

**Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco**

**Escuela de Política y Gobierno - Universidad Nacional de San Martín**

**Cohorte 2011**

**MAESTRÍA EN GOBIERNO Y ECONOMÍA POLÍTICA**

**TESIS**

**TÍTULO**

**BAJO PESO AL NACER Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO, COMO  
DOS ELEMENTOS CLAVES DE LA MORTALIDAD INFANTIL, ANTES Y  
DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AUH (Asignación Universal por  
Hijos) Y LA AUE (Asignación Universal por Embarazo), EN UN C.A.P.S DE  
PCIA ROQUE SAENZ PEÑA- CHACO.**

**Alumno:**

**Lic.: Luna Ricardo Alberto**

**Director: Dr. Spadafora Santiago**

**Resistencia-Chaco**

**Año 2016-**

## INDICE GENERAL

**Resumen**-----Pag 4,5

**Agradecimientos**-----Pag 6

### **CAPITULO I**

Introducción y Descripción del Problema.-----pág. 7-10

### **CAPITULO II**

Problema, objetivos -----Pág. 11

Justificación. -----pág.12

Diseño De Inv. Variables, indicadores-----pág. 13-15

### **CAPITULO III**

Marco Teórico.-----Pag.16

Problemáticas sobresalientes-----pág. 17-19

Teoría de modo o dominantes-----Pag.21-24.

Teoría de la salud-----pág.25

Teoría de la contagiosidad y del germen-----pág. 25,26

Teoría de la transición demográfica-----pág. 27

Modelo del campo de salud-----Pag.28-30

### **CAPITULO IV**

Epidemiología de la M.I y el rol estado en las políticas públicas-----pág. 31-34

Políticas para la protección social-----Pag.35, 36

## **CAPITULO V**

Características epidemiológicas y geopolítica del Chaco-----Pag.37-39

Sistema Sanitario de la Provincia del Chaco-----pág. 40-49

## **CAPITULO VI**

Marco Conceptual del Análisis-----pág. 50

Relación entre Variables, hipótesis de trabajo-----pág. 51-58

Probabilidad Relativa y Frecuencia Relativa -----pág. 59-65

Conclusión-----pág. 66

Bibliografía-----pág. 67-70

## **CAPITULO VII**

Anexo-----pág. 71-77

## RESUMEN

La “**asignación universal por hijo (AUH) para protección social**” es un beneficio dinerario que el Gobierno Nacional Argentino otorga a personas desocupadas, que trabajan empleados “en negro” o que ganan menos del salario mínimo vital y móvil, por cada hijo menor de 18 años o hijo discapacitado. Este beneficio social entró en vigencia el 29 de octubre de 2009 por el decreto 1602/09 del Poder Ejecutivo Nacional. A partir de mayo de 2011, la AUH se complementó con la “**asignación universal por embarazo (AUE) para protección social**”, que se otorga a las futuras madres que se encuentren en las doce o más semanas de gestación. La AUH se implementó plenamente en la Provincia del Chaco a partir de 2011, mientras que la AUE en 2013.

Esta investigación constituye una descripción y explicación inicial sobre la contribución de la asignación universal por hijo (AUH) y la asignación universal por embarazo (AUE) al descenso de la (MI) Mortalidad infantil de la provincia del Chaco mediante **el incremento de los controles de las mujeres embarazadas y de los niños menores de un año de vida**, que realiza el sistema de salud en el marco del programa Materno Infantil, asociados a dichos instrumentos de protección social.

El supuesto subyacente es que la mejora en los controles de las mujeres embarazadas y los niños menores de un año, a partir de ambos instrumentos de política pública (AUH y AUE), tendrían un impacto en dos elementos claves para la reducción de la mortalidad infantil (MI):

- 1) La reducción del **número de (RN) de bajo peso**;
- 2) La mejora en la **cobertura de inmunización**.

Los datos se analizaron a partir del concepto estadístico de **frecuencia relativa porcentual**, aplicado como instrumento de la epidemiología y la salud pública: el **riesgo relativo (RR)**. El RR, así como su contracara la **probabilidad relativa (PR)**, se utiliza para medir la **influencia que pudieran tener determinados factores, denominadas causas, en la aparición de ciertos efectos**. En esencia, el análisis de probabilidad relativa (PR), así como la de riesgo relativo (RR) de esta investigación, trata de comparar dentro de dos poblaciones, una de **mujeres embarazadas**, y otra de **niños menores de un año**, dos sub-poblaciones caracterizadas cada una por el hecho de

**si recibieron o no la asignación universal por embarazo (AUE) y la asignación universal por hijo (AUH)** establecida por el Gobierno Nacional.

En la presente investigación, realizada en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada de la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, se analizó, en las dos poblaciones mencionadas (mujeres embarazadas y niños menores de un año), y en términos de **relación** expresada por la frecuencia relativa porcentual, **el impacto de La AUE en relación al proceso de atención de la mujer embarazada, así como de La AUH en relación al de la atención del recién nacido sano hasta el año de edad.**

Toda **investigación epidemiológica** intenta establecer, **entre las variables en estudio**, la existencia de la siguiente secuencia: **Relación → Asociación → Causalidad.**

El presente estudio sólo se enfocó en el primer paso, esto es, de establecer **la relación entre las variables**, a través del análisis de la frecuencia relativa porcentual expresada en dos instrumentos: la Probabilidad Relativa (PR) y el Riesgo Relativo (RR). Finalmente se concluye con los siguientes resultados:

Con respecto al control de las embarazadas, **hubo un 35% de mejora en alcanzar el estándar de consultas a partir de la implementación de la asignación universal por embarazo.**

En cuanto al control de niños sanos menores de un año, **hubo un 97% de mejora en alcanzar el estándar de consultas a partir de la asignación familiar por hijo.**

En términos de resultados, hubo **un 38% de reducción del BPN** en la población que recibió la AUE. Para el resultado analizado como posible impacto de la AUH, no pudieron observarse diferencias, por cuando los porcentajes de inmunización, tanto previo a la AUH (año 2010), como en el período con AUH (2013), fueron superiores al 100%.

PALABRAS CLAVES: mortalidad, asignación universal, Protección social

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, profundamente al gobierno del pueblo de la provincia del Chaco, conjuntamente con la Universidad de San Martín, por apostar a la formación de profesionales, y a su vez garantizar la igualdad de condiciones y de oportunidades de poder estudiar en la Universidad Pública, gratuita y de Calidad.

A la Escuela de Gobierno, a su personal directivo, docentes y no docentes de dicha institución.

Así también y de manera especial a mi **director de tesis al Dr. Santiago Spadafora**, por su esfuerzo y dedicación para conmigo a quien además de ser un gran profesional es una gran persona.

Finalmente, a **todo el personal del centro de salud Eusebio Taboada**, al supervisor de enfermería del servicio de tocoginecología del hospital 4 de junio, por su ayuda y colaboración permanente al momento de recolectar los datos, como así también a todos mis compañeros de trabajo, familiares y amigos.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN.

La mortalidad infantil es uno de los flagelos que afecta a la humanidad, de lo cual son víctimas sobre todo los países emergentes, los mismos situados en África y América latina. A principio del siglo XXI, los países miembros de OMS, aprobaron por unanimidad las metas del milenio en el marco de la asamblea general de las naciones unidad, donde nace el compromiso que para el año 2015, cesar algunas de las mayores injusticias como la desigualdad, el hambre y la pobreza.

En consecuencia, establecieron, entre otras metas, que la mortalidad infantil disminuyera en dos tercios con respecto a 1990. Hoy a casi dos años del año meta, se está muy lejos de ello, ya que la tasa debería haber descendido en el 2010 solo a 7,5 por mil.

La identificación de las **inequidades en salud** responde a un enfoque de la salud pública que reivindica el derecho a la salud y trabaja en la implementación de herramientas teórico-metodológicas eficaces para la generación de evidencia, que contribuyan al diseño de políticas públicas para la disminución de las brechas existentes.

El cuidado de los niños debería estar en la agenda como una cuestión central, reflejados en los presupuestos y en las políticas públicas, las cifras son alarmantes, cada año mueren 9,7 millones de niños en el mundo antes de cumplir los 5 años de vida, 26 mil por días y 3 por segundo, (O.M.S)

América latina una región rica en recursos naturales (agua, energía, alimento, minerales etc.), sin embargo, más de un tercio de su población está por debajo de la línea de pobreza, mueren 30 niños menores de 5 años de cada mil, mientras que en los países desarrollados sobre todo los nórdicos, es de 3 o 0.<sup>1</sup>

En Argentina la **T.M.I** Tasa de Mortalidad Infantil es **de 11,9 por mil en el 2010**, siendo el comportamiento de este fenómeno de diversa magnitud e intensidad en distintas provincias y departamentos del país, siendo las provincias del norte Argentino con mayores indicadores, encabezando las mismas, las provincias de Formosa, Chaco y Corrientes (**TMI Chaco, año 2010: 14,7 por mil**),<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Escándalos Éticos. Bernardo Kliksberg.

<sup>2</sup>Indicadores Básicos Argentina 2012. Ministerio de Salud de la Nación –OMS/OPS Argentina.

“Los datos oportunamente suministrados por la dirección nacional de estadísticas sanitarias del Ministerio de Salud Pública de la Nación, determinó que en el 2007 la tasa de mortalidad infantil para la provincia del Chaco era de 21,2 por mil y la tasa en el 2011 -consolidando los datos- fue de 11,4 por mil. ... Nosotros en el mes de enero del año pasado establecimos un número relativo que era el 9,7 por mil, pero luego dio un número superior, aun así es una drástica reducción de casi 10 puntos por mil que es el mayor en el país” Por otra parte, tomando, los datos del año 2003 “la caída es 20 por mil, lo que marca un éxito extraordinario de políticas sanitarias al haber disminuido la mortalidad infantil, por eso nuestra meta para el año 2015 es equivalente a 8,5 por mil, es decir que profundizaremos las políticas públicas que tiendan a sostener la tasa de mortalidad infantil en torno al dígito”. Capitanich explicó que según los datos que tienen es posible que en el 2012 se haya reducido la mortalidad infantil en torno a un dígito, pero “es una información parcial que pretende ser consolidada en este primer trimestre” (*Conferencia brindada Por el gobernador Capitanich. Jueves, 03 de Enero de 2013 - 08:15*). De igual manera en declaraciones reciente el ministerio de salud del Chaco, afirmo haber restado 11 puntos en un periodo de seis años., en el 2007 la mortalidad infantil fue de 21.2 por mil y en el 2013 disminuyo a 10.9 por mil., como así también la mortalidad materna pasando de 8.5 a 5.5 cada 10.000 nacimiento. De esta manera el Chaco paso a ser unas de las provincias que más porcentaje disminuyó en mortalidad infantil. (*Declaraciones periodísticas del ministro de salud Morante, miércoles 7 de Mayo 2014. Fm Universidad y diario Norte*).

En la Argentina, para contribuir al descenso de la mortalidad infantil, se diseñaron e implementaron diversos programas de protección de la salud materno-infantil, desde la década de 1941/1950. Actualmente, la política pública de la AUH, como protección social ejecutada a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 1602 del 29 de octubre de 2009, mediante el cual el Poder Ejecutivo de Argentina instaura un nuevo esquema de transferencia de ingresos a las personas que denomina “Asignación Universal por Hijo para Protección Social” (en adelante “Asignación por Hijo”). La Asignación por Hijo se instituye como un subsistema no contributivo dentro de la normativa de la Ley 24.714 que es la que establece los beneficios de Asignaciones Familiares para trabajadores asalariados formales en cuyo nombre se realizan contribuciones patronales. Siempre en la consideración de que dicha transferencia



contribuyera no sólo a establecer una mayor equidad social, sino, además, a una mejora de la protección social de la salud.

A partir de mayo de 2011, las prestaciones se complementaron con el lanzamiento de la Asignación Universal por Embarazo para protección social (**AUE**), que se otorga a las futuras madres que se encuentren en la semana número doce o más de gestación. A mediados del año 2013, más de 3.500.000 niños y adolescentes se encontraban cubiertos por esta asignación. Ambos beneficios sociales se establecieron considerando que la mortalidad materna e infantil de la región está sumamente vinculada a dimensiones culturales, de pobreza, falta de instrucción y a las dificultades de acceso a los servicios de atención médica especializadas que requiere una mujer embarazada, especialmente en determinados sectores geográficos. Este hecho evidencia un fuerte indicador de la desigualdad social y una clara inequidad de género, situación que afecta tanto a las madres como a los niños recién nacidos.

El impacto esperado de ambos beneficios estuvo centrado en la disminución de la pobreza y la indigencia, considerando beneficiario a aquellos hogares en el cual haya menores de 18 años, cuyo jefe o jefa no sea salariado registrado, es decir no superen al SMVM. Algunos resultados en base a EPH, fueron la reducción de la indigencia en un 68% en los hogares y en las personas un 70% (EPH- INDEC, 2003- 2010). La asignación universal por hijo en cuanto a la pobreza, favoreció la salida de la misma pasando de un 68% de hogares pobres a 21% en el 2010.

Villatoro (2007), sostiene que las evaluaciones existentes con respecto al impacto de estos programas han mostrado que los mismos constituyen un mecanismo eficaz para promover el acceso a los **servicios de salud y educación**, ya que para percibir la asignación la beneficiaria tiene que presentar su carnet de vacunas y la certificación escolar actualizada., y a su vez disminuye la barrera de acceso (entre paciente y personal de salud) como consecuencia del plan **SUMAR**, que le permite un incremento salarial al personal mediante la facturación de las prestaciones.<sup>3</sup>

La AUH (asignación universal por hijos) para la protección social tiene una concepción política y social de carácter inclusivo., Tiene la finalidad de proteger a las familias en condiciones de vulnerabilidad social, cuyos padres y tutores se encuentren

---

<sup>3</sup> Villatoro, Pablo (2007) "las transferencias monetarias condicionadas en América Latina:" luces y sombras" CEPAL, IPEA.

desocupados, monotributistas sociales o aquellos que son parte de la economía informal y perciban salarios inferiores al salario mínimo vital y móvil (SMVM) , puedan acceder a niveles adecuados de escolarización y control de salud para sus niños.

Posteriormente y de manera complementaria a la AUH creado por el decreto 1602, se dicta el decreto presidencial 446, el cual consiste en el cobro mensual no remunerativa que percibe la mujer embarazada a partir de la semana 12 de gestación, la misma deberá inscribirse en el plan SUMAR en el centro de salud y realizar los controles y estudios complementarios relacionados al embarazo.

Ambos beneficios sociales tuvieron el supuesto de que contribuirían al descenso de la mortalidad infantil por vía tanto de la mejora en el proceso de atención de las mujeres embarazadas como en el proceso de atención de los niños menores de un año. Siempre haciendo foco en la población vulnerable en términos de bajos niveles de ingreso.

Atendiendo a la existencia de este supuesto, no estudiado suficientemente, es que a través de la presente investigación se pretende describir, y brindar una posible explicación de cómo la AUH (asignación universal por hijos) y la AUE (asignación universal por embarazo) pudieron haber contribuido al descenso de la mortalidad infantil en la Provincia de Chaco, a través de la mejora de los procesos de cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y los niños menores de un año.

## CAPITULO II

### PROBLEMA

*¿La AUH (Asignación Universal por hijo) y la AUE (Asignación Universal por Embarazo), contribuyeron a la reducción de la Mortalidad Infantil, mediante el incremento y mejora en el acceso a controles, cuidados y tratamientos durante y posterior al embarazo, en el CAPS Dr. Eusebio Taboada del Barrio Belgrano de Presidencia Roque Sáenz Peña – Chaco.*

*¿De existir una mejora en el control de la mujer embarazada, dicha mejora en el control, se ve reflejado en los resultados en términos de disminución de los nacidos de bajo peso y la mejora en la cobertura de vacunas?*

### Objetivo General:

Determinar la posible contribución de la AUH y AUE, a la reducción de la mortalidad infantil, mediante el incremento y mejora en el acceso a controles, cuidados y tratamientos durante el embarazo y control del niño sano durante el primer año de vida.

### Objetivos Específicos

- I) Establecer, en términos de frecuencia relativa porcentual, la posible relación entre la percepción de la AUE, con el número de consultas de mujeres embarazadas, para alcanzar el estándar de los programas materno infantiles.
- II) Establecer, en términos de frecuencia relativa porcentual, la posible relación entre la percepción de la AUH, con el número de consultas de control de niño sano hasta el primer año de vida, para alcanzar el estándar de los programas materno infantiles.
- III) Establecer, en términos de frecuencia relativa porcentual, la posible relación entre la percepción de la AUE, con la mejora en el bajo peso al nacer (BPN), una de las principales causas de mortalidad infantil.

- IV)** Establecer, en términos de frecuencia relativa porcentual, la posible relación de la percepción de la AUH, con la mejora en la cobertura de inmunizaciones durante el primer año de vida, uno de los principales instrumentos para combatir causas evitables de mortalidad infantil.

### **Justificación**

Las cifras mundiales, nacionales y provinciales, sobre la mortalidad infantil siguen siendo escalofriantes, más aun por que se tratan de miles de niños que mueren por causas evitables, y cuando estos deberían ser los primeros en proteger, los avances tecnológicos, médicos con un enorme potencial y en un mundo infinitamente rico, mueren 154.000 niños por semanas, 8.100.000 por año, uno cada tres segundo., en el siglo XXI, y a pocos años de la meta periódica establecido en los objetivos del milenio, sigue siendo un tema preocupante, escandaloso y lejos de cumplirse, por lo que es fundamental involucrarse activamente desde lo individual, institucional y en las políticas sanitarias y agendas de gobiernos.

¿Porque analizar la contribución de la AUH y la AUE, en el descenso de la mortalidad infantil?

La provincia del Chaco se caracterizó por tener altos índices de mortalidad infantil, la cual en los últimos años ha logrado resultados excepcionales en este indicador llegando al año 2013 a un descenso de 10.5 por mil, comparado con el año 2007 de un 21.2 por mil, en este contexto y desde un diagnostico empírico podemos decir que las políticas sanitarias en materia de protección social, como lo son la **AUH** y la asignación por embarazo (**AUE**), tendrían un impacto directo sobre el mejoramiento de este indicador.

Nuestra investigación pretende establecer alguna certeza en el primer eslabón de la secuencia de supuestos que vincularían las políticas públicas arriba mencionadas con el descenso de la mortalidad infantil. De hecho, en la Provincia de Chaco se dispone, en diversos efectores de la provincia, aunque de forma dispersa y sin vínculo alguno, de registros acerca del proceso de atención de la mujer embarazada y de niños menores de un año, que pueden ser sistematizados y ordenados, tal como lo hemos hecho en el presente trabajo, para que se transformen en información confiable que permita formular o establecer correlaciones en la cadena de sucesos entre las medidas de protección social y su impacto esperado.

## **Diseño de Investigación**

Estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y parcialmente explicativo, sobre la posible contribución de la AUH y la AUE en el descenso de la Mortalidad Infantil, a partir de la mejora de los procesos de cuidado, tanto de la mujer embarazada como del niño menor de un año.

La investigación se llevó a cabo en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada, a partir de la comparación, a lo largo de todo un año, de dos grupos, uno de niños y otro de mujeres embarazadas. Grupos totalmente comparables por cuanto pertenecen a la misma comunidad, donde es improbable que se hayan producido modificaciones socio económicas sustantivas en el curso de los tres años que transcurrieron entre el análisis de los datos de los dos grupos (2010 y 2013).

Las fuentes de datos acerca de las unidades de análisis (mujeres embarazadas y niños menores de un año que se asistieron en 2010 y 2013 en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada), por la característica del estudio (investigación retrospectiva como trabajo individual de Tesis de Maestría), fueron secundarias, directas e indirectas.

### **1) Grupo de las mujeres embarazadas**

- a) Subgrupo de todas las mujeres asistidas en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada de la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, durante todo su embarazo a lo largo del año 2010, y que, por ende, **no recibieron la AUE**.
- b) Subgrupo de todas las mujeres asistidas en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada de la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, durante todo su embarazo a lo largo del año 2013, y que, por ende, **recibieron la AUF**. Aunque no se pudo acceder a la fuente de datos primaria que corroborase fehacientemente este dato, las obstétricas que realizaron los controles lo confirmaron.

**Variable Independiente:** la percepción por parte de las embarazadas, de la AUE.

### **Variables Dependientes:**

- De proceso: Número de consultas de control de cada mujer embarazada, durante todo su embarazo.
- De resultado: Peso al nacer del producto del embarazo controlado.

## **Indicadores.**

### a) De proceso:

- Promedio de consultas de mujeres embarazadas a lo largo del embarazo, anterior a la Asignación por embarazo (AUE) (periodo 2010).
- Promedio de consultas de mujeres embarazadas a lo largo del embarazo, posterior a la asignación por embarazo (AUE) (periodo 2013).

### b) De resultado:

- Porcentaje de RN de bajo peso previo a la implementación de la AUE (año 2010)
- Porcentaje de RN de bajo peso posterior a la AUE (año 2013).

## **2) Grupo de los niños menores de un año**

- a) Subgrupo de todos los niños menores de un año asistidos en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada de la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, durante todo su primer año de vida, a lo largo del año 2010, y que, por ende, **no recibieron la AUH**;
- b) Subgrupo de todos los niños menores de un año asistidos en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada de la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, durante todo su primer año de vida, a lo largo del año 2013, y que, por ende, **recibieron la AUH**. Aunque no se pudo acceder a la fuente de datos primaria que corroborase fehacientemente este dato, las enfermeras que realizaron los controles lo confirmaron.

## **Variable Independiente:**

Percepción de la asignación universal por hijos (A.U.H).

## **Variabes Dependientes:**

- De procesos: Números de consultas de control de niño sanos.
- De resultados: Número de niños controlados inmunizados correctamente con la tercera dosis de la vacuna Sabin. Aunque no se accedió a la fuente de datos primaria que pudiera correlacionar los datos nominales (la Historia Clínica de cada niño controlado), por la dinámica de la vacunación del centro es posible extrapolar este dato a partir de la cobertura del total de la población de niños menores de un año.

## **Indicadores.**

### **a) De proceso:**

- Promedio de consultas de atención de niño sanos a lo largo del primer año de vida, previo a la implementación de la AUH (2010).
- Promedio de consultas de atención de niño sano a lo largo del primer año de vida, posterior a la implementación de la AUH (2013).

### **b) De resultados:**

- Porcentaje de inmunización en menores de un año con Sabin 3º dosis, previo a la implementación de la AUH (año2010).
- Porcentaje de inmunización en menores de un año con Sabin 3º dosis, posterior a la implementación de la AUH (año2013).

## CAPITULO III

### MARCO TEÓRICO

El Nobel Amartya Sen considera la esperanza de vida como uno de los indicadores o parámetros para saber si una sociedad progresa., y el mismo se presenta muy diverso en los países, teniendo en cuenta su nivel de equidad y lo que hacen con su sistema de salud, en este sentido una mujer que nace en Japón o en los países nórdicos, como (Noruega, Suecia o Finlandia) tiene una esperanza de vida de 86 años en América latina 50 años., en Islandia Muere 2 niños de cada 1000 Nacidos Vivos, en América latina 15 veces más.*(Informe sobre determinantes sociales de la salud OMS )*.

La OMS (Organización Mundial De La Salud) recomienda en su informe seguir el ejemplo de los países Nórdicos. Sus políticas pro equidad, de la inclusión social total, de pleno empleo, y sus sistemas de salud pública de cobertura universal, los han colocado en los liderazgos mundiales de esperanza de vida, y bajas tasas de mortalidad infantil y materna.

La Políticas Publicas en materia sanitaria, orientadas a esas direcciones producen esos resultados, como caso testigo podemos mencionar en América latina a Costa Rica que en el 2007, volvió a reducir a la mitad las tasas de mortalidad materna-infantil, siendo una de la más bajas en el continente.

***“Los cuidados de la salud son un bien público y no una mercancía comercial y la equidad en materia de salud debe ser un objetivo fundamental” (Margaret Chan, directora de la OMS).***

Paradigmáticamente cuando hablamos de pobreza, desigualdad y problemáticas de la salud nos reflejamos con África., pero América latina, con sus enormes riquezas naturales como ser poseedor de un tercio de las aguas limpias del planeta, hidrocarburos, fuentes de energía baratas, tierras fértiles etc., sin embargo más de un tercio de su población está por debajo de la línea de pobreza, mueren alrededor del 30x1000 niños menores de 5 años, mientras en los países nórdicos como Suecia mueren 3 o 0 en Noruega, ante este escenario uno podrá preguntarse el ¿por qué de la pobreza en una región tan rica? Una de las respuestas, inmediata, es que el 10% más rico posee más de 40 veces lo que posee el 10% más pobre, frente a un 10% en España y un 6% en Noruega., entre las grandes disparidades podemos mencionar (el acceso a la tierra, a la salud, educación, al crédito, a la tecnología etc).



Otros Indicadores tales como la riqueza, la salud y la expectativa de vida son tan malos e incluso peores. Hay una clara tendencia a la concentración de la riqueza en la cima, al vaciamiento de las capas medias y a un aumento en la pobreza en el fondo (*Joseph Stiglitz. El precio de la desigualdad*).

**Las problemáticas sobresalientes en materia de salud son:**

**Alimentación:** (hambre) en los últimos años a pesar de aumentar la producción de alimento en la región favorecida por la fertilidad de sus tierras y el avance tecnológico, sin embargo 5 millones de niños menores de 5 años murieron por causas vinculadas a la desnutrición (*informe UNICEF 2008*), más allá de sus riquezas naturales cuatro países centroamericanos no están en condiciones de cumplir con las metas del milenio, relacionados al flagelo de la desnutrición.

**La problemática del Agua:** teniendo en cuenta que un ser humano necesita al menos 20 litros de agua al día para satisfacer sus necesidades, más de mil cien millones de personas en América latina solo cuentan con la cinco litros, en comparación con Europa consume 200 litros y con EE.UU 400 Litros.

Sumado al déficit del agua, esta se complica con su contaminación, causas por el cual mueren alrededor de 1.800.000 niños por años, siendo el promedio diario de 4.300 niños por día. En la región de América latina más de 60 millones de personas no cuentan con agua potable.

La falta de condiciones sanitarias en materia de vivienda digna, cloacas, generan condiciones riesgosas para la salud, aumentando considerablemente el riesgo de sufrir diarreas infantiles.

La educación como un determinante de salud, posee serios problemas que repercuten en la salud de la gente y especialmente en la problemática de la mortalidad infantil, la deserción escolar, sobre todo en el nivel secundario como consecuencia de la privación de sus nutrientes esenciales en sus primeros años de vida, son factores que contribuyen al embarazo adolescente que incrementa la morbimortalidad en la madre y en el niño., el deficiente estado de las escuelas, tanto sanitarias como edilicias, el personal docente descalificado y des- jerarquizado, generan una educación de mala calidad.

Para la **PNUD.**, Uno de los más claros indicadores de la situación epidemiológica es la tasa de mortalidad infantil (TMI). En la Argentina en 2009 fue de 12,1 por mil nacidos vivos para el total país, continuando el ligero descenso observado

desde principios de los años ochenta. Hasta 2008 se verifica, en el mediano plazo, el descenso constante en la TMI. Se muestra una reversión de la tendencia durante la crisis y la vuelta a la trayectoria descendente a partir de 2003.

Entre las razones que explican el pronunciado descenso de las mismas (la mortalidad infantil), registradas desde el año 2003 debe considerarse, de manera muy especial, la implementación de planes y programas, impulsados por el ministerio Nacional y acordados con los ministerios provinciales a través del **COFESA**.

Estos planes están destinados a mejorar el acceso de la población a los servicios de prevención y atención de la salud y tienen como objeto disminuir el número de causas de muerte por razones evitables. De acuerdo con indicadores básicos de 2010, el 57,0 % de las muertes neonatales son reducibles.

A lo largo de los años, las principales causas de muerte de los niños se han mantenido relativamente estables: trastornos relacionados con la duración de los embarazos, dificultades respiratorias en los recién nacidos, malformaciones congénitas del corazón, desnutrición y diarrea, las políticas complementarias (vivienda, desagües, etc.) que permitan modificar las condiciones de vida de la población para hacer frente a este tipo de problemáticas.

La Provincia del Chaco, es una Provincia que integra el **NEA** argentino que se ha caracterizado históricamente por presentar uno de los indicadores más altos de mortalidad infantil. Sin embargo, hoy, la Provincia del Chaco refleja una mejora considerable con respecto a provincia vecinas, e, incluso comparativamente con los indicadores nacionales de mortalidad infantil, restando 11 puntos en el periodo 2007 – 2013 (*2007 la mortalidad infantil fue de 21.2 por mil y en el 2013 disminuyo a 10.9 por mil*). Este descenso pasó a ser incluso el mayor del país.

En este contexto surge los interrogantes que pretende responder la presente investigación: ¿Ha contribuido a la mencionada disminución de la M.I, el conjunto de subsidios que se establecieron para inducir el mejor cuidado de la mujer embarazada y los niños menores de un año? El fin de esta investigación es indagar si existieron *logros del sistema sanitario, en términos de procesos de atención materno infantil, que pudieron haber contribuido en el descenso de Mortalidad Infantil en la provincia del Chaco.*

A modo de inicio explicaremos ¿Qué es la mortalidad Infantil? La mortalidad infantil, además de ser un índice especial del nivel de la mortalidad general, es también

extensamente usada por la comunidad internacional como un indicador fiable de la salud, no solo de los niños, sino de toda la población. Es sensible a la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente, la atención perinatal, así también como uno de los más sensibles y comunes indicadores del desarrollo social y económico de una población (Breilh y Granda, 1984; Mosley y Chen, 1984; Chackiel, 1984; Bronfman, 1993; Behm, 1992) ya que la sobrevivencia infantil está íntimamente ligada a la situación económica y social, así como a ciertas características demográficas y biológicas. En otros términos,<sup>4</sup> **Muerte infantil:** se denomina así a la defunción de un niño dentro del primer año de vida (entre el nacimiento y los 364 días de vida cumplidos). La Mortalidad infantil es dividida arbitrariamente en dos componentes –Neonatal y Post-Neonatal.

Esta investigación pretende aproximar explicaciones a la cual se debe el descenso de la mortalidad infantil de la provincia del Chaco, a partir de los siguientes indicadores:

- a) **Mortalidad neonatal:** es la mortalidad infantil que ocurre en los primeros 28 días de vida (0 al 27° día cumplido). Tiene, a su vez, dos componentes:
  - **Mortalidad Neonatal Precoz:** son las muertes infantiles que ocurren en los primeros 7 días (de 0 al 6° día cumplido).
  - **Mortalidad Neonatal Tardía:** son las muertes infantiles que ocurren desde el 7° al 27° día cumplido de vida.
- b) **Mortalidad pos neonatal:** es la mortalidad infantil que sucede entre el día 28° y los 364 días de vida cumplidos.<sup>5</sup>

Como se ha anticipado, nuestra pregunta de investigación propone precisar los factores que explican, por qué la provincia del Chaco ha logrado un descenso histórico de la mortalidad infantil. De este modo, los factores que podrían explicar las diferentes situaciones de esta provincia, en materia de mortalidad Infantil, constituyen nuestras independientes:

---

<sup>4</sup> María Alejandra Fantin Instituto de Investigaciones Geohistóricas UNNE-CONICET

<sup>5</sup> Capítulo 1.1 4 • **Morbi-Mortalidad Materna y Mortalidad Infantil en la República Argentina**

***Variables independientes:***

- 1) La asignación Universal por hijo.***
- 2) La asignación Universal por embarazo.***

**Hipótesis**

La asignación por embarazo (AUE) y la asignación universal por hijos (AUH) mejoraron los procesos de cuidado de la salud de la mujer embarazada y el niño menor de un año, en el CAPS Dr. Eusebio Taboada del Barrio Belgrano de Presidencia Roque Sáenz Peña – Chaco:

- 1) La mejora en el proceso de atención de la mujer embarazada se vió reflejada, en los resultados, en términos de disminución de la tasa de nacidos de bajo peso.
- 2) La mejora en el proceso de atención del niño menor de un año reflejada, en los resultados, en término de total cobertura con una vacuna clave: la tercera dosis de Sabin.

## **Consideraciones Teorías Explicativas.**

Las herramientas teóricas para explicar el problema de investigación en cuestión, estarán basadas en las siguientes: 1) teorías de modo o dominantes. 2) teorías de la salud.

### **Teoría De Modos o Dominantes.**

El primer abordaje teórico estará basado en explicar las causas próximas y causas fundamentales entendiendo causas próximas como la inversión en (**capital físico y humano**) y las causas fundamentales en (**culturales, geográficas e institucionales**).

#### **Causas próximas.**

**Capital Humano:** la teoría de la formación de capital humano, formulada a mediados de los años cincuenta y principios de los sesenta, y cuyos principales exponentes fueron Theodore Schultz, Gary Becker y Jacob Mincer.

Los promotores y defensores de la teoría del capital humano se encuentran entre los más destacados economistas neoclásicos y, por lo tanto, favorables al libre mercado. Entre sus principales críticos, en cambio, aun cuando también cuentan con importantes economistas neoclásicos, se pueden hallar economistas y sociólogos más cerca de posiciones radicales e institucionalistas de los Estados Unidos.

**Schultz (1961)**, Premio Nobel de Economía por sus contribuciones en este campo, "si bien es obvio que las personas adquieren capacidades y conocimientos, no resulta tan obvio que esas capacidades y conocimientos son una forma de capital, que este capital es en una proporción sustancial producto de una inversión deliberada que ha crecido en las sociedades occidentales a una tasa mucho más veloz que el capital convencional, y que este crecimiento puede ser la característica más distintiva del sistema económico."

**Becker (1975)** otro premio Nobel por sus aportes en este campo- señala que en sus orígenes, en la segunda mitad de los años sesenta, su propia investigación en torno a la formación de capital humano tuvo como objetivo echar luz sobre dos cuestiones: a) por un lado, la comprobación de que, al menos en los Estados Unidos, el crecimiento

del capital físico y de la fuerza laboral no alcanzaban para explicar la totalidad del crecimiento en el ingreso y, b) por el otro, la importancia que diversos economistas otorgaban a la educación como factor de desarrollo económico. Su intención era aclarar estas cuestiones de manera exploratoria, utilizando datos de costos de la educación y de ingresos de las personas con diferentes niveles educativos. La hipótesis era que si la educación tenía un valor económico, sus tasas de rendimiento monetario serían considerables. Este propósito inicial impulsó el interés del autor por la teoría general de las inversiones en capital humano y su relación con diversos fenómenos económicos. Su trabajo mostró cómo el concepto de inversión en las personas podía ayudar a explicar ciertos patrones de comportamiento y ciertos fenómenos económicos -como la forma de los perfiles edad-retribuciones y edad-riqueza- y también que actividades diferentes, tales como la educación formal o el entrenamiento en el trabajo podían ser analizadas utilizando las mismas herramientas del análisis costo-beneficio.

Las inversiones en salud en materia de capital humano tienen que ver con la calificación y jerarquización del RRHH, incrementando su productividad y repercutiendo en la calidad y eficiencia del sistema de salud., en definitiva el capital humano significa una mejora en la calidad de los factores del trabajo que pueden contribuir al crecimiento económico por doble vía, 1- aumentando la productividad de los factores productivos y la 2- impulsando el progreso técnico y por lo tanto mejorando la eficiencia.<sup>6</sup>

**Capital Físico:** el capital físico es esencial para el crecimiento y mejora en las condiciones sanitarias y, por el otro, que el comercio ayuda a mejorar los niveles de bienestar.

La inversión en capital físico es la inversión en materia de infraestructura que lleven a mejorar las condiciones de vida de la población y ella tiene que ver con **(viviendas, cloacas, agua potable, hospitales y equipamientos biotecnológico, como así también las infraestructuras viales y eléctricas)**. El capital físico apunta de manera considerable a mejorar las condiciones o circunstancias en que nacen, crecen, trabajan y vive los seres humanos y que son nada más y nada menos que los determinantes sociales de la salud.

---

<sup>6</sup> Alejandro Morduchowwicz., discusiones de la economía de la educación ., Losada.

## Causas fundamentales.

**Culturales:** Siguiendo a Max Weber, la prosperidad y el desarrollo de una sociedad tiene que ver con las cuestiones culturales, más precisamente con lo religioso, las diferencias culturales afectan los valores, las creencias y las preferencias de las personas, estas características Weber las tomo como determinantes para el progreso económico de una sociedad.

*-----la preparación y el profesionalismo se da en mucha mayor medida en el elemento protestante que en el católico, porque los católicos demuestran una inclinación mucho más fuerte a seguir en el oficio en el que suelen alcanzar el grado de maestros mientras que los protestantes se lanzan en un número mucho mayor a la fábrica, en la que escalan los puestos superiores del proletariado ilustrado y de la burocracia industrial----Max Weber.*

Sintetizando M. Weber sostenía que el trabajo y el profesionalismo es una manera privilegiada de adquirir dinero que se presenta como un fin no como un medio, y que se da en un marco de racionalidad, ya que busca la manera más adecuada para obtener la máxima cantidad de riqueza. Los protestantes que son la mayoría de la población, han mostrado singular tendencia hacia el racionalismo económico, cuestión que no se dio y no se da entre lo católico.<sup>7</sup>

La austeridad hace que mínimamente la riqueza acumulada sea utilizada, lo que da lugar a una acumulación de capital y de riqueza<sup>8</sup>., el sustento más fuerte está en que el enriquecimiento es una señal de predestinación a la salvación eterna. (Weber 1999:36,36)

**Geográficas:** las teorías que sostienen que los países cálidos son intrínsecamente pobres son sostenidas por algunos autores como Jeffrey Sachs., más allá de las contradicciones por el reciente crecimiento económico de países como Malasia Singapur.

La versión moderna de esta teoría no se basa en que los efectos directos del clima sobre el esfuerzo a la hora de trabajar o pensar, sino se basa en dos cuestiones fundamentales., la primera es que las enfermedades que afectan a los países con climas tropicales como

---

<sup>7</sup> Max Weber, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Fondo de Cultura Económica, 2003. Pp 39-42.

<sup>8</sup> *Obras selectas Max Weber. La ética protestante y el espíritu del capitalismo el estado nacional y la política económica parlamento y gobierno en una Alemania reorganizada el socialismo. Política y ciencia. Pág. 43. edición Distal.*

la malaria, tienen consecuencias graves en la salud y la productividad en el trabajo, además el suelo tropical no permite desarrollar una agricultura productiva y rentable.

A esta postura podemos agregarle la teoría ecologista de Jared Diamond y sus hipótesis geográficas sobre la distribución de la riqueza (los del trópico son pobres por tener tierras templadas y agriculturas improductivas y las tierras templadas del norte ricas. (*Diamond., Acero Germen y Armas*) Además esta teoría sostiene que, en los países de enormes riquezas naturales y alimentos disponibles, evita el avance tecnológico sobre todo en la agricultura.

**Institucionales:** Acemoglu y Robinson, sostienen que la clave para el desarrollo y el crecimiento económico y el progreso de una sociedad tiene que ver o está ligado a las INSTITUCIONES, tanto en su tipo y diseño, principalmente como en su calidad y desempeño, estos autores más prácticos que teóricos mencionan a modo de ejemplo los dos Nogales (una en Arizona EE.UU, y la otra en Sonora México), ambas poseen características geográficas y culturales similares y están solo separadas físicamente por un alambrado., la primera mucho más rica que la segunda, tiene instituciones políticas y económicas superiores a la segunda. Estos resultados pueden ser percibidos fácilmente incluso por cualquier visitante.

Estos autores sostienen que los países o las regiones crecen económicamente a medidas que las instituciones son más inclusiva y democráticas de manera tal que la riqueza esta mejor distribuida que si lo fuera un régimen exclusivo e explotador, que establece instituciones destinadas a exprimir os ciudadanos en función de los intereses de los gobernantes y amigos. Según esta postura teórica Inglaterra inicio la revolución industrial por que el parlamento consiguió más poderes en la revolución gloriosa de 1688y el rey acepto el imperio de la ley, sin embargo en otros países como España no cambiaron son instituciones y fracasaron., en el caso de EE.UU, desarrollo una democracia y creció económicamente, en cambio los países de América Latina se estancaron por que la riqueza solo se concentraba en una elite que organizo la economía solo para sus propios intereses y no en el interés general., además de estos casos los autores mencionan otros como el caso del régimen soviético que funciono hasta los 80.

En ambientes extractivos y explotadores es difícil que surja el espíritu emprendedor, la teoría sostiene que China y su crecimiento económico se explica porque el actual régimen es más inclusivo que el de Mao, pero sigue siendo un régimen extractivo por lo que dejo de crecer al 10% por año como hasta ahora.



## Teorías de la salud

A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre se ha visto inmerso en la necesidad de observar poblaciones humanas y su comportamiento. Un espíritu observador lo llevó a hacer minuciosas descripciones de síntomas, desarrollo, evolución y pronóstico de las enfermedades que asolaban muchas veces en forma de epidemia a las poblaciones.

A finales del siglo XVIII, con el impulso que el Renacimiento le dio al conocimiento, que se comenzó a realizar una actividad sistemática para reconocer las causas de las enfermedades en las comunidades y a llevar registros de las razones por las cuales las personas se enfermaban o se morían.

En el año **1854 el médico John Snow** describe una epidemia de cólera en la ciudad de Londres, todavía faltaban 30 años para que Luis Pasteur demostrara la teoría de los gérmenes. Sin embargo, Snow observando el comportamiento de la enfermedad en la población, las características de los que enfermaban y/o morían por la enfermedad, y los caminos que seguían las rutas de la enfermedad, pudo establecer el modo de transmisión del cólera y algunas reglas generales que aún están vigentes en cuanto a la transmisión de esta enfermedad.

Snow observó que los excrementos de los enfermos de cólera se mezclaban con el agua que usaban para beber y para el consumo doméstico, ya sea atravesando el terreno que rodeaba los pozos o cisternas, o bien, corriendo por canales que desaguaban en ríos de donde, algunas veces, poblaciones enteras se abastecían de agua.

Al investigar las diferencias entre las poblaciones que enfermaban y las que no, Snow encontró que los más afectados se proveían agua de una bomba de la calle. Logró que las autoridades clausuraran la bomba y así, se pudo controlar la epidemia. De este modo, en la práctica se demostró la eficacia de las intervenciones de la Salud Pública.

## Teoría de la Contagiosidad

Las observaciones de Snow apoyaron el desarrollo de la teoría de la contagiosidad de las enfermedades. Esta demostración de que la enfermedad se propagaba mediante la existencia de una materia mórbida (hoy claramente identificado como el Vibrio Cólera), orientó el desarrollo de la Epidemiología hacia la importancia

de la **observación sistemática** de los fenómenos para comprender el desarrollo de los mismos.

Las técnicas y métodos que utiliza la Epidemiología surgieron con la búsqueda de una causa única que explicara la aparición de cada enfermedad.

**Teorías de la Miasmas:** En aquel tiempo, la ciencia médica atribuía la aparición de las enfermedades a los miasmas, que eran emanaciones de sustancias fétidas (cuerpos muertos), de la basura en descomposición, de los desechos malolientes de las casas o de las personas que no se higienizaban.

La teoría de los miasmas, que fue dominante hasta fines del siglo XIX, tuvo su mayor desarrollo en un momento en el que las consecuencias de la revolución industrial habían generado grandes bolsones de pobreza y enormes basurales en la periferia de las grandes ciudades europeas. Su planteo supuso un conjunto de propuestas que incluían, entre otras cosas, sistemas de cloacas, abastecimiento de agua, drenajes de las casas y estructuras de caminos.

### **Teoría del Germen**

Es recién en el siglo XIX, que Luis Pasteur logró demostrar que algunos procesos de las enfermedades eran debidos a la actividad de microorganismos vivos.

A partir de estas experiencias junto con las demostraciones de Koch, se confirmó la *teoría infecciosa de las enfermedades* y el saber en salud se orientó prioritariamente hacia la búsqueda del *germen que produce una enfermedad*, con importantes desarrollos en la implementación de cuidados de salud de la población, introducción del uso de antibióticos y vacunas. Tal fue el impacto de la teoría de los gérmenes, que se adjudicó la producción de las enfermedades a una única causa, dando lugar a la *teoría unicausal* de la enfermedad, que años después resultó insuficiente para explicar la aparición de las mismas.

### **Teoría de la Transición Demográfica**

Esta es una interesante teoría, que explica los cambios en el crecimiento y en la estructura poblacional, como consecuencia de los cambios en la fecundidad y en la mortalidad. Nace a partir de lo ocurrido en el s XVIII y XIX en los países hoy desarrollados, si bien resulta más una descripción de hechos observados, el interés de esta llamada teoría reside en que el comportamiento de esos cambios en los

componentes demográficos e dan con las mismas características en otros momentos y en otras poblaciones, siempre que se pase de un régimen de alta y alta mortalidad a otros de niveles más bajos en ambas variables.

La transición demográfica según su descripción original se inició en los países europeos inicialmente, como en Francia en la segunda mitad del siglo XVIII, La misma comprende tres fases., **1) pre transicional:** se caracteriza por elevada mortalidad y fecundidad, con escaso crecimiento poblacional, se mantuvo en el mundo por lo menos hasta mediado del XVIII. La población a pesar de tener una alta reproducción, aumentaba muy lentamente por la elevada mortalidad, este escaso crecimiento es explicado por las pestes, hambrunas, guerras etc. **2) Transición Incipiente:** comienza el cambio, primero siendo la mortalidad la que desciende (antes que la fecundidad), las mejoras en las condiciones de vida, incluida fundamentalmente la alimentación, es determinante en este descenso. La fecundidad, ligada más a factores culturales, tarda más en descender. En esta fase se observa un mayor crecimiento poblacional debido a que sigue siendo alto el número de nacimientos cuando ya ha comenzado a descender las defunciones, en el viejo mundo esta fase se extendió hasta mediado de 1870. **3) En transición:** esta fase se inicia con el descenso importante de la fecundidad, ahora a un ritmo mayor que el de la mortalidad y el crecimiento, si bien sigue alto, comienza a ser menor que en la etapa anterior. **4) Transición Avanzada:** en esta fase ambas variables llegan a niveles bajos, y el crecimiento poblacional, nuevamente, se hace escaso, situación que ocurrió en 1920 aproximadamente en los países europeos, esta fase queda indeterminada por las variaciones disímiles que se dan en diferentes poblaciones., así en algunos países la fecundidad ha llegado a ser igual o inferior a la mortalidad con lo cual el crecimiento es nulo.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Población, equidad y transformación productiva. Comisión económica para América latina, centro latinoamericano de demografía, Santiago de Chile: Naciones Unidas., 1995.

## **Modelo Del Campo De La Salud, Informe Lalonde 1974**

Este modelo conocido también como el informe Lalonde, surge el 1 de mayo de 1974, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional Marc Lalonde presentó el documento “A New Perspective on the Health of Canadians” en la Cámara de los Comunes. Este documento de trabajo fue creado por una unidad de política abierta establecida en 1971 dentro del Departamento de Salud y Bienestar Nacional bajo el mando de Hubert Laframboise.

Al principio, el informe atrajo una atención limitada y suscitó reacciones diversas en Canadá, pero su impacto internacional fue inmediato, gracias a su enfoque equilibrado para analizar problemas críticos de salud y llegar a sus causas primordiales.

El informe describió el concepto de “**campo de salud**”, una herramienta analítica en la cual la **biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida** se consideraban significativos tanto para la salud como para el sistema de atención de la misma. Estados Unidos, Gran Bretaña y Suecia usaron la herramienta de “campo de salud” para evaluar sus sistemas de salud y desarrollar metodologías más amplias de promoción de la salud.

Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.

En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud.

En 1991, Castellanos, establece como se produce la interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida, que serían “los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado”. Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación.

Lalonde, mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud

pública. Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medio ambiente y al estilo de vida. Posteriormente la mayor importancia recayó en el sistema de asistencia sanitaria, sin embargo, hoy sabemos que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad.

Aunque esta conceptualización de salud en cuatro divisiones primarias (**estilo de vida, medio ambiente, biología humana y sistema de organización de atención de salud**), fue inicialmente propuesto como un modelo (**enfermedad- causa**) se popularizó al ser aplicado a la política sanitaria en Canadá.

**Estilo de Vida:** El estilo de vida o, más precisamente, los riesgos autogenerados, pueden dividirse en tres elementos: **1-** riesgo inherente al ocio. **2-** a los modelos de consumo. **3-** Ocupacionales. La división del modelo epidemiológico incluye el agregado de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se tiene mayor o menor control. Las decisiones incorrectas dan como resultado modos de vidas destructivos que contribuyen a un nivel mayor de enfermedad o de muerte prematura.

**Medio Ambiente:** El medio ambiente en el modelo epidemiológico se define como los hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control., estos elementos se pueden dividir a su vez en dimensiones **Físicas, Sociales y Psicológicas.**

**Biología Humana:** Este elemento cuyo objetivo principal es el cuerpo humano, se concentra muy específicamente en la biología básica del ser humano y su constitución como individuo. Es así como la herencia genética de un individuo puede determinar desórdenes genéticos, malformaciones congénitas y atraso mental. El proceso de maduración y envejecimiento es un factor determinante de la artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer. Los desórdenes evidentes del sistema óseo, muscular, cardiovascular, endocrino y digestivo, son subcomponentes de los complejos sistemas internos.

**Sistema Organizativo de Atención Médica:** Este puede ser subdividido en tres elementos: Curativo, Restaurador y reparativo. El sistema en sí mismo consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención médica. Sus elementos restauradores incluyen el hospital, hogares y servicio de ambulancias en tanto, en tanto que los elementos curativos comprenden los medicamentos, tratamiento odontológico y los profesionales de la salud. No obstante, es preferible que, en lugar de concentrarnos en las fallas del sistema organizativo de la atención médica, resulta más

ventajoso promover los puntos positivos de las otras tres divisiones: Estilo de Vida, Medio Ambiente y Biología Humana. (grafico 1: campos de salud).



Gráfico 1: Campos de la Salud

Según Lalonde, este modelo epidemiológico ofrece muchas ventajas para el análisis de la política sanitaria, el mismo cita las siguientes:

1. Eleva el estilo de vida.
2. Es global. Los orígenes de los problemas de salud pueden ser encontrados en una de las cuatro divisiones.
3. Permite un sistema de análisis por el cual una enfermedad o patrón de enfermedad pueden ser examinados a la luz de las cuatro divisiones para determinar la relativa significancia e interacción de las mismas.
4. Permite nuevas subdivisiones de los cuatro factores principales: por ejemplo el medio ambiente se subdivide en factores físicos, sociales y psicológicos.
5. Ofrece una perspectiva de la salud que permite el reconocimiento y exploración de campos que anteriormente no era tenido en cuenta.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> G. E. Alan Dever 1991. Epidemiología y administración de sistema de salud. Organización panamericana de la salud. Organización mundial de la salud.

## CAPITULO IV

### EPIDEMIOLOGIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EL ROL DEL ESTADO EN LAS POLITICAS DE SALUD EN ARGENTINA

Las mortalidades infantil y materna son el reflejo de una multiplicidad de causas: condiciones ambientales y socioeconómicas, calidad de atención sanitaria y proceso reproductivo, que son indicadores del desarrollo social de una nación.

Las muertes de los niños menores de un año de edad y de las mujeres, en particular en los grupos más vulnerables, son dos de los problemas sociales y de salud pública más importantes de la Argentina. Por ejemplo, las muertes de niños menores de 1 año de edad representan el 24,5% de los años de vida potenciales perdidos de la Argentina, con grandes variaciones interprovinciales.

Las tasas de mortalidad materna e infantil han descendido desde 1980. Sin embargo, a partir de 1994, la mortalidad materna se estabilizó en torno a 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. En 2008, hubo 296 defunciones maternas y 9.341 defunciones en menores de 1 año de edad, con una razón de mortalidad materna de 4 % y una tasa de mortalidad infantil de 12,5 %.

Cuando la tasa de mortalidad infantil es menor a 20 % de nacidos vivos, como en la Argentina, predomina la mortalidad neonatal. Ello se debe fundamentalmente a que las causas más importantes de mortalidad neonatal (**bajo y muy bajo peso al nacer, prematuridad y malformaciones congénitas corregibles**) requieren tecnologías curativas complejas en la mayoría de los casos. Son limitadas las posibilidades de prevención de estas condiciones (reducción del bajo y muy bajo peso al nacer o malformaciones congénitas), aun con acciones preventivas de alta cobertura y calidad.

En 2008, dos tercios de las muertes infantiles fueron neonatales, en las cuales predominaron las muertes neonatales precoces. La composición de la mortalidad neonatal demuestra que las causas más importantes son el nacimiento de bajo peso (< 2.500 grs) y muy bajo peso (< 1.500 grs), que en la mayoría de los casos corresponden a nacimientos prematuros (menor a 37 semanas de gestación). Los nacimientos de bajo peso corresponden al 7% de los nacidos vivos y los de muy bajo peso al 1 %, con frecuencias muy estables en el tiempo y escasa diferencia entre las provincias a pesar de los distintos grados de desarrollo económico-social entre las mismas. A pesar de su baja

frecuencia, dichos nacimientos representan una proporción muy alta de las muertes infantiles.

**En la actualidad, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo y una atención adecuada del parto, más un diagnóstico y un tratamiento precoz.**

Más del 99% de los partos son institucionales, lo que significa que el mayor problema es la baja sobrevivencia en las neonatologías de los neonatos con **bajo y muy bajo peso al nacer**.

La segunda causa de muerte infantil lo constituyen las malformaciones congénitas. De ellas, entre 50 y 60 % corresponde a las cardiopatías congénitas. Se estima que, en nuestro país, del total de nacimientos anuales, 6.100 presentan cardiopatías congénitas y 4.300 requieren intervención quirúrgica.

En la mortalidad infantil por causas reducibles, las infecciones respiratorias ocupan el tercer lugar, luego de las causas perinatales y las malformaciones congénitas. Cerca de 900 niños menores de 1 año fallecen anualmente por esta causa. Los menores de 4 meses concentran la mayor mortalidad, preferentemente durante los meses de invierno, cuando el sistema sanitario no logra responder ante el aumento de la demanda. Esto se observa cuando el pico estacional es más elevado y el déficit de recursos es pronunciado.<sup>11</sup>

La mortalidad domiciliaria ocurre con mayor frecuencia en el grupo post-neonatal, llegando al 20 % en el área metropolitana. Intervienen varios factores, entre los cuales, la falta de visibilidad de los factores de riesgo por parte del equipo de salud, la falta de alarma de la gravedad del cuadro por parte de la población y las dificultades en el acceso a los servicios de salud son los más frecuentes.

También la muerte súbita del lactante ocurre en el domicilio. Es necesario trabajar en la calidad de los registros de las causas de defunción y en la promoción de conductas saludables a fin de disminuir el riesgo.<sup>12</sup>

El Ministerio de Salud de la Nación desarrolla desde hace años numerosas acciones y programas verticales en la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y en los Programas de Salud Integral de la Adolescencia, Salud Sexual y Procreación Responsable y Prevención del Cáncer Cérvico Uterino, así como también en el Plan

---

<sup>11</sup> PLAN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL, DE LAS MUJERES Y DE LAS ADOLESCENTE.

<sup>12</sup> [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)



Nacer, para reducir la mortalidad infantil y materna y el gran número de muertes por abortos inseguros y la mortalidad de la mujer, especialmente por cáncer cérvico-uterino. En el COFESA, en noviembre de 2008, se acordó un Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009–2011, con políticas sustantivas a las que adhirió el conjunto de las provincias. El Plan fue lanzado oficialmente el 28 de mayo de 2009.

**El Plan contempla:**

- La creación de la Unidad Ejecutora Central (UEC).
- La creación y/o el fortalecimiento de la Unidad Ejecutora Provincial (UEP).
- El desarrollo de Mecanismos de información y Herramientas de nominalización (SIP/ Indicadores del Plan Nacer) e implementación del SITAM (Sistema de Información para el Tamizaje).
- Financiamiento por Plan Nacer.

**Plan Para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes.**

**Políticas: Primer Nivel de Atención.**

- Promoción, prevención y participación: lactancia materna, alimentación adecuada para el desarrollo infantil, ambiente saludable e inmunizaciones.
- Captación temprana de la embarazada y control prenatal de calidad y pediátrico.
- Optimización de los RRHH con designación de enfermero/as y obstétrico/as.
- Mejoramiento del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos.
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Estrategia de internación abreviada para enfermedades respiratorias.
- Capacitación en consejería integral para la salud sexual y reproductiva.
- Fortalecimiento de las estrategias de búsqueda activa para garantizar el acceso al Papanicolaou.

### **Políticas: para el Segundo y Tercer Nivel.**

- Maternidades seguras con consultorio de alta conjunta.
- Consultorio de alto riesgo.
- Centros de lactancia materna.
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Consejerías obligatorias en Salud Sexual y Procreación Responsable post evento obstétrico.
- Cumplimiento y monitoreo de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.
- Regionalización de redes perinatales.
- Referencia y Contra referencia.
- Fortalecimiento de laboratorios.
- Cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- Garantizar las prácticas médicas relacionadas con Salud Sexual y Procreación Responsable establecidas por la ley: anticoncepción quirúrgica y abortos no punibles.
- Mejoramiento de los sistemas de referencia y contra referencia para el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesión precancerosa y cáncer.
- Laboratorios de citología con controles de calidad internos y externos.

### **Mejoramiento En Las Condiciones De Atención De Adolescentes.**

#### **El Plan contiene:**

- Capacitación del recurso humano en Obstetricia Crítica.
- Fortalecimiento de los Servicios de Ginecología y Patología Cervical.
- Fortalecimiento de la red de laboratorios de citología.
- Desarrollo de un sistema de información para el tamizaje (SITAM).
- Estrategias para la optimización del tamizaje oportuno.

## **Políticas de Salud Para la Protección Social.**

La Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH), sancionada a través del Decreto Presidencial N° 1602/2009, entró en vigencia a partir de noviembre de 2009. Con su creación, el Poder Ejecutivo extendió el beneficio del régimen contributivo de asignaciones familiares hacia todos los menores cuyos padres o tutores se encuentren desocupados, sean monotributistas sociales o se desempeñen en la economía informal o en el servicio doméstico, siempre que perciban remuneraciones inferiores al Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM). Se trata así de un subsistema no contributivo cuyos beneficiarios son aquellos niños, niñas y adolescentes menores de 18 años residentes en el país, o discapacitados sin límite de edad, que sean argentinos nativos, naturalizados o con residencia legal en el país mínima de tres años, y que no perciban otra asignación familiar.

Los objetivos de la AUH para protección social son proteger a la familia en condiciones de vulnerabilidad social y lograr la escolarización, el control de la salud, la vacunación y la documentación de los menores. Asimismo, al reconocer estas situaciones de exclusión del mercado laboral, la medida contribuye a mejorar la distribución del ingreso y a reducir los índices de indigencia y pobreza a nivel nacional.

Adicionalmente, el régimen de asignaciones familiares fue ampliado con la creación de la Asignación por Embarazo (AUE) a través del Decreto Presidencial N°446, consiste en el cobro de una suma de dinero mensual no remunerativa que perciben las mujeres embarazadas desde la semana doce de gestación hasta el nacimiento o la interrupción del embarazo, que no cuentan con cobertura social y que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Como requisito, una vez confirmado el embarazo la mujer, debe inscribirse en el Plan SUMAR en el centro de salud u hospital más cercano a su domicilio y realizar los controles que ese Plan establece (controles del embarazo, examen odontológico, análisis de sangre y orina, estudios serológicos, vacunas, ecografías y talleres informativos sobre embarazo, parto, lactancia, etc.).

En el cuadro que se presenta a continuación se presentan algunas estadísticas sanitarias y sociodemográficas de las 24 provincias, referidas a salud materno-infantil y adolescente, para ver cómo se posiciona Chaco en relación a las provincias del NEA y al total país. Chaco presenta una situación similar a la nacional y mejor que Corrientes (10,8) y Formosa (11,7) en el indicador de mortalidad neonatal (7,5 cada 1000 nacidos vivos). Mientras que en mortalidad materna la tasa es superior a la nacional (13,3 vs

11,1 cada 10.000 nacidos vivos) pero inferior que Corrientes (14,4) y Formosa (17,3). En el caso de la mortalidad infantil, la tasa de Chaco prácticamente duplica a la nacional y a Misiones (6,8 vs 3,5 cada 1000 nacidos vivos), es similar a Corrientes (6,6) y muy inferior a Formosa (15,0). En cuanto a la población sin cobertura de salud y a los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), **Chaco junto a las provincias del NEA presenta los porcentajes más altos (58% y 18,2% vs 36,1% y 9,1%, respectivamente)**. Una situación también desventajosa se observa en cuanto a la tasa de embarazo adolescente, la cual asciende al 24,8% en Chaco (siendo la más alta del país y aún superior a Formosa) vs 15,5% a nivel nacional. *(Elaboración propia en base a DEIS, Ministerio de Salud de la Nación)*

La AUH/AUE se incluye dentro de los Programas de Transferencia Monetaria Condicionada (PTMCs), que emplean la asistencia material como incentivo para que las familias sin un ingreso fijo utilicen la oferta pública de servicios, estableciendo la obligatoriedad de asistir a determinados servicios en los ámbitos de la educación y la salud. El éxito de los primeros PTMCs fue un impulso alentador para que la experiencia se expandiera y replicara rápidamente en varios países de América Latina. Estos programas constituyen hoy una herramienta de protección social que ha presentado resultados alentadores en la mayoría de los países analizados. Si bien estos programas son conceptualmente similares, la aplicación práctica de los mismos es muy diferente en cada país, y los resultados en salud y procesos de salud son variables, aunque, en términos generales, los PTMCs parecen incrementar la utilización de servicios de salud.<sup>13</sup>

**Plan Sumar:** Este surge partir del 2005 conocido como el plan NACER, hasta que en el 2010 se llamó plan SUMAR, ampliando su cobertura a mujeres de hasta 64 años, implementado por el ministerio de salud de la nación, el mismo consiste en un seguro que garantice un paquete básico de prestaciones a la población objetivo, el cual tiene como propósito construir mejores condiciones de accesibilidad

---

<sup>13</sup>ELIANA OVIEDO Y MARCELO CASTELÁN y otros. *serie análisis de políticas públicas de transferencias. documento de trabajo n° 1 -de diciembre 2014*

## CAPITULO V.

### CARACTERISTICAS GEOPOLITICAS Y EPIDEMIOLOGICA DE LA PROVINCIA DEL CHACO

Actualmente la provincia del Chaco comprende una superficie territorial de 99.633km<sup>2</sup> y se localiza en la región Nordeste de la Argentina. Limita con la provincia de Formosa, Corrientes, Santa Fe, Santiago Del Estero y Salta., su población total entre el 2006 y 2012 paso de 1.033.865 a 1090.451 habitantes, lo cual implica un incremento del 5.47% según anuario publicados por la dirección de estadísticas sanitarias.

Chaco tiene la población con menor cobertura de obra social, prepaga y/o plan estatal. Según el censo de 2010 casi un 58% de la población no tiene cobertura médica. Se puede observar que las provincias del NEA, se encuentran en las peores ubicaciones del país.

También se puede determinar una importante relación entre las madres que se atendieron al momento del parto en establecimientos de salud oficiales, ya que las mismas fueron casi el 68% del total de los nacimientos, con la cobertura médica ya que en la provincia existe un 58% de personas sin cobertura médica, es decir existe una importante relación entre las mujeres que no tienen cobertura y las que se atendieron a la hora del parto en establecimientos de salud oficiales.

Políticamente se conforma de 69 municipalidades, siendo estas de Primera, segunda y tercera categoría, según su cantidad de habitantes, su territorio se divide en 25 departamentos: Almirante Brown, Bermejo, comandante Fernández, Chacabuco, 12 de Octubre, 2 de abril, Fray J Sta. María de Oro, General Belgrano, General Donovan, General Güemes, independencia, Gral. San Martin, Independencia, Maipú, Mayor Luis J. Fontana, 9 de julio, O'Higgins, Presidencia De La Plaza, Primero de Mayo, Quitilipi, San Fernando, San Lorenzo, Sargento Cabral, Tepanaga, 25 De Mayo. (*Figura I*)

Los departamentos San Fernando, Almirante Brown, el Gral. Güemes y el San Martin son los de mayor extensión geográfica y con una población importantes de pueblos originarios.

El departamento de mayor concentración de habitantes (38-39%) es el san Fernando, seguido por el Comandante Fernández (Roque Sáenz Peña Chaco) representando el 9% y el Gral. Güemes 7% (Impenetrable), la población de estos tres

departamentos es de 390.874,96.944 y 67.601 habitantes respectivamente. (*Censo poblacional. 2010*).

Entre el 2006 y 2012 la población total paso de 1.033.865 a 1.090.451., los menores de un año aumentaron en un 5.67%, pasando de 19.261 a 20.353. (*Cuadro N° I*)

Los anuarios de estadísticas sanitarias del CHACO 2001, sostienen que la provincia presentaba tasas de 23,5 defunciones cada 1000 nacidos vivos, 16,4 defunciones neonatales y 7,2 defunciones pos- neonatales cada 1000 nacidos vivos. Durante los años siguientes exhibieron una tendencia decreciente alcanzando los valores más bajos en el 2011 que fueron de 11,1, 6,2 y 4,9 respectivamente. (*Cuadro n°II*)

Con respecto a uno de los índices más importante y predictivo de la mortalidad infantil, se ha demostrado que al menos de la mitad del total de las muertes perinatales ocurren en RN de bajo peso<sup>14</sup>. Los neonatos inferiores a 1.500 g, en 2001 determinaron alrededor del 43% de la mortalidad infantil neonatal y cerca del 30 % de la mortalidad infantil mientras que en el 2.008 represento un 35% de la mortalidad y un 54.4% de la mortalidad neonatal. (*Anuarios publicados por la dirección de estadísticas sanitarias. 2008, 2001*)

*Cuadro n° I: Evolución poblacional del Chaco 2003 -2012.*

Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Pob. Total</b>	1.016.209	1.024.934	1.033.865	1.042.881	1.052.185	1.061.638	1.071.141	1.080.729	1.090.451

**Fuente:** Indec.

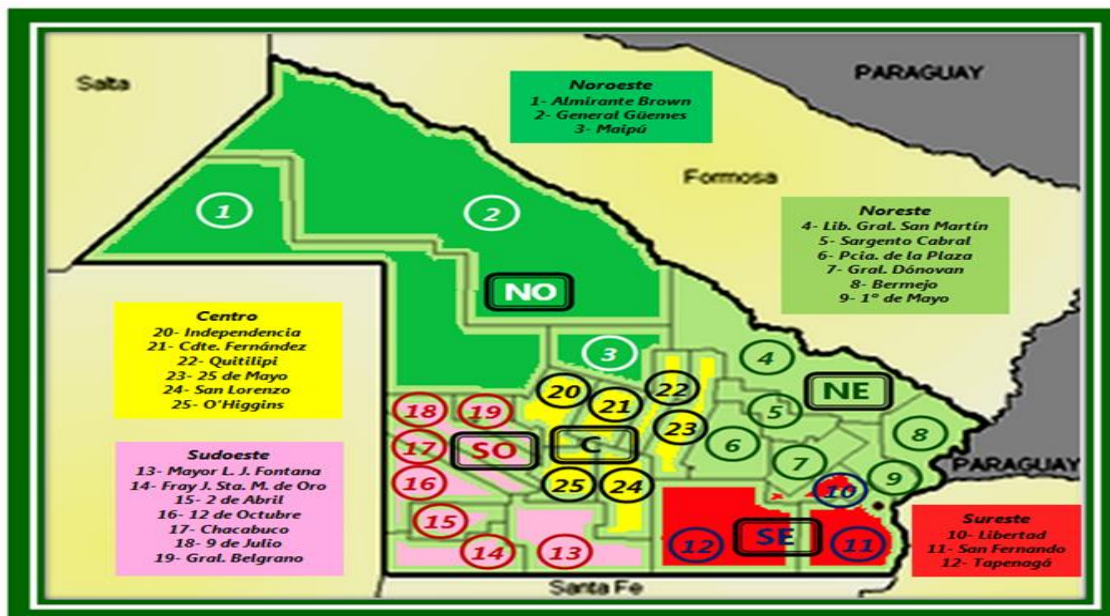
<sup>14</sup> ELIANA OVIEDO Y MARCELO CASTELÁN y otros. serie análisis de políticas públicas de transferencias. documento de trabajo n° 2 .diciembre 2014

Cuadro n°II: Tasas Vitales (2001-2012).

	Tasa bruta de Natalidad	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal	Tasa de Mortalidad Pos-Neonatal
2001	22,2	23,5	16,4	7,2
2002	24,8	26,6	17,7	8,9
2003	21,3	27,3	18,1	9,2
2004	25,1	21,0	14,0	7,0
2005	22,5	19,7	13,5	6,2
2006	19,5	18,3	12,2	6,2
2007	18,3	20,9	13,3	7,6
2008	20,7	17,7	11,5	6,3
2009	20,3	17,6	10,8	6,9
2010	21,1	14,4	8,3	6,1
2011	22,5	11,1	6,2	4,9
2012	20,1	12,7	7,2	5,5

Fuente: Anuarios publicados por la dirección de estadísticas sanitarias.

Figura I: Departamentos territoriales de la Provincia del Chaco

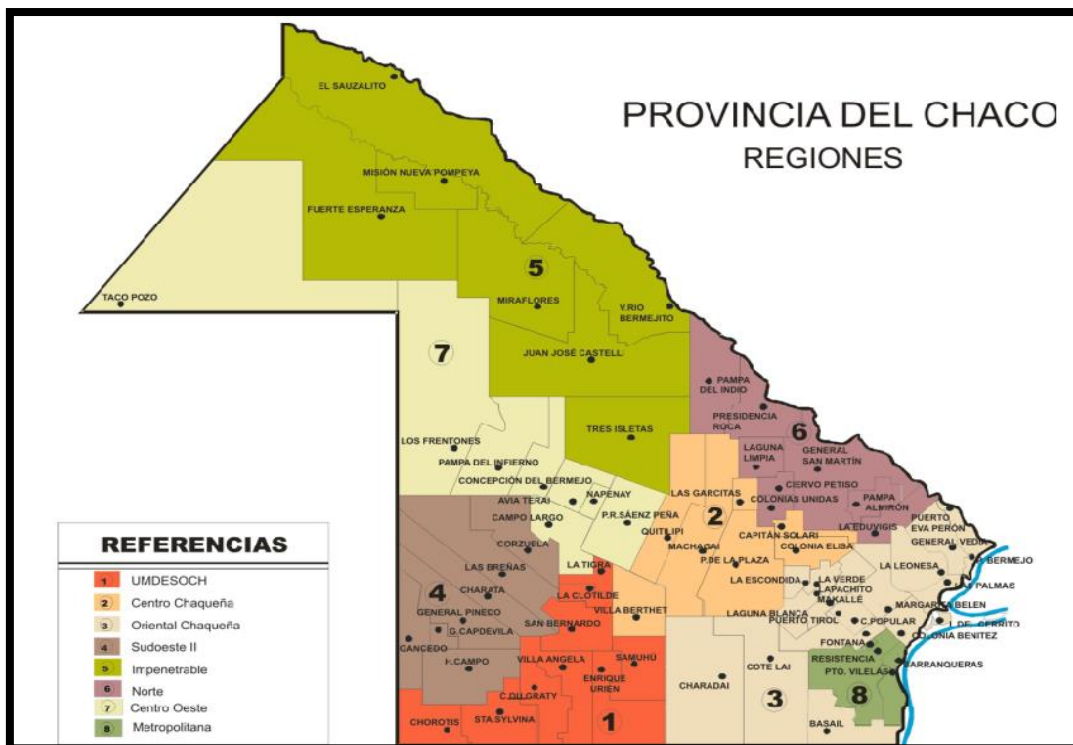


Fuente: [www.Chaco.gov.ar](http://www.Chaco.gov.ar).

## Sistema Sanitario de la Provincia del Chaco

**Organización Territorial:** La descripción y organización están creadas en virtud del decreto 315/10 y el 722/10, por lo cual la provincia del Chaco se organiza desde el punto de vista sanitario básicamente en 8 (ocho) regiones sanitarias (*Figura II*), estructuradas sobre la base de las regiones y las unidades de desarrollo territorial (UDT), consideradas como un espacio geográfico definidos para la ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de gobierno. Las regiones sanitarias están conformadas por una o más sub-regiones sanitarias, cuyas delimitaciones respetara los criterios de las unidades de desarrollo territorial, que dependen técnica y administrativamente de la región sanitaria (*Figura III*).

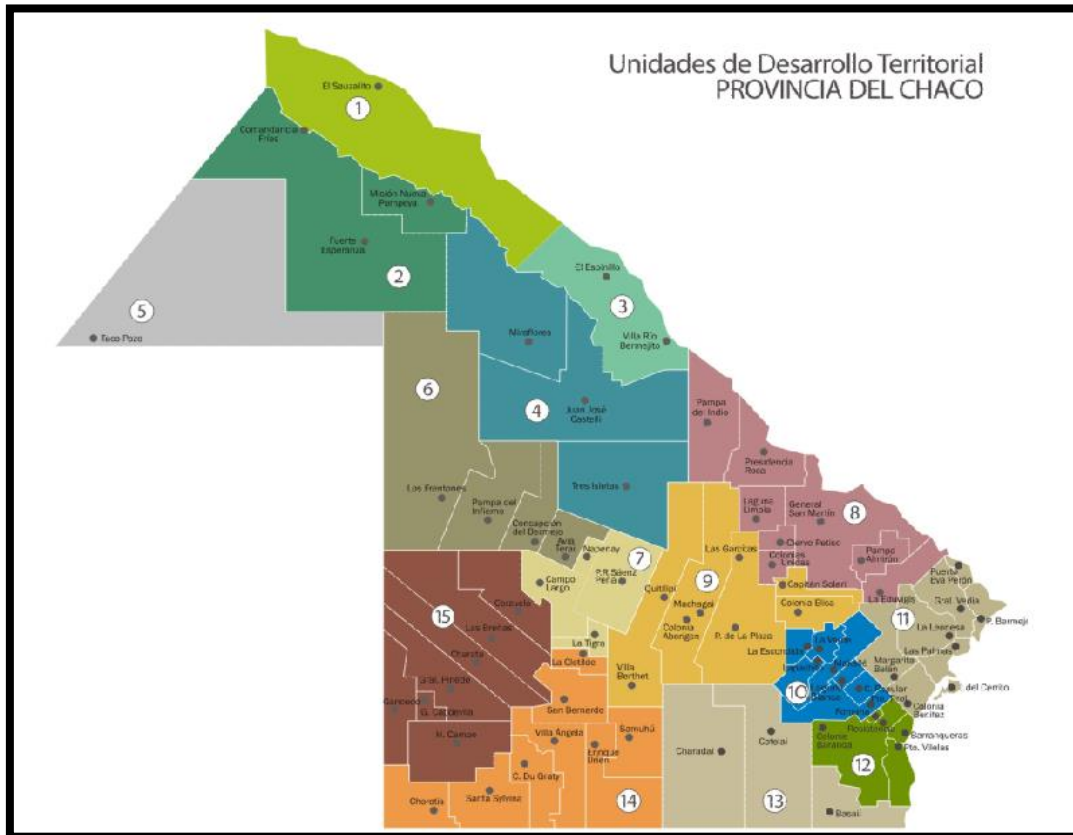
**Figura II. Regiones Sanitarias. Ministerio de salud provincia del Chaco.**



**Fuente:** Decreto 315/10. M.S.P Provincia del Chaco.



**Figura n° III. Unidades De Desarrollo Territorial. Ministerio de la provincia del Chaco.**



**Fuente:** Decreto 315/10. M.S.P. De la Provincia del Chaco.

Seguidamente se ilustraremos en una tabla, Las regiones sanitarias. Denominación, UDT que la integran y su localización.

## Regiones y denominaciones.

REGION SANITARIA	DENOMINACION	UDTs QUE LA INTEGRAN	LOCALIZACION
1	UMDESOCH	14	Villa Ángela, Samuhú, Enrique Urien, San Bernardo, La Clotilde, La Tigra, Coronel Du Graty, Chorotis, Santa Sylvina
2	CENTRO CHAQUEÑA	9	Las Garcitas, Presidencia de la Plaza, Villa Berthet, Quitilipi, Machagai, Colonia Elisa, Capitán Solari, El Palmar, Col. Aborigen
3	ORIENTAL CHAQUEÑA	10	La Verde, La Escondida, Lapachito, Makallé, Laguna Blanca, Colonia Popular, Puerto Tirol
		11	General Vedia, La Leonesa, Puerto Eva Perón, Puerto Bermejo, Las Palmas, Margarita Belén, Isla del Cerrito, Colonia Benítez
		13	Basail, Cote Lai, Charadai
4	SUDOESTE II	15	Las Breñas, Charata, General Pinedo, Hermoso Campo, General Capdevila, Corzuela, Gancedo
5	IMPENETRABLE	1	El Sauzalito, El Sauzal
		2	Fuerte Esperanza, Nueva Pompeya, Comandancia Frias
		3	Villa Río Bermejito, El Espinillo
		4	Miraflores, Castelli, Tres Isletas
6	NORTE	8	Pampa del Indio, Presidencia Roca, Pampa Almirón, La Eduvigis, Laguna Limpia, General San Martín, Ciervo Petiso, Colonias Unidas, Selvas del Río de Oro
7	CENTRO OESTE	5	Taco Pozo
		6	Los Frentones, Avia Terai, Concepción del Bermejo, Pampa del Infierno
		7	Campo Largo, Napenay, Presidencia Roque Sáenz Peña
8	METROPOLITANA	12	Resistencia, Barranqueras, Fontana, Puerto Vilelas, Colonia Baranda

Fuente: Decreto 315/10. M.S.P De la Provincia Chaco.

## Organización De Los Establecimientos Sanitarios De La Provincia Del Chaco.

Los establecimientos sanitarios polivalentes, se definen según el nivel de atención, de complejidad, y tipo de atención, establecidos en el decreto 315/10

Nivel de Atención	Nivel de Complejidad	Establecimiento	Tipo de Atención	
			Solo Ambulatoria	Ambulatoria e Internación
I	I	Ctro. Sal Nivel I	SI	
	II	Ctro. Sal Nivel II	SI	
	III	Ctro. Sal Nivel III	SI	
	IV	Ctro. Sal Nivel IV (de Referencia)	SI	
	III	Hospital Generalista		SI
II	IV	Hospital de Área		SI
	IV	Hospital Regional		SI
III	VI	Hospital Interregional		SI
	VI	Hospital Provincial		SI
	VIII	Hospital Provincial		SI

**Fuente:** Decreto 315/10 M.S.P. De La Provincia Del Chaco

### Descripción de los Establecimientos Sanitarios.

#### Establecimientos del Primer Nivel de Atención:

- Centro de Salud, Nivel de Complejidad I:** Unidad da atención ubicada en áreas y parajes rurales o en áreas periurbanas. Presta servicios de salud en forma ambulatoria. Estando a cargo un agente sanitario o promotor de salud, seleccionado por la comunidad, con escolaridad secundaria completa y con curso de capacitación básica. El mismo se halla bajo un sistema de supervisión profesional y capacitación continua. Cuenta con atención de un médico general, el cual concurre en forma periódica programada.

- **Centro de Salud, Nivel de Complejidad II:** Unidad de atención ubicada en zonas urbanas y suburbanas que presta servicios de salud en forma ambulatoria, contando con atención de médico general y odontológico en forma diaria o periódica.
- **Centro de Salud, Nivel de Complejidad III:** Unidad de atención ubicada en zonas urbanas y suburbanas que presta servicios de salud en forma ambulatoria, contando con atención de médico general o de clínica médica, pediátrica, gineco-obstétrica y odontológica, con posibilidades de brindar asistencia de servicio social y salud mental.
- **Centro de Salud, Nivel de Complejidad IV:** Unidad de atención ubicada en zonas urbanas y suburbanas que presta servicios de salud en forma ambulatoria, contando en forma diaria con atención médica general o de clínica médica, pediátrica, gineco-obstétrica, odontológica, salud mental y servicio social. dispone de servicios de radiología, laboratorio y ecografía. Cuenta con servicio de emergencias con guardia MÉDICA activa las 24 horas.

#### **Establecimientos del Segundo Nivel de Atención:**

- **Hospital, Nivel de Complejidad IV:** Unidad de atención de la salud que se constituye en establecimiento de referencia de los establecimientos sanitarios ubicados en la región sanitaria correspondiente. Cuenta con atención médica y odontológica permanente.  
 Presta servicios de atención médica en las especialidades médicas básicas, odontológica, consultorio externo e internación. Cuenta con atención de guardia y servicio de emergencia durante las 24 horas. Dispone de servicios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes.  
 Posee profesionales médicos de las siguientes especialidades: Clínica médica, pediatría, ginecología, salud mental, cirugía general, traumatología y anestesiología.

### **Establecimientos del Tercer Nivel de Atención:**

- **Hospital, Nivel de Complejidad VI “4 de Junio Dr. Ramón Carrillo”:** Unidad de atención de salud que se constituye en el establecimiento de referencia secundaria de los establecimientos sanitarios ubicados en la región sanitaria correspondiente y de referencia terciaria de esa misma región y de otras, cuando la complejidad de la patología que padece una persona así lo requiere.

Presta servicios de atención médica y odontológica, diferenciada en especialidades y sub-especialidades mediante visita, consultorio externo e internación. Cuanta con atención de guardia y servicio de emergencias durante las 24 horas.

Dispone de servicios de diagnóstico y tratamiento complejos y adecuadamente equipados con recursos materiales y humanos capacitados.

- **Hospital Especializado, Nivel de Complejidad VI “Hospital Pediátrico Dr. Avelino Castelán”:** Unidad de atención de salud que presta servicios en la especialidad de pediatría y se constituye en el establecimiento de referencia terciaria para la provincia y de referencia secundaria para los establecimientos sanitarios ubicados en la Región Sanitaria donde se localiza y de otras, cuando la complejidad de la patología que padece una persona así lo requiere. Presenta un alto grado de complejidad, dándole autosuficiencia casi completa con respecto a las actividades finales e intermedias.

Presta atención médica y odontológica pediátrica, en especialidades y subespecialidades mediante visita, consultorio externo e internación. Cuenta con atención permanente en guardia y servicio de emergencias durante las 24 horas. Dispone de servicios de diagnóstico y tratamiento complejos y adecuadamente equipados con recursos materias y humanos capacitados.

- **Hospital, Nivel de Complejidad VIII “Dr. Julio C. Perrando”:** Unidad de atención de salud que se constituye en el establecimiento de referencia terciaria para la Provincia y de referencia secundaria para los establecimientos sanitarios ubicados en la Región Sanitaria donde se localiza y de otras, cuando la complejidad de la patología que padece una persona así lo requiere. Presenta un

alto grado de complejidad, dándole autosuficiencia casi completa con respecto a las actividades finales e intermedias.

Presta servicios de atención médica y odontológica, diferenciada en especialidades y subespecialidades mediante visita, consultorio externo e internación. Cuenta con atención de guardia y servicio de emergencias durante las 24 horas.

Dispone de servicios de diagnóstico y tratamientos complejos y adecuadamente equipados con recursos materiales y humanos capacitados.

La red de establecimiento sanitarios públicos de la provincia del Chaco, según lo indica el Decreto n° **315/10**, está compuesta por **51** hospitales y **375** centros de salud

REGION SANITARIA	caps nivel I	caps nivel II	caps nivel III	caps nivel IV	Hospital Nivel III	Hospital Nivel IV	Hospital Nivel VI	Hospital Nivel VIII	TOTAL
1- UMDESOCH	10	8			3	1			22
2 - CENTRO CHAQUEÑA	32	3			5	2			42
3 - ORIENTAL CHAQUEÑA	35	7	1		11				54
4 - SUDOESTE	27	11			3	2			43
5 - IMPENETRABLE	116	4	2		8	1			131
6 - NORTE	26	9			4	1			40
7 - CENTRO OESTE	25	8	7		6		1		47
8 - METROPOLITANA	2	5	33	4	1		1	1	47
<b>TOTAL</b>	273	55	43	4	41	7	2	1	426

Fuente: *Decreto 315/10 M.S.P Del Chaco.*

**Las Áreas Programáticas:** Estas son territorios geo-demográficos, donde se desarrollan, de manera integrada, bajo la responsabilidad del director del establecimiento sanitario de cabecera, quien cumple las funciones de jefe de Área, todas las acciones de salud, teniendo la facultad de decidir sobre aspectos tácticos en terreno a

los fines de implementar las medidas pertinentes y conducentes a extender la cobertura de atención de los servicios básicos (preventivos y curativos) y vigilar localmente la morbilidad para la fluida derivación de las personas que requieren atención en otro nivel

#### **Hospital 4 de junio de presidencia roque Sáenz peña**

Es un Hospital de complejidad VI, Se encuentra localizado en la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, la segunda ciudad del Chaco en cuanto a su importancia y población, situado específica y geográficamente en la intersección de las rutas Nacionales 16 (corredor bioceánico) y la ruta 95, dicha institución sanitaria tiene 63 años de existencia y es un hospital de referencia que atiende la demanda del 60% de la población Chaqueña y a su vez recepciona pacientes de provincias limítrofes, como Santiago Del Estero, Formosa, Salta, y Norte de Santa Fe.

**Definición:** Según el decreto **315/10**, es una unidad de atención de salud que se constituye en el establecimiento de referencia secundaria de los establecimientos sanitarios ubicados en la región sanitaria correspondiente y de referencias terciarias de esa misma región y de otras, cuando la complejidad de la patología que padece una persona así lo requiera.

Presta servicios de atención médica y odontológica, diferenciada en especialistas y subespecialidades mediante visita, consultorio externo e internación. Cuenta con atención de guardia y servicio de emergencias durante las 24 horas.

Dispone de servicios de diagnóstico y tratamiento complejo y adecuadamente equipado con recursos materiales y humanos capacitados, realiza **Actividades Finales** (programadas para su nivel de atención), **Actividades Intermedias** (Programada para su nivel de complejidad), **Actividades Generales** (Programadas para su nivel de Complejidad).

#### **Estructura Organizativa.**

**Dirección.** De la dirección dependen:

1. Concejo Técnico Asesor.
2. Comités.
3. Tres Codirecciones (Codirección De Atención Médica, Codirección de Servicios Técnicos, Codirección Área Administración y Servicios Generales).

## **Normas Generales de Funcionamiento**

- El Ministerio de Salud Pública establecerá por resolución las normas generales de funcionamientos teniendo en cuenta las actividades finales, intermedias y generales que este establecimiento realiza.
- El Ministerio de Salud Pública establecerá por resolución las normas y procedimientos de supervisión y evaluación que este establecimiento.

**Dependencias y Relación con otros Niveles:** Dependencia funcional de la Subsecretaría de Salud Pública a la que deberá mantener informada según normas establecidas y del que recibirá supervisión periódica.

### **CAPS DR. Eusebio Taboada.**

Está situado en la Ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, realiza la cobertura de tres barrios (Belgrano, La Madrid, Loma Linda) además recepciona paciente de áreas rurales y de otros barrios de manera transitoria y poco frecuente, su área de cobertura está delimitada de Norte a Sur por la vía del ferrocarril y la ruta nacional 16 y de este a oeste por la ruta nacional 95 y el acceso principal a la ciudad conocida como la calle 12 prolongación Sur.

El CAPS, Dr. Eusebio Taboada es de complejidad II, Área Programática 29 y UDT n° 6, según lo establece el decreto 315/10.

**Centro de salud de complejidad II:** Unidad de atención ubicada en zona urbana y suburbana que presta servicio de salud en forma ambulatoria, contando con atención de médico general y odontológica en forma ambulatoria, contando con atención de médico general y odontológica en forma diaria o periódica. Cuando esta unidad de atención sea el único efector de salud en localidades de baja densidad de población, deberá garantizar la atención de las personas durante las 24 hs. El mismo cuenta con actividades finales, Intermedias y generales.

### **Estructura Organizativa.**

Dirección

#### **a) Sector Médico y Técnico.**

- Comprende: Medicina General. Odontología General. Enfermería.

#### **b) Sector Administrativo y Servicio Generales.**



- Comprende: Administración. Limpieza, Lavadero y Ropería. Mantenimiento y Movilidad.

El ministerio de Salud Pública establecerá por resolución la cantidad, tipo y distribución de los RR.HH, en salud necesario para el establecimiento, debiendo aplicarse para ello una metodología basadas en las necesidades dela atención de salud de la población del área programática y el análisis de la situación que conforme a la evolución de la ciencia y la tecnología lo justifiquen.

### **Normas Generales**

El ministerio de salud pública establecerá por resolución las normas generales de funcionamiento teniendo en cuenta las actividades finales, intermedias y generales que el establecimiento realiza, como así también las normas y procedimientos de supervisión y evaluación.

**Dependencia y relación con otros niveles:** Dependencia funcional del nivel superior al que deberá mantener informado según normas establecidas y del que recibirá supervisión periódica.

## CAPITULO VI

### MARCO CONCEPTUAL DEL ANALISIS

**Asignación Universal Para la Mujer Embarazada (AUE) y Asignación Familiar por Hijo (AUH):** relación con los procesos y resultados de la atención entregada por los servicios de cuidado de la salud, tanto a la mujer embarazada como al niño hasta el primer año de vida

La “**asignación universal por hijo (AUH) para protección social**” es un beneficio dinerario que el Gobierno Nacional Argentino otorga a personas desocupadas, que trabajan empleados “en negro” o que ganan menos del salario mínimo vital y móvil, por cada hijo menor de 18 años o hijo discapacitado. Este beneficio social entró en vigencia el 29 de octubre de 2009 por el decreto 1602/09 del Poder Ejecutivo Nacional. A partir de mayo de 2011, la AUH se complementó con la “**asignación universal por embarazo (AUE) para protección social**”, que se otorga a las futuras madres que se encuentren en las doce o más semanas de gestación. La AUH se implementó plenamente en la Provincia del Chaco a partir de 2011, mientras que la AUE en 2013.

Los datos de la presente investigación retrospectiva, descriptiva, y parcialmente explicativa, se analizaron a partir del concepto estadístico de **frecuencia relativa porcentual**, aplicado como instrumento de la epidemiología y la salud pública: el **riesgo relativo (RR)**. El RR, así como su contracara la **probabilidad relativa (PR)**, se utiliza para medir la **influencia que pudieran tener determinados factores, denominadas causas, en la aparición de ciertos efectos**.

En esencia, el análisis de probabilidad relativa (PR), así como la de riesgo relativo (RR) de esta investigación, trata de comparar dentro de dos poblaciones, una de **mujeres embarazadas**, y otra de **niños menores de un año**, dos sub-poblaciones caracterizadas cada una por el hecho de **si recibieron o no la asignación universal por embarazo (AUE) y la asignación universal por hijo (AUH)** establecida por el Gobierno Nacional.

### **Ámbito y unidades de análisis**

En la presente investigación, cuyo **ámbito de análisis** fue el centro de salud Dr. Eusebio Taboada situado en el Barrio Belgrano de la Ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, se estudió, en dos **unidades de análisis, las mujeres embarazadas y los niños menores de un año que se asistieron en dicho centro**, la posible relación entre la causa (variable independiente: AUE y AUH), y el efecto (variable dependiente disminución del bajo peso al nacer y aumento de la cobertura con Sabin 3ra dosis.

**Luego de comprobada esta relación, debiera probarse una asociación entre ambas variables para poder establecer, entonces, una causalidad que permita inferir que el impacto positivo de la AUE y la AUH en la salud materno infantil contribuyó al descenso en la mortalidad infantil de la Provincia del Chaco.**

Esto es: toda **investigación epidemiológica** intenta establecer, **entre las variables en estudio**, la existencia de la siguiente secuencia:

**Relación → Asociación → Causalidad**

Esta investigación solo se enfocó en el primer paso, esto es, en establecer **la relación entre las variables**, a través del análisis de la frecuencia relativa porcentual expresada en dos instrumentos: la Probabilidad Relativa (**PR**) y el Riesgo Relativo (**RR**).

Como la causa es siempre la variable independiente, y, el efecto, la variable dependiente, también puede decirse que el presente estudio de relación entre variables a través de la frecuencia relativa porcentual trata de comparar, en la población bajo estudio, **la incidencia del efecto, entre aquellos individuos que presentaron una determinada causa, con la incidencia del mismo efecto entre aquellos individuos que no presentaron dicha causa.**

En el caso de nuestro estudio, la causa es una actividad incluida dentro del proceso de atención de la mujer embarazada y del niño menor de un año en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada, y, el efecto es el resultado que se observa, a partir de la

modificación del proceso. En realidad, se trata de un resultado sustantivo de dicho proceso. Una de las **tantas variables de resultado** presentes en los procesos de atención de la salud en estudio:

- 1) En el proceso de atención de la mujer embarazada: la presencia del bajo peso al nacer;
- 2) En el proceso de atención del niño menor de un año: la cobertura con la tercera dosis de la vacuna Sabin.

En ambos casos, la causa que pudiera influir en el resultado, es la presencia de un incentivo (la AUE y la AUH) para que la mujer embarazada y el niño menor de un año demanden a los servicios de salud que les compete, aquellas prestaciones los propios servicios de salud dicen que benefician la salud de ambos (mujeres embarazadas y niños menores de un año). Prestaciones que están sugeridas y protocolizadas por las sociedades científicas y organismos tales como la OMS y OPS, y que, los servicios de salud, tales como el centro de salud Dr. Eusebio Taboada tienen por misión brindar. Prestaciones que, además, si el CAPS las brindan, tienen la oportunidad de facturarlas y cobrarlas al plan Nacer (ahora Crecer).

Los incentivos económicos (AUE y AUH) que otorga el Gobierno Nacional en conjunto con el Gobierno Provincial a la población vulnerable que es objeto de los cuidados en cuestión (la mujer embarazada y el niño menor de un año sin otra cobertura social que la pública), por tratarse de subsidios condicionados a que, quienes los reciban demanden las prestaciones incluidas en los protocolos de atención materno infantil, **se supone que modificaría el proceso de atención materno infantil**, Esto es, en el caso de que nos ocupa, la percepción de la AUE y AUH se supone que modificaría el procedimiento de atención de las mujeres embarazadas y niños menores de un año en el centro de salud Dr. Eusebio Taboada, generando una mayor demanda de dichas prestaciones, y, por ende una mayor oferta de estas para cumplir con los protocolos antedichos.

En definitiva, se esperaba que con el advenimiento de la AUE y la AUH, se modificara el procedimiento de atención del binomio madre – hijo, tendiendo a desaparecer la demanda potencial u oculta, o, por lo menos, hacerla descender sustantivamente. En correspondencia con el aumento de la demanda, el

procedimiento de atención debió haberse modificado por lo menos aumentando las consultas. Luego se espera que también la calidad, la equidad, la eficiencia, y la producción de información mejorasen también. Por lo menos son objetivos explícitos del plan Nacer (ahora Crecer).

Cierto es que no existen en el centro de salud Taboada, registros directos que evidencien que todas las mujeres embarazadas y niños menores asistidos en 2013, hubiesen percibido la AUE y la AUE. Sin embargo, dadas las características del subsidio (importe monetario directo al beneficiario), de la población asistida (urbana, sin barreras geográficas ni educativas de acceso al subsidio) y los testimonios orales de los trabajadores implicados en dicha atención, es altamente probable que casi toda la población de referencia haya recibido ambos subsidios. Situación que hoy se continúa dando.

#### Relación entre variables

La relación entre la **AUE y la atención de la mujer embarazada**, así como la relación entre la **AUH y la atención del recién nacido sano hasta el año de edad**, se analizó en relación en dos planos:

- 1) En relación al **proceso** de atención, sea de la mujer embarazada como del niño sano hasta el primer año de vida;
- 2) En relación a los **resultados**, sea de la atención de la mujer embarazada como del niño sano hasta el primer año de vida.

#### **Análisis de los procesos de atención**

A) Respecto del proceso de atención de las **mujeres embarazadas**, se analizó la relación entre:

- 1) Aquella población **que presenta la causa (que recibió el beneficio de la asignación por embarazo)**, y que, a su vez, **presenta el efecto (4 o más consultas de control durante el embarazo)**;
- 2) Aquella población **que no presenta la causa (que no recibió el beneficio de la asignación por embarazo)**, y que, también, **presenta el mismo efecto (4 o más consultas de control durante el embarazo)**

B) Respecto del proceso de atención de los **niños sanos menores de un año**, se analizó la relación entre:

- 3) Aquella población **que presenta la causa (que recibió el beneficio de la asignación familiar)**, y que, a su vez, **presenta el efecto (7 o más consultas de control durante el primer año)**;
- 4) Aquella población **que no presenta la causa (que no recibió el beneficio de la asignación)**, y que, también, **presenta el mismo efecto (7 o más consultas de control durante el primer año)**.

Dicho de otra forma, se trató de comparar, dentro de la población de mujeres embarazadas y de niños sanos menores de un año:

- A) La incidencia del efecto (4 o más consultas de control durante el embarazo) **en la población que presenta la causa** (las mujeres que recibieron la asignación por embarazo), con la incidencia del mismo efecto (4 o más consultas de control durante el embarazo) **en la población que no presenta la causa** (las mujeres que **no** recibieron la asignación por embarazo).
- B) La incidencia del efecto (7 o más consultas de control durante el primer año) **en la población que presenta la causa** (los niños cuyas familias recibieron la asignación familiar), con la incidencia del mismo efecto (7 o más consultas de control durante el primer año) **en la población que no presenta la causa** (los niños cuyas familias **no** recibieron la asignación por embarazo).

### **Hipótesis de trabajo**

A) Hipótesis del trabajo **en relación a la mujer embarazada: la asignación por embarazo aumenta el promedio de consultas de control durante el embarazo (control del embarazo)**. Las variables consideradas por el presente **estudio epidemiológico comparativo** fueron:

- 1) **La probable causa, o sea el recibir la asignación por embarazo, constituye la variable independiente.**
- 2) **El efecto observado, o sea 4 o más consultas de control durante el embarazo, constituye la variable dependiente, si se demuestra la asociación causal.**

B) Hipótesis del trabajo **en relación a los niños menores de un año: la asignación familiar aumenta el promedio de consultas de control durante el primer año (control del niño sano)**. Las variables consideradas por el presente estudio **epidemiológico comparativo** fueron:

- 1) **La probable causa, o sea el recibir la asignación familiar, constituye la variable independiente.**
- 2) **El efecto observado, o sea 7 o más consultas de control durante el primer año, constituye la variable dependiente, si se demuestra la asociación causal.**

Para establecer la PR se compararon cuatro poblaciones en cada uno de los dos conjuntos (mujeres embarazadas y niños menores de un año).

A. Conjunto de **mujeres embarazadas**:

- 1) La población (a), **que presenta la causa** (variable independiente: **recibió asignación**), y, en la cual, **se presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió 4 o más consultas control**).
- 2) La población (b), que también **presenta la misma causa** (variable independiente: **recibió asignación**), pero, en la cual, **no se presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió menos de 4 consultas control**).
- 3) La población (c), **que no presenta la causa** (variable independiente: **no recibió asignación**), y, en la cual **se presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió 4 o más consultas control**).
- 4) La población (d), **que no presenta la causa** en cuestión (variable independiente: **no recibió asignación**), **ni presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió menos de 4 o más consultas control**).

B. Conjunto de **niños menores de un año**:

- 5) La población (a), **que presenta la causa** (variable independiente: **recibió asignación**), y, en la cual, **se presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió 7 o más consultas control**).

- 6) La población (b), que también **presenta la misma causa** (variable independiente: **recibió asignación**), pero, en la cual, **no se presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió menos de 7 consultas control**).
- 7) La población (c), **que no presenta la causa** (variable independiente: **no recibió asignación**), y, en la cual se **presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió 7 o más consultas control**).
- 8) La población (d), **que no presenta la causa** en cuestión (variable independiente: **no recibió asignación**), **ni presenta el efecto** (variable dependiente: **recibió menos de 7 o más consultas control**).

Se obtuvieron los datos de estas cuatro sub-poblaciones, dentro de cada conjunto poblacional. Para el estudio de estas cuatro poblaciones de cada uno de los dos grupos poblacionales, en nuestro estudio, desarrollamos una **tabla de contingencia (tabla de 2 x 2 o tabla de doble entrada)**.

#### **A) Mujeres Embarazadas**

- En las filas se registraron los datos de la variable independiente (individuos relacionados con la probable causa), separándose los individuos “expuestos” a la causa (recibieron la asignación) de los individuos “no expuestos” a la causa (no recibieron la asignación).
- En las columnas se registraron los datos de la variable dependiente (individuos relacionados con el efecto), separándose los individuos positivos para ese efecto (recibieron 4 o más consultas control) de los individuos negativos (recibieron menos de 4 consultas control)



**Tabla de contingencias de las mujeres embarazadas.**

	<b>Con el efecto esperado: Nro de pacientes con 4 o más consultas control de embarazo</b>	<b>Sin el efecto esperados: Nro De pacientes con menos de 4 consultas control de embarazo</b>
<b>Causa presente: recibieron asignación</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
<b>Causa ausente: no recibieron asignación</b>	<b>C</b>	<b>D</b>

**C) Niños menores de un año**

- En las filas se registraron los datos de la variable independiente (individuos relacionados con la probable causa), separándose los individuos “expuestos” a la causa (recibieron la asignación) de los individuos “no expuestos” a la causa (no recibieron la asignación);
- En las columnas se registraron los datos de la variable dependiente (individuos relacionados con el efecto), separándose los individuos positivos para ese efecto (recibieron 7 o más consultas control) de los individuos negativos (recibieron menos de 7 consultas control)

**Tabla de contingencia para los niños menores de un año**

	<b>Con el efecto esperado: Nro de pacientes con 7 o más consultas control de niño sano</b>	<b>Sin el efecto esperados: Nro de pacientes con menos de 7 consultas control de niño sano</b>
<b>Causa presente: recibieron asignación</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
<b>Causa ausente: no recibieron asignación</b>	<b>C</b>	<b>D</b>

Luego, para cada conjunto poblacional, se procedió a establecer **la relación existente entre:**

**1) La incidencia del efecto entre los individuos expuestos a la causa**

**2) La incidencia del efecto entre los individuos no expuestos a la causa**

Esta relación se denomina **probabilidad relativa (PR)**. En esencia, se trata de demostrar si la población “a” es **proporcionalmente** mayor que la población “c”.

**Probabilidad relativa (PR) =**

**Incidencia del efecto en la población expuesta a la causa: a/a+b**

**Incidencia del efecto en la población no expuesta a la causa: c/c+d**

**Probabilidad Relativa (RR) = a/(a+b)/c/(c+d)**

Siempre que **la PR es mayor que uno puede afirmarse que las dos variables están relacionadas**. Sin embargo, todavía no se puede decir que las variables están asociadas.

Los valores en nuestro estudio fueron:

**A) Mujeres embarazadas**

1) La población que recibió la asignación y tuvo 4 o más controles (a):

2) La población que recibió la asignación y tuvo menos de 4 controles (b):

3) La población que no recibió la asignación y tuvo 4 o más controles (c):

4) La población que no recibió la asignación y tuvo menos de 4 controles (d):

	<b>Pacientes con 4 o más controles</b>	<b>Pacientes con menos de 4 consultas</b>	<b>Total de pacientes</b>	<b>Odds</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Pacientes que recibieron asignación</b>	(a) 88	(b) 2	(a + b) 90	2/88 0,023	2*100/90 2,2%
<b>Pacientes que no recibieron asignación</b>	(c) 58	(d) 22	(c + d) 80	22/58 0,4	22*100/80 23%
<b>Total de pacientes</b>	(a + c) 168	(b + d) 21	(a + b + c + d)		

Por medio del análisis de la Probabilidad Relativa (RR) se confrontaron, a través de la tabla de doble entrada, las cuatro poblaciones en estudio. A través de dicha confrontación, se buscó establecer si **proporcionalmente** eran más las pacientes que tuvieron 4 o más consultas control y que recibieron la asignación, que aquellas pacientes que tuvieron 4 o más consultas control y que no recibieron la asignación. **Proporcionalmente** porque suele darse (como en nuestro caso) que las poblaciones (a + b) y (c + d) no sean iguales en número.

En definitiva, se comparó si los individuos  $a/a+b$  (incidencia del efecto en los expuestos a la causa), esto es, **las pacientes que tuvieron 4 o más consultas control y que recibieron la asignación**, eran, proporcionalmente, más que aquellos individuos  $c/c+d$  (incidencia del efecto en los no expuestos a la causa), esto es, **de las pacientes que tuvieron 4 o más consultas control y que no recibieron la asignación**.

Para ello se realiza el cociente  $a/(a+b)/c(c+d)$ ;

Esto es:  $88/90/58/80 = 1,35$

Por lo cual, el PR de 1,35 indica la probabilidad de presentar 4 o más consultas control en las pacientes que recibieron la asignación en relación a las que no la recibieron. Esto es, en la población que recibió la asignación mejoraron las consultas control durante el embarazo (estándar de por lo menos 4 consultas), en un **35%**, en relación a las embarazadas que no recibieron la asignación.

**Hubo, en nuestra muestra, un 35% de mejora en alcanzar el estándar de consultas a partir de la asignación por embarazo.** Al ser el PR mayor que 1, ha quedado demostrado que **existe una posible relación entre las dos variables (recibir la asignación y realizar 4 o más consultas control).**

## **B) Niños menores de un año**

5) La población que recibió la asignación y tuvo 7 o más controles (a):

6) La población que recibió la asignación y tuvo menos de 7 controles (b):

7) La población que no recibió la asignación y tuvo 7 o más controles (c):

8) La población que no recibió la asignación y tuvo menos de 7 controles (d):

	<b>Pacientes con 7 o más controles</b>	<b>Pacientes con menos de 7 consultas</b>	<b>Total de pacientes</b>	<b>Odds</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Pacientes que recibieron asignación</b>	(a) 104	(b) 6	(a + b) 110	6/104 0,1	6*100/110 5,45%
<b>Pacientes que no recibieron asignación</b>	(c) 48	(d) 52	(c + d) 100	52/48 1,1	52*100/100 52%
<b>Total de pacientes</b>	(a + c) 152	(b + d) 58	(a + b + c + d) 210		

Por medio del análisis de la Probabilidad Relativa (RR) se confrontaron, a través de la tabla de doble entrada, las cuatro poblaciones en estudio. A través de dicha confrontación, se buscó establecer si **proporcionalmente** eran más los niños que tuvieron 7 o más consultas control y que recibieron la asignación, que aquellos niños que tuvieron 7 o más consultas control y que no recibieron la asignación. **Proporcionalmente** porque suele darse (como en nuestro caso) que las poblaciones (**a + b**) y (**c + d**) no sean iguales en número.

En definitiva, se comparó si los individuos **a/a+b** (incidencia del efecto en los expuestos a la causa), esto es, **los niños que tuvieron 7 o más consultas control y que recibieron la asignación**, eran, proporcionalmente, más que aquellos individuos **c/c+d** (incidencia del efecto en los no expuestos a la causa), esto es, **de los niños que tuvieron 7 o más consultas control y que no recibieron la asignación**.

Para ello se realiza el cociente **a/(a+b)/c(c+d)**;

Esto es: **104/110/48/100 = 1,97**;

Por lo cual el PR de 1,97 indica la probabilidad que tienen los pacientes que recibieron la asignación, de presentar 7 o más consultas control (estándar para la cantidad de consultas control durante el primer año) en relación a los pacientes que no recibieron la asignación. Esto es, las consultas control en los niños que recibieron la asignación mejoraron (estándar de 7 o más consultas en el primer año de vida), en un **97%**, en relación a los pacientes que no recibieron la asignación.

Al ser el PR mayor que 1, ha quedado demostrado que, **en nuestra muestra, existe una posible relación entre las dos variables (recibir la asignación y realizar 7 o más consultas control). Hubo un 97% de mejora en alcanzar el estándar de consultas a partir de la asignación familiar.**

Hasta aquí, solamente se pudo establecer que la presencia tanto de la asignación universal para la mujer embarazada (AUE) como de la asignación universal por hijo (AUH), mejoró el aspecto cuantitativo del proceso de atención sea de la mujer embarazada como del niño menor de 1 año:

- A) La cantidad de consultas para la mujer embarazada
- B) La cantidad de consultas para el recién nacido hasta el año de vida

Luego, para estudiar **los resultados** de dichos procesos se estudió:

- A) El porcentaje de **bajo peso al nacer (BPN)** como indicador de **resultado** del proceso de atención de la mujer embarazada
- B) El porcentaje de **cobertura de la tercera dosis de la vacuna Sabin Oral** en niños menores de 1 año de edad, como indicador de resultado del proceso de atención del recién nacido sano hasta el año de vida

## **2.2 Análisis de los resultados de los procesos de atención.**

### **Hipótesis de trabajo**

- A) Hipótesis del trabajo **en relación a la mujer embarazada: el no recibir la asignación universal por embarazo (AUE) aumenta el bajo peso al nacer (BPN) de los recién nacidos.** Las variables consideradas por el presente estudio epidemiológico comparativo fueron:
  - 1) **La probable causa, o sea el no recibir la asignación por embarazo, constituye la variable independiente.**
  - 2) **El efecto observado, o sea el aumento del BPN, constituye la variable dependiente, si se demuestra la asociación causal.**

B) Hipótesis del trabajo **en relación a los niños menores de un año: la asignación universal por hijo (AUH) aumenta el porcentaje de cobertura con tercera dosis de vacunación Sabin Oral.** Las variables consideradas por el presente estudio epidemiológico comparativo fueron:

- 3) **La probable causa, o sea el recibir la AUH, constituye la variable independiente.**
- 4) **El efecto observado, o sea el porcentaje de cobertura con tercera dosis de vacunación Sabin Oral, constituye la variable dependiente, si se demuestra la asociación causal.**

**A. Resultado del proceso de atención de la mujer embarazada: recién nacidos con bajo peso al nacer**

Se estudiaron cuatro poblaciones:

- 1) La población (a), **que presenta la causa** (variable independiente: **la madre no recibió asignación; año 2010**), y, en la cual, **se presenta el efecto** (variable dependiente: **recién nacido con BPN: entre 1,5 y 2,5 kg**).
- 2) La población (b), que también **presenta la misma causa** (variable independiente: **la madre no recibió asignación; año 2010**), pero, en la cual, **no se presenta el efecto** (variable dependiente: **recién nacido sin BPN; esto es, peso al nacer > 2,5 Kg**).
- 3) La población (c), **que no presenta la causa** (variable independiente: **la madre sí recibió asignación; año 2013**), y, en la cual se **presenta el efecto** (variable dependiente: **recién nacido con BPN: entre 1,5 y 2,5 kg**).
- 4) La población (d), **que no presenta la causa** en cuestión (variable independiente: **la madre sí recibió asignación; año 2013**), **ni presenta el efecto** (variable dependiente: **recién nacido sin BPN; esto es, peso al nacer > 2,5 Kg**).

Esto es:

- 1) La población que no recibió la asignación (año 2010) y tuvo BPN (a):
- 2) La población que no recibió la asignación (año 2010) y no tuvo BPN (b):
- 3) La población que recibió la asignación (año 2013) y tuvo BPN (c):
- 4) La población que no recibió la asignación (año 2013) y no tuvo BPN (d):

	Pacientes con BPN	Pacientes sin BPN	Total de pacientes	Odds	Porcentaje
Pacientes que no recibieron asignación	(a) 11	(b) 69	(a + b) 80	0,16	13,75%
Pacientes que recibieron asignación	(c) 10	(d) 80	(c + d) 90	0,11	10%
Total de pacientes	(a + c) 21	(b + d) 149	(a + b + c + d) 170		

Por medio del análisis del Riesgo Relativo (RR) se confrontaron, a través de la tabla de doble entrada, las cuatro poblaciones en estudio. A través de dicha confrontación, se buscó establecer si **proporcionalmente** eran más los niños que tuvieron bajo peso al nacer (BPN), esto es, entre 1,5 y 2,5 kg) y que no recibieron la asignación, que aquellos niños que tuvieron BPN y que sí recibieron la asignación. **Proporcionalmente** porque suele darse (como en nuestro caso) que las poblaciones (a + b) y (c + d) no sean iguales en número.

En definitiva, se comparó si los individuos  $a/a+b$  (incidencia del efecto en los expuestos a la causa), esto es, **los niños que tuvieron BPN y que no recibieron la asignación**, eran, proporcionalmente, más que aquellos individuos  $c/c+d$  (incidencia del efecto en los no expuestos a la causa), esto es, **de los niños que tuvieron BPN y que sí recibieron la asignación**.

**Para ello se realiza el cociente  $a/(a+b)/c(c+d)$ ;**

**Esto es:  $11/80/10/90 = 1,38$ ;**

Por lo cual el RR de 1,38 indica la probabilidad que tienen los RN cuyas madres no recibieron la asignación (AUE), de presentar bajo peso al nacer, en relación a los RN cuyas madres sí recibieron la asignación. Esto es, el BPN en los niños cuyas madres no recibieron la asignación fue un **38% superior**, en relación a los niños cuyas madres sí recibieron la asignación. Dicho de otro modo, hubo un 38% menos de BPN en la población que recibió la AUE.

Al ser el RR mayor que 1, ha quedado demostrado que, **en nuestra muestra, existe una posible relación entre las dos variables (que la madre reciba la AUE y la disminución del BPN). Hubo, en nuestra muestra, un 38% de mejora en términos de reducción del BPN a partir de la asignación universal para la mujer embarazada (AUE).**

#### **B. Resultados del proceso de atención del RN hasta el año de vida: porcentaje de cobertura con tercera dosis de vacunación Sabin Oral.**

Como se observa en la tabla de más abajo, los porcentajes e inmunización, previo a la AUH (año 2010) son superiores al 100%, así como en el período con AUH.

<b>AÑOS</b>	<b>POBLACION PROMEDIO MENOR DE 1 AÑO</b>	<b>DOSIS DE SABIN ANUAL (3° dosis)</b>	<b>COBERTURA IDEAL</b>	<b>COBERTURA REAL</b>
2010	99	129	99,96%	130%
2011	100	133	99,96%	133%
2012	105	132	99,96%	125%
2013	110	138	99,96%	125%
2014	113	127	99,96%	110%
2015	115	177	99,96%	153%

*Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados por la región sanitaria II (planillas mensuales de inmunización).*

En este caso, la variable de resultado inmunización no presentó mejora porque el porcentaje de cobertura en ambos casos fue superior al 100%. Al recurrir a los registros de inmunización se constataron dos hechos sustantivos:

- 1) En todos los años analizados, para todas las vacunas comprendidas en el calendario de inmunizaciones para menores de un año, el porcentaje de cobertura ha sido óptimo.
- 2) Sin embargo, al tomar como fuente de datos las planillas mensuales de vacunación, donde no está nominalizada la población, no se tiene la certeza de que haya algún menor de un año con cobertura incompleta. Obviamente se debió consultar una por una la HHCC de los pacientes. Lo cual implicaría una carga de trabajo que no es posible realizar fácilmente en el marco de una investigación



del tipo de la presente. No obstante, el indicador escogido a partir de la fuente de datos relevada, es un proxy aceptable.

Restaría identificar si hubo algún otro indicador de resultado de la atención de los niños menores de un año, que se hubiera modificado a partir de la mejora en la cantidad de consultas de control de niño sano producida en el año 2013.

Descartar el peso del azar, que confirmaría la relación entre las variables estudiadas, así como el procurar la explicación de la posible **asociación entre dichas variables**, pueden ser objeto de una ulterior investigación que profundice la presente.

## **Conclusión**

Los indicadores de las condiciones de salud de la población y de sus condiciones socioeconómicas donde viven, es un termómetro social fundamental. Sobre todo, aquellos indicadores sensibles como la tasa de mortalidad materno infantil. Dichos indicadores son un reflejo, además de las condiciones hereditarias, las ambientales (socioeconómicas) y los hábitos de vida, de la disponibilidad, utilización y efectividad en la atención del sistema de salud, particularmente en la atención Perinatal. De hecho, la tasa de mortalidad infantil además de reflejar los problemas y la magnitud de los mismos en el ámbito de la salud, ya sea por enfermedades estacionarias y condiciones perinatales., también nos dice cuál es el estado de salud de las madres, de los hogares y sus condiciones económicas y sociales. Como dato fundamental, y el cual es el origen de este estudio, es que, en el 2001, la provincia del Chaco presentaba tasas de mortalidad infantil (MI) de 23,5 defunciones cada 1.000 nacidos vivos, 16,4 de neonatal (MN) y 7,2 post neonatal (MPN), respectivamente. Estos indicadores fueron evolucionando favorablemente hasta presentar en el 2011 los valores más bajos que fueron de 11,1 (MI), 6,2 (MN) y 4,9 (MPN) datos que son el disparador fundamental de esta investigación. A fines práctico y de describir y analizar en este estudio el impacto de las políticas públicas para la protección social, hemos puesto en prácticas una serie de herramientas epidemiológicas y metodológicas, utilizando como fuente de datos los registros de historia clínica, libros de parto, cobertura de inmunización, como así también aquellos suministrados por organismos del sistema de salud pública (dirección general de estadísticas sanitarias). El análisis centró su mirada en la posible contribución de la AUE Y AUH, en el incremento de los controles de embarazadas, niños menores de un año. La hipótesis fue, que un mejor proceso de atención del binomio madre hijo, a causa de los incentivos económicos a la demanda de servicios de cuidado de la salud de la mujer embarazada y de los niños menores de un año, se relacionaría con una mejora del bajo peso al nacer y la cobertura de inmunización.

Con los datos obtenidos, puede afirmarse que, en la población del estudio, estuvieron asociadas la AUH y la AUE con la mejora de los procesos de atención del niño durante el primer año y de la mujer durante su embarazo, respectivamente. Asimismo, se encontró una asociación entre la percepción de la AUE y una reducción del BPN. Ciertamente se requieren más estudios para saber si esta fue una realidad local temporal o si bien es un efecto sostenido y generalizado de la AUE y la AUH.

## **Bibliografía.**

- **Bernardo Kliksberg y Amartya Sen.** Primero la gente (12 edición), más ética, más desarrollo (19 edición).
- **Adrián Oscar Escribano.** El proceso de Investigación Social Cualitativo. Editorial Prometeo Libros.
- **Catalina Wainerman Ruth Sautu,** (compiladoras) La trastienda de la Investigación, nueva edición ampliada. Editorial Manantial.
- **Ruth Sautu . Paola Boniolo. Pablo Dalle. Rodolfo Elbert.** Manual de metodología, construyendo el marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Editorial Prometeo libros.
- **H. Daniel Dei.** La Tesis, como orientarse en su elaboración. Editorial Prometeo libros. 3° Edición.
- **Daron Acemoglu y James A. Robinson .** Los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza. Por qué fracasan los países
- Alejandro Morduchowwicz., discusiones de la economía de la educación ., Losada.
- **O'DONELL, Juan Carlos 1999.** Administración de servicios de salud, III Perspectivas. Nuevos Servicios y Modales.
- **Población, equidad y transformación productiva.** Comisión económica para América latina, centro latinoamericano de demografía, Santiago de Chile: Naciones Unidas., 1995.
- **Fundamentos de la investigación social. Earl Babbie.**
- **Etchemendy, Sebastián (2001).** Construir Coaliciones Reformistas: la política de las compensaciones en el Camino argentino hacia la liberalización económica. Desarrollo Económico. Volumen 40, N° 60.
- **G. E. Alan Dever.** Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS.
- **Friedman, Milton (1966).** *Capitalismo y libertad.* Ediciones Rialp.
- **Friedman, Milton; Musgrave, R. A. (1972).** *Problemas políticos actuales.* Dopesa.
- **Friedman, Milton; Friedman, Rose (1992).** *Libertad de elegir: hacia un Nuevo liberalismo económico.* Grijalbo.

- **Anne O. Krueger** *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 4, No. 3 (Summer, 1990), 9-23.
- **José María Fanelli y Guillermo Rozenwurcel**, y también en J.M.Fanelli, R.Frenkel y L.Taylor (1992).
- **Guillermo Rozenwurcel y Sebastián Katz** La economía política de los recursos naturales en América del Sur.
- Serge Latouche. La apuesta por el crecimiento y otros.
- **Angele- Méndez, Manuel, 2009**, “la ética fracasa en las escuelas de negocio”, el país, junio. Madrid.
- **Smid Adam** (1ª edición. 1759) *The theory of moral sentiments*, Cambridge University Press.
- **Esping-Andersen, G.** 1996. “Después de la Edad de Oro”. Traducción del artículo aparecido en *Lua Nova* (Brasil).
- **Przeworski, Adam.** 1990. “Podríamos Alimentar a todos... Mercado y Estado”, en Lechner (ed.) *Capitalismo, Democracia y Reformas*. Chile: FLACSO.
- **Przeworski, Adam.** 1998. “Acerca del Diseño del Estado: Una perspectiva principal-agente”. En *Lecturas sobre Estado y las Políticas Públicas*.
- **Przeworski, Adam.** 1998. “El Estado y el Ciudadano”, en *Política y Gobierno*. Vol. V, Num. 2.
- **Lindblom, Charles (1996)** “La ciencia de salir del paso” en Aguilar Villanueva (editor): Luis F. La hechura de las políticas, Miguel Ángel Porrúa, México.
- **Charles Lindblom** “todavía tratando de salir del paso” en Luis Aguilar Villanueva, la hechura de las PP.
- **Tamayo, Manuel Sáez.** La nueva Administración Pública Rafael Bañón. Ernesto Carrillo Compiladores Alianza Universidad Madrid, 1997
- **Przeworski, Adam (1998)** “Acerca del diseño del Estado: una perspectiva principal-agente” en Revista Argentina de Ciencia Política, N° 2, diciembre.
- **Subirats, Joan (1994)** Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración, Colección Estudios, Serie Administración General, Ministerio para las Administraciones Públicas, Madrid. (Capítulos III y IV).
- **Simón, H. A.** (1957), *Administrative Behavior*. Londres, McMillan.

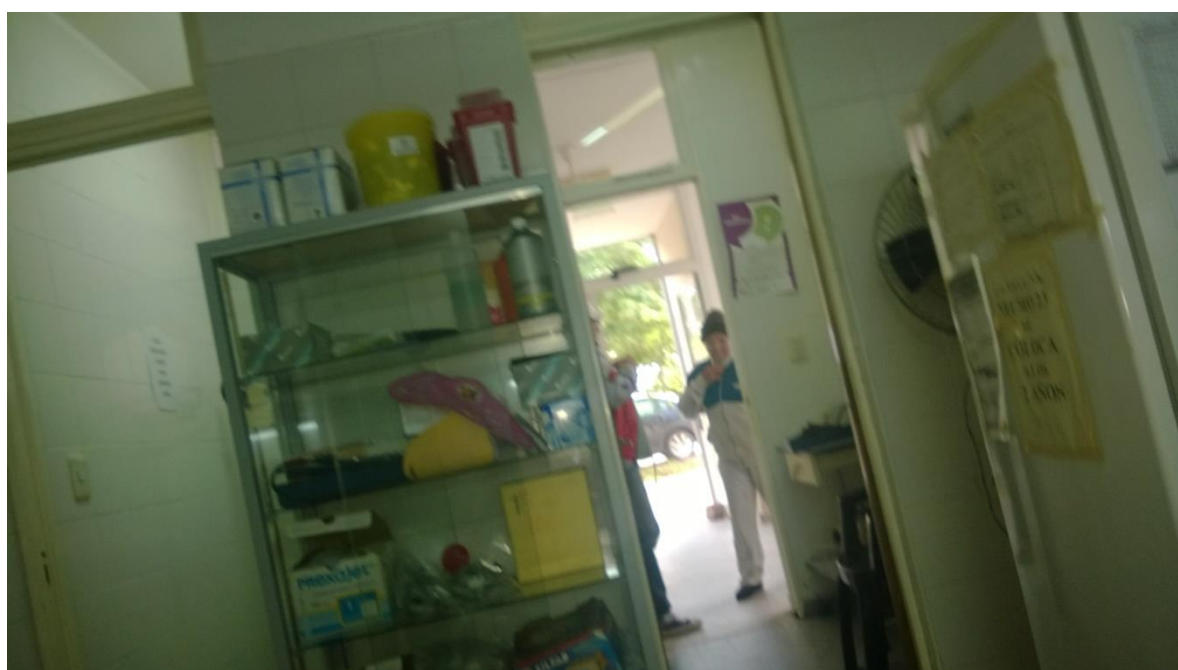
- **Muller, Pierre (2006):** Las políticas públicas, Capítulos Segundo, tercero, cuarto y quinto. Universidad Externado de Colombia, Bogotá.
- **DROR, Y.** (1989), *Public Policymaking Reexamined*. New Brunswick. N. J., Transaction Publishers.
- **Lindrlom, Ch. E.** (1991), *El proceso de elaboración de las políticas públicas*. Madrid, MAP.
- **QUADE, E. S.** (1989), *Análisis de formación de las decisiones políticas*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales.
- **Matus, Carlos,** *El método PES: Planificación Estratégica Situacional*, Caracas, Altadir, 1998.
- **Matus, Carlos.** *Adios señor presidente*.
- **Hood, Christopher y Jackson, Michael. 1999.** *La Argumentación Administrativa*. México:
- FCE.
  - **Moe, Terry. 1998.** “La teoría positiva de la burocracia pública”. En Saiegh y Tommasi (comps.) *La Nueva Economía Política*. Bs. As.: Eudeba.
  - **Hall, P. y Taylor, R. 1996.** “La Ciencia Política y los tres nuevos institucionalismos” [versión en español de “Political Science and the Three New Institutionalisms,”] en *Political Studies*, Vol. 44 (1996), pp. 936-957.
  - **Ginés González García.** *Salud para los Argentinos*. Ediciones Isalud. 2004.
  - **Enthoven, A. C.** *Managed Competition of Alternative Delivery System*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. New York. 1988.
  - **Daccordi, Horacio A. y Dalmazzo, Roberto A. Manual.,** de Gerenciamiento en Empresas de Salud. Proa XXI. Buenos Aires. 2004.
  - **Dever, Alan.** 1991. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Aspen Publishers. Maryland. 1991.
  - **Donabedian, Avedis.** *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. La prensa medica mexicana. México. 1997.
  - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos Serie B N°2. Tomo 1 y 2*. INDEC, Buenos Aires, 2012.
  - Informes y recomendaciones de la O.M.S, O.P.S, O.N.U, C.E.P.A.L.

- **Koan, N.** Diseño estadístico para investigadores de las ciencias sociales y de la conducta. Eudeba. Buenos Aires. 1994.
- **Lwanga, SK y Cho-YookTye.** La enseñanza de la estadística sanitaria. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1987.
- Ministerio de Salud de la Nación, OMS/OPS Argentina. Indicadores básicos en Salud. Buenos Aires, 2012.
- [http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud\\_SapUnicef\\_cifras2013.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_SapUnicef_cifras2013.pdf)
-

## CAPITULO VII

ANEXO.

Centro de Salud: Dr. Eusebio Taboada Presidencia Roque Sáenz Peña Chaco



**Historias Clínicas De los Niños del centro de salud. (Datos: peso, y datos personales de la madre y el niño)**

23/10/13 SE MUDA A SAENZ PEÑA  
**HISTORIA CLINICA PEDIATRICA** *pero lo fecha PN*  
 Niñas y Niños *lleva al Hospital*

Fecha: 23/10/13 Centro de Salud: [ ] HC Nº: 55122

Sexo: F  M  Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 10 Año 13

Apellidos: AVILA DNI Nº: 53493164  
 Nombres: Sociela Mateo  
 Madre: Anulo Patricio Salceda DNI Nº: 28.000620 Edad: 32  
 Padre: Uta Omar Ariel DNI Nº: 24.226819 Edad: 36  
 Domicilio: *76/10/30 La Madrid 48 28 S* Localidad: *Ulcabato*

Embarazo: Parto *Hospital*  
 No  Cantidad  Normal  Patológico   
 Cesárea  Institucional   
 Domiciliar

Recién Nacido: *Grupo Sanguineo A+*  
 APGAR1: 5 10 EG: 38 sem Peso: 3049 gr Talla: 48 cm PC: 33 cm  
 Endocrinas  OEA   
 Metabólicas  *Normal*

Patologías:  
 Ninguna  Apnea  Hiperbi  Otras hemat.  Neurológicas  *VDAL = no reactiva*  
 Síndrome Aspirat.  SDR  Sepsis  Malformac. Congén.  Transm. Vertical  *no reactiva*

Familia:  
 Padre  Madre  Hermanos  Otros  Situación de pareja: Estable  Sin pareja  Otra   
 Cantidad de integrantes: [ ] Trabajo remunerado: Si  No

23/12/13 SE MUDA A SAENZ PEÑA  
**HISTORIA CLINICA PEDIATRICA** *pero lo fecha PN*  
 Niñas y Niños *lleva al Hospital*

Fecha: 23/12/13 Centro de Salud: [ ] HC Nº: 55122

Sexo: F  M  Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 12 Año 13

Apellidos: AVILA DNI Nº: 53493164  
 Nombres: Sociela Mateo  
 Madre: Anulo Patricio Salceda DNI Nº: 28.000620 Edad: 32  
 Padre: Uta Omar Ariel DNI Nº: 24.226819 Edad: 36  
 Domicilio: *76/10/30 La Madrid 48 28 S* Localidad: *Ulcabato*

Embarazo: Parto *Hospital*  
 No  Cantidad  Normal  Patológico   
 Cesárea  Institucional   
 Domiciliar

Recién Nacido: *Grupo Sanguineo A+*  
 APGAR1: 5 10 EG: 38 sem Peso: 3049 gr Talla: 48 cm PC: 33 cm  
 Endocrinas  OEA   
 Metabólicas  *Normal*

Patologías:  
 Ninguna  Apnea  Hiperbi  Otras hemat.  Neurológicas  *VDAL = no reactiva*  
 Síndrome Aspirat.  SDR  Sepsis  Malformac. Congén.  Transm. Vertical  *no reactiva*

Familia:  
 Padre  Madre  Hermanos  Otros  Situación de pareja: Estable  Sin pareja  Otra   
 Cantidad de integrantes: [ ] Trabajo remunerado: Si  No



FN 29-10-78

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA  
Niñas y Niños

Fecha: ..... Centro de Salud: ..... HC Nº: .....

**Datos Filiatorios**

Apellidos: Aceredo Sexo: F  M

Nombres: Hugo Genaro DNI Nº: 53492729 Fecha de Nacimiento: 09/09/13

Madre: Almiron Mirian DNI Nº: 26490392 Edad: 39 Si  No  Cobertura social: .....

Padre: Aceredo Hugo Adolfo DNI Nº: 29981095 Edad: 30 Si  No

Domicilio: Bº Se meridial c/7 y c/1000 Localidad: Azulay Peña Tel.: .....

**Datos Ginecológicos**

Embarazo: Controles No  Si  Cantidad  Normal  Patológico  Parto: Normal  Cesárea  Institucional  Domiciliario

**Recién Nacido**

APGAR1'  5'  EG  sem  Peso: 3910 gr Talla  cm PC  cm

Pesquisa Neonatal: Endocrinas  OEA  Metabólicas

Patologías: Hipertensión  Otras hematológicas  Neurológicas

Precedentes Patológicos

**Datos Filiatorios**

Apellidos: Aceredo Sexo: F  M

Nombres: Hugo Genaro DNI Nº: 53492729 Fecha de Nacimiento: 09/09/13

Madre: Almiron Mirian DNI Nº: 26490392 Edad: 39 Si  No  Cobertura social: .....

Padre: Aceredo Hugo Adolfo DNI Nº: 29981095 Edad: 30 Si  No

Domicilio: Bº Se meridial c/7 y c/1000 Localidad: Azulay Peña Tel.: .....

**Datos Ginecológicos**

Embarazo: Controles No  Si  Cantidad  Normal  Patológico  Parto: Normal  Cesárea  Institucional  Domiciliario

**Recién Nacido**

APGAR1'  5'  EG  sem  Peso: 3900 gr Talla  cm PC  cm

Pesquisa Neonatal: Endocrinas  OEA  Metabólicas

Patologías: Hipertensión  Otras hematológicas  Neurológicas

Planilla de cobertura de inmunización Mensual del C.A.P.S

V PARA LA SALUD

**DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA**

**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (2015)** Fecha: 07/08

RESUMEN MENSUAL DE VACUNAS Servicio: C.A.P.S. Dr. Emilio Tejada

*Año 2015*  
*103-102-113*  
*222*  
*172 DOSTS / mes*

3 <sup>ra</sup> Dosis		PREVENAR 13				TOTAL MENSUAL	
12 a 19	20-10	>10	< 7 MESES	7 A 12 MESES	13 A 24 MESES	25 A 59 MESES	TOTAL MENSUAL
1			1P				1P
	2		1S				1S
				1P			1P
					2		2
		3					3
<b>TOTALES</b>			<b>24</b>	<b>1P</b>			<b>25</b>

DOSTAR V		CUADRUPLE				TOTAL MENSUAL	
HASTA 12 meses	DE 13 A 6 meses					1 AÑO	2 A AÑOS
12							
<b>TOTALES</b>							<b>12</b>

QUINTUPLE		TOTAL MENSUAL			
MEJOR DE 1 AÑO	18 MESES				
20					20
15					15
14					14
	21				21
<b>TOTALES</b>		<b>49</b>	<b>21</b>		<b>70</b>

SABIN ORAL		TOTAL MENSUAL			
< DE 1 AÑO	1 AÑO	1 A A 4 A AÑOS	5 A 6 AÑOS (I. ESC)	0. EDADES 7 A 18 A	TOTAL MENSUAL
10					10
15					15
14					14
	21	8			29
			11		11
		8			8
			11		11
<b>TOTALES</b>		<b>48</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>88</b>

TRIPLE VIRAL		TOTAL MENSUAL			
1 AÑO	2 A 4 AÑOS	5 A 6 AÑOS (I. ESC)	7 - 10 AÑOS	11 AÑOS	PUERPERIO
1P					
		11			
<b>TOTALES</b>		<b>1P</b>	<b>11</b>		<b>12</b>

NOTA: El presente registro mensual deberá ser presentado en la región sanitaria correspondiente, antes de los primeros 10 días hábiles de cada mes. (H) Huancayo

MES DE ENVIADO 2010

ÁREA DE PROGRAMAS DE INMUNIZACIONES

ABASTECIMIENTO SANITARIO C.A.P.S. Dr. Emilio Tejada

*Año 2010*  
*30 dosis S.O. Anual.*  
*128*

TRIPLE BACTERIANA		TOTAL MENSUAL		TOTAL ACUMULADO	
1 AÑO	2 A 6 AÑOS	1	2	1	2
8	7	6	6	6	6
<b>TOTALES</b>		<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

CUADRUPLE		TOTAL MENSUAL		TOTAL ACUMULADO	
1 AÑO	2 A 6 AÑOS	1	2	1	2
5	4	4	4	4	4
4		4	4	4	4
13		4	4	4	4
<b>TOTALES</b>		<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

TRIPLE VIRAL		TOTAL MENSUAL		TOTAL ACUMULADO	
1 AÑO	2 A 6 AÑOS	1	2	1	2
10		13	6	13	6
		4	6	4	6
10		13	6	13	6
<b>TOTALES</b>		<b>23</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>12</b>

DOBLE VIRAL		TOTAL MENSUAL		TOTAL ACUMULADO	
1 AÑO	2 A 6 AÑOS	1	2	1	2
1		1	1	1	1
		1	1	1	1
<b>TOTALES</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

SCD		TOTAL MENSUAL		TOTAL ACUMULADO	
1 AÑO	2 A 6 AÑOS	1	2	1	2
1		1	1	1	1
		1	1	1	1
<b>TOTALES</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

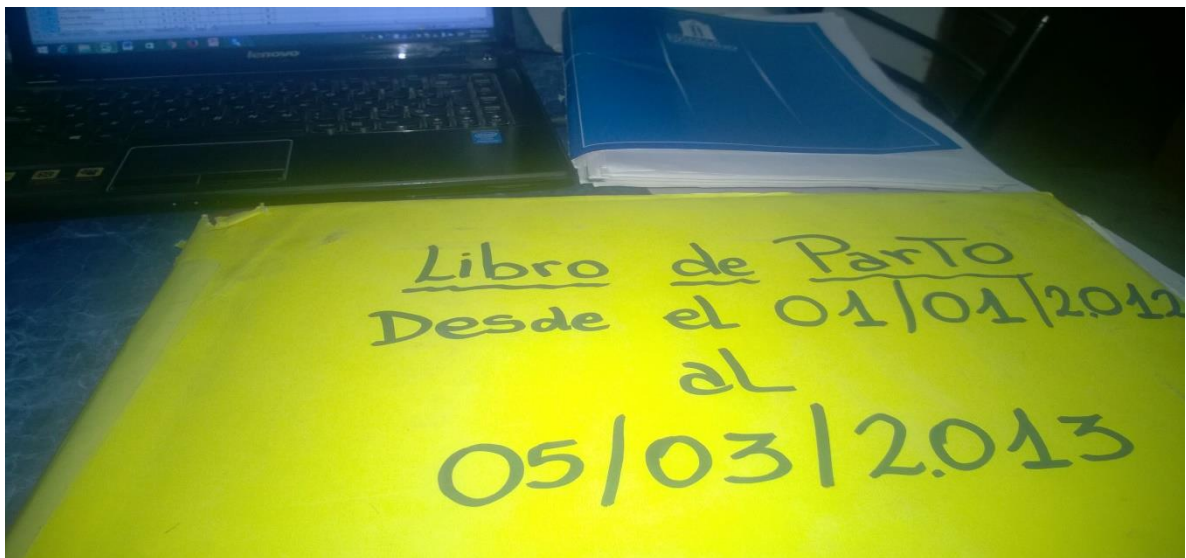
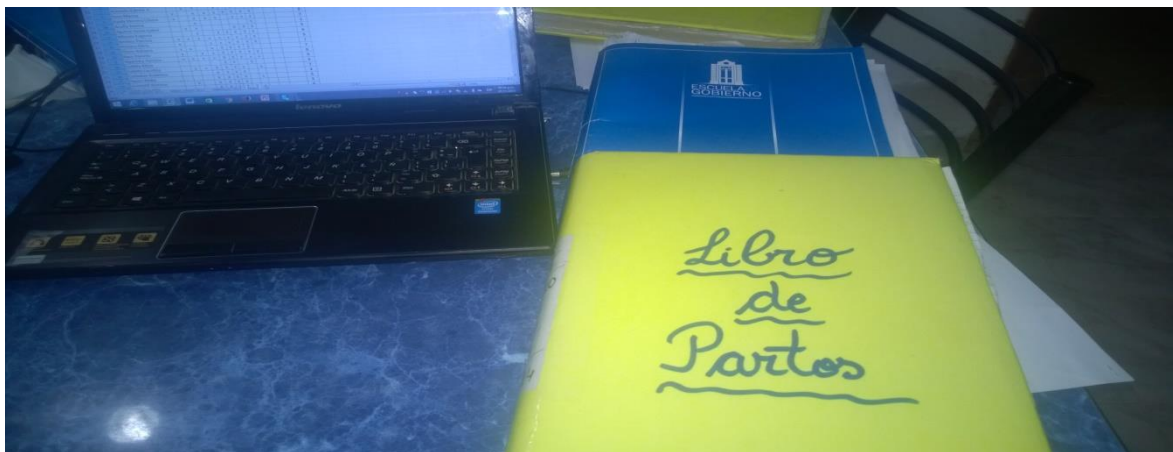
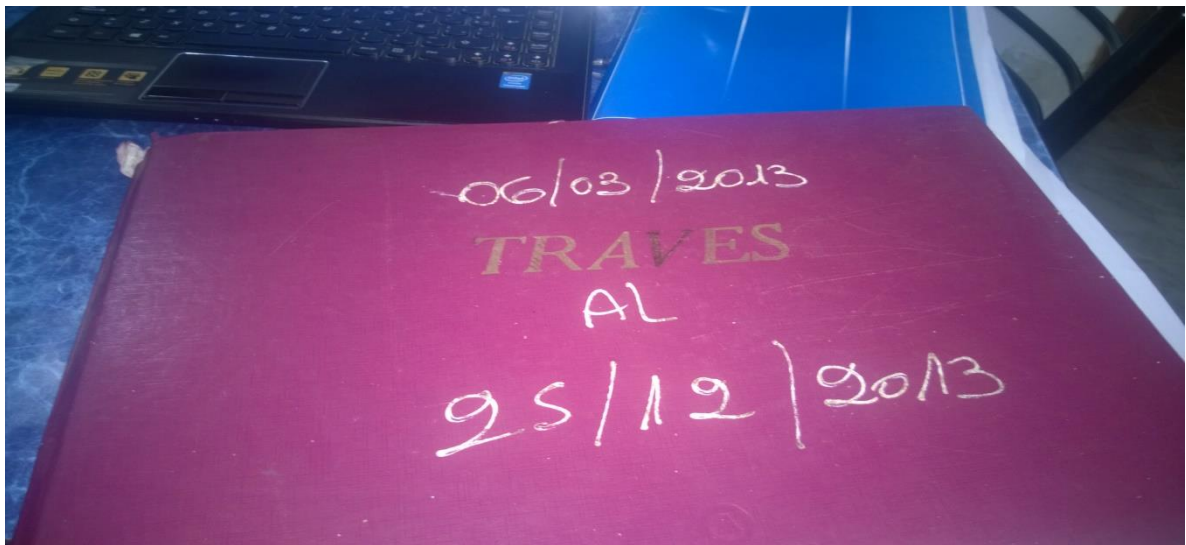
  

ANTINEPATITIS "B"		TOTAL MENSUAL		TOTAL ACUMULADO	
1 AÑO	2 A 6 AÑOS	1	2	1	2
3		3	3	3	3
5		5	5	5	5
4		4	4	4	4
<b>TOTALES</b>		<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA - INMUNIZACIONES  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - PROVINCIA DEL C.A.P.S.

TOTALES: 4 16 20 30

Libros de Parto (Hospital 4 de Junio)



### Registros en los libros de parto.

653	12/22	Gómez	24.997.485	22									
656	14/23	Ortiz Maria Cristina	36.566.381	2									
657	02/20	Molina Marcela María Paula	37.261.540	19									
658	10/03	Sanchez Ileana	36.380.174	19									
659	4/21	Paola Hudiek	35.767.666	16									
660	7/09/12	Escobar Yamira D.	38.962.525	18									
661	9/03/13	Sanchez Camila Elba	36.770.814	20									
662	01/03/13	Lopez Erica	36.975.417	18									
663	09/03	Rodriguez Dalila	41023390	17									
664	09/03	Rojas Aleste	44384092	15									
665	10/25	Ruy Floriana	88.874.654	30									
666	09/03	Vargas Angela Noemí	41.945.625	16									
667	09/03	Lucas Marcela Noemí	43.112.444	18									
668	03/05	Gonzalez Romona	42.983.213	20									
669	05/05	Gonzalez Noemice Roza	34036071	23									
670	205	Figueroa Verónica	38.960.379	17									
671	03/11	Lopez Yamila Roguel	28544150	37									
672	09/16	Valkos Carmen	36584625	21									
673	11/02	CARBANAL, Aida S.	41082915	14									
674	21/04	Sanchez Vanesa	35681525	21									
675	2100	Rico Carolina Janet	30809801	28									
676	02/40	Gonzalez Nancy	33.937.337	24									
677	10/30	Quiroz Aida	34.176.876	24									
678	18	Aice Mariavieja											

679	10/13	Orosi Patricia Isabel	35.906.983	22									
680	10/13	Arroyo Helina	37.690.770	19									
681	11/13	Lopez Enke	37.794.760	18									
682	03/03	Bayo Antonella Margrita	35.908.702	23									
683	05/15	Romero Virginia	25.270.149	37									
684	08/15	Schastriker Roro	27.586.813	32									
685	03/23	Pozu Gladys	38.768.975	18									
686	01/05	Burkub Monica	39.311.994	12									
687	01/05	Belizian Elizabeth	34.614.228	24									
688	01/05	Goubrata Grauelz	31.514.946	28									
689	05/17	Medina Ardie Noemi	40080343	17									
690	05/17	Foos Monica	35600399	24									
691	09/45	NEGRAS	38967857	16									

~ ENERO 2013 ~

Incluye	No. de animales	PARTIDA		VUELTA	Presentacion										Total	
		E	A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3275473	13				X											
3274713	13				X											
3162196	4				X											
3128481	23				X											
3127432	23				X											
3046144	28				X											
3046174	29				X											
3276000	86				X											
3212553	31				X											
3101314	16				X											
3023506	32				X											
3022600	22				X											
3020083	31				X											
3020060	21				X											
3021801	17				X											

Planilla modelo para Grafica de cobertura de Inmunización

