

*ESCUELA DE GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL CHACO*

*MAESTRÍA EN GOBIERNO Y ECONOMÍA POLÍTICA*

*Tesis para aspirar al grado de Magister*

*“La mortalidad infantil y la implementación de programas, planes y políticas sociales en la provincia del Chaco. Plan Nacer-Sumar y PAI”.*

*Autor: María Cristina Santa Cruz.-*

*Tutor Tesis: Dr. Santiago Spadafora*

*Codirectora: Dra. María A. Fantín*

*A mi querida madre Mary*

*A mis hijos Jonathan, Pablo y Rodrigo*

*Por su presencia y entrega amorosa*

*Dando impulso a mi vida.*

### **AGRADECIMIENTOS:**

*Quiero agradecer a Dios Padre por poner en mi camino aquellas personas que compartieron conmigo sus conocimientos y apoyo haciendo posible la conclusión de esta tesis.*

*En primer lugar a mi primer Director de Tesis, el Dr. Juan Carlos Barberis, Jefe del Servicio de Epidemiología del Hospital Perrando, que con esmero y generosidad me encaminó en los inicios. Habiendo fallecido durante el proceso de la misma.*

*Al Dr. Santiago Spadafora y a la Dra. María Alejandra Fantín, que ante dicha situación con solidaridad me aceptaron sin dudar ser mi Director y Codirectora, guiándome en todo el desarrollo de la investigación con empeño y dedicación.*

*A mi amiga Miriam Deschutter por su compañía y estímulo incondicional en los momentos que necesitaba.*

*A Elda Pértile por su respaldo personal en los comienzos de esta maestría.*

*Al Gobierno de la Provincia del Chaco, autoridades de la Escuela de Gobierno del Chaco, profesores y a todo su personal administrativo por su colaboración en mi formación profesional.*

*A mis amigos y familiares que siempre me alentaron a concluirla felizmente.*

## **RESUMEN**

El presente trabajo pretende analizar el descenso de la mortalidad infantil observado en la Provincia del Chaco en el período 2004-2013, y su posible relación con los resultados de los Programas de Salud Nacer-Sumar y Programa Ampliado de inmunizaciones (PAI) desarrollados en dicha Provincia en el mismo período.

Para cumplir con dicho objetivo se ha realizado una investigación descriptiva, tanto de la evolución de las tasas de mortalidad infantil (MI) del período 2004-2013, así como de los resultados, para el mismo período, de la implementación de dos programas considerados centrales en el marco de las políticas sanitarias, Nacional y Provincial, orientadas al descenso de la MI:

- 1) El nivel de cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones para los niños menores de un año;
- 2) Las metas alcanzadas por cada una de las trazadoras relacionadas con el cuidado del embarazo y del niño hasta el primer año de vida, de la Matriz de evaluación del desempeño del Plan Nacer y Sumar.-

La delimitación espacial está determinada por el territorio de la Provincia del Chaco, que incluye zonas y regiones sanitarias que constituyen el sistema de salud de los años involucrados, debiendo aclarar que desde el año 2004 hasta el 2009 el mapa sanitario estaba conformado por siete zonas sanitarias para luego ser reemplazadas por ocho regiones, y a los fines de mantener la integridad en la investigación, así como las relaciones entre las variables consideradas, se han utilizado valores provinciales que fueron reflejados en cuadros y gráficos.

Se analizó la evolución de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, y defunciones por causa de muerte, proporcionadas por la Dirección de Estadística Sanitaria de la Provincia.

En relación con los programas Plan Nacer/Sumar y PAI se realizaron entrevistas a funcionarios que desempeñan funciones jerárquicas en ámbitos del Ministerio de Salud relacionados con dichos programas, quienes además aportaron informes estadísticos de los mismos para su estudio.

De acuerdo al análisis realizado se pudo establecer que el Plan Nacer y Sumar es un programa perfecto y de avanzada en su diseño pero sin embargo en la implementación concreta respecto a los resultados de sus trazadoras no se alcanzan las metas mínimas impuestas por Nación.

El impacto que tuvo el Plan Nacer y Sumar es pobre porque no se alcanzaron las metas mínimas teniendo en cuenta la trayectoria de cada trazadora en forma individual, probablemente se deba mejorar el sistema de difusión desde los CAPS y el Ministerio de Salud hacia la comunidad sobre los alcances y beneficios del Plan, como también perfeccionar su sistema informático de datos. Esto es muy relevante, por cuanto existe una gran dificultad en la validación de los datos. De hecho, es posible que existan sub-registros que pudieran explicar la pobre performance del programa.

Mientras que se puede destacar que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha dado excelentes resultados en la Provincia del Chaco.-

De modo tal que sólo puede deducirse lógicamente que si mejoran los resultados del Plan Nacer/Sumar es posible que descienda aún más la Tasa de Mortalidad Infantil en el Chaco.- No es posible continuar con la secuencia relación – asociación – causa efecto entre los resultados del Plan NACER-SUMAR con el descenso de la MI.-

## Índice

<b>Capítulo I. Lineamientos Teóricos Metodológicos</b>	
Introducción	9
Objetivos	11
Fuente y Métodos	12
Referencias Generales de la Provincia del Chaco	14
Marco Teórico	18
<b>Capítulo II. Principales Características de la Mortalidad Infantil</b>	
Mortalidad Infantil en el Mundo	22
Mortalidad Infantil en América Latina y el Caribe	22
Mortalidad Infantil en Argentina	24
Evolución de la Mortalidad infantil en la Provincia del Chaco	25
Principales Causas de la mortalidad infantil	31
<b>Capítulo III. Políticas, Programas y Planes de Salud</b>	
Elementos Básicos de los Sistemas de Salud	37
Política de Salud, Estado de salud de la población y Sistemas de Salud	38
Políticas, Programas y Planes	39
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	40
Cronograma de Vacunación	43
Plan Nacer – Sumar	46
<b>Capítulo IV. Análisis de Resultados</b>	
Evolución de la Mortalidad Infantil	67
Análisis de las Trazadoras del Plan Nacer y Sumar.	70

Análisis del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)	73
Conclusiones	77
<b>Bibliografía</b>	80

<b>ANEXO</b>	87
1. Mapa Sanitario de la Provincia.-	88
2. Mortalidad Infantil. Neonatal y Postneonatal. Provincia del Chaco, 2004-2013.-	89
3. Defunciones de niños menores de un año por causa de muertes seleccionadas-Provincia del Chaco, 2004-2013.-	90
4. Defunciones de niños menores de un año por enfermedades inmuno prevenibles-Provincia del Chaco, 2004-2013.-	91
5. Cobertura de vacunación de niños menores de un año PAI. Provincia del Chaco,2004-2013.-	92
6. Integrado I Evolución de Trazadoras 1 del Plan Nacer Años 2006-2012.-	93
7. Integrado I Evolución de Trazadoras 1 del Plan Nacer Años 2006-2012.-	94
8. Integrado II Evolución de Trazadora 2 del Plan Nacer Años 2006-2012 y Trazadoras 1 y 2 del Plan Sumar Año 2013.-	95
9. Integrado II Evolución de Trazadora 2 del Plan Nacer Años 2006-2012 y Trazadoras 1 y 2 del Plan Sumar Año 2013.-	96
10. Integrado III Evolución de Trazadora 3 del Plan Nacer Años 2006-2012 y Plan Sumar Año 2013.-	97
11. Integrado III Evolución de Trazadora 3 del Plan Nacer Años 2006-2012 y Plan Sumar Año 2013.-	98
12. Integrado IV Evolución de Trazadora 8 del Plan Nacer Años 2006-2012 y Trazadora 4 Plan Sumar Año 2013.-	99
13. Integrado IV Evolución de Trazadora 8 del Plan Nacer Años 2006-2012 y Trazadora 4 Plan Sumar Año 2013.-	100
14. Entrevista a la Dra. Antonieta Cayré- PAI-Chaco. Año 2014.-	101
15. Entrevista al Dr. Scalamogna –Plan Nace-Sumar.Chaco-Año 2014.-	117

# *CAPÍTULO I*

## *Líneamientos teóricos y Metodológicos*



## **Introducción**

*“Preservar, proteger y garantizar la vida y la salud de los niños es un mandato que ha quedado establecida en diversos instrumentos internacionales, por medio de los cuales se establece como obligación del Estado hacer todo lo posible para salvaguardar a los niños y niñas de una muerte prevenible.”*

Argentina ha reconocido ciertos instrumentos internacionales de derechos humanos y les ha concedido jerarquía constitucional en el año 1994 en virtud del artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional.

En 1976 entró en vigor el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** que establece en su artículo 6 que: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana, y que se encuentra protegido por ley”. Esto implica, según lo señala el Comité de los Derechos Humanos, exigir al Estado que adopte las medidas posibles para reducir la mortalidad infantil y para incrementar la esperanza de vida, especialmente para eliminar la malnutrición y las epidemias. (Naciones Unidas, 2010).-

En ese mismo año, da comienzo el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, el que en su artículo 12 establece que todos los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas instituidas en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.

En relación a la Niñez, en 1989 la **Convención sobre los Derechos del Niño**, constituye un paso decisivo en el reconocimiento de los derechos humanos de la infancia y la adolescencia, ya que los declara como sujetos de derecho, y compromete a los Estados a asumir el rol de garantes de esos derechos. Esta Convención obliga a los Estados Partes a "*garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño*", y en su artículo 24, refrenda lo dicho. "*Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios*" comprometiendo al Estado adoptar medidas apropiadas para "*reducir la mortalidad infantil*" y "*Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres*".

Argentina, asumió el compromiso de disminuir las defunciones que tienen lugar durante el primer año de vida; a través de:

La **Cumbre Mundial en favor de la Infancia**; dicho encuentro da como resultado la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, respecto a las políticas hacia la infancia en todo el mundo. En esta declaración se reconoce que *“la mortalidad de niños menores de cinco años es extremadamente alta en muchas partes del mundo”* por lo tanto se establece que *la primera obligación es mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños*. (Naciones Unidas 1990: Punto 10).

La **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo** (CIPD). Celebrada en 1994, determina *fomentar la salud y la supervivencia de los niños y reducir lo antes posible las disparidades entre países desarrollados y países en desarrollo, y dentro de cada país, prestando especial atención a la eliminación de la mortalidad prevenible excesiva de las lactantes y las niñas pequeñas*.

La **Cumbre del Milenio** del año 2000, tomándose como referencia los lineamientos de las conferencias precedentes, los Jefes de Estado y de Gobierno de 147 países firmaron un nuevo compromiso donde se definieron los objetivos de Desarrollo del Milenio que constituyen la principal directriz internacional para este proceso, apuntando a la lucha contra la pobreza y el hambre, la reversión del deterioro ambiental, el mejoramiento de la educación y la salud, y la promoción de la igualdad entre los sexos, entre otros.

En esta oportunidad nos interesa en particular el Objetivo 4 del Milenio (ODM 4): *“Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años*

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es considerada universalmente no solo un indicador del estado de salud de los niños menores de un año y de la población en su conjunto sino también un importante indicador del nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población, especialmente de los niños, y su situación nutricional.

La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad.

Las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios (Naciones Unidas, 2005).

Es importante mencionar que Argentina adhirió las conferencias mencionadas, con lo cual hace propias las metas allí formuladas y asume el compromiso de adecuar la normativa interna, diseñar e implementar políticas y programas en pos del respeto, protección y garantía de los derechos del niño, entre ellos, el derecho a la salud y más específicamente, la reducción de la mortalidad infantil.

La definición de salud según Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) sigue vigente desde hace 65 años *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*

Asimismo en ese documento, la O.M.S., reconoce la salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

En ese proceso continuo de salud-enfermedad, la muerte es la pérdida del ser humano en la lucha por mantener el equilibrio contra los aspectos biológicos, físicos, mentales y sociales que alteran ese equilibrio de salud (Freitez, 2001citada por Alcántara Moreno, 2008).

### **Objetivos**

El presente trabajo tiene como objetivo general analizar las relaciones entre los niveles de mortalidad infantil y los planes y programas de salud implementados por políticas sociales en la provincia del Chaco durante el período 2004/2013.-

El supuesto inicial de este trabajo propone que si bien los componentes biológicos o genéticos y las condiciones materiales y sociales de la vida tienen indudablemente gran importancia en las condiciones sanitarias de una población, existen otros factores que dependen directamente del sistema de organización de la atención de la salud y de la implementación de planes, programas y campañas masivas.

Dentro de este marco, se pueden distinguir los siguientes objetivos específicos:

1. Examinar la evolución de las tasas de Mortalidad Infantil y de sus dos componentes neonatal y postneonatal.
2. Analizar los resultados de los Programas PAI, NACER-SUMAR implementados en materia de Mortalidad Infantil en el período de estudio en la Provincia del Chaco.-
3. Evaluar la relación entre la efectividad de Programas PAI, NACER-SUMAR y los resultados en término de Mortalidad Infantil en la Provincia del Chaco.-

### **Fuentes y Métodos**

Como fue expresado anteriormente, el presente trabajo pretende analizar la evolución de la mortalidad infantil en relación a los resultados de los Programas de Salud Nacer-Sumar y PAI desarrollados en la Provincia del Chaco en el período 2004 al 2013.

Para cumplir con dicho objetivo se ha realizado una investigación cuantitativa y descriptiva de las tasas de mortalidad infantil y de cada trazadora de la Matriz del Plan Nacer y Sumar y del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) relacionados con el cuidado del embarazo y del niño hasta el primer año de vida y el nivel de desempeño alcanzado por ellas en base a las metas establecidas por Nación, en la Provincia del Chaco en el período 2004 al 2013.-

Por su parte para cumplir con los objetivos específicos precitados se realizaron los siguientes procedimientos:

**Objetivo 1:** se analizaron los registros de Defunciones Provinciales Infantiles, Neonatales y Postneonatales su relación con el total de Nacidos Vivos de la Provincia del Chaco desde los años 2004 al 2013 y las principales causas de muerte.

**Objetivo 2:** se examinó la información recabada de los Programas Nacer/Sumar y del Programa Ampliado de Inmunizaciones conjuntamente con los datos estadísticos y entrevistas brindados por el personal y funcionarios del Ministerio de Salud del Chaco.

**Objetivo 3:** Sobre la base a la observación de los resultados alcanzados en las metas establecidas en las trazadoras del Plan Nacer/Sumar y del Programa PAI se trató de determinar **la efectividad de dichos Programas; primer paso, absolutamente**

**necesario, para poder establecer, luego, una posible secuencia relación – asociación – causa efecto de dichos resultados con el descenso de la MI.-**

El análisis de la mortalidad infantil se realizó mediante los datos de estadísticas vitales aportados por la Dirección de Estadísticas Sanitaria de la Provincia del Chaco. Para el análisis de los programas se trabajó con datos sobre cantidad de beneficiarios captados por CAPS del Chaco, metas mínimas y metas máximas establecidas por Nación y los niveles alcanzados en Provincia de los Programas Nacer/Sumar, como así también cantidad de beneficiarios y coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).-

Del **Índice General de Estadísticas Vitales** (Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud del Chaco) se extrajo información sobre:

- Nacidos vivos.
- Defunciones generales por grupo etéreo.
- Defunciones por Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Defunciones por Enfermedades Intestinales, Deshidratación, Inrespa y Desnutrición en niños menores de un año.
- Defunciones Infantiles, Neonatales y Defunciones Postneonatales.

De la base de datos del **Plan Nacer/Sumar** se recabaron estadísticas sobre Metas Mínimas y Máximas cuatrimestrales establecidas por Nación y las cantidades reales de beneficiarios captados por los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Provincia del Chaco en números absolutos y en porcentajes de cada trazadora analizada. Los datos mencionados están expresados en años subdivididos en tres cuatrimestres porque las metas establecidas y alcanzadas en estos programas son valuadas por cuatrimestres, sus trazadoras analizadas son expresadas en metas sanitarias cuatrimestrales debiendo mencionar que para mantener integridad en la investigación las trazadoras fueron analizadas anualmente.

Es necesario aclarar que los años 2004 y 2005 fueron años de gracia, donde según informaron agentes dependientes del sector sólo se manejaban con inscripciones y facturaciones de prácticas, comenzando el Plan Nacer expresando metas mínimas a partir del año 2008 y máximas desde el año 2009 en adelante.-

Con ello se elaboraron Cuadros Integrados y Gráficos de la Evolución de las:

- Trazadoras 1 del Plan Nacer Años 2006 al 2012;
- Trazadora 1 Plan Sumar Año 2013;
- Trazadora 2 Plan Nacer Años 2006 al 2012;
- Trazadora 2 Plan Sumar Año 2013;
- Trazadora 3 Plan Nacer Años 2006 al 2012;
- Trazadora 3 Plan Sumar Año 2013;
- Trazadora 8 Plan Nacer Años 2006 al 2012;
- Trazadora 4 Plan Sumar Año 2013.-

Del **Programa ampliado de inmunizaciones** del Ministerio de Salud del Chaco se obtuvieron los siguientes datos:

Estadísticas de las coberturas de vacunados por grupos de edades, por zonas y áreas programáticas reflejadas en tablas de las cuales se realizó una extracción de la población referida al total de los beneficiarios niños menores de un año y hasta un año, tipos de vacunas, porcentaje de cobertura y dosis respectivas, población total provincia que fueron volcados a cuadros en programa Excel y representados en gráficos.

Para la elaboración de los cuadros del PAI relacionados con los datos de Menores de un año se tuvo en cuenta sólo la información aportada por la Dirección de Estadísticas, por tratarse de información surgida a partir de las fuentes de datos primarias del sistema provincial de inmunizaciones.

### **Referencias Generales de la Provincia del Chaco**

La provincia del Chaco situada en el nordeste de la República Argentina, se extiende entre los 24° 07' y los 28° 02' de latitud sur y los 58° 22' y los 63° 26' de longitud oeste. Integra junto a Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, Formosa, Corrientes y Misiones la región del Norte Grande Argentino<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>La Región Norte Grande Argentino es una de las cuatro regiones creadas por tratados interprovinciales para la integración regional de las provincias argentinas en base al artículo 124 de la Constitución Nacional

**Figura 1**

**Posición Geográfica de la Provincia del Chaco**



Se trata de una provincia “joven” creada posteriormente de la Organización del Estado Nacional, cuya economía se apoya principalmente en el sector agrícola.

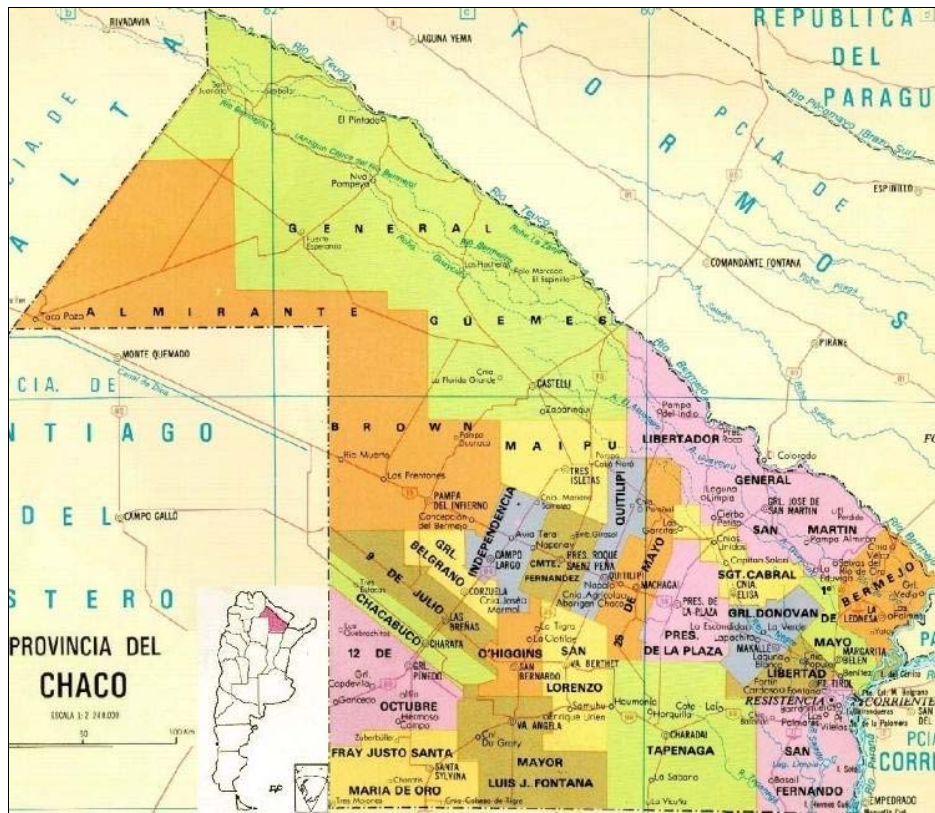
Geopolíticamente pertenece a un área periférica, con una débil y estacionaria economía, y con indicadores sociales y económicos que la ubican entre las provincias más deficitarias de la Argentina.

El desarrollo inicial de la provincia está relacionado con la explotación de los bosques de quebracho y la producción de algodón, que en la actualidad es uno de sus principales cultivos y provee el 60% del total nacional. La industria fue cobrando un lugar cada vez más importante hasta que comenzó a perder vigor a mediados de los 1970. A partir de allí ninguna actividad pudo suplir de forma eficaz esta pérdida de fuentes genuinas de trabajo hasta que a fines del 2010 y comienzo de 2011, el algodón volvió a ser el cultivo principal en la provincia con 368 mil hectáreas cultivadas.



Figura 2

**División Política de la Provincia del Chaco**



De acuerdo con la información censal, su población ha registrado un crecimiento continuo. En el año 1914 contaba con 46.274 habitantes, en el año 1947, alcanzado los 430.555 habitantes, este importante crecimiento responde al auge de la explotación del tanino y la expansión del área sembrada por algodón, con la crisis de la actividad, disminuye el ritmo de crecimiento, ya que entre los años 1960 y 1970 hubo un incremento de 4%.

En el año 1980 se vuelve a producir un crecimiento considerable de la población, que se mantienen en el tiempo, alcanzando la cifra de 1.053.466 habitantes en el año 2010, con una densidad de 10,6 hab./km<sup>2</sup>.

**La población urbana** también ha experimentado una evolución constante. En 1914 la población urbana representaba apenas el 23%, cifra que ascendía al 38% en el año 1960.



A partir de la década del ochenta, comienza a observarse un predominio de población urbana en la provincia (61%), situación que se acentúa en el 2001, donde el 79% de la población provincial vivía en ciudades, pasando 84,7% en el 2010.

**Provincia del Chaco. Evolución de porcentaje de variables seleccionadas**

<b>VARIABLES SELECCIONADAS</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>	<b>2001</b>	<b>2010</b>
Viviendas deficitarias (casas de tipo B, ranchos, inquilinatos y otras precarias)	71,2	50,0	59,0	42,8
Viviendas sin acceso a agua de red	66,1	40,5	28,5	23,6
Viviendas sin inodoro o retrete con descarga de agua	67,9	48,1	49,2	34,8
Piso de tierra			16,9	9,4
Sin conexión de agua en la vivienda			46,9	34,6

Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda.

Si bien en el período analizado se han producido en la provincia del Chaco importantes cambios que han mejorado las condiciones habitacionales y sanitarias de la población, sus índices continúan ubicándola entre las más deficitarias del país, debido a que aún persiste una considerable proporción de viviendas con problemas de acceso a los servicios esenciales como ser agua potable, vivienda digna, y adecuada eliminación de excretas (Fantin, 2012).

El sistema de salud del Chaco está dirigido a facilitar el acceso a una red sanitaria que satisfaga la demanda social de bienes y servicios esenciales en salud a través de una cobertura universal, con fuerte componente preventivo, orientado a la atención primaria con resoluciones de patologías de una manera equitativa, eficiente y eficaz tratando de contribuir a la promoción de conductas saludables. La visión incluye un sostenido impulso, aplicación y evaluación de políticas con amplia participación comunitaria.

La integración con la Nación, y los municipios es un eje fundamental de la articulación en la transformación necesaria para la provincia. La Provincia cuenta con una importante red individual en Zonas Sanitarias organizadas de modo de favorecer el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Cada una habrá de establecer metas saludables dentro de la estrategia provincial. Las personas acceden a una red, y no a un servicio aislado, donde sus distintos componentes son instituciones organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional, actuando en función de la demanda de los destinatarios.-

## **Marco Teórico**

La mortalidad infantil constituye una temática compleja en que la enfermedad y la muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social. La tasa de mortalidad infantil (TMI), junto con la tasa de mortalidad de menores de 5 años, es uno de los principales indicadores utilizados para medir niveles y alteraciones relacionados al bienestar de la niñez.

El proceso de crecimiento y de desarrollo del niño es muy sensible a condiciones de vida adversas, que impactan potencialmente en enfermedades y en decesos en ese trecho de la vida. El nivel de mortalidad infantil es importante como indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida de una población utilizándose en la evaluación de la situación de la infancia y la salud de un país (Spinelli et al. 2000)

La mortalidad entre menores de un año, según las diferentes causas que provocan la muerte, es dividida para su mejor estudio en:

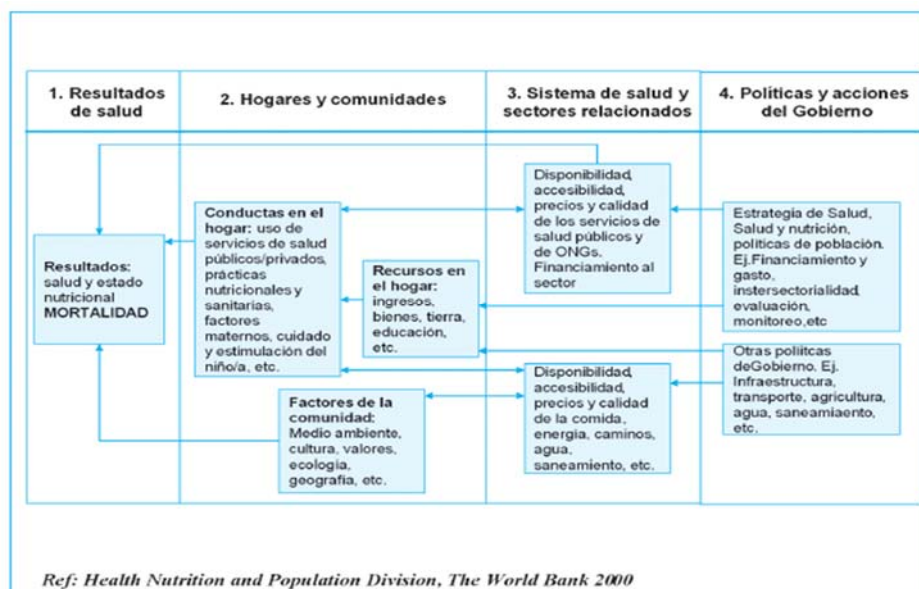
1. **Mortalidad Neonatal:** defunciones ocurridas en los primeros 28 días de vida (0 al 27° día cumplido), la cual presenta a su vez dos componentes:
  - a. **Mortalidad Neonatal Precoz:** son las muertes infantiles que ocurren en los primeros 7 días (de 0 al 6° día cumplido).
  - b. **Mortalidad neonatal Tardía:** son las muertes infantiles que ocurren desde el 7° día al 27° día cumplido de vida.-
2. **Mortalidad Postneonatal:** es la mortalidad infantil que sucede entre el día 28° y los 364° días de vida cumplidos.-

La mortalidad postneonatal está fuertemente asociada a causas de origen exógeno, mientras que la neonatal de origen endógeno. Es decir, las primeras están más influenciadas por la realidad ambiental, socioeconómica y cultural donde transcurre el primer año de vida de una persona. A diferencia de éstas, las muertes producidas durante el primer mes de vida estarían más relacionadas con la atención al embarazo y parto así como por los cuidados que recibe el neonato.

Históricamente, han existido controversias acerca de cuáles son los principales determinantes de la salud de niños y lactantes.

Para algunos, el descenso histórico de la mortalidad se debió principalmente a las transformaciones sociales y económicas<sup>2</sup>. Para otros los factores primordiales fueron la calidad del cuidado infantil y los servicios de salud pública mediante la aplicación de los adelantos científicos en la medicina.

### Determinantes de la Salud de la niñez



Según Mosley y Chen (1984) existen variables tanto sociales como biomédicas, que ofrecen un esquema que trata a los factores socioeconómicos (la productividad individual de los padres y las madres; el ingreso/la riqueza; el entorno ecológico; la economía política; el sistema de salud) como las variables independientes que deben actuar a través de cinco variables próximas para poder controlar sus efectos (factores maternos, tales como la edad, la paridad y el intervalo entre nacimientos; la contaminación ambiental; la deficiencia de nutrientes; lesiones; y la enfermedad personal). Este modelo hace que el análisis integrado de los determinantes biológicos y sociales de la mortalidad resulte factible, y sugiere que un enfoque multidisciplinario hacia el estudio de la supervivencia infantil podría ofrecer orientación para los diseñadores de políticas de salud en el mundo en vías de desarrollo. (Citado en UNFPA, 2007)

<sup>2</sup> Entre los clásicos que sostienen esta postura hay que destacar a McKeown (1976) quien argumentaba que las transformaciones sociales y económicas, habrían sido las principales causas que influyeron en la disminución histórica de la mortalidad en Inglaterra y, más generalmente, en Europa.

## *Capítulo II*

### *Principales características de la mortalidad infantil*

### **Mortalidad Infantil en el Mundo**

La mortalidad infantil ha mostrado un importante descenso en todo el mundo, las muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos han pasado de 86 en el quinquenio 1970-1975 a 42 en el período 2005-2010. En todas las regiones salvo en África subsahariana, Asia meridional y Oceanía se han logrado disminuciones de al menos un 50%.

Los niveles de mortalidad infantil más elevados sigue teniéndolos África subsahariana<sup>3</sup>, donde 1 de cada 12 niños muere antes de cumplir un año de vida (79 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), 13 veces más que el promedio de las regiones más desarrolladas<sup>4</sup> (6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Asia meridional tiene la segunda tasa más alta, con 52 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos, equivalente a 1 niño muerto por cada 19 nacidos vivos (Naciones Unidas, 2013)

Cabe destacar que aún hoy numerosos países presentan tasas que superan las 100 muertes de niños menores de un año cada 1000 nacidos vivos, tal es el caso de Sierra Leona (127), República Democrática del Congo (116), Chad y Congo (105), Angola (104), Guinea Ecuatorial (102)<sup>5</sup>.

“En África subsahariana la diarrea, la malaria y la neumonía causan más de la mitad de las muertes de niños menores de 5 años. En Asia meridional, más de la mitad de las muertes de niños menores de 5 años ocurren durante los primeros 28 días de vida,. En ambas regiones la nutrición insuficiente es la causa subyacente de la tercera parte de las muertes. Combatir la neumonía, la diarrea y la malaria a la vez que se mejora la nutrición podría salvar la vida de millones de niños” (Naciones Unidas, 2011:25)

### **Mortalidad Infantil en América Latina y el Caribe**

En América Latina, la mortalidad infantil ha descendido aún en situaciones de bajo e inestable crecimiento económico y magra reducción de la incidencia de pobreza en el promedio regional. Hacia 1970, uno de cada 12 niños nacidos en la región moría en su primer año de vida<sup>6</sup>. En las décadas siguientes se produjo una notable caída en la tasa de mortalidad infantil para toda la región: de 81 por mil en 1970-1975 a 38 por mil en

---

<sup>3</sup> África Sub-Sahariana incluye toda África excepto el Norte

<sup>4</sup> Las regiones más desarrolladas comprenden: Europa, América del Norte, Australia/Nueva Zelanda y Japón.

<sup>5</sup> Según estimaciones del Banco Mundial para el quinquenio 2005-2010.

<sup>6</sup> En 6 de 37 países de América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad infantil superaba los 100 por mil nacidos vivos (Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y Perú) e incluso alcanzaba valores cercanos o superiores a 150 por mil en dos países (Bolivia y Haití).

1990-1995 y a 22 por mil en 2005-2010<sup>7</sup>. Esta reducción de los riesgos de muerte en niños y niñas ocurrió aun en condiciones persistentes de pobreza y desigualdad y de las recurrentes crisis económicas y políticas vividas por muchos países latinoamericanos en las últimas décadas (CEPAL, 2010; Naciones Unidas, 2007).

La mortalidad infantil de la mayoría de los países disminuyó entre un 60% y un 80%, independientemente de los niveles iniciales, pero estos descensos son heterogéneos entre países y, en cierta medida, la persistencia de alta mortalidad se relaciona con bajos ingresos, maternidad adolescente y falta de acceso a servicios básicos y de atención sanitaria oportuna. Mientras que entre los principales factores que inciden en la disminución se pueden destacar: la atención primaria de bajo costo; los programas de vacunación masiva, de terapia de rehidratación oral, y de lactancia materna; el control de salud de los niños sanos. También ayudó el aumento de la cobertura de los servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento, el incremento de la educación y el descenso de la fecundidad (CEPAL, 2010; Naciones Unidas, 2007).

### **América Latina y el Caribe: clasificación de los países según el nivel de mortalidad infantil en 1970-1975 y el porcentaje de reducción logrado hasta 2005-2010**

Nivel de mortalidad infantil en 1970-1975	Porcentaje de reducción de la mortalidad infantil entre 1970-1975 y 2005-2010			
	Un 40% o menos	Entre 40% y 60%	Entre 60% y 80%	80% o más
100 defunciones o más			Bolivia, El Salvador, Haití, Honduras, Guatemala	Perú
Entre 50 y 100 defunciones	Granada, Paraguay	Guyana	Belice, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Rep. Dominicana, San Vicente y las Granadinas	Chile, Costa Rica
50 defunciones o menos	Aruba	Antillas Neerlandesas, Panamá, Suriname	Argentina, Bahamas, Barbados, Guyana Francesa, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela	Cuba, Guadalupe, Martinica

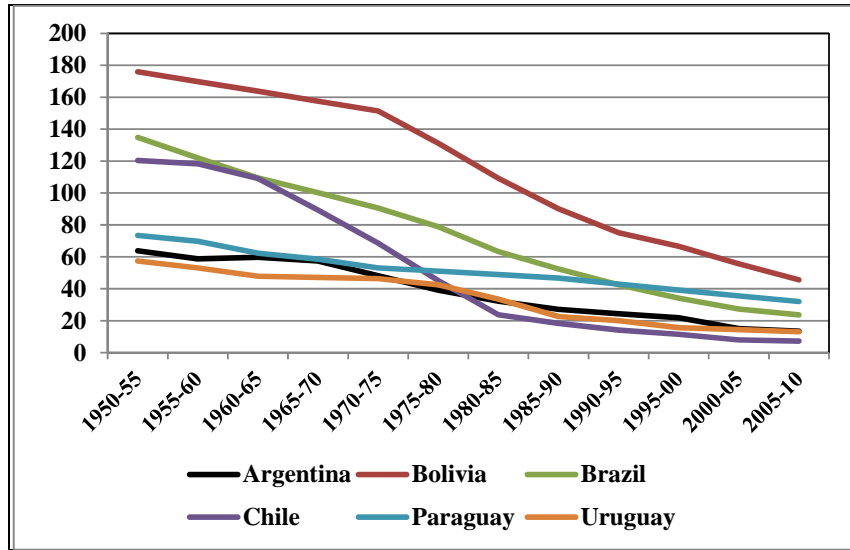
**Fuente:** CELADE-División de Población de la CEPAL, “Proyección de población”, Observatorio demográfico, N° 7(LC/G.2414-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, Naciones Unidas, World Population Prospects. 2008 Revision, Nueva York, 2008.

<sup>7</sup>En mayor o menor medida, todos los países han experimentado una reducción significativa. En 2005-2010 Barbados, Cuba, Chile, Costa Rica, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica y Puerto Rico presentan niveles de mortalidad infantil iguales o inferiores a 10 por mil, mientras que solo Haití, Bolivia y Guyana registra tasas de alrededor de 45 por mil.

En la figura 3 se observan las tasas de mortalidad infantil estimadas desde 1950 hasta 2010 de los países limítrofes de Argentina, destacándose el mayor avance de Uruguay y Chile en la reducción de la mortalidad de los menores de un año.

**Figura 3**

**Estimaciones de las Tasas de Mortalidad Infantil Argentina y sus Países Limítrofes. 1950-2010**



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision,

### **Mortalidad Infantil en Argentina**

Al igual que en el resto del mundo, la mortalidad infantil de la Argentina experimentó un pronunciado descenso a lo largo del siglo XX, pasando de 68,2 defunciones por mil nacidos vivos en 1950 a 16,6 por mil en el año 2010 (tasa de descenso del 76%).

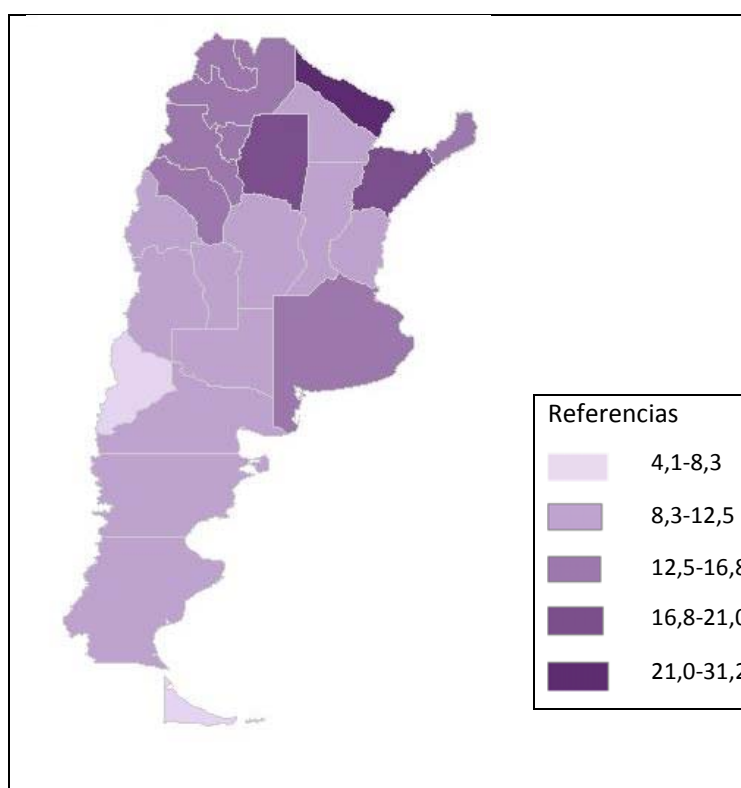
La disminución alcanzó a todas sus regiones no obstante las desigualdades socio económicas y culturales presentes en ellas. En las jurisdicciones más avanzadas del país, esta reducción tuvo lugar en forma temprana, a diferencia de las más áreas desfavorecidas, que asistieron a progresos de importancia recién a partir de las décadas del 1970 y 1980 (Celton y Ribotta, 2004).

La región que experimentó la reducción más importante en su tasa de mortalidad infantil fue la Patagónica, pasando de 98 por mil en 1950 a 15 por mil en el año 2000. Le siguen en importancia Cuyo y Noroeste (que reducen la tasa de mortalidad infantil

un 80% entre 1950 y 2000). Tasas de descenso apenas inferiores a la media nacional, se observan en las regiones metropolitana y pampeana (85 y 84% respectivamente), hecho que como fuera anticipado, está relacionado con la presencia de niveles iniciales de mortalidad infantil más bajos que el resto. Por otra parte, la región del Noreste experimenta la menor reducción de la mortalidad infantil observada en el periodo considerado (Celton y Ribotta, 2004).

**Figura 4**

**Tasas de Mortalidad Infantil por 1.000 Nacidos vivos por Provincia.  
Argentina. 2010**



Fuente: Bertone, 2014

En la década 2001-2010, la disminución fue del 27%. En 2010, la mortalidad promedio en el país fue de 11,9 menores de un año por cada mil nacidos vivos.

**Evolución de la Mortalidad Infantil en la Provincia del Chaco**

“El Chaco, históricamente ha sido una de las provincias argentinas con mayor índice de mortalidad infantil, con valores considerablemente superiores a los correspondientes al

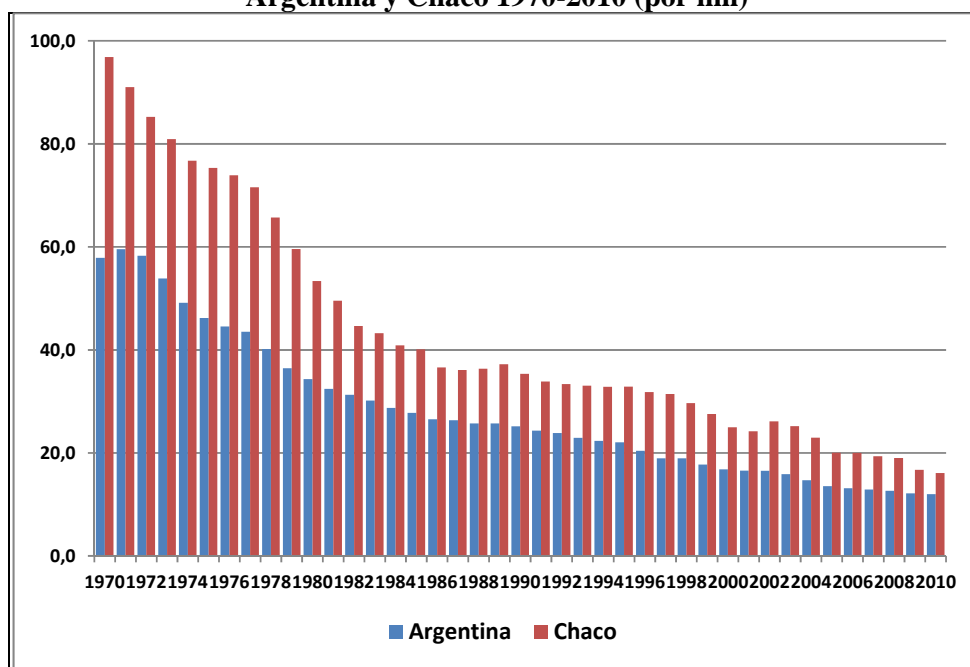


conjunto del país. En las últimas décadas ha experimentado una compleja transformación de las condiciones de salud que se tradujo en una importante reducción en los niveles de defunciones y en el cambio de los patrones de mortalidad” (Fantin, 2011:2).

Un estudio realizado por Fantin (2012) demuestra que en la provincia del Chaco, el riesgo de morir durante el primer año de vida disminuyó desde un 96,9 por mil en 1970 a un 14,4 por mil en el año 2010 lo que representa una tasa de descenso del 85,1%, mientras que a nivel nacional descendió de 59 por mil en 1970 a 12 por mil en el año 2009 (tasa de descenso del 79,5%<sup>8</sup>).

**Figura 5**

**Evolución de las Tasas de Mortalidad Infantil.  
Argentina y Chaco 1970-2010 (por mil)**



Fuente: Estadísticas Vitales. Dirección Nacional de Estadística en Salud. Fantin, 2012.

El ritmo de descenso de la mortalidad infantil a nivel nacional como provincial tuvo un comportamiento diferente y variable entre 1970 y 2010. Si bien, en ambos contextos la mayor reducción se produjo en el período 1970-1980; en el primero la mortalidad de menores de un año descendió un 43,9% mientras que en el segundo un 72,1%.

<sup>8</sup> La menor tasa de descenso en el contexto nacional obedece fundamentalmente al hecho que presenta niveles iniciales de mortalidad infantil más bajos.

A partir de 1980 las reducciones fueron considerablemente inferiores A nivel nacional en los periodos 1980-1990, 1990-2000 y 2000-2001 los ritmos de descenso fueron: 22,9%, 32,6 y 27% respectivamente, mientras que en los mismos periodos la provincia del Chaco registró 33,9%, 42,5% y 34,3%.

“La mayor brecha entre ambos contextos se registró en la década de 1970, con casi 30 puntos de diferencia –en promedio-- que fueron disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar aproximadamente los 5 puntos a fines de la década 2000-2010” (Fantin, 2011:8).

Otro dato importante a destacar es la disminución del peso relativo de las defunciones infantiles en el total de defunciones. En 1970 las muertes de menores de un año representaban casi el 30% de las defunciones totales, porcentaje que se redujo a menos del 6% en el año 2010. (Fantin, 2011)

Al estudiar la mortalidad infantil es habitual analizarla de acuerdo a sus dos componentes: el neonatal, que tiene lugar en los primeros 28 días de vida, y el post-neonatal, que ocurre durante el resto del primer año<sup>9</sup>.

Fantin, (2012) distingue cuatro etapas en la evolución de las tasas de mortalidad infantil y de sus componentes neonatal y postneonatal. La primera hasta aproximadamente 1986, en la que se registra el mayor descenso de la mortalidad infantil, especialmente de las defunciones potneonatales que pasaron a registrar tasas inferiores a la mortalidad neonatal.

Las experiencias empíricas demuestran que las sociedades que experimentan importantes reducciones en los niveles de mortalidad infantil cuentan con mayores tasas de mortalidad neonatal, y con menores proporciones de muertes postneonatales. Esta situación está relacionada fundamentalmente con las causas de muerte que caracterizan a cada componente de la mortalidad infantil. Al respecto, las defunciones por factores exógenos pueden ser reducidas más rápidamente, gracias a intervenciones médico-

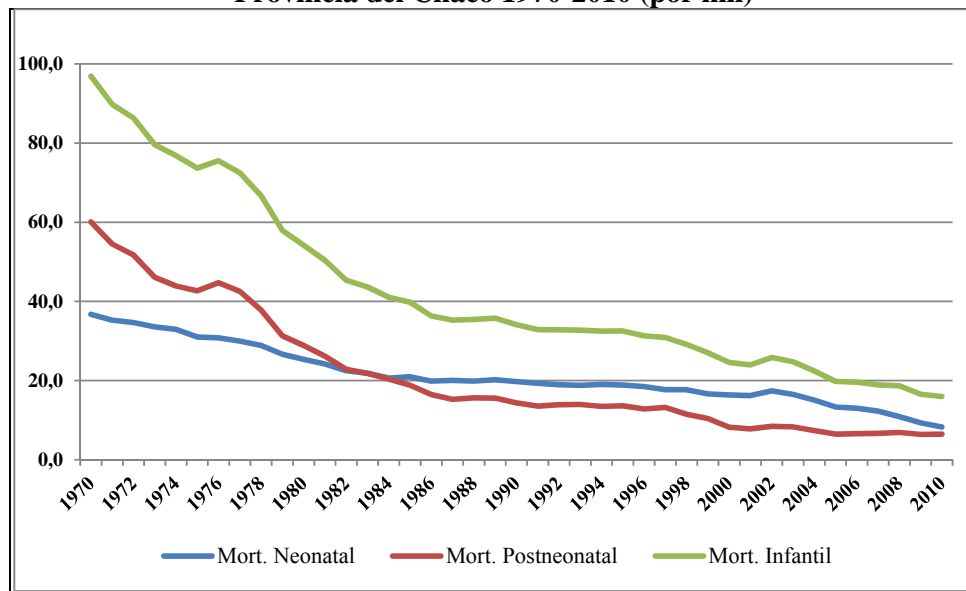
---

<sup>9</sup> Ambos componentes son importantes indicadores de salud si bien presentan etiologías diferentes. El primero se asocia fundamentalmente a causas de origen biológico o endógenas como ser nacimiento prematuro, malformaciones genéticas, secuelas del parto, entre otras; mientras que el segundo con factores relacionados al medio que rodea al niño o exógenos, tales como enfermedades infecciosas, diarreas, desnutrición, etc. (Fantin, 2012)

sanitarias masivas, nutrición adecuada, etc., hecho que se manifiesta en pronunciados descensos de la tasa de mortalidad infantil. En este contexto, nuevas disminuciones en la tasa de mortalidad infantil suponen afrontar causas neonatales de defunción que pueden ser de difícil prevención y tratamiento. Consecuentemente, el nivel de mortalidad neonatal pasa a ser más alto que el post-neonatal, y más resistente a la disminución (Celton y Ribotta, 2004).

**Figura 6**

**Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal.  
Provincia del Chaco 1970-2010 (por mil)**



**Fuente:** Estadísticas Vitales de la Provincia del Chaco. Dirección Provincial de Bioestadística. Fantin, 2012.

En la segunda etapa, desde 1986 hasta aproximadamente 1996, la mortalidad infantil entró en una meseta; tanto la mortalidad neonatal como postneonatal permanecieron constantes con valores cercanos a 20 por mil y 15 por mil respectivamente.

“Hay que destacar, que a partir de esta etapa el principal aporte a las defunciones infantiles fue realizado por la mortalidad neonatal y no es necesario insistir en el conocido hecho de que en la mortalidad neonatal las posibilidades de evitar las defunciones son menores debido a las características mayoritariamente endógenas de las causas que la provocan, en tanto que en la mortalidad postneonatal las causas están

íntimamente ligadas a factores socioeconómicos y ambientales ampliamente reducibles con mejores condiciones de vida<sup>10</sup> (Fantin, 2011:10).

En la tercera etapa, a partir de 1996 hasta aproximadamente el año 2002, se registra nuevamente una tendencia descendente de las tasas de mortalidad infantil y que se puede advertir tanto en las defunciones neonatales como postneonatales.

“A partir del año 2002 y luego de un pequeño incremento la mortalidad infantil continúa descendiendo pero con un comportamiento diferente entre la mortalidad neonatal y postneonatal. El mayor aporte a la reducción de la mortalidad infantil lo realiza el componente neonatal” (Fantin, 2011:10).

En síntesis, entre 1970 y 2010 la mortalidad infantil, en su conjunto, muestra disminución en el tiempo, aunque con intensidades diferentes según la edad a la defunción: mientras la tasa de mortalidad postneonatal desciende en 89% (al pasar de 60,1 a 6,5 muertes por mil nacimientos), la tasa neonatal disminuye 77% (bajando en el mismo período de 36,8 a 8,3 muertes por cada mil nacimientos).

En el período analizado específicamente en este trabajo (2004–2013) se puede observar que la mortalidad infantil continúa descendiendo (Gráfico 7), si bien se aprecian años de ascensos y descensos la tasa disminuyó en todo el período un 48% pasando de 21 por mil en el año 2004 a 11 por mil en el 2013.

La mayor reducción se registró en la mortalidad neonatal que pasó de 14 por mil a 6,4 por mil, lo que representa una baja del 54 %. Por otra parte la mortalidad postneonatal presenta una disminución de 34% pasando de 7 por mil a 4,6 por mil.

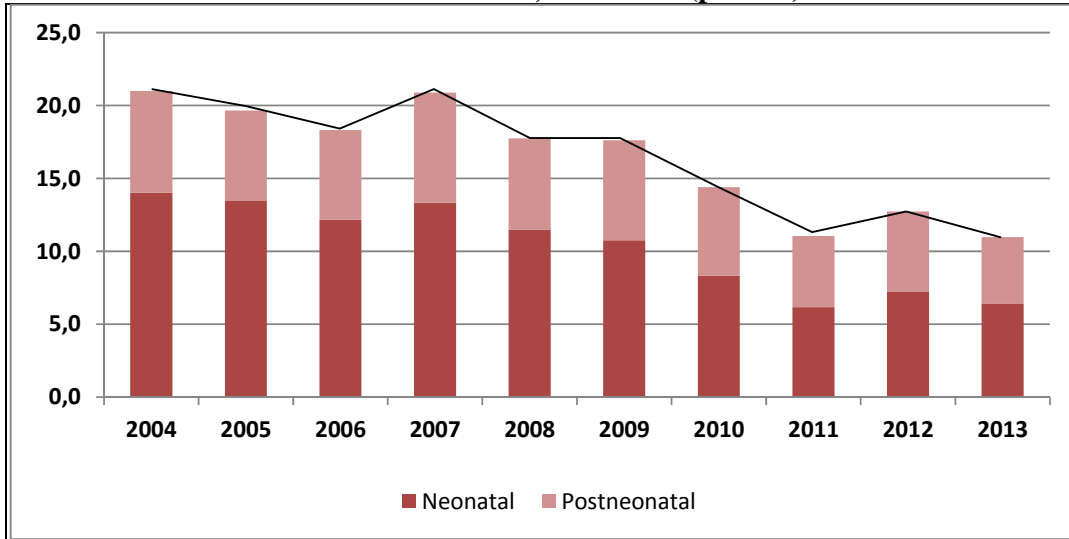
Afirmación que se puede corroborar al analizar la proporción de las defunciones neonatales y postneonatales en el total de defunciones infantiles. Las primeras representaban al comienzo del período algo más del 66% de las defunciones infantiles y al finalizar el mismo se redujeron diez puntos lo que significa que presentan el 58 % de las defunciones infantiles (Figura 8).

---

<sup>10</sup> Generalmente cuando la mortalidad entre menores de un año desciende, pierden representatividad las muertes exógenas, fundamentalmente las debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias, y aumenta la importancia relativa de las defunciones provocadas por causas endógenas. (García y Primante, 1990)

**Figura 7**

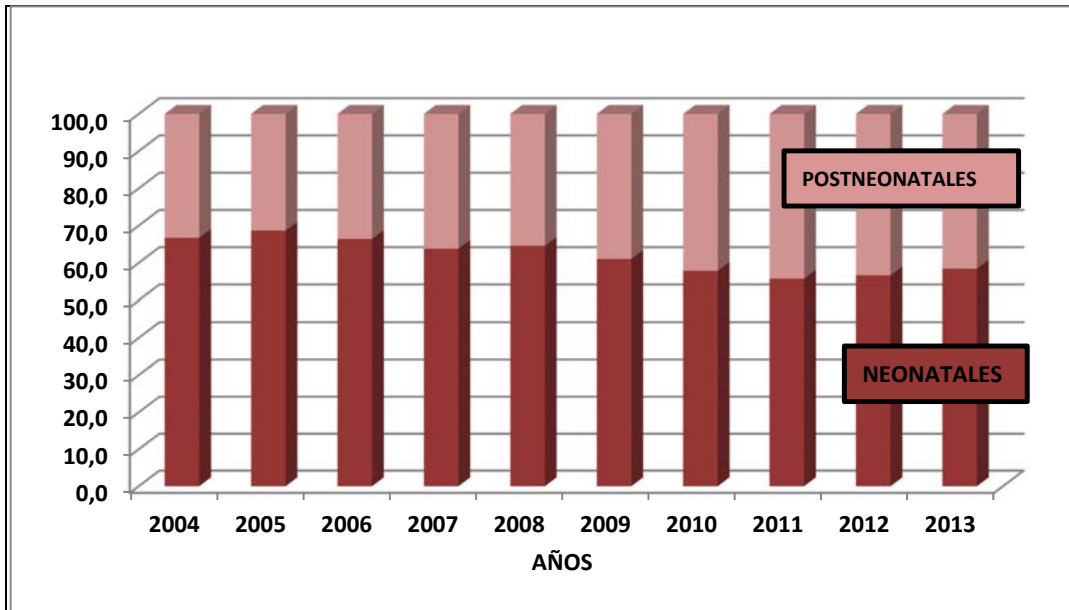
**Evolución de las Tasas de Mortalidad Neonatal y Postneonatal. Provincia del Chaco, 2004-2013 (por mil)**



**Fuente:** Estadísticas Vitales de la Provincia del Chaco. Dirección Provincial de Bioestadística. Elaboración propia.

**Figura 8**

**Porcentaje de Defunciones Neonatales y Postneonatales del Total de Defunciones Infantiles. Provincia del Chaco, 2004-2013**



**Fuente:** Estadísticas Vitales de la Provincia del Chaco. Dirección Provincial de Bioestadística. Elaboración propia.

## **Principales Causas de la Mortalidad Infantil**

“La disminución que ha experimentado la mortalidad infantil en los últimos años y el comportamiento de sus componentes neonatal y postneonatal expresan cambios en el patrón de las causas de muerte y la etiología de la mortalidad infantil” (Fantin, 2011:10).

En el caso de la mortalidad general, “el cambio en la composición de las causas de muerte se puede explicar por medio de dos enfoques diferentes. Por un lado, la transición epidemiológica en la que las intervenciones de tipo médico y los avances tecnológicos abaten los decesos en edades tempranas y, por otro, la transición de la salud, que enfatiza la importancia de las transformaciones sociales y el comportamiento de las personas, al promover la prevención y el cuidado de la propia salud”. (CONAPO, 2010:11)

En el proceso de descenso de la mortalidad infantil primero disminuyen las muertes por causas vinculadas al entorno, que se consideran fácilmente evitables e inciden mayormente durante el período postneonatal (de 1 a 11 meses de edad), la cual muchas veces se puede evitar mediante intervenciones médicas y sanitarias, tales como la terapia de rehidratación oral que disminuye la mortalidad por diarrea.

Por lo tanto, a medida que disminuye el nivel de la mortalidad infantil tiende a aumentar el peso relativo de las muertes por bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y otras enfermedades relacionadas con las condiciones del embarazo y el parto que se den principalmente durante los primeros 28 días de vida (período neonatal).

Una reducción en la mortalidad neonatal, en cambio, requiere el control de otras tecnologías, particularmente de diagnóstico prenatal y de atención especializada en el período perinatal (incluye las muertes en la primera semana de vida y las muertes fetales).

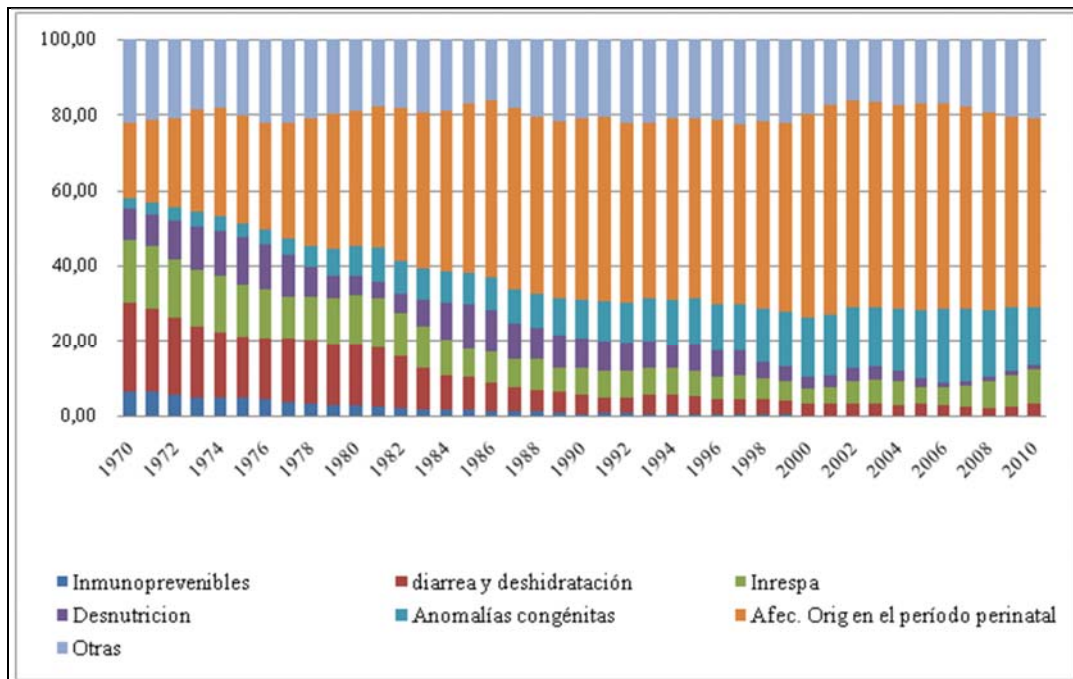
Para el análisis de la variación de las causas de muerte, las mismas se agruparon en: inmunoprevenibles (tétanos, sarampión, poliomielitis, coqueluche, difteria, tuberculosis), diarrea y deshidratación, insuficiencia respiratorias agudas (inrespa), desnutrición, anomalías congénitas y afecciones originadas en el período perinatal.

Representan aproximadamente el 80% de las defunciones de menores de un año (Fantin, 2012).

El gráfico 9 muestra información sobre la proporción de muertes provocadas por las causas antes mencionadas. La proporción de todas las muertes por causas transmisibles (inmunoprevenibles, diarrea e inrespa) fue superior al 40% en los primeros años de la década de 1970.

**Figura 9**

**Distribución Relativa Según Causas de Muerte.  
Provincia del Chaco, 1970-2010**



**Fuente:** Estadísticas Vitales de la Provincia del Chaco. Dirección Provincial de Bioestadística. Fantin, 2012.

En 1970, las muertes por diarrea y deshidratación representaban casi el 24% del total de los decesos colocándose como la principal causa de muerte, dos décadas después (1990), habían disminuido de manera significativa, pasando a constituir la cuarta causa de muerte, con menos de 5% del total de defunciones de menores de un año, proporción que se mantiene hasta la actualidad con mínimas variaciones anuales.

Al igual que las muertes por diarrea y deshidratación, las provocadas por enfermedades inmunoprevenibles disminuyeron su presencia, tanto en términos absolutos como relativos. La proporción de niños menores de un año que fallecieron por estas causas pasó de 6,7 por ciento en 1970 a desaparecer en 2010.

Las defunciones originadas por insuficiencia respiratorias agudas, si bien presentan, en términos relativos, un descenso, de 16,8 en 1970 a 9 por ciento en 2010, se observan importantes oscilaciones durante el período estudiado. Situación similar revelan las defunciones por desnutrición.

Del total de defunciones de menores de un año durante 2010, 54,7 por ciento se debieron a afecciones originadas en el período perinatal. Esta proporción tuvo un aumento de más del doble con respecto a 1970, cuando representaban 20 por ciento de las defunciones.

En 2010, más del 15 por ciento de las muertes fueron ocasionadas por anomalías congénitas. Este tipo de muertes ha tenido un aumento considerable a lo largo de las últimas cuatro décadas, ya que en 1970 apenas representaban 2,7 por ciento de las defunciones de los infantes.-

Las transformaciones en el tipo y orden de las principales causas de la mortalidad infantil repercuten en el nivel de la tasa de mortalidad.

Las tasas de mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal tuvieron una tendencia descendente a lo largo de todo el período analizado, es recién a partir de mediados del 2000 que registran una considerable reducción en coincidencia con la disminución de las tasas de mortalidad neonatal<sup>11</sup>.

---

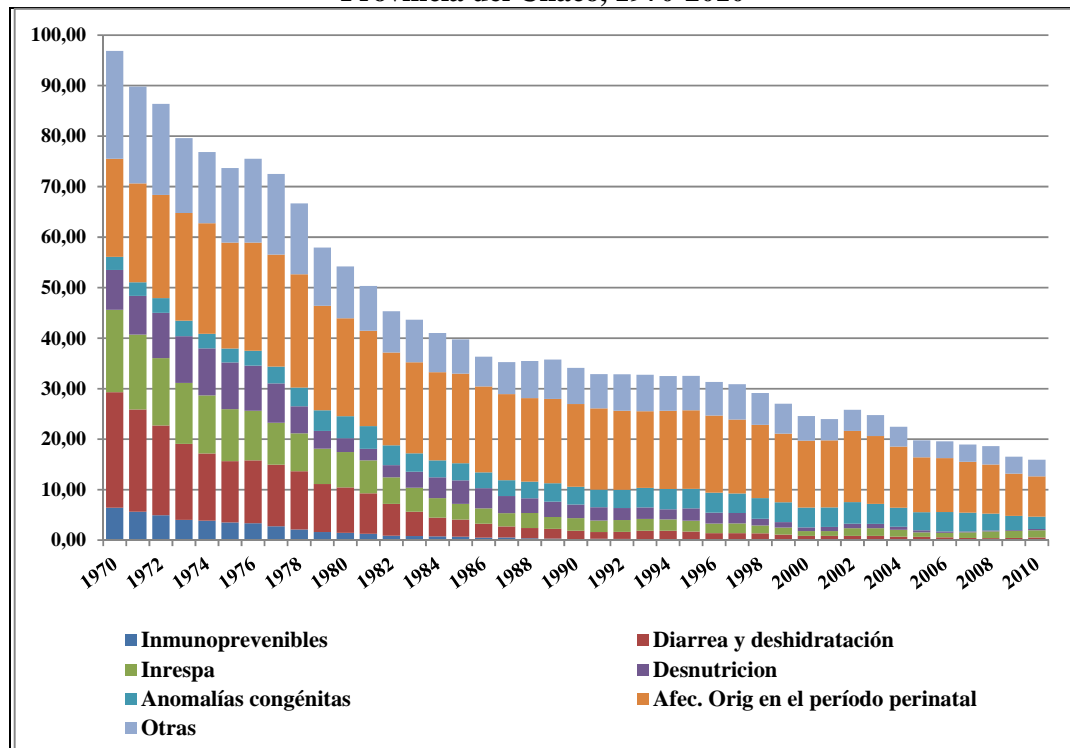
<sup>11</sup> Estas causas son de origen endógeno e inciden principalmente en el período neonatal, sin embargo, debido a que la mayor parte de esas muertes son evitables con una adecuada atención durante el embarazo y el parto, es motivo de preocupación que las tasas por afecciones del período perinatal tengan un descenso tan lento.



Por su parte las tasas de mortalidad por anomalías congénitas, en cambio, han permanecido prácticamente estables durante el periodo de observación con tasas que oscilan entre 3 y 4 defunciones por cada mil nacidos vivos<sup>12</sup>.

**Figura 9 bis**

**Evolución de las Tasas de Mortalidad Infantil por Causas de Muerte.  
Provincia del Chaco, 1970-2010**



**Fuente:** Estadísticas Vitales de la Provincia del Chaco. Dirección Provincial de Bioestadística. Fantin, 2012

Es muy significativo el descenso de las tasas de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, diarrea e infecciones respiratorias. El mayor descenso lo experimentó la mortalidad por diarrea y deshidratación que pasó de 22,8 defunciones por mil nacidos vivos a menos de 1 desde fines de la década de 1990.

En el caso de las infecciones respiratorias la tasa de mortalidad se redujo a más de una décima pasó de 16,3 defunciones en 1980 a 1,4 en el año 2010 por cada mil nacidos

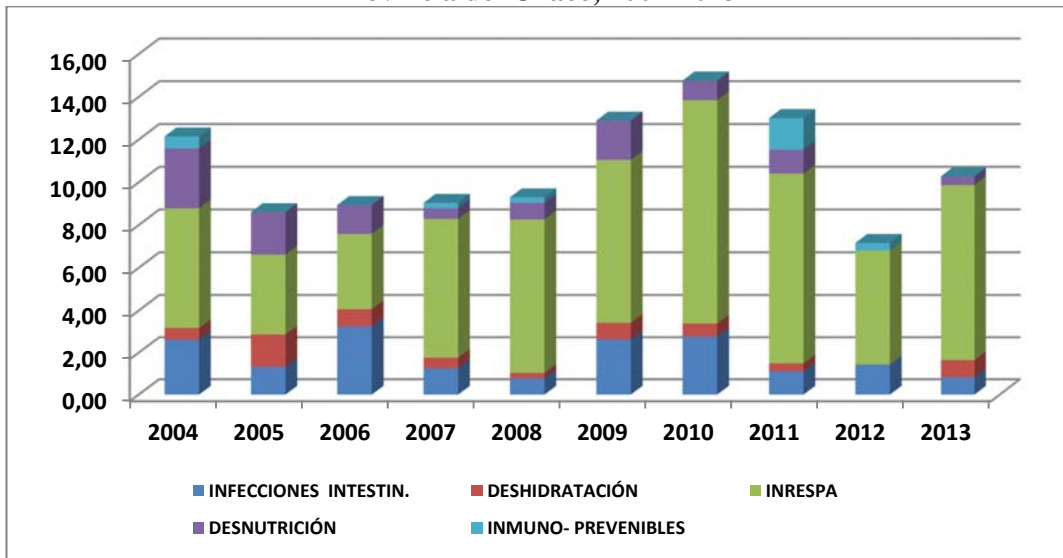
<sup>12</sup> Es importante aclarar que si bien las tasas de mortalidad infantil por afecciones originadas en el período perinatal y anomalías congénitas tuvieron el comportamiento antes descrito, el peso relativo de las mismas en el total de las defunciones aumentó en el período considerable, como consecuencia de la disminución de las otras causas analizadas.

vivos. Las tasas de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles prácticamente desaparecieron en la última década.

En el período 2004 al 2013 las defunciones por enfermedades inmunoprevenibles representaron menos del 1 % de las muertes de niños menores de 1 año (excepto en el año 2011 que fue el 1,5 %) (Figura 10)

**Figura 10**

**Distribución Relativa Según Causas de Muerte Seleccionadas.  
Provincia del Chaco, 2004-2013**



**Fuente:** Estadísticas Vitales de la Provincia del Chaco. Dirección Provincial de Bioestadística. Elaboración propia.

Las infecciones intestinales y la deshidratación no superaron el 4 % de las defunciones infantiles en todo el período, mientras que las muertes por desnutrición registraron el mayor porcentaje en el año 2004 (2,8%) con 15 casos y en los años posteriores no superaran el 2% de las defunciones de niños menores de 1 año.

## *CAPÍTULO III*

### *Políticas, programas y planes de salud*

## **Elementos básicos de los Sistemas de Salud**

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud (OMS, 2007) establece seis elementos básicos de los sistemas de salud:

- ✓ **Prestación de servicios:** Los buenos servicios de salud son aquellos que permiten realizar intervenciones de calidad eficaz, segura, personales o no, destinadas a quienes las necesitan, cuándo y dónde se necesitan, evitando al máximo el desperdicio de recursos.
- ✓ **Productos médicos, vacunas y tecnologías:** Un sistema de salud que funcione debidamente tiene que posibilitar un acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguros y costo eficaces, así como su utilización científicamente racional y costo eficaz
- ✓ **Dotación de personal sanitario:** El personal sanitario se desempeña correctamente cuando responde a las necesidades y actúa de manera equitativa y eficaz para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud, habida cuenta de los recursos disponibles y de las circunstancias en que se encuentra (esto es, que debe haber personal suficiente, equitativamente distribuido, que sea competente, idóneo y productivo).
- ✓ **Financiación de los sistemas de salud:** Un buen sistema de financiación de la salud debe recaudar fondos suficientes para que la población pueda tener acceso a los servicios necesarios y estar protegida contra el riesgo de gastos catastróficos y empobrecimiento vinculado al pago de esos servicios. También debe prever incentivos para los prestatarios y los usuarios.
- ✓ **Sistema de información sanitaria:** Un sistema de información sanitaria que funcione debidamente tiene que asegurar la producción, el análisis, la difusión y la utilización de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño del sistema de salud y el estado de salud de la población.
- ✓ **Liderazgo y gobernanza:** El liderazgo y la gobernanza suponen la existencia de un marco normativo estratégico, acompañado de una supervisión eficaz, así como

de la creación de alianzas, el establecimiento de una reglamentación, la atención a la concepción de los sistemas y la rendición de cuentas.

### **Política de salud, Estado de salud de la población y Sistemas de Salud**

Como lo expresara González García y Tobar (2004) Aunque los conceptos políticas de salud, estado de salud de la población, y sistema de salud, estén íntimamente vinculados entre sí, es preciso distinguir sus diferencias.

“Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición del rol del Estado en la salud, A partir de ella la salud alcanza el status de cuestión pública, de un problema de Estado, definiendo derechos y deberes. **El estado de salud** de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos”. (González García y Tobar, 2004:26)

**El sistema de salud** puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud, a través de la provisión de servicios de salud comúnmente denominados “prestaciones”.

A partir de los dos conceptos anteriores se desprende un tercero, el de **necesidad de salud**: aquellas prestaciones que el sistema de salud tiene por misión proveer, y que, de acuerdo al propio sistema de salud beneficia a las personas. De acuerdo a este concepto, la necesidad de salud de una mujer embarazada es recibir por lo menos cinco (5) consultas durante su embarazo, realizarse una ecografía por trimestre, recibir la vacuna antitetánica, consumir hierro y atender su parto en una institución de salud con una capacidad de resolución. Lo dice la ciencia, y lo repiten todos los días los servicios de salud, por cuanto cada una de las mencionadas prestaciones beneficia el estado de salud de las mujeres embarazadas. Por consiguiente, cada mujer embarazada necesita todas las prestaciones arriba mencionadas. De acuerdo a nuestra constitución, entonces, la mujer embarazada tiene derecho a recibirlas.

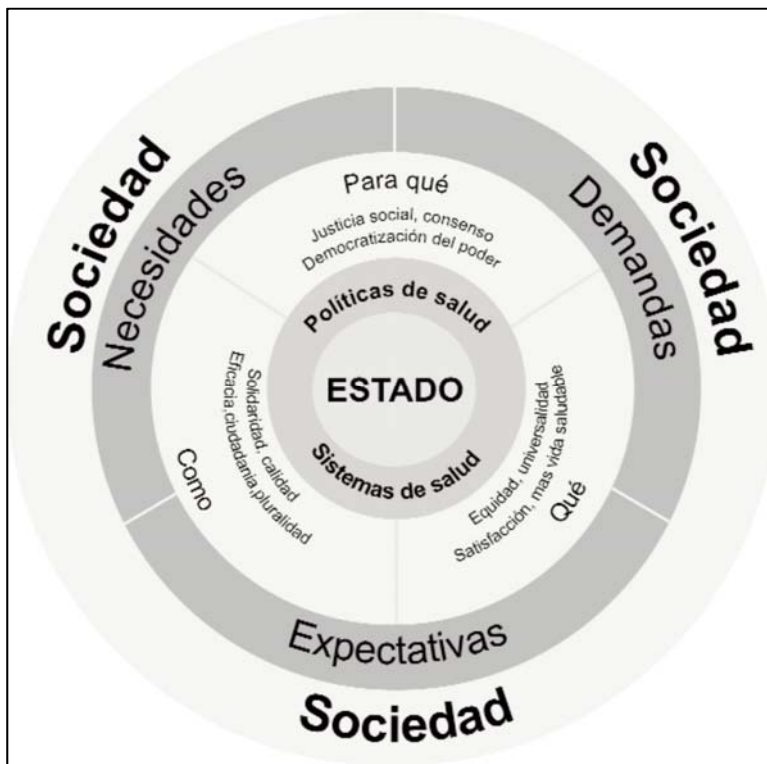
**Una política de salud** implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. (Ministerio de Salud de la Nación 2010)

Las políticas de salud tienen su origen en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, mortalidad, envejecimiento,

distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc., que son el insumo de proposiciones políticas y a su vez todas las políticas expresan, de manera implícita o explícita una determinada racionalidad política e instrumental, elecciones estratégicas, fines y valores. Por lo tanto, la formulación de una política será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con que sea concebida.

**Figura 11**

**Valores en Políticas Sanitarias**



Fuente: González García G. Tobar F. Más salud por el mismo dinero. Ediciones ISALUD. 1997

**Políticas, Programas y Planes**

En el País el Ministerio de Salud es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normalización regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación (Belmartino, 1999:291). Los gobiernos

provinciales, son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus Ministerios de Salud. Las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, puesto que realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica. La relación entre la nación y las Provincias, se establece a través del Consejo Federal de Salud (COFESA),

En el período investigado, el Gobierno Nacional desde el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Cooperación Internacional, aboco sus esfuerzos, conocimientos y experiencias en la elaboración e implementación de programas, planes tendientes entre otros objetivos a reducir la mortalidad infantil en nuestro país.

Entre los numerosos programas y planes implementados durante el período estudiado, nos focalizaremos en los que se investigara: el P.A.I. y el NACER/SUMAR, para determinar qué resultados ha obtenido en la provincia del CHACO.-

### **Programa Ampliado de Inmunización (PAI)<sup>13</sup>**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS /OMS fueron respaldadas sus metas en septiembre de 1977, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo.

En su inicio, el PAI estaba dirigido fundamentalmente al grupo de niños y niñas menores de cinco años y en especial a los menores de un año, así como a las embarazadas. Su propósito era disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas tales como: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión y tuberculosis. La principal estrategia recomendada era la vacunación simultánea y permanente.

Los objetivos del PAI son:

- ✓ Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- ✓ Erradicar la Poliomielitis y el Sarampión.

---

<sup>13</sup><http://www.msal.gov.ar/pronacei/>

- ✓ Mantener niveles de protección adecuado mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.

Según expresa la Dra. Cayré a cargo del Programa de Inmunizaciones de la provincia desde 7/2012, “... los objetivos del Pai son la disminución de la morbilidad y la disminución de la mortalidad infantil. Asimismo las infecciones respiratorias son consideradas mundialmente una de las principales causas de mortalidad infantil, entre ellas la neumonía, la enfermedad tipo influenza y bronquiolitis, afecciones de mayor frecuencia y gravedad. Siendo la Infección Respiratoria Aguda Baja (Irab) la cuarta causa de mortalidad infantil en Argentina y el Virus Sincicial respiratorio agudo el principal agente etiológico de ellas. Para ello se administran vacunas que previenen enfermedades y hay otras que no previenen enfermedades, “previenen la muerte por enfermedad”, tal es el caso de la vacuna antigripal cuya meta es que no hayan muertes por gripe aplicándose a las embarazadas, a niños menores de 2 meses y diabéticos”.

Las enfermedades objeto del Programa son: poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tos ferina (pertussis), tuberculosis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, Haemophilus influenzae, hepatitis B. Sin embargo cada país dispone de un Programa de Inmunización adaptado a la situación epidemiológica de cada uno de ellos. Lo ideal sería disponer de un Programa básico o general que incluya a vacunas contra la mayoría de las enfermedades.

Desde la creación del PAI se lograron en Argentina avances significativos en el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.

A partir del año 1983 el Programa Ampliado De Inmunizaciones tiene la responsabilidad de la implementación y seguimiento de la Ley 22.909 considerando a la vacunación como un derecho de toda la población y un deber del Estado garantizar este derecho.

Durante el período 1980-1999 se incrementaron las coberturas con las vacunas del calendario al año de edad. Desde 1990 la tendencia es en ascenso manteniéndose entre 80 y 100% y desde 2002 son mayores a 90%. En 1984 ocurrió el último caso de poliomielitis por virus salvaje en el país.



En 1998 se incorporó al calendario regular la vacuna contra *Haemophilus Influenzae* tipo b. Desde 2003 a esta parte se incorporaron 10 de las 16 vacunas del calendario oficial como por ejemplo: Hepatitis A a los 12 meses, pentavalente, gripe, VPH a los 11 años, neumococo para menores de 2 años, entre otras.

Con respecto al Calendario Nacional de vacunación la Dra Cayré señala: *...es un calendario amplio , actualmente consta de dieciseis (16) vacunas, 3 vacunas más que se van a implementar el año que viene ,abarcando desde el recién nacido hasta los adultos mayores, pasando por los menores de un año, es decir, los lactantes, chicos de un año, de 15 a 18 meses, ingreso escolar, los de 11 años que es otro refuerzo, las embarazadas, adultos y mayores de 65 años , hay vacunas para todas las edades según su condición. Obviamente que hay vacunas que si los chicos tienen el esquema atrasado y aunque no tengan la edad correspondiente hay que administrárselas. También hay vacunas universales por ej. Hepatitis B se puede colocar en cualquier etapa de la vida, en cualquier edad, si no se colocó al nacimiento y durante la lactancia. (Ej. si hoy encontramos un chico de 12 años que no tiene el esquema completo de vacunas contra Hepatitis B se le puede completar y administrar y de ahí en adelante) .Con la vacuna quíntuple que se le da a los dos cuatro y seis meses se está administrando Hepatitis B. Cuando se debe controlar a un chico de un año tiene que tener el esquema completo de Hepatitis B, sino tiene se le capta a los seis años y se les puede administrar, sino tiene se le capta a los 11 años, tenes una brecha muy grande en mayores .No hay límites en algunas en cuanto a administración en otras sí pero no están licenciadas por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica) que es el instituto que supervisa, controla el uso de medicamentos.*

Uno de los objetivos fundamentales de la Argentina es favorecer la transición de la vacunación del niño a la familia, teniendo en cuenta que las vacunas no sólo benefician a los individuos sino también a quienes los rodean para, de esta manera, fomentar una comunidad sana.

El 30 de abril de 2010 se crea, por Resolución Ministerial 776 el **Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles** (ProNaCei), en dependencia directa

de la Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios, otorgándole una gran jerarquía tanto desde el punto de vista político como desde la gestión.

Los objetivos del ProNaCei son disminuir el impacto de las enfermedades inmunoprevenibles a través del alcance de elevados niveles de cobertura en todas las Jurisdicciones, mejorar la prestación de servicios de vacunación y establecer prioridades para la incorporación de nuevas vacunas a los Calendarios Nacionales (Res. N° 776). Para la concreción del mencionado Programa, el Ministerio adquiere las vacunas que corresponden al Calendario Nacional de Vacunación y cuya aplicación es gratuita y obligatoria en todo el país.

La Dra. Cayré afirma que “... Argentina es considerada como uno de los países que mejor calendario tiene en todo Latinoamérica, inclusive del mundo. En junio se hizo un reconocimiento en Ginebra a la Argentina por el tipo de esquema contra Hepatitis A recibiendo un premio, y varios países después de eso se aliaron a ese Programa”.

### **Cronograma de Vacunación**

- ✓ **Hepatitis B**<sup>14</sup> Cronología de la incorporación de la vacuna en Argentina:
- 1992 En Argentina por **Ley Nacional N° 24.151/92** se inicia por vacunar a grupos de riesgo y personal de salud.
- 2000 Desde el 1 de noviembre del 2000 **La Resolución N°940/00** del Ministerio de Salud incorporó para el niño recién nacido con el esquema de 0-2-6 meses.
- 2003 Se incorporó en preadolescentes 11 años no inmunizados por Res. N°175/03.
- 2009 por Resolución N°773/2006 la vacuna combinada Quíntuple DTP-Hib-HB denominada “Pentavalente”-quíntuple celular a los 2,4 y 6 meses de vida y en el año 2012 se recomienda la vacunación universal contra la Hepatitis B.

Edad y esquema de vacunación: la dosis neonatal de la vacuna debe ser solo monovalente. El esquema continúa con vacuna combinada .Se requiere la aplicación de

---

<sup>14</sup> La infección por el virus de hepatitis B (VHB) constituye un problema de salud pública importante. En la actualidad se estima que más de 2000 millones de personas en el mundo están infectadas, de los cuales unos 360 millones tienen infección crónica y riesgo de enfermedad grave y de muerte por cirrosis hepática y cáncer de hígado .Estas complicaciones causan entre 500.000 y 700.000 muertes cada año en todo el mundo(Ministerio de Salud, 2012) .

3 dosis de esta vacuna (quíntuple-“pentavalente”) a los 2,4 y 6 meses de vida. Es indispensable vacunar a los niños antes de las 12 hs. de vida, esta es una estrategia esencial en la prevención de la infección vertical por el VHB. (Ministerio de Salud, 2012)

Inmunidad: tiene una eficacia del 90 al 95% para prevenir la infección aguda y las formas crónicas del virus de la hepatitis B en niños y adultos.

“La jefa del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud, Carla Vizzotti, explicó que la hepatitis B es una enfermedad que se transmite por vía sexual, transfusión de sangre no segura, drogadicción endovenosa ó accidentes corto-punzantes y de la mamá al bebé. Preciso que en Argentina la vacuna se dá a las 12 hs. De vida para prevenir la hepatitis B neonatal, problema que prácticamente está controlado, y a los 2,4 y 6 meses se administra con la vacuna quíntuple”

✓ **Vacuna BCG:**

La BCG actuaría evitando la diseminación que se produce en la primoinfección por el bacilo de Koch. Esta primoinfección puede evolucionar a enfermedad pulmonar .Los niños pequeños tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones graves y diseminadas por eso es imprescindible aplicarles la BCG antes de su egreso de la maternidad.

*“En el Chaco, porque es zona endémica se vacuna durante todo el primer mes. Si se suma los siete días que se llega a un 85% más los vacunados durante todo el primer mes se llega a un 99% de cobertura y con Hepatitis B a un 60”* (Dra. Cayré-Pai Chaco).-

✓ **Vacuna Sabin**

En 1988 la OMS impulsó la iniciativa global para erradicar la poliomeilitis en el año 2000, a través de la vacunación masiva con vacuna OPV Sabin. En Argentina el último caso de poliomeilitis se había diagnosticado en 1984 en Salta. En 1987 se creó el Programa Nacional de Erradicación de la Poliomeilitis implementándose la vigilancia de las Parálisis Agudas Fláccidas para descartar todo caso probable de poliomeilitis (Ministerio de Salud, 2012).

Según expresa la Dra. Cayré Pai “*hay varias vacunas del lactante en Chaco: a los 2,4 y 6 meses se les administra la Quíntuple Celular ó Pentavalente, y si no hay Quíntuple se la reemplaza por Cuádruple Más Hepatitis B (el año 2014 tuvieron problemas para conseguir Quíntuple).La Quíntuple y Cuádruple cubre contra la difteria, coqueluche, tétanos, (que sería la Triple), Haemophilus Influenza y Hepatitis B.-SABIN a los 2 , 3 y 6 meses .*

✓ **Vacuna Neumococo:**

*“La vacuna Prevenar se implementó aproximadamente hace tres años, año 2011, recién el año 2013 el PAI tuvo una cobertura mayor del 90% , se lo puede asociar...la vacuna en realidad lo que previene es la meningitis por Neumococo es decir, la enfermedad invasiva por Neumococo , hay algunos estudios que confirman que disminuye la neumonía pero sobre todo el mayor impacto es la enfermedad invasiva por neumococo que son las constipaciones más severas como la meningitis . Como recién hace un año desde el 2013 al 2014 no se puede evaluar mucho el resultado de la cobertura de esta vacuna, muy reciente” (Dra.Cayré).*

Al examinar las coberturas del PAI Provincia del Chaco para niños menores de un año se ha observado que (Anexo):

- Hepatitis B se ha administrado en dos dosis durante el Año 2004 con 54,1% y 82,4% hasta el Año 2010 con 82,4% y 10,7% para finalizar con una dosis en el 2013 del 60,5% respectivamente.
- BCG administrada en dos dosis ,(primer dosis menos de 7 días de nacido y segunda dosis a menores de un año): Año 2004 con 75,6% y 91,8% aumentando en forma constante con valores al Año 2012 de 79,6% y 102,5% y Año 2013 de 85,1% y 16%.-
- Sabin Oral : se registra una dosis a menores de un año desde el Año 2004 con 88,8% hasta el año 2011 con 72,2%, y a partir del Año 2012 con tres dosis para 2, 4 y 6 meses del 30,1% (1ºd.); 30,1%(2º d.)y 97,1%(3ºd.) finalizando el Año 2013 con 95%(1ºd.) 91,3%(2ºd.) y 91%(3ºd.) .-
- Cuádruple: una dosis en el Año 2004 con 90% de cobertura y Año 2010 con 8,7%.-

- **Quíntuple Pentavalente (DPT/HB+HIB):** se administra a partir del Año 2009 con una dosis del 0,1% ,Año 2010 con 90,4% ,Año 2011 con 70,1% y ya en el Año 2012 con tres dosis para niños de 2 , 4 y 6 meses ,culminando en el Año 2013 con 93,2%,(1ºd.) 91,3%(2ºd) y 90%(3º d.) .-
- **Neumococo Conjugada:** ingresa al Calendario Nacional a partir del Año 2011 y según registros Pai Provincia del Chaco a partir del Año 2012 con 127,7% (2 meses) 87% (4 meses) y 29%(refuerzo) y Año 2013 100,3%(2m.) 92,3% (4m.) y 80,3% (refuerzo) .-

### **Plan Nacer - Sumar<sup>15</sup>**

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que se inició en el año 2005 en las provincias del NEA y NOA y en 2007 se extendió a todo el país.

Es un programa, que tiene como finalidad mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social, con el fin de reducir de la mortalidad materna e infantil, disminuir las brechas entre las jurisdicciones, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención de la población y de este modo de contribuir, en el marco de un conjunto de acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud, al cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio en lo que respecta a la salud materno infantil para el año 2015.

*“El Plan Nacer, hoy Programa Sumar es un Programa Nacional que tuvo por objetivo inicial (el plan Nacer) disminuir la mortalidad materna e infantil, y a partir de la incorporación del programa sumar se atienden también los casos de problemática adolescente, embarazo en la adolescencia, violencia, consumo de tóxicos, y en las mujeres mayores entre 20 y 64 años sobre todo se apunta todo al control del cáncer cérvicouterino, cáncer de mamas. El Programa Sumar está dirigido a varones hasta los 20 años y a mujeres hasta los 64 años, inicialmente cuando era Plan Nacer cubría a las embarazadas, puérperas hasta los 45 días, y los niños desde 0 a 6 años”. Dr. Scalamogna, Coordinador Provincial del Programa Sumar, a cargo del Programa desde el mes de junio de 2010.-*

---

<sup>15</sup><http://www.plannacer.msal.gov.ar/>

**Las trazadoras son macro variables relacionadas con el resultado de la actuación de los servicios de salud, particularmente los CAPS. Estas macro variables tienen definiciones que las operativizan en términos de variables a partir de las cuales se obtienen datos que alimentan los indicadores a través de los cuales se evalúa cada trazadora en forma cuatrimestral. Las trazadoras (macro-variables) son:**

- ✓ Captación temprana de mujeres embarazadas.
- ✓ Seguimiento del Embarazo.
- ✓ Efectividad de atención del parto y atención neonatal.
- ✓ Efectividad de cuidado neonatal y prevención de prematurez.
- ✓ Efectividad de atención prenatal y del parto.
- ✓ Efectividad del cuidado neonatal.
- ✓ Auditoría de Muertes infantiles y Maternas.
- ✓ Cobertura de inmunizaciones.
- ✓ Cuidado sexual y reproductivo.
- ✓ Seguimiento de niño/a sano hasta 1 año.
- ✓ Seguimiento de niño/a sano de 1 a 6 años.
- ✓ Capacidad de detección de casos de cardiopatía congénita en menores de un año.
- ✓ Prevención de cáncer cérvico uterino.
- ✓ Cuidado del cáncer de mama.

En el Plan Nacer, la Nación le transfiere recursos a las provincias sobre la base de una cápita por beneficiario inscripto (cápita prevista). En forma mensual, la nación transfiere a las provincias el 60% de la cápita prevista (cápita base), mientras que la transferencia del restante 40% está sujeta al cumplimiento de resultados (metas) sanitarios.

Para Agosto de 2012, el Plan Nacer ha atravesado distintas etapas, todas marcadas por avances en cobertura y prestaciones ofrecidas. Dividimos su evolución en dos grandes

etapas: el Plan Nacer propiamente dicho y el reciente **Programa SUMAR**<sup>16</sup>, una ampliación del Plan Nacer pero que mantiene los mismos objetivos y metas.

El Programa SUMAR, además de brindar cobertura a la población materno-infantil, incorporó a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

“El Programa SUMAR, como el Plan NACER, continuará con un claro enfoque de derechos que se propone brindar identidad a los nuevos grupos frente al sistema de salud y explicitar los servicios que conforman su derecho, asignándole contenido y alcance preciso. Generar conciencia en la población acerca de la importancia del cuidado de la salud, empoderarla para el ejercicio efectivo de su derecho, y potenciar su vínculo con el sistema de salud son objetivos priorizados por el Programa SUMAR” (www.msal.gov.ar/sumar)

El *Plan Nacer es un Programa Federal del Ministerio de Salud de la Nación* que se inicia en el año 2004 con el objetivo de contribuir a la reducción en la morbi-mortalidad materno-infantil, a través del fortalecimiento de la oferta pública de salud y la promoción de un cambio cultural y absolutamente innovador en la gestión de la salud pública.

Las consecuencias de la crisis a finales del año 2001 que fueron preocupantes se manifestaron con la precarización de las condiciones laborales con pérdida del seguro médico (obra social) para diferentes grupos de la población con una fuerte carga sobre los sistemas sanitarios provinciales. Casi la mitad de la población (48%) carecía de cobertura de obra social, correspondiendo el mayor porcentaje a niños y niñas (65%), empeoramiento de los indicadores básicos de salud, con un aumento en mortalidad infantil, alcanzando el 16,8 por mil nacidos vivos a nivel país y siendo aún peor en las provincias del norte argentino, donde llegó al 22 por mil.-

Debido a ello, el Gobierno Nacional en acuerdo con las Provincias, decide recuperar la salud pública luego de la crisis, implementando en el año 2004 el Plan Nacer como parte central de un conjunto de políticas de salud inclusivas con un claro enfoque de derechos, centradas en la promoción y el cuidado de la salud.

---

<sup>16</sup>Para mas información del Programa SUMAR, ingresar a [www.msal.gov.ar/sumar](http://www.msal.gov.ar/sumar)

El Plan Nacer es el primer Programa de salud que se cofinancia con fondos nacionales y provinciales, de esta forma la Nación y las Provincias se proponen alinear la inversión de recursos para concretar un objetivo común y lograr la sustentabilidad y continuidad de la política.

La inversión de la Nación desde el inicio de este programa asciende aproximadamente a USD 450 millones de dólares entre financiamiento externo y local. Y desde el año 2009 las Provincias han cofinanciado el programa por un monto superior a los USD 50 millones de dólares.-

Con ello, el *Plan Nacer* busca aumentar el “acceso y la calidad de los servicios de salud brindados a la población con el objetivo final de lograr una mejora en la situación de salud y la satisfacción de la población.”.

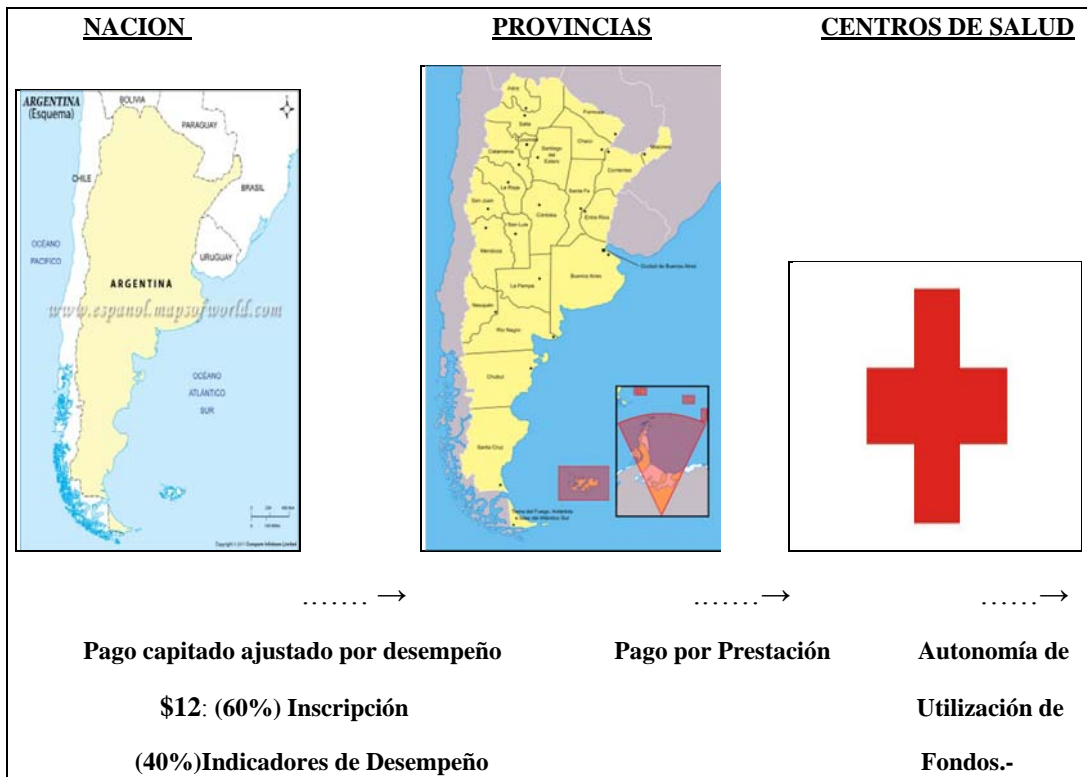
El Plan Nacer se implementó primeramente en las 9 provincias del norte argentino, por ser las provincias con mayor proporción de población sin cobertura de salud y con mayores tasas de morbi-mortalidad materno infantil respecto del promedio nacional. Luego en el 2007, se puso en marcha en las restantes 15 provincias del país.

Finalmente, en el año 2012, el Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales han decidido ampliar la cobertura poblacional y prestacional del Plan Nacer con el lanzamiento del Programa Sumar.

El Plan Nacer se destaca por incluir en su diseño un esquema innovador de financiamiento basado en resultados; mediante el cual la Nación acuerda con las Provincias la obtención de metas de salud para su población.



**Figura 12: Esquema de Financiamiento por Resultados**



**Uso de Fondos:**

- Incentivo al personal
- Contratación personal
- Insumos
- Inversiones
- Mantenimiento

Fuente: Plan Nacer Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2013).

**Análisis de Trazadoras - Plan NACER-SUMAR:**

El procedimiento de análisis de las Trazadoras del Plan Nacer-Sumar surge de los datos expresados en las columnas de los Cuadros 5 al 12 (S/Anexo) incluidos en los siguientes conceptos:

**Casos Reales –Positivos:** es la cantidad de beneficiarios realmente captados por el Plan en CAPS de la Provincia del Chaco.-

Denominador: estimación consensuada por Nación de la cantidad de ciudadanos de la provincia que no tienen obra social (trabajadores informales y desocupados), que debería ser captados por el Chaco como “beneficiarios ó cupo” del Plan Nacer – Programa Sumar.-

Porcentaje 1: es el porcentaje de beneficiarios que captó realmente el Plan en los CAPS de la Provincia, expresados en 3 cuatrimestres del año específico.-

Surge de la siguiente expresión: Casos Reales (Positivos)/Denominador x 100.-

Meta Mínima (Porcentaje 2): es el porcentaje mínimo de beneficiarios esperado por Nación a ser captado por la Provincia.

Positivos 2: surge de la siguiente expresión: es la Meta Mínima ó Porcentaje 2 x Denominador (de cada Cuatrimestre del año).-

Meta Máxima (Porcentaje 3): es el porcentaje máximo ideal de beneficiarios esperado por Nación a ser captado por la Provincia.

Positivos Total Anual: es la sumatoria de Positivos ó Casos Reales de los tres cuatrimestres, es decir la suma total de beneficiarios captados realmente por Provincia en el año específico.-

Denominador Total Anual: es la sumatoria de los denominadores correspondientes a los tres cuatrimestres del año. Sería la cantidad total de beneficiarios consensuada por Nación que debería captar el Chaco en el año analizado.-

Promedio Anual: surge del cociente de Positivos TotalAnual /Denominador Total Anual. Expresa el porcentaje real de beneficiarios realmente captados por provincia anualmente.-

- **Trazadora 1 Plan Nacer: “Captación Temprana de Mujeres Embarazadas”.**

Descripción: Mujeres embarazadas con control prenatal antes de semana 20 de gestación. Período 2006 al 2012:

En el **Año 2006** se observa que de un total de población estimada por Nación a ser captadas por la provincia como beneficiarios del Plan de 15.699 (Denominador Total Anual) fueron realmente incluidos por los CAPS de la provincia 4460 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $4460/15699 \times 100 = 28,41\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

En el **Año 2007** de un total de población estimada por Nación para provincia de 13.290 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 5710 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $5710/13.290 \times 100 = 42,96\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

En el **Año 2008** de un total de población estimada por Nación para provincia de 10.794 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 4551 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $4551/10.794 \times 100 = 42,16\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 5586 beneficiarios , es decir el 79% de 7072 sumatoria de Denominador de 2° y 3° cuatrimestre, porque la meta mínima se impone en este año a partir del 2° cuatrimestre.-

Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%, Meta Mínima Nación 79% y Promedio Anual Provincial del 42,16%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales logrados.

En el **Año 2009**, de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.272 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 5679 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $5679/12.272 \times 100 = 46,28\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 9694 beneficiarios, es decir el 79% de 12.272 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.658 beneficiarios, el 95% de 12.272.-

Meta Mínima Nación 79%; Máxima Nación del 95%. Promedio Anual Provincial del 46,28%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%,

En el **Año 2010**, de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.043 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 5721 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $5721/12.043 \times 100 = 47,5\%$   
Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 9513 beneficiarios, es decir el 79% de 12.043 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.440 beneficiarios, el 95% de 12.043.-

Meta Mínima Nación 79%; Máxima Nación del 95%. Promedio Anual Provincial del 47,50%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%,

En el **Año 2011** de un total de población estimada por Nación para provincia de 11.652 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 5.535 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $5535/11.652 \times 100 = 47,5\%$   
Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 9205 beneficiarios, es decir el 79% de 11.652 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.069 beneficiarios, el 95% de 11.652.-

Meta Mínima Nación 79%; Máxima Nación del 95%. Promedio Anual Provincial del 47,50%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%,

En el **Año 2012** de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.578(Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 5.975 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $5.975/12.578 \times 100 = 47,5\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 9.936 beneficiarios, es decir el 79% de 12.578 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.949 beneficiarios, el 95% de 12.578.-

Meta Mínima Nación 79%; Máxima Nación del 95%. Promedio Anual Provincial del 47,50%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%,

- **Trazadora 1 Plan Sumar: “Atención Temprana de Embarazo”**

Descripción: Mujeres embarazadas atendidas antes de semana 13 de gestación.

Año 2013:

En el **Año 2013** de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.374(Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 3.180 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $3.180/12.374 \times 100 = 25,70\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 3.588 beneficiarios, es decir el 29% de 12.374 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.755 beneficiarios, el 95% de 12.374.-

Meta Mínima Nación 29%; Máxima Nación del 95%. Promedio Anual Provincial del 25,70%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

- **Trazadora 2 Plan Sumar: “Seguimiento del Embarazo”.**

Descripción: 4 controles prenatales en mujeres embarazadas. Año 2013:

En el **Año 2013** de un total de población estimada por Nación para provincia de 10.362(Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Sumar provincia 1.976 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir se insertaron realmente en Plan Sumar-CAPS-Chaco  $1.976/10.362 \times 100 = 19,07\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 3.938 beneficiarios, es decir el 38% de 10.362 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 9.844 beneficiarios, el 95% de 10.362.-

Meta Mínima Nación 38%; Máxima Nación del 95%. Promedio Anual Provincial del 19,07%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

- **Trazadora 2 Plan Nacer: “Efectividad de Atención del Parto y Atención Neonatal”**

Descripción: Recién nacido con APGAR normal a los 5 minutos (primera prueba médica al recién nacido a los 5 minutos tras el parto). Período 2006 al 2012:

En el **Año 2006** se observa que de un total de población estimada por Nación a ser captadas por la provincia como beneficiarios del Plan de 15.699 (Denominador Total Anual) fueron realmente incluidos por los CAPS de la provincia 4626 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $4626/15699 \times 100 = 29,47\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

En el **Año 2007** de un total de población estimada por Nación para provincia de 13.290 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 10.021 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $10.021/13.290 \times 100 = 75,40\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.-

En el **Año 2008** de un total de población estimada por Nación para provincia de 10.422 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7719 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7719/10.422 \times 100 = 74,06\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 5896 beneficiarios, es decir el 88% de 6700 sumatoria de Denominador de 2° y 3° cuatrimestre, porque la meta mínima se impone en este año a partir del 2° cuatrimestre.-

Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%, Meta Mínima Nación 88% y Promedio Anual Provincial del 74,06%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales logrados.-

En el **Año 2009**, de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.272 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7180 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7180/12.272 \times 100 = 58,51\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 10799 beneficiarios, es decir el 88% de 12.272 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.044 beneficiarios, el 90% de 12.272.-(Denominador Total Anual).-

Meta Mínima Nación 88%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 58,51%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%,

En el **Año 2010**, de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.043 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7047 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7047/12.043 \times 100 = 58,52\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 10.598 beneficiarios, es decir el 88% de 12.043 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 10.839 beneficiarios, el 90% de 12.043 (Denominador Total Anual).-

Meta Mínima Nación 88%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 58,52%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%,

En el **Año 2011** de un total de población estimada por Nación para provincia de 11.652 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 6.819 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $6.819/11.652 \times 100 = 58,52\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 10.254 beneficiarios, es decir el 88% de 11.652 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje3): expresa que tendría que haber captado 10.487 beneficiarios, el 90% de 11.652(Denominador Total Anual).-

Meta Mínima Nación 88%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 58,52%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

Es importante resaltar que a partir de 2011, el Gobierno Nacional implementó la Asignación por Embarazo, esto es, una prestación monetaria, no retributiva, que se abona mensualmente a la mujer embarazada desde la semana 12 de gestación hasta el



nacimiento o interrupción del embarazo, beneficio que actúa sinérgicamente con los objetivos del plan Nacer-Sumar.

En el **Año 2012** de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.578 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7.359 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7.359/12.578 \times 100 = 58,51\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 11.068 beneficiarios, es decir el 88% de 12.578 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.320 beneficiarios, el 90% de 12.578.-

Meta Mínima Nación 88%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 58,51%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

- **Trazadora 3 Plan Nacer: “Efectividad de Cuidado Neonatal y Prevención de Prematurez”.**

Descripción: Peso al nacer superior a 2.500 gramos. Período 2006 al 2012:

En el **Año 2006** se observa que de un total de población estimada por Nación a ser captadas por la provincia como beneficiarios del Plan de 15.699 (Denominador Total Anual) fueron realmente incluidos por los CAPS de la provincia 4703 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $4703/15699 \times 100 = 29,96\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

En el **Año 2007** de un total de población estimada por Nación para provincia de 13.290 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 9.545 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $9.545/13.290 \times 100 = 71,82\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.-

En el **Año 2008** de un total de población estimada por Nación para provincia de 10.422 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7576 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7576/10.422 \times 100 = 72,69\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 5896 beneficiarios , es decir el 88% de 6700 sumatoria de Denominador de 2° y 3° cuatrimestre, porque la meta mínima se impone en este año a partir del 2° cuatrimestre.-

Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%, Meta Mínima Nación 88% y Promedio Anual Provincial del 72,69%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales logrados.-

En el **Año 2009** de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.272 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7291 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7291/12.272 \times 100 = 59,41\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 10799 beneficiarios, es decir el 88% de 12.272 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.044 beneficiarios, el 90% de 12.272.- (Denominador Total Anual).-

Meta Mínima Nación 88%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 59,41%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

En el **Año 2010** de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.043 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7.156 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7.156/12.043 \times 100 = 59,42\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 10.598 beneficiarios, es decir el 88% de 12.043 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 10.838 beneficiarios, el 90% de 12.043.-

Meta Mínima Nación 88% ; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 59,42%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

En el **Año 2011** de un total de población estimada por Nación para provincia de 11.652 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 6.924 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $6.924/11.652 \times 100 = 59,42\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 10.254 beneficiarios, es decir el 88% de 11.652 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje3): expresa que tendría que haber captado 10.487 beneficiarios, el 90% de 11.652(Denominador Total Anual).-

Meta Mínima Nación 88%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 59,42%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

En el **Año 2012** de un total de población estimada por Nación para provincia de 12.578(Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 7.474 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $7.474/12.578 \times 100 = 59,42\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 11.068 beneficiarios, es decir el 88% de 12.578 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 11.320 beneficiarios, el 90% de 12.578.-

Meta Mínima Nación 88%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 59,42%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

- **Trazadora 3 Plan Sumar: “Efectividad del Cuidado Neonatal”.**

Descripción: Sobrevida a los 28 días de vida de los niños con peso al nacer entre 750 y 1500 gramos. Año 2013:

En el **Año 2013** de un total de población estimada por Nación para provincia de 92 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Sumar provincia 44 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir se insertaron realmente en Plan Sumar-CAPS-Chaco  $44/92 \times 100 = 47,83\%$   
Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 52 beneficiarios, es decir el 57% de 92 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 87 beneficiarios, el 95% de 92. (Denominador Total Anual).

Meta Mínima Nación 57%; Máxima Nación del 95%. Promedio Anual Provincial del 47,83%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

- **Trazadora 8 Plan Nacer: “Seguimiento del Niño Sano Hasta un Año”.**

Descripción: Niños menores de un año con cronograma completo de controles y percentiles de peso, talla y perímetro cefálico. Período 2006 al 2012.-

En el **Año 2006** se observa que de un total de población estimada por Nación a ser captadas por la provincia como beneficiarios del Plan de 15.699 (Denominador Total Anual) fueron realmente incluidos por los CAPS de la provincia 1563 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $1563/15699 \times 100 = 9,96\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

En el **Año 2007** de un total de población estimada por Nación para provincia de 39.873 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 6.761 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $6.761/39.873 \times 100 = 16,96\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.-

En el **Año 2008** de un total de población estimada por Nación para provincia de 31.263 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 9.931 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $9.931/31.263 \times 100 = 31,77\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 15.676 beneficiarios, es decir el 78% de 20.098 sumatoria de Denominador de 2° y 3° cuatrimestre, porque la meta mínima se impone en este año a partir del 2° cuatrimestre.-

Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%, Meta Mínima Nación 78% y Promedio Anual Provincial del 31,77%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales logrados.-

En el **Año 2009** de un total de población estimada por Nación para provincia de 36.815 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 15.489 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $15.489/36.815 \times 100 = 42,07\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 28.716 beneficiarios, es decir el 78% de 36.815 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 33.134 beneficiarios, el 90% de 36.815.-(Denominador Total Anual).-

Meta Mínima Nación 78%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 42,07%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

En el **Año 2010** de un total de población estimada por Nación para provincia de 36.127(Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 16.258 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $16.258/36.127 \times 100 = 45\%$   
Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 28.179 beneficiarios, es decir el 78% de 36.127(Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 32.514 beneficiarios, el 90% de 36.127.-

Meta Mínima Nación 78%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 45%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

En el **Año 2011** de un total de población estimada por Nación para provincia de 34.953(Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 15.729 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $15.729/34.953 \times 100 = 45\%$   
Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 27.263 beneficiarios, es decir el 78% de 34.953 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje3): expresa que tendría que haber captado 31.457 beneficiarios, el 90% de 34.953 (Denominador Total Anual).-

Meta Mínima Nación 78%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 45%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

En el **Año 2012** de un total de población estimada por Nación para provincia de 37.735 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 16.981 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $16.981/37.735 \times 100 = 45\%$   
Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 29.433 beneficiarios, es decir el 78% de 37.735 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 33.962 beneficiarios, el 90% de 37.735.-

Meta Mínima Nación 78%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 45%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-

• **Trazadora 4 –Plan Sumar “Seguimiento de Salud del Niño Menor de un Año”.**

Descripción: Realización de seis controles de salud antes del año de vida. Año 2013:

En el **Año 2013** de un total de población estimada por Nación para provincia de 33.248 (Denominador Total Anual) fueron realmente captados por el Plan Nacer provincia 10.736 beneficiarios (Positivos Total Anual).

Es decir, se insertaron realmente en Plan Nacer-CAPS-Chaco  $10.736/33.248 \times 100 = 32,29\%$  Promedio Anual Real de casos Positivos.

Con una Meta Mínima (Porcentaje 2): dice que tendría que haber captado 14.962 beneficiarios, es decir el 45% de 33.248 (Denominador Total Anual).

Meta Máxima (Porcentaje 3): expresa que tendría que haber captado 29.923 beneficiarios, el 90% de 33.248.-

*La mortalidad infantil y la implementación de programas, planes y políticas sociales en la provincia del Chaco. Plan Nacer-Sumar y PAI*

---

Meta Mínima Nación 45%; Máxima Nación del 90%. Promedio Anual Provincial del 32,29%, que es el porcentaje de casos positivos ó reales captados por el Plan en Chaco.-  
Porcentaje de Retribución alcanzado: 0,00%.-



## *CAPÍTULO IV*

### *Análisis de resultados*

### **Evolución de la mortalidad infantil**

La muerte de los individuos es el resultado de haber perdido la batalla por mantener el equilibrio entre los determinantes sociales intermediarios de la salud, en el proceso continuo de salud-enfermedad. Dichos determinantes —circunstancias materiales; circunstancias psicosociales; factores conductuales y /o biológicos (Solar & Irwin, 2010)— están definidos por los mecanismos sociales, económicos y políticos, que dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas, a partir de las cuales las poblaciones están estratificadas de acuerdo a ingresos, educación, ocupación, género, raza/origen étnico y otros factores.

La mortalidad infantil —decesos que ocurren antes del primer aniversario de una persona—, asociada a las variaciones de dichos determinantes, es un acontecimiento en el que se ve truncada la vida de una persona, cuyo derecho a la vida y a la salud no pudieron garantizarse. Esto convierte a la tasa de mortalidad infantil (TMI) en un indicador que refleja la salud general de una población, el nivel de desarrollo, y, de alguna manera, la eficacia del Estado como garante de esos derechos. (Bertone, 2014: 2)

Entre el año 1970 y el 2010, la tasa de mortalidad infantil de Argentina ha experimentado un significativo descenso, no quizás a la velocidad esperada si se la compara con algunos de sus países vecinos, fundamentalmente por haber iniciado el período con una tasa más baja.

Al igual que en el resto de las provincias argentinas, el Chaco, una de las provincias con la mayor tasa de mortalidad infantil de la Argentina en casi todo el período analizado presenta una importante disminución pasando de 96,9 defunciones de niños menores de un año por mil nacidos vivos en 1970 a 14,4 por mil en el año 2010.

Para explicar los logros en la reducción de la mortalidad, ya que la muerte responde a una variedad de causas, directas, indirectas o subyacentes, es necesario un estudio multicausal que excede los objetivos del presente estudio, que como fue enunciado precedentemente tiene como finalidad analizar la reducción de la mortalidad infantil en relación a las políticas, planes y programas de salud implementados en la provincia.

En concordancia con las diferentes etapas en la evolución de la mortalidad infantil Fantin (2012) infiere que en la primera (1970-1986) el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias (inmunoprevenibles, diarrea e inrespa) fue el factor fundamental del descenso de la mortalidad. Aproximadamente un 65% de la reducción registrada entre 1970 y 1986 puede atribuirse a estas enfermedades. Siendo el componente postneonatal el que presenta mayor reducción debido a que son causas de tipo exógeno que afectan fundamentalmente a los niños de más de un mes de edad.

El control de la diarrea, que representa un 33% de la reducción, responde a la incorporación de tecnología de bajo costo como son las sales de rehidratación, y al mayor acceso de personas a los servicios esenciales como ser agua potable y saneamiento básico.

Las enfermedades inmunoprevenibles, que prácticamente desaparecieron como causa de mortalidad infantil, responde fundamentalmente a las campañas de vacunación masiva que se desarrollaron al crearse el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que además de incorporar nuevas vacunas, amplió la cobertura.

Otro aporte muy importante es la disminución de las defunciones por insuficiencias respiratorias agudas, cuya reducción depende tanto de las mejoras en la atención médica como de la concientización y cambios de hábitos de las madres ante la presencia de estas enfermedades.

En esta etapa, si bien las afecciones originadas en el período perinatal y las anomalías congénitas adquieren cada vez mayor peso relativo a expensas de la reducción de las causas antes mencionadas, permanecen con tasas estables en todo el período, alrededor de 20 por mil y 3 por mil respectivamente.

En la segunda etapa, entre 1986-1996, las tasas se mantuvieron relativamente estables, se había logrado reducir considerablemente la mortalidad postneonatal, a tasas inferiores a la neonatal, y las principales causas de defunción la constituían las afecciones originadas en el período perinatal y las anomalías congénitas, causas de origen endógeno cuya reducción implica la implementación de medidas más profundas que tengan que ver con un buen control del embarazo, buena atención del parto y en el

diagnóstico y tratamiento de enfermedades del recién nacido y de la madre en el período de gestación.

En la tercera etapa, a partir de 1996 hasta el año 2002, tanto la mortalidad neonatal como postneonatal comienzan a descender nuevamente, hay que destacar en este período los cambios operados en materia de salud pública en la provincia.

Entre ellos, hay que destacar la realización, con el asesoramiento y financiamiento de UNICEF argentina, de un buen diagnóstico de las condiciones de salud de la población, especialmente de niños y embarazadas, mediante la encuesta de anemia y deficiencia de vitamina "A", y del funcionamiento y estado de los servicios de salud y contribuyó al equipamiento básico y remodelación de salas de parto.

Una vez realizado el diagnóstico de situación se definieron las líneas de acción, entre las que pueden destacarse la programación local de las actividades materno-infantil, la utilización del fichero cronológico y la búsqueda activa, la normatización de la atención de niños y embarazadas, la constante capacitación del personal de salud, el mejoramiento del funcionamiento de la red sanitaria, las tareas de monitoreo de las defunciones maternas e infantiles y la provisión de insumos básicos.

Otro factor muy importante en la reducción de la mortalidad infantil fue la implementación del programa de salud reproductiva que incorporó entre 38000 a 40000 mujeres al programa y de esta manera logró el espaciamiento de los embarazos, lo cual disminuye los riesgos de nacimientos de niños con bajo peso, entre otros.

A partir del año 2002 y luego de un pequeño incremento la mortalidad infantil continúa descendiendo pero con un comportamiento diferente entre la mortalidad neonatal y postneonatal. El mayor aporte a la reducción de la mortalidad infantil lo realiza el componente neonatal.

**Cabe destacar que en el período analizado en la presente tesis (2004-2013) la tasa de mortalidad infantil experimentó una reducción del 47,62% pasando de 21 por mil en el 2004 a 11,00 por mil en el 2013. Siendo el Promedio Total de TMI del Periodo estudiado del 16,4 por mil.-**

Diferentes estudios dan cuenta que cuando disminuye la mortalidad infantil neonatal se debe fundamentalmente a mejoras en la atención de la salud, especialmente de la embarazada, en el parto y en los primeros días del niño; por lo tanto todos los programas tendientes a mejorar el control del embarazo (Plan Nacer, PROMIN, Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil, Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable, Asignación Universal por Embarazo para Protección Social) tienen una influencia decisiva en la reducción de la mortalidad infantil.

En síntesis, actualmente las principales causas de defunciones son fundamentalmente de origen endógeno, representado por las afecciones originadas en el período perinatal y las anomalías congénitas que representan casi el 70% de las defunciones. Por lo tanto los logros obtenidos en la provincia del Chaco en los últimos años en materia de mortalidad infantil, se basan fundamentalmente en la aplicación de programas y planes de salud.

#### **Análisis de las trazadoras del Plan Nacer y Sumar.**

De acuerdo al Plan Nacer y Sumar que utiliza una matriz de trazadoras para medir desempeños se ha procedido al análisis de las mismas según datos de los cuadros 1 al 12 Período 2006 al 2012 y 2013 (s/ Anexo) observándose lo siguiente:

**En Trazadora 1 Plan Nacer período 2006 al 2012 “Captación Temprana de Mujeres Embarazadas”** referido a controles prenatales, se ha determinado que en el año 2006 han sido captados por la provincia como Positivos Total Anual 4460 beneficiarios con un Promedio Anual del 28,41% y una evolución positiva hacia el final del período, año 2012 de 5975 beneficiarios arrojando un Promedio Anual de casos reales del 47,50%.-

Siendo la meta mínima de indicadores por resultados establecida por Nación del 79% del 100% desde el año 2008 y Meta Máxima del 95% a partir del año 2009, y verificando que la provincia logra en el 2008 un resultado de 42,16% y en el año 2012 un 47,50% de captación se confirma que si bien se ha incrementado el Promedio Anual a lo largo del período esta trazadora no cumple con la meta mínima. La retribución

monetaria en la misma es 0,00% porque **Chaco no logra cumplir con la meta establecida por Nación.-**

En **Trazadora 1 Plan Sumar Año 2013 “Atención Temprana del Embarazo”**, se verificó 3.180 beneficiarios captados como Positivos Total Anual por el Plan Sumar en la provincia, con un Promedio Anual del 25,70%.

Teniendo en cuenta una Meta Mínima del 29% y Meta Máxima del 95% establecida por Nación se ha determinado que la **Provincia sólo llega al umbral de la meta mínima**, según indicadores de desempeño. Es decir, Chaco no logra el objetivo esperado por Nación en base al esquema de financiamiento por resultados, en consecuencia la retribución monetaria es 0,00%.-

- En **Trazadora 2 Plan Sumar “Seguimiento del Embarazo Año 2013”**, se verificó 1.976 beneficiarios captados como Positivos Total Anual por el Plan Sumar en la provincia, con un Promedio Anual del 19,07% .

Teniendo en cuenta una Meta Mínima del 38% y Meta Máxima del 95% establecida por Nación se ha determinado que la **Provincia no cumple con la meta mínima establecida**, según indicadores de desempeño. Es decir, Chaco no logra el objetivo esperado por Nación en base al esquema de financiamiento por resultados, en consecuencia la retribución monetaria es 0,00%.-

- **Trazadora 2 Plan Nacer años 2006/2012 “Efectividad de Atención del Parto y Atención Neonatal”** basada en la primer prueba médica del recién nacido a los cinco minutos tras el parto conocida como el test de Apgar, al analizarla se observa en el año 2006 captados 4.626 beneficiarios como Total Positivos Anual y un Promedio Anual del 29,47% llegando al 2012 con 7.359 beneficiarios y Promedio Anual del 58,51% con variaciones dentro del período que van desde el año 2007 y 2008 del 75% para luego descender al 58,51 % al 2012.

Siendo la meta mínima de indicadores por resultados establecida por Nación del 88% del 100% desde el año 2008 y Meta Máxima del 90% a partir del año 2009, y a la vez verificando que la provincia logra en el 2008 un resultado de 74,06% y en el año 2012 un 58,51% de captación Promedio Anual se comprueba que esta trazadora no cumple

con el objetivo esperado. Es decir **Provincia no logra cumplir con la meta establecida por el Plan.**

En la **Trazadora 3 Plan Nacer** referida al “**Efectividad de Cuidado Neonatal y Prevención de Prematurez**”, trata al niño con un peso al nacer superior a los 2.500 gramos, se puede determinar que en el Período 2006 al 2012 que la misma ha tenido un desarrollo positivo en relación a la cantidad de beneficiarios captados realmente. Iniciando en el año 2006 con 4703 beneficiarios captados Positivos Total Anual, llegando al año 2012 con 7.474 beneficiarios respectivamente. Como Promedio Anual de casos positivos ó reales en el año 2006 se registra un 29,96% con picos máximos en los años 2007 de 71,82% y 2008 de 72,69% respectivamente para continuar en los años 2009 al 2012 con un 59,42

De acuerdo a la Meta Mínima establecida por Nación del 88% a partir del año 2008 y Meta Máxima del 90% a partir del año 2009 se verifica que **Provincia no llega a cumplir con la meta mínima esperada en esta trazadora** según indicadores de desempeño en base al esquema de financiamiento por resultados.-

En cuanto a la **Trazadora 3 del Plan Sumar Año 2013**, que se refiere a la “**Efectividad del Cuidado Neonatal**”, se captaron en el Chaco 44 beneficiarios Positivos Total Anual con un Promedio Anual del 47,83%.-

Siendo que la Meta Mínima exigida por Nación en base al esquema de financiamiento por resultados es del 57%, y observando los indicadores de desempeño de la provincia del 47,83% como Porcentaje Real Promedio se deduce que la **Provincia llegó al umbral de la meta no logrando cumplir con el objetivo establecido por Nación.-**

Según lo observado en relación al desarrollo de la **Trazadora 8 Plan Nacer** referida al “**Seguimiento del Niño Sano Hasta un Año**”, se puede inferir que la misma ha tenido un progreso positivo en relación a la cantidad de beneficiarios captados por el Plan. Iniciando en el año 2006 con 1.563 beneficiarios y culminando en el año 2012 con 10.736 beneficiarios expresado en Positivos Total Anual.

Como Promedio Real en el año 2006 Chaco logra el 9,96% incrementándose en forma constante hasta llegar al 2012 con 45%, siendo la Meta Mínima establecida por Nación del 78% a partir del año 2008 y Meta Máxima del 90% a partir del año 2009.

De todo ello se infiere que los indicadores de desempeño de la **Provincia no logra cumplir con el objetivo establecido por Nación** en base al esquema de financiamiento por resultados.-

Este programa utiliza una matriz de trazadoras para medir desempeños basados en los ciclos de vida, siendo en este caso controles completos de niños hasta un año hasta el año 2012 para continuar con la **Trazadora 4 Plan Sumar Año 2013** que se refiere al **“Seguimiento de Salud del Niño Menor de un Año”** captó 5368 beneficiarios en 2 y 3° cuatrimestre, con un Promedio Real de casos reales del 32,29% con una meta mínima establecida del 45% **no llegando a cumplir con dicho objetivo** en esta trazadora.

#### **Análisis del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)**

Los porcentajes de niños vacunados menores de un año de edad del Programa de Coberturas de Vacunados PAI de la Provincia del Chaco, oscilan entre el 100% y 80%, siendo en pocos casos el 70%, según tipo de vacuna, lo cual nos ubica en una proporción muy gratificante para las metas de dicho programa (Figura 12).

En los siguientes cuadros se puede observar las coberturas de vacunas del PAI durante el período 2004/2013 por grupo etáreo de niños menores de un año, de una , dos dosis y refuerzo respectivamente(S/Anexo-Cuadro4):

- **Antihepatitis B:**

<b>Años</b>	<b>1° Dosis</b>	<b>2° Dosis</b>
2004	54,1 %	82,4%
2005	64,6%	88,2%
2006	82,4%	93,2%
2007	88,2%	94,5%
2008	82,3%	84%
2009	83,6%	94,0%
2010	82,4%	10,7%
2011	71,2%	-
2012	77,1%	-
2013	60,5%	-



• **BCG**

<b>Años</b>	<b>1° Dosis</b>	<b>2° Dosis</b>
2004	75,6%	91,8%
2005	80,4%	97,7%
2006	90,3%	109,3%
2007	92,3%	111,7%
2008	84,9%	100,5%
2009	88,5%	14,0%
2010	91,2%	11,0%
2011	78,1%	86,8%
2012	79,6%	102,5%
2013	85,1%	16,0%

• **Sabin Oral**

<b>Años</b>	<b>1° Dosis</b>	<b>2° Dosis</b>	<b>3° Dosis</b>
2004	88,8%	-	-
2005	97,1%	-	-
2006	107,4%	-	-
2007	105,9%	-	-
2008	92,6%	-	-
2009	99,4%	-	-
2010	102,3%	-	-
2011	72,2%	-	-
2012	30,1%	30,1%	97,1%
2013	95,0%	91,3%	91%

• **Cuádruple**

<b>Años</b>	<b>1° Dosis</b>
2004	90,1%
2005	100,7%
2006	113,7%
2007	113,5%
2008	94,4%
2009	90,3%
2010	8,7%
2011	-
2012	-
2013	-

- **Quíntuple ( DPT/HB + HIB)** (se administra en reemplazo de la Cuádruple

Dosis a los 2, 4 y 6 meses).-

<b>AÑOS</b>	<b>1°Dosis</b>	<b>2°Dosis</b>	<b>3° Dosis</b>
2004	-	-	-
2005	-	-	-
2006	-	-	-
2007	-	-	-
2008	-	-	-
2009	0,1%	-	-
2010	90,4%	-	-
2011	70,1%	-	-
2012	30,4%	29,5%	95,8%
2013	93,2%	91,3%	90%

- **Neumococo Conjugada:** Ingresa al Calendario Nacional en el Año 2011

Dosis a los 2, 4 meses y refuerzo.-

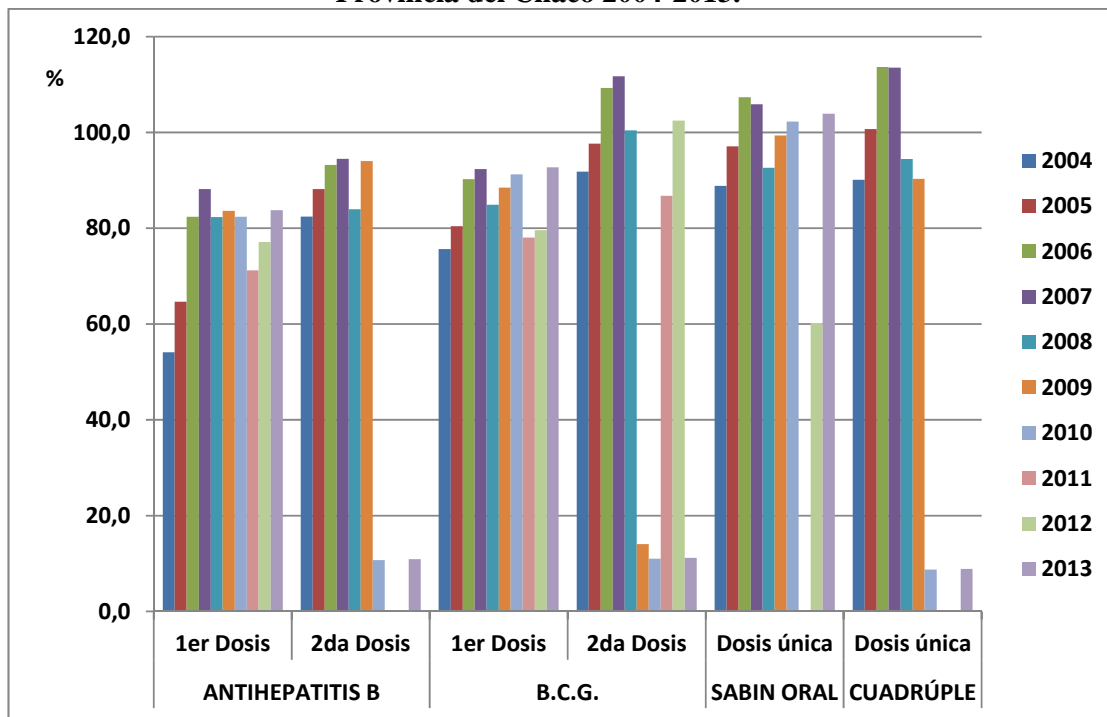
<b>AÑOS</b>	<b>1°Dosis</b>	<b>2°Dosis</b>	<b>3° Dosis</b>
2004	-	-	-
2005	-	-	-
2006	-	-	-
2007	-	-	-
2008	-	-	-
2009	-	-	-
2010	-	-	-
2011	-	-	-
2012	127,7%	87,0%	29,0%
2013	100,3%	92,3%	80,3%

Si tratamos de relacionar con los Programas de Vacunación (PAI), y con el funcionamiento del Plan Nacer/Sumar su intervención ha sido positiva porque en el período se ha tratado de vacunar al 100% de la población estudiada y se observa que la incidencia de muertes de niños por enfermedades inmunoprevenibles es mínima, dado que mueren promedio menos de un (1) niño por año investigado.

**Figura 12**

**Cobertura de Vacunación de Niños Menores de 1 Año.**

**Provincia del Chaco 2004-2013.**



**Fuente:** Estadísticas Vitales de la Provincia del Chaco. Dirección Provincial de Bioestadística. Elaboración propia.

Observando el Cuadro III del anexo “Defunciones de niños menores de un año por enfermedades inmunoprevenibles” la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles no han sido causa de muerte en los niños menores de un año en esta Provincia, revelando sus indicadores específicos una incidencia mínima.

Debiendo mencionar que entre las enfermedades inmunoprevenibles que no registran defunciones en este período son:

- ✓ tétanos,
- ✓ sarampión,
- ✓ hepatitis,
- ✓ rubeóla ,
- ✓ poliomieltis y
- ✓ difteria.

La relación entre el total de defunciones por enfermedades inmunoprevenibles de niños menores de un año del período 2004/13 con el total de defunciones provinciales de dicha población, revela que en la década investigada se produjeron 10 muertes por esta causa, siendo su resultado final que muere en promedio menos de un niño por año:

De todo ello, podemos inferir que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha dado excelentes resultados en la Provincia del Chaco.

### **Conclusiones**

De acuerdo a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en el Cairo (1994) los Estados Parte establecieron metas, entre las que se puede destacar que para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos (Programa de Acción de la CIPD Párrafo 8.16).-

Además, Las Naciones Unidas han propuesto tres indicadores para el seguimiento del Objetivo 4 del Milenio que se refería a la reducción entre 1990 y 2015 de las dos terceras partes de la mortalidad infantil : las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad en la niñez y la proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión .El presente estudio se realiza considerando primordialmente la mortalidad infantil dado el peso que tiene la mortalidad en el primer año de vida en la mortalidad en la niñez (alrededor del 80%).-

La tasa de mortalidad infantil, (número de recién nacidos que mueren durante el primer año de vida por cada mil nacidos vivos) es considerada como uno de los indicadores más consistentes del bienestar de un país, ya que refleja las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que los niños (y otros en la sociedad) viven, incluyendo la atención a su salud.-

En realidad la Mortalidad Infantil como cualquier otro problema de salud se puede explicar con cuatro grandes variables representadas en las siguientes causas:

- Biología: si hay niños que nacen con problemas genéticos, eso es una causa de mortalidad infantil;

- Condiciones ambientales, socioeconómicas, laborales, culturales de los que vive la comunidad;
- Hábitos de vida, referidos a los cuidados personales de los habitantes;
- Servicios de salud, la influencia de los servicios de salud en los problemas de salud es del 11%.

Es decir que del 100% de la MI, el peso más grande de causales son las condiciones de vida de la población: pobreza, falta de educación, ausencia de trabajo, acceso al agua potable, sistema de eliminación de excretas, todas son condiciones ambientales, socioeconómicas, culturales.-

**Ahora bien, el primer paso para relacionar el impacto que pudiera tener un determinado programa sobre una macro-variable tan compleja como lo es la MI, es evaluar dicho programa a través de comparar los resultados obtenidos contra las metas esperadas. En nuestro caso, la evaluación del grado de consecución de las metas de cada una de las trazadoras del plan NACER-SUMAR se convirtió en el primer paso, absolutamente necesario, para poder establecer luego, una posible secuencia relación – asociación – causa efecto de dichos resultados con el descenso de la MI.**

De acuerdo al análisis que he realizado sobre los resultados de los periodos 2006 hasta el 2013 respecto de las trazadoras del Plan Nacer y Sumar, se ha verificado que las mismas en forma individual no han alcanzado las Metas Mínimas en la Provincia del Chaco.

El programa es perfecto y de avanzada en su diseño pero sin embargo en la implementación concreta respecto a los resultados de sus trazadoras no se alcanzan las metas mínimas impuestas por Nación.

El impacto que tuvo el Plan Nacer y Sumar es pobre porque no se alcanzaron las metas mínimas teniendo en cuenta la trayectoria de cada trazadora en forma individual, probablemente se deba mejorar el sistema de difusión desde los CAPS y el Ministerio de Salud hacia la comunidad sobre los alcances y beneficios del Plan, como también perfeccionar su sistema informático de datos.- Esto es muy relevante, por cuanto existe

una gran dificultad en la validación de los datos. De hecho, es posible que existan sub-registros que pudieran explicar la pobre performance del programa.

De modo tal que sólo puede deducirse lógicamente que si mejoran los resultados del Plan Nacer/Sumar es posible que descienda aún más la Tasa de Mortalidad Infantil en el Chaco.- **No es posible continuar con la secuencia relación – asociación – causa efecto entre los resultados del Plan NACER-SUMAR con el descenso de la MI**

Mientras que se puede destacar que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha dado excelentes resultados en la Provincia del Chaco.-

Finalizando con la conclusión en relación a los programas de salud, es oportuno mencionar a la *Asignación Universal por Hijo y por Embarazada* como un incentivo a la demanda para que se alcancen las metas presentes en el Plan Sumar, porque al tener la madre un incentivo desde la demanda para pedir las prestaciones que luego son misión de las instituciones de salud ser brindadas operaría como viento a favor para que se logren las metas del Plan Sumar.

Es decir, que la AUH que entra en vigor a partir del año 2009 por Decreto 1602/09 del Poder Ejecutivo que luego se extiende a la Asignación Universal por Embarazo a partir de mayo del 2011, opera como coadyuvante siendo un elemento que potencia el alcance de los objetivos y de las metas del PLAN NACER/SUMAR.

Políticamente es una medida necesaria y útil para disminuir las brechas en el acceso y contribuir a mejorar la atención, y técnicamente es un instrumento de financiamiento a la demanda que busca a través de diferentes mecanismos como el empleo de vouchers, transferencias condicionadas ó fondos de préstamos, incrementando los servicios de salud por parte de las poblaciones con mayor vulnerabilidad y problemas de acceso. A través de estudios que evaluaron impactos se podría inferir que es efectivo en las barreras de acceso de las embarazadas y en el incremento de controles prenatales relacionados a su vez con los objetivos de las trazadoras del Plan Nacer/Sumar.-

## *Bibliografía*

Abalos Cerro, Martina María (2013) **Evaluación del diseño del Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Republica Argentina**. V Máster Iberoamericano en Evaluación de Políticas Públicas, Universidad Internacional de Andalucía. Palos de la Frontera

Acuña Carlos H. y Chudnovsky Mariana (2002) **Salud: análisis de la dinámica político - institucional y organizacional del área materno infantil (con énfasis en el programa Materno Infantil y Nutrición - PROMIN)** Documento 61 Universidad de San Andrés.

Acuña, C. y Chudnovsky, M.(2002) **El sistema de Salud en Argentina** Disponible en. <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Alcántara Moreno, G. (2008). “La Definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad”. **Sapiens. Revista Universitaria de Investigación**, 9(1), 93-107.

Belmartino, Susana (1999) **Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?**, Ed. Lugar, Buenos Aires.

Bertone, Carola (2014) **Determinantes Sociales de la Mortalidad Infantil en Argentina 2000-2010. Diferenciales por Áreas Menores**. Tesis de Maestría. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba

Bertranou, Fabio (2010) **Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina. El caso de las asignaciones familiares**, OIT, Buenos Aires.

Celton Dora y Ribotta Bruno (2994) **Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina Niveles y tendencias durante el siglo XX** Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población, Caxambú- MG – Brasil.

Celton, Dora y Ribotta Bruno (2004) **Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina Niveles y tendencias durante el siglo XX**. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población, realizado en Caxambú- MG – Brasil.



CEPAL (1996). **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo**. Publicación de las Naciones Unidas: Santiago de Chile. Disponible en Internet en: [http://www.cepal.org/celade/publicaciones/xml/2/36792/LC-G1920\\_esp.pdf](http://www.cepal.org/celade/publicaciones/xml/2/36792/LC-G1920_esp.pdf)

CEPAL (2010) **Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos**. Santiago, Chile.

Chackiel, Juan (2004) **La dinámica demográfica en América Latina**. Serie Población y Desarrollo N° 52. CELADE – División de Población. Santiago de Chile,

Claeson M, Waldman R. (2000) The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people. **Bulletin of the World Health Organization**2000; 78:1234-45

CONAPO (2010) **Principales causas de mortalidad en México 1980 – 2007**. Documento de Trabajo para elXLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo “Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo” Nueva York.

Dezar G, Arias S, Bossio J. (2011) **Observatorio de mortalidad infantil en Argentina**. XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria. Disponible en: <http://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/ponencias/mesa1/observatorio-de-mortalidad-i.pdf>

E Materan, Mercedes R et al. *Terapia de Rehidratación Oral*. (2009) **Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría**, vol.72, n.4, pp. 146-153 .Disponible en Internet en: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492009000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0004-0649.

Fantin, María Alejandra (2012) **“Tendencias de la mortalidad infantil en la provincia del Chaco. 1970-2010”** En Maeder, Ernesto; Fantin, María Alejandra; Salinas, María Laura (Editores/compiladores) **Estudios y contribuciones**. Editorial ConTexto Libros. Resistencia.

Fantin María Alejandra (2011) **Evolución de la mortalidad infantil en la provincia del Chaco**. Trabajo presentado en las XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Neuquén.

Fantín; María Alejandra (2003) **“Transición de la mortalidad infantil. El caso del Chaco” VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población**. Universidad Nacional del Comahue. Neuquén.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004) **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994**. UNFPA.

Fundación Contemporánea (2012) **Políticas públicas relacionadas con la salud materno infantil**. Serie Políticas Públicas Informe N° 3.

Garriga Santiago (2012) **Impacto del Plan Nacer sobre la Mortalidad Infantil en Argentina**. Tesis de Maestría, Maestría en Economía, Universidad Nacional de La Plata

González García G. y Federico Tobar (2004) **Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud**. Ediciones Isalud. Argentina.

González García G. y Tobar, F. (1997) **Más salud por el mismo dinero**. Ediciones Isalud. Argentina.

Longhi, Fernando (2013) **Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones**. Andes - Antropología e Historia 24.2.

McKeown, Thomas. 1976. **The modern rise of population**. New York NY, Academic Press.

Ministerio de Salud (2012) **Recomendaciones Nacionales de vacunación Argentina 2012**. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06\\_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf)

Ministerio de Salud (2010) **Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes**. <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/plan-operativo-reimpresion-junio2010.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2010) **Módulo 5: Políticas de salud** Ginés González García; con colaboración de Mariela Rossen. Edición literaria a cargo de Mariela Rossen. - 1a ed. 2a reimp. - Buenos Aires

Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco y UNICEF Argentina. (1998). **Manual de programación local de actividades de salud materno-infantil. Provincia del Chaco.** Buenos Aires.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco y UNICEF Argentina. (1996). **Compromiso provincial a favor de la madre y el niño. Las metas para el 2000 y líneas de acción.** Resistencia, Chaco.

Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco y UNICEF Argentina. (1997). **Normas para la atención ambulatoria del niño.** Resistencia, Chaco.

Ministerio de Salud (2012) **Memoria Anual Programa Sumar 2012.-** <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/sumar-memoria-anual-2012.pdf>

Ministerio de Salud Pública Provincia del Chaco (2013) **Programa Ampliado de Inmunizaciones** –Dirección de Epidemiología del Chaco. (No está en pdf en internet)

Ministerio de Salud Pública Presidencia de la Nación (2013) **El Plan Nacer y el Programa Sumar “Avanzando hacia la cobertura universal y efectiva en salud”.** (No está en pdf en internet).-

Mosley, W. Henry y Lincoln C. Chen. 1984. **“An analytical framework for the study of child survival in developing countries”.** *Population Development Review* 10, Supplement: 25.

Naciones Unidas (1990). **Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Cumbre Mundial a favor de la infancia.** Nueva York. Disponible: [http://www.unicef.org/honduras/Declaracion\\_mundial\\_supervivencia](http://www.unicef.org/honduras/Declaracion_mundial_supervivencia).

Naciones Unidas (1995). **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.** Disponible en: [https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)

Naciones Unidas (2005) **Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe**. Santiago, Chile

Naciones Unidas (2007) **La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas. Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio**. Santiago, Chile.

Naciones Unidas (2010) **El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: desafíos para lograrlos con igualdad**. Santiago, Chile

Naciones Unidas (2011) **Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011**. Naciones Unidas, Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (1948). **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Nueva York, Estados Unidos de América. Recuperado el 16 de Agosto de 2013, de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

Plan Nacer ingresar en <http://www.plannacer.msal.gov.ar/>

Programa Sumar ingresar en <http://www.msal.gov.ar/sumar>

Preston, Samuel (1996) **“Population studies of mortality”**. Population Studies 50 (3): 525-536.

Ramírez, Liliana (2001) *Servicios y dotación hospitalaria diferencial en los equipamientos sanitarios de la provincia del Chaco-Argentina*. Rev. Geog. Venez. Vol 42(1)

Ramírez, Mirta Liliana (2006) **Geografía de la salud del Chaco Una aproximación al perfil sanitario y epidemiológico de la población chaqueña y a la utilización de los servicios hospitalarios**. Facultad de Humanidades –Universidad Nacional del Nordeste. Resistencia.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2(Policy**

**and Practice).** World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO Document Production Services.

Speranza, Ana María, Virginia Orazi, Lucrecia Manfredi y Pedro de Sarasqueta (2005) **“Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. Hospitalización abreviada: Un modelo de atención basado en evidencias altamente efectivo para descender la mortalidad infantil”**. *Arch. argent. pediatr.*, Buenos Aires, v. 103, n. 3. Disponible en <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752005000300014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000300014&lng=es&nrm=iso)>.

Spinelli, H; Alazraqui, M. Arakaki, J. y Calvelo L. (2000) **Mortalidad Infantil Un Indicador para la Gestión Local**. OPS- Publicación N° 51 OPS. Buenos Aires, Argentina

Strasorier, David (2011) **Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud**. Maestría en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

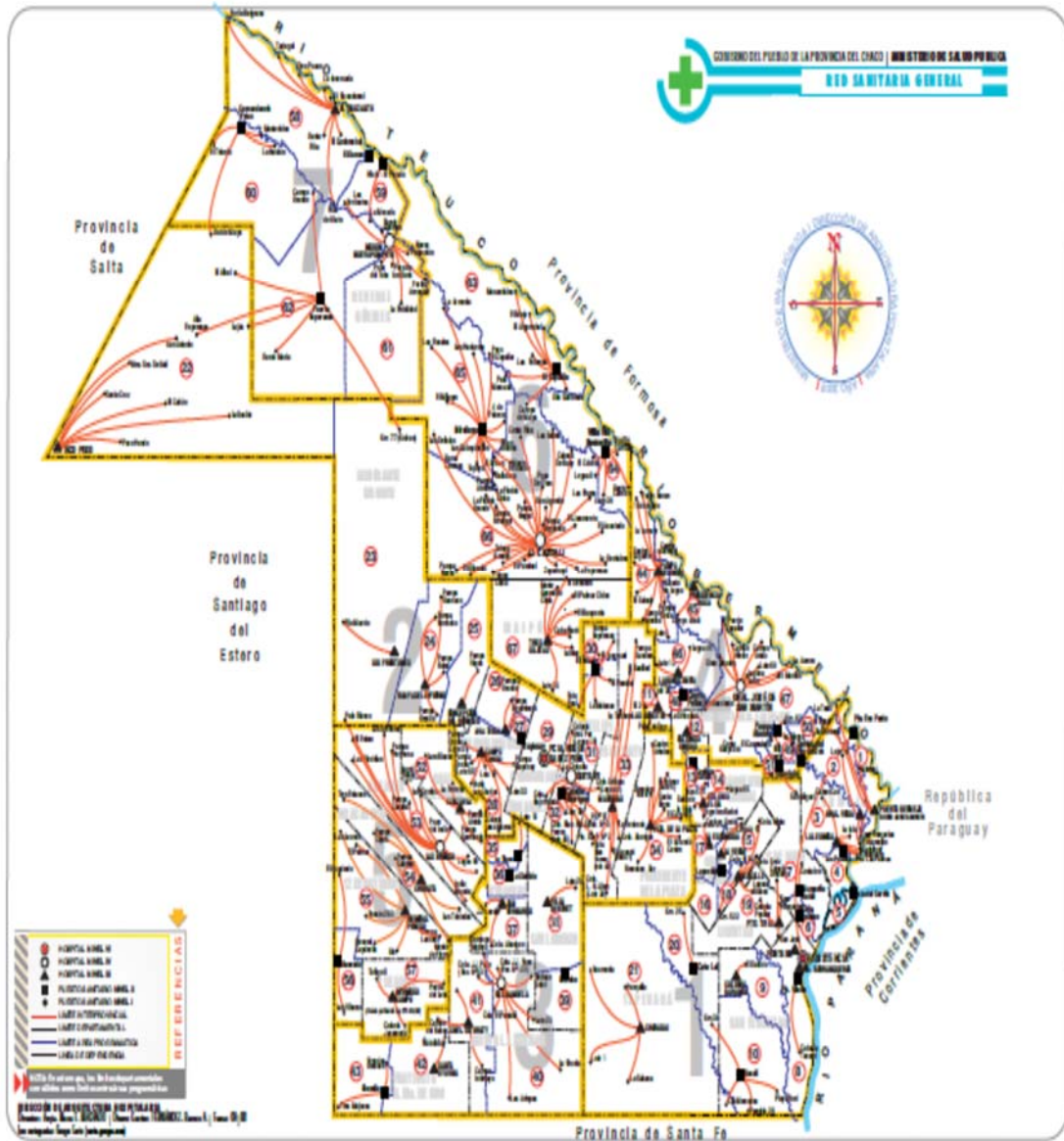
UNFPA (2007) **ODM 4: Reducir la Mortalidad Infantil**. [Internet]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.br/lacodm/arquivos/odm4.pdf>

UNICEF (1998) **Convención sobre los Derechos del Niño** Disponible en Internet en: [http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). **World Population Prospects: The 2012 Revision**, DVD Edition.

# *Anexos*

### Mapa Sanitario de la Provincia del Chaco



**Cuadro 1**

**Mortalidad infantil, Neonatal y Postneonatal. Provincia del Chaco, 2004-2013**

AÑOS	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES			TASA DE MORTALIDAD		
		Infantiles	Neonatales	Postneonatales	Infantil	Neonatales	Postneonatales
		(menores de 1 año)	(0 a 27 días)	(28 a 365 días)			
2004	25479	535	357	178	21,0	14,0	7,0
2005	23051	453	311	142	19,7	13,5	6,2
2006	20140	369	245	124	18,3	12,2	6,2
2007	19063	398	254	144	20,9	13,3	7,6
2008	21808	387	250	137	17,7	11,5	6,3
2009	21570	380	232	148	17,6	10,8	6,9
2010	22572	325	188	137	14,4	8,3	6,1
2011	24331	269	150	119	11,1	6,2	4,9
2012	21904	279	158	121	12,7	7,2	5,5
2013	22137	243	142	101	11,0	6,4	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>222055</b>	<b>3.638</b>	<b>2287</b>	<b>1351</b>	<b>16,4</b>	<b>10,3</b>	<b>6,1</b>
2014	22637	282	172	110	12,5	7,6	4,9



**Cuadro 2**

**Defunciones de niños menores de un año por causa de muerte seleccionadas - Provincia del Chaco, 2004 - 2013**

AÑOS	DEFUN. MENORES 1 AÑO	INFECCIONES	DESHIDRA-	INRESPA	DESNUTRI-	INMUNO-	% DE DEFUNCIONES SEGÚN CAUSAS SELECCIONADAS				
		INTESTIN.	TACIÓN		CIÓN	PREVENIBLES	INFECCIONES	DESHIDRA-	INRESPA	DESNUTRI-	INMUNO-
		CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	INTESTIN.	TACIÓN		CIÓN	PREVENIBLES
2004	535	14	3	30	15	3	2,62	0,56	5,61	2,80	0,56
2005	453	6	7	17	9	0	1,32	1,55	3,75	1,99	0,00
2006	369	12	3	13	5	0	3,25	0,81	3,52	1,36	0,00
2007	398	5	2	26	2	1	1,26	0,50	6,53	0,50	0,25
2008	387	3	1	28	3	1	0,78	0,26	7,24	0,78	0,26
2009	380	10	3	29	7	0	2,63	0,79	7,63	1,84	0,00
2010	325	9	2	34	3	0	2,77	0,62	10,46	0,92	0,00
2011	269	3	1	24	3	4	1,12	0,37	8,92	1,12	1,49
2012	279	4	0	15	0	1	1,43	0,00	5,38	0,00	0,36
2013	243	2	2	20	1	0	0,82	0,82	8,23	0,41	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>3638</b>	<b>68</b>	<b>24</b>	<b>236</b>	<b>48</b>	<b>10</b>					
2014	282	5	1	0	0	0	1,77	0,35	0,00	0,00	0,00

**Cuadro 3**

**Defunciones de niños menores de un año por enfermedades inmunoprevenibles- Provincia del Chaco, 2004 - 2013**

AÑOS	DEFUNCIONES MENOR 1 AÑO	TUBERCULOSIS	COQUELUCHE	INF.MENINGO.	INMUNOPREV.	% DE DEFUNCIONES SEGÚN CAUSAS SELECCIONADAS			
		CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	TOTAL	TUBERCULOSIS	COQUELUCHE	INF.MENING.	TOTAL
2004	535	-	1	2	3	-	0,19	0,37	0,56
2005	453	-	-	-	0	-	-	-	-
2006	369	-	-	-	0	-	-	-	-
2007	398	1	-	-	1	0,25	-	-	0,25
2008	387	1	-	-	1	0,26	-	-	0,26
2009	380	-	-	-	0	-	-	-	-
2010	325	-	-	-	0	-	-	-	-
2011	269	-	4	-	4	-	1,49	-	1,49
2012	279	-	-	1	1	-	-	0,36	0,36
2013	243	-	-	-	0	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>3638</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>10</b>				
2014	282	-	-	-	-	-	-	-	-

**Cuadro 4**

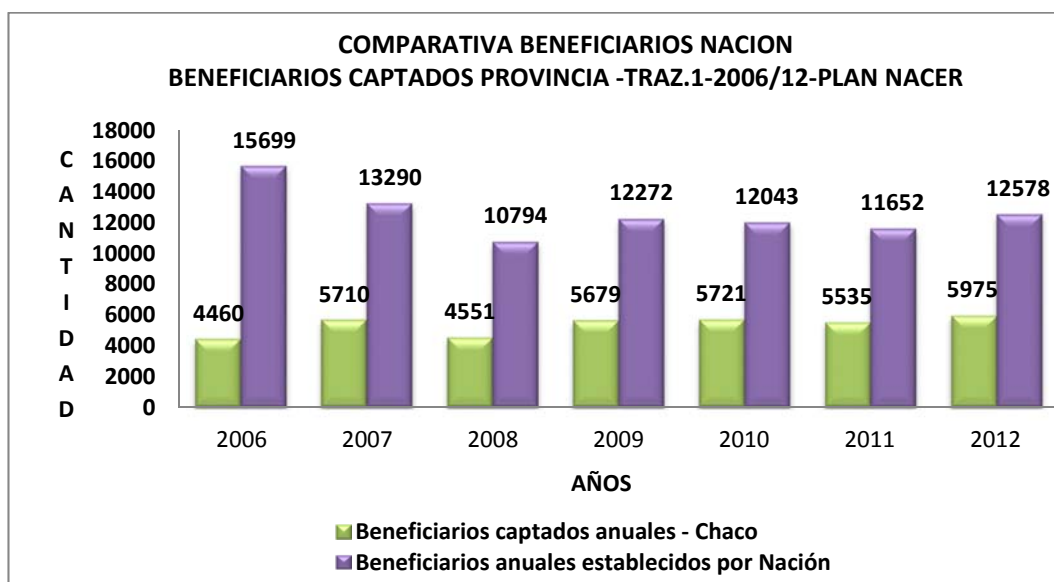
**Cobertura de vacunación de niños menores de un año (PAI) - Provincia del Chaco, 2004 - 2013**

AÑOS			DOSIS	M E N O R D E U N A Ñ O											
	NACIDOS	MENORES		ANTIHEPATITIS B		B.C.G.		SABIN ORAL		CUADRUPLE		QUINTUPLE PENTAVALENTE		N E U M O C O C O	
	VIVOS	DE UN AÑO		VAC.	COB %	VAC.	COB %	VAC.	COB %	VAC.	COB %	VAC.	COB %	VAC.	COB %
2004	25.479	24.944	1°	13.489	54,1	18.869	75,6	22.162	88,8	22.474	90,1				
			2°	20.560	82,4	22.909	91,8								
2005	23.051	22.598	1°	14.608	64,6	18.173	80,4	21.940	97,1	22.757	100,7				
			2°	19.930	88,2	22.077	97,7								
2006	20140	19.771	1°	16.293	82,4	17.848	90,3	21.226	107,4	22.474	113,7				
			2°	18.428	93,2	21.607	109,3								
2007	19.063	18.665	1°	16.458	88,2	17.234	92,3	19.765	105,9	21.187	113,5				
			2°	17.637	94,5	20.855	111,7								
2008	21.808	21.421	1°	17.636	82,3	18.193	84,9	19.838	92,6	20.229	94,4				
			2°	17.989	84	21.518	100,5								
2009	21.570	21.190	1°	17.724	83,6	18.746	88,5	21.056	99,4	19141	90,3	27	0,1		
			2°	19.926	94	2.976	14								
2010	22.572	22.247	1°	18.335	82,4	20.297	91,2	22.751	102,3	1.940	8,7	20.110	90,4		
			2°	2.386	10,7	2.449	11								
2011	24.331	24.062	1°	17.138	71,2	18.790	78,1	17.382	72,2			16.876	70,1		
			2°			20.878	86,8								
2012	21.904	21.625	1°	16.680	77,1	17.218	79,6	6.511	30,1			6.584	30,4	27.617	127,7
			2°			22.162	102,5	6.511	30,1			6.382	29,5	18.715	87
			3°					20.993	97,1			20.721	95,8	6.188	29
2013	22.137	21.894	1°	13.237	60,5	18.631	85,1	20.761	95			20.397	93,2	21.965	100,3
			2°			3.450	16	19.994	91,3			19.981	91,3	20.198	92,3
			3°					19.921	91			19.724	90	17.577	80,3

**CUADRO 5**

**Integrado I Evolución de Trazadoras 1 del Plan Nacer. Años 2006-2012**

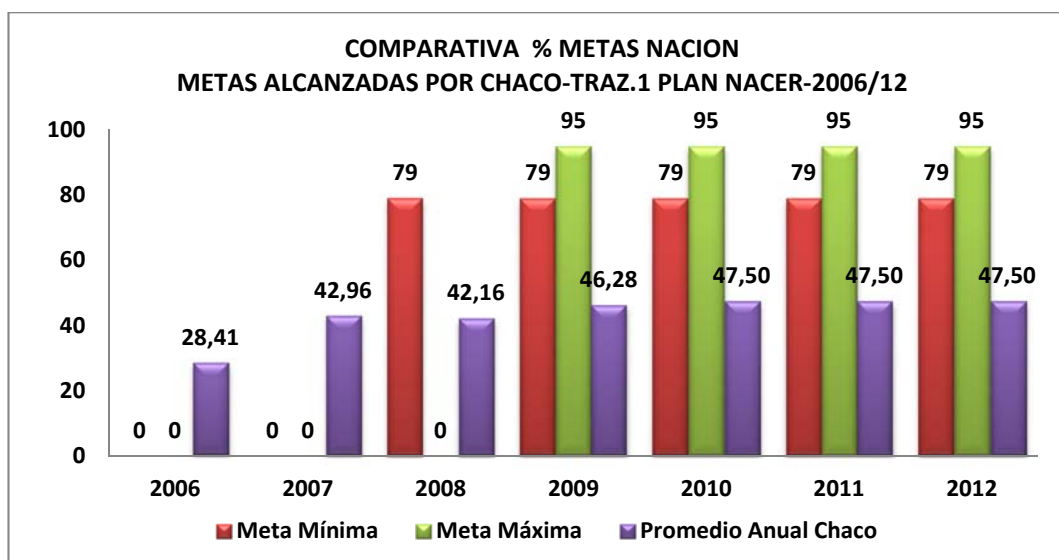
TRAZADORA PLAN NACER	AÑOS	CUATRIMESTRE	CASOS REALES	DENOMINADOR	PORCENTAJE 1
			POSITIVOS		
T. 1	2006	1°	1445	5233	27,61
		2°	1445	5233	27,61
		3°	1570	5233	30,00
T. 1	2007	1°	1812	4430	40,90
		2°	1949	4430	44,00
		3°	1949	4430	44,00
T. 1	2008	1°	1687	3722	45,32
		2°	1344	3536	38,00
		3°	1520	3536	43,00
T. 1	2009	1°	1698	3722	45,62
		2°	1950	4275	45,61
		3°	2031	4275	47,51
T. 1	2010	1°	2031	4275	47,51
		2°	1845	3884	47,50
		3°	1845	3884	47,50
T. 1	2011	1°	1845	3884	48,00
		2°	1845	3884	48,00
		3°	1845	3884	48,00
T. 1	2012	1°	1845	3884	48,00
		2°	2065	4347	48,00
		3°	2065	4347	48,00



**CUADRO 6**

**Integrado I Evolución de Trazadoras 1 del Plan Nacer Años 2006 – 2012**

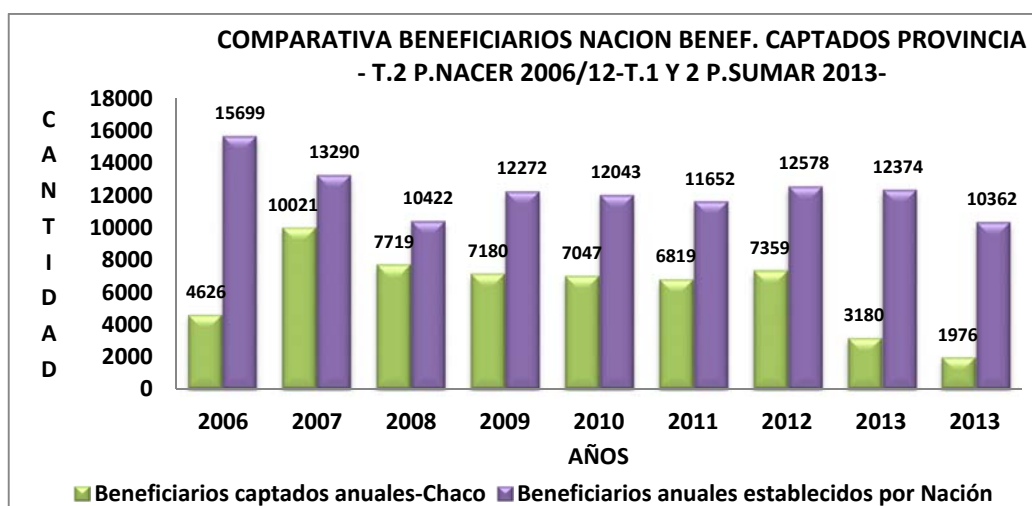
TRAZADORA PLAN NACER	AÑOS	CUAT.	META		POSIT. 2	META		POSIT. 3	POSIT.	DENOMINADOR	PROMEDIO
			MÍNIMA	POSIT. 2		MÁXIMA	POSIT. 3		TOTAL ANUAL	TOTAL ANUAL	ANUAL
			PORCENT. 2			PORCENT. 3					
T. 1	2006	1°									
		2°									
		3°						4460	15699	28,41	
T. 1	2007	1°									
		2°									
		3°						5710	13290	42,96	
T. 1	2008	1°									
		2°	79,00	2793							
		3°	79,00	2793				4551	10794	42,16	
T. 1	2009	1°	79,00	2940	95,00	3536					
		2°	79,00	3377	95,00	4061					
		3°	79,00	3377	95,00	4061	5679	12272	46,28		
T. 1	2010	1°	79,00	3377	95,00	4062					
		2°	79,00	3068	95,00	3689					
		3°	79,00	3068	95,00	3689	5721	12043	47,50		
T. 1	2011	1°	79,00	3068	95,00	3689					
		2°	79,00	3068	95,00	3690					
		3°	79,00	3069	95,00	3690	5535	11652	47,50		
T. 1	2012	1°	79,00	3068	95,00	3689					
		2°	79,00	3434	95,00	4130					
		3°	79,00	3434	95,00	4130	5975	12578	47,50		



**CUADRO 7**

**Integrado II Evolución de Trazadora 2 Plan Nacer, Años 2006-2012 y Trazadoras 1 y 2 Plan Sumar, Año 2013**

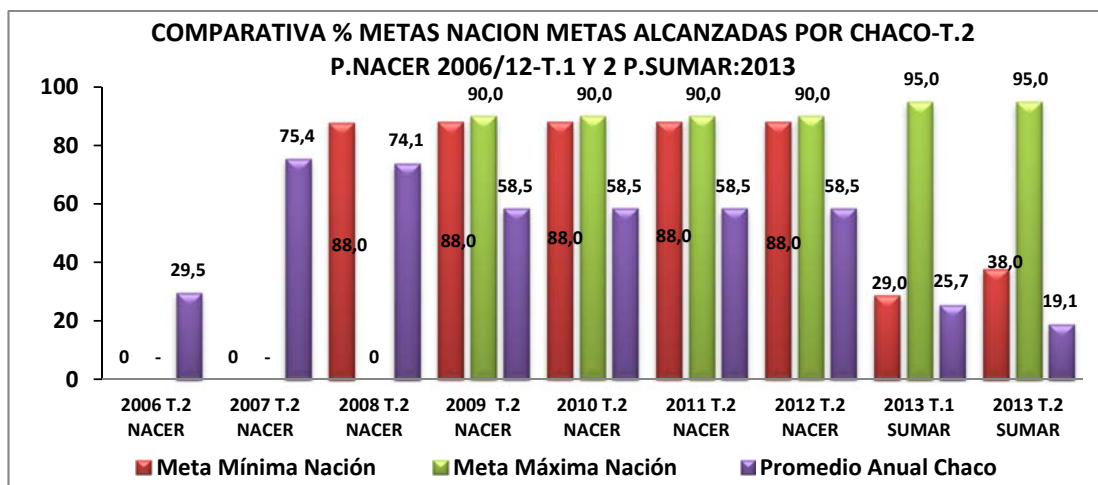
TRAZADORA PLAN NAC.-SUM.	AÑOS	CUATRIMESTRE	CASOS REALES	DENOMINADOR	PORCENTAJE 1
			POSITIVOS		
T.1.PLAN SUMAR	2013	1°			
		2°	1590	6187	25,70
		3°	1590	6187	25,70
T.2.PLAN SUMAR	2013	1°			
		2°	988	5181	19,06
		3°	988	5181	19,06
T.2.PLAN NACER	2006	1°	300	5233	5,73
		2°	1709	5233	32,66
		3°	2617	5233	50,00
T.2.PLAN NACER	2007	1°	2934	4430	66,23
		2°	3200	4430	72,23
		3°	3887	4430	87,74
T.2.PLAN NACER	2008	1°	3363	3722	90,35
		2°	2178	3350	65,00
		3°	2178	3350	65,00
T.2.PLAN NACER	2009	1°	2178	3722	58,51
		2°	2501	4275	58,50
		3°	2501	4275	58,50
T.2.PLAN NACER	2010	1°	2501	4275	58,51
		2°	2273	3884	58,52
		3°	2273	3884	58,52
T.2.PLAN NACER	2011	1°	2273	3884	58,52
		2°	2273	3884	58,52
		3°	2273	3884	58,52
T.2.PLAN NACER	2012	1°	2273	3884	58,52
		2°	2543	4347	58,50
		3°	2543	4347	58,50



**CUADRO 8**

**Integrado II Evolución de Trazadora 2 Plan Nacer años 2006-2012 y Trazadoras 1 y 2 Plan Sumar año 2013**

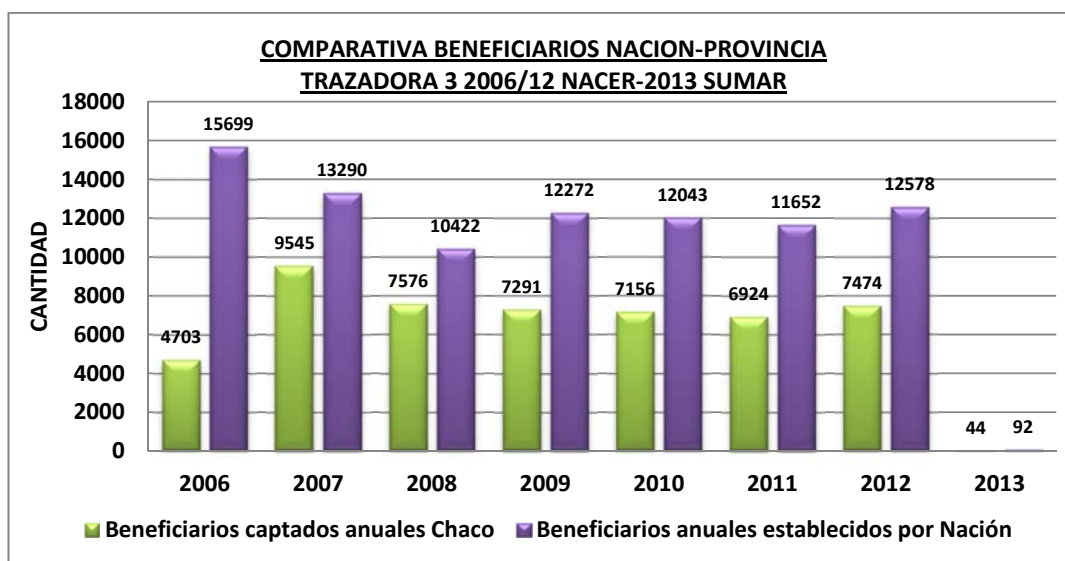
TRAZADORA PLAN NAC.-SUM.	AÑOS	CUAT.	META MINIMA	POSIT. 2	META MAXIMA	POSIT. 3	POSIT.	DENOMINADOR	PROMEDIO
			PORCENT. 2		PORCENT. 3		TOTAL ANUAL	TOTAL ANUAL	ANUAL
T.1.PLAN SUMAR	2013	1°							
		2°	29,00	1794	95,00	5877			
		3°	29,00	1794	95,00	5878	3180	12374	25,70
T.2.PLAN SUMAR	2013	1°							
		2°	38,00	1969	95,00	4922			
		3°	38,00	1969	95,00	4922	1976	10362	19,07
T.2.PLAN NACER	2006	1°							
		2°							
		3°					4626	15699	29,47
T.2.PLAN NACER	2007	1°							
		2°							
		3°					10021	13290	75,40
T.2.PLAN NACER	2008	1°							
		2°	88,00	2948					
		3°	88,00	2948			7719	10422	74,06
T.2.PLAN NACER	2009	1°	88,00	3275	90,00	3350			
		2°	88,00	3762	90,00	3848			
		3°	88,00	3762	90,00	3848	7180	12272	58,51
T.2.PLAN NACER	2010	1°	88,00	3762	90,00	3848			
		2°	88,00	3418	90,00	3496			
		3°	88,00	3418	90,00	3496	7047	12043	58,52
T.2.PLAN NACER	2011	1°	88,00	3418	90,00	3496			
		2°	88,00	3418	90,00	3496			
		3°	88,00	3418	90,00	3496	6819	11652	58,52
T.2.PLAN NACER	2012	1°	88,00	3418	90,00	3496			
		2°	88,00	3825	90,00	3912			
		3°	88,00	3825	90,00	3912	7359	12578	58,51



**CUADRO 9**

**Integrado III Evolución de Trazadora 3 Plan Nacer Años 2006/-012-Plan Sumar2013**

TRAZADORA PLAN NACER	AÑOS	CUATRIMESTRE	CASOS REALES		
			POSITIVOS	DENOMINADOR	PORCENTAJE 1
T. 3	2006	1°	348	5233	6,65
		2°	1738	5233	33,21
		3°	2617	5233	50,00
T. 3	2007	1°	2824	4430	63,75
		2°	3000	4430	67,72
		3°	3721	4430	84,00
T. 3	2008	1°	3220	3722	86,51
		2°	2178	3350	65,00
		3°	2178	3350	65,00
T. 3	2009	1°	2211	3722	59,40
		2°	2540	4275	59,41
		3°	2540	4275	59,41
T. 3	2010	1°	2540	4275	59,42
		2°	2308	3884	59,42
		3°	2308	3884	59,42
T. 3	2011	1°	2308	3884	59,42
		2°	2308	3884	59,42
		3°	2308	3884	59,42
T. 3	2012	1°	2308	3884	59,42
		2°	2583	4347	59,42
		3°	2583	4347	59,42
T. 3	2013	1°	-	-	
		2°	22	46	47,83
		3°	22	46	47,83

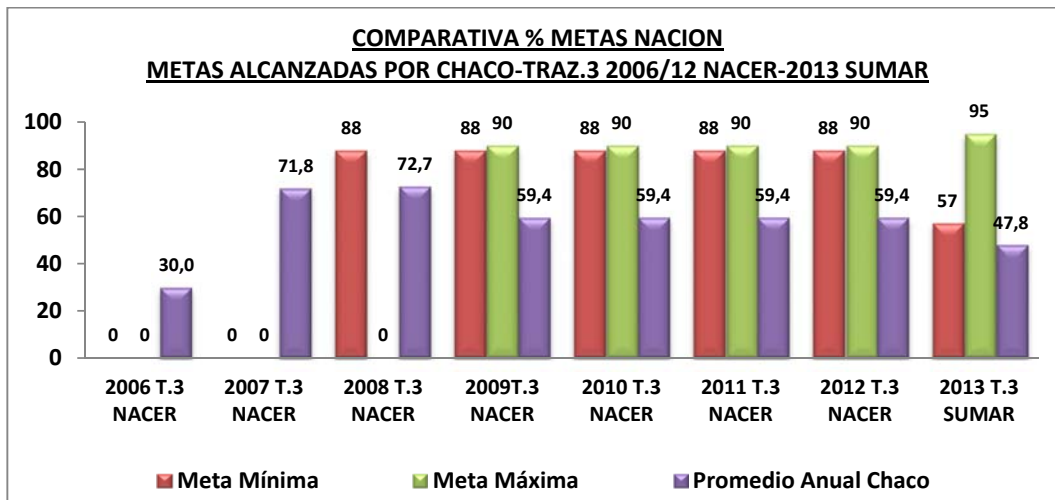




**CUADRO 10**

**Integrado III Evolución de Trazadora 3 Plan Nacer Años 2006-2012- Plan Sumar 2013**

TRAZADORA PLAN NACER	AÑOS	CUAT.	META MINIMA	POSIT. 2	META MAXIMA	POSIT. 3	POSITIVOS TOTAL	DENOMINADOR TOTAL ANUAL	PROMEDIO ANUAL
			PORCENT. 2		PORCENT.3		ANUAL		
T. 3	2006	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	-	-	-	-	-	-	-
		3°	-	-	-	-	4703	15699	29,96
T. 3	2007	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	-	-	-	-	-	-	-
		3°	-	-	-	-	9545	13290	71,82
T. 3	2008	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	88,00	2948	-	-	-	-	-
		3°	88,00	2948	-	-	7576	10422	72,69
T. 3	2009	1°	88,00	3275	90,00	3350	-	-	-
		2°	88,00	3762	90,00	3847	-	-	-
		3°	88,00	3762	90,00	3847	7291	12272	59,41
T. 3	2010	1°	88,00	3762	90,00	3848	-	-	-
		2°	88,00	3418	90,00	3495	-	-	-
		3°	88,00	3418	90,00	3495	7156	12043	59,42
T. 3	2011	1°	88,00	3418	90,00	3496	-	-	-
		2°	88,00	3418	90,00	3496	-	-	-
		3°	88,00	3418	90,00	3496	6924	11652	59,42
T. 3	2012	1°	88,00	3418	90,00	3496	-	-	-
		2°	88,00	3825	90,00	3912	-	-	-
		3°	88,00	3825	90,00	3912	7474	12578	59,42
T. 3	2013	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	57,00	26	95,00	43	-	-	-
		3°	57,00	26	95,00	44	44	92	47,83

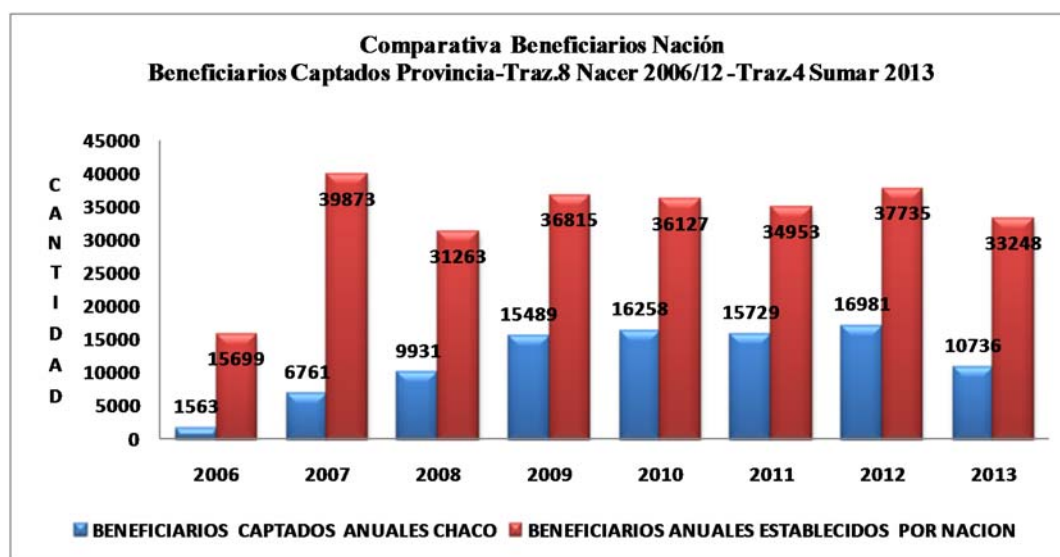


**CUADRO 11**

**Integrado IV Evolución de Trazadora 8 Plan Nacer Años 2006-2012 y**

**Trazadora 4 Plan Sumar Año 2013**

TRAZADORAS PLAN NACER/SUMAR	AÑOS	CUATRIMESTRE	CASOS REALES		
			POSITIVOS	DENOMINADOR	PORCENTAJE 1
T. 8-PLAN NACER	2006	1°	193	5233	3,69
		2°	637	5233	12,17
		3°	733	5233	14,00
T. 8-PLAN NACER	2007	1°	1994	13291	15,00
		2°	2000	13291	15,00
		3°	2767	13291	21,00
T. 8-PLAN NACER	2008	1°	2394	11165	21,44
		2°	3517	10049	35,00
		3°	4020	10049	40,00
T. 8-PLAN NACER	2009	1°	4522	11165	41,00
		2°	5195	12825	41,00
		3°	5772	12825	45,00
T. 8-PLAN NACER	2010	1°	5772	12825	45,00
		2°	5243	11651	45,00
		3°	5243	11651	45,00
T. 8-PLAN NACER	2011	1°	5243	11651	45,00
		2°	5243	11651	45,00
		3°	5243	11651	45,00
T. 8-PLAN NACER	2012	1°	5243	11651	45,00
		2°	5869	13042	45,00
		3°	5869	13042	45,00
T. 4-PLAN SUMAR	2013	1°	-	-	-
		2°	5368	16624	32,29
		3°	5368	16624	32,29

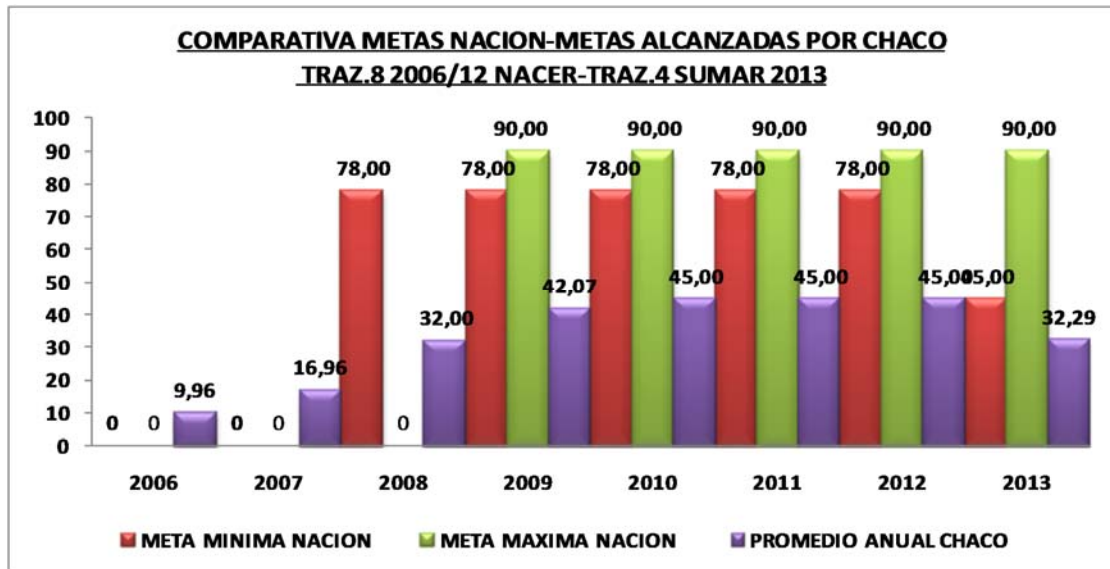


**CUADRO 12**

**Integrado IV Evolución de Trazadora 8 Plan Nacer Años 2006-2012 y**

**Trazadora 4 Plan Sumar Año 2013**

TRAZADORAS PLAN NAC-SUMAR	AÑOS	CUAT.	META MINIMA	POSIT. 2	META MAXIMA	POSIT. 3	POSITIVOS TOTAL ANUAL	DENOMINADOR TOTAL ANUAL	PROMEDIO ANUAL
			PORCENTAJE 2		PORCENTAJE 3				
T. 8-PLAN NACER	2006	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	-	-	-	-	-	-	-
		3°	-	-	-	-	1563	15699	9,96
T. 8-PLAN NACER	2007	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	-	-	-	-	-	-	-
		3°	-	-	-	-	6761	39873	16,96
T. 8-PLAN NACER	2008	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	78,00	7838	-	-	-	-	-
		3°	78,00	7838	-	-	9931	31263	31,77
T. 8-PLAN NACER	2009	1°	78,00	8709	90,00	10049	-	-	-
		2°	78,00	10004	90,00	11543	-	-	-
		3°	78,00	10004	90,00	11543	15489	36815	42,07
T. 8-PLAN NACER	2010	1°	78,00	9004	90,00	11543	-	-	-
		2°	78,00	8180	90,00	10486	-	-	-
		3°	78,00	8180	90,00	10486	16258	36127	45,00
T. 8-PLAN NACER	2011	1°	78,00	9088	90,00	10486	-	-	-
		2°	78,00	9088	90,00	10486	-	-	-
		3°	78,00	9088	90,00	10486	15729	34953	45,00
T. 8-PLAN NACER	2012	1°	78,00	9088	90,00	10486	-	-	-
		2°	78,00	10173	90,00	11738	-	-	-
		3°	78,00	10173	90,00	11738	16981	37735	45,00
T. 4-PLAN SUMAR	2013	1°	-	-	-	-	-	-	-
		2°	45,00	7.481	90,00	14.962	-	-	-
		3°	45,00	7.481	90,00	14.962	10736	33248	32,29



**Entrevista Dra. Antonieta Cayre-PAI- Año 2014:**

*Soy Dra. Antonieta Cayre , estoy a cargo del Programa de Inmunizaciones de la provincia desde 7/2012.-*

*En relación a las características, fundamentos y lo que abarca la cobertura del plan de vacunas, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, su objetivo es fortalecer la cobertura de vacunación, asegurando la organización universal y equitativa de la población objeto del programa. Para este programa se utilizan vacunas cada vez más perfeccionadas, manteniendo y administrando las mismas en condiciones adecuadas, que aseguren su efectividad. Basando sus acciones en la gerencia eficiente, la vigilancia efectiva y constante logrando finalmente la concientización y compromiso de los trabajadores de salud en el programa.-*

*Abarca varias áreas, una de ellas es la de logística y distribución de vacunas, la gerencia y gestión de insumos inmunobiológicos y una parte muy importante que es de vigilancia epidemiológica y capacitación. Es decir, son cuatro áreas muy importantes.-*

*El PAI depende del programa exclusivamente nacional, porque todos los insumos envía Nación, excepto cuando algún descartable que si Nación no tiene en la provincia tienen que comprar, por ej. Carnet de vacunas que en este momento no hay y se solicita su impresión, pero la mayoría de los insumos los provee el programa nacional.-*

*La parte presupuestaria también es de Nación, porque en la provincia prácticamente no hay presupuesto, envían los fondos de Nación, entra a la cuenta común que en la realidad es muy difícil poder acceder a esa cuenta...*

*En relación al Calendario Nacional, es decir a quiénes está dirigido, es un calendario amplio , actualmente consta de dieciseis (16) vacunas, 3 vacunas más que se van a implementar el año que viene ,abarcando desde el recién nacido hasta los adultos mayores, pasando por los menores de un año, es decir, los lactantes, chicos de un año, de 15 a 18 meses, ingreso escolar, los de 11 años que es otro refuerzo, las embarazadas, adultos y mayores de 65 años , hay vacunas para todas las edades según su condición. Obviamente que hay vacunas que si los chicos tienen el esquema atrasado y aunque no tengan la edad correspondiente hay que administrárselas.*

*También hay vacunas universales por ej. Hepatitis B se puede colocar en cualquier etapa de la vida, en cualquier edad, si no se colocó al nacimiento y durante la lactancia. (Ej. si hoy encontramos un chico de 12 años que no tiene el esquema completo de vacunas contra Hepatitis B se le puede completar y administrar y de ahí en adelante). Con la vacuna quíntuple que se le da a los dos cuatro y seis meses se está administrando Hepatitis B. Cuando se debe controlar a un chico de un año tiene que tener el esquema completo de Hepatitis B, sino tiene se le capta a los seis años y se le puede administrar, sino tiene se le capta a los 11 años, tenes una brecha muy grande en mayores. No hay límites en algunas en cuanto a administración en otras sí pero no están licenciadas por la ANMAT (administración nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica) que es el instituto que supervisa, controla el uso de medicamentos.-*

*Eso a veces la gente no sabe, y porque no se le puede poner una vacuna a una persona a edad determinada porque hay muchas vacunas que no están licenciadas y hay otras vacunas que están licenciadas, es decir recomendadas por alguna sociedad científica pero no están dentro del Calendario, por ej. La antigripal donde se tiene a los niños menores de 2 años, embarazadas, púérperas con niños menores de 6 meses, aquellos con factor de riesgo y mayores de 65 años. Ej. una persona de 30 años sana no tiene indicación para ello, ...por eso ellos tienen que guardar esas vacunas para asegurar como Salud Pública para los chicos, las embarazadas o adultos especiales tengan cuando las necesiten.-Si se distribuyen y administren las vacunas a cualquier persona no van a cubrir realmente a los que la necesiten según casos (embarazadas, niños).-*

**Requisitos para ser beneficiarios del PAI:**

*No hay ningún requisito, todas las vacunas que están en Calendario del PAI son gratuitas y obligatorias para cada una de las edades comentadas.-*

**Metas y Trazadoras del PAI:**

*La meta del PAI es superar el 95% de cobertura, superar el 95% de cualquier vacuna. Hay vacunas que no tienen una población objetivo no pueden calcular la cobertura, por ej. La Doble Adultos que es la que se le administra a la embarazada ó la Triple Bacteriana Celular que se le aplica también a la embarazada en el último trimestre de*

*embarazo. Como estas vacunas se colocan una vez y están cubiertas por 10 años y recién a los 10 años se debe hacer un refuerzo, esas no están nominalizadas en el sistema, no tiene el sistema en base de datos, no tienen la población objetivo ej. Si viene una embarazada de 30 años y dice que su última vacuna fue a los 16 años hay que colocarla y si va al año siguiente a vivir a Machagai y se embaraza y seguramente le van a volver a colocar esa vacuna aunque no necesite, y si se vuelve a embarazar le van a volver a administrar. A ella no le va a afectar porque el objetivo es proteger a la embarazada pero, no pueden calcular ó tomar todas las embarazadas de un año para saber que este año voy a tener por ej. 22.000 embarazadas a vacunar, muchas de ellas ya lo habrán hecho y seguramente no tendrán que hacerlo, el médico tiene muy internalizado el esquema de vacunas y no las va a mandar a vacunar, ej. Me va a figurar que la embarazada número "x" no se vacuna cuando en realidad está cubierta y no necesita la vacuna.-El PAI no puede calcular esa población de embarazadas...tampoco el PAI puede calcular la población de adultos a vacunarse contra Hepatitis B, pero tienen una base de 80% ,ó sería el 95%y con esa trabajan.-*

**Donde se vacunan :**

*La vacuna está disponible en todos los Servicios y Centros de Salud Pública, también se proveen en algunos privados.*

*Las vacunas que los privados solicitan como por ej. Privados INI, CURAR,FEMECHACO son para los recién nacidos ,antigripal para su personal de salud y los Institutos de Diálisis solicitan vacunas para sus pacientes y para su grupo de médicos y sus agentes de salud, al resto no vacunan , pero sí vacunan a sus pacientes contra la Hepatitis B ,la gripe según el período del año.*

*Las personas se deberían acercar al Centro de Salud, a veces se realizan Operativos de Vacunación cuando hay alguna feria, algún evento importante. Hay operativos que organiza el mismo servicio del pueblo o localidad ó se organiza desde el nivel central con la idea de ir "descentralizando" y que cada servicio se empodere y salga a la zona, es decir, que ellos salgan a realizar sus propios operativos en el interior.-*

*El PAI central va y asiste en zonas sanitarias, pero la idea es que los del interior y cada servicio también realicen sus propios operativos, por ej . en la feria de Agrochaco*

*fueron los del PAI central con un grupo de personas a la feria a realizar vacunación y desde el año 2013 están estimulando que desde cada servicio se organice y ellos lo hagan y presten servicio a su comunidad para difundir información y concientizar a las personas del tema vacunación , establecer una red entre la comunidad y el servicio de salud ,de esa forma los del PAI central Resistencia lo apoyan.*

*Antes el servicio salía mucho al barrio a hacer terreno, actualmente este sistema disminuyó bastante y se nota en las coberturas. El PAI siempre tuvo coberturas muy altas en ingreso escolar, porque es inherente al (APS) Atención Primaria de Salud, el trabajo del terreno: ir a la escuela, ir al barrio. Actualmente eso disminuyó, el año pasado (2013) tuvieron una cobertura bajísima de inserción en ingreso escolar del 68% que es muy bajo porque años anteriores tuvieron cercanas al 90% ó superior al 90%.-*

#### **Control desde Nación(controles de calidad)**

*Cada fin de trimestre el PAI CHACO debe enviar sus coberturas a Nación, constantemente tienen carga de vacunas on-line, la antigripal se carga on-line y desde Nación en forma automática ven la información. Y esa información desde el PAI central se la baja a los servicios para que ellos la vean también.-*

*El programa tiene 3 áreas y una de ellas es Supervisión, (Capacitación y Supervisión), ellos hacen permanentemente Supervisión a los Vacunatorios, que son supervisiones capacitantes, con la idea de ir a ver qué es lo que está funcionando mal, dar las explicaciones, aconsejar, recomendar, dejar observaciones y deben volver a reiterar la visita a los tres meses para ver si hubo algún cambio positivo.- Esa Supervisión dura aproximadamente cuatro horas porque se basa en sentarse con el referente del vacunatorio y ver paso a paso cuatro ó cinco ítems que son muy importantes como : logística, planificación, cadena de frío , vigilancia y referido a la calidad del dato.*

*Es muy importante la calidad del dato para PAI central, habiéndose detectado desde que la Dra. Cayré está a cargo del programa , que hay muchos errores en la notificación y registro de las vacunas administradas, debiendo cambiar las planillas porque habían vacunas que no tenían lugar donde notificarse. Es decir, la gente no notificaba, se resuelve corregir esta situación y se crea un Sistema de Notificación On-Line Nacional que es el NOMIVAC , el Sistema Nominalizado de Vacunas . Este*



sistema informativo el día que esté totalmente cargado sería muy beneficioso y positivo, por ej. Si viene un chico de Villa Angela ,al cargar solamente su DNI se va a saber su situación personal en relación a que vacunas aplicadas tiene , cuando se vacunó, las que les falta y saltan las alertas. Y si viaja a Ushuaia también ellos van a saber su situación .Este Sistema Nominalizado de Vacunas se está implementando desde año 2014 con su propio proceso de capacitación a los agentes asignados.-

**Datos sobre Cantidad de Beneficiarios:**

PAI se maneja con planillas, que se envían a Nación. Ej. cuando viene la campaña de sarampión-rubéola septiembre-octubre y la Dra. Cayré tiene que calcular por departamento cual va a ser su población objetiva a vacunar de niños entre 1 a 4 años debe controlar los años anteriores y ver cuántos nacidos tuvo en los años 2010 al 2013 y el año actual, es decir, cuantos tiene de 1,2 3 y 4 años para saber cuántas vacunas tiene que buscar y/o pedir y cuántos niños tiene que vacunar por departamento. Así se logra obtener datos para cada vacuna y por edad.-

**Vigilancia de Inmunoprevenibles:** (ejs. Tétanos, coqueluche, displasia ).

En el año 2011 se tuvo un brote de coqueluche(ó tos convulsa) y se murieron 4 niños menores de 1 año , 2 menores de 2 meses y 2 mayores de 2 meses en el Chaco sin vacuna , ese fue el último brote grande que se tuvo , con la muerte de 4 niños por coqueluche fue un desastre. Luego, se comenzó en el Hospital vacunación para embarazadas con la Triple Bacteriana Acelular (dTAp:difteria, tétanos y Pertussis:tos convulsiva), porque en Chaco se dió ese impacto, y a nivel Nacional también , con casos y fallecidos en varios lugares de Argentina , es decir, vacunación en el último trimestre de embarazo para beneficiar a ese recién nacido que no se pudo vacunar, que le permita tener anticuerpos a través de la placenta y leche materna . De todo ello se verificó que a partir de la vacuna de la Triple Acelular de Embarazada (desde 2012) no se tuvieron más fallecidos.-

Antes de esta vacuna sólo se administraba la Doble (dT)que era contra el tétanos ,difteria, pertussis.-Estas son vacunas sólo para embarazadas.-



*La tos convulsa ó coqueluche es una enfermedad respiratoria muy contagiosa que puede ser muy grave sobre todo en bebés y niños. Es ocasionada por la bacteria llamada Bordetella pertussis, período de incubación de 7 a 10 días.- Los niños menores a un año tienen alta probabilidad de desarrollar complicaciones graves , siendo la más común la neumonía , pudiendo provocarle la muerte.-*

*Al niño se le administra a partir de los dos meses, pero en el período entre nacimiento y los dos meses se puede morir, porque generalmente la coqueluche se la contagian los adultos, sus padres ó los hermanos adolescentes. El bebé no tiene defensas si la madre no le pasa algo de anticuerpos, y ese bebé se puede morir.*

*La mejor prevención para niños menores de seis meses es la vacunación de las madres embarazadas a partir de la semana 20 de gestación. Siguiendo con la administración al niño de la vacuna Quíntuple pentavalente para dar inmunidad a los 2,4 y 6 meses, la Cúadruple a los 18 meses ,Triple Bacteriana celular al ingreso escolar y Triple Bacteriana Acelular a los 11 años.-*

*Según los gráficos del sistema informático del Pai Chaco se puede observar que después de un brote , se registra alta la Notificación ,generándose un gran alerta en la población y en los servicios de salud, en este caso por Coqueluche. Luego se veía alta Notificación Baja Confirmación en los años 2012/2013, ningún confirmado , y hasta mediados 2014 no se registra ningún fallecimiento por Coqueluche.-*

*Desde el año 2011 se había aplicado la vacuna y tuvo resultados positivos.-Se notó un descenso en la positividad de los casos hallados.-*

### **Meningitis, Bronquiolitis, Neumonía, Gripe:**

*La vacuna PREVENAR se implementó aproximadamente en el año 2011, recién el año 2013 el PAI tuvo una cobertura mayor del 90% .La vacuna en realidad lo que previene es la meningitis por Neumococo es decir, la enfermedad invasiva por Neumococo. Hay algunos estudios que confirman que disminuye la neumonía pero sobre todo el mayor impacto es la enfermedad invasiva por neumococo que son las constipaciones más severas como la meningitis . Como es reciente esta aplicación, hace un año, desde*

el 2013 al 2014 no se puede evaluar mucho el resultado de la cobertura de esta vacuna.-

Gripe , también , se hace todo el año análisis de cantidad de notificaciones en el PAI ,de enfermedad tipo influenza, muertes por gripe. Por ej. Todo este año 2014 las muertes ocasionadas por gripe ocurrieron porque no fueron vacunadas con factor de riesgo , en el año 2013 dos casos de personas adultas, las dos con factor de riesgo no vacunadas .-

### **Vacunas para Niños:**

Las vacunas son gratuitas y obligatorias en todos los centros de vacunación y hospitales públicos del país. El Calendario de Vacunación Nacional se basa en las siguientes:

BCG y Hepatitis B ;(recién nacidos): lo ideal es vacunar al recién nacido antes de las 12 horas para evitar el traspaso de anticuerpos maternos, después de las 12 horas se le vacuna pero no tiene tanto efecto.

La BCG hay que vacunarlos antes de los 7 días , en el Chaco porque es zona endémica se vacuna durante todo el primer mes .Si se suma los 7 días que se llega a un 85% más los vacunados durante todo el primer mes se llega a un 99% de cobertura con BCG en recién nacidos, con Hepatitis B un 60% de cobertura, esta última es bajísima.-

La vacunación del Lactante : se lo vacuna a los 2,4 y 6 meses y/o en el período entre 15 y 18 meses .Y ahí hay varias vacunas :

- Quíntuple Celular ó Pentavalente (DTP+Hib+HB) se le administra a los 2,4 y 6 meses, y si no hay Quíntuple se la reemplaza por Cuádruple más Hepatitis B .El año 2014 tuvieron problemas para conseguir Quíntuple. La Quíntuple y Cuádruple cubre contra la difteria, coqueluche-tos convulsa(Bordetella Pertussis), tétanos, (que sería la Triple), Haemophilus Influenzae Tipo B y Hepatitis B.-
- Se le administra la PREVENAR que es antineumocócica que son dos dosis a los 2 y 4 meses y un refuerzo al año.-

SABIN a los 2 , 3 y 6 meses .Es una vacuna Antipoliomelítica. La poliomyelitis es una infección viral causada por tres tipos de virus, caracterizándose por la producción de parálisis aguda flácida. La tercer dosis es a los 18 meses y refuerzo a los 6 años.-

- *Antes se colocaba la de Fiebre Amarilla que ahora no se coloca más, y se pasó la TRIPLE VIRAL-SRP(contra el sarampión- rubeola y paperas parotiditis )1° dosis a los 12 meses y 2°dosis a los 5 y 6 años , y seguramente se va a incluir la de Varicela a este período, en el período de 15 a 18 meses.-*
- *Vacunas del año cumplido: Triple Viral y Antiamarílica a los niños que viven en zona de riesgo epidémico como el Dpto. Bermejo, el resto no se vacuna con esta salvo que tenga que viajar o sea zona endémica.-También se le administra la Vacuna contra Hepatitis A , sarampión - rubéola y el refuerzo de Prevenar.-*
- *Al ingreso escolar: 5 ó 6 años es el refuerzo Triple Bacteriana Celular (DTP) ( que se la había colocado a los 2,4,6 ,18 meses y 6 años)contra tétanos, difteria y coqueluche más la Triple Viral (sarampión-rubéola y paperas ) más refuerzo SABIN : en total son 3 vacunas a los 6 años.-*

*Es decir, según el Calendario de Vacunación las 3 primeras dosis se indican como vacuna Quíntuple Pentavalente(DTP+Hib+HB) 2, 4 y 6 meses de edad. Primer refuerzo a los 18 meses como vacuna Cuádruple , el segundo refuerzo entre los 5 y 6 años como vacuna Triple Bacteriana Celular (dTp).-*

*El uso simultáneo con otras vacunas : se pueden administrar vacunas combinadas que incluyen protección contra difteria,tétanos y pertussis,ellas son:*

- *Cuádruple celular y acelular:DTP/Pa+Hib*
- *Quíntuple (pentavalente)(celular):DTP+ Hib+HB*
- *Quíntuple (acelular):dTpa + Hib + IPV*
- *Sextuple acelular:DTPa + Hib+HB+IPV.(prematuros menos 37 semanas y menos 1500 grs.:dosis:2-4 y 6 meses).-*
- *A los 11 años: si el chico no tiene esquema completo de Hepatitis B , se inicia y se completa .Si no tiene sarampión-rubéola se le coloca esta también. Se*

*aprovecha esta edad para completar la vacunación y además se vacuna a las niñas con VPH(Virus de Papiloma Humano) que produce el cáncer de cuello de útero. Vacunando a las niñas con ella se previene el cáncer de útero, el 99,9% del cáncer de cuello útero es a causa de este virus.-*

- ***Tetravalente:*** *se incorporó la tetravalente del VPH , antes se usaba la bivalente para dos serotipos más importantes que mayor carga tienen en esta región en relación con el cáncer de cuello de útero .Este año 2014 se incorporan dos serotipos más por eso es tetravalente , protege contra las verrugas genitales ,disponible en cualquier centro de salud ,en cualquier hospital para personas con VIH ó HIV(virus ó retrovirus de inmunodeficiencia humana: causa de la inmunodeficiencia adquirida: sida) hasta 25 años. Se trabaja con el programa de HIV SIDA por el tema de identidad y su resguardo, el programa envía a sus pacientes a ser vacunados en el Hospital Perrando ó al 4 de Junio. El Hospital Perrando es la sede porque allí hay un infectólogo que maneja todo de Sáenz Peña hacia arriba, concentrados en esos dos lugares. Un paciente con HIV que no tiene problema de decir que tiene y que necesita las vacunas se lo dan en cualquier lugar a las vacunas, pero para resguardar la identidad se está trabajando a través del programa.*

*El PAI permanentemente está analizando sus coberturas, si bien su notificación es muy lenta y no es oportuna porque están con un atraso de 2 meses, semestralmente pueden hacer un análisis coherente del tema.*

*También se analiza la Mortalidad y Morbilidad, si hay sospecha sobre el coqueluche, la vacuna para coqueluche se le aplica a los 2,4 y 6 meses, a los 18 meses y al ingreso escolar. Si hay sólo “sospecha” (sin resultado) se hace un estudio sobre el chico, aunque esté bien se realiza metodología ambulatoria y una serie de acciones para bloquear ese foco, analizándose la cobertura en el área de nueve manzanas alrededor de la casa del chico en cuestión, se completa los esquemas. Se continúa con un tratamiento a la familia y convivientes de ese caso, por cada caso de inmunoprevenibles ya sea sarampión, rubéola, parálisis flácida que se previene con la vacuna SABIN.*

*En el caso de Hepatitis A se hace lo mismo, y en las enfermedades prevenibles se vacuna ante la sospecha de un caso se realiza el mismo trabajo.-*

*Cuando hay un caso por ej. de muerte por gripe se hace lo mismo, y cuando los CAPS hacen denuncia de casos por gripe, si bien no está indicado el “control de foco” muchos servicios realizan una especie de control de foco sobre el control de carnet, vacunando a todas las personas con factor de riesgo que vivan en el área.-Salen del centro de salud hacia el barrio, hacia las casas, ej.si hay una persona internada con gripe se estudia sólo esa persona internada, por eso ellos se informan( los del centro PAI), si hay una persona internada por gripe de Quitilipi, van a ese barrio. Es decir, la gente del servicio controlan los carnets para vacunar a todos los que tienen indicación y allí si hay embarazadas que no estén cubiertas se las vacunan, si hay niños menores de 2 años sin vacunar se les administra, mayores de 5 años ó personas en situación de riesgo a fin de evitar la transmisión. Este procedimiento lo realizan los CAPS periódicamente, cuando salta un caso, permanentemente.*

*Hoy por ej, a través del sistema de vigilancia del laboratorio saltó un alerta de coqueluche, eso salta en la sala de situación, los agentes de la sala de situación llaman al servicio y dicen tengo un caso sospechoso de coqueluche de un niño dando datos personales, DNI, domicilio y los agentes del servicio CAPS van hasta la casa del niño, ven cómo están las personas, controlan que no haya sintomático, les dan e indican la medicación y hacen control de vacunas en el área, ya sea en los casos de sospecha de displasia broncopulmonar, sarampión, rubéola, coqueluche, cualquier inmunoprevenible.-En el caso de la displasia broncopulmonar que es la enfermedad más frecuente en los lactantes, se expresa con una importante morbilidad en los primeros años de vida. Se presenta durante el período neonatal en recién nacidos de parto prematuro que necesitan tratamiento por insuficiencia respiratoria en las primeras semanas de vida.-*

*Desde el 2009 no hay casos de niños menores de 5 años que hayan muerto por causa de enfermedades inmunoprevenibles, no hay tétanos neonatal, excepto el brote del 2011 no se registraron más muertos por coqueluche, los casos de muertes por gripe fueron casos de personas que tenían indicaciones de vacunas y no habían sido vacunados, no habían aceptado la vacunación. No hay casos de rubéola congénita desde el año 2009 que fue la última campaña, sarampión autóctono desde el año 2000, están con la campaña sarampión – rubéola por el tema de evitar la reproducción del virus del*

*Mundial de Brasil, hay brotes de sarampión en Brasil y vino gente de Europa y Africa donde tienen brotes desde hace 3 años. En relación a la Poliomeilitis hubo una reemergencia en zonas de Africa y de Asia y Argentina (Chaco) están muy alertas en estos casos.-*

*El PAI Chaco, Ministerio de Salud, trabaja en forma coordinada con el Ministerio de Educación, en el caso del Programa PROSANE (Programa De Salud Escolar) porque el tema de inmunizaciones abarca a los niños en edad escolar (ej. si hay brotes en alguna escuela), también con Desarrollo Social donde se interponen varios programas ,sectores y ministerios. Además se reúnen y trabajan permanentemente con Epidemiología; Maternidad e Infancia, viajan y realizan supervisiones a los CAPS y al interior junto con SUMAR abarcando todos los programas de Maternidad e Infancia.-*

*La Vigilancia Epidemiológica está centrada en la Sala de Situaciones y en Epidemiología que son los encargados en recibir si salta un caso de inmunoprevenibles , avisando al centro del PAI y haciendo toda la investigación del caso.Si es un caso de un niño con coqueluche que vive en un Hogar de Niños se comunican con Desarrollo Social, con el Pediátrico y ellos van y controlan , desencadenándose una secuencia de acciones que involucran a más de un servicio. El servicio trata de ser eficiente pero a veces llegan tarde porque la “Notificación” es lenta. Hay enfermedades de notificación inmediata obligatoria, por ej. Si hay un caso de dengue, coqueluche deben llamar inmediatamente por teléfono, deben llamar del servicio CAPS, ó del hospital a la Sala de Situación, sino llaman recibe el PAI el “alerta por el sistema de vigilancia del laboratorio” últimamente se están manejando más por ese sistema , pero si el agente salud que cargó al sistema a la persona en cuestión lo hace dos días ó 21 días después y el servicio no llamó, el PAI no sabe. Este sistema de vigilancia está en funcionamiento desde el año 2012 .También hay un sistema donde el “laboratorista” verifica un caso y avisa al PAI.*

*Además trabajan con policías, porque vacunan en las cárceles con el sistema de Programa De Salud En Contexto De Encierro; con Sanidad y Fronteras que es fuerza de seguridad nacional ,en el caso de sarampión y rubéola con la gente que va a viajar .*

**Conservación de Vacunas:**

*El PAI Chaco cuenta con una cámara nueva , inaugurada en mayo, moderna, cómoda con todas las garantías de calidad. Se formó un equipo de logística que está a cargo de una Licenciada en enfermería con 4 agentes que colaboran con la distribución y se comenzó a organizar para brindar beneficio a la comunidad. La entrega de vacunas se realizaba los viernes al PAI CENTRAL con el objetivo de que el servicio de la cámara también realice inspecciones internas, control de calidad , análisis de stock y entrega normatizando toda la actividad de la cámara , desde el control de temperatura a la forma de distribución y planificación de la población.-*

*Están trabajando fuertemente con la cámara donde la temperatura debe ser controlada , que no se pierda la cadena de frío, teniendo por normas qué temperaturas tolera cada vacuna .Elaboran un informe donde determinan que vacunas perdieron la cadena de frío y lo elevan al Comité de Análisis de Temperaturas en Nación. Este Comité analiza cada situación e inhabilitan las que correspondan para luego enviar un nuevo informe al Pai Provincia del Chaco y este lo remite al servicio respectivo , así se evita las pérdidas de las mismas.-*

*El Pai obtiene las vacunas a través del Fondo Rotatorio de la OPS(Organización Panamericana de Salud) , y éste realiza las compras un año antes para toda la región de las Américas ,para todo el Conosur donde intervienen a través de licitaciones los laboratorios asignados.-*

*Argentina está posicionado a nivel mundial en relación al Calendario de Vacunación como uno de los mejores, el que posee un calendario de vacunación completo de vacunas según Dra. Cayre . Hay muy pocos países que tienen un calendario tan extenso y universal, que abarca a tantos grupos de personas, por ej. Hay vacunas para el recién nacido, para el lactante, para la embarazada, para el adolescente, para el adulto joven, adulto mayor de 65 años. Históricamente en el 2003 eran 6 vacunas ,2008 16 vacunas y a partir del año 2015 van a ser 19 vacunas.-*



**Los objetivos del PAI : disminución de la mortalidad infantil:**

*Según expresa la Dra. Cayré , “ los objetivos del Pai son la disminución de la morbilidad y la disminución de la mortalidad infantil. Asimismo las infecciones respiratorias son consideradas mundialmente una de las principales causas de mortalidad infantil, entre ellas la neumonía, la enfermedad tipo influenza y bronquiolitis, afecciones de mayor frecuencia y gravedad. Siendo la Infección Respiratoria Aguda Baja(Irab) la cuarta causa de mortalidad infantil en Argentina y el Virus Sincicial respiratorio agudo el principal agente etiológico de ellas”.*

*Para ello se administran vacunas que previenen enfermedades y hay otras que no previenen enfermedades, “previenen la muerte por enfermedad”, tal es el caso de la vacuna antigripal cuya meta es que no hayan muertes por gripe aplicándosela a las embarazadas, a niños menores de 2 meses y diabéticos .*

*El PAI en coordinación con maternidad e infancia administran un anticuerpo monoclonal para evitar la infección contra el virus de deficiencia monorespiratoria, que circula permanentemente durante todo el año , que hace un pico a inicios del invierno y afecta mucho a los menores de 2 años, a los prematuros de alto riesgo, niños portadores de cardiopatías, prematuros extremos menos de 500 gramos ,de menos de 22 semanas, donde se triplica el riesgo de internación prolongada, de respirador ó muerte.*

*Esta vacuna llamada PALIVISUMAB(VSR:contra el virus sincicial respiratorio agudo) es un anticuerpo monoclonal, se lo llama vacuna pero en realidad es un anticuerpo inmunobiológico, porque actúa solamente un mes, es decir que toda la temporada invernal se le debe aplicar a los niños una vez al mes una dosis de ella cuando termina el período de circulación del virus sincicial ó el niño tiene más de 6 meses, ya no se le coloca más, es decir que el cronograma de administración comprende cuatro dosis desde mayo a agosto inclusive. Esto es nuevo y muy costoso cada ampolla sale \$19.000, el año 2013 lo encargó Maternidad e Infancia. El Chaco fue una de las provincias que tuvo mejor control y seguimiento de estos niños prematuros extremos con una tasa muy baja de pérdida de seguimiento.*



*Este año se incorporó los cardiópatas graves para que estén cubiertos con este virus, cardiopatías congénitas, pezquisa neonatal, neonatología del Perrando, consultorio respiratorio del Pediátrico ,Hospital 4 de Junio, en esos cuatro lugares se administran (palivisumab).*

*A los niños todos los meses los controlan el médico de cabecera, cardiólogo ó neonatólogo y si tiene patología respiratoria con consultorio respiratorio. La idea del Ministerio de Salud es proteger al niño protegiendo al núcleo familiar, así se les vacuna al grupo familiar no sólo con monoclonal, con antigripal, triple bacteriana celular, todo tipo de vacunas para evitar que ese niño que no tiene defensas se agarre alguna infección. También se hace mucho hincapié en las medidas higiénico-sanitarias, las lactancias maternas, lavado de manos, ventilación de ambientes libres de humo, para proteger al bebé, y eso se los explican en los Hospitales Perrando, Pediátrico y en los Centros de Salud.-*

*Otra vacuna que se administra a prematuros es la Séxtuple, como la quíntuple suelen dar efectos adversos porque son niños de 1500 grs. Y a veces llegan a los dos meses a los 1800 grs. se les dá la vacuna séxtuple acelular que tiene menos efectos adversos, en un solo pinchazo son 6 vacunas y tiene menos efectos adversos.-*

*El **PAI** es un Programa Provincial que depende de Nación en relación a insumos, vacunas, y recursos financieros.*

*Se realizan reuniones trimestrales de Jefas PAI con Nación para coordinar y organizar todo lo relacionado a vacunas, calendarios, lineamientos. Nación dice lo que se debe hacer pero antes debe estar coordinado y avalado por todas las provincias.*

*Los recursos financieros vienen de Nación como para distintas patologías dirigidos al Ministerio de Salud y de ahí ellos pueden a través de pedidos de anticipos comprar heladeras, descartables, jeringas para el PAI.- Muchas veces se solicita ese anticipo y el dinero no está. Cuando se necesitan vacunas antiamarílicas, Nación le dá para un determinado departamento y si es para cubrir toda la provincia, el pedido se hace a provincia y se hace cargo sólo provincia de proveer esas vacunas.-*

*En relación a los lugares donde se vacunan los niños, ellos tienen que salir de maternidad con la vacuna colocada, no se vacunan en los centros de salud, sólo se vacunan en los Hospitales Perrando, Pediátrico y Hospitales cabeceras para evitar pérdidas excesivas de vacunas y mejorar la cobertura .*

**Terapias de Rehidratación Oral Aplicadas** : *El niño que está con diarrea en horas se puede deshidratar y morir. La incidencia de muertes por diarrea cambió mucho con la llegada del agua potable y las sales de rehidratación oral. Con las sales se salva a un niño si se dá en forma adecuada y oportuna.*

**Rotavirus**: *produce una deshidratación muy importante por los vómitos, pérdidas de minerales, si al niño no se lo hidrata rápidamente a través de la teta ó la reposición de líquido a través de sales de rehidratación se puede morir.*

### **Campañas Educativas de Capacitación de los Equipos de Salud**

*En el año 2014 se están haciendo capacitación de tutores on-line para dar cursos PAI en los lugares donde no se puede llegar. A través de tutores on-line puede hacer el curso un chico de Pompeya y tener la misma capacitación, a través de la plataforma de Ups con gente del PRONASEI.-*

*La implementación de vacunas en el mundo cambió la historia de la enfermedad y de la muerte .Después de la implementación del agua potable, la vacuna es la que mayor impacto tiene en Salud Pública. Además actualmente tiene gran importancia la prevención que va acompañada de la educación por ej. cómo deben lavarse las manos,hábitos saludables .*

*La llegada que puede tener hoy en día el Programa es casi Universal, porque la vacuna llega a todos los centros de salud de la provincia, puestos, etc. El PAI tienen una camioneta con cámara fría que es para distribución de vacunas desde año 2013 facilitando la entrega de vacunas a diferentes localidades y puestos de la provincia , Sauzalito, Wichí, entre otros.-*

*Finalizando, la Dra. Cayré afirma que Argentina es considerada como uno de los países que mejor calendario tiene en todo Latinoamérica, inclusive del mundo. En junio se hizo un reconocimiento en Ginebra a la Argentina por el tipo de esquema contra*

*Hepatitis A recibiendo un premio, y varios países después de eso se aliaron a ese Programa.-*

**Entrevista al Dr. Scalamogna : Plan Nacer/Sumar-Provincia del Chaco- Julio Año 2014:**

*Transcribo la entrevista realizada al Dr. Scalamogna, Coordinador Provincial Del Programa Sumar en la Provincia del Chaco, a cargo del mismo desde el mes de Junio del año 2010.-*

*Según expresa el Dr., el Plan Nacer , actualmente llamado Programa Sumar es un programa nacional que tuvo por objetivo inicial ,como Nacer, disminuir la mortalidad materna e infantil, y a partir de la incorporación del Sumar se atienden también los casos de problemática adolescente , embarazo en adolescencia, violencia, consumo de tóxicos, y en las mujeres mayores entre 20 y 64 años sobre todo se apunta todo al control del cáncer cérvico-uterino y cáncer de mamas.-*

*El Programa Sumar está dirigido a varones hasta los 20 años y a mujeres hasta los 64 años . Inicialmente cuando era Plan Nacer cubría a las embarazadas , puérperas hasta los 45 días y a los niños desde 0 a 6 años.-*

*El Convenio se firmó a partir de agosto del año 2012 como Sumar, basándose el sistema de trabajo del mismo en que la Nación transfiere fondos a la provincia , y ella cofinancia parte de esos fondos destinándolo a compras de prestaciones a los servicios de salud pública del Chaco.*

*Comprar prestaciones de salud pública significa que las mismas que son brindadas a los servicios, son facturadas, son aquellas que están incluídas en el nomenclador del programa Sumar y se llaman “Plan de Servicios de Salud”, y esos fondos se trasladan al efecto con una relación 60%, 40%.Donde ese 60% son específicamente para el servicio y el 40% va dirigido para el personal de dicho servicio como una figura de Fondo Estímulo Común , aclarando que esos servicios de salud son denominados efectores.-*

*El Sumar tiene convenios con Hospitales y con los CAPS, centros de salud, dependientes del Ministerio de Salud Pública, no se trabaja con los servicios privados. Incorporándose recientemente algunos centros integradores comunitarios de algunos*

*municipios, con la característica que son los que tienen estructura básica necesaria como para ser considerados como efectores.-*

**Requisito para ser beneficiario del Programa Nacer/Sumar:**

*El requisito para inscribirse en el Plan se basa en que se atienden a todas las personas que no tengan otro tipo de cobertura explícita, los que no tienen obra social como por ejemplo el Inseep, Pami , Obras Sociales Privadas, incluso el Profe, todos los que no están incluidos allí son potenciales beneficiarios del Programa Sumar. La novedad es que a partir de marzo del año 2015 se incorporarán los varones hasta los 64 años inclusive.-*

*En teoría dicho programa tendría que trabajar con todos los sectores del Ministerio de Salud e incluso con otros Ministerios como el de Desarrollo Social y el de Educación. En el ámbito de Educación de Nación están con el Prosane Programa de Sanidad Escolar . Actualmente depende directamente del Ministerio de Salud y trabajan con las Direcciones de Maternidad e Infancia que es la Dirección con la cual trabajaron desde el inicio. Siendo esta Dirección de Maternidad e Infancia la encargada de desarrollar y analizar el impacto de los planes para la reducción de la mortalidad infantil , tasa de natalidad, adolescentes embarazadas de la provincia.*

*Además, se realizan tareas en forma unificada con el Ministerio de Desarrollo Social del noveno piso de casa de gobierno , con Ministerio de Educación con el Programa General de Salud Escolar , formando parte con ese programa junto con quince programas más. Es decir, en el ámbito de Educación de Nación con el Prosane Programa de Sanidad Escolar y con el Programa Remediar de la Secretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de Nación que está destinado a distribuir medicamentos incluyendo la población infantil, abarcando antibióticos, jarabes antifebriles , dentro de la política nacional de medicamentos.-*

*Resumiendo, toda la labor es realizada de manera integrada y con los mismos objetivos, sobre todo con la Dirección de Maternidad e Infancia, personal de cáncer cérvico-uterino , odontología y laboratorios del Ministerio de Salud Pública, teniendo contacto con los directores de regiones y a través de ellos con todos los servicios.*

**Control Periódico de Cumplimiento de Metas-Sistema de Pagos por Resultados:**

*El Programa Sumar está siempre monitoreado por Nación para ver cuáles son los resultados obtenidos por Provincia. La forma de monitoreo es: Número de Inscriptos con una modalidad nueva de inscriptos con cobertura efectiva.*

*Antes cuando era el Plan Nacer, se les pagaba una cápita por persona inscripta, ahora con el Programa Sumar se paga una cápita por persona inscripta que tenga efectivamente la cobertura, es decir que tendría que haber sido atendido por lo menos una vez en el año por el sistema de salud. Se busca la inclusión de la gente, que no sea solamente un mero número de documento, sino que esa persona esté en el sistema, que haya sido atendida.*

*Posteriormente se les mide a través de las trazadoras que son de reporte cuatrimestral, con tres (3) mediciones en el año con un porcentaje 60/40%, siendo la Nación la encargada de transferir los fondos por el 60% de la cápita, es decir de la cantidad de personas que el plan Nacer/Sumar tiene el 60% y el 40% queda supeditado al cumplimiento de las trazadoras.*

*Con el Plan Nacer se habían logrado valores casi óptimos de las trazadoras, se hablaba del 37/38%. Cuando se inicia el Programa Sumar, como cambia la población, se complicaron algunas cosas, los datos cayeron, y durante el cuatrimestre con el tema de los paros administrativos del estado provincial y conflictos gremiales disminuyó todo. En este momento, julio del año 2014, anda rondando el 10% del 40% ideal, con la intención de llegar a ese 40% nuevamente.-*

*Cuando el Dr. Scalamogna se expresa sobre el 60/40% del Plan Nacer/Sumar, significa que ese 60% es en base al total de la población inscripta con cobertura y sobre esa cantidad la Nación envía fondos a Provincia por un total del 60% de la población y el 40 % queda supeditado a futuro cuando analiza el cumplimiento de los objetivos y trazadoras alcanzados por ella. Concluyendo, Nación paga el 60% y solamente envía fondos por el 40% restante cuando verifica que Provincia cumple con las trazadoras, de lo contrario no lo envían.-*

*Este Sistema funcionó con el Plan Nacer y actualmente con el Sumar, denominándose Sistema de Pagos por Resultados.*

*Es decir, por Plan Sumar Nación paga a la Provincia por resultados, y la Provincia por ahora paga a los servicios de salud, es decir por prestación que los servicios brindan, apuntando que se transfiera el pago por resultados a los servicios(año 2014). Actualmente Provincia paga por Resultados por cantidad apuntándose a pagarse por Resultados por calidad, como lo realiza Nación con el sector específico.*

*Según afirma el Jefe del Plan Sumar Chaco, la Provincia tiene un nivel ó fase mínima para el tema de las trazadoras, que de no cumplirse no se paga. Sería conveniente que se cambie la legislación de alguna manera para que a los servicios se les pague de la misma forma , si ellos no cumplieron con determinado nivel no se les abona nada, sería más equitativo desde el punto de vista financiero provincial y a la vez así acostumbrar al servicio efector que mejore la prestación del mismo.-*

**Mortalidad Infantil : Meta del Plan Nacer/Sumar:**

*El Plan Nacer/Sumar se creó con el objetivo de la disminución de las tasas de mortalidad materna infantil .Su rol protagónico es el de las prevenciones, siendo los datos que se han obtenido es que han disminuido más de 10 puntos porcentuales la tasa de mortalidad infantil en la provincia.-*

*Ese logro no es solamente gracias al Plan sino también a las medidas que se han tomado desde el gobierno y el Ministerio de Salud, de la Gobernación. El rol protagónico del Plan fue fundamental porque tuvieron la nominalización de los niños y de las madres embarazadas, la medición de la cantidad de controles , resultados en relación a las vacunas que se iba monitoreando desde la sede del Plan .De alguna manera se forzó para que se comenzara a registrar conjuntamente de cada uno de los operadores o programas de salud ,entre ellos Plan Nacer/Sumar , Pai (Programa ampliado de Inmunizaciones: vacunación).*

*Concluyendo, el Programa colaboró activamente en la reducción de la mortalidad infantil en el Chaco, junto con todos los actores.-*

**Datos sobre la cantidad de beneficiarios registrados por año:**

*El Plan tiene un monitoreo continuo de la cantidad de beneficiarios según datos de Nación de población elegible de 460.000 estimada. Con lo cual el Plan Nacer de Provincia dice que tiene sus diferencias en relación a ello con Nación, pensando que es menos la cantidad. Sobre ello, Nación resolvió la reducción de esa población elegible porque se convencieron que estaba muy inflada e incrementada, que en realidad son menos.*

*Se arribó a esta situación por el resultado arrojado por el censo poblacional del año 2010 y tarea de recálculo de una demografía. Ante ello Plan Nacer reaccionó y verificó que la habían aumentado en una cifra de 100.000 beneficiarios. Debido a ello el Dr. Scalomogna debió viajar a Bs.As. para reaver el tema, se dieron cuenta que estaban equivocados, de acuerdo a ello Provincia está aguardando esta corrección.*

*De esos 460.000 estimados, Chaco tiene unos 150.000 inscriptos con una cobertura efectiva, es decir, están en el orden del 31%. Si bien es un valor que si se lo analiza es malo, porque de cada tres personas se tiene solo una registrada y con atención, y dos no.*

*Según manifestación del Dr., el Chaco está bien posicionado desde el punto de vista estadístico en relación a las demás provincias argentinas, dentro de las tres mejores a nivel nacional, en cuanto a cumplimiento de trazadoras, de cobertura efectiva comparándolas con Tucumán y Misiones.*

*Tucumán es una de las provincias que se destaca porque tiene un gran sistema informático y como es una provincia pequeña, es fácil de cubrir, tuvieron rápidamente la cobertura efectiva más amplia, la población elegible prácticamente toda nominalizada. Además, un ministro de salud tucumano y gente que ha incorporado al Plan Nacer desde su creación. Tienen muy claro sobre el Plan, las necesidades sanitarias y en base a ello trabajaron fuertemente desde el ministerio para su provincia.*

*En cambio en la Provincia del Chaco no se logra evolucionar con ello por los continuos cambios de ministros.*



**Certificación:**

*En cuanto a la certificación de normas ISSO , se está trabajando en el proceso de pagos a los efectores, teniendo una multitud de procesos pero lo van certificando de a uno.*

*Refiriéndose a los efectores el Dr. dice que son los servicios de salud que tienen firmado un convenio con el Programa Nacer/Sumar, que son equipos que brindan los servicios que hacen a los resultados que el Programa pretende en la provincia, puede ser un Hospital, u Centros de Salud (CAPS: Centro de atención primaria) ó un laboratorio.-*

*Lo que el Programa va a certificar es el proceso de pagos desde que se incorpora la facturación al mismo, es decir desde que el servicio presenta su facturación hasta que el Programa emite el cheque de pago.*

*No pueden intervenir en un proceso más amplio porque desde que emiten el cheque y hasta que el dinero le llega al servicio interviene el “tercer administrador” que es la Provincia. En eso no se pueden involucrar porque la Provincia sabe cómo, cuándo y porqué liquidan los fondos.-*

*Plan Nacer/Sumar emite el cheque, por 10 servicios que suman \$1.000.000 y hacen el cheque y transferencia. El Plan les dice lo que a cada servicio le corresponde, cada servicio es dueño de su dinero y la Provincia le va entregando a los servicios en la medida de sus posibilidades. De todo ello, Provincia es la que administra la entrega del dinero por eso se les llama tercer administrador. Ellos destinan el dinero al servicio que le corresponde en base a la información del Plan que les dice quienes ganaron dicha suma .*

*En otras provincias el Programa se paga directamente al servicio.*

**Control del Plan Nacer/Sumar a los Servicios de Salud en Chaco:**

*Así como Nación monitorea permanentemente al Programa , el Programa monitorea el servicio en los centros de salud.*

*Si el Programa Nacer/Sumar quiere saber cómo está el centro de salud, en especial, abren la pantalla de la computadora y a través del sistema saben cuántos inscriptos tienen, cuántos de ellos tienen cobertura efectiva, cómo están cumpliendo con las trazadoras, cuánto han facturado ese mes. Lo único que no pueden saber es lo que no pueden facturar por rechazo, ej. el efector, el servicio quiere facturar algo, entonces coloca el DNI y en ese caso no aparece ningún beneficiario con ese documento, entonces tiene dos opciones: lo inscribe a través del sistema dándole el Alta, vuelve a cargar la facturación ó directamente lo pasa de largo. Es por eso que el Programa no tiene cuantificados cuántos rechazos hay. Todo lo que se factura entre en un estado de condición abierta que está en proceso hasta que se cierra el padrón que se mira que efectivamente todos esos beneficiarios sean del Programa. Esto lo realizan desde Nación directamente, enviando al Chaco todos los meses cuáles son los beneficiarios válidos y si hay alguna inválido ese no se puede pagar, significando que el mismo sistema rechaza a los inválidos.*

*Entonces, por ejemplo si un servicio tiene facturado un monto de \$100.000 y están abiertos y después cuando se cierra eso y si hubo rechazo de esos \$100.000 quedan \$98.000 por ej. eso es mensual y eso se le acredita directamente, entonces eso está cerrado. Así la autorización viene directamente del Sistema Programa Nacer/Sumar de la Provincia, no desde Nación. El sistema de provincia está comunicado con Nación en relación al padrón, provincia les envía a Nación 145.000 beneficiarios, Nación filtra esos 145.000 beneficiarios y por ej. de ese total hay 500 que tienen obra social y esos hay que rechazarlos por eso queda abierta.*

*El sistema informático del Programa es excelente y eficiente según lo afirma el Dr. Scalomogna, porque al realizarse un monitoreo de cualquier centro de salud de la provincia se puede saber al instante.*

*Agrega que la idea que mejoraría todo lo relacionado al sistema es que se debería jerarquizarse a nivel provincia al equipo de ingenieros en sistemas, motivarlos, para elaborar un Padrón único, es decir que toda persona de la provincia que no tenga obra social debería estar incluido en el padrón del Plan Nacer/Sumar aunque tenga 80 años sin distinción de sexo. En esta situación algunos serían beneficiarios del programa pero*

otros para la provincia serviría de información sanitaria detectándose quién está por ej. en el Profe, quién tiene pensión, ó que esté incluido en algún otro programa , sirviendo de fuente informativa para cualquier destino. Esa es la intención de generar este tipo de padrón pero todavía no lo pueden concretar, se necesita que las autoridades gubernamentales los apoyen para ello.

**Campanas educativas y capacitación de los equipos de salud:**

Es uno de los brazos más fuertes del Programa . El mismo trabaja con capacitaciones de diversas maneras, con un programa online y learning donde hay quince cursos al que pueden acceder cualquier persona que tenga interés. Con un menú de curso, donde el que lo realiza lo puede aprobar siendo firmado por el Dr. Scalamogna.

A esto se también se suman cursos a distancia y learning relacionados con el Programa, sobre temas de tabaquismo, neonatología, cardiopatías congénitas. No es solamente vender el programa a través de los cursos, sino también que sea un curso de difusión y para que toda la población esté informada, con temas de divulgación para cualquier chaqueño, no sólo limitado al ministerio de salud, sino de acceso libre.-

Asimismo hay capacitaciones regionales planificadas con salidas a distintas localidades y dentro de ellas también capacitación al área de pueblos indígenas. En la localidad elegida, se reúnen a todos los servicios de la región. Por ejemplo en el caso de Región 5 de Juan José Castelli, se convocan a todos los servicios que pertenecen a esa región, y en el Hospital de la zona le dan una charla , donde el Jefe del Programa Sumar les habla al equipo y al área de planificación estratégica de los temas puntuales, de qué es lo que tienen que hacer y el cómo ejecutarlo.

Otra modalidad es la de “capacitación en servicio” donde el equipo del Programa Sumar por ej. se presenta en el Centro de Barranqueras, allí imparten la capacitación a los agentes seleccionados por la Directora del Cap para la gestión correspondiente.-

Entre las últimas novedades se puede mencionar la creación de la “tutoría” inventada exclusivamente en el programa, donde se divide al equipo de trabajo en seis grupos, varias personas de las distintas áreas y a cada grupo se le asigna una determinada cantidad de servicios aproximadamente, 20 y 25 servicios. Ese grupo se tiene que

*ocupar que esos servicios tengan los procesos y resultados adecuados para luego ir monitoreándolos.*

*La idea de la tutoría se basaría en la detección de los problemas, teniendo la posibilidad de detectar desde el programa y avisar. Se podría controlar la carga diaria desde el centro de salud, donde el programa va a detectar e informar la carga diaria actuando directamente sobre el problema, teniendo un control cruzado. Aparte de ello, hay una tarea de auditoría que trabaja en forma conjunta con el grupo tutorial analizando las historias clínicas de niños, embarazadas.-*

***Datos sobre la Mortalidad Infantil:***

*El Programa Sumar tienen datos cruzados con la Dirección de Materno Infantil. La tarea la realizan controlando las trazadoras, la agenda de controles, por ej. la trazadora 1 que es de “mujeres embarazadas atendidas antes de la semana 13 de gestación” esto era antes de la semana 20, esto significa que tienen que captar tempranamente a la embarazada, es esto lo que ellos miden al servicio, es decir, al centro de salud.*

*De acuerdo a ello, le dicen al centro de salud que en base a los números bajados con población elegible ellos como centro de salud deberían tener 100 embarazadas y sólo se ve que tienen registradas sólo 30 embarazadas...qué pasa con las otras?...Entonces hay que salir a buscar y tratar de captarlas antes de la semana 13 para cumplir con la trazadora.*

*Además otra trazadora observada es la vinculada con el seguimiento del embarazo que tiene que tener por lo menos 4 controles prenatales, en estas situaciones el personal asignado del Programa Sumar tienen que ir a los servicios y ver la agenda para comprobar si efectivamente está concluido ese trabajo, deben comprobar que aparte de los 4 controles estos deben estar incluidos en la historia clínica de la paciente ó en la ficha, de lo contrario no sirve.*

*Asimismo, las mujeres embarazadas en la provincia del Chaco tienen una historia clínica perinatal asentado en planillas donde se van marcando las novedades que es lo más común, pero en forma conjunta en el Sumar tienen que realizar el control del niño*

sano menor de un año debiendo verificar que esa historia clínica tiene efectivamente seis controles durante el año de vida continuando con el análisis de vacunación de los niños de uno a nueve años. Es decir, su trabajo es generar una toma de conciencia de la importancia de la historia clínica aparte de lo que significa el Programa en sí. La justificación del porque es tan importante la historia clínica es que se ha observado que una mala historia clínica genera inconvenientes a los profesionales de la salud ó a los servicios de salud hasta llegar inclusive a una mala praxis.

Este tema de las historias clínicas es muy reciente, se viene impulsando el tema desde el año 2011, pudiendo poner en práctica con todo el equipo de Sumar en el año 2014 en el Chaco siendo innovadora, con la idea de presentarlo a nivel nacional en los encuentros.

La creación de las tutorías se basa en controlar y ayudar (diferente a la idea de auditoría que es control) es una cuestión semántica más sutil , es decir auditan , controlan y ayudan. Básicamente es controlar las historias clínicas verificando si están facturadas, asignándoles a cada agente un grupo ó servicio, ese agente tiene que saber cómo está el servicio y el también es responsable del mismo, sería un control y seguimiento personalizado desde el programa. Ej si la pediatra está con licencia salta el motivo del retraso por ello se detecta una caída en el servicio a los niños. La idea es que el tutor envíe un mail ó llama por teléfono, un seguimiento, según expresa el Dr. el personal de salud está muy conforme con ello.-

En base a reuniones realizadas entre el Dr. Scalamogna con su equipo de trabajo y el personal de cada servicio sobre los inconvenientes y los aciertos de la gestión laboral diaria pudieron mejorar la calidad, el servicio a través de la implementación de tutorías.

Todo ello basado en tres pilares de calidad de un proceso que son:

- Estructura(recursos humanos , físicos, equipamiento)
- Procesos (circuito administrativo) y
- Resultados.-

*El circuito administrativo se inicia con la llegada del paciente, donde luego se toma la historia clínica, que es entregada al Dr., él procede a escribirla y pasársela al administrativo para que facture, eso es en sí este circuito.*

*En cuanto a los resultados, se observan por pantalla cuanta cobertura tienen, como anduvieron con las trazadoras, qué cantidad de prácticas han presentado, el nomenclador (% utilizado), de acuerdo a ello lo tienen medido en los tres pilares de calidad, generando un servicio que trabaje con mayor claridad, donde el 90% trabaja con estas pautas.-*

*En relación a las capacitaciones, se han otorgado becas a algunos directores de servicio para una capacitación a nivel nacional sobre gestión en servicios de salud, con lo cual el año 2013 fueron tres y este año 2014 seis, convirtiéndose en aliados del programa. De esta manera se logró incentivarlos personalmente y comenzar a trabajar en base a criterios de calidad, criterios de cómo gestionar, con el objetivo de que el director elegido sea un verdadero “gestor de salud”, que esté concientizado con el servicio y calidad.*

*La tarea permanente del Dr. Scalamogna, proyectada en sus reuniones con sus colegas, es de mentalizarlos de que ellos son “gerentes de sus servicios”. En esto se basa el programa trata de ayudar y orientar a los directores de servicio cómo deben invertir el dinero para mejorar el servicio y el equipo de salud.*

*Además comenta Scalamogna que las incidencias del programa Sumar en la mortalidad infantil se concretan porque son partes del todo, a través del ordenamiento de la información, con el trabajo de las historias clínicas, la registración de los datos, elaboración de agendas y controles, registración de vacunas.-*

### ***Visión del Dr. Scalamogna sobre el proceso del Plan Nacer-Sumar en el Chaco***

*Hace referencia que en los inicios del Plan Nacer año 2004, siendo Presidente de la Nación Argentina Néstor Kirchner (2003-2007), y en la Provincia del Chaco como gobernador Roy A. Nikisch (gobierno radical), y su Ministro de Salud el Dr. Mayol se habrían logrado resultados adecuados por el impulso y control personalizado del mismo sobre el coordinador del Plan de ese momento.*

*Luego, con la nueva gestión de gobierno provincial como Gobernador de la Provincia del Chaco Jorge M. Capitanich(2007-2015) y como Presidente de la Nación Argentina Cristina Fernández de Kirchner, con ella se inicia el Plan Nacer como política de estado, involucrándose más en la problemática de los resultados sanitarios, por ejemplo el descenso de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna. Se crearon áreas, dándole impulso desde la provincia y desde Nación a la de comunicaciones, administrativa, capacitación de sistemas y planificación estratégica.*

*A partir de junio del año 2013, siendo Ministro de Salud provincial el Dr. Baquero se mejoraron muchos indicadores. Estos indicadores se vieron afectados por los conflictos gremiales, aclarando que el equipo del Plan Sumar no adhirió a esos paros.*

*Se les paga a todos aquellos con cobertura efectiva que es del 60% y cuando se cumple con el objetivo de las trazadoras se les abona el 40% restante. Por lo tanto, hoy si estarían en 10 puntos las trazadoras se estaría cobrando el 70% de cada beneficiario, no el 100%. Antes con el Nacer habían 10 trazadoras, hoy año 2014 con el Sumar hay 14 trazadoras. Antes se apuntaba solamente a la embarazada y al niño, ahora al cáncer uterino, de mama.*

*La Matriz de Trazadoras del Plan Nacer (2004/2012) está conformada por 10, las cuales serían:*

*Captación temprana de mujeres embarazadas; Efectividad de atención del parto y atención neonatal; Efectividad de cuidado neonatal y prevención de prematuridad; Efectividad de atención prenatal y del parto; Auditoría de muertes infantiles y maternas; Cobertura de inmunizaciones ; Seguimiento de niño sano hasta un año; Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años ;Inclusión de Población Indígena*

*Y entre las Trazadoras del Plan Sumar a partir del año 2013 se cuenta con 14:*

*Atención temprana del embarazo; Seguimiento de Embarazo; Efectividad del cuidado neonatal; Seguimiento de salud del niño menor de un año; Equidad intraprovincial en el seguimiento de salud de menores de un año; Capacidad de detección de casos de cardiopatía congénita en el menor de un año; Seguimiento de salud del niño de uno a nueve años; Cobertura de inmunizaciones a los 24 meses; Cobertura de inmunizaciones*



*a los 7 años ;Seguimiento de salud del adolescente; Promoción de derechos y cuidados en salud sexual y/o reproductiva ; Prevención de cáncer cérvico uterino; Cuidado del cáncer de mama , Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes infantiles y maternas.-*

*La auditoría de mortalidad infantil se hace directamente de materno infancia, ellos registran la cantidad de muertes que se produjeron, las auditan y les envían directamente la información cerrada. Plan Sumar no tiene influencia sobre ello.*

*En relación a muertes infantiles evitables, ellos no lo analizan , sólo envían informes a materno infancia y estos actúan directamente sobre los servicios de salud para resolver este tipo de situaciones. Materno Infancia les informa al Sumar sobre la cantidad de niños que se han dado de baja para verificar si se han producido muertes.-*

*El Dr. Scalamogna dice que lo más importante del Plan Nacer hoy Sumar es su interrelación ó interacción con los demás programas, situación que antes no había. Antes el Nacer estaba muy enquistado y lo manejaba el Nacer solo el Ministro ó el Subsecretario de turno y actualmente se interactúa con muchos programas y son a su vez referentes de muchos programas en la búsqueda de objetivos comunes, es un gran logro de política de salud.*

*Con Materno Infancia siempre el Nacer tuvo contacto pero era más formal con cierta distancia, hoy es contacto diario, cotidiano, generalmente salen en forma conjunta en las capacitaciones con ellos, con el personal del Pai, de salud de mamas, salud sexual , es decir en equipos.El fortalecimiento de las relaciones han sido desde el segundo semestre del año 2012 a la fecha con la gestión del Ministro de Salud provincial Dr. Baquero. Es decir, que desde el gobierno entienden que es una política que debe estar integrada, contando con una buena base de datos que debe servirle a todos los programas siendo utilizada como una herramienta informática por los diferentes ministerios.*

*Este Programa ha tenido un premio internacional , el 27 de marzo al 1° de abril el Banco Mundial organizó un encuentro sobre financiamiento basado en resultados donde estuvieron invitados 36 países , entre ellos de Africa, Asia y países en vías de desarrollo.*



*En este encuentro tuvieron la gratificación que se había elegido a dos provincias argentinas para que expusieran allí, entre ellas Chaco y Misiones, frente a un auditorio de 150 personas representantes de Canadá, Bélgica, EEUU .*

*El Dr. Scalamogna tuvo el honor de presentar el Programa Nacer-Sumar y los resultados alcanzados por la Provincia del Chaco. Poco tiempo después se realizó un nuevo encuentro en Ginebra Suiza donde se premió el Programa como modelo de programa de financiamiento basado en resultados, a partir de allí este fué aplicado en todos estos países.-.*