerzo alimentario.
- Brindar atención directa a familias con niños y embarazadas desnutridos.

Bienes y/o servicios que brinda

Entrega de un módulo de alimento por beneficiario y por mes.

Población Beneficiaria

Niños menores de 5 años desnutridos.

Desnutridos Graves y Neurológicos hasta los 15 años.

Embarazadas desnutridas hasta después de 1 año del parto.

La cantidad estimada de módulos entregados mensualmente es de 36.000.

Localización

Toda la Provincia.

Modalidad de Ejecución

La nación envía los módulos alimentarios que la provincia distribuye a través de los CAPS a los beneficiarios.

Esta entrega se complementa con capacitación en buenas prácticas de alimentación a partir de la coordinación con el Programa de Educación Alimentaria y Nutricional de Tucumán.

Criterio de Focalización

El programa va dirigido a la población desnutrida de alto riesgo: niños menores de 5 años desnutridos, desnutridos graves y neurológicos hasta los 15 años. Embarazadas desnutridas hasta después de 1 año del parto.

Criterios de Accesibilidad

Se accede al programa con un diagnóstico de desnutrición de un profesional médico y estando bajo control de un Centro de Salud con población a cargo.

Recursos Económicos

La partida designada en el 2004 para el complemento alimentario focalizado fue de \$5.200.000.

Año de Implementación

2004.

Programas Prioritarios para Agentes Sanitarios

Dirección

Rivadavia 196 2° piso. San Miguel de Tucumán. CP 4000.

Institución Responsable

Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección General de Planificación.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Objetivos

Desarrollar y fortalecer la APS a través de actividades destinadas a mejorar las condiciones de salud de la población.

Colaborar con el equipo de salud para:

Aumentar cobertura en embarazadas y niños menores de 6 años.

Alcanzar metas de cobertura en inmunización.

Control de patologías prevalentes.

Bienes y/o servicios que brinda

Relevamiento, detección de patologías y seguimiento de niños y embarazadas.

Población Beneficiaria

Población con NBI de la provincia.

Localización

Toda la Provincia.

Modalidad de Ejecución

El programa se ejecuta a través de la contratación de agentes sanitarios con el financiamiento de la nación que van a insertarse en los hospitales y centros de atención primaria de salud en la provincia.

Criterio de Focalización

El programa va dirigido a la población con NBI domiciliada en las áreas de influencia de los diferentes hospitales y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de la provincia.

Criterios de Accesibilidad

Los agentes sanitarios relevan sus respectivas zonas de influencia para detectar y atender a la población beneficiaria.

Recursos Económicos

Durante el año 2004 la Provincia recibió \$1.200.000 destinados a la remuneración de 200 agentes sanitarios.

Año de Implementación

2000.

**Programa Nacional de Acciones Humanitarias para las
Poblaciones Indígenas -Programa ANAHI-**

Dirección

Catamarca y Perón –Barrio Próspero Mena-Tafí Viejo CP 4103. Tucumán.
Tel: 4613370/71.

Institución Responsable

Ministerio de Salud de la Nación.
Area Programática Oeste.
Sistema Provincial de Salud.
Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Coordinador Provincial

Dra. Catalina Comedi.

Objetivos

Mejorar las condiciones de salud de las comunidades indígenas, con el desarrollo de acciones de atención primaria de la salud que aseguren la accesibilidad de esa población a la totalidad de las prestaciones básicas y el respeto de los sistemas de valores y creencias propios de cada comunidad.

Bienes y/o servicios ofrecidos

Prevención y promoción de la salud.

Capacitación de Agentes Sanitarios Aborígenes.

Promoción de la participación comunitaria.

Población beneficiaria

Población indígena en situación de riesgo social y sanitario.

Localización

Valles Calchaquíes.

Modalidad de ejecución

El Programa firma convenios con las provincias y transfiere fondos para la capacitación de agentes sanitarios aborígenes.

Los convenios exigen la elaboración de un Programa Operativo Provincial que controle el cumplimiento de las acciones definidas en cada proyecto.

En la provincia el programa firmó convenio con la Universidad -el programa PUEDES- que capacita conjuntamente con personal del SIPROSA a los agentes sanitarios.

Criterios de accesibilidad

Puede acceder a los beneficios el conjunto de la población indígena focalizada por los agentes sanitarios.

Efectores de los bienes y/o servicios ofrecidos

Agentes Sanitarios Aborígenes, con la supervisión de coordinadores provinciales del Programa desde el Ministerio o la Secretaría de Salud provincial.

Recursos Económicos

El presupuesto nacional 2004 transfirió una partida de \$23.000 para este programa.

Año de Implementación

2002.

Propuesta de Programas de Riesgo Sanitario Nutricional y de Programa Alimentario Institucional**Responsable**

Lic. María Josefina Corzo.

Recursos humanos

Dos nutricionistas y un administrativo.

Acciones

Investigación de factores de riesgo nutricional.

Implementación de normas de organización y funcionamiento de las áreas de alimentación y dietoterapia de los servicios hospitalarios.

Recursos Económicos

No posee partida presupuestaria específica.

Año de Implementación

1994.

Programa de Salud Mental

Responsable

Lic. Marcela Claudia Lemaitre.

Recursos humanos

Una licenciada y un administrativo.

Recursos institucionales y económicos

Una PC y una oficina pública.

No existe un referente nacional.

Necesidades

Capacitación de psicólogos de la red.

Conformación de una red de Salud Mental.

Mayor número de recursos humanos.

Modalidad de ejecución

El programa está conformado por:

- Abordaje de trastornos infantiles.
- Integración de la salud mental al abordaje de la desnutrición infantil.
- Prevención de las conductas de riesgo en adolescentes.
- Mejoramiento de la situación de cronificación y exclusión social de los internados en hospitales psiquiátricos.

Abordaje de trastornos infantiles

Sus principales objetivos son:

Normatización con las 24 profesionales del primer nivel de atención.

Capacitación del abordaje preventivo con equipo de salud, familias y maestras.

Elaboración de programas locales.

Integración de la salud mental al abordaje de la desnutrición infantil

Acciones principales:

Acciones de intersectorialidad con Facultad de Psicología y Secretaría de Políticas Sociales.

Capacitación para el abordaje terapéutico grupal e individual, con trabajo interdisciplinario.

Supervisión del abordaje que se desarrolla en el Hospital de niños y Avellaneda.

Prevención de las conductas de riesgo en adolescentes

Acciones principales:

Supervisión de los servicios con atención de adolescentes.

Diagnóstico situacional de los factores de riesgo en adolescentes.

Organización de foros en distintos sectores.

Programas conjuntos con defensoría de menores, Educación Sanitaria y Departamento Materno- Infanto-Juvenil.

Gestión de recursos para la realización de la campaña.

Capacitación en el abordaje terapéutico de los menores que delinquen.

Capacitación en consejería.

Mejoramiento de la situación de cronificación y exclusión social de los internados en hospitales psiquiátricos

Acciones principales:

Formulación de un proyecto de ley de Salud Mental.

Gestión para el equipamiento físico y humano de los servicios de rehabilitación.

Gestión para la entrega de psicofármacos a pacientes crónicos ambulatorios.

Adecuación de los servicios del tercer nivel a los objetivos del plan provincial.

Capacitación en rehabilitación y reinserción del enfermo mental y formulación de programas en los dos hospitales psiquiátricos.

Recursos Económicos

No cuenta con una partida presupuestaria específica.

Año de Implementación

2001.

Programa Integrado de Salud

Se trata de un programa actualmente en organización, propuesto inicialmente como parte del Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007 de la gestión del Gobernador Alperovich.

Objetivo específico

Concentrar los recursos institucionales y de la sociedad en acciones de mayor impacto potencial sobre la situación y sobre los factores causantes de ésta.

Metas

- Formular un Programa Integrado de Salud en función de prioridades establecidas con criterio epidemiológico y de metas cuyo cumplimiento sea el “qué hacer” de todos los servicios de salud, definiendo para cada prioridad la situación actual y la meta para el 2007.
- Relacionar a este programa las responsabilidades de todos los niveles de atención, normando las acciones según la complejidad del efector.
- Establecer acuerdos y convenios con universidades, municipalidades y sector público, entidades gremiales y sociales, iglesias y otras instituciones relevantes, en función del rol que les corresponde, en relación a las prioridades sanitarias.
- Capacitar al personal en relación a las prioridades.
- Integrar los programas sanitarios al control ambiental.
- Formular indicadores mínimos de proceso y de medición de impacto para cada prioridad.

Modalidad de ejecución

Las acciones se centrarán en dos aspectos:

- Cobertura.
- Calidad de Atención.

La modalidad de trabajo se basará en la Programación local participativa, teniendo en cuenta:

- Población a cubrir.

- Desarrollo de un diagnóstico epidemiológico del área de responsabilidad, basado en la notificación epidemiológica local, el diagnóstico ambiental y los resultados de la tarea del agente sanitario.
- El uso de la Historia Clínica Familiar.
- El uso del fichero calendario.
- El uso de normas para la atención recibidas de manera transversal.
- El uso de indicadores básicos para el monitoreo de las metas.

Población beneficiaria

Niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, adultos y personas de la tercera edad.

Las cifras podrán basarse en las que correspondan según censo por área de responsabilidad, o bien según cifras del empadronamiento de familias que se programa llevar a cabo.

Localización

Toda la Provincia.

Acciones del nivel Central

- Elaboración y actualización de las normas que serán entregadas a los servicios por grupos etarios.
- Monitoreo del cumplimiento de las normas.
- Evaluación de las metas según los indicadores propuestos en cada caso.

Acciones para cada grupo etario

Programa de Atención del Niño

- Control del chagásico en el primer nivel de atención, y diagnóstico precoz de Dengue, Leishmaniasis y Paludismo (acompañado de educación para la salud).
- Promoción de la lactancia materna.
- Inmunizaciones.

- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.
- Captación precoz del recién nacido.
- Control del crecimiento y desarrollo del niño eutrófico y desnutrido.
- Asistencia alimentaria a los beneficiarios del programa.
- Atención integral del niño según patología.
- Atención del niño con patologías de alto riesgo y necesidad de especialistas y/o internación

Programa del Adolescente

- Control del chagásico en el primer nivel, y diagnóstico precoz de Dengue, Leishmaniasis y Paludismo.
- Actividades para la prevención del embarazo.
- Captación temprana del embarazo.
- Control y derivación de embarazadas de riesgo.
- Fortalecer al equipo de salud en el primer nivel en el conocimiento de los factores de riesgo y protectores de los adolescentes.
- Promover los derechos de los adolescentes.
- Conformar promotores de salud con grupos de adolescentes seleccionados como líderes comunitarios.
- Aplicación de la Historia Clínica del Adolescente (CLAP-OPS/OMS).
- Coordinar acciones con entes no gubernamentales que desarrollen actividades para la atención de los adolescentes.
- Coordinar acciones con educación.
- Desarrollar investigación en el tema.
- Conformar un sistema de referencia y contrarreferencia.
- Desarrollar en el segundo nivel de atención un espacio adecuado para la atención del adolescente.
- Crear servicios con atención a los adolescentes.
- Diagnóstico situacional de los factores de riesgo en adolescentes.
- Atención de adolescentes en forma conjunta con defensoría de menores, educación sanitaria y Departamento Materno-Infanto-Juvenil.
- Abordaje terapéutico de los menores que delinquen.
- Consejería.

Programa de Atención Materno

- Control prenatal de Chagas, y diagnóstico precoz de Dengue, Leishmaniasis y Paludismo.
- Captación temprana del embarazo.
- Control y derivación de embarazadas de riesgo.
- Promoción de la lactancia materna.

Programa de Atención del Adulto y la Tercera Edad

- Control del chagásico en el primer nivel de atención, y diagnóstico precoz de Dengue, Leishmaniasis y Paludismo (acompañado de educación para la salud).
- Control de la insuficiencia cardíaca chagásica, implantación de marcapasos, etc.
- Consejería.
- Atención de la mujer y distribución o prescripción de insumos necesarios.
- Capacitación y formación en materia alimentaria por programa PEANT.
- Gestión para el equipamiento físico y humano de los servicios de rehabilitación.
- Gestión para la entrega de psicofármacos a pacientes crónicos ambulatorios.

Necesidades del Programa Integrado de Salud

Las descritas anteriormente para cada programa en particular.

Mayor cantidad de recursos humanos y económicos.

Capacitación del personal en relación a las prioridades.

Desarrollo de planificación local en cada servicio de salud.

Elaborar y actualizar las normas y monitorizar su cumplimiento.

Conformar un sistema de referencia y contrarreferencia.

Recursos Económicos

El Programa no cuenta aún con partida presupuestaria específica.

Año de Implementación

Las primeras acciones comenzaron a llevarse a cabo en el año 2004.

Actividad 3- Relevamiento de Programas de Atención Primaria de la Salud con otros tipos de financiamiento (privado, mixto, interjurisdiccional)

Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS

Dirección

Alberdi 550 San Miguel de Tucumán, 4000

TE: 4240848, ucevihsida@yahoo.com.ar

Av. Mitre 950, San Miguel de Tucumán TE: 4324430

Institución responsable

Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Unidad Coordinadora y Ejecutora VIH/SIDA y ETS.

Coordinador Provincial

Dra. Claudia Lucena (UCE VIH SIDA).

Bioquímico Roque Aniceto Araujo (División ETS Y VIH).

Objetivos

Desarrollar actividades para la detección e investigación de los retrovirus humanos y sus patologías sobrevenientes; su diagnóstico y tratamiento; su prevención, asistencia, rehabilitación y evitar su propagación.

Disminuir la infección por el Virus del HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la población del país. Brindar atención a los pacientes con HIV/SIDA.

Disminuir el impacto biológico, psicológico y socioeconómico de la epidemia.

Prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Bienes y/o servicios ofrecidos

Asistencia con medicamentos. Determinación de carga viral. Entrega de reactivos para embarazadas.

Vigilancia epidemiológica en SIDA.

Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual.

Difusión de información.

Población beneficiaria

Personas infectadas con HIV o enfermas de SIDA que no acceden a una cobertura de seguros de salud y que residen en el territorio nacional.

Localización

Toda la provincia.

Modalidad de Ejecución

La compra de medicamentos se realiza en forma centralizada por el Programa Nacional, a través de compra directa y por licitación pública. Se distribuyen a las jurisdicciones, hospitales bajo programa y pacientes. Mediante la firma de convenios de prestaciones con los efectores (Universidad de Buenos Aires, Hospital Posadas, Hospital Muñiz, Universidad Nacional de Rosario y CEPROCOR Provincia de Córdoba) se realiza el procesamiento de las muestras remitidas de los pacientes.

Criterios de accesibilidad

Encuesta socioeconómica confeccionada, en hojas con membrete del establecimiento en el cual se asiste al paciente, por profesionales del Servicio Social con sello aclaratorio en el que conste el número de la matrícula profesional.

Resumen de Historia Clínica del efector donde se asiste, suscripta por el médico infectólogo tratante, con sello aclaratorio de la firma y en hojas con membrete del Hospital al que concurre. Receta con la prescripción, suscripta por el médico infectólogo tratante con sello aclaratorio de su firma.

Certificación de ANSES, PAMI y Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones de que el paciente no cuenta con la cobertura de esas instituciones.

Efectores de los bienes y/o servicios ofrecidos

Hospitales públicos.

Recursos Económicos

Durante el año 2004 se destinaron \$547.331 a la lucha contra el SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

Año de Implementación

1998.

Programa Nacional de Salud Materno Infanto-Juvenil**Dirección**

San Martín 435 1 piso San Miguel de Tucumán, CP4000.

Institución responsable en la provincia

Dirección General de Medicina Social.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Coordinador Provincial

Dra. Graciela Melek.

Objetivos Generales

Fortalecer la salud de mujeres en edad fértil, embarazadas, madres, niños y adolescentes de todo el país.

Articular acciones intersectoriales con educación para la promoción integral de la salud en la comunidad.

Objetivos Específicos (por programas)

Programa de Atención Integral de la Mujer

Captación y recaptación de las embarazadas.

Promover el control de embarazo y la lactancia materna.

Realizar el control prenatal según normas.

Promover los derechos de las adolescentes, conformar promotores de salud con grupos de adolescentes seleccionados como líderes comunitarios.

Programa Pediátrico

Mejorar la atención del parto y del recién nacido.

Vigilar el crecimiento y el estado nutricional en los menores de 5 años.

Recuperar a los niños desnutridos con atención ambulatoria.

Reducir la morbimortalidad de niños y adolescentes por causas reducibles y por enfermedades prevalentes en la infancia.

Programa de Salud Escolar

Educar para la salud.

Detectar patologías a tiempo: diagnóstico nutricional, visual, auditivo, de salud bucal, etc.

Lograr la cobertura de vacunación.

Atender en segundo y tercer nivel cuando fuera necesario.

Bienes y/o servicios ofrecidos

Entrega de leche fortificada, medicamentos esenciales para la atención del embarazo, parto y enfermedades prevalentes de la infancia.

Capacitación de los equipos de salud. Publicaciones sobre temas relacionados con la salud de la población materno-infanto-juvenil.

Población beneficiaria

Mujeres en edad fértil, niños y adolescentes.

Equipos de salud que proveen atención al grupo materno-infanto-juvenil.

Localización

Toda la provincia.

Modalidad de ejecución

En la provincia se desarrollan tres programas: programa de atención integral de la mujer, programa pediátrico, y programa de salud escolar. Los dos primeros realizan sus actividades de prevención y atención en los centros de atención primaria de la salud que funcionan en toda la provincia y en los casos necesarios coordinan acciones con el segundo y tercer nivel de atención. El programa de salud escolar trabaja en las escuelas de la provincia con prevención, atención primaria y en los casos necesarios, derivaciones para atención en el segundo o tercer nivel.

Criterios de accesibilidad

El programa es de alcance universal para todas las mujeres en edad fértil, niños y adolescentes de todo el país aunque se autofocalice en los demandantes del sector público de salud.

Efectores de los bienes y/o servicios ofrecidos

Centros de atención primaria de la salud.

Programa de atención integral de la mujer

Está conformado por:

- Programa de control del embarazo.
- Programa de adolescencia.
- Programa de control del puerperio.
- Programa de salud sexual y procreación responsable.

Programa de control del embarazo

Responsable: Dra. María Cecilia Luna.

Recursos humanos: una médica.

Recursos económicos e institucionales: Insumos, registros, equipamiento y material para capacitación por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Necesidad de fondos provinciales complementarios para medicamentos.

Acciones: Captación y recaptación de las embarazadas.

Promoción del control de embarazo y la lactancia materna.

Control prenatal según normas.

Necesidades: Capacitación del equipo de salud.

Capacitación de médicos en control del embarazo de bajo riesgo.

Monitoreo de la cobertura de embarazadas.

Control de la embarazada de alto riesgo.

Programa de salud integral del adolescente

Responsable: Dra. Alicia María Saad de Carilla.

Recursos humanos: dos médicas.

Recursos económicos e institucionales: no cuenta con recursos propios.

Necesidades: Capacitación del equipo de salud.

Desarrollo del material de difusión para la comunidad.

Desarrollo de un espacio adecuado para la atención del segundo y tercer nivel.

Monitoreo de la cobertura de adolescentes y de las actividades desarrolladas.

Programa de salud sexual y procreación responsable

Recursos humanos: una médica.

Recursos económicos: medicamentos, insumos y registros provenientes de la Nación.

Acciones: Consejería.

Atención de la mujer y distribución o prescripción de insumos necesarios.

Necesidades: Capacitación del equipo de salud.

Programa pediátrico

Responsable: Dra. Mónica Malé.

Recursos humanos: una médica y una asistente social.

Recursos económicos e institucionales: insumos, registros, equipamiento y material para capacitación por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y

del programa AIEPI. Recursos para la atención provinciales. Necesidad de fondos provinciales para medicamentos.

Acciones: Inmunizaciones.

Promoción de la salud y prevención de enfermedades diarreicas.

Captación precoz del recién nacido.

Control del crecimiento y desarrollo del niño eutrófico y desnutrido.

Asistencia alimentaria a los beneficiarios del programa.

Atención integral del niño según patología.

Atención del niño con patologías de alto riesgo y necesidad de especialistas o internación.

Necesidades: Capacitación del equipo de salud.

Monitoreo de la cobertura de niños eutróficos y desnutridos.

Programa de salud escolar

Responsable: Dra. Noemí Olaya.

Recursos humanos: Una médica. Próximamente personal de la UNT.

Recursos económicos: No posee en la actualidad.

Acciones: Educación para la salud.

Diagnóstico de estado nutricional.

Agudeza visual.

Detección de problemas de audición.

Cobertura de vacunación.

Derivación de pacientes con problemas específicos detectados.

Salud bucal.

Atención del niño con patologías de alto riesgo y necesidad de especialistas y/o internación.

Necesidades: Conformar equipos de salud.

Capacitación de los equipos.

Medios de movilidad.

Fondos para equipos de balanza, tensiómetros, tallímetros, estetoscopios, material gráfico para agudeza visual, registros.

Recursos Económicos

La Provincia contó para el año 2004 con una partida de \$1.274.783 asignados para el Programa Maternoinfantil, destinados casi exclusivamente a la compra de leche.

Año de Implementación

Los comienzos del Plan Maternoinfantil se remontan a la década del '40.

El Plan con sus características actuales se implementa en 1993, agregándose en 2002 el Plan de Procreación responsable.

Programa Nacional de Inmunizaciones

Dirección

San Martín 435 1° piso San Miguel de Tucumán, CP4000.

Institución responsable

Dirección Nacional de Programas Sanitarios.

Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción.

Secretaría de Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación.

En la provincia

Dirección General de Medicina Social.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Coordinador Provincial

Dr. José Ricardo Cortez.

Objetivos

Disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles, mediante la vacunación sostenida de los niños de todo el país desde su nacimiento hasta los 6 años de edad.

Obtener una cobertura nacional de inmunización superior al 95%, tendiente a eliminar o erradicar aquellas patologías inmunoprevenibles de reservorios únicamente humanos y controlar además a las que tengan otros reservorios.

Bienes y/ o servicios ofrecidos

Adquisición, provisión y distribución de: vacunas obligatorias para niños de hasta 6 años; material descartable y elementos de la cadena de frío.

Aplicación de las vacunas a cargo de los efectores de la provincia.

Población beneficiaria

Los niños de todo el país desde su nacimiento hasta los 6 años de edad.

Localización

En todo el país.

Modalidad de ejecución

El Ministerio realiza la compra centralizada de las vacunas correspondientes al Calendario Nacional de Vacunación, el material descartable para su aplicación y elementos de la cadena de frío (conservadoras de vacunas y sachets refrigerantes). Cada jurisdicción recibe, trimestralmente, las cantidades de vacunas correspondientes y las dosis necesarias para ser administradas a los niños de hasta 6 años de edad. Las provincias disponen de niveles operativos propios para la recepción, almacenamiento, distribución y aplicación de cada una de las vacunas. Además, el Programa Nacional cumple funciones normativas de supervisión y asesoría técnica.

Acciones

Educación para la salud.

Aplicación permanente de vacunas en CAPS y Hospitales.

Registro de vacunas colocadas.

Registro de avance de metas.

Investigación epidemiológica integrada de sarampión, rubéola y parálisis fláccida.

Criterios de accesibilidad

Se accede desde el momento del nacimiento en la sala de parto o antes de abandonar la maternidad o en "partos domiciliarios", y continúa con la aplicación de las vacunas obligatorias hasta la edad de 6 años, a través de los hospitales, los vacunatorios oficiales, los puestos de vacunación, etc.

Efectores de los bienes y/o servicios ofrecidos

Hospitales, Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y demás organismos de salud pública de la provincia.

Recursos humanos

Cuenta con un médico y personal escaso a cargo del depósito de vacunas.

Necesidades

Capacitación de los equipos de salud.

Medios de movilidad para monitorear la cobertura y cadena de frío.

Recursos Económicos

El presupuesto 2004 asignado para normatización, suministro y supervisión de vacunaciones fue de \$2.019.631.

Año de Implementación

Desde 1960, la Argentina cuenta con Programas de Inmunizaciones.

En 1978 se actualizaron las normas nacionales de vacunación y se estructuró un Programa de Inmunización, que se actualiza a partir de entonces de acuerdo a las necesidades.

Programa Nacional de Control de Vectores

Dirección

Chacabuco 239 , San Miguel de Tucumán, CP 4000, Te 4305449.

Institución responsable

Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción.

Secretaría de Programas Sanitarios.

Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección General de Medicina Social.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Coordinación Provincial

Dra. Isolina Flores.

Objetivos Generales

Interrumpir la transmisión vectorial y transfusional del tripanosoma Cruzi que produce el Mal de Chagas. Detectar y controlar al mosquito vector de la enfermedad (*Aedes aegypti*) en todo el país. Prevenir los brotes de dengue.

Disminuir la morbilidad y mortalidad por paludismo en las áreas de riesgo del país.

Objetivos Específicos

Chagas

Capacitar a los agentes sanitarios para que realicen tareas de vigilancia entomológica.

Realizar el control prenatal y el tratamiento del niño y el adulto en los distintos niveles de atención del sistema.

Dengue

Educar al vecino sobre control del vector.

Realizar convenios con comunas y municipios para el control de posibles focos infecciosos.

Realizar el diagnóstico y tratamiento en los casos que fuera necesario.

Educar al paciente infectado por la posibilidad de reinfección.

Leishmaniasis

Educación al vecino sobre control del vector.

Realizar el diagnóstico precoz y tratamiento en los casos que fuera necesario.

Bienes y lo servicios ofrecidos

Chagas: Provisión de insecticidas, máquinas, elementos de protección, reactivos de laboratorio y medicamentos. Control y rociado de viviendas.

Dengue: Capacitación y coordinación de acciones con distintas áreas oficiales y no gubernamentales. Apoyo con máquinas, insumos y personal en las tareas de control del vector.

Leishmaniasis : Diagnóstico precoz y tratamiento de pacientes sospechosos.

Paludismo: búsqueda de sospechosos, toma de muestras hemáticas, tratamiento y rociado de viviendas de los infectados.

Población beneficiaria

Chagas: población de área endémica.

Dengue: población, principalmente urbana de municipios infectados o en riesgo.

Paludismo: la provincia no registra casos desde hace años.

Localización

Chagas: vigilancia entomológica en toda la provincia.

Dengue: vigilancia en toda la provincia.

Paludismo: la provincia no registra casos desde hace años.

Modalidad de ejecución

Chagas: desarrolla una estrategia de horizontalización de las acciones de control con participación de la comunidad y los Centros de Atención Primaria de la Salud, ONG's, etc., en los niveles provincial, municipal y local, y a su vez provee todos los insumos.

Dengue: colabora en la programación y ejecución de actividades de prevención. Capacita y coordina con los diferentes estamentos oficiales en

áreas de vigilancia entomológica, epidemiológica, sexológica y médica del dengue.

Paludismo: a través de sus efectores, desarrolla actividades de vigilancia epidemiológica y rociado de viviendas.

Criterios de accesibilidad

Los agentes sanitarios y la comunidad en general alertan al sistema de salud sobre la detección de casos.

El programa ejecuta acciones de prevención y control, lo que le permite detectar casos y tratarlos.

Recursos humanos

Chagas

60 agentes nacionales del servicio nacional de control de vectores (20 en taller y laboratorio y 40 en acciones de campo).

Docentes, agentes comunitarios y empleados comunales que participan de la vigilancia entomológica en 150 comunidades.

Dengue

Jefes de brigadas, choferes y rociadores (40 operarios).

Personal de administración, taller y laboratorio (20 personas).

Agentes comunitarios preparados para las intervenciones de vigilancia entomológica.

Leishmaniasis

Personal del servicio nacional de control de vectores.

Agentes municipales y comunales.

Paludismo

Agentes nacionales del servicio nacional de Control de Vectores.

Recursos institucionales

Chagas

Laboratorio en Instituto de Maternidad (Dra. Garbarino).

Centro de tratamiento del niño en Hospital de niños (Dra. Acuña).

Centro de atención del adulto en Hospital Padilla (Dres. Luluaga y Sosa).

Dengue

Laboratorio provincial de virología.

Educación sanitaria del Si.Pro.Sa.

Leishmaniasis

Servicio de Dermatología del Hospital Avellaneda.

Laboratorio del Hospital Avellaneda.

Servicio de Dermatología del Hospital de Concepción.

Paludismo

Catedra de Parasitología de la Facultad de Bioquímica y de Medicina.

Recursos económicos

Chagas

Insumos para laboratorio y trabajo de campo nacionales.

Dengue

Insumos provistos por la nación.

La provincia provee los medios para la difusión masiva.

Leishmaniasis

Medicamentos provistos por la nación.

La provincia provee los medios para la difusión masiva.

Paludismo

La nación provee medicamentos e insecticidas.

La provincia provee los medios para la difusión masiva.

El presupuesto provincial 2004 asignó una partida de \$1.124.733 destinada al control de las enfermedades transmisibles por vectores.

Necesidades

Chagas

Capacitación de agentes sanitarios.

Capacitación de pediatras.

Capacitación de generalistas y clínicos.

Monitoreo en sala de situación y en áreas programáticas.

Dengue

Capacitación del equipo de salud.

Educación para la salud comunitaria.

Descacharrización por municipio y comuna.

Definir derivación para paciente con sospecha de dengue por clínica y epidemiología.

Leishmaniasis

Capacitación del equipo de salud.

Educación para la salud comunitaria.

Paludismo

Capacitación del equipo de salud.

Educación para la salud comunitaria.

Año de Implementación

1972.

Programa de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños

Dirección

Pasaje Hungría 750, San Miguel de Tucumán, CP 4000.

Institución responsable

Programa Materno Infantil.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Responsable del programa

Dr. Ernesto José Ways.

Objetivos Generales

Realizar acciones de prevención de las enfermedades respiratorias.

Diagnosticar precozmente y realizar el tratamiento oportuno de personas con problemas respiratorios agudos, leves y moderados.

Administrar el banco de aerosoles.

Derivar a pacientes graves.

Bienes y/o servicios ofrecidos

Atención y tratamiento de pacientes con problemas respiratorios.

Entrega de medicamentos.

Capacitación en prevención y tratamiento al paciente y su familia.

Población beneficiaria

Población que concurre al servicio público de salud.

Localización

Toda la provincia.

Recursos Económicos

El presupuesto 2004 de la Provincia asigna \$10.903 para prevención epidemiológica y control de enfermedades agudas.

Año de Implementación

1998.

Programa del Control de la Diarrea en Niños**Dirección**

Pasaje Hungría 750, San Miguel de Tucumán, 4000.

Institución responsable

Hospital de Niños.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Coordinación

Dra. Noemí del Valle Díaz.



Objetivos

Realizar actividades preventivas de promoción de salud.

Diagnosticar en forma precoz y tratar oportunamente a niños con diarrea aguda (infecciosa u obstructiva), leve y moderada.

Derivar pacientes moderados y graves.

Bienes y/o servicios ofrecidos

Atención y tratamiento de pacientes con diarrea aguda.

Entrega de medicamentos.

Capacitación en prevención y tratamiento al paciente y su familia.

Población beneficiaria

Población que concurre al servicio público de salud.

Localización

Toda la provincia.

Recursos Económicos

El presupuesto 2004 de la Provincia asigna \$10.903 para prevención epidemiológica y control de enfermedades agudas, más \$600.000 destinados específicamente a la prevención y control del cólera.

Año de Implementación

1999.

Programa de Control de Tuberculosis**Dirección**

San Martín 435 1er. Piso, San Miguel de Tucumán, 4000.

Institución responsable

Dirección de Medicina Social.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Responsable

Dra. María Cristina Trejo.

Objetivos

Inmunizar a la población de la tuberculosis.

Realizar el tratamiento a la población infectada.

Bienes y/o servicios ofrecidos

Vacunación.

Tratamiento.

Población beneficiaria

Población que concurre al servicio público de salud.

Localización

Toda la provincia.

Recursos Económicos

La Provincia recibe los insumos destinados a la inmunización y tratamiento de la población. Fuera de estos recursos, no existe una partida específicamente destinada al programa.

Año de Implementación

1993.

Programa REMEDIAR
Programas de Reforma de la Atención Primaria de la Salud
(PROAPS)

Dirección

Crisóstomo Alvarez 355.

Institución responsable

Departamento de Atención Farmacéutica.

Sistema Provincial de Salud.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Responsable del Programa

Dra. Rosa Ana Forgas.

Localización

Toda la provincia.

Objetivos

Asegurar la accesibilidad a los medicamentos genéricos de la población que asiste a los CAPS para tratar un alto porcentaje de las patologías presentes en las consultas.

Fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas de salud con gestión participativa.

Implementar el control social y la gestión participativa del programa.

Desarrollar estrategias para promover el uso de medicamentos genéricos.

Fortalecer el modelo de atención primaria de la salud.

Bienes y/o servicios ofrecidos

Provisión de medicamentos genéricos de acuerdo con la prescripción médica efectuada en el CAPS.

Población beneficiaria

Todas aquellas personas que se atienden en los CAPS.

Modalidad de ejecución

Se confeccionó un Vademécum Básico Ambulatorio de medicamentos genéricos que cubre el 70% de las patologías prevalentes de la población atendida en los CAPS. El programa realiza, en forma centralizada, la compra de medicamentos y distribuye los botiquines directamente a los CAPS. Cada Botiquín de Medicamentos Genéricos atiende las necesidades de 300 consultas médicas ambulatorias. El Programa implementa mecanismos de control social a través de los Consejos Consultivos provinciales, municipales y locales, y de una Comisión Asesora Intersectorial con representantes de programas sociales y organizaciones no gubernamentales.

Criterios de accesibilidad

El beneficiario debe concurrir al CAPS más cercano y acceder a una consulta médica. Si corresponde, el médico prescribe los medicamentos en el Formulario Único de Receta diseñado por el Programa y realiza la entrega de los mismos.

Recursos Económicos

Durante el año 2004 se destinaron \$3.840.000 para la provisión de medicamentos del Programa.

Año de Implementación

2002.

Programa de Educación Alimentaria y Nutricional

Responsable

Lic. María Josefina Corzo.

Recursos humanos

Un coordinador general y un coordinador operativo.

Equipo docente: un nutricionista y un médico.

Equipo comunitario: un nutricionista y un trabajador social.

Recursos económicos

Cuenta con \$106.000 para capacitación y monitoreo de 400 formadores durante 14 meses de ejecución.

Acciones

Capacitación.

Trabajo comunitario.

Articulación y fortalecimiento de redes.

Año de Implementación

2003.

Actividad 4- Relevamiento de Programas de Atención Primaria de la Salud implementados a nivel Nacional

Programa Nacional de Médicos Comunitarios

Institución Responsable

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Responsable del Programa

Dra. Mariela Rossen.

Objetivos

- Orientar y fortalecer la formación en APS y en Salud Social y Comunitaria, del recurso humano que trabaja en el 1er. nivel de atención, tanto de los becarios a incorporar como del recurso humano preexistente, a través de una estrategia de formación.
- Ampliar la cobertura y calidad de la atención de los CAPS reforzando con recurso humano calificado a sus equipos de salud.
- Fortalecer la búsqueda activa y seguimiento, por parte del equipo de salud, de las familias más vulnerables o de las situaciones de riesgo sociosanitario (indigentes, multiparas, madres adolescentes, desnutridos, poblaciones aborígenes, ancianos enfermos, discapacitados), a partir del fortalecimiento del equipo de salud del 1er. nivel.
- Reforzar las actividades de prevención y promoción de la salud, como así también el trabajo extramuros con la comunidad, a partir del fortalecimiento del recurso humano del 1er. nivel de atención.

Bienes y/o servicios que brinda

- Cumplimiento del programa de formación del posgrado en Salud Social y Comunitaria coordinado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en articulación con las universidades intervinientes.

- Acciones asistenciales en el centro de salud, según especialidad y normas de atención del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y/o de la provincia.
- Actividades de programación local con todo el equipo de salud de su Centro de Salud.
- Prácticas de prevención y promoción de la salud con la participación de la comunidad correspondiente al área geográfica donde trabaja.
- Seguimiento y búsqueda activa de familias vulnerables y en situación de riesgo.
- Actividades de investigación en su área de especialización.

Población beneficiaria

- Becarios del Programa Nacional Médicos Comunitarios : médicos tocoginecólogos, pediatras, generalistas, de familia o clínicos con residencia, concurrencia acreditada en la especialidad o título de especialista otorgado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Ministerio de su provincia, Colegio o Consejo Médico y/o Sociedad Científica respectiva (3000 médicos en total).
- Otros profesionales de la salud con título universitario que cumplan funciones en los Centros de Salud donde se hayan designado becarios del Programa Nacional Médicos Comunitarios. Estos profesionales podrán realizar el posgrado en forma gratuita (se calculan 6000 profesionales en total).

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

- Implementación de un postgrado en salud social y comunitaria, teórico y práctico en terreno, que sirva para reconvertir al recurso humano, orientando su formación a la atención primaria de la salud, resolución de problemas locales y trabajo con la comunidad.

- Refuerzo con recurso humano calificado a los CAPS, a través del otorgamiento de becas de perfeccionamiento para realizar un postgrado en salud social y comunitaria en servicio.

Recursos Humanos

El equipo tutorial está formado por un Director de Postgrado, un coordinador docente y tutores de campo.

Se planean 70 equipos tutoriales para 3000 becarios.

Recursos Económicos

Fondos anuales para las becas: \$28.800.000.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

2004.

Programa Federal de Salud (PROFE)

Institución Responsable

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Objetivos

- Garantizar la cobertura médico asistencial a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) afiliados al Programa Federal de Salud.
- Ejecutar el Programa Federal de Salud (PROFE) de acuerdo al presupuesto aprobado por el Poder Legislativo, incluido en Presupuesto Nacional.
- Programar y diseñar actividades que permitan la capacitación de los actores involucrados en el Programa.

Bienes y/o servicios que brinda

Provisión médica y social integral de los beneficiarios de pensiones no contributivas y sus familiares a cargo que no cuenten con otra cobertura asistencial.

Población beneficiaria

- Madres de más de 7 hijos.
- Mayores de 70 años.
- Invalidez/ Discapacidad.
- Leyes especiales (premios literarios, etc).

- Condiciones necesarias para obtener una pensión no contributiva:

- No estar amparado por ningún tipo de beneficio previsional de retiro (jubilación, pensión, etc.)
- No encontrarse trabajando en relación de dependencia.
- No tener bienes, ingresos ni recursos de cualquier tipo que permitan la subsistencia del solicitante y de su grupo familiar.

- Cobertura proyectada:

- 341.367 pensionados
- 443.449 beneficiarios de atención médico social (PROFE)

- La cobertura actual aproximada ronda los 500.000 beneficiarios

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

Pago mensual mediante la OPP (orden de pago previsional) que emite la ANSES por cuenta y orden de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales.

Recursos Humanos e Institucionales

En el nivel provincial el PROFE es gerenciado por las 24 Unidades de Gestión Provincial (UGP), que son las unidades responsables de gestionar el sistema en cada jurisdicción. Dependen de los organismos provinciales pertinentes.

Poseen sus propias estructuras organizativas y se financian con un porcentaje de los recursos aportados por el Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación (4%). Las UGP deben trabajar articuladamente con los Centros de Atención Personalizada (CAP), que representan a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales en cada provincia y son los encargados de tramitar los beneficios de pensión y las solicitudes de afiliación al PROFE.

Recursos Económicos

Presupuesto total 2005: \$287.331.000.

Financiamiento

Nacional (fondos del Tesoro y transferencias de la Seguridad Social).

Año de implementación

1996.

Programa Maternoinfantil (PROMIN)

Institución Responsable

Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Responsables del Programa

Dres. Fernando Balone y Guillermo Aranciba.

Objetivos

- Reducir la morbimortalidad de la población de mujeres, niños y adolescentes.
- Reducir las brechas de los indicadores de salud existentes (por género, nivel socioeconómico, áreas geográficas, etnias).
- Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud. Promover la participación ciudadana en la problemática de salud de la

población.

Modalidad de Ejecución

Se han fijado tres ejes estratégicos como prioritarios para la implementación de las políticas de salud materno infantil: Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa de Perinatología y Programa de Salud Infantil. Con el objeto de lograr una fácil identificación del Proyecto de Inversión en Salud Materno infantil provincial por parte de la población beneficiaria y de la sociedad argentina en su totalidad, se ha decidido denominarlo PLAN NACER ARGENTINA.

El Plan consiste en el giro de fondos de la Nación a las provincias. Estos fondos se transfieren a un valor de cápita de \$12 mensuales por beneficiario inscripto, los cuales formarán parte de un padrón que mensualmente las Provincias enviarán a la Nación, quien previa auditoria, pasará a liquidar la cápita que será depositada en una cuenta especial que cada Provincia deberá abrir como condición excluyente para poder adherir al Plan Nacer Argentina. Estos serán fondos complementarios a los actuales montos de inversión realizados por las provincias y los enviados por otros programas nacionales vigentes.

Las Provincias luego de haber recibido las transferencias capitadas brindarán de manera totalmente gratuita para los beneficiarios, las prestaciones establecidas en un nomenclador diseñado especialmente para el Plan, con su red de prestadores de servicios públicos de salud. Los fondos llegarán a cada centro de salud, salita u hospital, los que decidirán en conjunto las inversiones a realizar tanto para mejorar y mantener su infraestructura y equipamiento, como para mantenimiento, incentivos y capacitación.

Bienes y/o servicios que brinda

La implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable abarca:

- Entrega de insumos para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de los usuarios, con asesoramiento o consejería especializada. (Se espera cubrir el 100% de

los efectores provinciales a los 3 años de implementado el programa.)

En el año 2003 fueron distribuidos:

- 8.300.000 de blisters de anticonceptivos hormonales orales;
- 820.000 anticonceptivos hormonales inyectables;
- 283.000 Dispositivos Intrauterinos (DIU's).
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos, obstétricas, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios).
- Entrega gratuita de publicaciones relacionadas con el tema.
- Promoción de actividades de Comunicación Social, sobre Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Articulación con el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, ONG's, Dirección Nacional de Juventud, Ministerio de Educación.
- Cobertura nominal y seguimiento individual de los beneficiarios, bajo responsabilidad de los efectores o servicios.
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de actividades y resultados, en todas las jurisdicciones.

La implementación del Programa de Salud Perinatal abarca:

- Transferencia de medicamentos esenciales para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la transformación del modelo de atención en todos los servicios perinatales y la organización de redes de atención.
- Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos, obstétricas, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios).
- Publicaciones: "Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal", "Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo", "Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la familia", "Guía para equipos de salud interdisciplinarios: Preparación

Integral para la Maternidad", "Propuesta Normativa: Promoción y apoyo a la lactancia materna".

- Evaluación de Servicios sobre la base de Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad y Neonatología.
- Vigilancia y control de la morbimortalidad materna e infantil integrando la Comisión Nacional que asesora y coordina a las Comisiones Provinciales.
- Comisión Asesora de Lactancia Materna: promueve, coordina, evalúa y acredita hospitales en el marco de la "Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño" y de la más reciente "Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el niño".
- Sistema Informático Perinatal (SIP/OPS/OMS): capacitación en su uso, distribución, y recopilación y análisis de las bases provinciales que integran una gran base nacional, en la actualidad de 1.000.000 de registros de eventos perinatales.
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de actividades y resultados, en todas las jurisdicciones.

La implementación del Programa de Salud Integral del Niño abarca:

- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades y equipos técnicos provinciales para la transformación del modelo de atención en los servicios infantiles y para la organización de redes de atención.
- Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios) en los distintos niveles de la red de atención.
- Transferencia de equipamiento, insumos y medicamentos esenciales para la atención del niño en las enfermedades prevalentes.
- Evaluación y asistencia técnica para colaborar en el desarrollo adecuado de Servicios sobre la base de la aplicación de Normas de Organización y Funcionamiento.
- Vigilancia y control de la morbimortalidad infantil integrando la Comisión Nacional de dicho tema que asesora y coordina a las Comisiones Provinciales.

- Publicaciones: Estrategia de la Programación Local, Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes, Cuidando al bebe. Guía para la familia y Cuidando al bebé. Guía para el equipo de salud, "Estrategia de Hospitalización Abreviada en Infecciones Respiratorias Bajas", Atención del niño con diarrea "Prevención de la Muerte Súbita del Lactante".

Población beneficiaria

El PROMIN está especialmente dirigido a las mujeres embarazadas y a los niños menores de 6 años con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por ser éste el grupo más vulnerable de la población.

Por extensión, beneficia a las familias de los destinatarios e indirectamente a toda la población, -incluidas aquellas familias que están debajo de la línea de pobreza y no son consideradas NBI- a través de la mejora en la organización de los programas y servicios existentes, la capacitación de los recursos humanos y la inversión en infraestructura y equipamiento.

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable está dirigido a la población en general.

Localización

Todo el país.

Recursos Económicos

Monto total del Programa Nacional: U\$S 195.800.000.

Préstamo del Banco Mundial: U\$S 135.800.000.

Aportes de contraparte del Gobierno nacional: U\$S 40.000.000.

Aportes de contraparte de los Gobiernos Provinciales y Municipales:
U\$S 20.000.000.

En el Presupuesto 2005 del Ministerio de Salud y Ambiente figura una partida de \$234.972.543 destinada a la Atención de la Madre y el Niño.

Financiamiento

Fondos nacionales y externos.

Año de implementación

Los comienzos del Plan Maternoinfantil se remontan a la década del '40.

El Plan con sus características actuales se implementa en 1993, agregándose en 2002 el Plan de Procreación responsable.

El préstamo para el PLAN NACER ARGENTINA comienza en 2004.

Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)

Institución Responsable

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Responsable del Programa

Lic. Julieta Jaime.

Objetivos

- Fortalecer la cobertura de atención primaria de la salud asegurando la accesibilidad a las prestaciones básicas del sistema de salud, así como la provisión de servicios básicos de agua y saneamiento mediante normas y acuerdos de optimización de los recursos disponibles.
- Organizar un sistema de vigilancia epidemiológica nacional que permita disponer de un diagnóstico actualizado incluyendo investigaciones de conocimientos, actitudes y comportamientos individuales y comunitarios.
- Impulsar el enfoque intercultural para la construcción de un modelo integral en salud con énfasis en la articulación entre medicina tradicional y occidental.
- Favorecer la participación comunitaria tanto en la identificación de problemas como en la gestión de proyectos y experiencias locales que contribuyan a mejorar la accesibilidad, calidad y equidad de la atención sanitaria.

Bienes y/o servicios que brinda

- Asistencia técnico- financiera a provincias bajo programa
 - Convenios.
 - Transferencia de fondos.
 - Contratación de agentes sanitarios.
 - Financiamiento de proyectos locales.
 - Asistencia técnica en terreno.
 - Monitoreo de planes de acción jurisdiccionales.
- Gestión de programas y proyectos para comunidades indígenas
 - Asesoramiento técnico para el diseño y aplicación de planes y programas de salud.
 - Monitoreo y seguimiento de proyectos.
- Capacitación de Recursos Humanos técnicos y comunitarios
 - Convenios.
 - Reuniones nacionales y regionales.
 - Talleres.
- Articulación intra e intersectorial.
 - Participación en grupos de trabajo y comités intersectoriales.
 - Coordinación con programas y organismos gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones de la comunidad indígena.

Población beneficiaria

Comunidades Indígenas (se calcula en más de medio millón de personas).

Actualmente se calcula una población indígena estimada de 215.000 personas cubiertas por el Programa.

Localización

La localización proyectada es en todo el país, aunque por el momento el Programa se encuentra implementado en las Provincias de Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán.

Modalidad de Ejecución

Se proporciona equipamiento y capacitación a los agentes sanitarios, cuya tarea central será la de actuar como facilitadores interculturales. Deberán en consecuencia estos agentes permanecer en estrecho contacto con las comunidades, a los efectos de quebrar barreras que impiden el acceso a la universalidad de las prestaciones. Se procura entregarles medios de movilidad y comunicación que les permitan el contacto con centros referenciales de asistencia. Se privilegia una fuerte tendencia hacia el control social de los programas, con activa participación de las comunidades indígenas en primer término, de las ONGs, de las Administraciones Municipales, Provinciales o Nacionales, procurando una relación dialogal simétrica entre actores sociales y gubernamentales. Se diseñarán convenios con gobiernos provinciales y municipales.

Recursos Institucionales

No se dispone de recursos institucionales específicos destinados a tal fin.

Recursos Humanos

El Ministerio de Salud contrata 170 agentes sanitarios y el Ministerio de Trabajo a través de su Secretaria de Trabajo y Empleo 328.

En total serían 498 agentes que reciben capacitación a cargo del Ministerio de Salud.

Recursos Económicos

Se destinaron en el año 2004 \$719.000 para la implementación del programa.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

2000.

Programa Nacional de Recursos Humanos para la Atención Primaria de la Salud

Institución Responsable

Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Dr. Mauro Brangold.

Objetivos

- Consolidar una estrategia de Atención Primaria de la Salud Nacional, apoyada en estrategias locales que persigan iguales objetivos de eficacia sociosanitaria.
- Mejorar la cobertura de atención de la salud de la población de extrema pobreza y vulnerabilidad social y sanitaria.
- Garantizar la accesibilidad a los servicios y a las acciones básicas de salud a dicha población.
- Lograr una efectiva articulación con otros Programas o Proyectos Nacionales, provinciales o Municipales existentes.
- Asegurar efectiva y adecuada referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.
- Lograr una racional utilización de los recursos de la tecnología sanitaria.
- Estimular la prescripción racional de medicamentos, a través del uso de listado de medicamentos esenciales en forma de genéricos, sustentado en los estudios de la farmacología clínica y la medicina basada en la evidencia.
- Fomentar la participación comunitaria en las acciones de salud, a través del fortalecimiento de las redes locales y del funcionamiento de los consejos consultivos locales.

Bienes y/o servicios que brinda

- Fortalecimiento del Recurso Humano en el Primer Nivel de Atención a través de incentivos y/o reconversión, con capacitación en Atención

Primaria de la Salud para los trabajadores que se estén desempeñando en dicho nivel y así se requiera.

- Incorporación de Recursos Humanos para Desempeñarse en el Primer Nivel de Atención.
- Financiamiento en situaciones de Emergencias o Proyectos Especiales.

Población beneficiaria

El programa está destinado a toda la población sin cobertura médica.

La población calculada cubierta actualmente por el programa es de aproximadamente 820.000 personas.

Localización

El alcance del Programa se extiende a todas las Provincias argentinas excepto Tierra del Fuego, Santa Cruz, Neuquén y Salta.

Modalidad de Ejecución

Se restringe la selección de profesionales de las especialidades de Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Clínica y Tocoginecología para desempeñar tareas en Centros de Atención Primaria de dependencia Pública.

Se incluye a estos profesionales en las estrategias locales de APS.

Se incluye el desarrollo de metas de gestión que los profesionales deben probadamente cumplir, variable que otorga una posibilidad concreta de evaluación de desempeño del profesional, del Programa, y de los modelos de atención locales.

Se procura articulación cierta y efectiva con otros Programas Nacionales (Programa REMEDIAR, Programa de Agentes Sanitarios, Programa Nacional de Maternidad e Infancia, etc.).

Se incluyó el Programa en el Presupuesto a partir del año 2003.

Recursos Institucionales

La gestión operativa del programa se realizará en forma descentralizada, con la mayor simplificación administrativa posible, reservándose el Ministerio las facultades inherentes a la Coordinación y Supervisión, con pautas funcionales que den garantía de continuidad (Nivel Central).

La Provincia o Jurisdicción será el administrador del Proyecto aprobado implementándolo para el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud de la población residente en su ámbito geográfico (Nivel Local).

Recursos Humanos

Se contrataron 1.117 profesionales para desempeñar tareas asistenciales en el primer nivel de atención de dependencia pública.

Recursos Económicos

Se destinan \$10.000.000 anuales.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

Este programa surge a partir del antiguo Plan Nacional de Médicos de Cabecera, creado en el año 2000, reformulándose posteriormente en el 2003 y 2004.

Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes (PRONADIA)

Institución Responsable

Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

Objetivos

Orientados a la aplicación de la Ley y la ejecución del Programa:

- Lograr la adhesión de las provincias a la ley nacional y una propuesta programática adecuada a la situación de las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Lograr una organización operativa que permita dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Nacional N° 23.753 y al Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1271/98 y evaluar su impacto.
- Incluir en el SINAVE (SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA) la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus (DM).
- Crear los mecanismos de supervisión, auditoría y evaluación que permitan medir el impacto de la aplicación de la ley y ajustar los insumos.
- Promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en esta problemática, en todos los niveles de gestión del programa.

Orientados a modificar la evolución de la DM:

- Prevenir el desarrollo de la DM, en la medida de lo posible, en individuos y comunidades susceptibles.
- Implementar la educación diabetológica a todos los niveles.
- Prevenir las complicaciones de la DM y, consecuentemente, disminuir la morbilidad, la mortalidad y los costos de la enfermedad.
- Organizar un sistema de registros y control de tratamientos y su impacto.
- Promover la investigación científica clínica y preventiva de la DM.
- Detectar en forma temprana la DM especialmente en sujetos de alto riesgo.
- Asegurar el tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

Bienes y/o servicios que brinda

- Educación de las personas con diabetes.
- Prevención clínica (Implantar en el sistema médico asistencial la consulta preventiva que registre los factores de riesgo para la DM y asuma su estudio, tratamiento y seguimiento).
- Accesibilidad a la insulina, a los agentes hipoglucemiantes orales y a los insumos necesarios para el tratamiento y control de la diabetes (entre los insumos indispensables se requieren jeringas y agujas descartables para la aplicación de insulina, tiras reactivas para la determinación de

glucosa en sangre y orina, para cuerpos cetónicos en orina y lancetas para extracción de sangre capilar).

Población beneficiaria

La población en general en lo que atañe a las actividades de educación y prevención, y los diabéticos en particular en lo que se refiere al tratamiento.

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

Las estrategias básicas consideradas pertinentes para el logro del propósito u objetivo general son:

- Abordaje interdisciplinario.
- Articulación intersectorial.
- Participación social y grupal de personas con DM.
- Incorporar los objetivos y actividades del Programa dentro de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Recursos Institucionales

Organismos que integran la Comisión Nacional Asesora de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus:

Instituciones Gubernamentales:

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y representantes provinciales.
- Ministerio de Economía y Obras Públicas.
- Ministerio de Educación y Cultura.
- Ministerio de Trabajo.
- Ministerio de Justicia.

Instituciones Científicas:

- Facultades de Medicina a través de AFACIMERA.
- Sociedad Argentina de Diabetes.
- OPS/ OMS.

- Sociedades Científicas de especialidades afines.

Otras Organizaciones:

- Entidades colegiadas de profesionales de la salud.
- Entidades intermedias.
- Asociaciones de personas con diabetes.
- Representantes de la industria farmacéutica.
- Representantes de los medios de comunicación
- Asesores internacionales

Recursos Económicos

La Nación no destina presupuesto específico para este programa.

Proporciona normativas centrales, asesoramiento y capacitación, y las provincias se encargan de la provisión de insumos y medicamentos.

Año de implementación

1999.

Programa CARMEN-CINDI

Institución Responsable

Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Objetivos

- Promover la salud y prevenir las principales causas de morbimortalidad y mortalidad en el adulto: las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), los accidentes y violencias. CARMEN asigna prioridad a aquellas ENT que tengan factores de riesgo comunes. Entre las principales se destacan las siguientes:

- Cardiovasculares
 - Cáncer
 - Respiratorias crónicas
 - Diabetes Mellitus
 - Cirrosis hepática
 - Accidentes y violencias.
- Incentivar la participación de otros Sectores del quehacer nacional, distintos a salud, en acciones dirigidas a promover conductas y ambientes más saludables.
 - Desarrollar estrategias dirigidas a reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles.

Bienes y/o servicios que brinda

- Desarrollo de políticas, legislación y normas.
- Educación para la salud y comunicación social.
- Mercadeo social.
- Desarrollo de alianzas.
- Desarrollo de recursos humanos.
- Seguimiento y evaluación de impacto y procesos.
- Colaboración internacional en el marco CARMEN/CINDI.

Población beneficiaria

La población general.

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

Las acciones para conseguir la reducción de los factores de riesgo seleccionados se basan en cuatro principios generales:

- Acción integrada

La acción integrada implica las intervenciones dirigidas a reducir simultáneamente un conjunto de factores de riesgo común a las ENT, tanto a nivel individual como de la comunidad, mediante los esfuerzos combinados de los servicios de salud preventiva para los individuos de alto riesgo y las intervenciones de promoción de la salud dirigidas hacia la población general.

- **Acción intersectorial**

Estrechamente vinculado al concepto de integración se halla la necesidad de fomentar la colaboración para alcanzar los objetivos de la prevención. CARMEN reconoce la necesidad de involucrar diversas instituciones y organizaciones sociales, y coordinar sus esfuerzos.

- **Evaluación de impacto y procesos**

CARMEN construye un proyecto nacional sobre la experiencia de las áreas locales de demostración que aplican el conocimiento existente de prevención para poner en marcha los procesos requeridos para lograr sus objetivos y aprender de estas experiencias

- **Colaboración internacional**

CARMEN la valora como un mecanismo para intercambiar las experiencias entre los países y aumentar la visibilidad y la prioridad de las enfermedades no transmisibles.

Para mejorar la colaboración internacional, la OPS ha creado una red Panamericana de proyectos CARMEN, que a su vez forma parte de la red internacional conocida como Countrywide Integrated Non-communicable Intervention (CINDI), de la cual forman parte 23 países europeos y Canadá.

Recursos Económicos

El Ministerio de Salud de la Nación tiene proyectado para el 2005 un monto de \$21.285.869, destinado en conjunto a la detección y tratamiento de enfermedades crónicas y conductas adictivas, así como una suma de \$92.633.836 para la prevención y control de enfermedades y riesgos específicos.

Ambos montos tienen destinos compartidos por el Programa CARMEN-CINDI y otros programas de Atención Primaria.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

En el año 1985 se implementa el Programa CINDI, incorporándose en 1997 el Programa CARMEN.

Programa de Control de Lepra

Institución Responsable

Ministerio de Salud de la Nación.

Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos Malbrán.

Hospital Nacional Dr. Baldomero SOMMER.

Objetivos

- Control de la endemia de lepra con medidas de detección precoz, tratamiento y seguimiento de los pacientes.
- Provisión y distribución de medicamentos.
- Normatización de métodos y procedimientos de control de la enfermedad.
- Disminuir la prevalencia de la enfermedad, de acuerdo a metas de la OMS.

Bienes y/o servicios que brinda

- Asistencia a 1300 pacientes registrados para tratamiento al 31/12/02 en toda el área endémica, según forma clínica.
- Detección de 500-600 nuevos casos por año.
- Distribución de 850.000 dosis de medicamentos específicos por año.
- Actividades continuas de capacitación a todos los integrantes del equipo de salud y comunidad mediante la realización de cursos y talleres monotemáticos o integrados a otras patologías regionales de interés sanitario.

- Actualización permanente de registro de datos.
- Construcción y aplicación en actividades de supervisión de los indicadores epidemiológicos básicos de incidencia, prevalencia, cobertura con poliquimioterapia, tasa de discapacidades, tasa de recidivas.
- Fortalecimiento de los sistemas de referencia de los laboratorios integrantes de la red de lepra, componente de la Red Nacional de Laboratorios.

Población beneficiaria

Población general.

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

Logra su objetivo mediante la promoción de actitudes que favorezcan la detección y aceptación de los casos de lepra por parte del equipo de salud y la comunidad, tratamiento oportuno, regular y completo de todos los casos conocidos, prevención del desarrollo de discapacidades, atención integral de todos los pacientes discapacitados, consolidación de los niveles de prevalencia coincidentes con las metas de control/eliminación, intensificación de las acciones en las áreas críticas que aún no han alcanzado estos niveles, aumentando la capacidad operativa por su integración a la Red Nacional e Internacional para la eliminación de la lepra y optimizando la distribución de medicamentos.

Recursos Económicos

El presupuesto en salud 2005 destina \$1.240.000 al Hospital Sommer.

Financiamiento

Nacional.

Año de Implementación

1983.

Programa de lucha contra los retrovirus del humano VIH-SIDA y ETS

Institución Responsable

Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención y Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Dra. Gabriela Hamilton.

Objetivos

- Prevenir la transmisión sexual y perinatal.
- Desarrollar actividades educativas, tendientes a la promoción de prácticas sexuales que impliquen un menor riesgo de adquirir infecciones transmisibles sexualmente.
- Promover el uso de los métodos de barrera para la prevención de infecciones transmisibles sexualmente.
- Articular esfuerzos con los servicios de diagnósticos y tratamientos de ETS.
- Apoyar actividades que estimulen la atención prenatal.
- Apoyar actividades educativas para parejas en edad fértil.
- Prevenir la transmisión por sangre, hemoderivados, transplantes y durante procedimientos invasivos.
- Garantizar el control de calidad de la detección de HIV en sangre, hemoderivados, semen, tejidos y órganos.
- Capacitar al equipo de salud en el uso racional de la sangre y hemoderivados.
- Fomentar la adopción de normas universales de bioseguridad.

- Estimular la donación de sangre y órganos y la autoexclusión de personas potencialmente infectadas por agentes transmisibles por la sangre.
- Prevenir la infección entre usuarios de drogas.
- Diseminar la información sobre los riesgos asociados al uso de drogas.
- Impulsar acciones de prevención de la infección entre usuarios de drogas inyectables.
- Apoyar acciones de prevención de la inyección entre parejas sexuales de usuarios de drogas.
- Reducir el impacto individual, familiar y socio-económico.
- Mantener el nivel de información y sensibilidad social en relación a la epidemia de HIV/SIDA.
- Fortalecer y proseguir con las políticas de no discriminación sustentada en la ley 23.798.
- Reforzar la atención integral de las personas infectadas y enfermas.
- Fomentar la participación de la familia y comunidad en el cuidado de personas infectadas y enfermas.
- Apoyar el desarrollo de propuestas orientadas al reconocimiento y reducción de impacto económico.
- Reforzar los procesos de revisión y aplicación de los instrumentos legales, en un marco de equilibrio entre los derechos individuales y de la comunidad.
- Reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia.
- Estimular el desarrollo de investigaciones socioantropológicas.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.
- Evaluar las tendencias y proyecciones de la epidemia.
- Consolidar los aspectos administrativos, gerenciales y gestión del programa.
- Ampliar la capacidad de gestión.
- Movilizar recursos nacionales e internacionales.
- Coordinar el uso racional de los recursos disponibles.
- Coordinar actividades intra e intersectoriales.

Bienes y/o servicios que brinda

- Actividades y campañas de prevención para la población general e individuos en riesgo.
- Facilita la obtención de preservativos masculinos y femeninos.
- Fomenta la adopción de niños huérfanos debido al VIH/SIDA, y brinda apoyo a albergues y orfanatos que den alojamiento a niños HIV positivos.
- Fomenta oportunidades para realizar el test a las embarazadas.
- Mejora la calidad de los servicios de asesoramiento en los centros de tratamiento.
- Capacita a los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias en temas relacionados con la terapia antirretroviral y el tratamiento de las enfermedades oportunistas.
- Fortalece los mecanismos de seguimiento de la resistencia a la terapia.
- Refuerza los procedimientos de vigilancia epidemiológica en el país.
- Garantiza la provisión gratuita de medicamentos en todo el país, según normas, a las personas sin cobertura que lo requieran.

Población beneficiaria

Usuarios de drogas endovenosas, hombres y mujeres homosexuales, transexuales, bisexuales y profesionales del sexo; reclusos; niños huérfanos; todas las personas que viven con VIH/SIDA y sus familias; mujeres embarazadas; profesionales de la salud; personas infectadas con VIH/SIDA; población en general.

Localización

Todo el país.

Recursos Económicos

En el año 2003 se aprueba una donación para Argentina por parte del Fondo Mundial por un total de U\$S 12.177.200, para un programa denominado "Actividades de apoyo para la prevención y control del VIH/SIDA en la Argentina", finalizando el Programa en el 2005.

El Presupuesto 2005 del Ministerio de Salud prevé una suma de \$ 119.486.998 destinados a la Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Financiamiento

Nacional y externo.

Año de implementación

En 1990 se promulgó La ley Nacional de SIDA, con la incorporación como prestaciones obligatorias para todas las Obras Sociales del Sistema Nacional la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por el VIH/SIDA y de aquellas que posean enfermedades intercurrentes. La Resolución N° 625/97 aprobó el Programa de Cobertura y de Prevención en HIV/SIDA para las Obras Sociales y empresas de medicina prepaga.

La Resolución 247/96 del Ministerio de Salud por la cual se aprueba el Programa médico Obligatorio (PMO) para los Agentes del Seguro de Salud incorpora la cobertura del 100% para la medicación anti VIH y anti SIDA.

En 1998 se crea el Programa Nacional de SIDA y ETS.

Programa Nacional de Inmunizaciones

Institución Responsable

Departamento de Inmunizaciones, Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Dr. José Luis Urrusuno.

Objetivos

- Disminuir la morbimortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles, mediante la vacunación sostenida de los niños de todo el país desde su nacimiento hasta los 6 años de edad.

- Obtener una cobertura nacional de inmunización superior al 95%, tendiente a eliminar o erradicar aquellas patologías inmunoprevenibles de reservorios únicamente humanos y controlar además a las que tengan otros reservorios.

Bienes y/o servicios que brinda

- Adquisición, provisión y distribución de: vacunas obligatorias para niños de hasta 6 años; material descartable y elementos de la cadena de frío.
- Aplicación de vacunas por las provincias.

Población beneficiaria

Los niños de todo el país desde su nacimiento hasta los 6 años de edad.

Localización

Todo el país.

Recursos Económicos

Durante el año 2004 el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación adquirió todas las vacunas del calendario en vigencia.

Fueron distribuidas 19.670.409 dosis de vacunas antituberculosa, hepatitis B, cuádruple bacteriana, triple bacteriana, antipoliomielítica oral, triple viral, doble viral y doble adultos, por un valor de \$ 38.952.607, y 14.197.000 de jeringas y agujas descartables, por un valor de \$ 2.839.400. También se distribuyeron 6.658

conservadoras térmicas y hubo una transferencia de fondos por \$ 658.016 anuales a las provincias en el marco de la vigilancia de diversas patologías inmunoprevenibles.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

Desde 1960, la Argentina cuenta con Programas de Inmunizaciones.

En 1978 se actualizaron las normas nacionales de vacunación y se estructuró un Programa de Inmunización, que se actualiza a partir de entonces de acuerdo a las necesidades.

La ley Nacional de inmunizaciones data del año 1983.

Programa de Prevención y Control de Intoxicaciones

Institución Responsable

Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Dra. Susana García.

Objetivos

- Disminuir los riesgos para la salud humana asociados a la exposición a las sustancias químicas en todas las etapas de sus ciclos de vida.
- Caracterizar epidemiológicamente y normatizar las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las intoxicaciones.
- Optimizar el intercambio de información toxicológica y el funcionamiento de las unidades asistenciales de Toxicología Clínica del país, incluyendo los Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica y los Laboratorios de Análisis Clínicos Toxicológicos.
- Promover la capacitación en Toxicología Clínica y Epidemiología Aplicada.

Bienes y/o servicios que brinda

- Servicio de Información y Asesoramiento
- Servicio de Asistencia y Tratamiento
- Servicio de Análisis toxicológicos
- Docencia
- Investigación
- Toxicovigilancia

- Prevención
- Alerta a la comunidad y a las autoridades sobre riesgos detectados
- Farmacovigilancia
- Intervención en planes de contingencia ante desastres químicos.

Población beneficiaria

La población general.

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

Optimizar el funcionamiento de las unidades asistenciales de Toxicología Clínica del país (incluyendo los Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica y los laboratorios de análisis clínicos toxicológicos), a través de la constitución de una red, que permita:

- Facilitar el intercambio de información
- Mejorar la vigilancia de las intoxicaciones
- Facilitar el acceso a medicación específica y diagnóstico de laboratorio
- Mejorar la respuesta a accidentes químicos

Promover la capacitación en Toxicología Clínica y en Epidemiología Aplicada.

Recursos Institucionales

Participan en el Programa todas aquellas instituciones pertenecientes a la Red Argentina de Toxicología.

Recursos Económicos

No posee recursos específicos asignados. Su presupuesto forma parte del de la Dirección de Protección y Promoción de la Salud del Ministerio de Salud.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

1999.

Programa Nacional de Control de Cáncer

Se encuentra a su vez compuesto por tres Subprogramas principales:

- Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama.
- Subprograma de Detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino.
- Subprograma Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas.

Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama**Institución Responsable**

Secretaría de Atención Sanitaria, Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Lic. María Fernanda Montecchia.

Objetivos

Reducir la mortalidad por cáncer de mama y mejorar la calidad de vida y la sobrevida global de las mujeres portadoras de cáncer de mama.

Bienes y/o servicios que brinda

- Revisación de mamas.
- Mamografía de control para las mujeres mayores de 40 años.
- Atención ginecológica gratuita en hospitales nacionales, provinciales y centros de salud.

Población beneficiaria

Mujeres de todas las edades.

Localización

Todo el país.

Recursos Económicos

El Ministerio de Salud de la Nación destinó en 2004 \$166.568 para Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Conductas Adictivas. No existe partida específicamente diferenciada para este subprograma.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

2003.

Subprograma de Detección precoz del Cáncer de cuello uterino**Institución Responsable**

Secretaría de Atención Sanitaria, Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Lic. María Fernanda Montecchia.

Objetivos

- Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino.
- Prevenir el carcinoma invasor a través de la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad en sus etapas preinvasoras.
- Garantizar el tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida en las pacientes con cáncer avanzado de cuello uterino.

Bienes y/o servicios que brinda

- Difusión e invitación.

- Toma de muestras para la pesquisa en la población seleccionada.
- Lectura e interpretación de la citología exfoliativa y de la histología.
- Tratamiento adecuado de las patologías diagnosticadas.
- Capacitación d los profesionales.

Población beneficiaria

Mujeres entre 35 y 64 años de edad.

Localización

Todo el territorio nacional.

Modalidad de Ejecución

La estrategia que se ha de utilizar en todo el territorio nacional consistirá en la realización de un diagnóstico precoz, la estadificación y tratamiento adecuado de las enfermedades preinvasivas e invasoras del cuello uterino, de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales.

Recursos Económicos

El Ministerio de Salud de la Nación destinó en 2004 \$166.568 para Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Conductas Adictivas. No existe partida específicamente diferenciada para este subprograma.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

1998.

Subprograma Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas

Institución Responsable

Instituto Nacional de Oncología.

Secretaría de Atención Sanitaria, Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Dr. Roberto Loiácono.

Objetivos

Proveer de la medicación oncológica a la población hospitalaria sin recursos.

Bienes y/o servicios que brinda

- Provisión gratuita de medicación oncológica clínicamente indicada a aquellos pacientes con enfermedades oncológicas que no dispongan de los recursos económicos necesarios.

Población beneficiaria

Población sin cobertura con indicación de tratamiento oncológico.

Cubre a 31.000 beneficiarios con drogas quimioterápicas a pacientes con carencias económicas.

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

Para abastecer al Banco Nacional de Drogas, el Ministerio de Salud compra 75 variedades de medicamentos oncológicos por licitación. Estas drogas son entregadas sólo a los pacientes oncológicos sin recursos tratados dentro del ámbito hospitalario.

Recursos Económicos

Durante el año 2004 fueron adquiridas drogas de acción antineoplásica por un valor de \$19.116.735,65, y se enviaron medicamentos oncológicos a filiales del interior del país. Se transfirió a provincias 279.664 tratamientos por un valor de \$12.774.070 en estas drogas.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

1975, modificaciones en 1999 y 2000.

Programa de Salud del Trabajador**Institución Responsable**

Dirección de Promoción y Protección de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Dr. Eduardo Rodríguez.

Objetivos

Promover el desarrollo de ámbitos de trabajo saludables y mejorar la calidad de vida de los trabajadores desarrollando acciones que disminuyan los riesgos de sufrir accidentes de trabajo y contraer enfermedades profesionales.

Bienes y/o servicios que brinda

Legislación y asesoría.

Población beneficiaria

La totalidad de los trabajadores.

Localización

Todo el territorio nacional.

Recursos Económicos

Durante el año 2004 se destinaron \$2.811.353 a la salud ocupacional.

Año de Implementación

1973.

Programa de Salud Bucal

Institución Responsable

Dirección de Promoción y Protección de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Responsable del Programa

Dr. Hugo A. Ambrune.

Objetivos

- Disminuir la incidencia de caries dentales y enfermedad periodontal a través del tratamiento de las aguas con flúor y de la promoción de su empleo.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida del grupo materno infanto-juvenil a través de acciones de prevención, promoción y protección de la salud bucal.
- Promover la incorporación y/o actualización de recursos normativos, organizativos, de gestión y fiscalización y de capacitación en todos los aspectos de la atención odontológica.

Bienes y/o servicios que brinda

- Fluoración del agua.

- Cursos de capacitación dirigidos a todos los docentes del país que educan a niños entre 4 y 14 años.

Población beneficiaria

Población infantil entre 4 y 14 años, población en general (aproximadamente un millón de personas entre familias y la comunidad educativa en general).

Localización

Todo el país.

Modalidad de Ejecución

Se organizan módulos tendientes a la formación de docentes en agentes preventivos respecto a la salud bucal.

Recursos Institucionales

Instituciones participantes del CORA (Confederación odontológica de la República Argentina).

Recursos Humanos

Más de 600 odontólogos, 70 coordinadores provinciales y 560 colaboradores.

Recursos Económicos

A excepción de los fondos destinados a la fluoración del agua, no existe en el presupuesto del Ministerio de Salud una partida presupuestaria específica para este Programa.

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

1996 (Programa Sonríe Argentina).

Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades- VIGI-A

Institución Responsable

Ministerio de Salud de la Nación, Banco Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud.

Responsable del Programa

Dr. Daniel Fontana.

Objetivos

- Fortalecer y modernizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en sus distintos niveles.
- Fortalecer los Programas Nacionales de Control de Dengue, Tuberculosis e Infección Nosocomial.
- Fomentar la participación social en los procesos de vigilancia en Salud y de control y prevención de las enfermedades.

Bienes y/o servicios que brinda

- Contratación de recursos humanos de apoyo.
- Capacitación.
- Publicación (boletines e informes epidemiológicos).
- Instalación de equipos informáticos (hardware y software).
- Obras de infraestructura.
- Actualización y distribución de normas epidemiológicas.
- Financiamiento de proyectos de investigaciones operativas.
- Desarrollo de estudios especiales.
- Actividades de difusión.

Población beneficiaria

Técnicos, profesionales del sector público, entidades públicas y privadas, laboratorios y población general. Hospitales de grandes centros urbanos para enfermedades nosocomiales.

Localización

Todo el territorio nacional.

Modalidad de Ejecución

Integrado por 4 componentes (Vigilancia de la Salud; Control de Enfermedades; Promoción de la Salud y Administración; y Unidades de Sistema de Información y Planificación y Monitoreo) el Programa trabaja coordinadamente con diferentes áreas de salud, en especial con la Dirección Nacional y las Direcciones Provinciales de Epidemiología, los Programas específicos en el nivel nacional y provincial, los Institutos de Salud y las redes de laboratorios, en asistencia técnica y capacitación. En el nivel nacional, desarrolla actividades para fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica; promueve y asiste la creación de una fuerza de acción para las emergencias que dé apoyo a las autoridades sanitarias provinciales en investigación de brotes y brinde cooperación técnica. Hay 39 referentes en todas las provincias del país que capacitan en epidemiología básica; asesoran sobre la aplicación de normas, la evaluación y la supervisión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; colaboran en casos de brotes; realizan investigaciones; y consolidan, analizan y difunden la información.

Recursos Económicos

El Banco Mundial otorgó un crédito de 52.5 millones de dólares entre 2001 y julio de 2005.

Financiamiento

Fondos nacionales y crédito externo (préstamo del Banco mundial).

Año de implementación

Préstamo propuesto en 1999, implementado en 2001.

Programa REMEDIAR

Institución Responsable

Ministerio de la Salud de la Nación.

Objetivos

El objetivo del Programa es proveer recursos de rápido desembolso para dar apoyo a las medidas del gobierno para mantener la estabilidad macroeconómica del país.

Al mismo tiempo, se aseguraría que el gasto público en programas nacionales de

entrega de servicios sociales básicos focalizados hacia grupos de bajos ingresos se mantiene en niveles adecuados y se mejora su eficiencia y eficacia.

Finalmente, se garantizaría la continuidad de aquellas medidas que contribuyen a que no se produzcan retrocesos en las políticas de los sectores salud, educación y desarrollo social.

Bienes y/o servicios que brinda

Provisión de medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo.

Población beneficiaria

Destinado a la población con dificultades de acceso a los medicamentos ambulatorios.

En especial quienes están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura de obra social. Su población objetivo es de alrededor de 15 millones de personas.

El Programa Remediar se encuentra en pleno desarrollo, alcanzando a 5.340 Centros de Atención Primaria (CAPS) de todo el país. Distribución, hasta el 31 de diciembre de 2004, de 300.000 botiquines con 45 drogas esenciales.

Localización

Todo el territorio nacional.

Modalidad de Ejecución

Los botiquines son distribuidos por Remediar directamente a los Centros de Atención Primaria de la Salud. Esto permite establecer un sistema uniforme de entrega en todas las provincias y municipios de la Argentina, garantizando su seguimiento y control. Para ello se realizan licitaciones nacionales que permiten la contratación de un operador logístico, responsable por el armado de los botiquines, la impresión de los recetarios y otros formularios de control, el transporte y la distribución de los medicamentos. Además la firma adjudicada debe disponer de un sistema de rastreo satelital y un sistema de códigos de barras permite el seguimiento permanente de cada botiquín. Cada CAPS recibe la cantidad de botiquines proporcional a las consultas que atiende. Los botiquines han sido diseñados para atender alrededor de 300 consultas médicas.

Las consultas son registradas a través de recetarios provistos por Remediar. Esto permite al programa monitorear el desempeño de cada centro y reponer mensualmente los botiquines en función de las consultas realizadas. La población que consulta en los centros de salud tiene acceso gratuito e integral a los medicamentos incluidos en el botiquín Remediar. Para ello debe consultar al profesional en el CAPS correspondiente a su lugar de residencia. Si el médico le prescribe un medicamento el mismo le es suministrado directamente en el CAPS en cantidades acordes a las dosis y duración del tratamiento prescripto y de forma enteramente gratuita.

Recursos Humanos

Equipo propio de auditores.

Voluntarios de Caritas y Cruz Roja.

Financiamiento

Financiamiento asegurado desde el 2002 hasta el 2006, a través de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo.

Recursos Económicos

El BID otorgó un préstamo de 400 millones de dólares en un plazo de 5 años.

Año de implementación
2002.

**Actividad 5- Relevamiento de Programas de Atención
Primaria de la Salud implementados a nivel del Gobierno
Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires**

Programa de Vigilancia Nutricional

Institución Responsable

Secretarías de Salud, Desarrollo Social, Educación y del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y adolescentes de la Ciudad.

Responsable del Programa

Lic. Débora Sabag.

Objetivos

Apunta al trabajo de coordinación y monitoreo de las actividades tendientes a fortalecer la cobertura sanitaria, social y educativa de la población infantojuvenil y embarazadas en situación de riesgo nutricional.

Bienes y/o servicios que brinda

Recolección, análisis e interpretación de la información insertada en un marco de políticas de Prevención y Promoción de la Salud.

Población beneficiaria

Apunta inicialmente a la población de niños con bajo peso, aunque contempla la ampliación de criterios de inclusión hacia las poblaciones con sobrepeso, obesidad y anemias nutricionales.

Localización

Todo el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Recursos Institucionales

Centros de Salud, Centros Médicos Barriales, Médicos de Cabecera y algunos servicios específicos de los Hospitales Generales de Agudos y Hospitales Generales de Niños

Recursos Humanos

Médicos de Cabecera y de algunos servicios específicos de los Hospitales Generales de Agudos y Hospitales Generales de Niños

Recursos Económicos

No posee una partida presupuestaria específica destinada a tal fin.

Año de implementación

2003.

Programa de SIDA

Institución Responsable

Secretaría de salud de G.C.B.A.

Responsable del Programa

Dr. Claudio Bloch.

Objetivos

- Disminuir la transmisión del VIH en la Ciudad de Buenos Aires.
- Garantizar la atención integral a las personas viviendo con VIH/SIDA.
- Promover la investigación aplicada en el área VIH/SIDA.
- Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

Bienes y/o servicios que brinda (desde 2000)

- Creación de 11 Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD).
- Creación de una red de distribución de preservativos, a través de 200 bocas, 200.000 preservativos y 15.000 folletos mensuales. Se repartieron más de 4 millones de preservativos.
- Promoción del testeo principalmente en embarazadas y promoción de test rápidos en el momento del parto.
- Campañas en vía pública, radios y medios gráficos.
- Producción y distribución masiva de materiales de comunicación tendientes a fortalecer la autonomía de los sujetos y aumentar la accesibilidad a los servicios.
- Campaña de prevención en escuelas medias (formación docente y sensibilización de la comunidad educativa).
- Trabajo en reducción de daños en usuarios de drogas (zona sur y centro de la Ciudad).
- Distribución de preservativos en boliches gay.
- Intervenciones con trabajadoras sexuales.
- Espacio de prevención para travestis.
- Formación de agentes de prevención en barrios carenciados y trabajo con niños en situación de calle.
- Simplificación de procedimientos en medicamentos, y estudios por una red de laboratorios y farmacias.
- Implementación de una red para el diagnóstico por PCR en recién nacidos, hijos de madre VIH positivo.
- Trabajo con personas con VIH en torno a planes de empleo y acceso a suplementos alimentarios.
- Recomendaciones sobre transmisión vertical y accidentes laborales y no laborales

Población beneficiaria

La población general.

Localización

GCBA.

Recursos Institucionales

Organizaciones de la sociedad civil, organismos del GCBA, personas que viven con VIH y representantes de instituciones de salud del sector privado.

Recursos Económicos

El Presupuesto 2005 destina \$ 3.445.514 para este Programa.

Financiamiento

GCBA.

Año de implementación

2000.

Programa de Diabetes

Institución Responsable

Secretaría de Salud del GCBA.

Responsable del Programa

Dr. Pedro A. Tesone.

Objetivos

- Proveer en forma gratuita medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol necesarios para un tratamiento adecuado, a los pacientes diabéticos sin cobertura que se encuentran bajo atención en los centros dependientes de la Ciudad.
- Determinar los mecanismos de distribución incluyendo la provisión por el sistema de médicos de cabecera y Centros de Salud conforme establece el Programa Nacional y las disposiciones que surjan en la materia.

- Disponer por sí o por medio de la autoridad competente, las medidas necesarias para asegurar lo dispuesto en el inciso anterior, en los casos en que la producción, distribución o dispensación de tales elementos se viere afectada o amenazada.
- Difundir a la población, a través de los medios masivos de comunicación, las medidas de prevención necesarias para evitar o reducir los riesgos que puedan amenazar o alterar la salud produciendo la enfermedad.
- Organizar actividades sistemáticas y periódicas orientadas a la detección precoz de la enfermedad.
- Organizar la información, difusión y generación de datos estadísticos sobre la enfermedad.
- Fomentar actividades de investigación inherentes a la problemática planteada por la diabetes.
- Crear a través de la autoridad de aplicación la red de servicio de atención, instrumentación y control adecuado del programa.

Bienes y/o servicios que brinda

- Provisión gratuita de medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol necesarios para un tratamiento adecuado, a los pacientes diabéticos sin cobertura que se encuentran bajo atención en los centro dependientes de la Ciudad.
- Difusión a la población de las medidas de prevención necesarias para evitar o reducir los riesgos que puedan amenazar o alterar la salud produciendo la enfermedad.
- Organización de actividades sistemáticas y periódicas orientadas a la detección precoz de la enfermedad.
- Organización de la información, difusión y generación de datos estadísticos sobre la enfermedad.
- Fomento de actividades de investigación inherentes a la problemática planteada por la diabetes.

Población beneficiaria

La población general.

Localización

CGBA.

Modalidad de Ejecución

La distribución y provisión de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de diabetes a los pacientes sin cobertura se realizará por intermedio del sistema del Plan Médicos de Cabecera. Los beneficiarios del Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes deberán estar inscriptos en el mencionado Plan.

El vademécum del Plan Médicos de Cabecera deberá incluir los medicamentos correspondientes al Programa de Prevención. Los profesionales involucrados en el programa deberán ajustar su prescripción a dicho vademécum. La Dirección de Planeamiento y Evaluación del Desempeño producirá las actualizaciones correspondientes.

Recursos Económicos

No existe partida presupuestaria específica para el Programa de Diabetes. El presupuesto 2005 destina \$5.425.205 para la atención de pacientes con patologías crónicas, incluyendo entre ellas diabetes, tuberculosis y epilepsia).

Financiamiento

GCBA.

Año de implementación

2000.

Programa de Discapacidad

Institución Responsable

La Unidad Ejecutora de este programa es la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

Responsable del Programa GCBA

Sr. Antonio Coppola.

Objetivos

Implementar proyectos y programas que se desarrollen en zonas con deficiencias de infraestructura y cuyos beneficiarios – siempre personas con discapacidad- se encuentren en condiciones de riesgo social. Los mismos están orientados a la integración de las personas con discapacidad, procurando satisfacer necesidades esenciales insatisfechas por éstas, su grupo familiar o comunitario y tendiendo a desarrollar la capacidad productiva de los beneficiarios a fin de favorecer su inserción en el mercado laboral.

Bienes y/o servicios que brinda

- Orientación, Asistencia y Derivación de la Persona con Necesidades Especiales.
- Becas de Capacitación Laboral para Personas con necesidades especiales.
- Apoyo económico a organizaciones de la sociedad civil del ámbito de la ciudad que desarrollan actividades de asistencia y promoción de las personas con discapacidad.
- Subsidios a personas con discapacidad carenciadas.

Población beneficiaria

Todas aquellas personas con discapacidad, y secundariamente su grupo familiar y comunitario.

Localización

GCBA.

Modalidad de Ejecución

El Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, garantiza la universalidad de la atención de las mismas mediante la integración de políticas, de recursos institucionales y económicos afectados a la temática.

Recursos Institucionales

- Ministerio de Salud y Acción Social. Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la persona con discapacidad.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos.
- Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.
- Ministerio de Educación.

Recursos Económicos

Se destina a los subsidios para discapacidad un valor aproximado de 7 millones de pesos anuales.

Financiamiento

Las prestaciones se financian según la pertenencia de la persona beneficiaria: por el Fondo Solidario de Redistribución (Ley 23.661), con los recursos establecidos en la Ley 19.032 y sus modificatorias, con recursos provenientes de la Ley 24.241, y –en el caso de las personas con discapacidad carenciadas- con fondos provenientes de la Ley de Cheques.

Año de implementación

2000.

Programa de Salud para Adultos Mayores (PROSAM)

Institución Responsable

Secretaría de Salud GCBA.

Responsable del Programa

Lic. Paula Vicente.

Objetivos

- Garantizar el ejercicio de los derechos del adulto mayor que se encuentra en situación de riesgo y/o maltrato.
- Fortalecer sus redes sociales.
- Crear espacios donde el adulto mayor sea orientado y asistido en dichas situaciones.

Bienes y/o servicios que brinda

- Consultorio de atención primaria en geriatría y psicología.
- Charlas de educación para la salud y prevención de enfermedades.
- Atención de enfermería, que incluye controles de tensión arterial, glucemia, colesterolemia y aplicación de vacunas.
- Realización de talleres: "Estimulación de la Memoria"; "Viajando por nuestras emociones"; "Aprendiendo a Dibujar"; "De Tango: Se dice de mí";
"Grupo de Investigación"; "De Movimiento", etc.

Población beneficiaria

Población mayor de 60 años de la Ciudad de Buenos Aires.

Localización

GCBA.



Modalidad de Ejecución

Conforma una red de trabajo gerontológica y se articula con la comunidad y sus instituciones para trabajar en la atención primaria de la salud en pos de un envejecimiento saludable.

Ejes del Programa:

- Promoción: mediante la difusión de los derechos del adulto mayor.
- Prevención: mediante la detección de maltrato.
- Asistencia: para la atención de urgencias y asesoramiento, seguido de las derivaciones necesarias para superar la situación crítica.

Recursos Institucionales y Humanos

Equipos gerontológicos en Hospitales y en los Centros de Salud y Acción Comunitaria.

Recursos Económicos

No posee partida presupuestaria específica, el monto destinado al programa se encuentra incluido en el presupuesto de la Dirección general Adjunta de Atención Primaria de la Salud, que tiene asignada por el presupuesto 2005 la suma de \$48.440.473.

Financiamiento

GCBA.

Año de implementación

2000.

Programa de Epilepsia

Institución Responsable

Secretaría de Salud GCBA.

Objetivos

- Entender en todo lo referente a la investigación, docencia, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad en sus aspectos médicos, sociales y laborales.
- Dictar las normas que desde el ámbito de su competencia permitan el mejor cumplimiento del objeto de la presente.
- Realizar estudios estadísticos que abarquen a todo el país.
- Llevar adelante campañas educativas destinadas a la comunidad en general y a grupos específicos tendientes a crear conciencia sobre la enfermedad, a alertar sobre la necesidad de tratamiento oportuno y a evitar la discriminación de los pacientes.
- Prestar colaboración científica y técnica a las autoridades provinciales y de la ciudad de Buenos Aires a fin de elaborar sus programas regionales.
- Promover la concertación de acuerdos internacionales, especialmente con los países signatarios del Tratado de Asunción, para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.
- Realizar convenios de mutua colaboración en la materia, con las autoridades provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires.
- Asegurar a los pacientes sin cobertura médico asistencial y carentes de recursos económicos la provisión gratuita de la medicación requerida.
- Realizar todas las demás acciones emergentes de lo dispuesto en la presente y su reglamentación.

Bienes y/o servicios que brinda

- Atención médica integral y gratuita.

- Asegura a los pacientes sin cobertura médico asistencial y carentes de recursos económicos la provisión gratuita de la medicación requerida.

Población beneficiaria

Toda persona que padece epilepsia.

Localización

Toda la región correspondiente a GCBA.

Recursos Económicos

Su partida presupuestaria se encuentra incluida en la destinada a la atención de pacientes con patologías crónicas (\$5.425.205 en el presupuesto 2005).

Financiamiento

Nacional.

Año de implementación

2001.

Programa Maternoinfantil (PROMIN)

Institución Responsable

Secretaría de Salud GCBA.

Objetivos

- Reducir la morbimortalidad de la población de mujeres, niños y adolescentes.
- Reducir las brechas de los indicadores de salud existentes (por género, nivel socioeconómico, áreas geográficas, etnias).
- Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud.
Promover la participación ciudadana en la problemática de salud de la

población.

Bienes y/o servicios que brinda

Los mismos que el Programa Nacional, ya que adhiere a éste, con pequeñas modificaciones en los subprogramas.

Población beneficiaria

Embarazadas y niños de hasta 5 años.

Localización

GCBA.

Modalidad de Ejecución

El programa está compuesto por los siguientes subprogramas:

- Subprograma de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
- Subprograma de Control del Embarazo
- Subprograma de Salud Escolar
- Subprograma de Control del Niño Sano
- Subprograma de Puerperio y Lactancia.

Recursos Institucionales

Hospitales, Centros de Salud y Centros Médicos Barriales.

Recursos Económicos

El Programa Maternoinfantil recibe, según el presupuesto 2005, la suma de \$3.000.772, destinados exclusivamente a la compra de leche.

Financiamiento

Se recibe en forma de donación por parte del gobierno nacional.

Año de implementación

2000.

Programa de Inmunizaciones

Institución Responsable

Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivos

- Inmunizar a la población infantil según Calendario Nacional de Vacunaciones
- Acercar los servicios de salud al lugar donde vive y trabaja la gente, ubicando postas de vacunación en los diferentes barrios porteños, para facilitar el acceso de la población joven y adulta al programa de inmunizaciones.

Bienes y/o servicios que brinda

- Inmunización.
- Información sobre servicios de Atención Primaria de la Salud (lugares de atención y prestaciones).

Población beneficiaria

Población en general.

Localización

GCBA.

Recursos Económicos

El presupuesto 2005 de la Ciudad destina \$3.637.232 para inmunizaciones. Las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación son proporcionadas por el gobierno nacional.

Financiamiento

Nacional, con presupuesto de la Ciudad para inmunizaciones complementarias.

Año de implementación

Desde 1960, la Argentina cuenta con Programas de Inmunizaciones.

En 1978 se actualizaron las normas nacionales de vacunación y se estructuró un Programa de Inmunización, que se actualiza a partir de entonces de acuerdo a las necesidades.

La ley Nacional de inmunizaciones data del año 1983.

Programa de Prevención del Cáncer Genitomamario**Institución Responsable**

Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivos

Reducir la mortalidad por cáncer de mama y mejorar la calidad de vida y la sobrevivencia global de las mujeres portadoras de cáncer de mama.

Bienes y/o servicios que brinda

- Papanicolau y revisión de mamas.
- Mamografía de control para las mujeres mayores de 40 años.
- En todos los Centros de Salud, Centros Médicos Barriales y a través de Médicos de Cabecera se accede a atención ginecológica gratuita.

Población beneficiaria

Mujeres de todas las edades.

Localización

GCBA.

Modalidad de Ejecución

La estrategia que se ha de utilizar en todo el territorio nacional consiste en la realización de un diagnóstico precoz, la estadificación y tratamiento adecuado de

las enfermedades preinvasivas e invasoras, de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales.

Recursos Económicos

No posee partida presupuestaria específica, encontrándose ésta incluida en el presupuesto destinado a Procreación Responsable, calculado en \$1.023.000 para el año 2005.

Financiamiento

GCBA.

Año de Implementación

1998.

Programa de Médicos de Cabecera

Institución Responsable

Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivos

Desconcentrar el primer nivel de contacto con el sistema de salud.

Bienes y/o servicios que brinda

Brinda atención de clínica médica, pediatría, odontología, ginecología y enfermería en consultorios particulares de los médicos del Hospital. La inscripción y el servicio son absolutamente gratuitos.

Se entregan medicamentos de manera gratuita a todos los afiliados.

Población beneficiaria

Dirigido a todas las personas de la ciudad sin cobertura de salud.

Localización

GCBA.

Modalidad de Ejecución

En cada hospital hay un "stand" del Plan que inscribe a los vecinos que cumplen con los requisitos, les asigna un médico y realiza la articulación con el resto del sistema de salud. Este centro de referencia cuenta con un Coordinador Médico y dos empleados administrativos que concentran la información del Plan en el área y "facilitan" las derivaciones que realizan los médicos de cabecera.

El "stand" cumple funciones de gestoría y de contención, ya que además de brindar orientación, se constituye en un espacio de referencia y de representación personal. Lleva, además, un registro informatizado de la población beneficiaria, que contiene sus datos de filiación, motivos de consulta y consumo de prestaciones.

Los médicos de cabecera son profesionales que forman parte de la planta o la guardia del hospital y que cuentan con un consultorio dentro del Área Programática, para la atención de una cartera de beneficiarios que les es asignada y a la que citan en forma programada. En la función como médicos de cabecera dependen jerárquicamente del Área Programática. Realizan las derivaciones necesarias hacia su hospital de referencia, en donde son gestionadas a través de los Coordinadores Médicos.

Recursos Institucionales y Humanos

Integran este primer nivel de atención:

- 28 Centros Médicos Barriales.
- 57 Odontólogos de Cabecera.
- 286 Médicos de Cabecera.
- Consultorios externos de los hospitales.

Recursos Económicos

No cuenta con partida presupuestaria específica, encontrándose ésta incluida en la destinada a la Asistencia en el Primer Nivel de Atención (\$34.692.685 según el presupuesto 2005).

Financiamiento

GCBA.

Año de implementación

1997.

Programa de Salud Mental

Institución Responsable

Dirección de Salud Mental dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Responsable del Programa

Dr. Ricardo Soriano.

Objetivos

- Elaborar el diagnóstico de situación de salud mental de la población de la Ciudad.
- Diseñar el plan y los programas de salud mental de acuerdo con las problemáticas de mayor prevalencia en la población.
- Estimular la reconversión y actualización del recurso humano a fin de lograr los objetivos establecidos en el Plan de salud mental.
- Organizar y coordinar la Red de servicios de salud mental de la Ciudad, reordenando los recursos humanos y materiales para un mejor y más eficiente funcionamiento.
- Diseñar e implementar el sistema de información estadística y epidemiológica del área de salud mental de los efectores del Gobierno de la Ciudad.
- Analizar la información relevada a fin de conocer las modificaciones producidas en la salud mental de la población y la evolución de la demanda de atención.

- Proponer la implementación de nuevos servicios y/o programas de acuerdo con la emergencia de nuevas problemáticas.

Bienes y/o servicios que brinda

- Asistencia y rehabilitación.
 - Consultorios Externos; por medio de tratamientos individuales, grupales para niños, adultos y tercera edad, familia y pareja; también interconsultas, grupos de reflexión, psicoprofilaxis.
 - Guardias Psiquiátricas y Psicológicas.
 - Hospital de Día y de Noche.
 - Internación.
- Actividades de Prevención y Promoción.
- Capacitación del Recurso Humano e Investigación.
- Evaluación y Auditoría.

Población beneficiaria

Población en general.

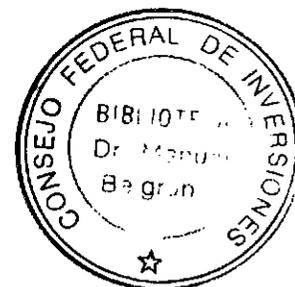
Localización

Todo el territorio de GCBA.

Modalidad de Ejecución

Se ejecuta a través de diferentes redes y subprogramas:

- Red Infanto Juvenil de Salud Mental.
- Red de Trastornos de la Alimentación.
- Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (PIVESAM).
- Programa de Violencia.
- Programa de Salud Mental y Desastres.
- Programa de Salud Mental y SIDA.
- Programa de Salud Mental en Adultos Mayores.
- Programa de Asistencia y Prevención en Drogadependencia.



Recursos Institucionales

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con los siguientes efectores para la atención de la salud mental de la población:

- Hospitales Psiquiátricos (4)
- Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos (13)
- Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de Niños (2)
- Servicios de Salud Mental en Hospitales Especializados en otras patologías (10)
- Centros de Salud Mental (2)
- Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica (11)
- Profesionales de Salud Mental en los Centros de Salud y Acción Comunitaria.
- Profesionales de Salud Mental en las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos.

Recursos Humanos

El Sistema de Salud Mental cuenta con 1782 profesionales rentados, de los cuales 889 son psicólogos (49,9 %) y 593 son médicos psiquiatras (33,2 %), correspondiendo el 17 % restante a las demás disciplinas antes mencionadas. Se carece de datos acerca del personal de enfermería y auxiliares técnicos.

Recursos Económicos

El Presupuesto 2005 de GCBA destina \$56.188.442 al Programa de Salud Mental.

Financiamiento

GCBA.

Año de implementación

1970, con modificaciones en 1984 y 2004.

Comparación con Programas implementados en la Provincia de Tucumán

La Provincia de Tucumán cuenta, según el último Censo Nacional realizado en el año 2001, con una población de 1.338.523 habitantes, representando el 3,7% de la población total del país.

Según las proyecciones, considerando el crecimiento medio anual, esta población al 2005 es de aproximadamente 1.450.000 personas.

El 48% de esta población no tiene cobertura explícita en salud y se atiende en el subsector público.

Si los consideramos en su conjunto, existen actualmente 23 Programas relacionados con la Atención Primaria de la Salud que se encuentran implementados en la provincia. De este número total, sólo 5 programas reciben financiamiento provincial exclusivo, mientras el resto recibe aportes exclusivos del sector nacional (8) u otros tipos de financiamiento (10 programas), en su mayoría con aportes de créditos externos. Es decir que casi el 90% de los programas implementados cuenta con algún tipo de recurso económico no originado en el presupuesto provincial.

A nivel nacional, en cambio, de los 16 programas implementados por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, sólo 3 reciben aportes de créditos externos, lo cual significa que el 80% de ellos logra financiarse con el presupuesto propio.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentran implementados 11 programas relacionados con la Atención Primaria de la Salud. Uno de ellos no cuenta con partida presupuestaria propia, y de los 10 restantes el 60% se financia exclusivamente con el presupuesto en salud del Gobierno de la Ciudad, recibiendo el otro 40% fondos nacionales.

Sin embargo, si en lugar de considerar el número de programas implementados en cada jurisdicción evaluamos el monto destinado a la salud en cada partida presupuestaria, encontraremos la siguiente situación:

- La Provincia de Tucumán tuvo en el año 2004 un presupuesto de \$1.344.195.510, de los cuales \$ 25.147.125 se destinaron al Ministerio de Salud, constituyendo el 1,87% del presupuesto provincial.

- En el caso de la Nación, el presupuesto total 2004 fue de \$ 59.708.631.204, con un monto destinado al Ministerio de Salud de \$1.314.952.166 (2,20% del total).
- Por último, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires presentó en 2004 un presupuesto total de \$ 4.129.762.273, con un monto asignado a la Secretaría de Salud de \$ 1.112.163.419 (24,48% del total presupuestario).

Considerando a su vez el presupuesto en salud de cada jurisdicción, analizaremos el monto destinado a programas relacionados con la Atención Primaria de la Salud:

- El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires destinó en el año 2004 un monto de \$122.881.392 a la totalidad de los programas relacionados con APS. Esta suma constituye el 11% del Presupuesto en Salud, y el 2,69% del Presupuesto General (esta suma se eleva a aproximadamente \$330.000.000 si consideramos la suma destinada a la atención médica de beneficiarios de pensiones no contributivas, Programa PROFE).
- A nivel Nacional el monto total destinado a actividades en relación con la APS en el 2004 fue de \$545.531.068, lo cual equivale al 41,48% del Presupuesto en Salud y 0,91% del Presupuesto total. Esta suma asciende a \$832.862.068 si se considera la atención médica del Programa PROFE.
- En el caso de la Provincia de Tucumán, si sumamos las cantidades destinadas a programas relacionados con APS obtendremos un monto de \$19.229.550, constituyendo un 76,46% del Presupuesto en Salud y 1,43% del total. Esto se eleva a \$32.067.710 considerando el monto destinado a atención médica del Programa PROFE.

Resulta interesante, para uniformar criterios, evaluar el monto destinado a programas de APS relacionándolo con la cantidad de habitantes de cada jurisdicción, de manera que se pueda estimar el monto destinado por habitante:

- La Ciudad de Buenos Aires tiene una población estimada de 2.970.950 habitantes. Dividiendo el monto destinado a APS por este número

obtendremos una cantidad de \$41,36 destinados anualmente a APS por cada habitante.

De la población mencionada, el 24,8% no tiene ningún tipo de cobertura en salud.

- La Nación Argentina tiene una población estimada de 36.260.130 habitantes. El monto calculado destinado anualmente a APS por habitante resulta \$15,04.

El porcentaje de habitantes sin cobertura en salud, al igual que en la Provincia de Tucumán, es de 48%.

- La Provincia de Tucumán, con 1.338.523 habitantes censados en el año 2001, destina anualmente \$14,36 por habitante a programas relacionados con la Atención Primaria de la Salud.

Con los datos previamente mencionados, podemos elaborar un cuadro que facilite la evaluación comparativa:

Cuadro comparativo entre las diferentes jurisdicciones

	PROVINCIA DE TUCUMAN	CIUDAD DE BUENOS AIRES	NACION
Nº de Programas	23	11	16
Programas Autofinanciados	10%	60%	80%
Financiamiento APS	\$19.229.550	\$122.881.392	\$545.531.068
Presupuesto Salud / Total	1,87%	24,48%	2,20%
APS / Presupuesto Salud	76,46%	11%	41,48%
APS / Presupuesto General	1,43%	2,69%	0,91%
Monto APS / Habitante	\$14,36	\$41,36	\$15,04

Nota: la población fue estimada de acuerdo a los datos del censo Nacional 2001.

Actividad 6: Análisis de la situación de acuerdo a los datos previos

Reseña demográfica de la Provincia

La provincia de Tucumán se encuentra ubicada en la región noroeste de la República Argentina (NOA); su superficie es de 22.524 km² (0,8% del total del país). El número de habitantes según el Censo 2001 fue de 1.336.664, lo que representa el 30% de la población de la región del NOA y 3,7% de la población total del país, siendo la provincia del NOA más poblada. Su densidad poblacional es la más alta del país, con 59,4 habitantes/km² según los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda (2001), con oscilaciones entre 4,18 en Trancas o Tafí del Valle y 5.258,57 en el departamento Capital. Según las proyecciones, considerando el crecimiento medio anual, esta población al 2005 rondará las 1.400.000 personas.

La población urbana representa el 76,63 % de la población total; más de un 50 % se concentra en el Gran San Miguel de Tucumán, constituido por las ciudades de San Miguel de Tucumán, Banda del Río Salí, Yerba Buena y Tafí Viejo .

La distribución de la población es extremadamente heterogénea, y este dato debe ser tenido en cuenta a la hora de analizar las estrategias implementadas por los diferentes programas de Atención Primaria de la Salud, ya que deben realizarse consideraciones especiales en cuanto a la planificación preventiva y asistencial.

Tucumán presenta una población predominantemente joven, con un crecimiento demográfico algo mayor al 15 por mil anual, siendo más alto que el crecimiento promedio del país (Universidad Nacional de Tucumán, 2002) y ubicándose por encima de la Tasa de Crecimiento Nacional (10,5 %) y por debajo de la región (20,2 %).

Los habitantes menores de 14 años representan el 31,8% de los habitantes de la Provincia, y el 58,6% de la población se encuentra en la franja de 0 a 29 años.

Según datos del INDEC, en 2003, el 23,9 % de los hogares poseía necesidades

básicas insatisfechas (por encima de la media nacional de 17,7%). De acuerdo a un informe realizado en Septiembre de 2003 a pedido del recientemente electo gobernador Alperovich, en Octubre de 2001, la pobreza por ingresos alcanzó al 36,6 % de los hogares y al 45,9 % de las personas, porcentajes que muestran una situación más crítica que para el promedio del país (30,1% y 40,5% respectivamente) y un fuerte incremento con respecto a las tasas de pobreza observadas en 1998 (29,2% de hogares y 37,7 % en personas).

La pobreza afecta en mayor medida a los hogares con menores de 18 años a cargo (48,7%). Los niños, adolescentes y jóvenes son, sin duda, los sectores más empobrecidos de la provincia. El 15 % de la población no tiene acceso a agua de la red pública.

Respecto al desempleo, la situación de la capital tucumana es delicada. La tasa de desocupación creció de 14,9% en Octubre de 1998 a 21,5% en Mayo de 2002. Finalmente, según la revisión realizada por el Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007, el 48% de la población no tiene cobertura explícita en salud y se atiende en el subsector público (porcentaje similar al total del país).

En cuanto a los indicadores de Salud, en el año 2002 Tucumán tuvo la tasa de mortalidad general más alta del NOA (6,5 por mil). Las enfermedades del recién nacido pasaron a ser las causas más importantes de defunción; sin embargo disminuyeron las enfermedades cardiovasculares y aumentaron los tumores y las enfermedades cerebro vasculares.

La tasa de mortalidad materna en la Provincia (5,3 por diez mil para el año 2002)

aumentó sostenidamente a partir del año 2000, siendo mayor que la nacional (4,6 por diez mil en el año 2002).

La tasa de mortalidad infantil (24,3 por mil en el año 2002 según datos del Ministerio de Salud) tiene una tendencia en ascenso en los últimos años, encontrándose muy por arriba del promedio nacional (16,8 por mil). El componente neonatal precoz alcanza el 15,7 por mil, casi duplicando el valor nacional (8,4 por mil).

La tasa de mortalidad fetal por peso, en el año 2002 en Tucumán fue de 9,4 por mil, mayor que el 6,8 por mil nacional. La tasa de mortalidad perinatal aumentó

a expensas del componente fetal, encontrándose en 28,8 por mil para el año 2002 (la mayor tasa de mortalidad perinatal del país), siendo la nacional de 17,3 por mil.

En relación a la salud Maternoinfantil, durante el año 2002 se produjeron 30.075 nacimientos. La tasa de natalidad, que es de 21,1 por mil, se encuentra por encima del promedio nacional de 18,2 por mil. El 16,5 % de los niños nacidos vivos en la provincia nace de madres menores de 19 años, tasa superior a la tasa nacional.

Del total de nacimientos en la provincia, el 64% de los partos se produjo en el subsector público. Del total de partos en este subsector, el 57% se produjo en la Maternidad Nuestra Sra. de las Mercedes, una de las maternidades más grandes del país. Este dato es de suma relevancia, ya que el total de partos anuales que atiende la maternidad es cercano a 12.000; en ella se reciben embarazadas de toda la provincia y de todos los riesgos obstétricos. Por lo tanto, cualquier acción destinada a la Atención Primaria de la Salud que se focalice en esta institución tendrá probablemente un costo relativamente bajo, con un alto impacto en los índices de morbimortalidad y una relación costo-beneficio aceptable.

En el año (2002), en la provincia, fallecieron 748 menores de 1 año, de los cuales 527 fallecieron en la maternidad, lo cual significa que el 70,5% de las defunciones infantiles de la provincia se produce en dicha institución.

Las principales causas de defunciones infantiles ocurridas en el nosocomio fueron para el año 2001:

- Causas relacionadas con la duración del embarazo y el bajo peso al nacer
- Malformaciones
- Dificultad respiratoria y asfixia al nacimiento
- Infecciones específicas del período perinatal
- Septicemia generalizada

Reseña de recursos asignados al área de Atención Primaria de la Salud

El sistema de salud tucumano, como es característico en todo el país, está compuesto por diversos sectores: Obra Social Provincial (Subsidio de Salud), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), obras sociales nacionales, prepagas y mutuales y sistema público (Si.Pro.Sa.). La cobertura de salud de la población de Tucumán se distribuye (citando las referencias del Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007) de la siguiente manera:

- Subsidio Salud (OS Provincial) 23% de población beneficiaria
- PAMI 7%
- OSN y mutuales 13%
- Prepagas 9%
- Si.Pro.Sa. 48%

A pesar de esta afirmación, en los hechos la cobertura real del Si.Pro.Sa. puede alcanzar a más del 50% de la población, ya que un elevado número de beneficiarios de los otros subsistemas, al no recibir atención de sus prestadores, se vuelca al sector público para recibir atención (la cobertura de muchas obras sociales, mutuales y prepagas corresponde sólo a atención de baja complejidad. En el caso de atención de mayor nivel de complejidad los beneficiarios de dichos subsistemas deben pagar las prácticas de sus bolsillos o atenderse en el Si.Pro.Sa., elevando el número de beneficiarios que se atienden en el subsector público).

En cuanto al Sistema Provincial de Salud, en el Nivel Operativo el territorio provincial está dividido en cuatro Áreas Programáticas (AP) dependientes del Co.Pro.Sa. (Consejo Provincial de Salud). Las mismas se subdividen a su vez en 36 Áreas Operativas (AO).

El Si.Pro.Sa. cuenta con 34 hospitales y 285 centros del primer nivel de atención de salud (CAPS).

El primer nivel de atención ambulatorio está constituido por la red periférica de CAPS distribuidos en toda la provincia, con horarios de atención de 6, 12 y 24 hs, a los que se les ha asignado un área de responsabilidad, a la que se

encuentra asociada la población a cargo. El segundo nivel de atención está conformado por los hospitales de mediana complejidad, en que se realiza consulta médica de especialidades básicas, y algunas especialidades críticas, guardia médica de 24 horas, prácticas de diagnóstico y tratamiento, internación clínica, quirúrgica de urgencia y programada, así como traslados programados y no programados a otros niveles de atención. También tienen población a cargo.

El tercer nivel de atención (representado por los hospitales de referencia: Hospital

Padilla, Centro de Salud, Maternidad y Niños), incluye el mayor nivel de resolución en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El primer y segundo nivel de atención (25 hospitales del interior) están bajo la conducción de las A.O. En las A.O. se consolida información estadística, se administran fondos de funcionamiento y se realizan actividades relacionadas con la administración de personal. El equipo de salud de las A.O. está integrado por un médico, un supervisor de agentes sanitarios y una supervisora de enfermería.

Sin embargo, existe una profunda falla en los mecanismos de referencia, siendo la asignación de recursos insuficiente para la resolución de problemas en el 1er. y 2do. nivel, o su derivación oportuna. La escasa coordinación entre los niveles técnicos y operativos y la falta de aplicación de las mismas acentúa la desarticulación.

Con respecto a los recursos humanos en salud, de acuerdo a la publicación de Indicadores Básicos 2004 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, el número de médicos con que contaba la provincia de Tucumán en el año 1998 era de 4.520, obteniéndose un promedio de un médico cada 287 habitantes, superior a la media nacional para ese entonces de 342 hab/med. Sin embargo, este dato no necesariamente se traduce en un aumento de la asistencia médica efectiva a la población, ya que el número de efectores del sistema de Atención Primaria de la Salud es sensiblemente menor a la cifra mencionada.

Según datos del Si.Pro.Sa. actualizados en agosto del 2004, existían en esa fecha 256 médicos residentes de las diferentes instituciones, considerando en conjunto aquellos que recibían remuneración de la Nación o de la Provincia.

La cantidad de médicos en los CAPS se encuentra alrededor de los 680, con un promedio para la Provincia de un médico cada 2058 habitantes, muy inferior a la población a cargo sugerida. Existen importantes variaciones entre las diferentes Areas Operativas, que varían desde 1205 habitantes por médico en el área Sur hasta 2566 habitantes/médico en el área Centro.

El número de agentes sanitarios que recibió remuneración por el Programa de Agentes Sanitarios en el año 2004 fue de 200.

Con respecto a los recursos humanos, institucionales y económicos destinados a los principales programas de Atención Primaria, enumeraremos brevemente la supuesta población a cargo en cada caso y el número de profesionales asignados específicamente a dicha actividad:

- Las acciones del Instituto Provincial de Lucha contra el Alcoholismo (IPLA), de la Secretaría de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones y del Departamento de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar, así como la Internación de Niños, Adolescentes y Adultos Mayores, no dependen actualmente del Ministerio de Salud de la Provincia, y no tienen por lo tanto personal contratado por el mismo para el cumplimiento de sus funciones, ni partida presupuestaria específica desde el Ministerio de Salud. Lo mismo ocurre con el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria.
- El Sistema para el Monitoreo de la Atención Primaria de la Salud utiliza a los profesionales de las diferentes Areas Operativas, y se encuentra aún en fase de implementación, sin asignación de partida presupuestaria específica.
- El Programa Federal de Salud (PROFE) destinó en el año 2004 la suma de \$12.838.160 para la atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas para una población estimada de 15.182 beneficiarios. El personal de salud que asiste a dichos beneficiarios es el mismo de las instituciones públicas.

- El Programa de Refuerzo Alimentario para Familias en Riesgo Nutricional no cuenta con personal de salud específicamente designado, sino que utiliza los profesionales de la salud de los Centros de Atención Primaria. Se planea la capacitación en un futuro de 500 agentes sociosanitarios. El Programa destinó en el 2004 la suma de \$5.200.000, para una población estimada de 36.000 beneficiarios.
- Los Programas Prioritarios para Agentes Sanitarios, como se comentó anteriormente, destinaron en el 2004 la suma de \$1.200.000 para la remuneración de 200 agentes sanitarios (número que se mantiene desde hace por lo menos 8 años según informes previos del Ministerio de Salud de la Nación).
- El Programa Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (Programa ANAHI) sólo recibió hasta el año 2004 transferencias para capacitación (\$23.000), pero no cuenta con remuneraciones para agentes sanitarios como el resto de las provincias incluidas en el Programa. Se calcula que existían en el 2003 alrededor de 354 familias indígenas en la Provincia.
- La Propuesta de Programas de Riesgo Sanitario Nutricional y de Programa Alimentario Institucional cuenta con sólo dos nutricionistas y un administrativo, y no posee partida presupuestaria específica.
- El Programa de Salud Mental cuenta exclusivamente con una licenciada y un administrativo, una PC y una oficina pública, y tampoco posee partida presupuestaria específicamente designada.
- El Programa Integrado de Salud es reciente y no cuenta aún con partida presupuestaria ni personal de salud específicamente designado, y pretende abarcar a toda la población de la Provincia sin cobertura de salud.
- El Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS recibió durante el año 2004 una partida de \$547.331 destinados especialmente a la provisión de medicamentos y reactivos. Este programa no cuenta con personal de salud específicamente contratado, sus efectores son los Hospitales Públicos.

- El Programa Nacional de Salud Materno-Infanto-Juvenil puede evaluarse en forma separada para cada programa que lo compone:
- El Programa de control del embarazo cuenta con sólo una médica, y plantea como acciones fundamentales la captación y recaptación de las embarazadas, promoción del control de embarazo y la lactancia materna y el control prenatal según normas (con un promedio anual de más de 19.000 partos asistidos en el sector público).
- El Programa de salud integral del adolescente cuenta con dos médicas y no posee partida presupuestaria específicamente asignada. El número de mujeres adolescentes sin cobertura en salud que abarcaría el programa supera los 100.000.
- El Programa de control del puerperio no cuenta con personal a cargo, ni posee partida presupuestaria específica. Sus efectores son los profesionales de los hospitales públicos, especialmente la Maternidad. Asiste, como ya se mencionó, un promedio anual de 19.000 puérperas.
- El Programa de salud sexual y procreación responsable cuenta con una médica. Los medicamentos, insumos y registros son provistos por la Nación. No posee partida presupuestaria específica.
- El Programa pediátrico cuenta con una médica y una asistente social. Los insumos, registros, equipamiento y material para capacitación son provistos por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y el programa AIEPI. Recursos para la atención provinciales. La población pediátrica sin cobertura en salud superaba en el año 2001, según datos del INDEC, los 150.000 niños.
- El Programa de salud escolar cuenta con una médica, aunque se planea incluir en el futuro personal de la Universidad Nacional de Tucumán. No cuenta con partida presupuestaria específica.
- El Programa Nacional de Inmunizaciones recibió en el 2004 una suma de \$2.019.631 asignada para normatización, suministro y supervisión de vacunaciones.
- El Programa Nacional de Control de Vectores cuenta con 60 agentes nacionales del servicio nacional de control de vectores para el control de Chagas, además de Docentes, agentes comunitarios y empleados comunales que participan de la vigilancia entomológica en 150

comunidades. Cuarenta operarios más otros 20 empleados, además de agentes comunitarios preparados para las intervenciones de vigilancia entomológica, se encargan del control de Dengue. Se encuentran a cargo del control de Leishmaniasis tanto personal del servicio nacional de control de vectores, como agentes municipales y comunales. En cuanto al Paludismo, agentes nacionales del servicio nacional de Control de Vectores están encargados de la vigilancia. Los insumos y medicamentos utilizados son provistos por la Nación.

- Con respecto al Programa de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños, el presupuesto 2004 de la Provincia asigna \$10.903 para prevención epidemiológica y control de enfermedades agudas. Se calcula, según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán, que el año 2003 se encontraban capacitados 408 agentes sanitarios, distribuidos en 147 CAPS.
- En cuanto al Programa del Control de la Diarrea en Niños, el presupuesto 2004 de la Provincia asigna \$10.903 para prevención epidemiológica y control de enfermedades agudas, más \$600.000 destinados específicamente a la prevención y control del cólera. El programa, sin embargo, no cuenta con personal propio, siendo sus efectores los del sistema provincial de salud.
- El Programa de Control de Tuberculosis no cuenta con personal específicamente contratado. La Provincia recibe los insumos destinados a la inmunización y tratamiento de la población. Fuera de estos recursos, no existe una partida específicamente destinada al programa. En el año 2003 se notificaron 330 nuevos casos de tuberculosis, con un promedio relativamente estable con respecto a los años previos.
- El Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) se encuentra actualmente volcado en su totalidad al Programa REMEDIAR. En cuanto a este último, durante el año 2004 se destinaron \$3.840.000 para la provisión de medicamentos del Programa. El programa no cuenta con personal específicamente contratado, sólo cuenta con un equipo propio de auditores. El resto de las tareas es desempeñado por voluntarios de Caritas y Cruz Roja. Actualmente, casi la totalidad de los CAPS tucumanos (263) se encuentran bajo programa.

Durante el año 2003 se expidieron mensualmente una cantidad aproximada de 52.000 recetas del programa.

- El Programa de Educación Alimentaria y Nutricional cuenta con un coordinador general y un coordinador operativo, un nutricionista y un médico como equipo docente, y un equipo comunitario conformado por un nutricionista y un trabajador social. Cuenta con \$106.000 para capacitación y monitoreo de 400 formadores durante 18 meses de ejecución.

Con respecto a las sumas destinadas a la salud, ya se ha mencionado que casi el 77% del presupuesto tucumano en salud está destinado a actividades relacionadas con la Atención Primaria de la Salud, porcentaje mucho mayor que el observado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (11%), o el de la Nación en su totalidad (41,49%). Resulta por lo tanto evidente que, de ser necesario un aumento de la inversión en actividades de APS, no sería posible utilizar más sumas del presupuesto provincial de salud, sino que sería necesario acceder a créditos o transferencias nacionales. En este sentido es interesante comentar un proyecto recientemente realizado para el Consejo Federal de Inversiones titulado "Relevamiento de Programas, Créditos y Subsidios disponibles para la Provincia de Tucumán". En el mencionado trabajo se observa que la Provincia de Tucumán se encuentra quinta en cuanto a recepción de transferencias, después de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza. Sin embargo, si se analiza la relación entre las transferencias y la población de cada provincia, se puede observar grandes diferencias para la Capital Federal (la mayor suma en transferencias relacionada con el número de habitantes) y la Provincia de Buenos Aires (la menor suma), siendo en el resto de las jurisdicciones mucho más pareja la distribución.

En un enfoque alternativo en el cual se realiza la comparación entre las transferencias y la repartición de recursos de acuerdo a lo que establece la Ley de Coparticipación Federal de Impuestos, veremos que la Provincia de Tucumán recibe menores transferencias que las que le corresponderían, como todo el resto de las jurisdicciones a excepción de la Provincia de Buenos Aires y la Capital federal.

En cuanto a las transferencias per capita, Tucumán se encuentra 26,5% por debajo de la media nacional.

Si analizamos la composición temática de los programas relevados versus la composición en la Provincia de Tucumán, obtendremos el siguiente cuadro:

Composición de tipo de programas relevados vs. Tucumán

<i>Valores en porcentaje</i>		
AREA	Total relevados	Tucumán
Adultos y Mayores	2,28	0,00
Alimentación	7,31	10,26
Capacitación	9,13	0,00
Deportes y recreación	1,83	7,69
Discapacidad	3,42	0,00
Educación	3,20	0,00
Empleo	2,97	2,56
Niños, adolescentes jóvenes y familia	14,38	17,95
Productivos	2,05	7,69
Salud	14,61	10,26
Social	24,89	20,51
Transferencia Monetarias	1,6	0,00
Vivienda	12,33	23,08
Total general	100,0	100

Extractado del trabajo "Relevamiento de Programas, Créditos y Subsidios disponibles para la Provincia de Tucumán"

Como podemos observar, mientras que del total de programas relevados a nivel nacional el 14,61% corresponde al área de la salud, en el caso de Tucumán este porcentaje disminuye al 10,26% (30% menos). También se observa que el área de adultos mayores y la de discapacidad no poseen programas implementados.

A partir de estos datos es lógico inferir que es necesario actuar en diferentes niveles: en primer lugar, incrementando las transferencias a la Provincia; en segundo, aumentando el porcentaje de programas y transferencias destinadas al área de la salud, y por último desarrollando programas en el área de adultos mayores y discapacidad.

Impacto de los Programas en los índices demográficos

Nos referiremos ahora a los diferentes programas de Atención primaria de la Salud implementados a nivel de la Provincia, que ya han sido descriptos en forma detallada en el primer Informe de Avance de este proyecto, y su repercusión en los diferentes índices demográficos y sociosanitarios desde el momento de su implementación hasta la actualidad.

- Las **Acciones del Instituto Provincial de Lucha contra el Alcoholismo (IPLA)** comenzaron en el año 1997, con la promulgación de la ley 24.788. A pesar de esto, esta ley aún carece de reglamentación, por lo que se hace muy difícil su aplicación. Pese a las acciones implementadas, no existe aún un adecuado control de los resultados obtenidos, lo cual es sumamente necesario, considerando que según Información del Ministerio de Salud de la Nación, el porcentaje de alcohólicos en nuestro país en el año 2001 se estimaba en un 14 % de la población. De esta manera, el alcoholismo se ubica como la tercera enfermedad endémica del país, después de la desnutrición infantil y el mal de Chagas. En la Provincia de Tucumán se calcula que el 94% de los menores de 18 años ha consumido alcohol, y el 50% lo consume con regularidad. El abuso de alcohol en mayores de 18 años en el 2002 podía observarse en el 10% de la población, superando la media nacional de 6,5%.
- En cuanto a las **Acciones de la Secretaría de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones**, el presupuesto 2005 estima una suma de \$258.000 destinada a la capacitación en el área mencionada. Dicho programa tal como está establecido actualmente rige a partir del 2004, por lo que resulta imposible una evaluación adecuada de resultados. Los datos previos indican que el 3% de la población tucumana consume drogas, mientras que este porcentaje se eleva al 90% si sólo se consideran los menores que delinquen.

- **Las Acciones del Departamento de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar** se implementan desde el año 2000, dependiendo de la Dirección de Familia, Niñez, Adolescencia y Adultos mayores. Aunque la falta de información oficial estadística impide afirmar con seriedad si ha aumentado o disminuido la violencia contra las mujeres, se calcula que en Argentina existen episodios de violencia, de distinto grado, en 1 de cada 5 parejas. El 42% de las mujeres víctimas de homicidio (cuyo autor es descubierto) fueron asesinadas por sus parejas. El 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos lleva 20 años o más soportando abusos de ese tipo. Según información del BID, se estima que el 25% de las mujeres argentinas es víctima de violencia y que el 50% pasará por alguna situación violenta en algún momento de su vida. La edad del grupo más afectado es de 25 a 34 años. De acuerdo a una evaluación interna de las acciones del año 2003 realizada por el Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, La Dirección Provincial de Familia, Minoridad, Mujer y Tercera Edad de la Provincia de Tucumán no posee información actualizada sobre la situación que atraviesa la niñez y el maltrato infantil en la Provincia. El desembolso efectuado (\$ 31.945,00), no se tradujo en acciones dirigidas a cumplimentar la finalidad del convenio suscripto. En la práctica, la Dirección aparece como un órgano exclusivamente ejecutor de decisiones judiciales. Los programas implementados tienen pocos beneficiarios; al mismo tiempo, la mencionada área, no ha proyectado acciones preventivas ni de promoción de derechos, como tampoco efectúa intervención alguna en las causas penales de los menores alojados en institutos.

Mientras tanto, en la población nacional de 1 a 24 años, la principal causa de muerte continúan siendo las causas externas, que incluyen el maltrato, tanto como los accidentes secundarios a abandono o negligencia.

- En cuanto a la **Internación de Niños, Adolescentes y Adultos Mayores**, se encuentra implementado el programa Consolidación del Vínculo Familiar, que apunta a evitar la institucionalización de los niños

por razones económicas. Los pagos se realizan mensualmente, destinándose subsidios a 172 grupos familiares, con un monto global de 25.650 pesos mensuales. Durante el año 2003 se asistieron en el territorio nacional más de 36.000 niños y adolescentes en situación de riesgo.

- El **Sistema para el Monitoreo de la Atención Primaria de la Salud**, como se ha comentado anteriormente, se encuentra aún en fase de implementación, por lo que resulta imposible por el momento evaluar resultados.
- El **Plan Nacional de Seguridad Alimentaria** entregó durante el año 2004 algo más de \$16 millones para la entrega de módulos alimentarios en la provincia de Tucumán. Hasta el 2004 se habían entregado alrededor de 97.000 módulos. El Ministerio de Salud tucumano contabilizaba en diciembre de 2004 un número aproximado de 36.000 embarazadas y chicos desnutridos en la provincia. Es difícil calcular si las cifras del hambre realmente se vieron reducidas, ya que la población en riesgo aumentó por considerarse actualmente niños de hasta 14 años de edad. Sin embargo, fuentes del Ministerio de Salud provincial aseguran que en dos años de gestión ya se ha podido recuperar a 7.000 niños desnutridos.
- La implementación del **Programa Federal de Salud (PROFE)** no modifica los índices demográficos ni sociosanitarios, ya que, en el caso de haber población no cubierta por este programa, la atención médica de dicha población se produce de todas formas a través de los efectores de salud del Si. Pro.Sa.
- El **Programa de Refuerzo Alimentario para Familias en Riesgo Nutricional** se ha propuesto como metas de gestión:
 - Disminuir, al cabo de 4 años, en un 30% el bajo peso al nacer y la desnutrición materna, con respecto al año 2002.

- Disminuir, al cabo de 4 años, en un 25% la desnutrición infantil con respecto al año 2002.
- Transformar el Programa de Refuerzo Alimentario en un programa de apoyo a las familias con niños y embarazadas en riesgo nutricional, por medio de acciones intersectoriales que lleven al desarrollo, fortalecimiento y autonomía de las mismas.

Lamentablemente, debido a la falta de recursos del sistema este programa no incluye a los desnutridos crónicos grado I y II mayores de 6 años, que son numerosos en la provincia.

En cuanto a las metas mencionadas, el porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso al nacer en Tucumán es de 7,5%, ligeramente por debajo de la media nacional de 7,8%. Sin embargo, el porcentaje de recién nacidos vivos de muy bajo peso (<1.500g) es de 1,5%, sólo igualado por San Juan y superior a la media nacional de 1,2%.

De acuerdo con las estadísticas oficiales del año 2003, se contabilizaban en esta fecha alrededor de 23.000 niños < de 6 años desnutridos. El 91% correspondía a 1º grado, el 8% a desnutridos de 2º grado. El total de niños desnutridos de 3º grado era de 168.

Si sumamos esta cifra a los 1063 desnutridos neurológicos (de edades entre 6 y 14 años) y las 2272 embarazadas desnutridas, arrojan un total aproximado de 27.000 personas desnutridas. Cabe aclarar que existen otros en las mismas condiciones que aún no han sido detectados por el control sanitario y social.

Las últimas estadísticas corresponden a enero del 2004, donde se calcula que el número de desnutridos menores de 6 años descendió a 17.767.

No existen aún datos estadísticos de la evolución del número de desnutridos en el período 2004-2005, por lo que resulta imposible sacar conclusiones de efectividad.

- En cuanto a los **Programas Prioritarios para Agentes Sanitarios**, como ya ha sido mencionado, el número de agentes sanitarios contratados no se ha modificado en los últimos años, en el contexto de la crisis. Resulta dificultoso evaluar el impacto de dichos agentes sanitarios en relación con los índices demográficos y sociosanitarios,

pero es innegable que el número de agentes es insuficiente para una población en aumento, con altísimas tasas de pobreza, indigencia, falta de cobertura y morbimortalidad.

- **El Programa Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (Programa ANAHI)**, como se mencionó anteriormente, no cuenta aún con presupuesto para agentes sanitarios aborígenes en la Provincia de Tucumán, a diferencia del resto de las provincias incluidas en este programa.
No existe información seriada, confiable y actualizada sobre población indígena en Argentina. Por una parte, los Censos no discriminan por la variable etnia; por otra, el único Censo Indígena existente se realizó entre 1965 y 1968.
A pesar de esto, se calcula que existían en el 2003 alrededor de 354 familias indígenas en la Provincia.
No se dispone de datos sanitarios actualizados de las mencionadas familias.
- **La Propuesta de Programas de Riesgo Sanitario Nutricional y de Programa Alimentario Institucional** no cuenta con presupuesto específico y sus actividades se relacionan con la investigación, y la implementación de normas de organización y funcionamiento de las áreas de alimentación y dietoterapia de los servicios hospitalarios. No existen datos de la correlación de dichas actividades con los índices sociosanitarios.
- **El Programa de Salud Mental** de la Provincia lleva actualmente 4 años de implementación, sin contar aún con partida presupuestaria específica (excepto en el año 2003, en el que recibió una suma de \$20.000) ni más personal que una licenciada a cargo.
Intenta encargarse principalmente del abordaje de trastornos infantiles, integración de la salud mental al abordaje de la desnutrición infantil, prevención de las conductas de riesgo en adolescentes y mejoramiento de la situación de cronificación y exclusión social de los internados en

hospitales psiquiátricos.

Desde el comienzo del programa hasta la actualidad no existen datos de evaluación de efectividad o eficiencia del mismo, ni de la población cubierta y el número estimado de individuos que permanecen sin cobertura.

- Con respecto al **Programa Integrado de Salud**, como ya se mencionó, se encuentra aún en fase de implementación, por lo que resulta imposible la evaluación o monitoreo de resultados.
- El **Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS** lleva actualmente 8 años de implementación. Según datos del año 2003, existían en ese año en la Provincia 113 casos notificados de VIH-SIDA, correspondiendo el 75% de éstos a nuevos casos. Se calcula que la proporción de casos nuevos es mayor debido a una mejora en las notificaciones en el año 2003.

En Tucumán hay 334 infectados con VIH que están bajo control médico. El 50% es portador del virus pero no desarrolló la enfermedad, y el 50% restante ya está con SIDA. El 60% de los asistidos son hombres, y el resto mujeres, cuyas edades oscilan entre los 22 y los 39 años, aunque también hay menores de edad y mayores de 60 años. En cuanto a la vía de transmisión, el patrón predominante en Tucumán es el sexual.

De los contagiados con VIH, el 73,5% reside en la capital y en el conurbano.

La tasa de mortalidad por SIDA en Tucumán para el año 2003, fue de 26 x 100 enfermos.

En 1998, año de implementación del Programa, se reportaron en la Provincia 46 nuevos casos de SIDA. En ese momento eran 88 pacientes los que recibían asistencia con medicamentos, y ese mismo año se distribuyeron en la provincia casi 69.000 reactivos.

Entre 1999 y 2001 el programa duplicó su presupuesto asignado.

Se ha realizado a principios del 2005 la Primera Campaña Provincial de Prevención y Detección del VIH/SIDA, donde se realiza la serología

gratuitamente en 9 centros de testeo.

Las actividades del Programa en la provincia de Tucumán adhieren a las realizadas a nivel nacional (se han implementado campañas de difusión locales y masivas, actividades de prevención y protección, encuentros regionales y nacionales).

En Tucumán, así como en el resto del país, el programa provee para todos aquellos sin cobertura:

- 100% de los tratamientos ARV y para enfermedades oportunistas que son requeridos por las personas viviendo con VIH/SIDA.
- Cobertura total para el seguimiento clínico del 100% de los pacientes que requieran pruebas de monitoreo (Cargas Virales).
- Suministro de tests para el 100% de las embarazadas y fortalecimiento de la estrategia del testeo oportuno y no tardío, asegurando así el consentimiento informado.

Se está trabajando para la regionalización de los citómetros de flujo que facilitarán la accesibilidad para realizar los estudios de CD4 y CD8.

Se ha instalado y está en funcionamiento un citómetro nuevo en Tucumán para cubrir los requerimientos de la región NOA.

El Ministerio de Salud y Ambiente tiene responsabilidad directa sobre la entrega de 22.950 tratamientos de las 27.000 PVVIH que reciben tratamiento a nivel nacional (85%).

Se promulgó la Ley 25543 que establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test de VIH en embarazadas previo asesoramiento, y respetando el consentimiento informado (marzo 2002).

Para fines del año 2003 se calculaba que existían en Argentina alrededor de 120.000 personas infectadas por el virus de VIH, 65% de las cuales desconocerían su situación serológica.

Según las estimaciones, la tasa de incidencia de diagnóstico de VIH en Argentina en el 2003 fue de 93,8 casos por millón de habitantes, comparado con 28,4 en el año 2000. Sin embargo, se considera que este hecho tiene relación con el intenso trabajo realizado para disminuir la subnotificación, reconstruir el registro histórico de VIH y también por un incremento en el testeo de VIH.

- El análisis de las personas viviendo con VIH/SIDA se realiza según una división en dos grandes grupos de edad: mayores y menores de 13 años. Esta estratificación se debe a las características clínicas y epidemiológicas bien diferenciadas entre ambos grupos. En los menores de 13 años, la distribución de casos por sexos es semejante, ya que depende de la selección natural por concepción debido a la alta frecuencia en este grupo específico de la vía de transmisión materno-fetal, exceptuando los casos que se han diagnosticado durante los primeros años de la epidemia en hemofílicos.

El mayor número de infecciones en los menores de 13 años se determinó entre los años 1991 y 1996, evidenciando una disminución del riesgo de transmisión materno-fetal, y por lo tanto del número de nuevas infecciones de VIH en los niños hijos de madres VIH positivas, a partir del comienzo de la aplicación del Protocolo de administración de AZT (Zidovudina) y del trabajo de los efectores de salud en la implementación de consejería a la embarazada. La evolución de las nuevas infecciones en hijos de madres

VIH positivas es la que se observa en la Tabla expuesta a continuación:

Extractado del Informe 2004 del Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS

Año de infección	Nº de Infectados con VIH que desarrollaron SIDA	Nº de Infectados con VIH *	TOTAL
1990	101	15	116
1991	175	15	190
1992	153	20	173
1993	184	16	200
1994	147	31	178
1995	167	35	202
1996	147	34	181
1997	129	38	167
1998	108	44	152
1999	107	66	173
2000	93	50	143
2001	59	64	123
2002	49	47	96
2003	23	27	50
2004	2		2

Como es posible observar, la disminución del número de enfermos coincide con la institución de la terapia antirretroviral, así como con la implementación del programa.

- Analizando los datos mencionados, puede concluirse que el programa de lucha contra el VIH/SIDA en la provincia de Tucumán, a partir de su implementación, ha garantizado la cobertura en medicación de la población afectada, provisto los reactivos necesarios para el testeo gratuito de la población y el control de los enfermos con cargas virales, ha disminuido el subregistro, disminuido el número de casos de transmisión vertical, y organizado campañas de difusión, prevención y protección.
- Los Problemas que resta abordar en forma más efectiva, y factores críticos en la lucha contra el VIH/SIDA, de acuerdo a lo expresado por las autoridades del programa nacional durante el año 2001, se relacionan en primer lugar con la prevención y el control del VIH/SIDA y ETS (Proyectos de prevención destinados a población general y no a grupos vulnerables, ausencia de una política clara de prevención de la transmisión sexual, que incluya la promoción del uso del preservativo, incipiente desarrollo de políticas con una visión integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva, falta de coordinación con distintas áreas gubernamentales, falta de un desarrollo de políticas de reducción de daños, en un escenario con escasa visibilidad de la drogadicción como un problema de salud pública, y dificultad para la prevención y el control del VIH/SIDA en las áreas rurales). En segundo lugar se relacionan con la Atención Integral de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (insuficiente desarrollo en el primer nivel de atención, falta de una política sostenida para incentivar la realización del diagnóstico temprano de la infección por VIH, falta de mecanismos de control de la existencia de medicamentos en los distintos niveles provinciales, locales y en los efectores, falta de documentación probatoria de la provisión de medicamentos a los pacientes en las farmacias o centros dispensadores, falta de normas nacionales de tratamientos y de establecimientos asistenciales con atención de VIH/SIDA, mínima

existencia de Sistemas Informáticos en las jurisdicciones, hospitales y otros efectores de salud, aumento del costo de los medicamentos y compra por períodos breves, problemas en el mecanismo de distribución en la provisión de los medicamentos de la Nación a las provincias y de éstas a los efectores). Por último, se observan problemas relacionados con la gerencia y capacidad de gestión de los Programas (insuficiente institucionalización y articulación de los Programas provinciales y municipales de VIH/SIDA y excesiva dependencia del Ministerio Nacional, insuficiente capacitación de los equipos de salud).

- El **Programa Nacional de Salud Materno-Infanto-Juvenil** será analizado de acuerdo a sus diferentes subprogramas, ya que difieren en cuanto a su año de implementación, población beneficiaria, objetivos y resultados:

El **Programa de Atención Integral de la Mujer** tiene como objetivos la captación y recaptación de las embarazadas, la promoción del control de embarazo y la lactancia materna, la realización del control prenatal según normas, y la promoción de los derechos de las adolescentes, conformando promotores de salud con grupos de adolescentes seleccionados como líderes comunitarios. Para eso se divide en los subprogramas de control del embarazo (1993), adolescencia (1997), control del puerperio (1993) y salud sexual y procreación responsable (2002). Ninguno de estos subprogramas cuenta con partida presupuestaria específica, a excepción de insumos provistos por la Nación, y disponen en su totalidad de cuatro médicas contratadas ad hoc. Si se calcula la población femenina en edad fértil sin cobertura de salud que se intenta cubrir considerando en su conjunto los cuatro subprogramas, tendremos una cifra estimativa de aproximadamente 200.000 mujeres para el año 2004, que es imposible abarcar con el personal contratado, incluso si se consideran los profesionales de los CAPS y hospitales públicos.

Si intentamos analizar los objetivos planteados, comenzando por la captación y control del embarazo, observaremos que en el Area Programática Centro, que comprende casi el 50% de la población de la

Provincia, el porcentaje estimado de control del embarazo en el año 2003 rondaba sólo el 26% de las aproximadamente 15.000 embarazadas calculadas en el área. Este porcentaje no sólo es alarmante sino también el único disponible, ya que no se cuenta con estadísticas provinciales del control del embarazo en las otras tres áreas programáticas, por lo que resulta imposible realizar un monitoreo de la evolución de este parámetro desde el año 1993. Si se dispone de un estudio retrospectivo realizado en 1997 analizando en forma retrospectiva a todas las embarazadas nulíparas asistidas en la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes entre los años 1993 y 1995, en el que se puede observar en primer lugar que el porcentaje de embarazadas adolescentes constituía el 21,65% de los archivos consultados, y en segundo lugar que el porcentaje de controles prenatales insuficientes variaba en gran medida de acuerdo a la edad de la embarazada. En este estudio se analiza también la prevalencia de analfabetismo en las poblaciones, y se observa el porcentaje de cesáreas requeridas, las cifras de mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, prematuridad y depresión fetal al nacimiento. Estos datos pueden verse expresados en la siguiente tabla:

Factores de riesgo según grupo etario 1993-1995

Edad (años)	10-13	14-16	17-19	ST	20-49	Total
Historias evaluadas	52	1.666	3.178	4.896	4.106	9.002
Nacidos vivos (%)	94,23	91,96	90,65	91,14	81,49	86,74
Solteras (%)	86,54	68,49	56,73	61,05	43,21	52,91
Analf. Funcional(%)	42,31	30,25	25,27	27,14	27,62	27,36
Analf. Absoluto (%)	9,62	9,36	6,61	7,58	5,58	6,69
CPNI (%)	82,69	62,36	58,15	59,84	57,77	58,90
Cesárea (%)	19,23	12,18	12,30	12,34	17,61	14,74
MPI (%)	3,85	1,80	2,11	2,02	2,73	2,34
BPN (%)	11,54	11,52	9,97	10,52	8,06	9,40
Prematuros (%)	13,46	10,20	8,53	9,15	6,92	8,13

Modificado de "Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas", Revista Hospital Sardá 1997.

Analf: Analfabetismo. CPNI: controles prenatales insuficientes. MPI: mortalidad perinatal I (fetal tardía + neonatal precoz). BPN: bajo peso al nacer. ST: subtotal para adolescentes.

Las principales conclusiones de este trabajo objetivaron como factores de riesgo de mortalidad perinatal I a la soltería, los controles prenatales insuficientes y la cesárea. De acuerdo a estos datos, la MPI disminuiría un 20% si se mejorara el control prenatal y se evitaran las cesáreas (en contraposición, el porcentaje de cesáreas sobre partos naturales se ha visto progresivamente incrementado en la totalidad del país, llegando en la Maternidad de Tucumán, de acuerdo a datos del año 2003, a la alarmante cifra de 38%). Desde el punto de vista sociodemográfico, se observó que el impacto sobre la Mortalidad Perinatal sería importante si se implementaran campañas de educación para evitar el embarazo en adolescentes solteras. En este mismo período de tiempo los datos recabados de nulíparas del Hospital Durand, Ciudad de Buenos Aires,

objetivaban 98,88% de nacidos vivos totales (13% más que en Tucumán). La soltería se encontraba en el 34,71% (35% menor), con llamativamente mayor porcentaje de analfabetismo funcional y absoluto (60,9 y 14,59% respectivamente). La cantidad de controles prenatales insuficientes fue significativamente menor (15,25% con tendencias similares entre la población adolescente); las cesáreas fueron más frecuentes (20% vs. 12%). La mortalidad perinatal I fue de 0,84% (casi un tercio de la observada en Tucumán). La incidencia de bajo peso al nacer fue de 7,9%, y la de prematuridad 5,99%.

Ahora bien, estos parámetros no sólo eran sensiblemente peores que los de la Ciudad de Buenos Aires para la misma fecha, sino que, a pesar de una mejoría objetivable, no se han modificado del todo en el momento actual.

El control prenatal insuficiente, como ya fue mencionado, sigue en el rango del 74% para el 2003 (aumento de un 25% en los últimos 10 años). Aunque puede argumentarse que las estadísticas actuales de control del embarazo sólo se encuentran disponibles en una de las áreas operativas, considerando que las otras áreas podrían tener mejores índices (dato dudoso pero posible), y que los controles mencionados para el año 1993 se realizaron en nulíparas, que pueden presentar de por sí un mayor índice de control que las embarazadas en su totalidad, resulta evidente que, lejos de objetivarse un aumento en el control del embarazo en Tucumán, la situación se ha ido deteriorando progresivamente, probablemente en relación directa con el aumento de la población, los índices crecientes de pobreza e indigencia, la falta de cobertura de la población y la ausencia de una mejoría significativa en el área de recursos humanos y económicos destinados al control prenatal. Otros datos del año 2003 relevados en la Provincia de Tucumán un 49% de controles prenatales insuficientes en embarazos adolescentes, lo cual indicaría que podría existir una mayor concientización en la población general con respecto al alto riesgo de este grupo y la necesidad de un control prenatal más estricto. Sí puede observarse, en cambio, una disminución significativa del porcentaje de madres menores de 20 años, tanto en la totalidad del territorio nacional como en la Provincia de Tucumán, donde comenzó a disminuir paulatinamente a partir de la década de los '80, y pasó del 21,65% mencionado anteriormente

para el año 1993 hasta el 16,5% referido por datos del Ministerio de Salud tucumano para el año 2003.

En cuanto al **Programa de Salud Integral del Adolescente**, el mismo no tuvo implementación efectiva entre los años 1997 y 2003, y si bien se organizan en la actualidad acciones aisladas destinadas a este grupo, no existe aún una implementación sistematizada, ni por supuesto posibilidad de medir ningún impacto sobre los índices sociosanitarios del mencionado programa.

En relación al **Programa de Control del Puerperio**, como ya se mencionó, no cuenta con personal a cargo, ni posee partida presupuestaria específica. Sus efectores son los profesionales de los hospitales públicos, especialmente la Maternidad. El impacto de dicho programa debe analizarse fundamentalmente observando la evolución de la mortalidad materna desde su implementación en el año 1993, hasta la actualidad, y secundariamente el otro objetivo mencionado, la promoción de la lactancia materna.

Si observamos los índices de mortalidad materna de la Provincia, la tasa de mortalidad materna en el año 1995 era de 6,7/10.000 nacidos vivos, con una franca disminución a 5,1 en el año 1999. Se calcula que en el año 2004, luego de un progresivo aumento de los tres años anteriores, se situó en una cifra de 5,8/10.000, por encima de la media nacional de 4,4/10.000.

De acuerdo a un estudio realizado por el CEDES sobre mortalidad materna en la Argentina, el nivel de subregistro de defunciones maternas en la provincia de Tucumán se encontraría en el orden del 21,1%, comparado con el 9,5% de promedio para las seis provincias abarcadas por el estudio.

La principal causa de mortalidad materna en Tucumán, así como en el resto de las provincias, se relaciona con las complicaciones del aborto (21% del total de las muertes). Le siguen en frecuencia las hemorragias, la hipertensión y la sepsis.

Los expertos que redactan el mencionado trabajo sostienen en su informe que los factores que contribuyen a la muerte materna son múltiples y, en su gran mayoría, evitables. Uno de esos factores es la falta de medios para la comunicación, combinada con las dificultades de transporte del sistema de

salud, que demoran el acceso a los servicios entre quienes residen en zonas rurales.

Queda claro por lo antes expuesto que la mortalidad materna como parámetro dista mucho de tener una evolución satisfactoria en relación con la implementación del Programa Materno-infantil.

Con respecto a la lactancia materna, si bien no hay cifras oficiales de la Provincia, se calcula que en Tucumán sólo el 40% de los niños de hasta 4 meses de vida recibe leche materna (con una cifra mayor a la media nacional de 28%). Para contrarrestar esta situación, considerando que el 80% de las madres no suele recibir información sobre la importancia de la lactancia, se ha comenzado la capacitación de madres por profesionales y voluntarios en una jornada denominada "Mamá corazón". A pesar de esto, dichas actividades no han producido aún un impacto en las encuestas realizadas.

De acuerdo al Boletín N°5 (1997) de IBFAN Argentina sobre Noticias e Información de Lactancia Materna, donde se publica un interesante comentario sobre el costo de la decisión de no amamantar, cuanto más pobre sea una familia mayor será su gasto en los insumos necesarios para suplantar la lactancia materna respecto de sus ingresos. Los más pobres (decil 1) si deciden suplantar la lactancia materna con leche fluida, gastarán un porcentaje cercano al 25% de los ingresos totales del hogar. En cambio, si la misma familia quisiera optar por leche de fórmula con gas envasado, gastaría el 43,34% de sus ingresos.

Sin embargo los costos de la decisión de no amamantar son más importantes por el tiempo de la mujer que por los insumos. Calculando el salario horario de las madres en distintas ocupaciones observaremos que el tiempo de su vida dedicado a preparar mamaderas para las empleadas en servicio doméstico tiene un costo equivalente al 48,13% de sus ingresos, si optaron por prepararlos con leche fluida. En este cálculo obviamos el tiempo dedicado a la compra y acarreo del gas envasado, suponiendo ayuda familiar, si la misma madre se encargara de ese trabajo, el costo oportunidad sería equivalente al 49,38% de sus ingresos.

En cambio si optaran por la utilización de leche de fórmula utilizando gas envasado que acarrearán ellas mismas el tiempo invertido en comprar y acarrear el gas, preparar los biberones y limpiarlos sería equivalente al 53,44%

de su ingreso.

Si son profesionales que optaron por utilizar fórmula los primeros seis meses y leche fluida el resto del año y cuentan -además- con servicio de gas natural, el costo de su tiempo dedicado a preparar y limpiar mamaderas será equivalente al 24,09% de su salario. A medida que nos elevamos en la escala salarial baja el impacto de los insumos y sube el costo del tiempo materno con lo que las cifras se estabilizan en una franja que va del 23 al 30% de los ingresos, lo que siempre resulta una cifra respetable. Todas estas consideraciones se han hecho sin calcular el beneficio invaluable que representa la lactancia materna en términos de vínculo madre-hijo, aporte de inmunidad materna en los primeros meses de vida, y otras tantas razones que hacen que el valor agregado de la leche materna para un niño sea incalculable.

Resulta imprescindible, por lo anteriormente expuesto, reforzar la importancia de la lactancia materna en la población tucumana, con el objeto de mejorar los índices de desnutrición infantil, reforzar el vínculo madre-hijo, y disminuir el enorme costo que acarrea, ya sea al estado o al individuo, el reemplazo de la lactancia materna por leches de fórmula.

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fue implementado en el año 2002. Cuenta con una médica como único recurso humano, y no posee partida presupuestaria específica, a excepción de medicamentos, insumos y registros provenientes de la Nación. Sus acciones principales en la provincia se relacionan con la consejería, y la prescripción y distribución de anticonceptivos. Sin embargo, debido a la baja tasa de información de la población en general con respecto al uso de los diferentes métodos, a las arraigadas creencias religiosas que dificultan la aceptación de la mayoría de los métodos por parte de un importante porcentaje de población, a la falta de accesibilidad de algunos sectores a los centros de distribución (por motivos económicos o de distancia) y a la irregular disponibilidad de los métodos en los diferentes centros, no existe aún un impacto mensurable de estas acciones en la salud sexual de la población.

Un apartado especial merece el caso de la sexualidad y el embarazo adolescente, como ya ha sido mencionado. En el caso de este programa, sumados a los problemas previamente mencionados, esta población debe

superar algunos inconvenientes agregados: Aunque está vigente hace más de dos años la ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el ministerio provee de anticonceptivos a las provincias, los consultorios de planificación familiar de los hospitales generales y las maternidades, así como los centros de salud del primer nivel de atención, “no cuentan con preservativos”, lo que impide la doble protección a la hora de mantener relaciones sexuales, es decir, la prevención de un embarazo y de contagio del VIH/SIDA. Algunos programas provinciales de salud reproductiva aún no han incorporado a los adolescentes como población objetivo. Muchas de las unidades de adolescencia que están en funcionamiento pertenecen a los hospitales pediátricos, en los que no existe la oferta de anticoncepción. Por tal motivo, estas unidades se ven limitadas a la oferta de consejería, sin disponer de métodos anticonceptivos.

Es evidente que todavía es necesario llevar a cabo numerosas acciones, tanto de difusión y capacitación como asistenciales, para que una verdadera modificación en la salud sexual de la población sea observada en la provincia.

El Programa Pediátrico cuenta con una médica y una nutricionista, siendo el resto de sus efectores los del sistema público de salud. Son sus objetivos mejorar la atención del parto y del recién nacido, vigilar el crecimiento y el estado nutricional en los menores de 5 años, recuperar a los niños desnutridos con atención ambulatoria y reducir la morbimortalidad de niños y adolescentes por causas reducibles y por enfermedades prevalentes en la infancia.

En cuanto a la atención del recién nacido, es preciso evaluar la evolución de los índices de mortalidad fetal tardía, neonatal temprana, neonatal tardía y sus combinaciones (ej. mortalidad infantil tipo I), así como la mortalidad en menores de 5 años y la mortalidad reducible para el resto de los objetivos.

Con respecto a los índices de desnutrición, fueron comentados en líneas generales al referirnos al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y al Programa de Refuerzo Alimentario para Familias en Riesgo Nutricional. Mencionaremos brevemente la distribución de la desnutrición de acuerdo a las diferentes Areas Operativas:

- El 14% de los niños atendidos en el Area centro presenta parámetros de desnutrición. El 74% de los niños entre 2 y 5 años correspondientes a esta área no tienen controles
- El área Este también presenta un 14% de desnutrición infantil en los niños que reciben controles de salud.
- El 13% de los niños bajo control en el Area Oeste presenta parámetros de desnutrición.
- El porcentaje de desnutrición en los niños bajo control en el Area Sur asciende al 22%.

La tasa de mortalidad infantil cada 1.000 nacidos vivos asciende en la provincia de Tucumán, según datos del año 2002, a la cifra de 24,3/00, muy por encima de la media nacional de 16,8/00.

La tasa de mortalidad neonatal en el mismo año asciende a 18,9 cada mil nacidos vivos, con una media nacional de 11,3/00, constituyendo la cifra de mortalidad neonatal más alta del país. Si bien se han encarado acciones asistenciales en la unidad intensiva neonatológica con el objeto de disminuir las muertes prevenibles, las cifras actuales no han sido aún publicadas oficialmente.

La tasa de mortalidad postneonatal expresada por cada mil nacidos vivos se encuentra en el orden de 5,4/00, con un valor ligeramente por debajo de la media nacional de 5,6/00.

La tasa de mortalidad de 1 a 4 años cada 1.000 nacidos vivos iguala la media nacional de 0,7/00.

La tasa de mortalidad perinatal (fetal tardía + neonatal temprana) cada 1.000 nacidos vivos también presenta el mayor valor registrado en el país, de 28,8 para una media nacional de 17,3/00.

A pesar de los alarmantes datos mencionados, ya se ha mencionado que casi la totalidad de los \$1.274.783 asignados en el 2004 para el Programa Maternoinfantil, se destina casi exclusivamente a la compra de leche fortificada. Si bien es innegable la necesidad de la población menor a un año que no recibe lactancia materna de ver satisfechos sus requerimientos diarios de leche, sería interesante plantearse si no podrían obtenerse resultados más favorables en los índices destinando un pequeño porcentaje de ese presupuesto a la implementación de campañas masivas a favor de la lactancia

materna, sobre todo si se considera que se calcula que el 80% de las madres que alguna vez fueron asistidas nunca recibió consejo al respecto.

En cuanto a las actividades destinadas a reducir las enfermedades prevalentes de la infancia, serán comentadas posteriormente cuando se aluda a los programas de control de diarrea y de infecciones respiratorias.

El **Programa de Salud Escolar**, que como ya se ha comentado no posee recursos económicos específicos y cuenta sólo con una médica contratada a tal fin, requiere aún para poder provocar un impacto en los índices sociosanitarios la conformación de equipos de salud, capacitación de dichos equipos, medios de movilidad y fondos para equipos de balanza, tensiómetros, tallímetros, estetoscopios, material gráfico para agudeza visual, y registros. Dicho programa está aprobado por el área salud pero aún falta la aprobación de la contraparte del área educación.

- En cuanto al **Programa Nacional de Inmunizaciones**, su efectividad se calcula evaluando los porcentajes de niños con cobertura adecuada en inmunizaciones. De acuerdo a estadísticas de la División Inmunizaciones del Ministerio de Salud provincial, la cobertura en inmunizaciones en menores de un año para el primer semestre del año 2004 fue la siguiente:
 - BCG: 100% de cobertura (alcanza cobertura útil).
 - Triple viral: 97% de cobertura (alcanza cobertura útil).
 - Hepatitis B: 91% de cobertura (no alcanza cobertura útil).
 - Sabín: 90% de cobertura (no alcanza cobertura útil).
 - Cuádruple: 90% de cobertura (no alcanza cobertura útil).

En los tres últimos casos, la meta de cobertura esperada de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es del 95%. Sin embargo, esta cobertura ha ido mejorando progresivamente (se calculaba en alrededor del 85% para el año 2002), excepto para la vacuna cuádruple que había alcanzado cobertura útil en el primer semestre del 2003.

Por lo tanto, impresiona que los recursos destinados al programa de inmunizaciones son adecuados, se alcanza cobertura útil para la BCG y triple viral, y es necesario reforzar acciones tendientes al incremento en la

cobertura del resto de las vacunas del calendario nacional.

- En referencia al **Programa Nacional de Control de Vectores**, la situación en cuanto a los recursos humanos se diferencia enormemente de la del resto de los programas, ya que cuenta en total con numerosos agentes del servicio nacional de control de vectores.

Comentaremos brevemente la situación de cada enfermedad en particular:

- Con respecto al Chagas se observa una buena evolución 2001-2004 del índice de infestación domiciliaria, que marca que, si bien es necesario reforzar acciones antivectoriales en algunos departamentos, los resultados obtenidos hasta el momento son satisfactorios. Tucumán aún pertenece al grupo 2 de provincias, que incluye provincias con transmisión vectorial interrumpida pendiente de demostración o con transmisión vectorial focal.
- En cuanto al dengue, la provincia de Tucumán no fue afectada por el brote agudo presentado en el norte del país en el año 2003. Las autoridades tucumanas no han reportado casos confirmados de dengue en los últimos 2 años.
- En relación a la Leishmaniasis, durante el año 2004 se reportaron hasta el mes de agosto, según datos del Si.Pro.Sa., 43 casos de la enfermedad, siendo el área operativa de Simoca la de mayor cantidad de casos. Se procede a la búsqueda activa de más casos, y se aconsejan medidas de prevención.
- En lo que respecta al Paludismo, no se han registrado nuevos casos en la provincia desde hace años.

En conclusión, los agentes sanitarios del programa resultan suficientes, aunque es necesario reforzar las medidas de prevención y control vectorial de las patologías mencionadas, a excepción del paludismo que cuenta con control aceptable.

,

- Con respecto al **Programa de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños**, lleva ya 7 años de implementación en la provincia. Cuenta con presupuesto propio y, como ya se ha comentado, a pesar de no contar con personal específicamente contratado, ha realizado en este lapso la capacitación de 408 agentes sanitarios distribuidos en el territorio provincial. Según datos del boletín PROAPS-REMEDIAR, ya en el 2002 la Provincia contaba, llamativamente, con una de las tasas de mortalidad infantil inespecífica más alta, acompañada de una de las tasas más bajas del país por infección respiratoria aguda baja (IRAB). El número de tratamientos de síndromes bronquiales obstructivos (SBO) se elevó, desde el año 1998 de implementación del programa hasta el 2003, de 324 a 71.624. Los agentes sanitarios capacitados aumentaron progresivamente hasta llegar a los 408 ya mencionados, y la necesidad de derivaciones hospitalarias disminuyó en el mismo período del 3 al 0,8%. El 63% de los SBO se resuelve en un tiempo estimado de 20 minutos, con una capacidad resolutive del programa de 99,21%. La capacidad resolutive del programa de internación abreviada resultó ser del 98%. A pesar de la alta efectividad local del programa y de su impacto positivo en la reducción de costos por internación, en el primer semestre del año 2004 aún se registraron 14 muertes por IRAB.
- En cuanto al **Programa del Control de la Diarrea en Niños**, ya ha sido comentado el presupuesto que recibe, así como el monto específico para la prevención del cólera. Los casos de diarrea aguda notificados anualmente en la población menor a 5 años aumentaron de alrededor de 22.000 a casi 30.000 en el período 1991-2002, mientras los casos en mayores de 5 años sufrieron un aumento similar en el mismo período (de 13 a 20.000 aproximadamente). Tucumán tenía en el año 2002 una tasa de diarrea cada 100.000 habitantes superior a la media del país, pero muy inferior a la del resto de las provincias del NOA, excepto Santiago del Estero. La Provincia presenta durante todo el año una incidencia de diarrea considerada en la curva como área de alerta, sin llegar en general a constituir un área de epidemia. La alta incidencia de diarrea en la población provoca un mayor deterioro de la población

infantil con parámetros de desnutrición, y puede precipitar la deshidratación especialmente en este grupo. Es necesario aún extremar las medidas de prevención, y capacitar a los profesionales de la salud para la asistencia precoz.

- El **Programa de Control de Tuberculosis** lleva actualmente 12 años de implementación, y, como ya ha sido mencionado, no posee partida presupuestaria específica más allá de la destinada a la inmunización de la población y el tratamiento de las personas afectadas. La tendencia de notificación de casos se mantuvo relativamente estable entre los años 1985 y 2003, con una notificación anual promedio de 300 casos. En el primer semestre del año 2004 se notificaron 107 casos en total. El 28% de los casos presentaba localización extrapulmonar. Se encuentra alguna dificultad en el programa de red de laboratorios, el cual está demasiado centralizado, requiriendo el trabajo de campo una supervisión constante en terreno. Tucumán presenta una tasa de notificación menor a la media nacional (25,4 casos cada 100.000 habitantes). La tasa de curación de Tucumán era bastante menor en 1997 que el promedio nacional de 72,2%. El abandono, por otro lado, es más alto que el promedio nacional. El control de la tuberculosis exige la curación de todos los enfermos detectados (las tasas de curación han aumentado en los últimos años, con sólo 7 pacientes resistentes al tratamiento convencional en el año 2003), la pesquisa precoz de posibles casos en la población, y la adecuada inmunización de los niños con BCG antes de los 7 días de nacidos (meta cumplida con 100% de cobertura en inmunización con BCG).

- En referencia al **Programa REMEDIAR**, implementado en el 2002, se ha mencionado anteriormente el presupuesto destinado a la compra de medicamentos para la provincia, y la cantidad de recetas confeccionadas en el 2003. Se ha observado en las consultas que 1 de cada 2 beneficiarios corresponde a menores de 14 años. Se estima que el programa ha tenido un impacto favorable en el cuidado de la salud de la población, ya que existe población que antes no asistía a los CAPS por imposibilidad económica de cumplir con la prescripción médica, que ha comenzado a asistir por encontrarse bajo tratamiento a través del programa. Considerando que el 83% de los beneficiarios se encuentra por debajo de la línea de pobreza, los medicamentos provistos a los beneficiarios suponen un importante impacto redistributivo sobre la economía de los hogares. Si se relacionan los valores a precios de mercado minorista de los tratamientos promedios entregados en un receta Remediar con el ingreso per cápita de los hogares, puede observarse que el impacto de la transferencia en los ingresos oscila entre un 5,5% en hogares no pobres a un 37,7% en hogares indigentes. El sistema de compra y distribución centralizada de medicamentos propuesto por Remediar ha obtenido resultados favorables en términos de ahorro de costos. Por la magnitud de su escala, Remediar ha logrado obtener importantes ahorros en las compras públicas de este tipo particular de insumos. En consecuencia, sin alterar el financiamiento original previsto se ha podido prolongar la vigencia del Programa, garantizando la provisión continua hasta el año 2007, incluir mayores cantidades de medicamentos de alto consumo en los próximos procesos de compra previstos para el 2005, e incluir nuevos medicamentos al listado originalmente previsto.

Existen algunas consideraciones con respecto a la efectividad del programa: por un lado aumenta el número de consultas a los CAPS y el número de controles de salud, disminuye el costo en medicamentos para un porcentaje de la población más necesitada, y permite la accesibilidad a los tratamientos para una franja de población que anteriormente no tenía

acceso a los mismos. Por otro, como menciona el Dr. Pedro Politi en un artículo de febrero de 2005 sobre el plan, las estimaciones de cobertura de la población no son concretas, y existen algunas consideraciones especiales: brinda un espectro restringido e insuficiente de medicamentos, cuya logística y distribución se complica porque vienen entregados como "kits", botiquines mixtos; pone el énfasis en los medicamentos, no en la atención médica ni en la prevención: no incluye anticonceptivos, ni dosis apropiadas de ácido fólico para proteger el embarazo; no se destinaron sumas a la inversión para expandir la producción pública de medicamentos de buena calidad, según normas internacionales, y la calidad de los medicamentos comprados por licitación jamás fue testeada según las normas de la ANMAT

- El **Programa de Educación Alimentaria y Nutricional** comenzó su implementación en el año 2003. El programa se desarrolla en las localidades de Banda del río Salí y Alderete del área del Gran San Miguel de Tucumán. Se espera capacitar a 400 líderes comunitarios en forma directa, y a través de ellos a 20.000 familias pobres e indigentes, con un elevado porcentaje de población maternoinfantil y altos índices de desnutrición. No existen aún datos oficiales sobre los resultados de este programa.

Conclusiones

La Provincia de Tucumán se encuentra atravesando una grave y profunda crisis, caracterizada, al igual que en el resto del país, por una población en aumento, con porcentajes crecientes de desempleo, pobreza e indigencia. Sus índices de mortalidad materna e infantil se encuentran entre los más elevados del territorio nacional, con preocupantes cifras de desnutrición y más de un 50% de la población sin cobertura efectiva en salud.

Ante este cuadro de situación, la estrategia de Atención Primaria de la Salud cobra un papel preponderante en relación a cualquier otra actividad que pueda desarrollarse en el sector sanitario.

Sin embargo, como ya se ha mencionado, la provincia de Tucumán destina un 77% del presupuesto en salud a acciones relacionadas con la APS, con lo cual podría concluirse que resulta dificultoso mejorar el rendimiento de los programas de atención primaria, en la medida en que la falta de mayor presupuesto no lo permite.

A pesar de esto, se pueden formular una serie de consideraciones específicas basadas en los datos de cada programa en particular, y un número de consideraciones generales que surgen de la evaluación de los recursos empleados, el impacto de los programas y las necesidades aún insatisfechas por los mismos.

Consideraciones específicas referentes a los programas de APS implementados:

- A pesar de las acciones del Instituto provincial de Lucha contra el Alcoholismo, éste sigue siendo endémico en la provincia, con incidencia superior a la media nacional. Es necesario, además de prohibir la venta a menores de 18 años, acompañar estas acciones con actividades de difusión y prevención.
- Debido a su corto tiempo de implementación, no es posible aún evaluar los resultados de las Acciones de la Secretaría de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

- Resulta dificultoso evaluar las Acciones del Departamento de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar pese a sus 5 años de implementación, debido a la falta de estadísticas sistematizadas y evaluación de impacto por parte de los organismos oficiales. En la práctica, la Dirección aparece como un órgano exclusivamente ejecutor de decisiones judiciales. Los programas implementados tienen pocos beneficiarios; al mismo tiempo, la mencionada área, no ha proyectado acciones preventivas de ninguna índole con impacto en los índices de violencia.
- No es posible evaluar el Sistema para el Monitoreo de la Atención Primaria de la Salud, por encontrarse aún en fase de implementación.
- Existen obstáculos en la evaluación de los diferentes planes alimentarios; más allá del cálculo de los módulos alimentarios entregados, no existen estimaciones oficiales del impacto de dichos programas sobre los índices de nutrición, y la necesidad reciente de agregar a la lista de beneficiarios a grupos de desnutridos de mayor edad complica la estimación estadística de los resultados. Sí impresiona que estos planes están casi estrictamente volcados a la entrega de alimentos en sus diferentes formas, con grandes deficiencias en cuanto a las acciones de difusión, prevención, capacitación y promoción.
- La cifra estable de agentes sanitarios contratados impresiona ser insuficiente para una población en aumento, con mayores niveles de pobreza y menor alcance de la cobertura en salud.
- El Programa ANAHI no posee aún contratos para agentes sanitarios aborígenes, ni tiene mediciones oficiales de los índices sanitarios de sus comunidades.
- El Programa de Salud Mental no cuenta con datos oficiales de evaluación de efectividad o eficiencia del mismo, ni de la población cubierta y el número estimado de individuos que permanecen sin cobertura.
- El Programa Integrado de Salud se encuentra aún en fase de implementación.

- El Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS intenta garantizar la provisión del 100% de los tratamientos para la población enferma, cuya disponibilidad ha sido irregular desde la implementación del programa, con mejoría en los últimos años. Se han realizado campañas masivas de prevención de acuerdo con el programa nacional, y se ha objetivado una reducción significativa y progresiva de la transmisión vertical del virus a partir de 1998. Hay mayor disponibilidad de reactivos para testeo y se disminuyó la necesidad de envío de las muestras desde la provisión del citómetro de flujo para la provincia. Se disminuyó la subnotificación de casos. Resta sobre todo reforzar las actividades de prevención hacia la población general y hacia grupos vulnerables, el diagnóstico temprano con mayor capacitación en el primer nivel, garantizar la provisión de insumos y medicamentos y optimizar la articulación con los programas nacionales.
- El Programa Nacional de Salud Materno-Infanto-Juvenil es, quizás, el que presenta mayores falencias, a la luz de la altísima ingerencia que presenta la patología maternoinfantil en los índices sociosanitarios de la Provincia. Con excepción de la compra y entrega de leche fortificada, que tampoco se realiza estrictamente en tiempo y forma, como lo demuestran las auditorías realizadas sobre el programa, el resto de las actividades prácticamente no recibe presupuesto específico para su realización, con lo cual la organización de actividades de difusión, prevención, promoción, protección y capacitación queda limitada a la disponibilidad circunstancial de recursos humanos y económicos, y a la buena voluntad del personal involucrado en el programa.
- El Programa de inmunizaciones ha logrado una adecuada cobertura de vacunación con BCG y triple viral. Resta reforzar acciones para lograr una cobertura útil de vacunación para hepatitis B, Sabín y Cuádruple.
- El Programa de Control de Vectores tiene un buen control de la infestación domiciliar por Chagas, aunque aún es necesario reforzar actividades antivectoriales. No se han registrado casos de dengue o paludismo en los

últimos años. Es necesario reforzar las medidas para el control de la Leishmaniasis.

- El Programa de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños ha tenido un enorme impacto en la morbimortalidad infantil por infecciones respiratorias. Ha realizado una capacitación creciente de agentes sanitarios, y por sobre todo ha implementado un adecuado sistema de monitoreo de efectividad, que permite redireccionar acciones de acuerdo a los resultados.
- El Programa de Control de la Diarrea no ha tenido alto impacto sanitario a pesar de contar con presupuesto específico y estadísticas adecuadas, probablemente por falta de refuerzo de las actividades de prevención y protección, pero también por la alta incidencia de diarrea en las poblaciones que no cuentan con agua potable y desagües cloacales adecuados. En la Provincia de Tucumán el porcentaje de población que cuenta con agua corriente es de 84,4%, por encima de la media nacional de 77%, pero la población sin redes cloacales adecuadas asciende a la alarmante cifra de 63,3% (con una también alarmante media nacional de 57%).
- El Programa de Control de Tuberculosis ha mejorado algunos aspectos en los últimos años, como ser el porcentaje de tratamiento efectivo de la población afectada y la cobertura útil de la población en inmunización. Todavía presenta índices considerables de subregistro y abandono de medicación.
- El Programa Remediar ha tenido un impacto favorable en el cuidado de la salud de la población, por una mayor accesibilidad de los usuarios a los medicamentos. Aumenta el número de consultas a los CAPS y el número de controles de salud, y disminuye el costo en medicamentos para un porcentaje de la población más necesitada, pero tiene insuficiente estimación de población beneficiada, espectro restringido de medicamentos, inexistentes actividades de prevención, falta de inversión para la producción local de medicamentos a bajo costo, hecho que perpetúa la necesidad de los préstamos externos, e insuficiente control de calidad de la medicación entregada.

Consideraciones generales:

- Las transferencias en salud a la Provincia son aún insuficientes.
- No existen programas de discapacidad ni adultos mayores.
- No existen programas relevantes orientados a las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o las patologías cardiovasculares.
- La debilidad de los sistemas de información impide una estimación adecuada de la población objetivo de cada programa.
- El número de CAPS de la provincia parece ser adecuado a los requerimientos.
- El recurso humano en salud es deficiente, tanto en número como en capacitación en el primer nivel de atención.
- La falta de organización de la información y el difícil acceso a ella hacen sumamente dificultosa la evaluación y monitoreo de cualquier programa implementado, con una importante disgregación en el manejo de los diferentes planes, y escasa articulación entre los diferentes sectores de la salud.
- Los programas implementados prestan mayor relevancia a las tareas asistenciales por sobre las preventivas, con un enorme bache en cuanto a la educación de la población, y la mayoría de las actividades de prevención primaria de la salud.
- El programa Maternoinfantil precisa ser rejerarquizado, con mayor destino de fondos a actividades de difusión y prevención, ya que las defunciones neonatales podrían disminuirse en un 51,5% con un buen control del embarazo, en un 8,5% con una buena atención del parto y en un 5,2% con una buena atención del recién nacido. Sólo un 31% del total de estas defunciones son difícilmente reducibles.

Por otra parte, las defunciones postneonatales pueden disminuirse en gran medida con tareas de prevención y mejoras en el tratamiento, con mayor control y seguimiento del niño. Sólo un 21% de las muertes son difícilmente reducibles. Es necesario reorientar las acciones para lograr un mayor

control del embarazo, estímulo de la lactancia materna, controles pediátricos adecuados, educación sobre salud sexual y reproductiva para disminuir el número de embarazos adolescentes y, de esta forma, provocar un verdadero impacto sobre los índices de morbimortalidad de la provincia.

- La información referida a población bajo área de cobertura que no accede a servicios, embarazos no controlados, etc. no es recabada ni jerarquizada.
- La cobertura de atención medida como el porcentaje de la población bajo control y seguimiento por los CAPS es baja, evidenciando una utilización subóptima de los recursos.
- La prestación de servicios alimentarios y de salud pública a los sectores vulnerables constituye una práctica históricamente generalizada en las políticas sociales de Argentina, que responde a las fuertes expectativas culturales que tiene el país respecto de la alimentación.

Desde hace cincuenta años, los programas de reparto, complementación o suplementación alimentaria fueron implementados casi sin interrupciones por el Estado. La entrega directa de alimentos o de bonos para su adquisición a los grupos socio-demográficamente vulnerables fue un componente casi permanente de las políticas sociales, que procuró un efecto redistributivo indirecto hacia los sectores a los que se dirigió.

- De la misma forma, se continúa enfocando el sistema de salud en base al acceso y consumo de medicamentos. La “medicalización” de la salud no garantiza la evolución adecuada de los índices, es una solución a corto plazo, útil en el contexto de la urgencia sanitaria, peligrosa si se perpetúa en ausencia de otras medidas.
- No se trata aquí de discutir la cuestionabilidad de estas prácticas, que probablemente generen una sensación de alivio inmediato en los sectores más carenciados de la población, sino de comprender que estas sólo pueden considerarse como acciones accesorias a la implementación de verdaderos planes de Atención Primaria de la Salud, que generen un cambio en la formación y conciencia de la población que facilite a largo

plazo la evolución satisfactoria del resto de los índices, y lleve a la población, en forma lenta pero sostenida, hacia una mejor calidad de vida.

Fuentes Consultadas

- Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán.
- Sistema Provincial de Salud de la Provincia de Tucumán.
- Guía de Programas Sociales 2004, Secretaría General de Políticas Sociales, Gobierno de Tucumán.
- Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Tucumán.
- Sistema para el monitoreo de la Atención Primaria de la Salud, Informe de Avance, Sistema Provincial de Salud de Tucumán.
- Programa Integrado de Salud, Informe Preliminar, Sistema Provincial de Salud de Tucumán.
- Ministerio de Salud de la Nación.
- Secretaría de Salud del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.
- Página Web del Ministerio de Salud de la Nación.
- Página Web de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Dr. Alberto Angel Fernandez a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación, Apéndice I, Informe N° 57, 25 de junio de 2003.
- Documento de presentación del Programa Nacional de Control de Cáncer, Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino.
- Norma de Organización y Funcionamiento del Área Toxicológica del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Resolución Nro. 222/99 del 8 de marzo de 1999.
- Ministerio de Salud y Ambiente, PLAN NACER ARGENTINA, Resolución 1173/2004.
- Ley Nacional N° 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

- Documento de presentación de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
- Página Web del Banco Mundial.
- Ministerio de Salud y Ambiente, Resolución 915/2004 de aprobación del Programa Médicos Comunitarios.
- Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación.
- Informe final del Programa Federal de Salud, Dr. Carlos Vasallo, 2002.
- Plan Operativo 2002 para el Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
- Resolución 1077/2004, MSA - Modificación del Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud (PROMAPS).
- Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina, Nota técnica de discusión de salud 002/2004, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Documento del Banco Interamericano de Desarrollo, Argentina, Programa de Protección Social y Reducción del Impacto de la crisis sobre la Pobreza II (AR-0296), Propuesta de Préstamo de Emergencia.
- Convenio de Donación destinada a un Programa entre el Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (Fondo Mundial) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, donación N° ARG-102-G01-H-00, 2003.
- Manual de Normas y Procedimientos para Vigilancia Epidemiológica, 2° Edición.
- Página Web del Programa del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA).
- Documento Banco Mundial de autorización de crédito para el Programa VIGIA.
- Memoria Detallada del estado de la Nación 2003, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

- Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes mellitus (PRONADIA), 1999, Comisión Asesora Permanente de Prevención y Control de Diabetes Mellitus, Dirección Nacional de Medicina Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, convenio de adhesión celebrado entre el GCBA y el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación para la ejecución del Programa Materno-infantil, 2 de marzo de 2000.
- Plan de Salud Mental 2002-2006, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud, Dirección de Salud Mental.
- Ley N° 337 de Diabetes BOCBA 905, marzo de 2000.
- Ley N° 25.404 de protección de la Epilepsia, 2001.
- Presupuesto 2005 GCBA.
- Presupuesto 2005 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Presupuesto Nacional 2004.
- INDEC Censo 2001.
- SIEMPRO; "Informe Provincial Tucumán", Abril 2002.
- Propuesta preliminar "Diagnóstico de Situación del Sistema de Salud en la Provincia de Tucumán", Septiembre de 2003, en colaboración con equipo de salud de Tucumán, Organización Panamericana de la Salud y Fundación CIPEC.
- "Relevamiento de Programas, Créditos y Subsidios disponibles para la Provincia de Tucumán", CFI, julio 2004.
- Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Evaluación del Sistema de Control Interno 2003.
- "Pobreza y políticas sociales en la Argentina de los años noventa", Pablo Vinocur y Leopoldo Halperin, División de Desarrollo Social, CEPAL, Naciones Unidas, abril de 2004.
- Informe de gestión Septiembre / Octubre 2004, Programa Nacional de Lucha contra los R.H., VIH/SIDA y ETS- Directora: Dra. Gabriela Hamilton.
- Argentina, Informe del VIH/SIDA 2004, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

- Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina, octubre de 2004, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- “Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas”, Dra. Burgos- Dra. Carreño Rimaudo, Revista Hospital Sardá 1997.
- “Mortalidad materna en la Argentina”, Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud, 2004, Centro de Estudios de estado Y Sociedad, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- “Costo de la decisión de no amamantar”, 1997, Boletín N°5 IBFAN Argentina.
- Boletín PROAPS-REMEDIAR, vol. 2, número 15, noviembre de 2004.
- “Plan Remediar”, Dr. Pedro Politi, febrero de 2005, cancerteam.com.ar.
- Auditoría de aplicación de fondos nacionales por transferencias correspondientes al Programa Maternoinfantil a la Provincia de Tucumán años 2002 y 2003.