

# ARGENTINA



**Fuentes:** Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: [http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb\\_home.htm](http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm), y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

**L**a Argentina tiene una extensión de 2.791.810 km<sup>2</sup> en el continente americano y sostiene derechos de soberanía sobre 969.464 km<sup>2</sup> en el sector antártico. De norte a sur, la extensión continental es de 3.694 km, y la máxima de este a oeste es de 1.423 km. La longitud de su costa marítima sobre el océano Atlántico es de 4.725 km, y la de fronteras con países limítrofes (Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay) es de 9.376 km.

## CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Argentina es una república federal con sistema presidencialista, regida por una Constitución vigente desde 1853 y reformada por última vez en 1994. Los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial son independientes entre sí; el período de gobierno es de cuatro años. El país se divide geográficamente en cinco regiones: Noroeste (NOA), Nordeste (NEA), Cuyo, Centro o Pampeana, y Sur, que agrupan a 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede del Gobierno nacional). Cada provincia cuenta con su propia constitución y elige a sus gobernantes.

### Determinantes sociales, políticos y económicos

En la segunda mitad de la década de 1990 las transformaciones de la estructura productiva nacional y las sucesivas crisis externas no solo provocaron el aumento del desempleo y la pobreza, sino que condujeron a una creciente desigualdad en la distribución del ingreso de magnitud hasta entonces desconocida. A partir de 1998, como consecuencia de la caída del producto interno bruto (PIB), la pobreza y la desigualdad se profundizaron y la crisis económica que sobrevino llevó, a principios de 2002, a derogar el régimen de convertibilidad y a devaluar el peso argentino. Así, el ingreso anual per cápita pasó de US\$ 7.470 en 2000 a US\$ 3.670 en 2003 y a US\$ 3.580 en 2004 (1). No obstante, la Argentina está situada en el grupo de países con un índice de desarrollo humano (IDH) alto (0,849), que sube paulatinamente desde 1975, año en que dicho índice fue de 0,784 (2).

Los datos sobre pobreza e indigencia entre la población proceden de mediciones efectuadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Las cantidades de hogares y personas bajo la línea de pobreza se obtienen de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) iniciada en 1972, y que desde 2003 realiza trimestralmente el INDEC. La EPH se releva desde 2006 en 31 aglomerados urbanos (28 aglomerados hasta 2005) que incluyen las 23 capitales provinciales, representativos de seis regiones: Metropolitana, Pampeana, Noroeste, Nordeste, Cuyo y Patagónica.

Según los ingresos de los hogares se establece si sus integrantes están en condiciones de satisfacer sus necesidades esenciales alimentarias y no alimentarias. Para ello se utiliza una “canasta básica” de alimentos, bienes y servicios (indumentaria, transporte, educación, salud, etc.) considerados esenciales. Para calcular la proporción de hogares pobres se divide el número de los que no tienen ingresos que superen el valor de la canasta básica total por el total de hogares, y en el caso de la indigencia, la proporción de hogares cuyo ingreso no supera la canasta básica de alimentos, sin servicios ni otros bienes. La población bajo la línea de pobreza extrema (indigencia) aumentó durante la segunda mitad de la década de los noventa a un ritmo moderado: de 7,9% en 1995 a 9,6% en 2000, pero la crisis de 2001, la más profunda en la historia reciente del país y que afectó a las condiciones de vida de amplios sectores de la población, llevó esta cifra a más de 25% en 2002, según estimaciones de la Oficina Regional del Banco Mundial en la Argentina, que define el nivel de pobreza extrema por un ingreso menor de US\$ 1 por persona por día, un nivel inédito en el país. Esta alza del porcentaje de población indigente se debió al aumento de personas y familias sin ingresos, resultado del incremento de la tasa de desocupación, que entre 1990 y 2002 pasó de 6,1% a 21,5%, así como al deterioro del poder adquisitivo de los ya muy bajos salarios de quienes estaban ocupados.

A partir de 2003, y en el marco de un extraordinario superávit en la balanza comercial, el ordenamiento de las cuentas fiscales, la normalización del sistema financiero y la intervención cambiaria consiguieron frenar la dinámica explosiva que había mostrado la economía. Algunos trimestres consecutivos de crecimiento, la reevaluación moderada del peso argentino (\$Arg 2,90 = US\$ 1, en agosto de 2005), la reducción de los niveles de desempleo de 15,4% en el segundo semestre de 2003 a 12,5% en el primer semestre de 2005 (datos de la EPH), y una disminución de la pobreza de 14 puntos porcentuales entre el segundo semestre de 2003 y el segundo semestre de 2005, constituyen signos de mejoría económica. En este período, la pobreza se redujo en ambos sexos y en todos los grupos de edad, y disminuyó más fuertemente la población bajo la línea de indigencia en comparación con la que está bajo la línea de pobreza no indigente (Cuadro 1). La evolución del desempleo y la pobreza señala una mejoría que

**CUADRO 1. Población de los 28 aglomerados urbanos según condición de pobreza, sexo y grupos de edad, Argentina, segundos semestres de 2003 y 2005.**

Sexo y condición de pobreza	Grupos de edad									
	Total		0 a 13 años		14 a 22 años		23 a 64 años		65 años y más	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Total (en miles)	23.163	23.410	5.870	5.553	3.585	3.669	11.054	11.735	2.654	2.453
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No pobre	52,2	66,2	36,6	50,5	42,2	58,1	58,3	72,3	74,4	84,4
Pobre	47,8	33,8	63,4	49,5	57,8	41,9	41,7	27,7	25,6	15,6
No indigente	27,3	21,7	33,4	29,0	31,9	26,8	25,0	18,6	17,4	12,1
Indigente	20,5	12,2	30,1	20,5	25,9	15,1	16,7	9,1	8,2	3,6
Mujeres (en miles)	12.213	12.314	2.892	2.752	1.768	1.845	5.942	6.225	1.611	1.492
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No pobre	53,5	66,8	37,0	49,8	44,3	59,8	58,4	72,0	75,2	85,5
Pobre	46,5	33,2	63,0	50,2	55,7	40,2	41,6	28,0	24,8	14,5
No indigente	26,5	21,1	33,0	28,8	31,0	25,8	24,7	18,6	16,6	11,2
Indigente	19,9	12,1	29,9	21,4	24,7	14,4	16,9	9,4	8,1	3,3
Varones (en miles)	10.950	11.096	2.978	2.801	1.817	1.824	5.113	5.510	1.043	961
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No pobre	50,6	65,4	36,1	51,3	40,2	56,4	58,2	72,6	73,1	82,6
Pobre	49,4	34,6	63,9	48,7	59,8	43,6	41,8	27,4	26,9	17,4
No indigente	28,2	22,3	33,7	29,1	32,6	27,7	25,3	18,6	18,6	13,4
Indigente	21,2	12,3	30,2	19,6	27,2	15,9	16,5	8,8	8,4	4,0

*Fuente:* INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.

está en fase de consolidación si se tiene en cuenta la tasa de crecimiento del país, que se sitúa en torno a 9% anual.

En el país, la pobreza y la indigencia se distribuyen en forma muy desigual con disparidades entre las provincias y dentro de ellas que ponen de manifiesto condiciones básicas de vida muy diferentes en cuanto a la protección de los derechos sociales y económicos de los argentinos. Dos regiones del país (NEA y NOA) presentan tasas de pobreza en los conglomerados urbanos muy superiores al promedio nacional (Figura 1), tanto en lo que se refiere a los hogares como a las personas.

Un componente fundamental del deterioro social, que tiene relativa independencia de la evolución de la pobreza e indigencia, es la desigualdad en la distribución del ingreso. En el primer trimestre de 2006, el INDEC comenzó a publicar datos del ingreso per cápita familiar (es decir, el promedio de ingreso por persona del hogar). Los resultados indican que 20% de la población puede gastar entre 0 y \$Arg 140 (US\$ 45) al mes. El 10% más pobre de la población tendría un ingreso promedio de \$Arg 50 (US\$ 16) y el 10% más rico de \$Arg 1.823 (US\$ 590), lo que supone una brecha de ingreso de 36, medida de desigualdad que resulta de dividir el ingreso del decil más rico (10% de la población) por el del decil más pobre. El cuadro 2 presenta la evolución de la brecha de ingresos en el período 2003-2005.

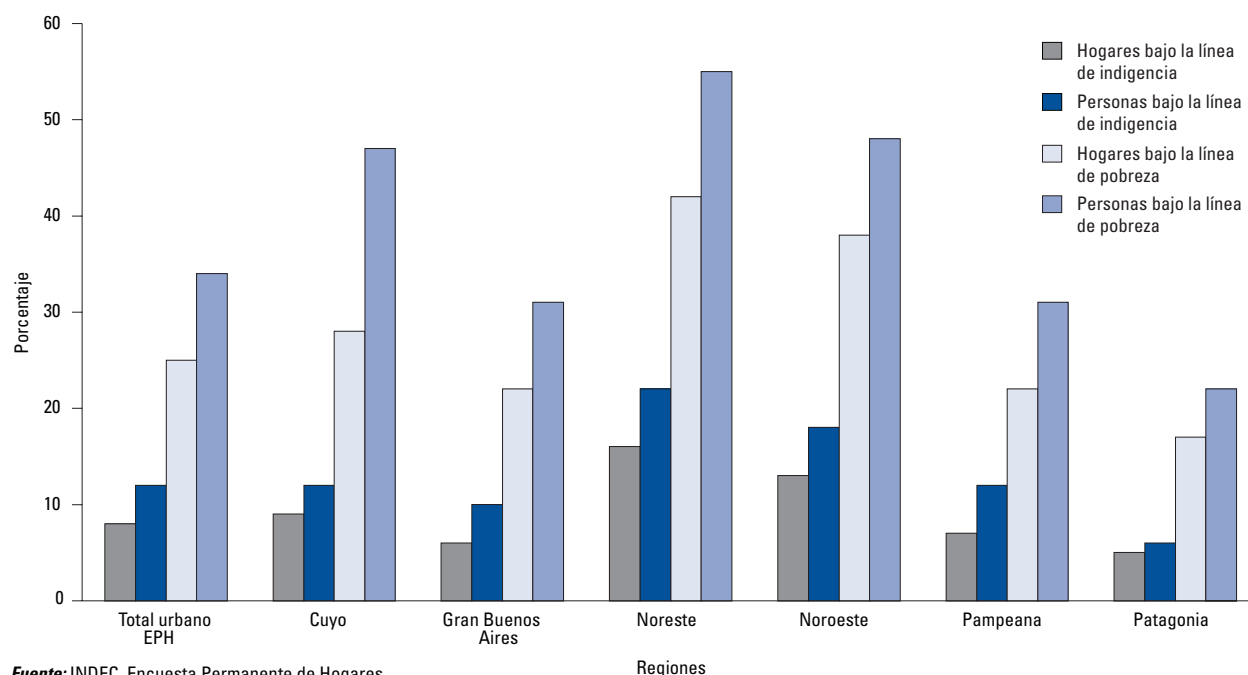
De acuerdo con una investigación realizada por el Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS) de la Universidad Nacional de La Plata, entre 1992 y 2005 se observó un crecimiento del coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar, que pasó de 0,45 a 0,50, según datos del primer semestre de

2005, en tanto que la participación del quintil más pobre en el conjunto del ingreso nacional bajó, en el mismo período, de 4,8% a 3,1%, y la del quintil más rico aumentó de 50,6% a 54,7% (3). Teniendo en cuenta estas dos medidas en un contexto de mejoría de los porcentajes de pobreza e indigencia, se puede concluir que la desigualdad es una de las cuestiones sociales más importantes que quedan por resolver.

A partir de 2003 el gobierno colocó la política de derechos humanos en un lugar central de la agenda de trabajo. Así, se encaró la anulación de las leyes de impunidad, la creación de la Unidad de Investigación en el ámbito de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad, la apertura del Espacio de la Memoria, en lo que fuera la sede de la Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA), y se dio un nuevo impulso a las investigaciones sobre la suerte corrida por los miles de desaparecidos víctimas del terrorismo de Estado. No obstante, persisten en el país situaciones que afectan a los derechos humanos de grupos específicos de población, como los niños y jóvenes infractores de la ley penal, los pacientes psiquiátricos institucionalizados, así como casos de explotación infantil y denuncias de tortura y otros malos tratos de personas detenidas en comisarías o establecimientos penitenciarios.

El país ha mostrado avances en cuanto a la igualdad de género. A nivel institucional se destaca la incorporación de todos los tratados de derechos humanos a la Constitución Nacional, entre los que se cuenta la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, según su sigla en inglés); en 2006 el Congreso Nacional aprobó el Protocolo Facultativo de este tratado, por el cual las mujeres ar-

**FIGURA 1. Incidencia de la pobreza e indigencia en el total urbano EPH y por región estadística, Argentina, segundo semestre de 2005.**



Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.

gentinas podrán reclamar internacionalmente el efectivo cumplimiento de sus derechos ante un organismo imparcial conformado por expertos. También en 2006 el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica y la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral. La Ley Nacional de Cupo N° 24.012/91 permitió incrementar la presencia de mujeres en cargos electivos en el ámbito del Poder Legislativo, que pasó de 1,4% en 1998 en la Cámara de Senadores de la Nación a 34,7% en 2001 y a 41,7% en 2003. Asimismo, la mayoría de las provincias han aprobado a su vez leyes locales que recogen los aspectos sustanciales de la ley nacional; así, la participación femenina en las legislaturas provinciales pasó de 22,2% en 2000 a 26,6% en 2004.

El gobierno reiteró en octubre de 2003 el compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Tras un comienzo lento, marcado por reestructuraciones de la unidad gubernamental encargada de coordinar los ODM, el gobierno concluyó en 2005 un informe de evaluación del proceso y redefini-

ción de algunas metas. Mientras tanto, se priorizaron los diferentes objetivos a nivel sectorial; así, por ejemplo, los ODM 5 (mejorar la salud materna), 6 (combatir el VIH/sida y otras enfermedades), 7 (garantizar la sostenibilidad del medio ambiente) y 8 (crear una alianza mundial) están plenamente identificados tanto en la agenda del Ministerio de Salud como en el Plan Federal de Salud 2004-2007. Por otra parte, surgió interés por los ODM a nivel subnacional, y provincias como Tucumán, Mendoza, La Rioja y San Juan fijaron sus propias metas para alcanzar los ODM, o están en proceso de hacerlo (Cuadro 3).

El país se encuentra próximo a dar cumplimiento al ODM 2 (lograr la educación primaria universal), como lo expresan la tasa neta de escolarización en la escuela primaria (98,1%), la de supervivencia en el quinto año/grado (90,7%), y la de alfabetización de las personas de 15 a 24 años de edad (98,9) (4). Según el INDEC (censos 1991 y 2001), la proporción de población analfabeta disminuyó de 3,7% en 1991 a 2,6% en 2001, con igual

**CUADRO 2. Brechas de ingresos por medianas y promedios del ingreso per cápita familiar, total de 28 conglomerados urbanos (trimestres sin aguinaldo), Argentina, 2003-2005.**

	2003		2004		2005	
	Trim. 4	Trim. 2	Trim. 4	Trim. 2	Trim. 4	Trim. 2
Mediana del 10° decil / Mediana del 1er. decil	31	29	27	27	24	24
Promedio del 10° decil / Promedio del 1er. decil	47	41	38	37	32	32

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares.

**CUADRO 3. Objetivos de Desarrollo del Milenio seleccionados: indicadores y metas, Argentina, 2007, 2011 y 2015.**

Indicador	Dato de referencia		Último dato disponible		Metas		
	Año	Valor	Año	Valor	2007	2011	2015
Mejorar la salud materna (ODM 5) TMM por 100.000 n.v.	1990	52,0	2004	40	3,7		1,3
% de nacidos vivos asistidos por médico o partera	1990	96,9	2004	99,0	99,0		99,0
Coefficiente de Gini para la TMM	1990	0,346	2004	0,303	0,344		0,311
<b>Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</b>							
Tasa de prevalencia de VIH en embarazadas entre 15 y 24 años (%)	2000	0,64	2003	0,39	0,35		0,32
Tasa de prevalencia de uso de preservativos en jóvenes de 15 a 24 años (%)			2003	61,0	67,0		75,0
Tasa de mortalidad por VIH/Sida (por 100.000 hbts.)	1990	0,9	2003	4,2	3,8		3,5
Tasa de incidencia de VIH/Sida (por 100.000 hbts.)	1990	17,0	2003	49	42,0		37,0
Tasa de morbilidad por TB (por 100.000 hbts.)	1990	38,1	2003	32,0			23,1
Tasa de mortalidad por TB (por 100.000 hbts.)	1990	4,26	2003	2,4	2,1		1,21
% de casos de TB detectados y curados con TAES	1989	64,6	2003	77,6	82,0		90,0
Tasa de mortalidad por paludismo (por 100.000 hbts.)	1990	0,0	2004	0,0	0,0		0,0
% de pob. de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prev. y tto.	1990	100,0	2004	100,0	100,0		100,0
Índice parasitario anual (por 1.000 hbts.)	1990	0,765	2004	0,057	< 0,1		< 0,1
% de provincias endémicas que certificaron la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas	2001	21,1	2004	26,3	42,1		100,0
<b>Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7)</b>							
Superficie cubierta con bosque nativo (%)			2002	11,60	11,2	11,3	
Superficie total del territorio protegido para mantener la biodiversidad (%)			2003	6,30	7,3	8,3	> 10
Toneladas equivalentes de petróleo para generar US\$ 1.000 del PIB			2003	0,2	0,2	0,2	—
Participación de las fuentes renovables en la OTEP (%)			2003	9,90	9,9	> 10	> 10
Población con acceso a agua potable de red pública (%)					80,8	82,4	> 84
Población con desagües cloacales (%)					47,9	51,5	> 55
Hogares en vivienda deficitaria en situación de tenencia irregular (%)			2005	6,4	5,6	4,8	3,9

porcentaje en hombres y mujeres, pero todavía existen importantes brechas en este indicador entre provincias. Así, las del nordeste (el Chaco, Formosa, Corrientes y Misiones) superan el 6% de personas analfabetas. Entre los mayores de 64 años el analfabetismo en el país alcanza 6,2%, porcentaje que se triplica en las provincias antes citadas (20,2%, 20,7%, 18,8% y 16,3% respectivamente), y aparece una brecha de 2 a 3 puntos porcentuales entre mujeres y hombres, favorable a estos últimos.

En 2001, aproximadamente 6% de la población total había alcanzado el grado universitario completo, dos puntos porcentuales más que en 1991. Si se considera la población mayor de 15 años, los hombres presentan mejores porcentajes en los niveles educativos medios o bajos (primario incompleto, completo y secundario incompleto), mientras que las mujeres superan a los hombres en el porcentaje de secundario completo, universitario incompleto y completo. Según datos del Censo Nacional de Población 2001 elaborados por la Dirección de Estadísticas Sectoriales del INDEC, 8,7% de la población mayor de 15 años alcanzó el nivel universitario completo (7,0% de los hombres y 10,3% de las mujeres). A juzgar por los datos de la EPH, en el segundo semestre de 2004 y solamente referido a los conglomerados urba-

nos, se observó mayor equilibrio en el nivel educativo entre hombres y mujeres, a excepción del universitario completo, que mantuvo la diferencia de 3 puntos porcentuales a favor de las mujeres. Datos de la Dirección de Estadísticas Sectoriales del INDEC basados en el Censo Nacional Docente 2004 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, señalan que el número de docentes que trabajaban en establecimientos de educación formal en 2004 alcanzó la cifra de 821.726, es decir, 25,3% más que en 1994. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 indicó que 32,2% de los 311.000 hogares encuestados recibían algún tipo de ayuda alimentaria, con extremos entre 0,1% en la Provincia de San Luis y 50,3% en el Chaco.

De los hogares registrados en el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001, 96,6% utilizaban agua corriente de red, de los cuales 84,1% contaban con agua de red dentro de la vivienda y el restante 12,5% disponía de agua de red dentro de los límites de su terreno. La falta de abastecimiento de agua segura es preocupante en todo el territorio: aun en el Área Metropolitana de la Provincia de Buenos Aires se observan grandes deficiencias (5), no solo en zonas marginales sino también en áreas residenciales en las que todavía no se dispone de red pública de agua o,

cuando esta existe, no se asegura su calidad sanitaria. Es el caso del alto contenido de nitratos en el agua de red, cuyo consumo no se aconseja para lactantes, niños y mujeres embarazadas. Asimismo, la presencia de diversas sustancias tóxicas en las napas de agua utilizadas para el consumo humano agrava el problema en algunas localidades, por ejemplo, la contaminación por arsénico, cuya ingesta continua puede dar lugar a hidroarsenicismo crónico regional endémico (HACRE). Se ha determinado que 34% de los habitantes de la Provincia del Chaco se encuentran en riesgo de hidroarsenicismo, en La Pampa 45%, en San Luis 34,5%, en Santiago del Estero 24% y en Santa Fe 26,5% (6).

La tasa de delincuencia (que incluye cualquier tipo de delito: contra las personas, la integridad sexual, la propiedad, la libertad, el Estado y la comunidad, contra la Ley de Estupefacientes y leyes especiales) mostró tendencia ascendente en la última década, si bien se observó un descenso en 2003 respecto de 2002 (350,2 por 10.000 frente a 369,7 por 10.000), según la Dirección Nacional de Política Criminal del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. La misma fuente indicó que la población alojada en institutos carcelarios ha venido aumentando regularmente desde 1999 y llegó a 9.246 personas en 2003; sin embargo, el informe de 2005 de Amnistía Internacional señala una población reclusa de 62.500 personas, que se encontrarían en grave situación de hacinamiento.

### Demografía, mortalidad y morbilidad

La población de la Argentina proyectada para 2005 era de 38.592.150 habitantes. La tasa de crecimiento ha venido disminuyendo en forma sostenida en los últimos quinquenios: 1,3% en 1990–1995, 1,1% en 1995–2000 y 0,9% en 2000–2005. En estos dos últimos quinquenios se negativizó la tasa de migración neta (0,06% y 0,05% respectivamente). Entre 1980 y 2005 se observa un paulatino proceso de envejecimiento de la población: el índice de envejecimiento (población mayor de 65 años dividida por la población menor de 15 años, multiplicada por 100) pasó de 26,6 a 37,9, y el índice de Fritz (población de 0 a 19 años dividida por la de 30 a 49 años, multiplicada por 100) bajó de 161 a 143. Por lo tanto, la estructura poblacional del país ha cambiado, y ahora la población madura ha aumentado en relación con la población joven; sin embargo, la estructura de la población activa (la población de 40 a 64 años dividida por la población de 15 a 39, multiplicada por 100) era más joven en 2005 que en 1980 (índices de estructura de población activa de 63,5 y 67,2 respectivamente)<sup>1</sup>.

La tasa de natalidad anual media por 1.000 habitantes ha venido descendiendo en forma sostenida desde el quinquenio 1980–1985 (23,1) hasta el quinquenio 2000–2005 (18,0), y se estima que esta tendencia se mantendrá al menos hasta el quinquenio 2010–2015. Igualmente, la tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes experimentó una ligera disminución desde

1980–1985 (8,5) hasta 2000–2005 (7,9). El promedio de hijos por mujer descendió de 3,2 en el quinquenio 1980–1985 a 2,4 en el quinquenio 2000–2005, mientras que la tasa general de fecundidad pasó de 97,0 a 72,2 por cada 1.000 mujeres en el mismo período. Se estima que en el quinquenio 2010–2015 el número de hijos por mujer descenderá a 2,2 y la tasa general de fecundidad se situará en torno a 66 por cada 1.000 mujeres.

La esperanza de vida al nacer aumentó en los últimos 25 años. En el quinquenio 1980–1985 fue de 70,2 años (66,8 para los hombres y 73,7 para las mujeres) mientras que en el quinquenio 2000–2005 alcanzó una media de 74,3 (70,6 para los hombres y 78,1 para las mujeres).

En el período 2001–2005, la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Tierra de Fuego, fueron receptoras de emigración interna. En el mismo período, el saldo migratorio internacional fue de –70.000 hombres y –30.000 mujeres. En el censo de 2001 constaron 1.531.940 extranjeros empadronados en la Argentina (699.555 hombres y 832.385 mujeres). Más de 900.000 provenían de países limítrofes, gran parte de ellos (325.046) de Paraguay, seguido de Bolivia (233.464). De Europa se destacó la inmigración italiana y española, si bien responde a un proceso antiguo, ya que la mayoría supera los 65 años. Según datos del INDEC correspondientes a 2005, los pueblos indígenas con mayor población son el mapuche en la Patagonia, el kolla en Jujuy y Salta, el toba en el Chaco, Formosa y Santa Fe y el wichi en el Chaco, Formosa y Salta. Estos cuatro pueblos representan 53% de las 402.921 personas incluidas en la encuesta nacional. El resto de la población se repartió en otros 17 pueblos indígenas. En 2,8% de los hogares del país, al menos uno de sus miembros se reconoce como perteneciente o descendiente de un pueblo indígena.

Las tasas de mortalidad general ajustadas por edad son ligeramente superiores en las regiones más deprimidas del país, sobre todo en las mujeres. Las tasas ajustadas de mortalidad por tumores son más elevadas en las provincias y regiones con mejor nivel socioeconómico, situación que se invierte al observar la mortalidad por enfermedades infecciosas. Al analizar la razón estandarizada de mortalidad del período 1999–2001 se observaron razones elevadas estadísticamente significativas en los departamentos del NEA para enfermedades infecciosas y causas externas en ambos sexos, y para cáncer de útero en mujeres, mientras que los tumores tienen razones estadísticamente significativas altas en algunos departamentos de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, y el suicidio en departamentos del centro y sur del país (7).

En 2004 la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue de 247,2 por 100.000 habitantes en hombres y de 229,0 por 100.000 en mujeres. Llama la atención el descenso brusco de las enfermedades cardiovasculares entre 1990 y 2004 y el ascenso de la mortalidad en el grupo “otras causas”. Expertos nacionales consultados coinciden en que si bien se observa un descenso de la mortalidad real por enfermedades cardiovasculares, gran parte

<sup>1</sup>Los datos básicos de toda esta sección tienen como fuente al INDEC; los índices demográficos presentados son de elaboración propia, basados en aquellos.

**CUADRO 4. Mortalidad por grandes grupos de causas, Argentina, 2004.**

	Grupo de edad											
	Total		0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 59		60 y más	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Enfermedades del sistema circulatorio	90.993	31%	171	1%	37	4%	179	6%	11.798	22%	78.660	35%
Tumores malignos	54.956	19%	126	1%	126	15%	298	9%	13.558	25%	40.742	18%
Causas externas	18.094	6%	803	7%	320	39%	1 851	57%	9.757	18%	5.273	2%
Enfermedades infecciosas	13.343	5%	536	4%	51	6%	114	4%	3.241	6%	9.364	4%
Perinatales	5.538	2%	5 538	45%	—	—	—	—	—	—	—	—
Resto	89.374	30%	4 367	36%	262	32%	685	21%	12.024	22%	71.834	32%
Mal definidas	21.753	7%	681	6%	35	4%	122	4%	3.408	6%	17.394	8%

de esta diferencia obedecería a un cambio del hábito en la certificación médica que estaría incrementando la certificación de rutina de insuficiencia respiratoria, incluida en este informe en “resto de causas”. Esta práctica estaría enmascarando un volumen importante de causas mal definidas, problema que están abordando las autoridades de salud (Cuadro 4).

La tasa de mortalidad por tumores malignos se mantuvo estable tanto en hombres como en mujeres, según se verifica al comparar la tasa de 2004 con la de 1990. Las tasas de defunción por causas externas disminuyeron en ambos sexos en 2004 respecto de 1990, sin embargo, la mortalidad por enfermedades infecciosas aumentó en ese período. La mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal se redujo prácticamente a la mitad entre esos dos años. El agrupamiento del resto de causas sí mostró un aumento en ese período, al igual que las mal definidas. La principal causa de mortalidad en el período 2002–2004 fue la insuficiencia cardíaca, seguida de la enfermedad isquémica del corazón en los hombres y las enfermedades cerebrovasculares en las mujeres. Las dos causas que ocasionaron mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos (APVP) fueron las causas perinatales y las anomalías congénitas en ambos sexos. La tercera causa en hombres fueron los accidentes de tránsito, y en mujeres las enfermedades cerebrovasculares.

En un informe de un grupo de trabajo sobre la mortalidad —sujeto a revisión y aún no publicado—, se analizó la velocidad de cambio de los años potenciales de vida perdidos (APVP) entre 0 y 75 años para el período 1997–2003. En hombres, los APVP por enfermedad isquémica del corazón e insuficiencia cardíaca disminuyeron a razón de 4,3% y 6,2% anual, respectivamente. Se ha observado un aumento general de la mortalidad por septicemia, diabetes, infecciones respiratorias agudas, enfermedades del sistema urinario y, especialmente, por lesiones autoinfligidas (7,2% anual) y agresiones (5,7% anual). En las mujeres los APVP por tumores malignos de mama y útero disminuyeron 2,5% y 3,6% anual respectivamente. En ambos sexos, los APVP por desnutrición disminuyeron a un ritmo superior a 3% anual.

Las principales amenazas, ya sea naturales o causadas por el hombre, a las que el país se encuentra expuesto son: inundaciones (75%), tempestades (15,9%), incendios urbanos (7,4%), nevadas (5,2%) e incendios forestales o de vegetación (3,8%), además de los riesgos de terremotos, volcanes y desastres tecnológicos. Las inundaciones más importantes tienen lugar en la Cuenca del Plata, que incluye los ríos Paraná, Paraguay, Iguazú, Uruguay y sus afluentes principales y emisarios menores, y afectan a las provincias de Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, el Chaco y Santa Fe, y en la llanura pampeana, donde afectan a las provincias de Buenos Aires, La Pampa, sur de Santa Fe y sur de Córdoba.

## SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

### Salud de los niños menores de 5 años

Este grupo comprende 3.349.278 habitantes y representa 9,2% de la población del país. Entre 1990 y 2004, la mortalidad infantil descendió 43,8%. Aunque el peso de las muertes por causas evitables ha disminuido, todavía explicaban en el año 2000 casi dos de cada tres muertes infantiles. En 2003, 53% de las muertes infantiles se debieron a afecciones originadas en el período perinatal, 22% a malformaciones congénitas, 10% a afecciones del sistema respiratorio, 5% a enfermedades infecciosas y parasitarias y 3% a accidentes. En 2004, 57% de la mortalidad posneonatal era evitable mediante prevención y tratamiento adecuado, y 56% de la mortalidad neonatal por medio de diagnóstico y tratamiento oportuno durante el embarazo y el parto, y al recién nacido. En este mismo año se observaron diferencias entre provincias que van desde tasas de mortalidad infantil de 25,1 por 1.000 nacidos vivos en Formosa ó 21,8 en Catamarca, situadas en el NEA y NOA respectivamente, hasta 4,1 en Tierra de Fuego u 8,7 en la Capital Federal (8). El NEA es la región que presentó la tasa de mortalidad infantil más elevada en 2004 (20,0 por 1.000 nacidos vivos) y la región Patagonia la más baja (12,2 por 1.000 nacidos vivos). La

desigualdad en la distribución provincial de la mortalidad infantil, medida con el coeficiente de Gini, aumentó entre 1990 y 2002, y disminuyó nuevamente a partir de 2002. Un estudio clasificó la tendencia de la mortalidad infantil a nivel departamental en el período 1994–2003 en cinco categorías: marcadamente descendente, moderadamente descendente, indefinida, moderadamente creciente y marcadamente creciente (9). Se observan brechas mucho más importantes si se analiza la mortalidad infantil por nivel educativo de la madre. En efecto, en el trienio 2002–2004 el riesgo relativo de los nacidos vivos de madres analfabetas en comparación con los nacidos de madres con carrera universitaria completa fue de 15,1 (tasa de mortalidad infantil de 97,6 por 1.000 nacidos vivos en madres analfabetas y de 6,5 por 1.000 nacidos vivos en madres universitarias). Sobre la base de los datos ofrecidos por la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, del Ministerio de Salud, se puede concluir que para el trienio 1995–1997 el riesgo relativo entre estos dos grupos fue de 10. El coeficiente de concentración en 2004, utilizando como variable socioeconómica el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI), fue de  $-0,103$ .

En el país se mantiene para la mortalidad infantil la meta de los ODM fijada internacionalmente (en 2015 caída de las dos terceras partes de la tasa de 1990), y se considera la posibilidad de alcanzarla antes de ese año. En agosto de 2006 se publicó la tasa de mortalidad infantil de 2005 (13,3 por 1.000 nacidos vivos), que muestra un acercamiento hacia la consecución de esa meta.

También en los últimos 15 años se observó una reducción en la mortalidad de menores de 5 años que, entre 1990 y 2004, pasó de 29,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos a 16,6 por 1.000 (o de 622,5 por 100.000 habitantes a 365,9 por 100.000 habitantes). En este caso, como en el anterior, el coeficiente de Gini mostró un aumento de la desigualdad entre las jurisdicciones, al pasar de 0,113 en 1990 a 0,132 en 2002, mientras que en 2003 fue de 0,120, lo que indica una ligera disminución. El gobierno asumió una meta adicional al firmar los ODM: la reducción de 10% de la desigualdad entre provincias en cuanto a la mortalidad infantil y en los menores de 5 años entre 1990 y 2015, medida con el coeficiente de Gini.

En 2004, las afecciones de origen perinatal y las anomalías congénitas ocasionaron 53% y 22% respectivamente de las defunciones en este grupo de edad, mientras que la influenza y neumonía fueron responsables de 4,0% y 4,2% respectivamente.

### Salud de los niños de 5 a 9 años

Este grupo de población, según el censo 2001, estaba integrado por 3.471.217 habitantes (9,6% de la población total). En 2004 se produjeron 831 defunciones en niños de 5 a 9 años, lo que supone una tasa específica de 23,9 por 100.000 habitantes, muy inferior a la de 1990, que fue de 33,5 por 100.000. Las causas externas siguen siendo la causa más común de defunción, con 38,5% de todas las causas, porcentaje que en hombres alcanzó

43,1%. Los accidentes de transporte fueron la causa más importante de muerte en este grupo, tanto en mujeres como en varones, seguidos de las malformaciones congénitas en las niñas y las neoplasias malignas del tejido linfático en los varones.

### Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

El grupo de 10 a 14 años estaba constituido en 2001 por 3.427.200 habitantes y el de 15 a 19 años por 3.188.304 (9,5% y 8,8% de la población total, respectivamente). Ese año se registraron un total de 3.249 defunciones (1.003 en el grupo de 10 a 14 años y 2.246 en el de 15 a 19 años), con tasas específicas de 0,29 y 0,67, respectivamente, y una razón hombre/mujer de 2,1:1. En el grupo de 10 a 14 años las causas externas ocasionaron 40,7% del total de defunciones, porcentaje que llegó a 63,5% en el grupo de 15 a 19 años. El suicidio alcanzó una tasa de 16,65 por 100.000 habitantes en el grupo de varones de 15 a 19 años. Para el grupo en su conjunto (10 a 19 años), en el período 2002–2004, la primera causa de muerte en hombres fueron los homicidios, y en mujeres, los accidentes de tránsito; la segunda causa en ambos sexos fue el suicidio. A diciembre de 2005 había 1.671 casos de VIH/sida registrados en el país en personas de 13 a 19 años, con una razón hombre/mujer de 1,96:1 en diagnosticados de sida y de 0,8:1 en VIH positivos.

La prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes de 12 a 15 años en 2004 fue de 38,7%, y de consumo de tabaco, 11,2%. En cuanto al uso de sustancias ilícitas, la prevalencia fue de 0,8%; la marihuana ocupó un lugar destacado en las preferencias de los jóvenes que consumen este tipo de sustancias (0,6%). La prevalencia en el año anterior al momento de la encuesta fue de 34,0% para el alcohol, 8,7% para el tabaco y 0,7% para las sustancias ilícitas. En lo que atañe al consumo durante el último mes antes de la encuesta, estos porcentajes fueron de 15,2%, 6,4% y 0,2% respectivamente (10).

De los adolescentes de 14 a 19 años de edad, 61,4% manifestaron haber tenido relaciones sexuales al menos una vez en la vida (68,4% de los hombres y 54% de las mujeres). La media, mediana y moda de edad de la primera relación es de 15 años (15,1 en las mujeres y 14,8 en los hombres). El 73,3% de los adolescentes utilizaron preservativo en la primera relación (11).

En 2004, se produjeron cinco defunciones en adolescentes de 10 a 14 años por problemas relacionados con el parto y 24 en el grupo de 15 a 19 años; el número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años fue de 2.629 y de 103.809 en el grupo de 15 a 19 años. De los nacidos vivos en 2004, 14,6% tenían madres menores de 20 años.

### Salud de los adultos (20–59 años)

En 2001, el grupo de 25 a 59 años de edad estaba constituido por 17.952.174 habitantes (49,5% de la población total). Entre 1990 y 2004 se produjo un descenso en las tasas de mortalidad

por tumores en hombres y mujeres de estas edades, y un aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas. La primera causa de muerte en hombres en el período 2002–2004 fue la enfermedad isquémica del corazón y, en mujeres, la neoplasia maligna de mama; la segunda causa en ambos sexos fueron las enfermedades cerebrovasculares. En 2005, de las mujeres de 18 a 59 años con NBI, 72,7% tenían solamente cobertura pública de servicios de salud, mientras que en los hombres el porcentaje correspondiente fue de 67,8%. De las mujeres sin instrucción, 68,5% tenían solo cobertura pública de servicios de salud, frente a 9,8% en las mujeres que habían finalizado sus estudios universitarios; en los hombres los porcentajes fueron 64,8% y 9,6%, respectivamente. Las mujeres pobres (con NBI), si bien tienen una prevalencia de tabaquismo prácticamente igual que las que tienen satisfechas sus necesidades básicas (30,4% y 29,4%), presentan un porcentaje de abandono del tabaco mucho menor (7,9% y 13,9%); esta diferencia se acentúa si se compara la proporción de ex fumadoras entre mujeres sin instrucción (4,3%) y universitarias tituladas (17,3%). Sin embargo, en los hombres la proporción de fumadores entre los pobres (48,1%) es mayor que entre los que tienen cubiertas las necesidades básicas (37,5%). En ambos grupos, las proporciones de ex fumadores fueron de 15,1% y 17,6%, respectivamente. Entre los varones se mantiene la importante diferencia en la proporción de ex fumadores según el nivel educativo (13,0% en los carentes de instrucción y 23,8% en los universitarios titulados). Solamente 19,6% de las mujeres más pobres se habían realizado alguna vez una mamografía frente a 44,9% de las que tienen satisfechas sus necesidades básicas. La proporción de mujeres sin instrucción que habían realizado esta prueba fue de 17,5%, frente a 64,4% de las universitarias tituladas. En lo que atañe a la prevención del cáncer cervicouterino, se habían realizado la prueba de Papanicolaou 62,2% de las mujeres con NBI frente a 78,1% de las que tenían satisfechas sus necesidades básicas. El 57,2% de las mujeres sin instrucción se habían realizado algún examen de Papanicolaou mientras que la proporción correspondiente entre las universitarias tituladas alcanzó a 90,8%.

La proporción de mujeres no instruidas que no se cuidan en las relaciones sexuales fue de 39%, mientras que entre las universitarias tituladas fue de 29%. En los varones, el comportamiento respecto a los cuidados en las relaciones sexuales es similar al de las mujeres (28,7% y 26,9% con y sin NBI), pero es marcadamente peor si se considera el nivel educativo (55,4% en los no instruidos y 31,5% en los titulados universitarios) (12).

La mortalidad materna experimentó pocas variaciones en la última década (véase el cuadro 3), y la razón nacional se situó en torno a las 40 defunciones por 100.000 nacidos vivos. No obstante, sí hay diferencias entre las provincias, con valores mucho más elevados en las del NEA y NOA (Corrientes 104, La Rioja 136 y Jujuy 131), mientras que en la Capital Federal fue de 20 en 2004. El coeficiente de Gini fue de 0,303 en este año, lo que indica una marcada desigualdad en la distribución de la mortalidad ma-

terna entre las provincias del país. El coeficiente de concentración en 2004, utilizando como variable socioeconómica el porcentaje de NBI, fue de  $-0,234$  (8).

### Salud de los adultos mayores (60 y más años)

El porcentaje de personas mayores de 60 años en 2001 era de 13,4% (4.871.957 habitantes), el de mayores de 65 años era de 9,9% y el de mayores de 80 años, 2,1%. Entre 1990 y 2004 aumentó la mortalidad por enfermedades infecciosas y disminuyó la ocasionada por causas externas en ambos sexos. La insuficiencia cardíaca fue la primera causa de muerte en hombres y mujeres; la segunda causa fue la enfermedad isquémica del corazón en hombres y las enfermedades cerebrovasculares en mujeres. La esperanza de vida a los 65 años en hombres era de 14 años y en mujeres de 19 años, mientras que a los 80 años era de cuatro años en hombres y de seis en mujeres.

En 2001, 19,6% de las personas de 65 y más años vivían solas, 44,6% en hogares de familia nuclear (incluye la pareja sola y ambos cónyuges o uno de ellos con hijos solteros), 34,9% en hogares de familia extensos o compuestos y 0,9% en hogares no familiares, categoría que puede contener hogares de acogida de mayores y hogares geriátricos no identificados como tales. En mayo de 2002, 30,3% de los adultos mayores que habitaban en zonas urbanas vivían por debajo de la línea de pobreza. En 2001, 81,3% de la población mayor de 65 años tenía cobertura de salud por obra social, plan médico o mutual. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, en 2005, entre las mujeres de más de 60 años con NBI, 52,7% no tenían cobertura de seguridad social, frente a 11,3% en las mujeres sin NBI; 54,4% de las primeras percibían su salud general como regular o mala, frente a 40% de las segundas (12). De los mayores de 65 años residentes en zonas urbanas, 46,6% estaban afiliados al PAMI (institución de seguridad social de los jubilados), 12,5% no tenían ningún tipo de afiliación (ni al PAMI ni a ninguna obra social, seguro prepago o mutual), y el resto estaban protegidos por otras obras sociales o mutuales (combinación de PAMI y obra social o seguro prepago privado). Entre 2001 y 2005 se observó un aumento de la cobertura de salud de uno u otro tipo para los adultos mayores, de 6,2%, si bien en 2001 la información fue censal y en 2005 por encuesta. De este grupo de población, 12,7% requería ayuda de terceros para desarrollar actividades de la vida diaria o actividades instrumentales de la vida diaria (o actividades del día a día como la capacidad de hacer compras, preparación de alimentos, trabajo de casa, habilidad para manejar las finanzas)<sup>2</sup>. En el grupo de 65 a 69 años, 5,4% necesitaba la ayuda de terceros, este porcentaje aumentó a 9,6% en el grupo de 70 a 79 años, y a 30,9% en los mayores de 80.

<sup>2</sup>Esta capacidad en los adultos mayores se mide con la escala IADL, desarrollada por M.O. Lawton y E.M. Brody, que evalúa el nivel de independencia, dependencia parcial o dependencia total.

## Salud de los trabajadores

Las aseguradoras de riesgos del trabajo, encargadas de brindar cobertura médica a los trabajadores, denunciaron 494.847 accidentes en 2004, 19,4% más que en 2003; 83,5% son casos de accidentes en el lugar de trabajo, 0,16% de los accidentes causaron la muerte de la persona afectada (12% más que en 2003). La mayor accidentabilidad corresponde al rubro de la construcción, con un índice de incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (II AT/EP) de 165, que expresa la cantidad de trabajadores damnificados por el hecho o en ocasión del trabajo en un período de un año, por cada 1.000; le siguen las industrias manufactureras, con un II AT/EP de 116 y la agricultura, con un II AT/EP de 113; pero si se considera el índice de incidencia de fallecidos (IIf) —que expresa la cantidad de trabajadores damnificados que mueren por el hecho o en ocasión del trabajo en un período de un año, por cada 1 millón de trabajadores cubiertos—, la actividad con mayores muertes corresponde a la minería y canteras (IIf 600,6), seguidas por la construcción (IIf 317,1), y la agricultura (IIf 286,9). El mayor índice de accidentes laborales tiene lugar en la pequeña y mediana empresa (PyME) (13).

Debido a la crisis de 2001, muchos trabajadores formales perdieron su puesto e ingresaron a los circuitos informales, con una variación absoluta de 446.686 trabajadores que salieron del sistema de cobertura de las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (ART) (13). En consecuencia, un alto porcentaje de la población se quedó sin cobertura médica y debió acceder a los servicios de salud pública, que vieron así desbordada su capacidad de atención, crisis que se agravó aún más por la falta de insumos médicos.

De esta crisis, un sector quedó fuertemente establecido: el de los recuperadores urbanos de basura. Las condiciones laborales y sanitarias de este sector, que quedó ubicado fuera de los circuitos formales de los trabajadores, merecen especial atención. En este sentido, es preocupante el alto porcentaje de niños y adolescentes (50% del total de recuperadores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) que trabajan en las ciudades (14) expuestos a agentes infecciosos y a sustancias tóxicas, así como al riesgo sufrir accidentes, cortaduras y afecciones de la piel.

Se estimó que en 2001 trabajaban 4,7% de los niños de 5 a 14 años (6,6% de los varones y 2,9% de las mujeres) y que 3,6% lo hacían con cierta regularidad. Sin embargo, se apreciaron diferencias considerables según edad y sexo: en el grupo de 10 a 14 años trabajaban 7,8% de los niños, mientras que en el de 5 a 9 años, 1,7%; 65% de estos niños ayudaban a sus padres, familiares o vecinos y 35% trabajan en forma independiente del círculo social inmediato. Una de las principales consecuencias del trabajo infantil es la deserción escolar o la repetición de grados. De los niños que trabajaron durante el año, 7,1% no asistieron a la escuela, un porcentaje tres veces mayor que el de los que no trabajaron (2,1%) (4).

Un estudio sobre el comportamiento de los trabajadores sexuales en ciudades argentinas realizado en 2005 (15) indicó que la edad media de inicio en el trabajo era de 20,9 años, la cual se reduce tres años en los hombres y travestis. Las necesidades económicas, junto con la imposibilidad de conseguir otro trabajo, constituyeron las motivaciones mayoritarias para el inicio del trabajo sexual, mientras que, según el estudio mencionado, la necesidad de dinero para adquirir droga no tuvo relevancia entre los motivos de iniciación: 93,8% de los encuestados afirmaron usar siempre preservativo en las relaciones vaginales, 90,3% en las anales y solo 8,5% en las orales. De las personas encuestadas, 88,9% afirmaron haberse realizado alguna vez la prueba de VIH. Este porcentaje disminuyó a 78,4% en los hombres.

## Salud de las personas con discapacidad

En el período 2002–2003, 7,1% de la población que vivía en localidades de más de 5.000 habitantes sufría algún tipo de discapacidad y 20,6% de los hogares de estas localidades albergaban al menos una persona con discapacidad. En las regiones de Cuyo (8,9%), Pampeana (7,9%) y NOA (7,6%) el porcentaje de población con discapacidad era superior al promedio nacional. De la población de 65 años y más, 28,3% sufría algún tipo de discapacidad. El 73,9% de las personas discapacitadas estaban afectadas por una sola discapacidad, 20,2% por dos y 5,9% por tres o más. El 32% de las discapacidades eran solo motoras, 14% solo visuales, 12% solo auditivas, y 12% solo mentales. No contaban con cobertura de seguridad social 38,4% de los afectados y apenas 14,6% tenían certificado de discapacidad (16).

## Salud de los grupos étnicos

Las estadísticas sanitarias de la Argentina no discriminan la pertenencia étnica y eso impide contar con la información necesaria para realizar un diagnóstico preciso de la situación de salud de la población indígena. El Ministerio de Salud implementó el Programa Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, orientado al desarrollo de acciones específicas basadas en el respeto a la diversidad cultural. Las provincias en las que se ejecuta este programa son el Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán. El programa pretende fortalecer el papel de los agentes sanitarios, promover la creación de un espacio intercultural, sensibilizar a los equipos de salud, favorecer el mejoramiento, cuidado y protección del ambiente, desarrollar acciones de educación para la salud y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional, así como coordinar acciones con otros programas ministeriales y organismos (17). El informe sobre la situación del VIH/sida en 2005 incluyó los resultados de un estudio de comportamientos y conocimientos sobre esta enfermedad en los pueblos originarios (18). El VIH se visualiza como un problema “de afuera, de los blancos”; el desconocimiento de la enfermedad y el rechazo al uso del preservativo están generalizados en esta población (19).

## CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Enfermedades transmitidas por vectores

Desde 1966 no se registran casos de **fiebre amarilla** en el país, y a partir de 1998 los estudios serológicos realizados en muestras negativas para dengue y otras arbovirosis resultaron negativos para fiebre amarilla. En julio de 2001, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica alertó sobre la existencia de una epizootia iniciada dos meses antes entre monos aulladores, en territorio fronterizo del estado de Rio Grande do Sul, en el Brasil. La presencia de nichos ecológicos bien definidos, la falta de una vigilancia adecuada y las bajas coberturas de vacunación anti-amarilíca, se ponderaron como ejes fundamentales para un escenario de riesgo de fiebre amarilla selvática similar al de 1966. La presencia de índices elevados de *Aedes aegypti* en grandes ciudades cercanas a la frontera acrecentó el riesgo, por la posibilidad de urbanización de la fiebre amarilla. En respuesta, se intensificó la vacunación, lográndose 98,9% de cobertura en las zonas de riesgo. Los índices de infestación por *A. aegypti* se redujeron por debajo de 2% del índice de vivienda en las comunidades en el área de riesgo.

Desde 1997 hasta fines de 2005 se produjeron 2.799 casos de **dengue** y cinco brotes, en los años 1998, 2000, 2002, 2003 y 2004; durante este último año se notificaron 1.522 casos. Las provincias de Salta, Jujuy, Formosa y Misiones notificaron casos autóctonos. La Provincia de Salta contribuyó con 72,5% de los casos en ese período. Los 34 casos notificados en 2005 se consideraron importados de países vecinos. En el período 1998–2004 circularon los serotipos DEN-1, 2 y 3, en 1998 DEN-2, en 2000 y 2002 DEN-1, en 2003 DEN-1, 2 y 3 (en la Provincia de Salta), y en 2004 DEN-3. En abril de 2006 se declaró un brote de dengue en las provincias de Misiones, Formosa, Salta y Jujuy, con casi 300 sospechosos y 56 casos confirmados, concentrados en Puerto Iguazú. Se identificó el serotipo DEN-3.

Con respecto a la **enfermedad de Chagas**, desde el punto de vista del control de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* el país presenta realidades muy diferentes que van desde zonas donde se ha alcanzado la interrupción de la transmisión hasta zonas con demostración fehaciente de transmisión vectorial a través de la notificación de casos agudos vectoriales y que requieren enérgicas acciones de control. Se estima que residen en zonas endémicas alrededor de 4.810.000 habitantes, en 962.000 viviendas, localizadas en 19 provincias, aunque concentradas en las zonas periurbanas y rurales. Los sectores más pobres de la población son los más afectados.

Las provincias han sido clasificadas en las siguientes categorías: siete provincias se consideran de alto riesgo (Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Córdoba, La Rioja, San Juan y Mendoza), siete de mediano riesgo (Salta, Tucumán, Catamarca, San Luis, Santa Fe, Corrientes y Misiones), cinco de bajo riesgo (Jujuy, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén y Río Negro) en las que se ha cer-

tificado la interrupción de la transmisión vectorial, y el resto solo con riesgo de transmisión no vectorial. En 2004, los índices de infestación por *Triatoma infestans* intradomiciliario en las provincias de alto riesgo variaron de 5% a 26%. Aumentó la cobertura de control en bancos de sangre, hallándose una prevalencia de 3,2% (1%–13%). No se ha logrado optimizar la captación de la embarazada infectada y solo se detectan 15% de los 1.500 recién nacidos por año potencialmente infectados y pasibles de tratamiento. El principal indicador de impacto, la prevalencia en menores de 5 años, medido en 13 provincias, fue de 4,2%. Las metas futuras del programa de control de Chagas pueden verse en el cuadro 3.

En la actualidad la región endémica de **malaria** en el país comprende una zona de mediano riesgo, que abarca los departamentos de Orán y San Martín, en la Provincia de Salta, de unos 28.000 km<sup>2</sup>, con un índice parasitario anual (IPA) inferior a 1%. La zona de bajo riesgo comprende el resto de la Provincia de Salta, Jujuy, Misiones y Corrientes. En 2000 se obtuvieron 440 muestras positivas, 215 en 2001, 125 en 2002, 124 en 2003, 116 en 2004 y 215 en 2005. Entre 50% y 75% de los casos son importados del exterior.

En el marco del Convenio de Cooperación Técnica Bilateral Argentina/Bolivia (ARBOL II), desde 1996 se llevan a cabo acciones de vigilancia y control con personal de la Coordinación Nacional de Control de Vectores en poco más de 140 localidades bolivianas fronterizas. En 2006 se registró un brote en la Provincia de Misiones, en el área de Puerto Iguazú, cercano a la triple frontera con Paraguay y el Brasil. Este brote se produjo simultáneamente con un brote de dengue clásico en la misma localidad. Se detectaron 14 casos de malaria. Las acciones de vigilancia y control realizadas por el programa nacional y provincial incluyeron el control vectorial por medio del rociado espacial de insecticidas, y la búsqueda activa en la población para descubrir casos no detectados por el sistema de salud.

Desde que el **hantavirus** comenzó a identificarse en el país, en 1992, se confirmaron 714 casos. La tendencia de la notificación es ascendente: en 2002 se llegó a 89 casos. En el país se han descrito varios tipos de virus Hanta relacionados con enfermedad en humanos: Andes; tres virus tipo Andes (Hu39694, Lechiguanas y Orán); Laguna Negra-like, y Bermejo. Se han definido tres regiones endémicas: norte (Salta, Jujuy), centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos), y sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). El aumento observado es a expensas de la región centro, donde se notificaron 60% de los casos, mientras que las regiones sur y norte se mantienen estables. El comportamiento de las poblaciones de roedores involucrados en cada zona de riesgo produce diferencias en la dinámica de la enfermedad entre las regiones, y eso se refleja en la aparición de casos con una estacionalidad propia de cada región, con aumentos de casos entre los meses de abril y junio para el sur y centro, y entre octubre y diciembre en el norte. Para la captación oportuna de casos se implementó, en una primera etapa en las provincias con casuística, la vigilancia del síndrome febril inespecífico. En 2004 y 2005 se identificaron zonas

nuevas como la costa del río Uruguay (Entre Ríos), el tramo norte del río Paraná en Misiones y la ciudad de Santa Fe.

En el período 1993–2005 se notificaron 1.747 casos de **fiebre hemorrágica argentina** y se confirmaron 641. En 1998 se produjo un pico en las notificaciones para luego iniciarse un descenso continuo hasta 2005, año en que se registró un nuevo aumento. La letalidad original de la fiebre hemorrágica argentina, que superaba 50%, se logró reducir a 30% con la estandarización del tratamiento de sostén, para luego bajar a 2%-12% con la disponibilidad del tratamiento específico (plasma inmune). El desarrollo de la vacuna a virus Junín vivo atenuado (Candid #1), eficaz para prevenir la enfermedad, y su aplicación en la población de más alto riesgo significaron un logro importante en la disminución de la incidencia, que en promedio, comparando períodos de 10 años prevacunales y posvacunales, disminuyó de 9,8 a 2,6 casos por 100.000 habitantes.

En el país, el virus de la **encefalitis de San Luis** se ha reconocido desde 1963. Análisis serológicos retrospectivos realizados en pacientes de la zona templada revelaron la aparición de enfermedades febriles agudas asociadas a este virus en 0,9% a 1,8% de los pacientes estudiados. Entre 2002 y 2004 solo se notificaron siete casos. En enero de 2005 se declaró un brote en la Provincia de Córdoba, con 55 casos (en la capital y Gran Córdoba fundamentalmente) y nueve defunciones. El virus se aisló en un lote de mosquitos *Culex quinquefasciatus* capturados en los peridomicilios de los casos. Durante 2006 se notificaron casos en las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos.

### Enfermedades inmunoprevenibles

El país continúa libre de **poliomielitis** y **sarampión**. El último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje registrado fue en 1984 y el último caso de sarampión se notificó en el año 2000. Los indicadores regionales de vigilancia establecidos por la OPS se cumplen en general de manera satisfactoria y desde 1995 las coberturas de vacunación son superiores a 90%, aunque tanto los indicadores como las coberturas presentan alguna variación entre las provincias. Por ejemplo en 2004 las coberturas para DTP-Hib (difteria, tos ferina, tétanos y *Haemophilus influenzae* tipo b) alcanzaron un promedio nacional de 95,3%, pero dos jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y San Juan) presentaron coberturas inferiores a 90%. Para la vacuna triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis), el promedio del país fue de 100%, pero la Provincia del Chubut obtuvo una cobertura de 88%.

El **tétanos neonatal** ya no constituye un problema de salud pública tal como lo define la OPS (menos de 1 caso por 1.000 nacidos vivos), y los casos de tétanos en todas las edades disminuyeron de 220 en 1980 a 14 en 2005.

Con excepción de la **tos ferina**, prácticamente todas las enfermedades inmunoprevenibles muestran un marcado descenso en los últimos 10 años (1996–2005). Los únicos brotes de estas enfermedades que se han observado en el período 2003–2005 han sido de tos ferina en por lo menos cuatro provincias: Catamarca

y Neuquén en 2004, y Salta y Tucumán en 2005. Las tasas de ataque más altas se registran en el grupo de niños menores de 5 años, y se concentran en los menores de 1 año, aunque también se han notificado casos en adolescentes y adultos.

La vacuna contra la **rubéola** se introdujo en el esquema nacional de vacunación a partir de 1998, con dos dosis de la vacuna triple viral (al año de vida y al ingreso escolar). En 2003 se comenzó a vacunar con vacuna SR (doble viral: sarampión y rubéola) a todas las mujeres después del puerperio o post-aborto inmediato, y a los 11 años a todos los niños sin antecedentes de al menos dos dosis después del año de vida. Las coberturas alcanzadas desde la introducción de la vacuna se sitúan entre 90% y 100%. Con el propósito de eliminar el **síndrome de rubéola congénita** se efectuaría en septiembre y octubre de 2006 una campaña nacional de vacunación antirubeólica dirigida a todas las mujeres de 15 a 39 años, estimadas en 7.400.000, y a hombres en riesgo.

La Argentina está ubicada entre los países de endemidad intermedia con focos de alta endemidad para la **hepatitis A**, por lo que, en 2005, se introdujo la vacuna contra la infección por el virus de la hepatitis A en el esquema nacional de vacunación. Se aplica a todos los niños una sola dosis a los 12 meses de edad. Está prevista una evaluación para medir el impacto de esta estrategia y poder decidir si una segunda dosis es necesaria. Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, durante 2004 se notificaron 63.006 casos de hepatitis A y sin especificar (173,8 por 100.000 habitantes). Esto supuso un aumento respecto de 2003 (139 por 100.000 habitantes). En 2004 las regiones del NOA y Cuyo presentaron tasas superiores a la nacional (251 y 201, respectivamente).

Con apoyo de la OPS el país comenzó la vigilancia de **diarreas por rotavirus** en centros centinelas desde 2004. Resultados parciales indican que la enfermedad por rotavirus es un problema importante de salud pública en la Argentina. Se han realizado diversos estudios que analizan la carga de enfermedad por rotavirus en el país (20, 21, 22). La Autoridad Regulatoria Nacional ya registró la vacuna contra rotavirus y se está aplicando desde principios de 2006 en el sector privado, pero todavía no está prevista su incorporación a corto plazo en el esquema nacional.

### Enfermedades infecciosas intestinales

Son escasos los datos de prevalencia de **parasitosis intestinales** en el país. Un estudio de 2002 realizado en Santa Fe, en zonas de marginalidad extrema, mostró una prevalencia de ascariasis en escolares superior a 80% (23).

### Enfermedades crónicas transmisibles

En general, los casos de **tuberculosis** en todas sus formas han descendido, con 38,1 por 100.000 habitantes en 1990 y 29,1 por 100.000 en 2005. En este mismo año las provincias con tasas de notificación por cada 100.000 habitantes más elevadas fueron Salta (79,4), Jujuy (70,5) y el Chaco (48,2), y las más bajas Mendoza (7,9), San Juan y La Rioja (8,7 en cada caso).

En el bienio 2003–2004 el coeficiente de concentración, utilizando como variable socioeconómica las necesidades básicas insatisfechas (NBI) de los departamentos del país, fue de 0,22. El 20% de la población residente en departamentos con mayor porcentaje de NBI acumuló cerca de 35% de los casos de tuberculosis. En 2005, 85,3% de los casos correspondieron a formas pulmonares, 13,3% afectaron a menores de 15 años y, entre los casos pulmonares en mayores de 15 años, la confirmación bacteriológica fue de 72,6%. En el mismo año se notificaron ocho casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años, de los cuales siete residían en la Provincia de Buenos Aires.

En 2005, 3,9% de las personas con sida estaban co-infectadas con tuberculosis (445 casos de tuberculosis en 11.242 casos de sida), porcentaje muy similar al de 2003 y 2004 e inferior al registrado en 2001, año en que alcanzó el porcentaje más alto, 6,4%. La tasa de mortalidad por tuberculosis se redujo de 3,6 a 2,2 casos por 100.000 habitantes entre 1990 y 2004, lo que significó un descenso de 39,8%. Las provincias con la mayor mortalidad por 100.000 habitantes en el bienio 2003–2004 fueron Jujuy (9,0), Formosa (7,1), y el Chaco (6,1), y las que presentaron tasas de mortalidad menores fueron La Pampa (0,6), La Rioja (0,7) y Neuquén (0,9).

En 2003 se obtuvo información sobre el resultado del tratamiento de 78,5% de los enfermos tuberculosos con baciloscopia positiva. Entre ellos, la tasa de éxito fue de 76,6%, la de abandono 10,8% y la letalidad 6,9%. Hubo cinco jurisdicciones con tasas de abandono superiores al promedio nacional, entre ellas la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que concentraron 39% de los casos con baciloscopia positiva evaluados, con tasas de abandono de 14,4% y 12,8%, respectivamente. Las provincias de Formosa, Mendoza y Corrientes tuvieron tasas de abandono de 13,5%, 15,1% y 26,3%, respectivamente. El porcentaje de los enfermos con baciloscopia positiva que recibieron tratamiento acortado estrictamente supervisado -TAES (DOTS por sus siglas en inglés) fue de 57,8%, con un rango entre jurisdicciones comprendido entre 0% y 100%. En ocho jurisdicciones la cobertura de DOTS fue superior a 95%: las cinco de la región Sur (Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Río Negro y Neuquén), el Chaco, Santa Fe y Córdoba. Por otra parte, cuatro jurisdicciones presentaron una cobertura de DOTS inferior a 40%: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires, Misiones y Santiago del Estero, con valores de 33,9%, 31,3%, 23,6% y 0%, respectivamente. Los avances hacia las metas de los ODM relacionados con reducción de la tuberculosis pueden observarse en el cuadro 3.

La endemia de **lepra**, distribuida en 12 provincias principalmente del NEA, NOA y Centro, se caracteriza por su moderada magnitud. La tendencia de la detección de casos se estabilizó en la última década entre 450 y 500 casos nuevos por año, y la prevalencia decreció de 0,82 por 10.000 habitantes en 1997 (año que marcó el logro de la meta de eliminación como problema de salud pública) a 0,22 por 10.000 en 2005. En ese año el cociente prevalencia/detección fue de 1,5, mientras que en 1997 era de

5,3. Predominan las formas multibacilares en los mayores de 15 años, y se observó un número decreciente de casos con discapacidad grado 2 al momento del diagnóstico. La estrategia actual, con una prevalencia nacional inferior a 1 por 10.000 habitantes, da prioridad a la búsqueda activa de casos y a la estimación de la prevalencia oculta.

### Infecciones respiratorias agudas

Durante el período 1997–2005 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica entre 800.000 y 1.000.000 de casos anuales de **síndrome tipo influenza**. Los años epidémicos fueron 1999, 2003 y 2004, y en ellos aumentaron las internaciones hasta el desborde, especialmente en los hospitales pediátricos. En 2005 se notificaron 959.046 casos de enfermedades tipo influenza, lo que significó una tasa de notificación de 2.644,9 por 100.000 habitantes. En ese mismo año, la vigilancia por laboratorio realizada sobre 22.480 muestras de pacientes con infección respiratoria aguda baja (IRAB) determinó 2,8% de diagnósticos positivos para **influenza A** y 0,5% para **influenza B** y en 2.436 muestras de pacientes con síndrome tipo influenza detectados en las unidades centinela, se obtuvieron 5,6% de FLU A y 1,1% FLU B.

### VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Estimaciones realizadas durante 2005 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (PNS) mostraron que aproximadamente 127.000 (valores extremos de 115.000 a 134.000) personas vivían con VIH/sida en la Argentina, de las cuales 60% desconocerían su situación serológica. Desde que se registró el primer caso en el país en 1982 hasta el 31 de diciembre de 2005, se notificaron al PNS un total de 30.496 casos de sida y 32.411 infectados por el VIH. Las principales características de la epidemia son las siguientes: 1) impacta cada vez más en mujeres, lo que incrementa el riesgo de transmisión vertical, y la mayor concentración de casos se presenta en edades sexualmente activas; 2) afecta fundamentalmente a los grupos en edades económicamente activas de ambos sexos, es decir entre los 25 y 34 años; 3) se transmite cada vez más por relaciones heterosexuales (55,6% de los casos en 2004), y 4) afecta a los sectores más pobres y de menor nivel de instrucción. La tasa de incidencia de la infección por el VIH por 100.000 habitantes muestra una tendencia creciente con valores de 1,5 en 1990, 4,03 en 2000, y 10,01 en 2004. La relación hombre/mujer para el sida pasó de 6,5:1 en 1990 a 2,4:1 en 2004; para la infección por el VIH fue de 1,3 hombres por cada mujer en 2004. La mitad de la población con sida tiene entre 25 y 34 años. Los niños menores de 13 años representaron 9,7% del total de casos registrados, y 94,8% de ellos tienen como causa la transmisión vertical. El sida se concentra en los principales núcleos urbanos: Gran Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Santa Fe. La tasa de mortalidad por sida en 2004 fue de 3,8 por 100.000 habitantes.

**CUADRO 5. Tasas\* de sífilis congénita y otras infecciones de transmisión sexual por regiones, Argentina, 2002–2005.**

	Sífilis congénita				Otras ITS			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Centro	0,5	0,8	1,0	0,8	41,0	39,4	33,7	30,0
Cuyo	0,1	0,1	0,6	0,5	29,3	28,6	41,6	23,0
NEA	4,5	4,2	3,2	1,7	236,7	313,0	371,9	339,8
NOA	1,0	0,8	1,3	0,9	287,6	310,8	344,2	274,3
Sur	0,3	0,4	0,2	0,3	44,5	49,8	59,7	66,1
<b>Total país</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	<b>86,8</b>	<b>95,7</b>	<b>102,9</b>	<b>88,4</b>

\*Las tasas de sífilis congénita se expresan por 1.000 nacidos vivos y las de otras ITS por 100.000 habitantes.

**Fuente:** Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), Ministerio de Salud.

Con respecto a otras infecciones de transmisión sexual (ITS), en 2002 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 675 casos de **sífilis** congénita; en 2003, 742 casos, y en 2004 y 2005, 838 y 583, respectivamente, lo que supone tasas entre 0,9 y 1,2 por 1.000 nacidos vivos. Las regiones más afectadas fueron el NOA y el NEA. En esta última, en el período 2002–2005, las tasas fueron 4,5 veces mayores que la tasa global del país; 3,7 veces en 2003, 2,6 veces en 2001 y 2,1 veces en 2005. Se presentan en el cuadro 5 las tasas de sífilis congénita y de otras ITS, por regiones, entre 2002 y 2005.

### Zoonosis

Durante 2005 se elaboraron los programas para la prevención de la entrada en el país de la **influenza aviar** y de la **encefalopatía espongiiforme bovina**, y se realizó un simulacro de preparación para la contingencia, en el que participaron instituciones del sector público y privado. Se continúa ejecutando en todo el territorio nacional el programa de control de la **fiebre aftosa**, para mantener la categoría de libre con vacunación. La **rabia animal** sigue siendo un problema endémico en el norte, con casos notificados en perros y en bovinos en las provincias de Jujuy y Salta. En 2005 se notificaron 66 casos de rabia animal a nivel nacional (34 en bovinos, 16 en perros y gatos, ocho en murciélagos y ocho en otros animales).

En abril de 2006, y por primera vez en el país, se declaró un brote en equinos de **virus del Nilo occidental** (VNO) en la Provincia de Entre Ríos. La detección y el diagnóstico de laboratorio fueron rápidos y se activó el sistema de vigilancia. El país cuenta con recursos humanos y de laboratorio para el diagnóstico de infección por este virus.

### ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

#### Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005, del Ministerio de Salud, casi la mitad de las mujeres del país presentan sobrepeso u obesidad (Cuadro 6). Según un estudio que comprendió a cuatro ciudades del área central del país, entre 22,4% y 30,8% de las personas mayores de 20 años eran obesas, y entre 6,5% y 7,7% de ellas tenían **diabetes mellitus** (24).

#### Enfermedades cardiovasculares

Diferentes investigaciones sobre la presión arterial mostraron gran variabilidad en cuanto a la prevalencia de **hipertensión**. En un estudio realizado en Córdoba en población de 15 a 85 años de edad, la prevalencia fue de 29,9% y solo 13,0% de los hipertensos estaban tratados y normotensos (controlados) (25). En otro estudio que comprendió a cuatro ciudades del área central del país la prevalencia de hipertensión en mayores de 20 años osciló entre 27,9% y 43,6%; la hiperlipidemia varió entre 24,2% y 36,4% (24). En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005), aproximadamente una mujer de 10 a 49 años de cada cinco tiene el colesterol elevado.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles (2005), 56,8% de la población sin instrucción se midió alguna vez en su vida el colesterol, y de ellos, 44,4% manifestaron que lo tenían elevado. Las proporciones fueron 79,1% y 26% entre la población con formación universitaria completa. De los argentinos mayores de 18 años sin instrucción entrevistados, 49,2% manifestaron que no tenían la presión elevada frente a 72,7% de los universitarios titulados. De acuerdo con los datos de dicha Encuesta Nacional, 15,8% de la población mayor de 18 años sin instrucción manifestó que tenía la glucemia elevada frente a 5,3% de los titulados universitarios.

#### Neoplasias malignas

Entre 1997 y 2004, las defunciones por tumores malignos constituyeron la segunda causa de muerte, a continuación de las enfermedades del sistema circulatorio, y representaron entre 18% y 19% del total de las defunciones. Entre 1980 y 2001 se observó una disminución en la tasa de mortalidad por **cáncer de pulmón** de aproximadamente 1% anual en los hombres. Contrariamente, para las mujeres, en todas las regiones, salvo en Cuyo, donde las tasas se mantuvieron prácticamente constantes, se registró una tendencia creciente de alrededor de 1,5% anual. En cuanto al **cáncer de mama**, se observa que a partir de 1991 las tasas de mortalidad disminuyeron entre las mujeres menores de 65 años, mientras que a partir de 1980 aumentaron 1,6% anual entre las mayores de 74 años. En el país en general, y en especial en algunas provincias, el **cáncer del útero** constituye un grave

**CUADRO 6. Deficiencias nutricionales y del metabolismo (%) por regiones, Argentina, 2005.**

	Argentina	GBA	Cuyo	NEA	NOA	Centro	Sur
Bajo peso para la edad	3,8	3,3	4,0	5,8	3,9	3,7	2,6
Baja talla para la edad	4,2	3,7	3,5	4,8	4,0	4,9	3,6
Bajo peso para la talla	1,2	1,1	2,8	1,2	1,2	1,1	1,0
Alto peso para la talla	6,6	8,3	5,1	3,0	4,4	7,2	6,3
Anemia en niños de 6 meses a 5 años	15,9	17,9	10,0	22,1	14,0	13,8	15,6
Anemia en niños de 6 a 23 meses	33,2	34,9	23,5	33,2	44,0	30,1	30,9
Sobrepeso en mujeres de 19 a 49 años	24,9	24,8	24,4	20,2	28,1	24,9	26,5
Obesidad en mujeres de 19 a 49 años	19,4	18,2	15,9	21,1	20,4	20,5	22,6
Anemia en mujeres de 10 a 49 años	17,1	20,6	14,7	21,8	15,7	12,6	16,2
Colesterol >170 mg/dl en mujeres de 10 a 19 años	21,5	23,2	30,5	19,4	19,9	34,3	17,0
Colesterol >200 mg/dl en mujeres de 20 a 49 años	23,4	27,2	12,0	19,8	17,3	28,1	20,4

*Fuente:* Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005.

problema de salud pública. Se observó una ligera disminución de la mortalidad por este cáncer desde 1991, a excepción de la región Noroeste, que presentó un leve crecimiento de 0,2% anual.

## OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

### Desastres

La base de datos de los desastres ocurridos en la Argentina en los últimos años mostró un predominio de inundaciones. En las zonas vulnerables a inundaciones, los actores comunitarios deberían capacitarse en la gestión del riesgo para encontrar las soluciones más adecuadas de acuerdo al contexto natural, económico, social y político particular (26). El peor desastre natural de los últimos años fue sin duda la inundación de la ciudad de Santa Fe en abril de 2003, que dejó bajo el agua a más de 30% de la población de la ciudad, y produjo 75.036 evacuados, daños a 20.000 viviendas y la pérdida de 13% de las camas hospitalarias disponibles.

### Violencia y otras causas externas

La Encuesta de Victimización del Ministerio de Justicia, realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2003, mostró que 37,5% de los mayores de 14 años declararon haber sido víctimas de al menos un delito (mayormente delitos contra la propiedad), porcentaje inferior a los de 2000, 2001 y 2002, según la Dirección Nacional de Política Criminal.

El Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) comenzó a funcionar en septiembre de 2004, y hasta junio de 2006 se habían incorporado paulatinamente un total de 36 unidades centinela. Los datos acumulados hasta esa fecha y referidos a un total de 27.836 accidentes indican que 81,3% son no intencionales, 10,4% intencionales por agresión, 1,7% autoinfligidos, y el resto no determinados. La mayoría de los accidentes se concentran entre los 15 y los 29 años de edad (34,6%) y entre los 30 y los 44 (19,6%); 68,4% son leves, 25,9% moderados y 5,7% graves. Se producen en hombres 66,9% de los accidentes, con una razón hombre/mujer de

2,02:1, y 0,56% de los eventos de lesiones determinan la muerte de la persona afectada, con una razón hombre/mujer de 2,8:1.

### Salud mental y adicciones

No se dispone de datos epidemiológicos nacionales actualizados sobre salud mental, a excepción del resultado de la encuesta de discapacidades. En 2004, 7,8% de la población de 16 a 65 años había consumido alguna vez en su vida alguna sustancia psicoactiva ilegal, 2,1% lo hizo en el último año y 0,8% en el último mes. La marihuana y la cocaína son, en este orden, las sustancias más consumidas.

### Salud oral

En base a experiencias previas favorables, tales como la reducción del índice CPO (dientes cariados, perdidos, obturados) de más de 40% en la Provincia de Santa Fe entre 1990 y 2000, desde 2005 se ha venido reactivando la política de fluoruración del agua para consumo humano en aquellas provincias donde se requiere. Se espera que en 2010 cerca de 50% de la población esté recibiendo agua fluorada. Por otro lado, se unificaron los criterios para efectuar un relevamiento epidemiológico en todas las jurisdicciones provinciales.

### Síndrome urémico hemolítico

La tasa en menores de 5 años se situó en torno a 8,5 por 100.000 entre 1995 y 2000; a partir de 2001 nunca descendió de 10,4 y en 2005 alcanzó su nivel más alto (13,9). La letalidad se mantuvo estable en el período 1995–2005, con un promedio de 3,3%, un mínimo de 2,2% en 1998 y un máximo de 4,8% en 2001. En 2005 la letalidad fue de 3,4%. En este último año se notificaron 464 casos de síndrome urémico hemolítico, 62% de ellos menores de 2 años. La mayoría de los casos se presentaron en los meses cálidos (55%). Las provincias con mayor tasa de notificación hospitalaria por 100.000 niños menores de 5 años fueron La Pampa (34,4) y Neuquén (31,6).

## RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

### Políticas y planes de salud

Desde 2002 funciona un Consejo Consultivo como espacio para la discusión y el logro de acuerdos sectoriales en materia de salud a nivel nacional. Este Consejo está integrado por diversos actores del sistema de salud, incluidos representantes de organizaciones comunitarias, prestadores, financiadores, profesionales, universidades, instituciones y personalidades de reconocida trayectoria. El Consejo tiene a su vez cuatro comisiones permanentes: Recursos Humanos, Costos y Financiamiento, Tecnología, y Enfermedades no Transmisibles.

Por mandato constitucional las provincias son las entidades territoriales responsables del cuidado de la salud de la población. Los municipios, en especial los de mayor población y capacidad económica, también programan y llevan a cabo acciones de salud. La transferencia, a comienzos de la década de 1990, de un conjunto de hospitales e institutos especializados que estaban a cargo de la Nación, fue uno de los últimos pasos de la política de descentralización de los servicios de salud. La complejidad de este proceso determinó significativas diferencias, que se tradujeron en distintos grados de autonomía hospitalaria, de gestión administrativa y financiera, de política de recursos humanos y de tipo de servicios prestados a la población. Esta diversidad no permitió que hubiera un nivel único de cobertura de atención pública de salud para todos los habitantes. Además, la localización geográfica condiciona el acceso a las unidades públicas de salud.

En las provincias, el cumplimiento de las funciones esenciales en salud pública está a cargo de ministerios o secretarías de salud con diverso grado de desarrollo institucional, según el tamaño de la población y los recursos disponibles. Los servicios de salud se prestan a la población mediante redes de carácter público provincial, así como del sector privado. En las provincias de mayor población y recursos económicos los municipios administran servicios de salud de primer nivel de atención, y en algunos casos hospitales de mayor complejidad, aunque, proporcionalmente, muy pocos establecimientos asistenciales son de carácter municipal. Algunas provincias se encontraban en 2006 en un activo proceso de municipalización de los servicios del primer nivel de atención. En el sector de la seguridad social y en el sector privado existe una clara división de funciones, ya que las entidades responsables de administrar el financiamiento (obras sociales y aseguradoras) no suelen tener servicios propios y contratan estos últimos con prestadores públicos y privados en todo el territorio nacional.

### Estrategias y programas de salud

Durante la emergencia social y económica que vivió el país a comienzos del período 2001–2005, se consolidaron los canales de diálogo entre los diversos actores en salud y los distintos niveles del Estado. El diálogo continuó en años posteriores, y finalmente,

en el Consejo Federal de Salud (COFESA), uno de los principales ámbitos donde se formulan las políticas sanitarias en forma consensuada entre las provincias y la Nación, se acordaron las bases del Plan Federal de Salud 2004–2007, presentado por el Presidente de la República en mayo de 2004. El plan estableció cuatro ejes de acción, considerando la estrategia de atención primaria de salud como el factor organizador del sistema. Se dio prioridad al fortalecimiento de la equidad en el acceso a la atención de salud, y a la promoción de la participación comunitaria en todos los niveles. Se establecieron metas que se complementaban con el acuerdo que la República Argentina firmó en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### Organización del sistema de salud

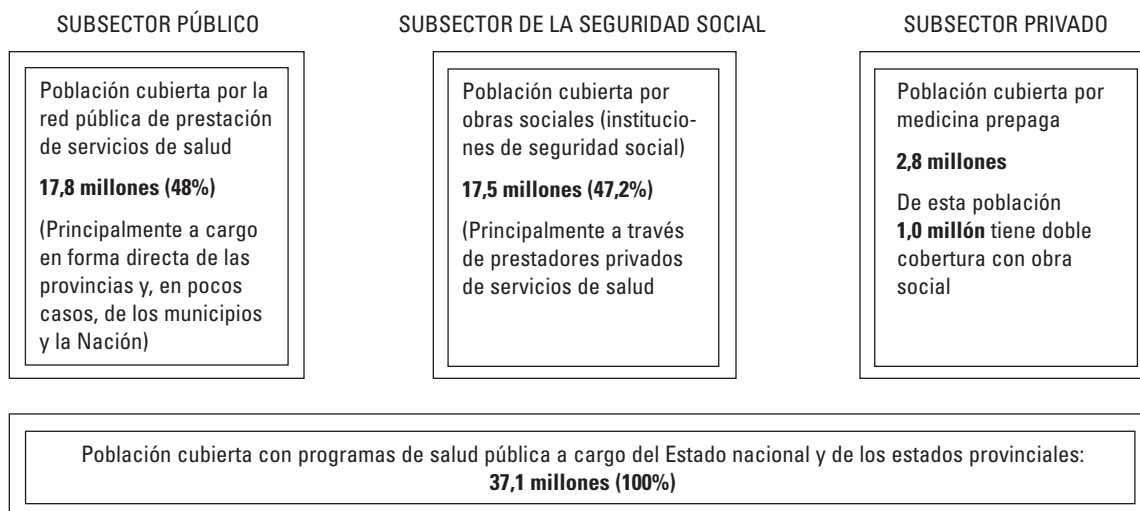
El sistema de salud tiene las características propias de un país federal en el que las jurisdicciones provinciales conservaron las atribuciones correspondientes a la rectoría y atención de salud en su territorio. El sistema está compuesto por tres subsectores: público, privado y de la seguridad social. Los dos últimos subsectores están muy relacionados entre sí, dado el alto grado de contratación de servicios de salud que hacen las instituciones responsables de la gestión de la seguridad social (obras sociales) con prestadores privados de servicios de salud de diferente tipo y tamaño (Figura 2).

Hacia 2006, el sistema de salud sufría un alto grado de segmentación y fragmentación que producía: articulación deficiente entre los subsectores, desigualdad en los niveles de financiación, inequidades en la calidad de la atención, y una variedad de barreras de acceso para algunos grupos poblacionales. Las obras sociales (instituciones de seguridad social) cubrían en 2003 a alrededor de 17,5 millones de personas (47,2% del total de la población), distribuidas en casi 300 entidades de distinta magnitud e importancia. Se estima que el subsector público cubría 17,8 millones (48%), y además la medicina prepaga cubría 2,8 millones de personas, de las cuales 1 millón tenían doble cobertura.

A lo largo de su historia, el sistema de salud se fue estructurando con defectos de eficiencia y equidad. La oferta heterogénea de coberturas afecta a los 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, varias decenas de sistemas de medicina prepaga, seguros privados de salud, y gran cantidad de mutuales, además del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, habitualmente identificado bajo la sigla PAMI. En 1993 se introdujo la “libre elección” de obras sociales nacionales por parte de los trabajadores vinculados a ese régimen, en el marco de un proceso de desregulación y búsqueda de eficiencia. La fragmentación y la falta de coordinación y articulación de este conjunto de instituciones han limitado la conformación de un sistema de salud solidario, eficiente y universal. La seguridad social, de esta manera, se gestiona por instituciones sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que

**FIGURA 2. Esquema general y coberturas poblacionales estimadas en el sistema de salud, Argentina, 2001.**

Población total: 37,1 millones



**Fuente:** Adaptado de: González García G., Tobar F. *Salud para los argentinos* 2003. Estimaciones basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 (INDEC) y de la Encuesta de Calidad de Vida 2001 (Sistema de Evaluación y Monitoreo de Políticas Sociales [SIEMPRO], del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente).

brindan, los recursos financieros por afiliado, las modalidades de operación y las redes de servicios de salud que contratan para atender a sus afiliados.

El Ministerio de Salud es responsable de determinar los objetivos y políticas del sector y de ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme a las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional. Asimismo, el Ministerio efectúa la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, y conduce la planificación global del sector en coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones. También tiene a su cargo el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica, de manera consensuada con las provincias, e interviene en la aprobación de los proyectos de establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas. Por intermedio de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el Ministerio interviene en los aspectos relacionados con la elaboración, distribución y comercialización de productos vinculados directamente con la salud. La ANMAT es responsable de aplicar y velar por el cumplimiento de las disposiciones legales, científicas, técnicas y administrativas comprendidas dentro del mencionado ámbito de competencia.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (seguridad social). Por otra parte, en el Congreso de la Nación, las comisiones de Salud y Deporte del Senado y de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados,

son responsables de dictaminar sobre salud y acciones médico-sociales, higiene, sanidad, medicina preventiva y nutrición, subvenciones y subsidios a hospitales, sociedades, corporaciones o instituciones que desarrollan actividades inherentes a la salud.

### Servicios de salud pública

El Plan Federal de Salud 2004–2007 establece la prioridad de la atención primaria y dispone una asignación creciente de recursos para acciones de promoción y prevención. Se plantea el avance progresivo hacia la descentralización de estas acciones en forma sistemática y organizada, y que sean los gobiernos locales los que concentren sus esfuerzos en desplegar esta estrategia a partir del desarrollo de políticas saludables, informando y modelando conductas.

En el país se ejecutan diversos programas nacionales orientados a la prevención y control de determinadas enfermedades que, por su importancia, requieren un abordaje especial por parte de las autoridades y de la sociedad civil. Se describen a continuación los principales programas y sus objetivos.

El Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos e Infecciones de Transmisión Sexual tiene como objetivos prevenir la transmisión sexual y perinatal; evitar la transmisión por sangre, hemoderivados, trasplantes y durante procedimientos invasivos; prevenir la infección entre usuarios de drogas; reducir el impacto individual, familiar y socioeconómico de la epidemia; reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia, y consolidar sus aspectos administrativos y de gestión. El

programa provee medicamentos antirretrovirales a las personas infectadas por el VIH.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis está integrado a la estructura de salud del país, de manera que sus actividades se ejecutan por intermedio de los servicios de salud; consta de cuatro niveles (central, provincial, intermedio y local), con responsabilidades bien delimitadas: el nivel central se ubica en el Ministerio de Salud, asume esta responsabilidad el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”, perteneciente a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán”, con sede en la ciudad de Santa Fe; el nivel provincial tiene representación en las 23 provincias del país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los objetivos de este programa son reducir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis, la transmisión de la infección tuberculosa y la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* a los antimicrobianos; además, el programa se plantea como objetivos estratégicos fortalecer la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, por sus siglas en inglés) en todas las jurisdicciones del país y concentrar esfuerzos en los departamentos prioritarios según la magnitud de la enfermedad.

El Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, integrado por 19 programas provinciales, realiza actividades basadas en la promoción de la salud, la prevención y el diagnóstico y tratamiento específico de la enfermedad. El programa no contempla ninguna actividad referida a la rehabilitación, aunque sí procura mejorar el sistema de red hospitalaria en la atención de cardiopatías y trasplantes. Diferentes efectores planifican y ejecutan las actividades: agentes de las jurisdicciones nacionales y provinciales, profesionales sanitarios o promotores de salud, funcionarios municipales y líderes comunitarios, con el apoyo y supervisión de la comisión nacional de control de vectores.

El Programa Nacional de Desparasitación Masiva, lanzado por el Ministerio de Salud, inició por intermedio del Programa Remediar (que distribuye medicinas de forma gratuita a grupos vulnerables) una intensa campaña durante 2004-2005, que comenzó con la identificación de los focos más problemáticos en la Provincia de Santa Fe, para luego extenderse progresivamente al resto de las provincias afectadas. El programa distribuye mebendazol en zonas donde la población carece de los servicios sanitarios básicos.

El Programa de Control del Tabaco basa su estrategia en cinco aspectos centrales: restricción de la publicidad, incremento del precio de los cigarrillos, fuerte campaña de comunicación social, ambientes libres de humo y servicios para encarar el abandono del tabaco.

El Programa de Salud Renal, que ejecuta la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud, está destinado a la prevención de las enfermedades renales y a la promoción de la salud en el ámbito de las obras sociales nacionales. Asimismo, conjuntamente con la Superintendencia de Servicios de Salud, la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de

Cardiología, ha desarrollado el Programa de Identificación de Factores de Riesgo y Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares, dirigido a varones de 30 a 49 años y a mujeres de 40 a 59 años.

El Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable fue establecido en 2002 mediante la sanción de la Ley 25.673. Este Programa en sus primeros años de implementación estuvo dirigido al fortalecimiento de los programas provinciales a través de acciones de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de recursos humanos para reforzar los equipos existentes. Durante 2006 se logró el acceso gratuito a métodos anticonceptivos hormonales dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos, para 1.925.950 usuarias y usuarios del sistema público. También se aseguró la cobertura para usuarias del sistema de obras sociales y medicina prepaga mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO).

El saneamiento básico sigue siendo un tema pendiente. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, solo 47,2% de los hogares censados tenían descarga de agua y desagüe a red cloacal, 24,2% tenían la descarga a cámara séptica y pozo absorbente, y el restante 27%, descarga directa a pozo o sin descarga de agua.

El Ente Nacional de Obras Hídricas de Saneamiento (ENOHSA), por delegación del Poder Ejecutivo Nacional, ha encarado la construcción de grandes obras de saneamiento básico en todo el territorio del país. En 1993, el Estado Nacional le confió a Aguas Argentinas la gestión de servicios de agua potable y desagües cloacales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 17 partidos del área metropolitana (donde habita un tercio de la población del país), y llegó a producir 3.100.000 m<sup>3</sup> de agua por día. En marzo de 2006 se rescindió el contrato de concesión y el Estado argentino asumió la responsabilidad de prestación del servicio para lo cual realizó importantes inversiones y creó la empresa estatal Agua y Saneamiento de Argentina (AySA).

Existen poco más de 2.200 municipios a los que se ha asignado competencia primaria en la administración y provisión del servicio de manejo de los residuos domiciliarios. En algunos casos, el servicio de recolección y disposición final de residuos domiciliarios lo brinda el municipio, pero en muchos otros se ha tercerizado el servicio a empresas privadas. Según datos oficiales correspondientes a 2004, en Argentina se producen anualmente 12.325.000 toneladas de residuos domiciliarios, con una tasa media per cápita de 0,91 kg/día. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra en el límite superior con una generación media de 1,52 kg/habitantes/día y Misiones en el límite inferior, con 0,44 kg/habitantes/día (5).

En 2004 el Gobierno nacional, por intermedio de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, desarrolló la Estrategia Nacional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos (ENGIRSU), con objeto de realizar un diagnóstico de situación y analizar la posibilidad de proveer tratamientos y tecnología de disposición final ambientalmente adecuada para los residuos sólidos. En septiembre

de 2004 se promulgó la Ley 25.916 de gestión de residuos sólidos domiciliarios. Como anexo a la ENGRSU se presentó en 2005 la Estrategia Nacional de Residuos Peligrosos de Origen Doméstico, que tiene como objetivo abordar la problemática de estos residuos a partir de la toma de conciencia de la población mediante la promoción de la recolección diferenciada. En el transcurso de 2005, el Ministerio de Salud realizó el diagnóstico de la gestión de residuos de los hospitales asistidos por el Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN), y reconoció grandes deficiencias, pero también identificó centros potenciales de referencia en cuanto a la gestión de residuos de establecimientos de salud mediante un adecuado plan de acción, que comenzó a ejecutarse en 2006.

La Ley 20.284 de 1973 estableció la norma de calidad del aire y los valores de alertas, de alarma y de emergencia. Esta ley nunca fue reglamentada y por ello su aplicación es relativa y poco operativa. El decreto 831/93, reglamentario de la Ley Nacional 24.051 sobre residuos peligrosos, determina niveles guía de emisiones gaseosas y calidad del aire, pero estos valores no han sido actualizados.

La Ley de Contaminación Atmosférica N° 1.356 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece la fijación de estándares de calidad de aire y la obligación del monitoreo continuo. Actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se realiza el monitoreo y control de fuentes contaminantes del aire, fijas y móviles. El polo petroquímico de Dock Sud, muy cercano a la ciudad, tiene aproximadamente 60 chimeneas por las que se liberan un promedio de 15 millones de metros cúbicos por hora de aire con diversos gases contaminantes. Un estudio reciente demuestra niveles altos de benceno, tolueno, plomo y dióxido de azufre (27), con concentraciones por encima de las recomendadas por la OMS.

Argentina es parte del Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos, el que se aplica en los países a través del Plan Nacional de Implementación (NIP) y se ejecuta por intermedio de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable. En 2004 se publicó el Inventario Nacional de Dioxinas y Furanos, y se identificaron los factores de emisión según las actividades y fuentes generadoras de estos tóxicos, y en 2002 se sancionó la Ley 25.670 de Presupuestos Mínimos para la Eliminación y Gestión de los Contaminantes Orgánicos Persistentes, que establece su eliminación total para 2010.

En 2003 fue necesario remover en la Provincia de Santiago del Estero el enterramiento clandestino de plaguicidas organoclorados (hexaclorociclohexano mayoritariamente) más importante conocido hasta el momento en el país. Los tóxicos habían sido enterrados en 1990 y se habían levantado 200 toneladas métricas de residuos a los que se dio tratamiento y disposición final.

Funcionan en el país 21 Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica (CIAAT) que responden al Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones (PRECOTOX). La mayoría de estos centros se encuentran en las provincias más ricas y no solo asesoran sobre intoxicaciones por plaguicidas, sino también sobre medicamentos, sustancias y pro-

ductos químicos potencialmente tóxicos. En 2005 se desarrollaron dos estudios multicéntricos nacionales sobre la problemática de los agroquímicos y plaguicidas domésticos. En la Argentina funciona la Red Argentina de Toxicología (REDARTOX), que agrupa a asociaciones científicas, organismos gubernamentales y laboratorios especializados, y funciona con el soporte de la biblioteca virtual de salud y ambiente.

El Instituto Nacional de Alimentos (INAL) autoriza, registra, controla y fiscaliza alimentos por medio de una red de vigilancia alimentaria. El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) cumple acciones relacionadas con la protección de los alimentos en las áreas de fiscalización de productos de origen vegetal y animal en la producción primaria, para el consumo interno y la exportación. Durante 2005, coordinadamente con la red de municipios saludables, que está experimentando un fuerte impulso en el país, se comenzaron a integrar iniciativas de desarrollo local centradas en los aspectos productivos y de inocuidad alimentaria. Estas iniciativas funcionan con programas integrados en los que intervienen los municipios, las provincias y la Nación, y en los que participan activamente los sectores privados y la sociedad civil, junto con organismos gubernamentales. Este proceso se ha visto acompañado por un fuerte desarrollo de microemprendimientos.

La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA) es el organismo rector en materia de prevención de desastres y mitigación de sus efectos negativos. Hay 1.287 establecimientos de salud en las provincias más expuestas a sismos, en las zonas de inundaciones 8.548, y en las zonas más afectadas por las nevadas, 2.220. No existe un plan de respuesta único ante los desastres naturales ya que cada provincia trabaja en la elaboración del suyo. Aproximadamente 30% de los hospitales cuenta con un plan de desastres. Existen equipos de respuesta ante los desastres, tanto a nivel nacional como provincial, y la DINESA posee también reservas propias de medicamentos esenciales y suministros para estos casos. Datos no publicados de la encuesta sobre preparativos y mitigación de desastres por parte del sector salud, que se sometieron a discusión en la Reunión Regional de Coordinadores de Desastres de la OPS en mayo de 2006, señalan que 42% de los hospitales construidos en los últimos cinco años garantizan su funcionamiento en caso de desastres, y 20% de los hospitales cuentan con estudios de vulnerabilidad estructural y no estructural.

A partir de 2002, el Ministerio de Salud trabajó en un Plan General de Contingencia para Pandemia de Influenza y SARS. Las actividades de vigilancia y control de la influenza se organizaron en torno a cinco ejes: a) vigilancia de la fiebre aviar; b) vigilancia por intermedio del SINAVE-SNVS [Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud] y unidades centinela de influenza y de la red de virus respiratorios; c) vacunas y antivirales; d) medidas de salud pública y e) comunicaciones.

La aprobación en 2005 del Reglamento Sanitario Internacional provee al país de un marco para enfrentar los nuevos desafíos de control de las enfermedades transmisibles.

## Salud sexual y procreación responsable

A comienzos de 2001, una tercera parte de las muertes maternas en Argentina ocurrían a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados; una de cada siete mujeres que fueron madres eran adolescentes, y dos tercios de los casos de sida notificados se contagiaba por relaciones sexuales sin protección. Por otra parte, los sectores más vulnerables de la población, los jóvenes, las mujeres y los grupos más pobres, se encontraban con serias dificultades para acceder a información relacionada con la procreación responsable. Además, existía la certeza de que casi la totalidad de causas de la mortalidad materna eran reducibles mediante acciones de prevención y la adecuada atención del embarazo y el parto.

Ante esa realidad, se tomaron trascendentales decisiones y se pusieron en marcha acciones tendientes a superar la situación. En octubre del 2002 se sancionó la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable, en el marco de un amplio consenso parlamentario, y con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad en general. Este Programa en sus primeros años de implementación estuvo dirigido al fortalecimiento de los programas provinciales, a través de acciones de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de recursos humanos para reforzar los equipos existentes. El Programa también adquirió y distribuyó en todo el país métodos anticonceptivos por valor de varias decenas de millones de pesos argentinos.

Durante 2006, cerca de dos millones de usuarias y usuarios del sistema público tuvieron acceso gratuito a métodos anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos. También se aseguró la cobertura para usuarias del sistema de obras sociales y medicina prepaga mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO). También en 2006 el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica y la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral, y aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), gracias al cual las mujeres argentinas podrán reclamar internacionalmente el efectivo cumplimiento de sus derechos ante un organismo imparcial conformado por expertos.

### Servicios de atención a las personas

Todas las provincias, al igual que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuentan con una extensa red de servicios hospitalarios y ambulatorios compuesta por efectores públicos y privados. El número total de establecimientos asistenciales es de 17.845, y la cantidad de camas hospitalarias disponibles a nivel nacional es de 153.065 (cerca de la mitad es de propiedad pública y la otra mitad privada). De acuerdo con las necesidades locales, en los distintos subsectores y jurisdicciones se observa en los últimos años una diversificación de la oferta hacia nuevas modalidades de atención: atención ambulatoria, internación breve, hospital de día, atención domiciliaria, y otras. En el país hay un total de 14.534 establecimientos de salud sin internación (28).

En el sector público, los servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre se encuentran integrados a las redes de servicios de salud que gestionan mayoritariamente las provincias y, a veces, los municipios. En el sector privado, estos servicios también se ubican en los establecimientos asistenciales, aunque en algunas localidades existen unidades autónomas de apoyo diagnóstico que contratan servicios con las instituciones de la seguridad social. Desde 1983 se instituyó por ley un Programa Nacional de Sangre. El Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades sanitarias provinciales promueven la donación voluntaria, en el marco del Plan Nacional de Sangre. En 2005 había en el país 578 centros de recolección de sangre, de los cuales 333

eran públicos y 245 privados. En ese mismo año, esos centros procesaron un total de 751.412 unidades de sangre. La tendencia actual es hacia la reducción y mejoramiento de la calidad de esos centros (en 1999 existían 781 centros) (29).

Las camas psiquiátricas en el ámbito público eran 15.916 en 2002. Hay iniciativas —con diverso grado de desarrollo, e incipientes en algunos casos— para impulsar procesos de reforma psiquiátrica en varias provincias y en la capital del país. La Ley 448/00 (Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires), que promueve la transformación del sistema de servicios basado en los hospitales psiquiátricos por uno integrado al sistema de salud general, no se ha podido aplicar hasta la fecha, por diversos motivos, principalmente de tipo corporativos. En términos generales se observa una progresiva sensibilización para la reforma psiquiátrica, y legisladores nacionales de diversos partidos están trabajando en proyectos de ley de salud mental. Es evidente aún la falta de una cobertura adecuada para las personas con trastornos mentales graves. Recientemente se han comenzado a diseñar diversas iniciativas para la promoción y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales, debido a su escasa observancia en el sistema hospitalario que es, en forma predominante, de tipo asilar.

El sistema de riesgos del trabajo brinda cobertura a 5,3 millones de trabajadores en relación de dependencia (Ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, año 1995). Las aseguradoras de riesgos del trabajo son las encargadas de brindar cobertura médica a los

trabajadores. Para afrontar los accidentes y la mortalidad laboral, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo lanzó el Programa de Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en PyME (resolución SRT 1/05), que se sumó al ya establecido a fines de 2000, el Programa Trabajo Seguro para Todos, previsto para empresas con más de 50 trabajadores, y cuenta con un Centro de Información y Asesoramiento en Toxicología Laboral (PREVENTOX) que recibe consultas de todos los sectores de la comunidad.

Las condiciones de higiene y seguridad laborales se determinaron por medio de la Ley 19.587 (de 1972) y su decreto reglamentario 531/79 y modificatoria 1.338/96. Su reglamentación, muy completa, procura proteger al trabajador brindándole amplias condiciones de seguridad laboral. Un capítulo aparte mereció la actividad de la construcción, que se reglamentó mediante el decreto 911/96. A su vez, la Ley 19.587 se complementa con la Ley sobre Riesgos del Trabajo antes mencionada y su decreto reglamentario 1.278/00.

### Promoción de la salud

En el país se están implementando iniciativas (como Adultos Libres en Actitud Saludable [ALAS] y Prevención del Infarto en la Argentina [PROPIA]) vinculadas a la universidad y a sociedades científicas que trabajan en el ámbito comunitario en la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Entre las iniciativas orientadas a reforzar la vigilancia y control de las enfermedades se encuentra el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de las Enfermedades (VIGI+A), cuya función es colaborar con las acciones de salud pública mediante la provisión de la información necesaria para la adopción de decisiones vinculadas a la estructura y funcionamiento de los servicios, y de la referida a los riesgos que afectan a los distintos grupos de población. Así, se proveyó de los elementos normativos y de la infraestructura necesarios para el mejoramiento de la vigilancia, prevención y control de las enfermedades del programa, a todos los agentes del sistema de salud, y se desarrolló e implementó el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y las Unidades de Análisis y Monitoreo de la Salud (UNAMOS). También se diseñó y ejecutó una estrategia nacional para el control del consumo de tabaco y se estableció una línea de base nacional para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.

El Gobierno Nacional, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Red Argentina de Toxicología, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente pueden contarse entre los impulsores de un esfuerzo relevante en materia de salud ambiental, sobre todo a partir de 2003. Dentro de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud se constituyó una unidad coordinadora sobre salud ambiental infantil, integrada por representantes de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud y de la Secretaría de Medio Ambiente, quienes trazaron el perfil de la

salud ambiental en la infancia y formularon los lineamientos del Programa Nacional sobre Salud Ambiental Infantil. Por su parte, el proyecto Salud de los Niños en la Argentina (SANA) tiene como uno de sus objetivos la protección de la salud de los niños a partir de la identificación de las amenazas ambientales a las que está expuesta la niñez. Se espera que los principales resultados del perfil SANA sean el desarrollo de un sistema continuo de recolección, análisis y comunicación de la información en esta materia, así como la realización de investigaciones de campo y la implementación de intervenciones en la comunidad.

### Suministros de salud

La industria argentina de medicamentos se halla conformada por cerca de 250 laboratorios de capital nacional y extranjero. La Unidad de Investigación Estratégica en Salud, del Ministerio de Salud, indicó que hasta julio de 2006 se comercializaban cerca de 2.057 principios activos (con sus combinaciones), con unas 20.000 presentaciones diferentes. Según la misma fuente, en 2001 los laboratorios de origen nacional tenían una participación de algo más de 50% de las ventas locales y alrededor de 22% de la demanda interna de medicamentos se cubría con la oferta externa. En 2003, las importaciones de productos farmacéuticos sumaron US\$ 475 millones, de los cuales 6% correspondió a productos inmunológicos y fracciones de sangre, y 1,7% a vacunas. En 2001, las exportaciones de medicamentos representaron US\$ 266 millones. En 2005 la facturación de la industria farmacéutica fue en total de algo más de US\$ 2.000 millones, incluyendo impuestos. Según el INDEC, el gasto total en medicamentos en 2006 fue de aproximadamente US\$ 63 per cápita. De acuerdo con los datos de la encuesta familiar de hogares 1997 y de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) 2003, los medicamentos suponen 46%–52% del gasto familiar promedio en salud, con marcadas diferencias entre los sectores de mayores (25%–35%) y menores ingresos (65%–73%).

En 2002 entraron en vigor la utilización de los medicamentos por su nombre genérico (Ley 25.649/02), la selección de los productos a ser financiados con recursos colectivos, y la provisión pública y gratuita de medicamentos esenciales a los pacientes ambulatorios a través del Programa Remediar. Este programa extendió la cobertura de medicamentos a unas 15 millones de personas que estaban total o parcialmente marginadas del sistema de salud. Se estableció un modelo de distribución de botiquines con 47 tipos de medicamentos a más de 5.300 centros de atención primaria. Una encuesta realizada en estos centros en 2003 permitió establecer que 82% de los beneficiarios del Programa Remediar estaban bajo la línea de pobreza y 84% no tenían cobertura de seguro de salud. En ese mismo año, algo más de 70% de las prescripciones se hacían con el nombre genérico.

Además de los controles previos regulares, la ANMAT analiza fármacos que ya están a la venta, mediante el Plan de Muestreo Horizontal, que evalúa 248 especialidades medicinales. Además

del Sistema Nacional de Farmacovigilancia que continúa vigente, la ANMAT ha implementado el Programa de Tecnovigilancia, que tiene como metas recoger, evaluar, fiscalizar y organizar la información sobre las fallas de los productos médicos. La implementación de este programa por parte de las empresas es requisito del reglamento de buenas prácticas de fabricación. La ANMAT ejecuta también un Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos (PPMI) para combatir la comercialización irregular de fármacos. En 1997 se detectaron productos comercializados ilegalmente en 76,5% de los establecimientos inspeccionados, mientras que esa situación se registró en 24,5% de los locales pesquisados durante 2003.

### Recursos humanos

El número de trabajadores en el ámbito de la salud y servicios sociales se estimó en aproximadamente medio millón de personas en 2004; en el sector público se desempeñaban 40% del total, con fuerte predominio femenino (70%). En la Ciudad de Buenos Aires, 54% de los médicos de 30 a 39 años eran mujeres. La población del país tiene un crecimiento anual de 1,6%, mientras que la población de médicos crece 3,5% por año. La distribución de los recursos humanos en salud es irregular, con gran concentración de médicos en los grandes centros urbanos. El promedio nacional es de 3,2 médicos por 1.000 habitantes. Alrededor de 65% a 70% son especialistas, y no se cuenta con el número necesario de médicos generalistas o médicos de familia.

El personal de enfermería (unos 80.000 profesionales entre enfermeros universitarios, auxiliares y empíricos) es insuficiente. La relación médico/enfermero, si se consideran solamente los enfermeros universitarios, es de 9,5 médicos por cada enfermero; si se suma el personal auxiliar y empírico de enfermería la relación continúa a favor de los médicos con una relación de 1,5 médicos por cada recurso de enfermería.

En cuanto a la formación médica de grado, hay en el país 25 facultades de medicina, 10 públicas y 15 privadas. Las universidades públicas tienen una aceptable distribución geográfica, mientras que las privadas están concentradas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires. En el cuadro 7 se presenta la dotación de profesionales por categorías seleccionadas en 2001.

En un estudio reciente (30) se identificaron numerosas cuestiones que caracterizaban en 2004 el campo de la formación y distribución de recursos humanos en salud en el país, tales como: a) desaceleración del ritmo de crecimiento de la oferta de carreras de salud; b) mayor participación de las instituciones privadas en la oferta de carreras, sobre todo en las que requieren baja inversión; c) menor ritmo de crecimiento de la demanda de estudios de medicina y expansión de otras carreras, entre las que se destacan nutrición y kinesiología; d) falta de políticas de promoción y estímulo a determinadas carreras con objeto de revertir el déficit marcado de algunas categorías profesionales (enfermería); e) distorsión en las

**CUADRO 7. Dotación de profesionales por categorías seleccionadas, Argentina, 2001.**

Carrera	No.	%
Bioquímica	19.774	6,5
Enfermería	12.614	4,2
Farmacía	21.177	7,0
Fonoaudiología	7.924	2,6
Kinesiología	11.908	3,9
Medicina	121.076	39,9
Nutrición	4.654	1,5
Obstetricia	3.931	1,3
Odontología	35.944	11,9
Psicología	46.931	15,4
Veterinaria	17.103	5,6
<b>Total</b>	<b>303.091</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* elaborado por Mónica C. Abramzón (OPS/OMS), con base en datos del Censo Nacional de Población, INDEC, 2001.

relaciones dentro del equipo de salud y especialmente en la relación médicos/enfermos; f) necesidad de establecer mecanismos de regulación para la formación de enfermería y otras tecnicaturas, dada la dispersión existente de instituciones; g) marcadas desigualdades en la distribución geográfica de todas las categorías profesionales; y h) inexistencia de sistemas de información permanentes de variables clave para el campo de recursos humanos en salud.

En 2005 se inició el Programa Médicos Comunitarios para orientar y fortalecer la formación en atención primaria de salud y en salud social y comunitaria, del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención. El programa busca ampliar la cobertura y calidad de la atención de los centros de asistencia médica mediante el fortalecimiento de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación social. En septiembre de 2006 se encontraban cursando estudios de posgrado en salud social y comunitaria 7.500 profesionales de la salud en las 24 jurisdicciones territoriales del país (60% de ellos eran médicos, y los demás, asistentes sociales, psicólogos, obstetras, personal de enfermería y otros). En este programa de formación en servicio participan 17 universidades del país que aplican planes de estudio, metodologías y materiales de instrucción similares.

### Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) fue creado por decreto ley N° 1.291 de 1958, en respuesta a la percepción socialmente generalizada de la necesidad de estructurar un organismo académico que impulsara la investigación científica y tecnológica en el país. El CONICET está integrado por 116 institutos de investigación, Laboratorios Nacionales de Investigación y Servicios (LANAIS) y ocho centros regionales, y cuenta con 3.896 investigadores de carrera, 2.392 técnicos de la carrera de Apoyo a la Investigación, 3.023 becarios y un núcleo administrativo.

Por Resolución Ministerial N° 170 de 2002, se constituyó en el ámbito de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), con el propósito de contar con asesoramiento permanente relacionado con los programas de investigación sanitaria, clínica, aplicada y básica en relación con las ciencias de la salud, y dar prioridad a los programas de investigación sobre vigilancia de la salud, prevención y control de las enfermedades prevalentes, y acciones de promoción de investigaciones sobre los problemas sanitarios del país.

La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) disminuyó en seis años su presupuesto de investigación en 600% (considerando el valor dólar), y en el período comprendido entre 2002 y 2004 la disminución fue de 30%. La Argentina padece una notable atomización entre las instituciones dedicadas a la ejecución de la actividad científica y tecnológica. Por otra parte, instituciones creadas con un perfil eminentemente tecnológico, como el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), la Comisión Nacional de Energía Atómica (CONEA) y la de Actividades Espaciales (CONAE), dependen de distintos ministerios o secretarías. Si bien en la práctica estas instituciones realizan también investigación básica, esta compartimentalización refleja la concepción original que separaba la función de creación de conocimiento de la del desarrollo tecnológico.

En 2003, 15,2% de los proyectos de investigación y desarrollo correspondieron al área de ciencias médicas (2.552). En 2002 se registraron en MEDLINE 1.976 publicaciones del país, 20% más que en 2000; 43% pertenecían al área de medicina clínica y 29% a ciencias básicas, mientras que salud pública y sistemas de salud alcanzó 9%. Según la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT), entre 1996 y 2003 el porcentaje de gasto en investigación y desarrollo en salud humana se mantuvo estable entre 13,7% y 15,6%, si bien en términos absolutos, desde la salida de la convertibilidad peso-dólar el gasto en este campo se redujo a un tercio (de US \$165,4 millones en 2001 a US\$ 55,9 en 2002).

### Gasto y financiamiento sectorial

En la década de 1990 si bien los recursos destinados al financiamiento del sector salud en el país eran elevados, se reconocía su uso ineficiente y la inequidad del gasto entre los subsectores. El gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 7,7% en 1997 y de 7,3% en 2003. A fines de 2001, antes de la devaluación del peso, el gasto en salud por habitante se consideraba aceptable en comparación con otros países que habían alcanzado un nivel de cobertura casi universal. En 2000, ese gasto era de aproximadamente 651 dólares/habitante/año. Sin embargo, si se descontaba el gasto privado, la cifra se reducía a US\$ 383 anuales (31). En 2003, este gasto se redujo a US\$ 263 per cápita, como resultado de la fuerte devaluación de la moneda y la consiguiente modificación de la estructura de precios relativos. No obstante, el gasto de

los hogares representaba 44%. La Argentina perdió su posición de país con mayor gasto en salud per cápita de la Región.

### Cooperación técnica y financiera internacional

En la cooperación internacional vinculada a la Ayuda Oficial al Desarrollo, la Argentina se considera un país de desarrollo intermedio y se encuentra en una paradigmática situación dual: siendo aún receptora de cooperación, a partir de 1992 se inició como oferente de cooperación técnica a otros países. Sin embargo, a pesar del desarrollo experimentado en algunos sectores del país en la década de los noventa, la Argentina demanda aún cooperación internacional, sobre todo en materia de reducción de la pobreza, producción y generación de empleo, salud, educación e investigación y desarrollo, así como para la reforma política y judicial. A partir de junio de 2002, el país ha pasado a ser nuevamente receptor-beneficiario de la asistencia técnica del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La cooperación internacional se alineó con las prioridades del país y aceptó la reorientación de los préstamos hacia la compra de insumos y medicamentos y hacia la atención directa de poblaciones vulnerables, modalidades de cooperación en muchos casos sin precedente. Aun en este contexto, se efectuaron donaciones ante situaciones de catástrofe, como en el caso de la inundación que afectó a Santa Fe en abril de 2003, cuando la provincia contó con el apoyo de diversos donantes internacionales, entre ellos la Unión Europea.

La cooperación internacional, tanto de fondos como de asistencia técnica, que recibe la Argentina incluye cooperación multilateral, cooperación bilateral, y cooperación de organismos no gubernamentales internacionales, y descentralizada. La cooperación puede clasificarse por tipo: los fondos, que comprenden tanto los créditos como las donaciones, sin o con contraparte nacional, y la asistencia técnica, que incluye la recepción de técnicos y consultores de organismos internacionales y otros aportes, tales como el financiamiento para la realización de seminarios o la participación en encuentros internacionales. Paralelamente, también deben considerarse los programas derivados de las Cumbres Iberoamericanas, potenciados y ampliados en los últimos años, y que concretan la voluntad expresada en las reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno, tendiente a la configuración de una cooperación específicamente iberoamericana.

### Referencias

1. Banco Mundial. Disponible en: <http://devdata.worldbank.org/external/>. Acceso el 28 de julio 2006.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2005.
3. Universidad Nacional de La Plata, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales. Disponible en: [www.depeco.com](http://www.depeco.com).

- econo.unlp.edu.ar/cedlas/arg.htm. Acceso el 28 de julio de 2006.
4. Argentina, Presidencia de la Nación. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de País 2005.
  5. Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable; Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Argentina 2006: Indicadores ambientales. Iniciativa latinoamericana y caribeña para el desarrollo sostenible. Indicadores de seguimiento. Buenos Aires; 2006.
  6. Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, Unidad de Investigación y Desarrollo Ambiental. Estudio multicéntrico CONAPRIS. Epidemiología del hidroarsenicismo crónico regional endémico (HACRE) en la República Argentina. Asociación Toxicológica Argentina. En prensa.
  7. Argentina, Ministerio de Salud. Atlas de mortalidad de la República Argentina. Buenos Aires: OPS; Universidad Nacional de Lanús; 2005.
  8. Argentina, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Argentina 2006.
  9. Vega AL, Torcida S, Velázquez GA. Análisis de la evolución de la tasa de mortalidad infantil en los departamentos de Argentina. 1994–2003. *Revista Salud Colectiva*. 2006; 2(3). Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion6/index.php>.
  10. Argentina, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico; Instituto Nacional de Estadística y Censos. Segundo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas. SEDRONAR; INDEC; 2004.
  11. Argentina, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/sida e ITS en la población adolescente. 2005.
  12. Argentina, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, 2005. MSAL; 2006.
  13. Argentina, Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Informe estadístico accidentabilidad 2004 y evolución 2000–2004. Publicaciones anuario 2004.
  14. Gutiérrez AP, Koehs J, Schamber P, Suárez F. Informe sobre trabajo infantil en la recuperación y reciclaje de residuos. Organización Internacional de Migraciones; UNICEF; 2005.
  15. Argentina, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/sida e ITS en trabajadoras/es sexuales de Argentina. 2005.
  16. Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002–2003. Encuesta Complementaria del Censo 2001. INDEC; 2004.
  17. Argentina, Ministerio de Economía y Producción, Secretaría de Política Económica; Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI). Primeros resultados. 2005.
  18. Argentina, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/sida e ITS en población aborigen. 2005.
  19. Boletín sobre VIH/sida en la Argentina. Año X, N° 24; 2005.
  20. Gómez JA., Sordo ME, Gentile A. Epidemiologic patterns of diarrheal disease in Argentina: estimation of rotavirus disease burden. *Pediatr Infect Dis Journal* 2002; 21(9).
  21. Giordano MO, Ferreyra LJ, Isa MB, Martínez LC, Yudowsky SI, Nates SV. The epidemiology of acute viral gastroenteritis in hospitalized children in Córdoba City, Argentina: an insight of disease burden. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 2001; 43(4):193–197.
  22. Stupka J, Gómez J. Revisión sistemática de los estudios sobre frecuencia de patógenos asociados a diarrea en Argentina. Inédito.
  23. Lurá MC, Beltramino D, Carrera EF. Prevalencia de helmintosis intestinales en escolares de la ciudad de Santa Fe. *Medicina* 2002;62(1):29–36.
  24. de Serey MS, Gonzalez C, Giorgini D, De Loredó L, Braquinsky J, Cobenas C, et al. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. *Diabetes Metab* 2004 Sep;30(4):335–9.
  25. Nigro D, Vergottini JC, Kuschnir E, Bendersky M, Campo I, De Roiter HG, et al. Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol* 1999; 28:69–75.
  26. Herzer H, Celis A, Bartolomé M, Rodríguez C, Caputo G. El manejo de cuenca y su impacto en áreas urbanas: el caso de la llanura pampeana. Argentina. Documentos presentados en el III Congreso Latinoamericano de Manejo de Cuenas Hidrográficas. Arequipa (Perú): INRENA; FAO; 2003.
  27. Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable; Banco Mundial. Plan de Monitoreo del Aire para el Área del Polo Petroquímico Dock Sud. Estudio o línea de base de concentración de gases contaminantes en atmósfera en el área de Dock Sud. Informe final. 2002.
  28. Argentina, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Argentina 2005.
  29. Argentina, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Informe anual 2005 del Plan Nacional de Sangre.
  30. Abramzón MC. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
  31. González GG, Tobar F. Salud para los argentinos. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2004.