

**ANÁLISIS DE  
SITUACIÓN DE SALUD  
DE LA POBLACIÓN  
EN LA PROVINCIA  
DE BUENOS AIRES**

MINISTERIO DE  
SALUD



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
**BUENOS  
AIRES**

## CONTENIDO

PREFACIO.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
Estratificación social de la población de la provincia de Buenos Aires. Fundamentos y Justificación .....	12
Aspectos metodológicos generales .....	12
<b>PRIMER APARTADO. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN RESIDENTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.....</b>	<b>16</b>
1.1. Natalidad.....	17
1.2. Mortalidad .....	17
1.3 Estructura poblacional por edad y sexo.....	18
1.4. Indicadores de la estructura poblacional .....	19
1.5. Fecundidad .....	21
1.6. Esperanza de vida .....	23
1.7. Años potenciales de vida perdidos (APVP) .....	23
2. DESCRIPCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES.....	25
2.1. Nivel educativo de madres en la provincia de Buenos Aires .....	26
<b>SEGUNDO APARTADO. DISTRIBUCIÓN DE LA SALUD-ENFERMEDAD EN LA PCIA. ....</b>	<b>28</b>
3. MORTALIDAD.....	29
3.1. Mortalidad de mujeres en edad fértil .....	29
3.2. Análisis de mortalidad definida como Materna .....	29
3.3. Mortalidad infantil.....	33
3.4. Mortalidad por grupo etario .....	33
3.5. Mortalidad por sexo y causas según estrato .....	34
3.6. Muertes por causas externas.....	35

3.7. Análisis de la mortalidad y egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente .....	<b>36</b>
3.8. Mortalidad asociada al uso de sustancias psicoactivas .....	<b>43</b>
4. MORBILIDAD.....	<b>43</b>
4.1. Salud mental .....	<b>44</b>
4.1.1. Trastornos mentales y del comportamiento .....	<b>45</b>
4.1.2. Consumos problemáticos de sustancias psicoactivas .....	<b>48</b>
4.1.3. Lesiones autoinfligidas .....	<b>50</b>
4.2. Aborto.....	<b>50</b>
4.3. Morbilidad al egreso hospitalario .....	<b>52</b>
4.4. Eventos de notificación obligatoria agrupada - clínica .....	<b>55</b>
4.5. Eventos inmunoprevenibles de notificación nominal priorizados.....	<b>57</b>
4.6. Dengue .....	<b>58</b>
4.7. Enfermedades crónicas: Diabetes .....	<b>59</b>
4.8. Tuberculosis .....	<b>60</b>
4.9. Transmisión vertical.....	<b>62</b>
4.9.1. Sífilis .....	<b>63</b>
4.9.2. Chagas.....	<b>64</b>
<b>TERCER APARTADO. LOS RECURSOS DE SALUD CON LOS QUE CUENTA LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.....</b>	<b>68</b>
5. RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL .....	<b>69</b>
5.1. Disponibilidad de establecimientos en la Provincia .....	<b>71</b>
6. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES .....	<b>73</b>
6.1. Establecimientos provinciales por estrato socioeconómico.....	<b>74</b>
7. CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPALES (CAPS).....	<b>75</b>

8. HOSPITALES MUNICIPALES.....	<b>77</b>
8.1. Establecimientos municipales por estratos socioeconómicos.....	<b>79</b>
9. ESTABLECIMIENTOS NACIONALES EN TERRITORIO PROVINCIAL .....	<b>81</b>
10. COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD.....	<b>81</b>
10.1. Oferta de odontología según estrato socioeconómico .....	<b>82</b>
11. RED DE ESTABLECIMIENTOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA EL COLECTIVO LGBT+ .....	<b>85</b>
12. RED DE EFECTORES DE SALUD QUE GARANTIZAN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO .....	<b>87</b>
13. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL .....	<b>89</b>
14. COBERTURA DE VACUNACIÓN .....	<b>100</b>
14.1. Triple viral .....	<b>103</b>
CONCLUSIONES.....	<b>108</b>

## INDICE DE TABLAS, FIGURAS Y MAPAS

### TABLAS

Tabla 1- <b>Tasa bruta de natalidad. PBA y estratos cada mil habitantes.</b> .....	17
Tabla 2 - <b>Tasa bruta y ajustada de mortalidad. PBA y estratos.</b> .....	17
Tabla 3 - <b>Indicadores de estructura sectores estratificados PBA.</b> .....	20
Tabla 4 - <b>Indicadores de fecundidad PBA y subsectores.</b> .....	21
Tabla 5 - <b>Esperanza de vida al nacer - PBA y estratos.</b> .....	23
Tabla 6 - <b>Años potenciales de vida perdidos por cada mil habitantes según sexo y grupo de causas - PBA y estratos.</b> .....	24
Tabla 7 - <b>Porcentaje de Necesidades básicas insatisfechas (NBI). PBA y estratos.</b> .....	25
Tabla 8 - <b>Tasa de población con cobertura estatal exclusiva. PBA y estratos.</b> .....	25
Tabla 9 - <b>Tasa de madres con hasta primario completo - PBA y estratos.</b> .....	26
Tabla 10 - <b>Tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil cada diez mil mujeres en edad fértil</b> .....	29
Tabla 11 - <b>Razón de Mortalidad definida como Materna por diez mil nacidos vivos según estratos de la PBA y total - Años 2010 a 2019 - PBA</b> .....	31
Tabla 12 - <b>Tasa de mortalidad infantil - PBA y estratos. 2019</b> .....	33
Tabla 13 - <b>Tasa de mortalidad por grupo etario - PBA y estratos. 2019</b> .....	33
Tabla 14 - <b>Tasas ajustadas por edad según sexo cada mil habitantes en la PBA - estrato y causas. 2019</b> .....	34
Tabla 15 - <b>Tasas de mortalidad por causas externas cada cien mil habitantes, según sub código por estrato y total de la PBA. 2019</b> .....	35
Tabla 16 - <b>Tasa ajustada por edad de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente. PBA y estratos. 2019</b> .....	38
Tabla 17 - <b>Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo etario - PBA y estratos. 2019</b> .....	40
Tabla 18 - <b>Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, en adolescencias - PBA y estratos.</b> .....	40
Tabla 19 - <b>Indicadores de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según sexo y estrato. Año 2019. Provincia de Buenos Aires.</b> .....	41
Tabla 20 - <b>Porcentaje de primer y segundo diagnóstico al egreso hospitalario, según grupo etario. Año 2019. PBA.</b> .....	47

Tabla 21 <b>Cantidad y tasa de ILE por diez mil mujeres en edad fértil según estrato y total. PBA - año 2020</b> .....	51
Tabla 22 - <b>Diagnósticos al egreso hospitalario por capítulo de CIE-10 en Hospitales de la PBA</b> .....	53
Tabla 23 - <b>Diagnóstico en mujeres según grupo etario al egreso hospitalario por capítulo de CIE-10 en hospitales de la PBA.</b> .....	54
Tabla 24 - <b>Tasas por 100.000 habitantes. Eventos de Notificación Obligatoria agrupada clínica. Provincia de Buenos Aires. Años 2016-2020</b> .....	56
Tabla 25 - <b>Casos confirmados y tasas de notificación por 100.000 habitantes de Eventos Inmunoprevenibles de notificación nominal. Provincia de Buenos Aires. Año 2019-2020</b> .....	58
Tabla 26 - <b>Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de Dengue en el periodo 2016-2020 según los estratos. Provincia de Buenos Aires.</b> .....	59
Tabla 27 - <b>Tasa de incidencia de diabetes cada cien mil habitantes - Total PBA - 2016-2021</b> .....	60
Tabla 28 - <b>Tasa de incidencia cada 100.000 habitantes por tipo de diabetes - Total PBA - 2016-2021</b> .....	60
Tabla 29 - <b>Casos de tuberculosis según años - Total PBA - 2015-2019</b> .....	61
Tabla 30 - <b>Casos y tasas de TBC en el período 2016-2019 en la PBA</b> .....	61
Tabla 31 - <b>Frecuencia y distribución porcentual de establecimientos de salud según origen de financiamiento. Provincia de Buenos Aires. Año 2021</b> .....	69
Tabla 32 - <b>Frecuencia y distribución porcentual de establecimientos de salud según origen de financiamiento y disponibilidad de internación. Provincia de Buenos Aires. Año 2021</b> .....	70
Tabla 33 - <b>Tasas de establecimientos por 100.000 habitantes, según tipología. Provincia de Buenos Aires. Año 2021</b> .....	72
Tabla 34 - <b>Camas en el territorio de la PBA según sector y estrato social - 2021</b> .....	72
Tabla 35 - <b>Camas por mil habitantes en el territorio de la PBA según sector y estrato social</b> .....	73
Tabla 36 - <b>Camas públicas (provinciales y municipales) por mil habitantes con cobertura exclusiva estatal</b> .....	73
Tabla 37 - <b>Camas privadas por mil habitantes con cobertura de obras social o prepaga</b> .....	73

Tabla 38 - <b>Tasas de establecimientos por 100.000 habitantes, según tipología. Provincia de Buenos Aires. Año 2021</b> .....	74
Tabla 39 - <b>Hospitales y UPA provinciales según estrato socioeconómico por cien mil habitantes</b> .....	74
Tabla 40 - <b>Estimación de camas provinciales por mil habitantes en población y población con cobertura exclusiva estatal en la PBA según estratos</b> .....	75
Tabla 41 - <b>CAPS municipales cada cien mil habitantes según estrato de situación social de la provincia de Buenos Aires</b> .....	76
Tabla 42 - <b>Cantidad de efectores municipales por nivel de complejidad en estratos - PBA</b> .....	79
Tabla 43 - <b>Cantidad de establecimientos cada cien mil habitantes por estrato y complejidad - PBA</b> .....	79
Tabla 44 - <b>Cantidad de establecimientos cada cien mil habitantes con cobertura exclusivamente estatal por estrato y complejidad - PBA</b> .....	80
Tabla 45 - <b>Camas Municipales por mil habitantes y con cobertura exclusivamente estatal según estrato social - PBA</b> .....	80
Tabla 46 - <b>Hospitales de Gestión Nacional en el Territorio de la Provincia</b> .....	81
Tabla 47 - <b>Cantidad de prestaciones y efectores con asistencia odontológica municipales y provinciales por estrato.</b> .....	82
Tabla 48 - <b>Cantidad de prestaciones y efectores con asistencia odontológica municipales y provinciales por estrato cada cien mil habitantes - 2020</b> .....	83
Tabla 49 - <b>Cantidad de prestaciones y efectores con asistencia odontológica municipales y provinciales por estrato cada cien mil habitantes con cobertura exclusiva estatal - 2020</b> .....	84
Tabla 50 - <b>Reconversión de recursos hospitalarios de estadía prolongada a recursos habitacionales de base comunitaria</b> .....	92
Tabla 51 - <b>Cantidad y tipo de efectores de la red de atención provincial en salud mental. PBA y estratos.</b> .....	100
Tabla 52 - <b>Cantidad de efectores de la red de Salud Mental provincial, cada 100 mil habitantes, según tipo de dispositivo y estratos. PBA.</b> .....	100
Tabla 53 - <b>Porcentaje de Cobertura de vacunación por estrato. PBA. Año 2020</b> .....	104

## FIGURAS

Figura 1 - Pirámide poblacional de la Provincia de Buenos Aires - Año 2019.....	18
Figura 2 - Pirámide poblacional de cada estrato socioeconómico - Provincia de Buenos Aires - Año 2019.....	19
Figura 3 - Edad de la maternidad según estrato- PBA - 2019 .....	22
Figura 4 - Razón de mortalidad definida como materna y NBI análisis de desigualdades - Decenio 2010-2019 - PBA .....	31
Figura 5 -Gráfico de Regresión lineal entre la razón de Mortalidad definida como Materna y las NBI - 2010-2019 - PBA .....	32
Figura 6 - Tasa de mortalidad y frecuencia absoluta de fallecimientos por lesiones autoinfligidas intencionalmente. Provincias de la República Argentina. Año 2019.....	37
Figura 7 - Variación histórica de la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente. Años 2001 a 2019. Provincia de Buenos Aires. ....	38
Figura 8 - Cantidad de defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por grupo etario y estrato. Año 2019. Provincia de Buenos Aires.....	39
Figura 9 - Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según edad y sexo. Año 2019. Provincia de Buenos Aires.....	39
Figura 10 - Frecuencia de fallecimientos y de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según sexo. Año 2019. PBA. ....	42
Figura 11 - Frecuencia de fallecimientos y de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según sexo y modalidad de consumación de la lesión. Año 2019. PBA. ....	43
Figura 12 - Tasa de incidencia de trastornos mentales y del comportamiento, según sexo y CIE-10. Año 2019. PBA. ....	46
Figura 13 - Tasa de incidencia de trastornos mentales y del comportamiento, según grupo etario. Año 2019. PBA. ....	47
Figura 14 - Porcentaje de egresos hospitalarios por consumo problemático de sustancias psicoactivas, según tipo de sustancia. Año 2019. PBA. N= 5.602 .....	48
Figura 15 - Frecuencia de egresos hospitalarios por consumo problemático de sustancias psicoactivas, según cuadro clínico. Año 2019. PBA.....	49
Figura 16 - Frecuencia y tasa de incidencia de egresos hospitalarios por uso de sustancias psicoactivas, según grupo etario. 2019. PBA. ....	49



Figura 17 - <b>Frecuencia y tasa de incidencia de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo etario. Año 2019. PBA.</b> .....	50
Figura 18 - <b>Cantidad de casos positivos totales por semana epidemiológica y por estratos. Año 2016- 2020. Provincia de Buenos Aires.</b> .....	59
Figura 19 - <b>Casos totales de TBC Y fallecidos según los estratos clasificados. Año 2016-2019. Provincia de Buenos Aires.</b> .....	62
Figura 20 - <b>Curva de concentración entre la vulnerabilidad del territorio, medida por NBI y la cantidad de CAPS cada cien mil habitantes.</b> .....	76
Figura 21 - <b>Regresión lineal entre la vulnerabilidad del territorio, medida por NBI y la cantidad de CAPS cada cien mil habitantes</b> .....	77
Figura 22 - <b>Evolución de personas internadas. Hospitales neuropsiquiátricos públicos, provincia de Buenos Aires 2018-2021</b> .....	92
Figura 23 - <b>Coberturas de vacunas trazadoras. PBA. 2015 a 2020</b> .....	102
Figura 24 - <b>Acceso y deserción al CNV. 2015 a 2020. Provincia de Buenos Aires.</b> .....	103
Figura 25 - <b>Coberturas de vacunación en trazadora seleccionada (Triple viral) en niños de 1 año e ingreso escolar. 2015 a 2020. Provincia de Buenos Aires.</b> .....	104

## MAPAS

Mapa 1- <b>Municipios de PBA estratificados según índice combinado</b> .....	14
Mapa 2 - <b>Camas por cada mil habitantes en el planeta</b> .....	71
Mapa 3 - <b>Hospitales Municipales por niveles de complejidad en el territorio de la Provincia</b> .....	78
Mapa 4 - <b>Establecimientos de servicios de atención integral de salud para el colectivo LGBT+</b> .....	86
Mapa 5 - <b>Municipios con efectores de salud municipales que realizan ILE/IVE y localización de efectores provinciales que realizan ILE/IVE. PBA y AMBA. Comparación dic 2019, dic 2020 y dic 2021.</b> .....	88
Mapa 6- <b>Establecimientos que garantizan aborto en la Provincia de Buenos Aires</b> .....	89

## PREFACIO

Se presenta un informe técnico sobre la situación de salud/enfermedad de la población de la provincia de Buenos Aires.

Si bien en estos dos años de Gobierno en Salud, hemos sido atravesadas/os por una pandemia de COVID-19, la situación de salud enfermedad de la población de la Provincia, demandaba un estudio en profundidad ya que los datos fragmentados en diferentes sistemas de información, alertaban sobre padecimientos reversibles, problemas de acceso y utilización de servicios de salud. Este panorama se complementaba al haber recibido al inicio de gestión, hospitales desfinanciados, sin integración entre sí ni con otros niveles de atención, una gran falta de rectoría para definir prioridades y carencia de acciones que apuntasen a disminuir las brechas de desigualdades existentes.

En esta gestión, se ha iniciado un proceso de reordenamiento sanitario basado en el valor de derecho a la salud. Se han realizado avances con énfasis en la salud mental, el acceso legal a la interrupción del embarazo, la atención de salud integral para el colectivo LGBT+, la respuesta del sistema ante las enfermedades crónicas, la garantía en el acceso con continuidad de cuidados; la integralidad de los cuidados, la equidad en salud y la soberanía de los cuerpos y sanitaria.

Se presenta información tanto anterior al inicio de gestión (2019) así como de inicio de Gobierno (2020). El gran desafío para su realización fue encontrarse con las fuentes disponibles de datos en tiempo y forma.

Otro desafío identificado, fue poder interpretar los datos con perspectiva de género. Los sistemas de información utilizan la variable "sexo" bajo el binomio "hombre-mujer", no pudiendo producir y relevar información epidemiológica de personas LGBT+. En este sentido, esto constituye una situación a revertir para próximos análisis, que implican una revisión de los sistemas de registro en salud de la Provincia.

Otra fragilidad fue una dificultad con los datos sociodemográficos ya que en algunos casos hubo proyecciones, pero la gran mayoría fueron directamente tomados del CENSO 2010. Los datos de mortalidad y natalidad fueron elegidos del año 2019 ya que cuando se inició este proyecto, eran los últimos disponibles. No obstante, esta situación, se han podido observar avances en la conformación de sistemas que aporten datos actualizados tales como la informatización de las partidas de Nacimiento y Defunción que probablemente para el próximo informe de Análisis de Situación de Salud (ASIS) podrán facilitar el trabajo. Algunos datos de morbilidad y recursos del sistema fueron más actualizados ya que fueron tomados del Sistema Nacional de Vigilancia y de la Base del Sistema de Gestión de Camas, otro de los logros del actual gobierno en salud y que permite una gestión basada

en evidencias sobre la situación real de los servicios de salud de la Provincia en tiempo presente.

Para el análisis de la información, hemos trabajado con indicadores utilizados en la demografía, epidemiología, estadística y servicios de salud. Por tal motivo no se consideró la realización de un glosario de indicadores. Los mismos pueden ser consultados en base a las definiciones clásicas publicadas en libros de referencia.

Para la confección del informe, fue organizado un grupo inter áreas del Ministerio, con equipos de la Dirección Provincial de Epidemiología, Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género y el Área de Gabinete de asesoras/es del Ministro que además realizó la coordinación general. En este grupo fueron tomadas decisiones sobre la información que se incluía, las metodologías que se utilizaban y la perspectiva interpretativa de los datos. El informe fue revisado por un residente de epidemiología y las divergencias fueron discutidas.

Una de las decisiones tomadas en estos espacios participativos fue no centrarse en COVID-19. Este informe no incorpora datos sobre la incidencia y control de esta enfermedad, ya que existen numerosos trabajos técnicos que aportan estos datos. El eje del mismo se centró en un balance entre la situación social y demográfica, la morbi-mortalidad y los recursos del sistema haciendo énfasis en las desigualdades sociales en salud de la Provincia, ya que consideramos como valor fundamental de la epidemiología, poder describir desigualdades sociales en salud que puedan ser interpretadas como inequidades, de respuesta urgente. Con esta información podremos contribuir con el fortalecimiento de la justicia social para la población bonaerense.

## INTRODUCCIÓN

Los procesos de Salud Enfermedad Atención Cuidado (SEAC), se manifiestan de forma desigual en las comunidades. Esto se debe a diferencias políticas, sociales, económicas, ambientales, subjetivas y biológicas entre sujetos que comparten un mismo territorio, y que inciden sobre los modos de vivir, enfermar y morir. Cuando estos son desfavorables, impactan negativamente, produciendo enfermedad y muerte.

Las desigualdades hacen referencia a diferencias y ponen de manifiesto los contrastes entre individuos en un mismo grupo poblacional, o entre diferentes grupos. Cuando estas diferencias son **injustas** -vulneran un derecho individual, preconcebido e igualitario-, cuando además son **evitables** -existen herramientas y estrategias para revertirlas-, y cuando son **innecesarias** (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2003) -ya que algunas diferencias deben respetarse y sostenerse-, constituyen una inequidad. El análisis de las inequidades en salud debe constituirse en un objeto primordial de la epidemiología y debe servir como base para la elaboración de planes y programas que contemplen respuestas para reducir estas brechas. El ASIS debería contribuir para generar evidencia epidemiológica sobre las desigualdades sociales en salud.

El Análisis de Situación de Salud consiste en un proceso de estudio de indicadores socio-sanitarios que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad-atención de una población. Propone un análisis articulando tres componentes en función de obtener un diagnóstico sobre el proceso de salud/enfermedad/atención: 1) Los aspectos sociales, demográficos y ambientales de dicha población, 2) las pérdidas de la salud (morbilidad y mortalidad), y 3) los recursos del sistema para hacer frente a la situación (Adaglio, Federal, & Aires, 2004).

Para este informe se trabajó con las últimas fuentes de información secundaria disponibles al momento de la realización del análisis. La mayor parte de las fuentes utilizadas brindan datos de morbilidad y mortalidad poblacional y de servicios de salud. El análisis de la situación de salud, desde la perspectiva de la enfermedad, implica una mirada centrada en los aspectos biológicos de las condiciones que llevan a los sujetos a enfermar y morir. Por tal motivo, fue utilizada información disponible sobre la enfermedad y muerte enmarcada en una situación socioeconómica determinada y queda asentado el desafío de comenzar a construir indicadores de salud que permitan describir el *buen vivir*.

El objetivo general de este trabajo fue describir la situación de salud/enfermedad/atención de la población residente en la provincia de Buenos Aires, con énfasis en el análisis de las desigualdades sociales en salud.

### **Estratificación social de la población de la provincia de Buenos Aires. Fundamentos y Justificación**

La literatura internacional expresa de forma contundente la relación entre la situación socio-económica de la población y las desigualdades en salud (Kawachi, Subramanian, & Almeida-Filho, 2002)(Subramanian & Kawachi, 2004). Mientras que la población más aventajada posee mejores indicadores de salud/enfermedad, las muertes prematuras e infantiles ocurren en mayor medida en las poblaciones con mayor vulnerabilidad. *"El mundo desarrollado ha reportado las desigualdades en salud. Las tasas de mortalidad prematura, enfermedad y discapacidad son más altas entre las secciones más desaventajadas de la población de muchos países"*. (Benzeval, M; Judge, K; Whitehead, M; 1996).

Otros autores, referentes en medición de desigualdades sociales en salud, expresan que los grupos de peor condición social cargan con mayor cantidad de enfermedad y muerte, y con una menor accesibilidad a los servicios de salud (Schneider et al., 2002).

De manera general, las evidencias apuntan a un fuerte impacto en la salud de la población con mayor vulnerabilidad social, es decir para los grupos socialmente menos privilegiados. (Szwarcwald, Bastos, & Andrade, 2002).

### **Aspectos metodológicos generales**

Desde la concepción de que las desigualdades sociales injustas constituyen inequidades y basados en un eje transversal del actual gobierno en salud, este estudio apunta a visibilizar las inequidades en salud en la Provincia y definir prioridades de acción.

Para lograr este objetivo se procedió a la estratificación del territorio de la provincia de Buenos Aires, a fin de representar las diferentes realidades en materia de salud/enfermedad de las poblaciones con diferentes condiciones de vida.

Fue realizado un estudio ecológico, descriptivo de corte transversal. Fue elegido este tipo de estudio ya que los datos de fuentes secundarias disponibles, se organizaban por municipios. Esta elección ofrece una gran potencia, que es la capacidad de generar información de manera rápida, pero posee la limitación de la falacia ecológica. Se trata de agregados poblacionales promedio y esto limita analizar diferencias dentro de ese agregado territorial. Para este caso, se asume que

cada habitante del municipio posee el indicador promedio municipal (Schneider et al., 2002a).

Para el análisis de las condiciones sociales del territorio y basando el estudio en el concepto de determinaciones sociales de la enfermedad, fue analizado en base a un indicador complejo y fueron creados cuatro clusters de situación social en la Provincia.

En este análisis fueron combinados siete indicadores provinciales seleccionados por su sensibilidad con las condiciones de vida:

- Tasa de Población con Cobertura Pública Estatal Exclusiva (CPEOB)
- Tasa de Mujeres en Edad Fértil con hasta Educación Primaria Completa (FÉRTIL)
- Tasa de Viviendas con acceso a agua (AGUA)
- Tasa de Población total mayor de 65 que no recibe Jubilación (JUB)
- Tasa de Mujeres Madres con hasta Educación Primaria Completa (MADR).
- Tasa de Viviendas con Normas de Calidad de Materiales 3 y 4 (CALMAT).
- Tasa de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), lo cual tiene en cuenta características de vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo.

Los clusters o estratos quedaron conformados de la siguiente manera:

**Estrato 1.** Corresponde a los municipios con la peor situación socio económica, se representa en color amarillo. Corresponde a 35 municipios: Almirante Brown, Berazategui, Berisso, Campana, Cañuelas, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General La Madrid, General Lavalle, General Madariaga, General Rodríguez, José C. Paz, Junín, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Necochea, Pergamino, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Cayetano, San Miguel, San Pedro, San Vicente, Tigre, Tordillo, Villarino, y Zárate.

**Estrato 2.** Corresponde a la segunda situación socioeconómica, se representa con el color verde. Se conforma de 32 municipios: Balcarce, Baradero, Brandsen, Capitán Sarmiento, Carlos Tejedor, Colón, Ensenada, General Alvarado, General Belgrano, General Las Heras, General San Martín, General Viamonte, General Villegas, La Plata, Lobería, Luján, Magdalena, Maipú, Mar Chiquita, Mercedes, Monte, Monte Hermoso, Navarro, Patagones, Pellegrini, Pinamar, Punta Indio, Ramallo, Salto, San Andrés de Giles, San Fernando y Villa Gesell.

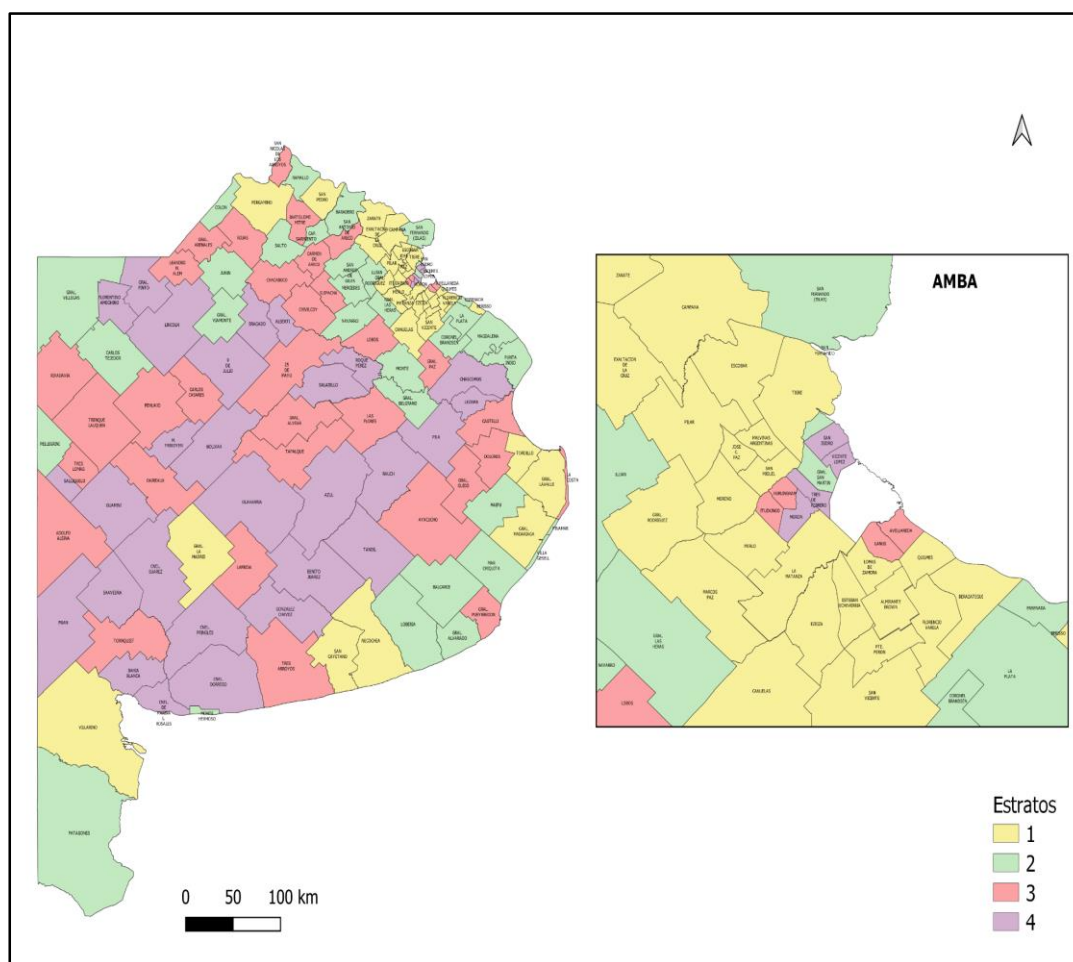
**Estrato 3.** Corresponde a la situación anterior a la mejor encontrada. Se representa con el color rosa, está compuesto por 35 municipios: Adolfo Alsina, Arrecifes, Avellaneda, Ayacucho, Carlos Casares, Carmen de Areco, Castelli,

Chacabuco, Chivilcoy, Daireaux, Dolores, General Alvear, General Arenales, General Guido, General Paz, General Pueyrredón, Hurlingham, La Costa, Lanús, Laprida, Las Flores, Leandro N. Alem, Lobos, Pehuajó, Rivadavia, Rojas, San Antonio de Areco, San Nicolás, Suipacha, Tapalqué, Tornquist, Trenque Lauquen, Tres Arroyos, Tres Lomas y Veinticinco de Mayo.

**Estrato 4.** Lo conforman los municipios con mejores indicadores socioeconómicos, se representa con el color violeta. Se compone de 33 municipios: Adolfo González Chavez, Alberti, Azul, Bahía Blanca, Benito Juárez, Bolívar, Bragado, Chascomús, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Florentino Ameghino, General Pinto, Guaminí, Hipólito Yrigoyen, Ituzaingó, Lezama, Lincoln, Morón, Nueve de Julio, Olavarría, Pila, Puán, Rauch, Roque Pérez, Saavedra, Saladillo, Salliqueló, San Isidro, Tandil, Tres de Febrero y Vicente López.

Con este panorama general de cuatro clusters, quedó conformada la estructura para el análisis con cada indicador, tanto demográfico como de mortalidad, morbilidad y recursos del sistema.

Mapa 1- **Municipios de PBA estratificados según índice combinado**



Fuente: Elaboración propia en base a indicadores seleccionados

Se observa en esta estratificación, un mosaico de cuatro realidades diferentes, el área de mayor vulnerabilidad corresponde al conurbano y excepcionalmente a partidos del resto de la Provincia. Se trata de regiones de pobreza urbana. Un segundo estrato representado en su mayoría por partidos más alejados de la capital, pero con perfil más rural. Los sectores de mejor situación social, 3 y 4 corresponden casi con exclusividad a partidos internos de la Provincia, de producción agrícola-ganadera.

Las fuentes de información fueron secundarias, y obtenidas del INDEC y Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires para el año 2019, aunque los últimos datos de censo disponibles son del año 2010 y fueron utilizadas proyecciones siempre y cuando estuvieran disponibles en la desagregación que se necesitaba. Para construir los datos se fijó el año 2019 y 2020 como prioridad y se fue aumentando el tiempo en la medida en que se podrían conseguir. Cada análisis detalla el año analizado. Para construir tasas se trabajó con el mismo año en el denominador que en el numerador. La unidad de análisis fue cada uno de los 135 municipios de la provincia de Buenos Aires.

Las tasas de mortalidad y los Años Potenciales de Vida Perdidos de cada estrato, fueron ajustadas por edad, y por método directo, teniendo en cuenta las estructuras demográficas de cada uno de los estratos. La población estándar utilizada fue la de la provincia de Buenos Aires. Debido a este procesamiento, se pueden comparar las tasas entre estratos diferentes.

Cabe señalar que para la realización de este informe las fuentes de datos disponibles utilizadas contemplan la variable sexo con un registro dicotómico: femenino/masculino - mujer/varón. A lo largo del informe se presenta la información utilizando las categorías anteriormente mencionadas a efectos de facilitar la lectura.





# PRIMER APARTADO

SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN  
RESIDENTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Para la realización de este apartado se utilizó la población de la provincia de Buenos Aires estimada para el año 2019 que, según proyecciones del censo 2010, fue de 17.370.144 habitantes y los nacidos vivos y fallecidos del año 2019 con población de ese año proyectada.

## 1.1 Natalidad

Durante el año 2019 hubo un total de 226.894 nacidos vivos en la provincia de Buenos Aires, de los cuales 1.237 no contaban con el dato de residencia. La menor tasa de natalidad ocurrió en el estrato 4, siendo el estrato 2 el de mayor tasa (Tabla 1- **Tasa bruta de natalidad. PBA y estratos cada mil habitantes.** Tabla 1).

Tabla 1- **Tasa bruta de natalidad. PBA y estratos cada mil habitantes.**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa bruta de natalidad	13.5	13.5	12.1	11.5	13.1

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud 2019 e INDEC 2010

## 1.2 Mortalidad

En la Provincia, durante el año 2019 fallecieron 137.993 personas. Dentro del total de los fallecidos se tuvieron en cuenta 1.407 personas sin datos de residencia, por lo que no fueron contabilizadas dentro de los distintos estratos. La tasa bruta de mortalidad de la Provincia fue de 7,9 personas cada mil habitantes. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad, evidencian que en el estrato 2 y 3 las tasas de mortalidad, tanto en varones como en mujeres fueron mayores. A su vez, en todos los estratos se observa que los varones poseen una tasa levemente mayor que las mujeres. (Tabla 2)

Tabla 2 - **Tasa bruta y ajustada de mortalidad. PBA y estratos.**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa bruta de mortalidad	6.3	9.3	10.6	9.7	7,9
Tasa ajustada de mortalidad	7.8	8.1	8.2	7.1	7,7

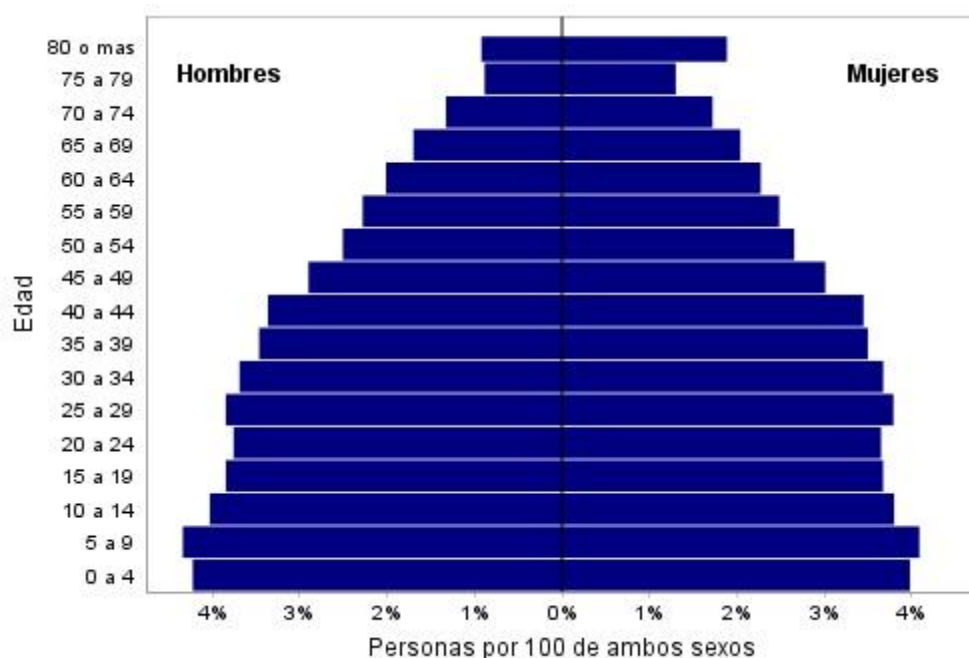
Tasa de mortalidad ajustada de varones	8.0	8.6	8.5	7.4	8.1
Tasa de mortalidad ajustada de mujeres	7.5	7.8	8.0	6.8	7.5

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud e INDEC 2010

### 1.3 Estructura poblacional por edad y sexo

La pirámide demográfica de la provincia de Buenos Aires para el año 2019, mostró una población con prevalencia de niños y jóvenes; con menor cantidad de personas adultas mayores. La forma de la pirámide deja en evidencia una población en transición demográfica, donde coexisten las poblaciones jóvenes con una cantidad importante de adultos mayores (Figura 1)

Figura 1 - Pirámide poblacional de la provincia de Buenos Aires - Año 2019



Fuente: Elaboración propia en base a proyección censal 2019 INDEC

Al realizar las pirámides por estrato, se observó que el estrato 1 presentó una forma más triangular y a medida que mejora la situación social de cada estrato, la pirámide presenta una estructura más acampanada, es decir, la población con peores indicadores sociales presentó mayor cantidad de nacimientos anuales y mayor cantidad de jóvenes. Se observa que esta población, de mayor vulnerabilidad, inició una mortalidad ascendente a partir de los 40 años. Un aspecto que se repitió en

todos los estratos fue la cantidad de mujeres mayores, en especial de 80 años y más, que coincidió con el análisis de los índices demográficos estudiados (Figura 2).

El análisis por estratos sociales evidenció diferencias importantes entre los subgrupos de la población y corroboró que la elaboración del índice reflejó los contrastes en la situación socio económica de los diferentes municipios de la Provincia. A medida que mejora la situación social, las pirámides demográficas se van estrechando en la base y aumentando su volumen en la cima (Figura 2).

Figura 2 - **Pirámide poblacional de cada estrato socioeconómico - provincia de Buenos Aires - Año 2019**



Fuente: Elaboración propia en base a proyección censal 2019 INDEC

#### 1.4 Indicadores de la estructura poblacional

A partir del cálculo de las proporciones de grandes grupos de edad (0 a 14, 15 a 64, y 65 y más) sobre el total de la población, se puede observar que la proporción tanto de jóvenes (niños/as y adolescentes) como de personas adultas es mayor en el estrato 1; sin embargo, la proporción de personas mayores de 65 años es superior en el sector 4 (Tabla 3).

El *índice de envejecimiento* demostró que por cada cien niños encontramos 35,3 adultos mayores en el sector 1, a diferencia del sector 4 donde encontramos 78,7 adultos mayores por cada 100 niños. Este índice relaciona la cantidad de personas adultas mayores sobre la cantidad de niños/as evidenciando que el sector de peor situación social presentó una menor cantidad de ancianos por cada cien niños/as;

mientras que en el sector de mejor situación social esta relación se invierte (Tabla 3).

El índice de la *estructura de la población activa* evidenció que dentro de la población activa joven predomina, en el sector 4 la población activa añosa. El *índice de reemplazamiento de la población activa* también dejó en evidencia que de cada cien personas que se retiran de la actividad aproximadamente 80 las reemplazarán, en el sector de mejor situación social y muchas menos en el de peor situación. (Tabla 3).

La proporción de niños, niñas y adolescentes cada cien personas adultas jóvenes fue mayor únicamente en el estrato de peor situación social y esto es coherente con la pirámide demográfica de dicho estrato y con la relación entre vulnerabilidad social y mayor cantidad de niños (Tabla 3).

En todos los estratos la *proporción de población envejecida* fue mayor en comparación con la población joven (*Índice de Sundbarg*), sin embargo, fue menor en el estrato de peor situación social. A medida que mejora la situación social, aumenta la cantidad de personas mayores en comparación con los jóvenes (Tabla 3).

Tabla 3 - **Indicadores de estructura sectores estratificados PBA.**

Indicadores		Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Proporciones sobre la población general	Jóvenes	26,6	22,7	21,7	20,3	24,4
	Adultos	64,0	64,0	63,0	63,7	63,8
	Mayores	9,4	13,3	15,3	15,0	11,8
Dependencia	Total	56,3	56,3	58,7	57,0	56,8
	Jóvenes	41,6	35,4	34,4	31,9	38,3
	Mayores	14,7	20,9	24,3	25,1	18,5
Envejecimiento		35,3	58,9	70,6	78,7	48,1
Edad Media		32,4	35,7	37,3	38,0	34,4
Edad Mediana		29,8	33,4	35,7	36,6	32,0
Estructura de la población activa		67,0	74,9	84,4	85,7	73,0

Reemplazamiento de la población activa	47,2	63,9	74,0	79,7	57,0
Índice generacional de ancianos	347,7	257,2	232,4	226,9	287,7

Fuente: Elaboración propia en base a proyección censal 2019 INDEC

## 1.5 Fecundidad

La Razón de hijos por persona gestante fue mayor en el sector de peor situación social, aunque la diferencia con el de mejor situación no es significativa ya que se observa una homogeneidad en este indicador. La tasa bruta de natalidad muestra que, en la peor situación social, es un 11% mayor con respecto al estrato de mejores condiciones sociales. La tasa general de fecundidad resume la cantidad de nacimientos por persona gestante en edad fértil y se observa que en el estrato de peor situación social ocurrió una mayor proporción de nacimientos. El índice sintético de fecundidad analiza la cantidad de hijos por persona gestante en edad fértil y en este caso, el estrato 1 presentó números más elevados, sin embargo, no existen diferencias que superen una unidad entre estratos. La edad media de inicio de maternidad pareciera mantenerse estable entre los 28 y 29 años, bastante alta para lo que es la población en edad fértil y la tasa bruta de reproducción que analiza las hijas por persona gestante en edad fértil, fue 15% mayor en el estrato de peor situación social. (Tabla 4).

Tabla 4 - **Indicadores de fecundidad PBA y subsectores.**

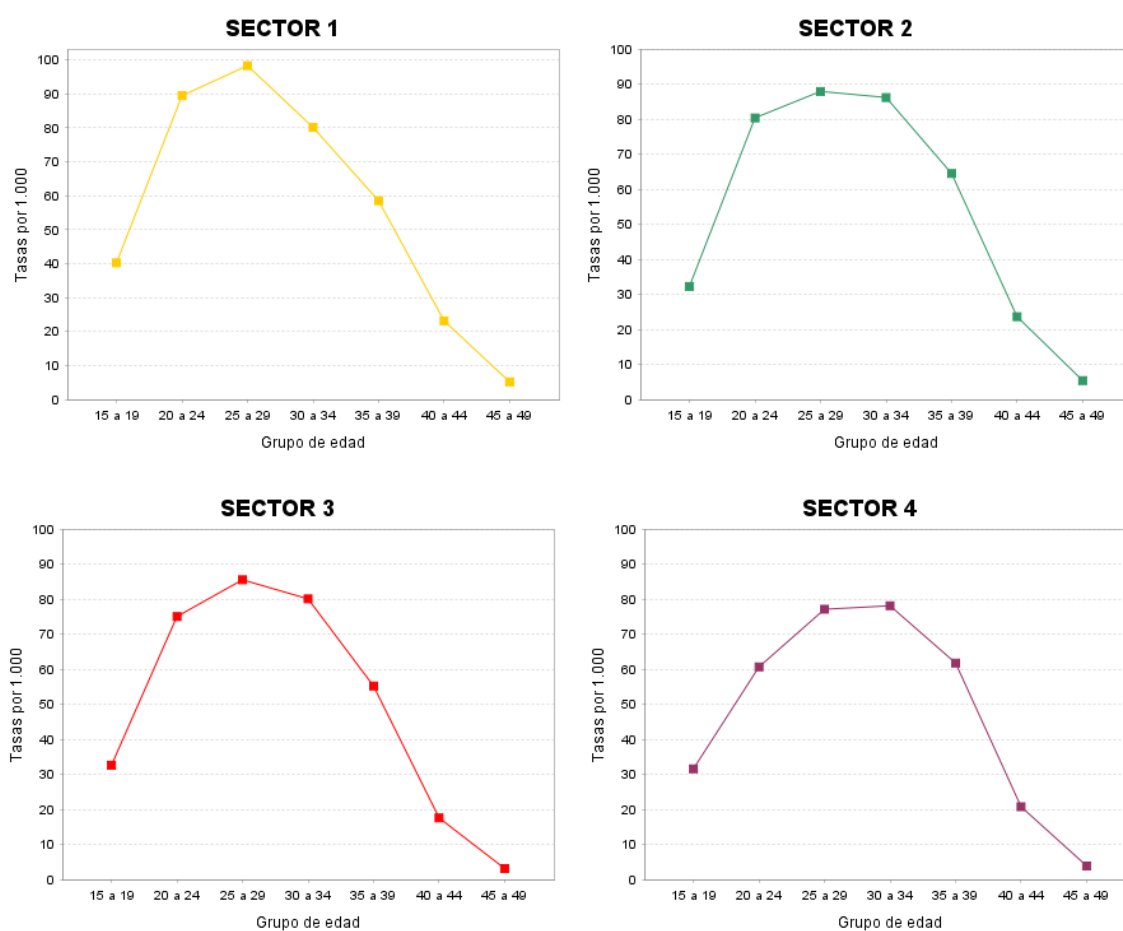
Indicadores	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Razón niños por persona gestante	0,35	0,30	0,29	0,27	0,32
Tasa bruta de natalidad (c/ 1.000)	13,08	12,72	11,98	11,75	12,26
Tasa general de fecundidad (por 1.000)	60,09	57,29	51,67	49,31	49,68
Índice sintético de fecundidad (hijos por persona gestante)	1,97	1,90	1,74	1,66	1,68

Edad media a la maternidad (años)	28,98	29,63	29,15	29,82	<b>28,57</b>
Tasa bruta de reproducción (hijas por persona gestante)	0,96	0,91	0,83	0,83	<b>0,82</b>

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud e INDEC 2010

Siguiendo el análisis de las tasas de fecundidad por edad, se visualiza en el estrato de peores condiciones sociales maternidad más temprana comparado con el estrato de mejor situación. Los estratos 2 y 3 se encuentran en una posición intermedia. (Figura 3)

Figura 3 - **Edad de la maternidad según estrato- PBA – 2019**



Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud

## 1.6 Esperanza de vida

A partir del análisis realizado se observó que la esperanza de vida fue mayor en mujeres que en varones. La diferencia entre estratos de situación social varía según la ruralidad de los municipios que lo componen. La mayor esperanza de vida sucedió en estratos rurales tanto en hombres como en mujeres (Tabla 5).

Tabla 5 - *Esperanza de vida al nacer - PBA y estratos.*

Sexo	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Varones	74.49	74.72	75.16	74.22	74.31
Mujeres	80.17	81.21	81.01	79.99	80.20
Total	77.32	77.96	80.97	77.13	77.24

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud e INDEC 2010

## 1.7 Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Analizando por sexo, se observó en varones una mayor mortalidad temprana por todas las causas seleccionadas, siendo notablemente diferentes las tasas en las enfermedades circulatorias y las causas externas (Tabla 6)

Se observaron algunas inequidades, ya que no es justo que los varones mueran antes que las mujeres. Tampoco es justo que en el sector de peor situación social haya un riesgo mayor de mortalidad temprana por causas infecciosas del 8% más entre mujeres y del 20% más en varones, o un 17% más de mortalidad temprana en mujeres por enfermedades circulatorias, o un 4% más en varones por la misma causa. O que por enfermedades respiratorias exista un 17% más de mortalidad temprana en mujeres del peor sector social y un 10% más en varones. O que, por tumores, en el sector de mejor situación social, exista un exceso de 7,6 años de vida perdidos más que en el sector de peor situación social en varones y de 10 años en mujeres, cada mil habitantes. Los años de vida perdidos por causas externas en varones y mujeres fueron mayores en sectores de mejor situación social, debido a los accidentes que figuran sin especificar y existe un 26% más de riesgo en el sector de mejor situación social entre las mujeres, comparado con el de peor y un 8% más en varones.



Tabla 6 - **Años potenciales de vida perdidos por cada mil habitantes según sexo y grupo de causas - PBA y estratos.**

Eventos priorizados	Sexo	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Enfermedades Infecciosas	Mujeres	6,2	4,7	6,1	5,7	6
	Varones	8,2	6,4	7	6,7	7,7
	Total	7,2	5,6	6,5	6,2	6,8
Enfermedades Circulatorias	Mujeres	27,1	23,1	26,3	23,1	26,2
	Varones	42,3	38,7	42,8	40,5	42,4
	Total	34,6	30,7	34,2	31,5	34,6
Enfermedades Respiratorias	Mujeres	19,4	16,6	18	16,7	18,7
	Varones	25,3	23,9	22,4	22,8	24,8
	Total	22,3	20,2	20,1	19,7	21,7
Tumores	Mujeres	28,4	32,1	25,9	36	30,2
	Varones	29,2	35,1	28,2	39,4	31,9
	Total	29,8	33,5	27	37,6	31,1
Causas externas	Mujeres	5,7	6,9	6,2	7,2	15,3
	Varones	22,5	26,3	25,8	24,3	24,8
	Total	14	16,5	15,8	15,6	15,4
Traumatismos	Mujeres	1,6	1,1	0,5	0,6	3,8*
	Varones	4,1	1,8	2,1	1,8	5,8
	Total	2,9	1,5	1,3	1,2	4,8

Nota: La mayoría de las muertes violentas de mujeres no tienen el domicilio en la base por lo tanto no se refleja en la tasa de cada estrato

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud e INDEC 2010

## 2. DESCRIPCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Si bien fue construido un índice para la caracterización social de la población de la Provincia, se presentan algunos indicadores que permiten dimensionar con mayor detalle cada uno de los sectores.

Los datos para construir esta información provinieron del Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), y es sabido que desde el año 2010 no se ha vuelto a realizar el mismo. Por lo tanto, se presentan indicadores estructurales que a lo largo de una década pueden haberse modificado.

En cuanto a las necesidades básicas insatisfechas, fue analizado que la zona de peor situación socioeconómica posee un indicador mayor, esto es debido a que fue un indicador utilizado para estratificar (Tabla 1Tabla 7)

Tabla 7 - **Porcentaje de Necesidades básicas insatisfechas (NBI). PBA y estratos**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Porcentaje NBI	14,6	10,0	7,1	5,1	11,5

Fuente: Elaboración propia en base a proyección censal 2020 INDEC

La población con cobertura de salud exclusivamente estatal, en porcentaje, fue mayor en el sector 2 que se caracteriza por poseer la peor situación socioeconómica en contexto de ruralidad. Esto iría se acompaña del empleo informal, y del desempleo (Tabla 8).

Tabla 8 - **Tasa de población con cobertura estatal exclusiva. PBA y estratos**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa de población con cobertura estatal exclusiva	39,7	41,3	37,7	34,0	38,7

Fuente: Programa SUMAR – MSPBA

## 2.1 Nivel educativo de madres en la provincia de Buenos Aires

El nivel educativo de las madres de nacidos vivos fue menor, en proporción, en el sector de peor situación social (Tabla 9).

Tabla 9 - *Tasa de madres con hasta primario completo - PBA y estratos*

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa de madres con hasta primario completo	5,16	4,95	3,33	2,86	4,51

Fuente: Elaboración propia en base a proyección censal 2020 INDEC.

**En síntesis**, la población de la provincia de Buenos Aires es heterogénea en su composición tanto demográfica como social. Se ha estratificado a la población en cuatro grupos y han quedado en evidencia cuatro realidades. Un estrato 1 con población mayoritariamente urbana y de peores condiciones sociales. Un estrato 2 con población mayoritariamente urbana y del interior de la Provincia, segunda en términos de condiciones socioeconómicas deficitarias; un estrato 3 con población rural, de mejor situación social y un estrato 4 con población mayoritariamente rural, aunque con los municipios más ricos del conurbano.

Los indicadores demográficos tienen relación con esta situación. La tasa bruta de mortalidad fue similar en toda la Provincia, levemente mayor en los varones de peor situación social, aunque estas diferencias son mínimas. Las mujeres poseían una tasa más alta en el sector de mejor situación, aunque por decimales de las otras. Se podría decir que la Tasa Bruta de mortalidad se mantuvo estable según el estrato de situación social. Las pirámides demográficas, en la medida en que mejora la situación social, comienzan a angostarse y poseen mayor cantidad de personas mayores. Los índices demográficos dan cuenta de que en la zona de mejor situación social hay menor cantidad de niños y mayor cantidad de personas ancianas.

En cuanto a la fecundidad, fue mayor en el sector de peor situación social, no obstante, no existen diferencias importantes. La cantidad de hijas/os por persona gestante fue mayor cuando la situación social empeoraba y la edad media de maternidad fue similar, aunque las curvas muestran que inician más jóvenes.

La esperanza de vida al nacer fue mayor en mujeres que en varones de la Provincia y se observa que la ruralidad ofrece más cantidad de años de vida que los sectores urbanos.

Se pierde una mayor cantidad de años por enfermedades circulatorias, respiratorias y por tumores, y se observó que los varones pierden más años que las mujeres.



# **SEGUNDO APARTADO**

DISTRIBUCIÓN DE LA SALUD-ENFERMEDAD  
EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

### 3. MORTALIDAD

Se presenta en este apartado la descripción y análisis de la mortalidad de la población de la provincia de Buenos Aires, ocurrida en el año 2019. La misma se analizó para el total del territorio y para cada estrato. Se incluyeron 1.407 casos sin datos de residencia que fueron incorporados en la tasa general de la Provincia, pero se excluyeron del análisis por estrato.

Se aclara que la unidad de análisis fue la mortalidad de residentes que se produjo dentro y fuera de la provincia de Buenos Aires. Los denominadores utilizados fueron también del año 2019 y extraídos de las proyecciones publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC).

#### 3.1 Mortalidad de mujeres en edad fértil

Se considera edad fértil al período en que una persona es capaz de gestar. Para los fines estadísticos, es la edad comprendida entre los 15 y los 49 años de edad. En el año 2019, la tasa de mortalidad específica de mujeres con capacidad de gestar de la Provincia fue de 10,0 cada diez mil mujeres de 15 a 49 años.

Fue observada una mayor tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil en el estrato de mejores condiciones, pero mayormente rural y esto puede deberse a problemas de acceso. El estrato de mejores condiciones presenta la tasa más baja junto con el de peores condiciones, pero mayormente urbano. (Tabla 10)

Tabla 10 - **Tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil cada diez mil mujeres en edad fértil**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa específica de mortalidad de mujeres en edad fértil	9,6	10,5	11,3	9,1	10,0

Fuente: DIS-MS - 2019

#### 3.2 Análisis de mortalidad definida como Materna

La mortalidad materna, no siempre se refiere al deseo de maternar. La mortalidad por aborto, clásicamente definida dentro de esta, se hace eco de todo lo contrario. Con el fin de utilizar el indicador, pero problematizando las concepciones

conservadoras implícitas, se refiere en este estudio a esta mortalidad “definida como materna”.

La mortalidad definida como materna se entiende como la defunción de una mujer o persona gestante mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-Décima Revisión (CIE-10) mantiene esta definición y propone la consideración de una nueva categoría: muerte definida como materna tardía. Se define como tal a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo. No obstante, a fines de comparaciones nacionales e internacionales, la tasa de mortalidad definida como materna se calcula sin incluir las defunciones maternas tardías<sup>1</sup>.

La mortalidad definida como materna constituye un importante problema de salud pública, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma. A partir de esto puede subdividirse en dos grupos: defunciones obstétricas directas, que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas; y las defunciones obstétricas indirectas, vinculadas a una enfermedad existente previa al embarazo o que evoluciona durante el mismo.

La razón de mortalidad definida como materna es un indicador que refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Para la razón de mortalidad definida como materna de 2019 se utilizó como denominador a los nacidos vivos de 2019, y para el análisis del decenio 2010-2019 se consideró a los nacidos vivos de ese periodo temporal.

Se observan en el estrato de peor situación socioeconómica y en el estrato subsiguiente las peores razones de mortalidad definida como materna de la Provincia. Al analizar los datos en el decenio comprendido entre 2010 y 2019 continúa la misma situación. A mayor vulnerabilidad social, mayor es el indicador (Tabla 11).

---

<sup>1</sup> <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

Tabla 11 - **Razón de Mortalidad definida como Materna por diez mil nacidos vivos según estratos de la PBA y total - Años 2010 a 2019 - PBA**

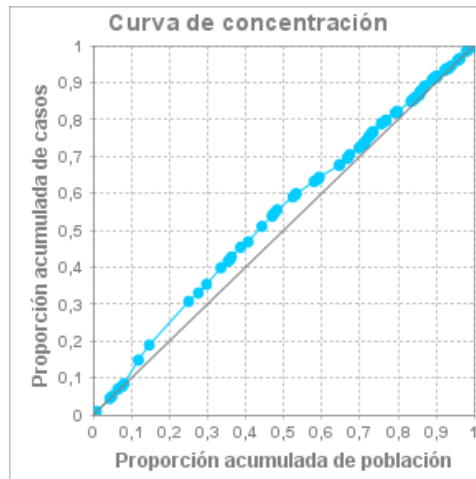
	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Razón de mortalidad definida como materna 2019 (*10.000 nacidos vivos)	3,22	2,86	2,11	0,71	2,70
Razón de mortalidad definida materna 2010-2019 (*10.000 nacidos vivos)	3,76	2,64	2,87	2,58	3,35

Fuente: Registro de defunciones obstétricas de la Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud PBA

En el período histórico comprendido entre 2010-2019, en el estrato 4 -de mejores indicadores socio económicos- más de un tercio de los municipios que lo componen (13 de los 32 municipios) no registraron muertes definidas como maternas, en tanto que en el estrato 1, únicamente dos de los 34 municipios no tuvieron muertes definidas como maternas registradas durante ese período temporal analizado. Las desigualdades sociales en la Razón de Mortalidad definida como Materna fueron calculadas en base al paquete de análisis de desigualdades de la Organización Panamericana de la Salud (Schneider et al., 2002). Las mismas resultaron evidentes. Se observó que el 40% de la población de menores recursos, medidos por el indicador NBI, cargó con casi el 50% de la razón de mortalidad definida como materna, analizando el decenio entre 2010-2019 (figura 4). El índice de concentración fue de -0,075 y este indica una desigualdad en la distribución de la misma, pero perjudicando a los más vulnerables de la Provincia (la mayor desigualdad estaría en valores próximos al -1 si fuera enfocada en los más vulnerables y 1 cuando se enfoca en los menos vulnerables).



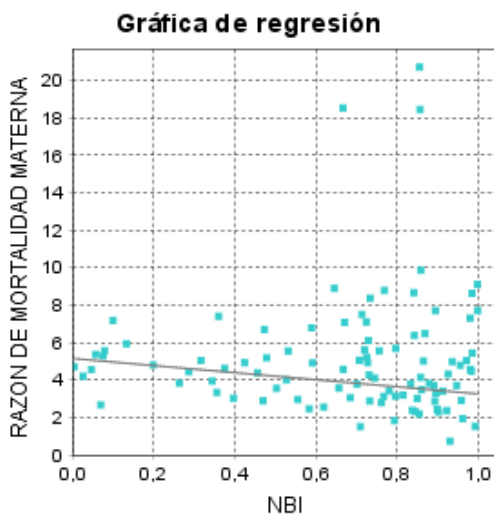
Figura 4 - **Razón de mortalidad definida como materna y NBI análisis de desigualdades - Decenio 2010-2019 - PBA**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la Dirección de Información en Salud – MS PBA

En cuanto a la desigualdad, entre el sector de peores condiciones comparado con el sector de mejores condiciones, se observa que, por cada unidad de la razón de mortalidad en el sector de mejor situación social, fallecieron un 57% más en el sector de peores condiciones, teniendo en cuenta toda la escala social (Índice relativo de desigualdad) y que, cada mil nacidos vivos, existía un exceso de mortalidad de 0,4 mujeres fallecidas en el sector de peores condiciones, comparado con el sector de mejor situación social. **Estos datos podrían estar expresando inequidades en la mortalidad definida como materna en la provincia de Buenos Aires, por lo que se pretende realizar un estudio en mayor profundidad para abordar esta temática.** (Figura 5)

Figura 5 - **Gráfico de Regresión lineal entre la razón de Mortalidad definida como Materna y las NBI – 2010-2019 - PBA**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud

### 3.3 Mortalidad infantil

Durante el año 2019, en la Provincia fallecieron 2.057 niños menores de 1 año. La tasa de mortalidad infantil en todo el territorio fue de 9,1 fallecidos por cada mil nacidos vivos. El sector de peores condiciones sociales tuvo la tasa más alta y a medida que mejoraba la situación social, mejoraba la tasa de mortalidad infantil. **Se observan inequidades en la misma** ya que en el sector de peor situación social, fallecieron 2 niños más, menores de un año cada mil nacidos vivos más que en el sector de mejor situación. A medida **que mejora la situación social, desciende la tasa de mortalidad infantil. Por último, por cada niño fallecido cada mil nacidos vivos en el sector de mejor situación, fallecía 1,25 en el de peores condiciones** y esto supone un exceso de mortalidad infantil del 25%. (Tabla 12).

Tabla 12 - **Tasa de mortalidad infantil - PBA y estratos. 2019**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa de mortalidad Infantil	9,7	8,6	8,1	7,8	9,1

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud - 2019 e INDEC 2010

### 3.4 Mortalidad por grupo etario

En la población menor de 20 años, no se observan diferencias entre los estratos en las tasas de mortalidad. Entre las personas de 20 a 64 años, la mayor tasa fue la del estrato rural de peor situación (estrato 3). En población mayor de 65 años, las tasas más altas de mortalidad se observan en los estratos 2 y 3 (Tabla 13).

Tabla 13 - **Tasa de mortalidad por grupo etario - PBA y estratos. 2019**

Tasa específica de mortalidad	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Población de 0 a 19	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7
Población de 20 a 64	3,0	3,5	3,7	3,0	3,2
Población de 65 y más	46,7	52,4	53,5	48,6	49,6

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud - 2019 e INDEC 2010

### 3.5 Mortalidad por sexo y causas según estrato

El análisis de la mortalidad según capítulos de la CIE-10 OMS mostró que, en la Provincia, la principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar, las enfermedades del sistema respiratorio y en tercer lugar los tumores. En cuarto lugar, con una gran diferencia entre estos tres primeros, se ubicaron las causas relacionadas con ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y las causas externas de mortalidad (Tabla 14).

Si bien las tasas cada mil habitantes no poseían diferencias considerables, **se observaron algunas inequidades por sexo en la mortalidad, en especial en las enfermedades circulatorias donde los varones poseían tasas mayores que las mujeres**, en tres de cuatro estratos. **En causas externas se observa el mismo patrón**, donde los varones tenían más del doble de tasa que las mujeres. (Tabla 14).

Existen inequidades sociales ya que, **en el sector de peor situación social, fue observada una mayor cantidad de fallecidos por enfermedades infecciosas y respiratorias. Al contrario, el sector de mejor situación social poseía tasas más altas por tumores.** (Tabla 14).

Tabla 14 - **Tasas ajustadas por edad según sexo cada mil habitantes en la PBA - estrato y causas. 2019**

Eventos priorizados	Sexo	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Enfermedades Infecciosas	Mujeres	0,40	0,33	0,39	0,34	0,38
	Varones	0,41	0,31	0,35	0,31	0,36
	Total	0,41	0,32	0,37	0,32	0,37
Enfermedades Circulatorias	Mujeres	2,41	2,24	2,69	2,09	2,38
	Varones	2,48	2,31	2,69	2,20	2,45
	Total	2,47	2,30	2,71	2,15	2,43
Enfermedades Respiratorias	Mujeres	1,75	1,54	1,67	1,60	1,68
	Varones	1,64	1,53	1,51	1,48	1,57

	Total	1,71	1,54	1,61	1,55	1,64
Tumores	Mujeres	1,32	1,51	1,22	1,54	1,37
	Varones	1,41	1,73	1,35	1,73	1,50
	Total	1,37	1,63	1,30	1,64	1,45
Causas externas	Mujeres	0,17	0,21	0,21	0,19	0,18
	Varones	0,49	0,58	0,58	0,49	0,52
	Total	0,33	0,39	0,39	0,34	0,35

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud – 2019 e INDEC 2010

### 3.6 Muertes por causas externas

En el año 2019 se produjeron 6.494 muertes por causas externas en la Provincia. La distribución de frecuencia se presenta en la tabla 16. Fue observada una mayor cantidad de eventos de intención no determinada (pudiendo corresponder a una lesión autoinfligida, un accidente o un homicidio). En el sector de mejor situación social ocurrieron la mayor cantidad de accidentes y suicidios mientras que en los sectores 2 y 3 ocurrió la mayor tasa de homicidios, algunos de intención no determinada. **Se podría asegurar que en el sector de mejor situación existe el doble de riesgo de accidentes y 1,5 veces más riesgo de suicidios comparando con el sector de peor situación social. No obstante, en el sector de peor situación social, existió un 18% más de riesgo de fallecer por eventos de intención no determinada** (Tabla 15).

Tabla 15 - **Tasas de mortalidad por causas externas cada cien mil habitantes, según sub código por estrato y total de la PBA. 2019**

Causas Externas CIE-10	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Accidentes de transporte	2,84	4,01	4,99	5,32	3,68
Otros traumatismos accidentales	5,94	10,26	11,58	11,32	8,13

Suicidios	5,09	7,52	7,75	7,24	6,12
Agresiones	2,84	2,55	3,07	2,08	2,72
Eventos de intención no determinada	14,71	16,14	14,50	11,44	14,37
Intervención legal y operaciones de guerra	0,00	0,09	0,15	0,00	0,03
Complicaciones de la atención médica quirúrgica	0,74	1,00	1,00	0,89	0,83
Secuelas de causas externas	0,01	0,00	0,04	0,00	0,01

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud – 2019 e INDEC 2010

### 3.7 Análisis de la mortalidad y egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente

Las condiciones de salud mental son parte tanto a la salud como a la morbilidad y mortalidad. Es reconocido que algunos de los principales factores de riesgo para la salud corresponden a cuestiones comportamentales, y a su vez, que el peso de los padecimientos mentales en la carga global de enfermedad es significativa, e incluso se ha argumentado que los cálculos tradicionales la subestiman<sup>234</sup>.

Pese a considerarse que los padecimientos mentales no se corresponden con los denominados *trastornos mentales y del comportamiento*, estos últimos son aquellos que permiten tener un estimativo, así sea parcial, de la problemática, siendo por lo general, los únicos datos con los que se cuenta a nivel epidemiológico y de servicios. Así, para el análisis de la situación de los padecimientos mentales de la población de la Provincia, se analizó información de mortalidad, correspondiente a las muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente y muertes asociadas al consumo de sustancias psicoactivas; y de morbilidad, tomando como indicador los

<sup>2</sup> <http://www.healthdata.org/argentina>

<sup>3</sup> GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1223–49

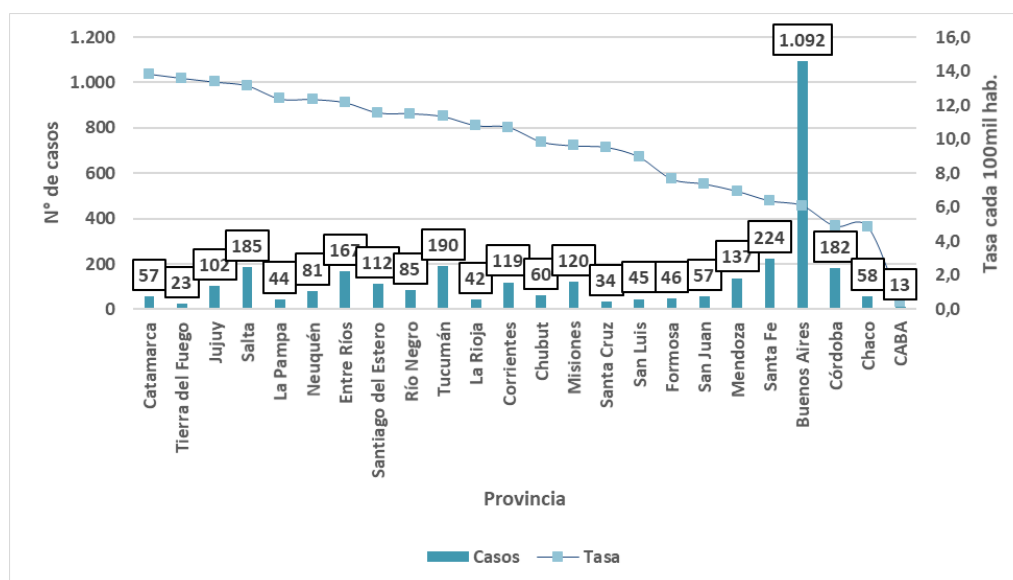
<sup>4</sup> Vigo D, Thornicroft G; Atun R (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178.

egresos por internaciones hospitalarias de la red pública; y de oferta de servicios, también enfocado en la red pública.

En la provincia de Buenos Aires, durante el año 2019, se registraron un total de 1.092 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente, representando el 33% de las muertes registradas por dicha causal a nivel nacional (N=3.297).

La tasa bruta de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente a nivel nacional para el año 2019, fue de 7,3, por lo que la tasa de mortalidad de la provincia de Buenos Aires, por dicha causa, representa una de las tasas más bajas del país, si bien presenta la mayor cantidad de casos (Figura 6).

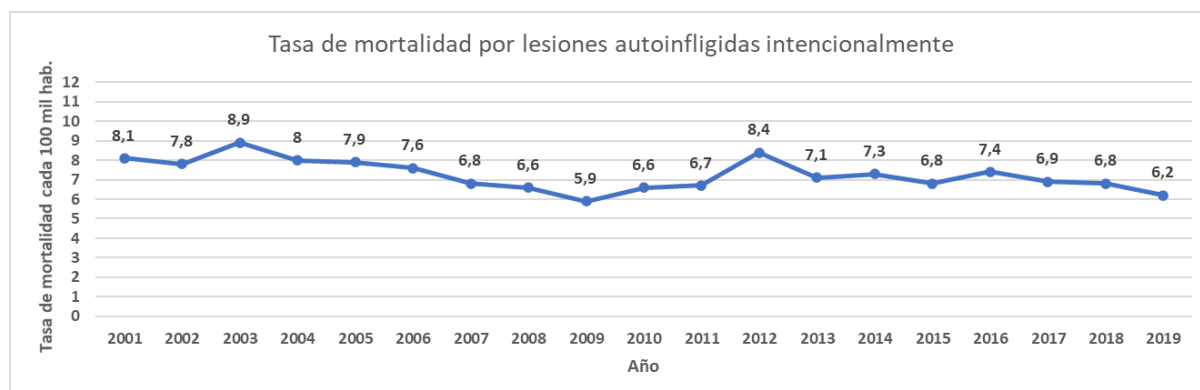
**Figura 6 - Tasa de mortalidad y frecuencia absoluta de fallecimientos por lesiones autoinfligidas intencionalmente. Provincias de la República Argentina. Año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Información en Salud (DIS).

El análisis de la variación histórica provincial (Figura 7), muestra que la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente en el año 2019 (6,2) fue la más baja desde el año 2009, la cual fue de 5,9 por cien mil habitantes.

Figura 7 - **Variación histórica de la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente. Años 2001 a 2019. Provincia de Buenos Aires.**



Fuentes: elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas e información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación y de Barrio, A., et al (2021) Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001 - 2017. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 32 (151), 62-70.

Debido a la heterogeneidad de la provincia de Buenos Aires, demográfica y socioeconómicamente, resulta necesario describir la situación de los indicadores de mortalidad según los Estratos definidos en el presente informe. En la Tabla 16 se muestran las tasas de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, ajustadas por edad, en la cual se observa que los estratos 2 y 3, presentan las tasas más elevadas.

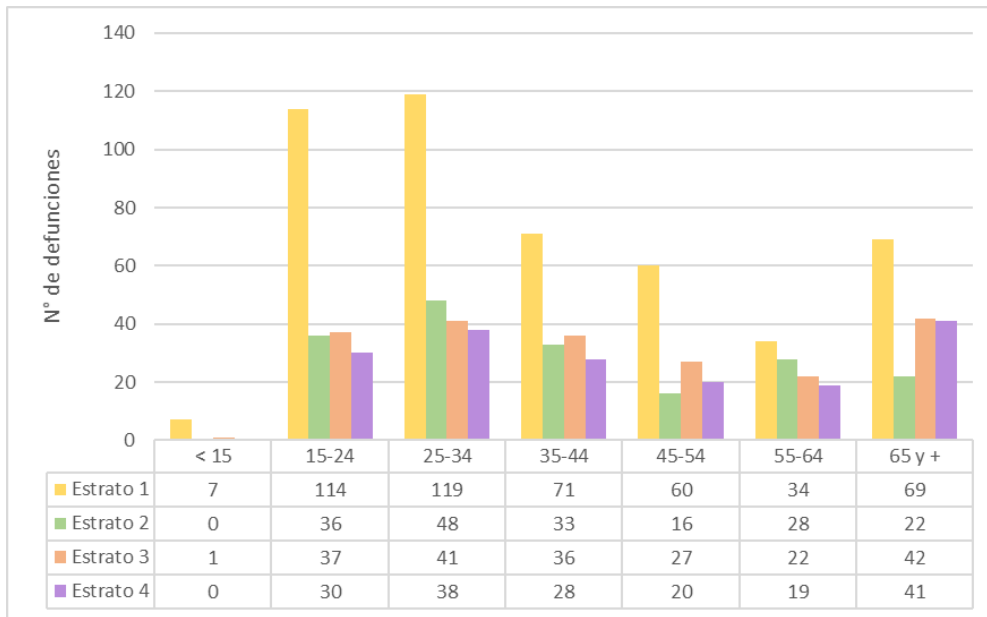
Tabla 16 - **Tasa ajustada por edad de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente. PBA y estratos. 2019**

Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa cada 100 mil hab.	4,4	7,5	6,9	5,7	5,5

Fuente: Dirección de Información en Salud – Ministerio de Salud – 2019 e INDEC 2010

Es importante destacar que, si se consideran las frecuencias absolutas del evento, el Estrato 1 presenta la cantidad de casos registrados más elevada, siendo a su vez, junto con el estrato 3, los únicos en los cuales se produjeron fallecimientos por lesiones autoinfligidas intencionalmente en menores de 15 años (con edades comprendidas entre los 12 y los 14 años) (Figura 8).

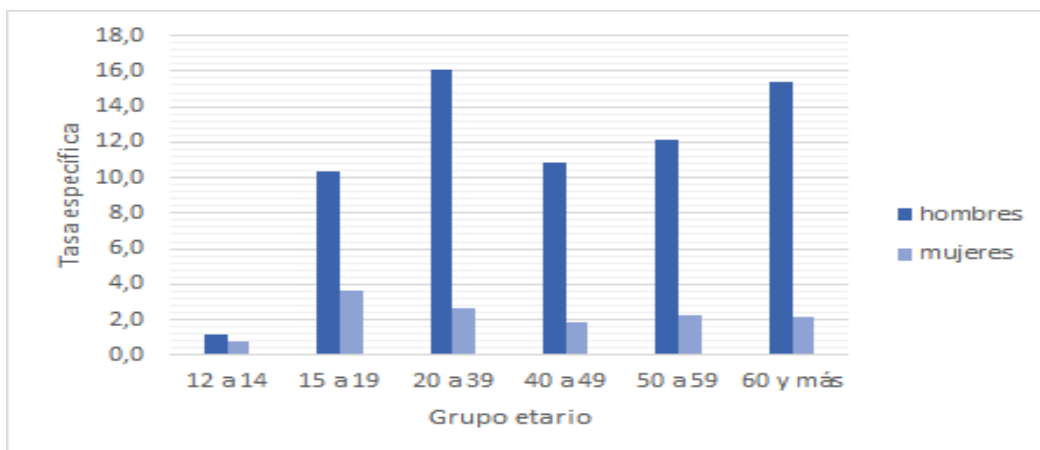
Figura 8 - **Cantidad de defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por grupo etario y estrato. Año 2019. Provincia de Buenos Aires.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

En la Figura 9 se muestran las tasas específicas de mortalidad, según sexo y edad, en la cual se observa que **los varones presentaban las tasas más elevadas, en todos los rangos etarios** (siendo los más elevados el grupo de 20 a 39 años de edad, seguido del de mayores de 60 años). **En el caso de las mujeres, las mayores tasas correspondieron al grupo de 15 a 19 años** (adolescentes), seguido del grupo de 20 a 39 años.

Figura 9 - **Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según edad y sexo. Año 2019. Provincia de Buenos Aires.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS



Las tasas específicas de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente fueron mayores en la edad de 20 a 39 años seguido de 60 años y más. Se destaca el estrato 2 con alta tasa de mortalidad en personas de 50 a 59 años (Tabla 17).

**Tabla 17 - Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo etario - PBA y estratos. 2019**

Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Infancias y adolescencias (0 a 19 años)	1,6	1,8	2,1	2,2	1,8
Adultos jóvenes (20 a 39 años)	7,7	13,1	11,2	9,8	9,4
Adultos medios (40 a 49 años)	4,5	8,6	8,0	8,2	6,3
Adultos maduros (50 a 59 años)	5,4	9,9	7,9	7,8	7,0
Adultos mayores (60 años o más)	6,5	8,5	8,9	9,5	7,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

En la tabla 18 (Tabla 18) se muestran las tasas específicas para los grupos etarios correspondientes a las adolescencias, en la cual se observa que, el Estrato 1 presenta la tasa más elevada en el rango etario de 10 a 14 años, en tanto que el Estrato 4 presenta la tasa más elevada en el grupo etario comprendido entre los 15 a 19 años.

**Tabla 18 - Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, en adolescencias - PBA y estratos.**

Tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, en adolescencias	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
10 a 14 años	0,8	0,0	0,5	0,0	0,6
15 a 19 años	6,0	7,5	8,5	9,0	7,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

Del total de los casos de fallecimientos por lesiones autoinfligidas intencionalmente registrados en la Provincia, el 84% correspondieron a personas del sexo masculino y el 16% a personas del sexo femenino. **La razón de tasas de mortalidad muestra que, a nivel provincial, por cada caso registrado en mujeres hay 5 casos en varones, siendo el Estrato 2 el que presenta la razón de tasas más elevada (por cada caso en mujeres se registraron 8 en varones).**

En la Tabla 19 se muestran los casos y las tasas según sexo y estrato. La tasa más elevada de mortalidad por suicidios se encuentra en el estrato rural de peores condiciones (estrato 2) y entre los varones.

Tabla 19 - **Indicadores de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según sexo y estrato. Año 2019. Provincia de Buenos Aires.**

Indicadores	Sexo	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
N° de casos	Mujeres	73	20	48	29	170
	Varones	413	165	162	150	890
Tasa específica de mortalidad	Mujeres	1,5	1,7	3,3	2,5	1,9
	Varones	8,4	14,8	12,0	12,9	10,4
Razón de tasa de mortalidad por causa específica, por sexo		5,8	8,6	3,6	5,2	5,4

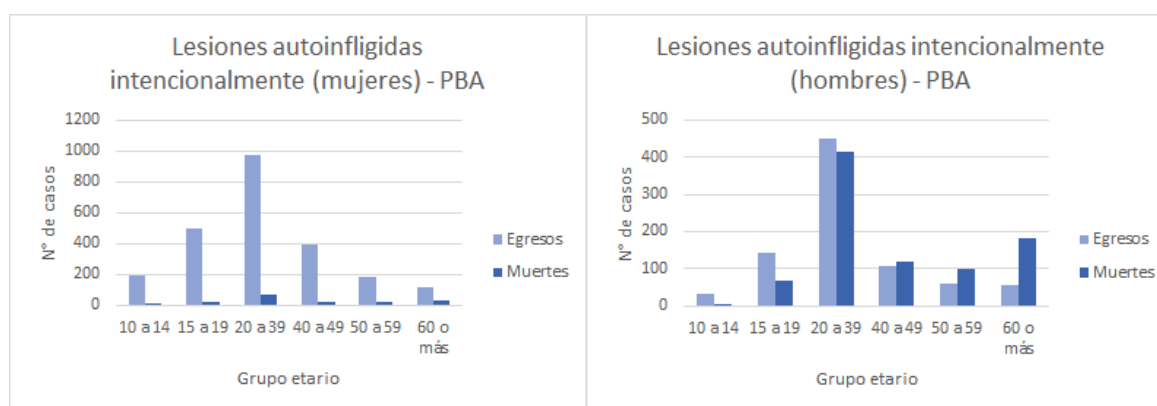
Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Información en Salud.

La distribución de la mortalidad y de los egresos hospitalarios, por lesiones autoinfligidas intencionalmente, debe complementarse con el análisis de la modalidad utilizada para consumar la lesión autoinfligida intencionalmente. En el caso de los eventos resultantes en fallecimiento, el uso de agentes externos presenta la mayor frecuencia (93%), a nivel provincial. Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE - 10), se define al *uso de agente externo* como la intervención de un agente externo para lograr la defunción (ahorcamiento o estrangulamiento, sofocación, uso de arma de fuego o uso de arma blanca). La modalidad "sin agente", representa el 6,2% de las defunciones por

lesión autoinfligida intencionalmente, a nivel provincial, las cuales refiere a la no intervención de un agente externo para lograr la defunción (caída intencional de un nivel a otro, colisión intencional con vehículos a motor, trenes o tranvías, aeronaves, exposición intencional a sustancias cáusticas o electrocución). Por último, el uso de un agente invasivo, que representa el 0,5% de las defunciones, incluye envenenamiento intencional por exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos, drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso, drogas, medicamentos y sustancias biológicas, alcohol, disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, plaguicidas y otros productos químicos y sustancias nocivas no especificadas.

En las Figura 10, se presentan la frecuencia de los fallecimientos por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según sexo, en comparación con la frecuencia de egresos hospitalarios por dicha causal. Se observa que, si bien el 84% de los fallecimientos correspondieron a varones, el 73% de los egresos hospitalarios corresponde a mujeres (2.352 casos en mujeres, de un total de 3.198).

**Figura 10 - Frecuencia de fallecimientos y de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según sexo. Año 2019. PBA.**

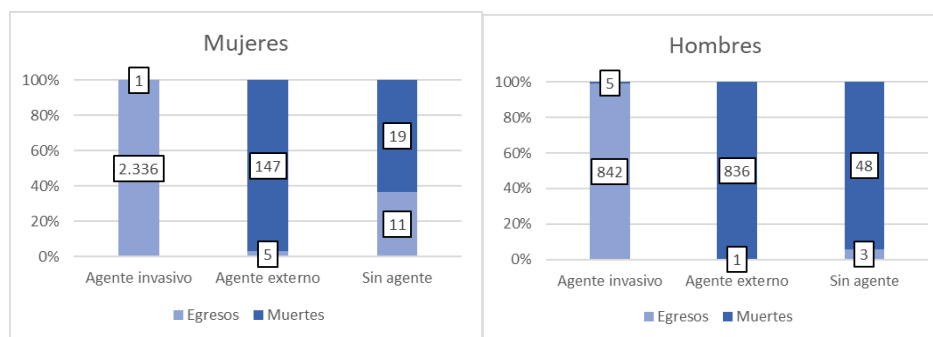


Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

**La modalidad utilizada para consumir la lesión autoinfligida intencionalmente se distribuye de forma asimétrica entre ambos sexos.** En las Figura 11 se muestran las modalidades utilizadas, en comparación entre lesiones terminadas en fallecimiento y lesiones terminadas en egreso hospitalario. Se puede observar que la modalidad empleada principalmente por las mujeres es el uso de un agente invasivo, en tanto que en los hombres es el uso de un agente invasivo o un agente externo en igual proporción. La letalidad de cada tipo de modalidad elegida podría

explicar la diferencia en la mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente en hombres y mujeres, como así también la cantidad de egresos hospitalarios en cada caso.

**Figura 11 - Frecuencia de fallecimientos y de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según sexo y modalidad de consumación de la lesión. Año 2019. PBA.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

### 3.8 Mortalidad asociada al uso de sustancias psicoactivas

En el año 2019, en la provincia de Buenos Aires, se registraron un total de 41 defunciones por uso de sustancias psicoactivas, de las cuales el 83% se debieron al uso de alcohol, el 12,2% al uso de tabaco y el 4,8% al uso de cocaína. El rango etario de las defunciones por uso de sustancias psicoactivas abarcaba de los 43 a los 93 años, y las mismas se presentan principalmente en personas de sexo masculino (83%).

Durante el año 2019 se registraron, a su vez, 148 defunciones en las cuales el consumo problemático de sustancias psicoactivas fue registrado como causa asociada al fallecimiento, de las cuales el 52% fue debido al uso de alcohol y el 43% al uso de tabaco.

## 4. MORBILIDAD

Los datos de morbilidad son reunidos principalmente de dos fuentes de datos: el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y los Egresos hospitalarios de la Dirección de Información en Salud, del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) es el sitio oficial a través del cual se denuncian los Eventos de Notificación Obligatoria (ENOs) enmarcados en la Ley 15.465. (Ley de notificación obligatoria de enfermedades). Los mismos poseen diferentes estrategias de vigilancia. Los hay de vigilancia agrupada, donde el

registro se realiza a través del efector que notifica los casos ocurridos en la población residente en la Provincia. La otra estrategia es la vigilancia intensificada y de notificación individual que implica el registro del domicilio del caso notificado. Cabe destacar que en el año 2020 se produjo una gran expansión del SNVS en el contexto de la pandemia de COVID 19 debido al gran número de usuarios incorporados al sistema, al mismo tiempo se produjo una focalización de la vigilancia epidemiológica en los eventos relacionados con COVID en detrimento de la notificación de otros ENOs. Esta característica se podrá ver reflejada en la disminución en la notificación durante el año 2020.

La Dirección de Información en Salud (DIS) elabora estadísticas de servicios de salud, de nivel de salud de la población y vitales y demográficas, facilitando la disponibilidad de datos actualizados para el diagnóstico situacional del área en sus aspectos sociodemográficos y sanitarios con el objetivo de aportar a usuarios de distintos organismos. La información de morbilidad proporcionada por la DIS arroja datos acerca de las principales causas de egreso hospitalario, en relación a otras variables de interés como lugar de residencia y grupos de edad.

Cabe resaltar que no en todos los eventos es posible disponer de los datos por lugar de residencia por lo cual limita la posibilidad de su análisis por estratos.

#### 4.1 Salud Mental

Se decide comenzar de manera premeditada con la descripción de la morbilidad en la Provincia, por el capítulo de la Salud Mental o de las problemáticas que afectan a la salud mental. En general, en informes como estos, siempre se inicia describiendo la morbilidad general, de enfermedades transmisibles y no transmisibles (presumiblemente biológicas) y luego se presentan las características particulares de la morbilidad. El título Salud Mental queda en esa agrupación. Con la intención de ser disruptivas en la organización del informe y generar la incomodidad de romper con el esquema tradicional, que alude a un modelo biologicista y hegemónico de concebir la salud, iniciamos este capítulo describiendo las características de estas problemáticas en la Provincia. La salud mental forma parte de la descripción de la salud general y no una parte específica separada del tronco general.

Específicamente en lo que refiere a los datos de morbilidad, se analizaron los egresos por lesiones autoinfligidas, así como los egresos con diagnósticos del capítulo V del CIE-10 referidos a los trastornos mentales y del comportamiento, realizándose un análisis específico de los debidos al uso de sustancias psicoactivas.

Los datos presentados se obtuvieron del análisis de fuentes secundarias sobre defunciones y egresos hospitalarios de la provincia de Buenos Aires, aportadas por la Dirección de Información en Salud, dependiente de la Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. De la base de egresos hospitalarios se analizaron los correspondientes a 257 efectores. A fin de poder contextualizar la información, se incluyen algunos datos de otras provincias para algunos indicadores, y a su vez se analiza la variación temporal de otros.

#### 4.1.1 Trastornos mentales y del comportamiento

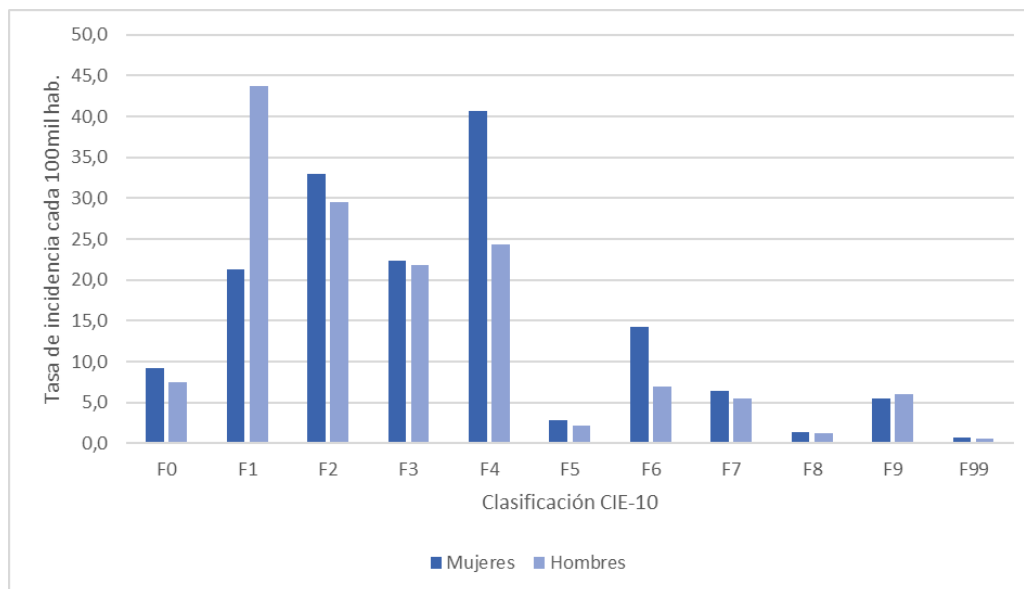
Se presenta un análisis de los diagnósticos, clasificados en el capítulo V del CIE-10, provenientes de los egresos hospitalarios de la red pública, con la finalidad de brindar una descripción general del estado de salud de la población de la Provincia, en relación a los padecimientos mentales. Los mismos son los clasificados según el CIE-10 corresponden a 11 grupos diagnósticos, de los códigos F0 a F99 de dicha clasificación:

- F0 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
- F1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- F2 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- F3 Trastornos del humor [afectivos]
- F4 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
- F5 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
- F6 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F7 Retraso mental
- F8 Trastornos del desarrollo psicológico
- F90–F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente
  - en la niñez y en la adolescencia
- F99 Trastorno mental no especificado.

Luego de presentar el estado general de dicha cuestión, se realiza un análisis más detallado de los padecimientos relacionados con el consumo problemático de sustancias psicoactivas y de las lesiones autoinfligidas intencionalmente. Cabe subrayar que, aunque existen datos sobre morbilidad en salud mental de población general para la República Argentina correspondientes al año 2015, no se cuenta con los datos desagregados para el territorio de la provincia de Buenos Aires.

En el año 2019, en la provincia de Buenos Aires se registraron un total de 25.408 egresos hospitalarios por las causales precitadas, de los cuales el 52% corresponden a personas del sexo femenino y el 48% a personas del sexo masculino. En la Figura 12 se muestran las tasas de incidencia por trastornos mentales y del comportamiento para cada diagnóstico, según sexo registrado, en el cual se observaba que los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F4) presentaban los valores más elevados en las mujeres (40,6 cada 100 mil habitantes), seguidos de los diagnósticos de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2), con una tasa del 33,9 cada 100 mil habitantes. En el caso de los varones, se presentaban las tasas de incidencia más elevadas en los diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (43,7 cada 100 mil habitantes), seguido de los diagnósticos de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (29,5 cada cien mil habitantes).

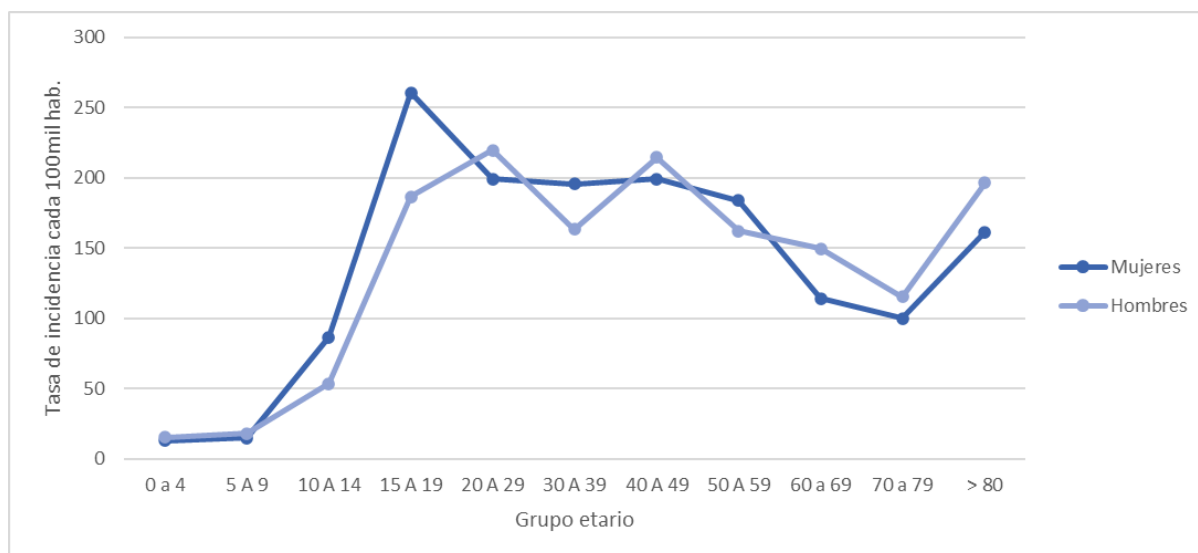
**Figura 12 - Tasa de incidencia de trastornos mentales y del comportamiento, según sexo y CIE-10. Año 2019. PBA.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

El análisis de los trastornos mentales y del comportamiento, según grupo etario, muestra que, en el caso de las mujeres, los grupos más afectados correspondían a las edades comprendidas entre los 15 a 19 años, seguido por el grupo de edad comprendido entre los 40 a 49 años, en tanto que, en el caso de los varones, el grupo más afectado es el de los 20 a 29 años, seguido del de mayores de 80 años (Figura 13).

Figura 13 - *Tasa de incidencia de trastornos mentales y del comportamiento, según grupo etario. Año 2019. PBA.*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

En la Tabla 20 se muestran los diagnósticos más frecuentes, al egreso hospitalario, según grupo etario.

Tabla 20 - *Porcentaje de primer y segundo diagnóstico al egreso hospitalario, según grupo etario. Año 2019. PBA.*

Grupo etario	1er diagnóstico	2do diagnóstico
0 a 4 años	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (50%)	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (13%)
5 a 9 años	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (44%)	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (12%)
10 a 14 años	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (48%)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (28%)
15 a 19 años	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (38%)	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (25%)
20 a 29 años	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (28%)	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (24%)
30 a 39 años	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (28%)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (21%)
40 a 49 años	Trastornos del humor [afectivos] (26%)	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (25%)
50 a 59 años	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (24%)	Trastornos del humor [afectivos] (21%)
60 a 69 años	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (20%)	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (19%)
70 a 79 años	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (32%)	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (24%)
80 años y más	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (40%)	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (25%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS.

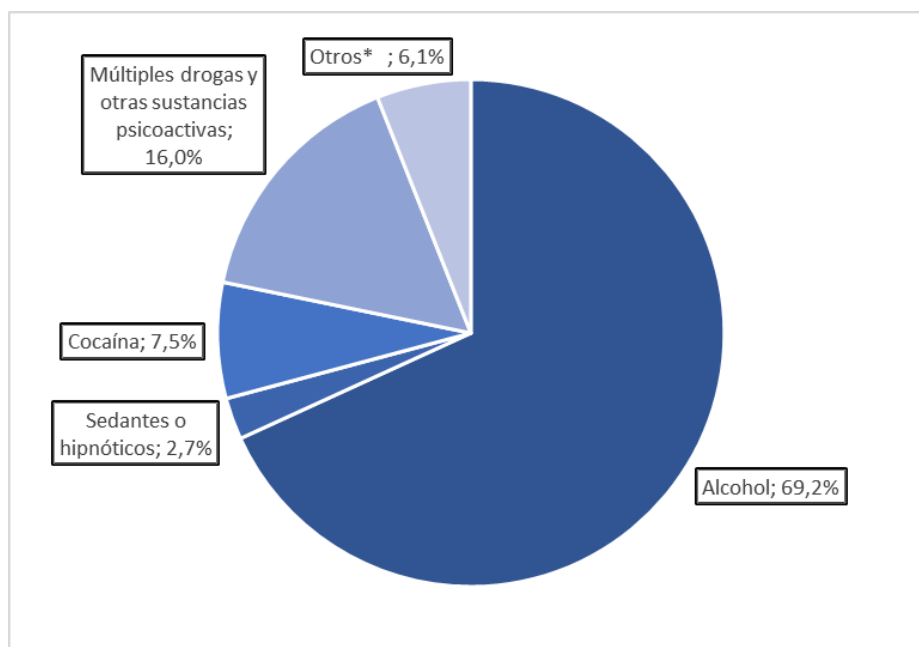


#### 4.1.2 Consumos problemáticos de sustancias psicoactivas

De la información suministrada por los egresos hospitalarios, se desprende que, en el año 2019, se registraron 5.602 egresos por uso de sustancias psicoactivas, en personas con edades comprendidas entre los 10 y los 93 años. Del total de egresos por dicha causal, a nivel provincial, el 66% correspondían a personas del sexo masculino.

En la Figura 14 se muestran los porcentajes de egresos hospitalarios por uso de sustancias psicoactivas, según tipo de sustancia, en el cual se observa que el uso de alcohol representaba el 69,2% de los egresos, seguido del uso de múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas (16%).

**Figura 14 - Porcentaje de egresos hospitalarios por consumo problemático de sustancias psicoactivas, según tipo de sustancia. Año 2019. PBA. N= 5.602**

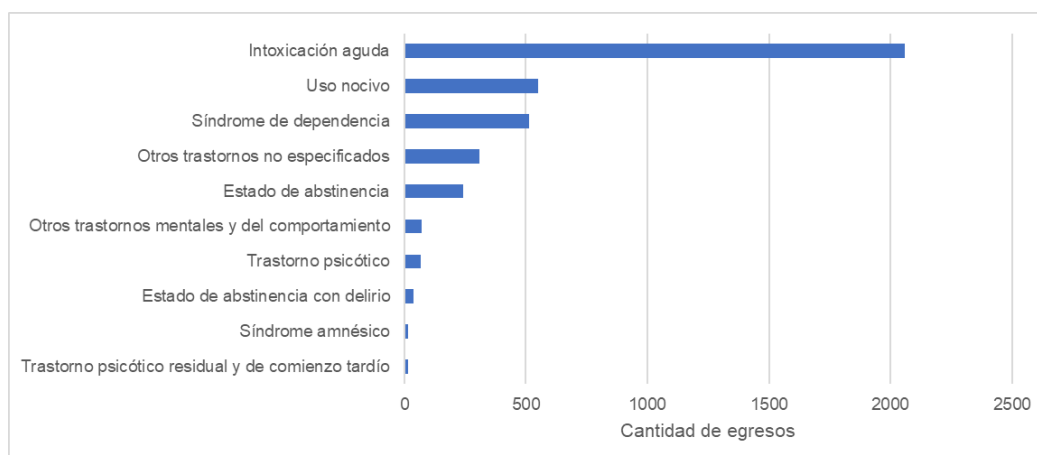


\*Se incluyeron en la categoría "Otros" aquellas clasificaciones cuyo porcentaje es menor a 2% (Opiáceos, cannabinoides, otros estimulantes incluidos la cafeína, tabaco, disolventes volátiles).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Información en Salud.

Los principales cuadros clínicos de egresos hospitalarios por uso de sustancias psicoactivas, fueron los de intoxicación aguda (59%), seguidos de los de uso nocivo (14%) y síndrome de dependencia (12%). En la Figura 17 se muestran las frecuencias de egresos hospitalarios, según cuadro clínico (Figura 15).

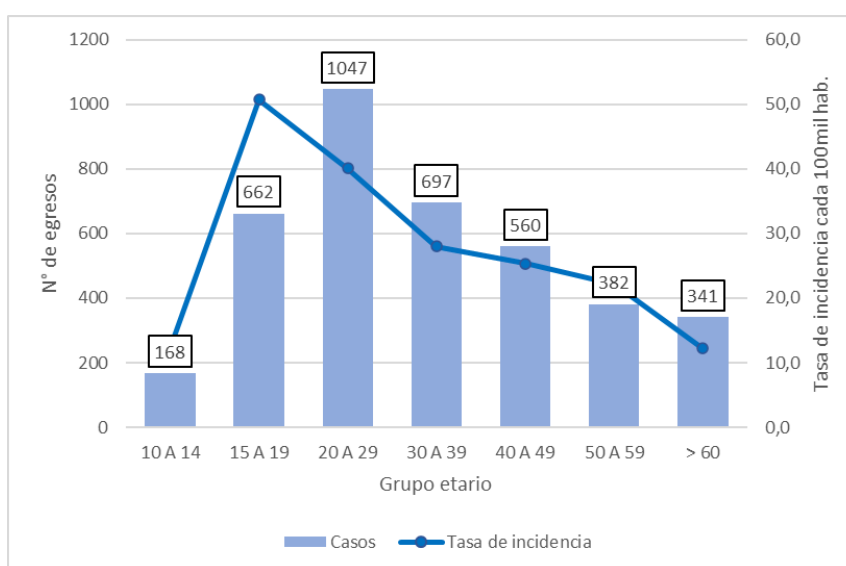
Figura 15 - **Frecuencia de egresos hospitalarios por consumo problemático de sustancias psicoactivas, según cuadro clínico. Año 2019. PBA**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Información en Salud.

En la Figura 16 se muestran las tasas de incidencia de egresos hospitalarios por uso de sustancias psicoactivas, por grupo etario, en la cual se observaba que las tasas de incidencia más altas correspondían al grupo etario comprendido entre los 15 y 19 años, seguido del de 20 a 29 años.

Figura 16 - **Frecuencia y tasa de incidencia de egresos hospitalarios por uso de sustancias psicoactivas, según grupo etario. 2019. PBA.**

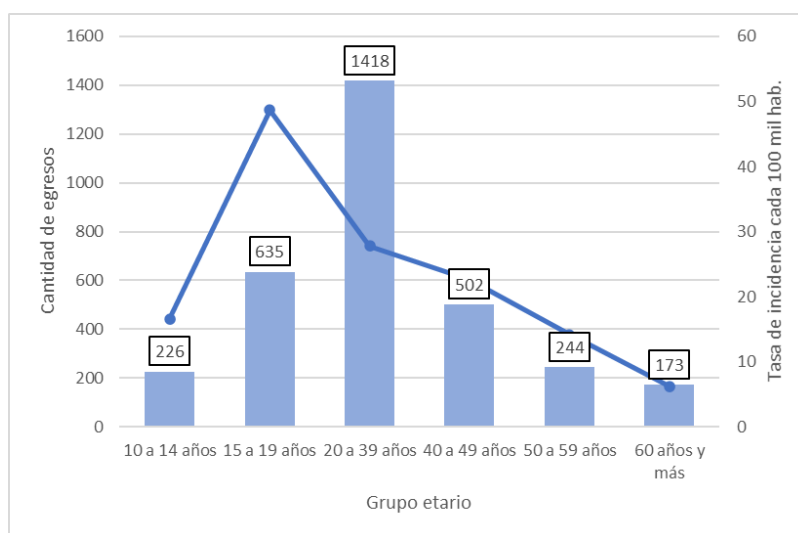


Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

### 4.1.3 Lesiones Autoinfligidas

Como se observa en la Figura 17 la tasa de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas va disminuyendo a medida que aumenta el grupo etario, para el total de la Provincia. La frecuencia de egresos hospitalarios más elevada correspondió al grupo de 20 a 39 años, en tanto que la mayor tasa de incidencia se observó en el grupo de 15 a 19 años.

Figura 17 - **Frecuencia y tasa de incidencia de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo etario. Año 2019. PBA.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

### 4.2 Aborto

La estrategia de acceso al aborto en el sistema de salud provincial contribuye a reducir las inequidades en salud, de género y socioeconómicas, porque mejora el acceso a la salud de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar. También reduce las inequidades en el acceso, porque amplía la puerta de ingreso al sistema de salud: la consulta por aborto constituye una oportunidad para acompañar situaciones de vulneración como son la falta de acceso a métodos anticonceptivos y situaciones de violencias, muchas veces invisibilizadas.

El aborto no es un evento excepcional en la vida de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, por el contrario, es una situación frecuente. Si se analizan los motivos por los cuales las mujeres en edad fértil egresan de un hospital, se observa que el aborto es segunda causa de egreso, siendo la primera parto y sus complicaciones. En la provincia de Buenos Aires se registran en los últimos años 15.000 egresos por año por este motivo, lo que confirma la magnitud de la práctica en el territorio provincial. Los egresos por

aborto representan, para el año 2019, el 5% del total de los egresos hospitalarios de las mujeres en edad fértil.

En diciembre de 2019 el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia es jerarquizado a Dirección dentro de la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud. En el mismo mes, con firma conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia se firmó el “Protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo<sup>5</sup>”, expresando la decisión de priorizar y consolidar una política sanitaria de acceso al aborto en el sistema de salud de la Provincia. En conjunto se hizo efectiva la primera compra de Misoprostol al Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), de producción pública, de Santa Fe, medicamento considerado esencial por los organismos internacionales para el acceso al aborto. Estos acontecimientos inauguran una etapa de priorización de las políticas de salud sexual y de la estrategia de acceso al aborto legal en todo el territorio provincial.

Desde principios del año 2020, para acompañar la política de acceso se creó el primer Registro Centralizado de prácticas de Interrupción Legal del Embarazo<sup>6</sup> (ILE) y uso de Misoprostol de la Provincia. En ese año se registraron 15.330 abortos, de los cuales el 93% se identificaron como ILE. La distribución de las mismas según estrato se presenta en la Tabla 21.

**Tabla 21 Cantidad y tasa de ILE por diez mil mujeres en edad fértil según estrato y total. PBA - año 2020**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Población de mujeres de 15 a 49 años	2.537.716	560.367	660.671	570.698	4.329.451
ILEs registradas 2020*	6.572	2.116	1.925	1.273	14.330
Tasa de ILE registradas cada 10.000 mujeres de 15 a 49 años	25,90	37,76	29,14	22,31	33,10

Fuente: Base de prácticas de ILE de la DPEGS. Ministerio de Salud de PBA, 2020.

<sup>5</sup> Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires, en el marco de la Ley Nacional N° 27.610

<sup>6</sup> Registro de prácticas de ILE de la DPEGS. Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Año 2020.

\*Hay 2.444 prácticas de ILE que no cuentan con el registro del municipio de residencia de la persona

La relación entre estratos y tasa de ILE registradas permitiría afirmar que **no existió una mayor cantidad de abortos en los municipios de peor situación socioeconómica, ya que es un evento que atraviesa todos los sectores sociales y poblacionales**. El registro provincial refleja la demanda atendida en el sector público, por lo tanto, no contempla aquellas prácticas resueltas en el sector privado (prepagas y obras sociales). Se puede analizar la tasa de ILE como un indicador de acceso al aborto dentro del sistema de salud público de la Provincia.

Resulta relevante destacar que el dato de prácticas registradas durante 2020 se contextualiza dentro del primer año de gestión de gobierno, con una decisión de priorizar la política sanitaria con perspectiva de género. Es de suma importancia para la gestión poder disponer de esta información, ya que posibilita conocer el estado de situación para la toma de decisiones en términos de gestión. El registro de la información es un proceso complejo que requiere ser sistematizado, por lo que probablemente aún se cuente con un subregistro en esta práctica.

En el año 2020, gracias a una política priorizada en materia de aborto que lo definió como práctica especial, a la disponibilidad gratuita del medicamento en el sistema público, al fortalecimiento de las capacitaciones y a la duplicación de la red de efectores que garantizan la práctica, se amplió el acceso de las interrupciones legales en todo el territorio de la Provincia, incluso en un contexto adverso como el de la pandemia por Covid-19.

#### 4.3 Morbilidad al egreso hospitalario

Los datos analizados son previos a la pandemia por COVID-19, por lo tanto, expresan un uso de la internación previo a la misma. En la pandemia se limitaron las consultas de enfermedades que no presentaban urgencias y por lo tanto cambió el perfil de los egresos. En la pos pandemia, se analizará si hubo un cambio en el perfil de internación como consecuencia de esta situación.

Se presentan los diagnósticos al egreso de hospitales provinciales en términos absolutos. Se observa en las internaciones, una mayor cantidad por embarazo, parto y puerperio, seguido de enfermedades respiratorias y traumatismos (Tabla 22) Se aclara que no se pudo obtener datos por municipio debido a que los egresos hospitalarios no figuraban con el municipio de residencia del usuario. Por este motivo, no se ha podido estratificar ni analizar tasas ajustadas de morbilidad.

Tabla 22 - **Diagnósticos al egreso hospitalario por capítulo de CIE-10 en Hospitales de la PBA**

CAPÍTULO - Egresos hospitalarios 2019	PBA
Embarazo, parto y puerperio	154.550
Enfermedades del sistema respiratorio	137.060
Traumatismos, envenenamientos	115.965
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos de laboratorio	114.936
Enfermedades del sistema digestivo	96.289
Enfermedades del sistema circulatorio	80.948
Enfermedades del sistema genitourinario	58.058
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	38.986
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	29.327
Enfermedades endocrinas, nutricionales..	29.178
Tumores	27.634
Enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo	27.074
Factores que influyen en el estado de salud	26.881
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	25.599
Trastornos mentales y del comportamiento	25.405
Enfermedades del sistema nervioso	13.871
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	11.290
Enfermedades del oído	4.248
Malformaciones	3.597
Enfermedades del ojo	3.380
Causas externas	338

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la DIS

Entre las mujeres menores de 14 años, la primera causa de egreso fue por enfermedades mal definidas, una segunda de enfermedades respiratorias y una

tercer de traumatismos y envenenamiento. Ente las mujeres en edad fértil, la primera causa es el embarazo, parto y puerperio, la segunda es mal definida, la tercera es por enfermedades del sistema digestivo y la cuarta por enfermedades del sistema urinario. Se observaba como quinta causa los traumatismos y envenenamiento y otras consecuencias de causas externas (Tabla 23).

Tabla 23 - *Diagnóstico en mujeres según grupo etario al egreso hospitalario por capítulo de CIE-10 en hospitales de la PBA.*

CAPÍTULO - Egresos hospitalarios 2019	10-14 años	15-49 años
Embarazo, parto y puerperio	660	153.607
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos de laboratorio no clasificados en otra parte	2.814	29.421
Enfermedades del sistema digestivo	1.831	28.664
Enfermedades del sistema genitourinario	920	22.599
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2.588	19.466
Enfermedades del sistema respiratorio	2.777	11.695
Trastornos mentales y del comportamiento	567	8.846
Enfermedades del sistema circulatorio	192	8.583
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	580	8.051
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.213	6.969
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	357	6.454
Tumores(neoplasias)	210	5.652
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	963	4.921
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	422	3.629
Enfermedades del sistema nervioso	373	3.219

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos que afectan el mecanismo de la inmunidad	246	2.456
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	117	907
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	103	474
Enfermedades del ojo y sus anexos	43	253
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	5	92
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Información en Salud.

#### 4.4 Eventos de Notificación Obligatoria agrupada- clínica

El formulario de notificación agrupada del SNVS 2.0 permite registrar información cuya modalidad de vigilancia ha sido definida como agrupado semanal numérica. Se utiliza para eventos en los que es necesario monitorear la tendencia general en el tiempo y detectar cambios en el patrón de ocurrencia para llevar a cabo acciones más generales, poblacionales y no necesariamente inmediatas. Puede ser o no complementaria de la estrategia de notificación nominal. Este registro permite recopilar información numérica por grupo de edad y semana epidemiológica para diferentes eventos respecto de consultas clínicas. Dentro de los Grupos de eventos de notificación obligatoria (ENOs) agrupada se encuentran: Enfermedades de Transmisión Sexual, Gastroentéricas, Inmunoprevenibles, Lesiones por causas externas y Respiratorias. Respecto a los Eventos Inmunoprevenibles se realizará un análisis particular en otro apartado tomando como referencia la notificación nominalizada.

En el período estudiado, 2016-2020 fue analizada una caída importante en las tasas de notificación de todos los eventos de manera general (Ver tabla 24). Esta situación debe ser evaluada en el contexto de pandemia por la COVID-19, la que pudo haber impactado en la disminución de casos por las medidas preventivas de salud pública implementadas en el nivel poblacional (restricción de movilidad de personas y aumento de hábitos de higiene como consecuencia del miedo al contagio), o bien, en una disminución de la sensibilidad de la vigilancia de los eventos no relacionados a COVID-19.

*Entre los años 2016 y 2020 pudo verse una disminución de los accidentes del hogar, en términos absolutos, de los accidentes sin especificar y los viales, sin embargo, el*



año 2020 podría estar teniendo el sesgo de la pandemia. Lo mismo ocurre con las Diarreas notificadas. En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, la secreción genital en mujeres y varones aumentó hasta el 2019 donde después, en el año 2020, disminuye. El diagnóstico de sífilis viene en aumento en los años en estudio y desciende llamativamente en el año pandémico. Lo mismo ocurre con la sífilis temprana en ambos sexos. Este año no debería ser un parámetro de comparación ya que se ha expresado que, con la pandemia, ha habido disminución del diagnóstico y tratamiento de enfermedades. No obstante, se plantea la inquietud del aumento de estas problemáticas y la disminución de la detección durante este periodo y la necesidad de reforzar el diagnóstico una vez que los casos de COVID-19 comenzaron a descender. Entre las inmunoprevenibles, se observa, en la serie histórica, un leve aumento de las parotiditis y disminución de la varicela. Las enfermedades respiratorias venían en descenso en sus tasas por cien mil en la Provincia (Tabla 24).

Tabla 24 - **Tasas por 100.000 habitantes. Eventos de Notificación Obligatoria agrupada clínica. Provincia de Buenos Aires. Años 2016-2020**

Grupos de eventos	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Lesiones por causas externas</b>					
Accidentes Del Hogar	1.793,91	1.691,25	1.131,65	1.014,84	680,49
Accidentes Sin Especificar	511,47	483,80	480,65	542,39	291,90
Accidentes Viales	291,75	290,43	227,38	195,76	103,65
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>					
Secreción Genital En Mujeres	15,23	29,95	28,87	28,98	19,34
Secreción Genital Purulenta En Varones	2,06	2,48	3,36	2,97	1,73
Secreción Genital s/e en Varones	2,02	3,25	3,94	4,58	1,74
Sífilis s/e Mujeres	15,74	30,63	64,86	74,95	17,43
Sífilis s/e Varones	10,53	19,68	54,01	61,22	14,02
Sífilis Temprana Mujeres	9,35	12,72	13,27	13,67	9,57
Sífilis Temprana Varones	9,55	9,05	9,07	7,48	5,31

<b>Inmunoprevenibles</b>					
Parotiditis	10,74	13,13	12,62	13,52	8,43
Varicela	175,72	167,76	85,81	85,67	11,84
<b>Respiratorias</b>					
Bronquiolitis < 2 Años	21.532,53	18.919,40	14.161,86	14.455,07	1.452,24
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	2.074,99	1.888,39	1.107,07	1.096,45	426,56
Neumonía	313,25	264,57	189,35	195,02	46,73

FUENTE: SNVS 2.0. Dirección FUENTE: SNVS 2.0. Dirección de Epidemiología y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

#### 4.5 Eventos Inmunoprevenibles de notificación nominal priorizados

Los eventos inmunoprevenibles son aquellas enfermedades prevenibles mediante vacunación. Para el presente informe se seleccionaron las siguientes enfermedades inmunoprevenibles: Coqueluche, Sarampión, Meningoencefalitis y Poliomielitis. Para ellas, se compararon el total de casos y las tasas de notificación del año 2019 y 2020, en el total de la provincia de Buenos Aires.

La vigilancia epidemiológica de sarampión se realiza a través de la notificación en el SNVS 2.0 del evento Enfermedad Febril Exantemática (EFE). La de Poliomielitis es la enfermedad y lo que se vigila es el evento Parálisis Fláccida Aguda en menores de 15 años (PAF <15) cuya posible causa es la poliomielitis. La Meningitis se vigila dentro del evento Meningoencefalitis<sup>7</sup>.

De manera general vemos que, tanto la cantidad de casos como la tasa de notificación de los eventos priorizados, se vieron disminuidas en el año 2020 respecto al 2019 (tabla 26). Este dato debe interpretarse en el marco de la pandemia por COVID-19 del año 2020 y el impacto que pudo haber tenido en la disminución de casos de enfermedades infecto contagiosas (por las restricciones de circulación de la población) y/o en la subnotificación de eventos no relacionados a COVID.

Dentro de las enfermedades inmunoprevenibles se destaca el total de casos de sarampión en los años 2019 y 2020, debido a un brote registrado desde comienzos de septiembre de 2019 en Argentina. Los casos confirmados afectaron a la

<sup>7</sup> Para analizar las meningitis producidas por agentes inmunoprevenibles se contabilizaron como casos las siguientes: meningoencefalitis bacteriana (*Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*), Meningoencefalitis viral (Otros agentes, *Urliana*). Para la tasa de notificación se tuvieron en cuenta la totalidad de las sospechas de meningoencefalitis.

provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las estrategias de control de brote adoptadas contribuyeron positivamente en el periodo de brote y su control (Tabla 25).

**Tabla 25 - Casos confirmados y tasas de notificación por 100.000 habitantes de Eventos Inmunoprevenibles de notificación nominal. Provincia de Buenos Aires. Año 2019-2020**

Eventos inmunoprevenibles	2019		2020	
	Casos	Tasa notificación	Casos	Tasa notificación
<b>Coqueluche</b>	178	8,51	40	1,08
<b>Sarampión</b>	86	10,62	64	5,86
<b>Meningoencefalitis</b>	199	2,34	77	1,05
<b>Poliomielitis</b>	0	1,13	0	0,92*

Nota: se calculó sobre la población de < de 15 años.

FUENTE: SNVS 2.0. Dirección de Epidemiología y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

#### 4.6 Dengue

El comportamiento del dengue en Argentina es epidémico, y la ocurrencia de casos se restringe a los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo), en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes.

En la provincia de Buenos Aires desde el 2016 al 2020 circularon los serotipos DEN 1, DEN 4 y DEN 2. Es importante considerar los serotipos que circulan debido a que las probabilidades de contraer dengue grave son mayores cuando circula más de uno.

El primer brote con casos autóctonos se registró en el año 2009 y en los años 2016 y 2019 se detectaron brotes de casos autóctonos de mayores magnitudes. La positividad en el brote del año 2016 fue de 59,9% y en el año 2020, de 49,9. Este último fue el mayor brote registrado en la Provincia con más de 13.000 casos notificados. Aunque el estrato 1 se registraron la mayor cantidad de casos positivos de dengue porque está representado principalmente por municipios del AMBA, las mayores tasas de incidencia se presentaron en el estrato 4 (Tabla 26).

Tabla 26 - **Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de Dengue en el periodo 2016-2020 según los estratos. Provincia de Buenos Aires.**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasas por cien mil habitantes	58	44	63	79	60

Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Epidemiología y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Se observa en el estrato 1 que fue donde ocurrieron la mayor cantidad de casos, no obstante, las tasas lo ubican como tercero, debido a la cantidad de habitantes. Los mayores brotes son al inicio del año y hubo entre el primer y segundo brote, cuatro años de diferencia (Figura 18).

Figura 18 - **Cantidad de casos positivos totales por semana epidemiológica y por estratos. Año 2016- 2020. Provincia de Buenos Aires.**



Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Epidemiología y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

#### 4.7 Enfermedades Crónicas: Diabetes

Cabe destacar que el dato de residencia de las personas diagnosticadas corresponde a la localidad del efector, es decir que la división por estratos en este caso se basa en la distribución de los casos por los centros de diagnóstico provinciales.

La provincia de Buenos Aires desde el año 2016 al 2021 ha diagnosticado un total de 90.388 casos de diabetes, los mismos han mostrado mayor incidencia en el

estrato 2 que se relaciona con una situación social de vulnerabilidad urbana. (Tabla 27)

**Tabla 27 - Tasa de incidencia de diabetes cada cien mil habitantes - Total PBA - 2016-2021**

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa de incidencia de Diabetes cada 100.000 habitantes	49	61	54	54	52

Fuente: Programa Prodiaba. Dirección provincial de Enfermedades crónicas no transmisibles

Entre los años 2016 y 2021 en la provincia de Buenos Aires se han diagnosticado 10.585 casos de diabetes tipo I, 73.518 casos de diabetes tipo II y 6.283 de diabetes gestacional. (Tabla 28)

**Tabla 28 - Tasa de incidencia cada 100.000 habitantes por tipo de diabetes - Total PBA - 2016-2021**

Diabetes	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Tasa de Incidencia de Diabetes Tipo I	54	68	67	77	61
Tasa de Incidencia de Diabetes Tipo II	405	512	437	404	423
Tasa de Incidencia de Diabetes Gestacional	33	26	40	55	36

Fuente: Programa Prodiaba. Dirección provincial de Enfermedades crónicas no transmisibles

#### 4.8 Tuberculosis

En la provincia de Buenos Aires, se observa que la notificación de casos de tuberculosis ha ido en aumento entre 2015 y 2019 (Tabla 29).

Tabla 29 - **Casos de tuberculosis según años - Total PBA - 2015-2019**

Año del diagnóstico	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
2015	3.188	628	651	438	4.905
2016	3.374	706	579	455	5.114
2017	3.720	687	620	439	5.466
2018	3.902	618	587	492	5.599
2019	4.331	575	705	441	6.052

Fuente. Programa de Tuberculosis. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Entre los años 2016 a 2019 se registraron 8.343 nuevos casos con TBC. El estrato 1 presenta la mayor cantidad de casos registrados en cada año, sumando un total de 5.345 casos (64,1%) en el periodo de 4 años del total de los casos de la provincia de Buenos Aires (Tabla 30).

Tabla 30 - **Casos y tasas de TBC en el período 2016-2019 en la PBA**

Tuberculosis - PBA	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Casos	5.345	1.179	1.075	744	8.343
Tasas por cien mil habitantes	53,76	52,02	38,96	31,16	48,07

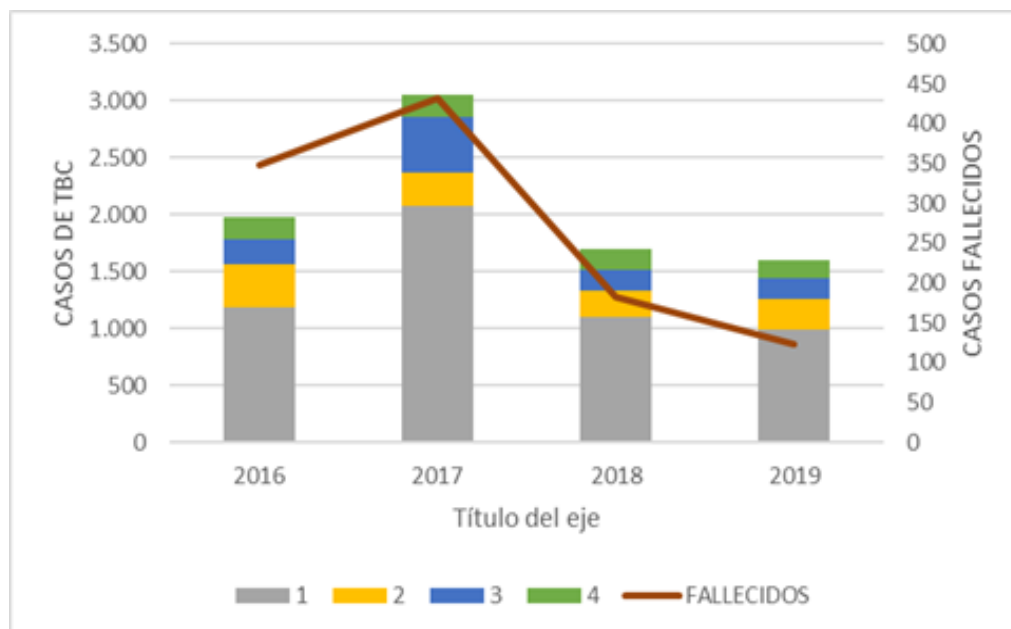
Fuente. Programa de Tuberculosis. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

En el periodo seleccionado terminaron el tratamiento unas 11.068 personas correspondiendo al 40,8% del total de casos notificados, fallecieron 836 casos (3,1%), perdieron el seguimiento de los casos 2.752 casos (10,1%) y fueron trasladados 1.281 (4,7%).

Se considera a los casos de pérdida de seguimiento, fracaso y fallecimientos como casos de no éxito. El estrato 1 presenta un total de 2.548 casos de no éxito en el

periodo de 5 años, que representa el 13,8% de los casos notificados con residencia en esos municipios. (Figura 19)

Figura 19 - **Casos totales de TBC Y fallecidos según los estratos clasificados. Año 2016-2019. Provincia de Buenos Aires.**



Fuente. Programa de Tuberculosis. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

#### 4.9 Transmisión vertical

Se denomina *“transmisión vertical”* a la transmisión de una infección u otra enfermedad de una persona gestante al feto/bebé<sup>8</sup>. La transmisión puede ser congénita cuando ocurre durante el período embrionario o fetal, perinatal, o postneonatal.

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asumen el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno infantil -a través de la iniciativa “ETMI Plus”- de la infección por el VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B (VHB), como problemas para la salud pública<sup>9</sup>.

Toda persona gestante o recién nacida con sospecha de tener una infección de transmisión vertical y se encuentre bajo vigilancia (Chagas, sífilis, hepatitis, VIH,

<sup>8</sup> Ministerio de salud <https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/embarazo-parto-puerperio/embarazo/transmisionvertical>

<sup>9</sup> <https://www.paho.org/es/temas/eliminacion-transmision-maternoinfantil-infeccion-por-vih-sifilis-enfermedad-chagas-congenita>

rubéola) debe ser notificada en SNVS 2.0 en forma nominal e inmediata, con el objetivo de garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportunos. Con una detección temprana de estas infecciones, es posible reducir la transmisión gestacional.

#### 4.9.1 Sífilis

Entre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) la sífilis es una de las más frecuentes, con un aumento significativo de la incidencia en la última década en el país.

La mayor preocupación que genera para la salud pública es su capacidad de transmisión de una persona gestante infectada al bebé, lo que puede originar elevadas tasas de morbimortalidad durante los períodos embrionario/fetal, perinatal o infantil. Si se diagnostica y trata en forma oportuna, se pueden prevenir consecuencias como abortos, muerte fetal y discapacidades en recién nacidos.

La OPS/OMS establece como meta reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 o menos por 1.000 nacidos vivos. Para alcanzar estas metas, debe llegarse a una cobertura de atención prenatal (al menos una consulta) igual o superior al 95% y debe tratarse el 95% o más de las embarazadas con sífilis.

Si bien existen estrategias eficaces para la prevención de la transmisión perinatal, en nuestro país el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) viene registrando un aumento de sífilis en la población general, en embarazadas y de sífilis congénita en los últimos años. Este aumento se debe en parte a una mejora en el reporte, pero sobre todo a un aumento de la incidencia.<sup>10</sup>

Según el Boletín N° 37 de Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina, la Tasa de sífilis congénita en la provincia de Buenos Aires en 2019 fue de 1,31 cada 1.000 nacidos vivos<sup>11</sup>.

A partir del aumento de casos de sífilis en la región en los últimos años, la provincia de Buenos Aires desarrolló una estrategia de diagnóstico con test rápido para sífilis

<sup>10</sup><https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>

<sup>11</sup> Por su parte, la Dirección de Prevención de VIH, ITS y hepatitis virales del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires realizó un análisis minucioso de este evento, articulando las dos fuentes más importantes de notificación de sífilis gestacional y congénita -SNVS 2.0 y el Sistema de información perinatal (SIP)-. Para el año 2019 se registraron en la PBA 6.806 casos de sífilis en gestantes (SG), lo cual se corresponde con una tasa de 37 casos de SG por 1.000 nacidos vivos.

En cuanto a sífilis congénita (SC), la tasa fue de 18 casos cada 1.000 NV, considerando las notificaciones en el Sistema de Información Perinatal (SIP) y SNVS 2.0. En SIP se identificaron 2.452 niños expuestos con alto riesgo de tener sífilis congénita (personas gestantes con una prueba positiva de VDRL durante su embarazo y tratamiento inadecuado, sin tratamiento o sin datos, y también aquellos niños con una prueba positiva de VDRL al nacer), y en SNVS 2.0 se notificaron 804 niños notificados con sífilis congénita. Para el análisis de SC no fue posible detectar casos duplicados en ambos sistemas de registro, por lo que el dato podría estar sobreestimado.



y tratamiento con penicilina en el primer nivel de atención. El objetivo es promover el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de sífilis en personas gestantes y con capacidad de gestar y sus parejas sexuales, como política pública para la disminución de la sífilis materna y congénita en el territorio provincial<sup>12</sup>.

Además, considerando la situación epidemiológica actual se propuso a partir de junio de 2020 la utilización de pruebas rápidas de sífilis en maternidades de la Provincia, con el objetivo de multiplicar las puertas de entrada para el diagnóstico y tratamiento. Esta estrategia busca sensibilizar y poner en agenda la temática de ITS dentro de la atención en maternidades bonaerenses.

#### 4.9.2 Chagas

La enfermedad de Chagas es un evento de salud históricamente desatendido; ha sido un problema de salud pública en las regiones endémicas por transmisión vectorial (provincias del NOA y NEA de Argentina y Países limítrofes), y en la actualidad por las migraciones y otras vías de transmisión, la enfermedad se ha “urbanizado”.

En Argentina, el Chagas congénito es la forma de infección aguda que produce el mayor número de casos notificados anualmente. El diagnóstico oportuno durante el control prenatal permite el acceso al tratamiento precoz de las personas recién nacidas, con un impacto de curación de prácticamente un 100%.

Diferentes leyes nacionales y provinciales establecen el estudio de toda mujer embarazada, recién nacidos de madres positivas y el seguimiento y estudio de la madre y el niño hasta el año de vida.

En la iniciativa ETMI Plus de OPS se establecen como metas programáticas para el abordaje de Chagas gestacional y congénito<sup>13</sup>:

- Aumentar a un 90% o más el tamizaje de las embarazadas.
- Aumentar a un 90% o más el tamizaje de los recién nacidos de madres seropositivas.
- Aumentar a un 90% o más el tratamiento de las madres seropositivas.

El Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria define como caso sospechoso de Chagas congénito a todo recién nacido, hijo de madre con serología positiva para Chagas. Para estimar el número de casos sospechosos se tiene en cuenta el número de personas gestantes con serología para Chagas positiva por dos técnicas.

<sup>12</sup>[https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/salud\\_presentar%C3%A1\\_la\\_%E2%80%9Cestrategia\\_de\\_intervenci%C3%B3n\\_para\\_la\\_prevenci%C3%B3n\\_de\\_la](https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/salud_presentar%C3%A1_la_%E2%80%9Cestrategia_de_intervenci%C3%B3n_para_la_prevenci%C3%B3n_de_la)

<sup>13</sup> <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34306/OPSCHA17009-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Por su parte, se define como caso confirmado de Chagas congénito:

- Hasta los 9 meses de edad: con observación directa del parásito (caso confirmado de Chagas congénito por examen parasitológico)
- 10 meses o más: 2 técnicas serológicas diferentes positivas y que una de ellas sea ELISA o IFI. (caso confirmado de Chagas congénito por serología).

Durante el año 2019 se notificaron en Provincia de Buenos Aires 919 personas gestantes estudiadas que presentaron un resultado positivo para Chagas (667 en SIP y 252 en SNVS 2.0). A su vez, en SNVS 2.0 se notificaron al evento "Chagas agudo congénito" 344 niños y niñas. De los casos notificados, solo el 24,7% estaban correctamente estudiados y diagnosticados; de los cuales 10 fueron confirmados.

Durante el año 2020 se notificaron en SNVS 2.0 al evento "Chagas agudo congénito" 139 niños y niñas, de los cuales solo el 13,6% estaban correctamente estudiados y diagnosticados, entre ellos 9 confirmados para la enfermedad.

---

**En síntesis**, a partir de la información recopilada y sistematizada se podría concluir que la mortalidad en la provincia presenta una tasa mínimamente superior a la de Argentina para ese mismo año, que era de 7,6 cada mil habitantes.

Las mujeres en edad fértil tuvieron una tasa de mortalidad bruta superior a la bruta de mortalidad general y se observa que, en la zona más desfavorable, las tasas fueron mayores.

La mortalidad definida como materna en el último año analizado, fue mayor en la zona más desfavorecida y al analizarla por decenio, se obtiene la misma conclusión. Se observan inequidades en la mortalidad definida como materna en la provincia de Buenos Aires ya que cuanto peores condiciones sociales, mayor es la tasa/razón.

En cuanto a los niños menores de un año, también se observan las mismas inequidades, ya que los niños que viven en sectores más desfavorecidos tienen una tasa de mortalidad infantil mayor que los demás.

La principal causa de muerte, entre la población de la Provincia, fueron las enfermedades circulatorias, seguidas por las respiratorias y tumores y fueron observadas inequidades de género y sociales.

Dentro de las muertes por causas externas también ha sido observado un patrón ligado a las determinaciones sociales y al género; en el sector de peor situación social existe mayor tasa de homicidios mientras que en el de mejor situación mayor tasa de suicidios y accidentes.

Dentro de las lesiones autoinfligidas intencionalmente o suicidios, se ha podido observar que la tasa viene descendiendo desde el año 2009 y que afecta mayoritariamente a jóvenes y varones. La mortalidad asociada al consumo de sustancias psicoactiva tiene el mismo patrón masculino, aunque en edades más avanzadas y fundamentalmente bajo el consumo de alcohol.

En cuanto a la morbilidad en salud mental, se observa una leve mayoría de mujeres por sobre varones. Los principales problemas relevados son los trastornos neuróticos, los relacionados con el stress y la somatización de circunstancias emocionales. Le siguen las psicosis y en los varones el consumo de sustancias psicoactivas. Las mujeres padecieron estos trastornos en edades tempranas (adolescencia) o en momentos de madurez (40 -49 años) mientras que los varones lo sufrieron como adultos jóvenes (20 a 29) o cuando ya pertenecen al grupo de adultos mayores (80 años). En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol se encontraba en el primer lugar seguido de uso de múltiples drogas y se ha observado un consumo predominante en varones. El intento de suicidio sucedió predominantemente en adolescentes.

La estrategia de acceso al aborto en el sistema de salud provincial mejora el acceso a la salud de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar y constituye una oportunidad para acompañar situaciones de vulneración como la falta de acceso a métodos anticonceptivos y situaciones de violencias. El derecho al aborto introduce en el sistema de salud la oportunidad de construir otros modos de atención, en donde el deseo, la voluntad y las decisiones de las personas sean el eje de acompañamiento. La consecuencia más dramática de que no se garantice es la muerte definida como materna; en el decenio 2010-2019 hubo 180 muertes por aborto en personas gestantes en la provincia. Se ha podido constatar que en todos los estratos se han realizado abortos seguros en instituciones de salud y la mayor cantidad en relación a la población en edad fértil fue en el estrato 2.

En cuanto a la morbilidad del egreso hospitalario se observa que la mayor cantidad es por mujeres que se internan como consecuencia del embarazo o parto seguido de enfermedades respiratorias y traumatismos. Entre las mujeres menores de 14 años abundan los problemas respiratorios, traumatismos y envenenamientos.

En el periodo entre 2016 y 2020 se produjo una caída de las tasas de enfermedades de notificación obligatoria general, aunque el hecho de la pandemia durante el año 2020 cambio el escenario de demanda de servicios hospitalarios para otras patologías que no fueran COVID-19. En ese período hubo una disminución de accidentes y lo mismo ocurrió con las diarreas, las enfermedades de transmisión sexual y entre ellas la sífilis. La varicela, las respiratorias también bajaron las tasas.

Esta situación alerta para un análisis más detallado que muestre el grado de disminución de la demanda y las tasas de incidencia/prevalencia.

Los eventos inmunoprevenibles disminuyeron en el año 2020 y llama la atención la disminución de sarampión después de un brote en el año 2019.

El dengue se ha instalado como problema epidemiológico en la provincia. Ya han circulado tres de cuatro serotipos y esto alertaría para el riesgo de dengue grave. En el año 2020 fue registrado el mayor brote histórico en la PBA. Las mayores tasas de incidencia se ubicaron en el sector de mejores condiciones sociales.

Las enfermedades crónicas poseían el problema de registro por residencia del efector entonces no se puede analizar teniendo en cuenta el estrato de residencia de la persona que la padece. La diabetes fue atendida, en su mayoría en el estrato de peores condiciones sociales y rural (estrato 2).

Los casos de tuberculosis fueron aumentando a lo largo de los últimos años y se observa que en el sector de peores condiciones existe la tasa más alta.

Preocupa la sífilis ya que viene aumentando significativamente la incidencia en el país y el Chagas. Se alerta para mejorar los sistemas de registro y notificación de los mismos ya que dificultan los análisis para determinar desigualdades/inequidades.

Se perciben dificultades en el registro y notificación de estos eventos de salud, principalmente debido a que coexisten distintos sistemas de registro que no se cruzan, lo que genera dificultades para el análisis de los datos.

Resulta de suma importancia que estas enfermedades sean visibilizadas y atendidas, priorizándose su detección, registro, tratamiento y seguimiento para lograr alcanzar las metas provinciales y regionales establecidas.



# TERCER APARTADO

LOS RECURSOS DE SALUD CON LOS QUE CUENTA  
LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## 5. RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL

Los recursos del sistema de salud están conformados por todo el recurso físico humano y material que utiliza el sector para garantizar el derecho a la atención de la salud de la población. Estos recursos pertenecen a las estructuras hospitalarias y de centros de salud, y a los procesos de producción de las respuestas a las enfermedades.

En la provincia de Buenos Aires existen 9.415 establecimientos de salud, de los cuales el 62% pertenece al sector privado (Tabla 31)

*Tabla 31 - Frecuencia y distribución porcentual de establecimientos de salud según origen de financiamiento. Provincia de Buenos Aires. Año 2021*

Origen de financiamiento	Frecuencia	Porcentaje
Privado	5834	62
Público	3581	38
<b>Total</b>	<b>9.415</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Federal de Establecimiento de Salud. Sistema Integrado de Información Sanitaria

El 29% de los establecimientos de salud cuentan con internación, sumando un total de 33.803 camas disponibles (si bien se trata de un número dinámico ya que no siempre figuran las mismas como operativas), siendo las declaradas de casi 40.000. Del total de camas disponibles, el 61% es de dependencia pública. (Tabla 32).

**Existen 1,9 camas cada mil habitantes entre los tres subsectores**, aunque se sabe que el privado y de obra social, tiene restringido el acceso a su padrón de beneficiarios. En el subsector estatal tanto provincial como municipal existen 1,2 camas cada mil habitantes y 3 camas públicas por cada mil habitantes si consideramos solamente la población con cobertura exclusiva estatal.

**Tabla 32 - Frecuencia y distribución porcentual de establecimientos de salud según origen de financiamiento y disponibilidad de internación. Provincia de Buenos Aires. Año 2021**

Dependencia	Establecimientos con internación	Establecimientos sin internación	Total, establecimientos	Total, camas disponibles	Porcentaje camas (%)
Público	493	3088	3581	20.624	61,01
Privado	2203	3631	5834	13.179	38,99
<b>Total</b>	<b>6719</b>	<b>2696</b>	<b>9415</b>	<b>33.803</b>	<b>100</b>
Porcentaje	28,6	71,4	100	-----	-----

Fuente: Registro Federal de Establecimiento de Salud (SIISA) y Sistema de Gestión de Camas (SGC)

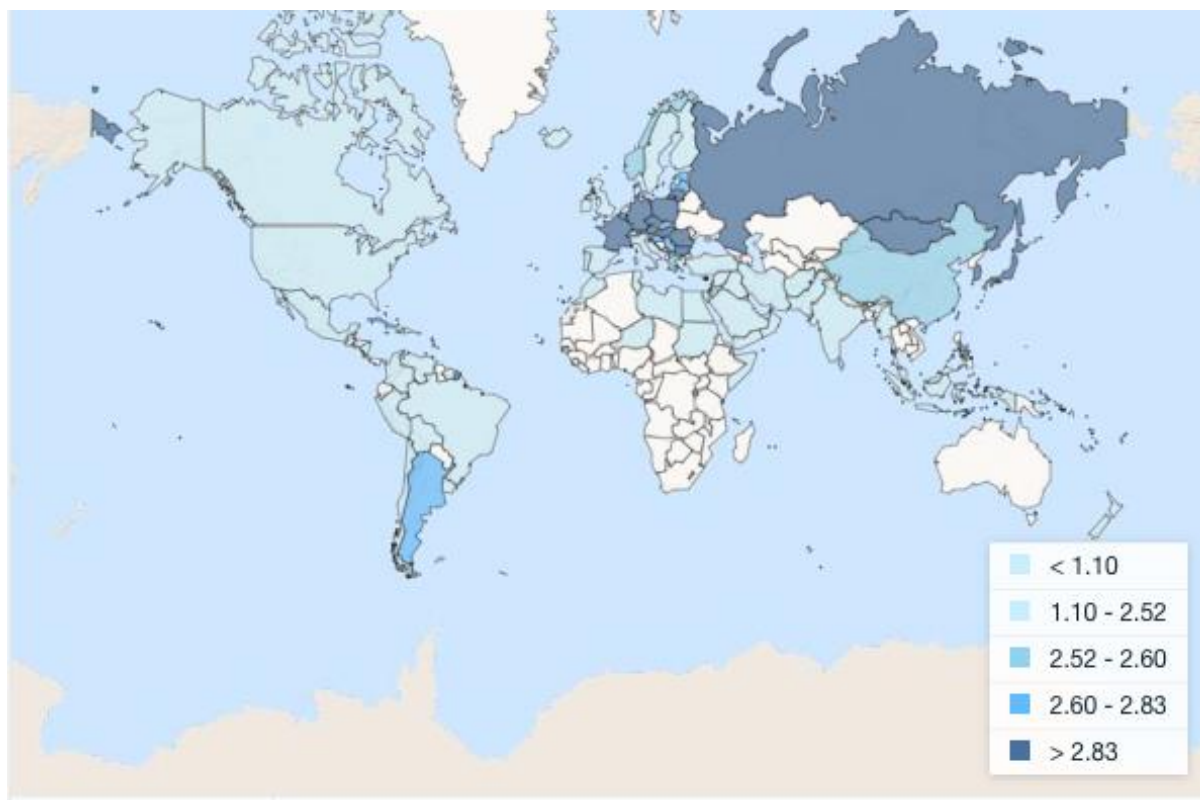
Si bien no se considera apropiada la comparación con parámetros internacionales para medir estructura hospitalaria basada en camas, ya que cada país es diverso, en lista del Banco Mundial del año 2017, Alemania poseía 8 camas cada mil habitantes, Cuba 5,3, Italia y España en torno a las 3 y Brasil 2,1. Argentina figuraba con 5 camas cada mil habitantes, siendo el valor actual de la **Provincia de Buenos Aires de 1,9 por mil habitantes** y el valor de la región centro, donde se ubica la Provincia, de 5,7 camas por mil habitantes. En este sentido, se observa un déficit de camas hospitalarias al comparar la provincia con otros territorios que la incluyen.

La provincia posee un número de camas cada mil habitantes, semejante a países como Uruguay, Canadá o Suecia (Mapa 2), aunque se sabe que los sistemas de salud de esos países no son comparables con el nuestro. De todos modos, los sistemas de salud tienden a descender el número de camas, en función del aumento de intervenciones ambulatorias, pero en la Provincia de Buenos Aires aún no se ha llegado a ese nivel de actualización tecnológica y organizacional, por lo que comparativamente podríamos decir que hay un déficit de camas en la PBA.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), por ejemplo, posee 6.986 camas públicas para casi tres millones de habitantes. La Provincia posee cinco veces más habitantes y 20.000 camas estatales. Así siendo, para alcanzar una equivalencia en

el número de camas estatales con la CABA, la provincia debería incorporar cerca de 15.000 camas.

Mapa 2 - *Camas por cada mil habitantes en el planeta*



Fuente; Banco Mundial – Disponible en [https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?end=2019&most\\_recent\\_value\\_desc=false&start=2019&type=shaded&view=bar&year=2011](https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?end=2019&most_recent_value_desc=false&start=2019&type=shaded&view=bar&year=2011)

En territorio bonaerense existen 38 establecimientos sin internación por cada 100.000 habitantes.

La distribución de los establecimientos es un hecho importante a la hora de garantizar el acceso a dichos servicios, por lo tanto, es tan necesario analizar las camas como la distribución de estas en el territorio bonaerense.

### 5.1 Disponibilidad de establecimientos en la Provincia

La menor disponibilidad de establecimientos sin internación se encuentra en el estrato de peor situación socioeconómica con 25,8 establecimientos por 100.000 habitantes, aumentando a medida que mejoran los indicadores socioeconómicos, llegando a 53,3 establecimientos sin internación por 100.000 habitantes en el estrato de mejor situación socioeconómica (Tabla 33).



Similar comportamiento se observa respecto de los establecimientos de salud con internación, con una tasa provincial de 15,3 establecimientos por 100.000 habitantes, que van de 8,8 en el estrato 1 a 26,3 en el estrato 4. (Tabla 33)

**Tabla 33 - Tasas de establecimientos por 100.000 habitantes, según tipología. Provincia de Buenos Aires. Año 2021.**

Establecimientos de salud	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Sin internación	25,82	63,39	50,59	53,30	38,30
Con internación	8,86	23,17	22,89	26,53	15,36
Total	34,68	86,57	73,48	79,84	53,67

Fuente: Registro Federal de Establecimiento de Salud (SIISA)

En diciembre de 2021 figuran 39.909 camas disponibles en total de establecimientos radicados en territorio bonaerense más el sanatorio Antártida que interna bonaerenses en la Ciudad de Buenos Aires. Entre las camas declaradas, se observa que la mayoría son públicas y que, están ubicadas en el estrato de peores condiciones (Tabla 34) aunque si se ponderan con la población residente, se observa un número menor de camas por mil habitantes en el sector de peores condiciones sociales (Tabla 35). En este sector se concentra la mitad de camas por mil habitantes privadas, que las que existen en el sector de mejor situación, en proporción y un 80% menos de camas públicas por mil habitantes.

Las camas públicas por mil habitantes con cobertura estatal exclusiva son proporcionalmente mayores en el sector de mejor situación social y en el sector 2 (Tabla 36), siendo menores en el sector de peores condiciones. Las camas privadas cada mil habitantes con cobertura de obra social o privado, son mayores en el sector de mejores condiciones y en el sector 2 de situación social (Tabla 37)

**Tabla 34 - Camas en el territorio de la PBA según sector y estrato social - 2021**

Sector	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	CABA	Total
Privado	6241	2525	2581	3263	309	14919
Público	10238	5409	4629	4714	----	24990
Total	16479	7934	7210	7977	309	39909

Sistema de Gestión de Camas – MS – 2021

Tabla 35 - **Camas por mil habitantes en el territorio de la PBA según sector y estrato social**

Sector	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	CABA	Total
Privado	0,6	1,2	1,0	1,3	309*	<b>0,9</b>
Público (provincial y municipal)	1,0	2,5	1,8	1,8		<b>1,5</b>
<b>Total</b>	<b>1,7</b>	<b>3,6</b>	<b>2,8</b>	<b>3,1</b>	309	<b>2,3</b>

Sistema de Gestión de Camas – MS – 2021

\*Corresponde a camas del Sanatorio Antártida que pertenecen a un sindicato y que fueron utilizadas por el subsector estatal provincial para ampliar las camas en momento de pandemia por COVID-19

Tabla 36 - **Camas públicas (provinciales y municipales) por mil habitantes con cobertura exclusiva estatal**

Sector	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Público	2,6	6,0	4,7	5,3	<b>3,7</b>

Sistema de Gestión de Camas – MS - 2021

Tabla 37 - **Camas privadas por mil habitantes con cobertura de O. social o prepaga**

Sector	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Privado	1,05	1,9	1,5	1,9	<b>1,4</b>

Sistema de Gestión de Camas – MS – 2021

## 6. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

La información aquí presentada fue obtenida a partir del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), del Sistema Integrado de Información de Salud (SIISA). Se presentan los establecimientos habilitados de salud de las tres dependencias administrativas del ámbito de la provincia de Buenos Aires: estatal, seguridad social y privada. Los datos referidos a la disponibilidad de camas de internación fueron relevados del Sistema de Gestión de Camas (SGC) de la provincia de Buenos Aires.

En relación a la distribución de los establecimientos por estratos, La provincia de Buenos Aires cuenta con un promedio de establecimientos sin internación de 38 por cada 100.000 habitantes, siendo menos la disponibilidad en el estrato de peor situación socioeconómica con 25, 8 establecimientos por 100.000 habitantes,

aumentando a medida que mejoran los indicadores socioeconómicos, llegando a 53,3 establecimientos sin internación por 100.000 habitantes en el estrato de mejor situación socioeconómica. Similar comportamiento se observa respecto de los establecimientos de salud con internación, con un promedio provincial de 15,3 establecimientos por 100.000 habitantes, que van de 8,8 en el estrato 1 a 26,3 en el estrato 4. (Tabla 38).

**Tabla 38 - Tasas de establecimientos por 100.000 habitantes, según tipología. Provincia de Buenos Aires. Año 2021**

Establecimientos de salud	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Sin internación	25,82	63,39	50,59	53,30	38,30
Con internación	8,86	23,17	22,89	26,53	15,36
Total	34,68	86,57	73,48	79,84	53,67

Fuente: Registro Federal de Establecimiento de Salud (SIISA)

### 6.1 Establecimientos provinciales por estrato socioeconómico

Existen en la provincia, un total de 88 establecimientos provinciales entre hospitales y Unidades de Pronto Atención (UPA). La distribución de estos responde a políticas de diferentes épocas y no existe una planificación estatal centralizada de la distribución de estos establecimientos en el territorio de la provincia. En el sector de peores condiciones, existen menor cantidad de establecimientos cada cien mil habitantes, comparado con la mejor situación social (Tabla 39).

**Tabla 39 - Hospitales y UPA provinciales según estrato socioeconómico por cien mil habitantes**

Sector	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Establecimientos	34	19	18	18	89
Est. por cien mil hab.	0,3	0,8	0,6	0,7	0,5
Est. por cien mil hab. con cobertura exclusiva	0,8	2,1	1,8	2	1,3

Fuente: DIS - MS

Actualmente existen en torno a las 10.000 camas provinciales en hospitales generales de agudos y otras tantas en establecimientos municipales (aclarando que se trata de un elemento dinámico). Al analizar las camas por cada mil habitantes y por estrato de situación social, se observa cierta homogeneidad en la distribución. Al analizar por el beneficiario seguro o directo que es la población con cobertura exclusivamente estatal, puede verse que el estrato 3 es el más favorecido y en los otros, la proporción es similar (Tabla 40)

Tabla 40 - **Estimación de camas provinciales por mil habitantes en población y población con cobertura exclusiva estatal en la PBA según estratos**

Sector	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Estimado de camas*	5363	2785	1754	954	10856
Establecimientos por cien mil habitantes	0,54	0,12	0,67	0,36	0,6
Estimado de camas por mil habitantes con cobertura exclusiva	1,3	3,1	1,7	1,1	1,6

Fuente: DIS - MS

## 7. CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPALES (CAPS)

En la Provincia existen 1603 centros de atención Primaria de la Salud. Los mismos se encuentran distribuidos sin un criterio racional. La gran parte surgió de iniciativas comunitarias y se fueron municipalizando, por lo tanto, no se corresponden con una planificación basada en el modelo de atención primaria de la salud.

No obstante, existen diferencias en los territorios según la situación social. En la zona de menores condiciones sociales hay la mitad de centros de atención primaria de la salud municipales cada cien mil habitantes, comparado con la zona de mejores condiciones. Aun sabiendo que la población de mejores condiciones posee otro tipo de cobertura además de la estatal (Tabla 41).

Tabla 41 - **CAPS municipales cada cien mil habitantes según estrato de situación social de la provincia de Buenos Aires**

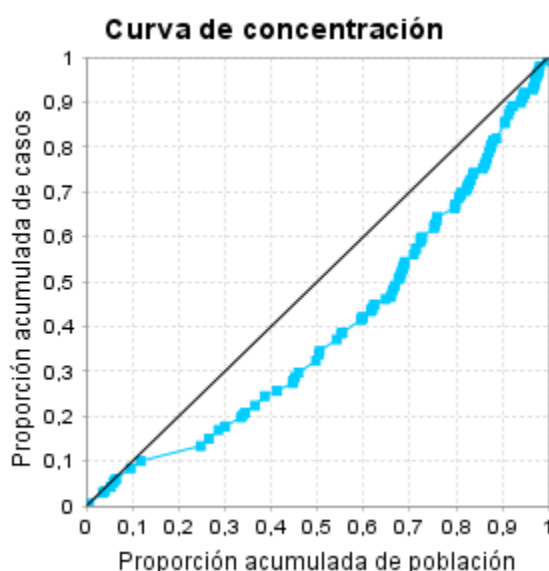
Indicador	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
CAPS municipales por cien mil habitantes	6,47	13,99	11,86	12,47	9,14

Fuente: Elaboración propia en base a datos SIISA y Remediar

Al analizar las desigualdades en la distribución de los CAPS, según la vulnerabilidad del territorio, se observa que los municipios con mayor NBI acumulan menor cantidad de CAPS que los de mejor situación social.

Se podría decir que el 20% de los municipios más pobres, acumula un 10% de los CAPS municipales totales, mientras que el 20% de los municipios de menor vulnerabilidad, acumula un 30% de los mismos en su territorio municipal, siendo que además la población de municipios más ricos, cuenta con mayor cantidad de trabajo formal y acceso a cobertura privada. (Figura 20).

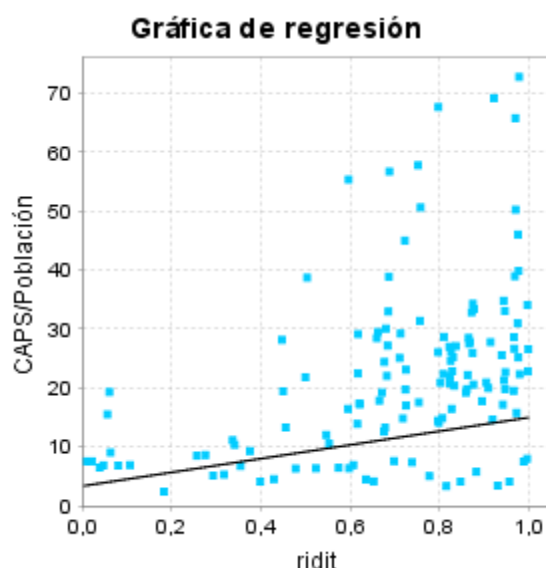
Figura 20 - **Curva de concentración entre la vulnerabilidad del territorio, medida por NBI y la cantidad de CAPS cada cien mil habitantes.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos SIISA y Remediar

Se observa en una gráfica de regresión lineal entre la situación de vulnerabilidad social de cada municipio y la distribución de CAPS que a mayor pobreza del municipio (RIDIT 0) menor cantidad de CAPS por cien mil habitantes, mientras que, a mayor riqueza (RIDIT 1, mayor cantidad de CAPS municipales (Figura 21).

Figura 21 - **Regresión lineal entre la vulnerabilidad del territorio, medida por NBI y la cantidad de CAPS cada cien mil habitantes**



Fuente: Elaboración propia en base a datos SIISA y Remediar

El índice relativo de desigualdad (IDR) evidencia que, por cada CAPS en el municipio de mejor situación, existen 0,2 en el de peor situación social (IRD acotado) ajustado por regresión y que existe un exceso de 11 CAPS cada cien mil habitantes, en el sector de mejor situación social comparado con el de peores condiciones, teniendo en cuenta toda la escala social (ajustado por regresión).

## 8. HOSPITALES MUNICIPALES

Los establecimientos municipales conforman una heterogeneidad de servicios que han sido producto de diferentes políticas y acciones municipales. En general han nacido como centros de menor complejidad y con el tiempo se han ido modernizando. Algunos han sido reformados con financiamiento de diversas fuentes que pueden ser provinciales o nacionales.

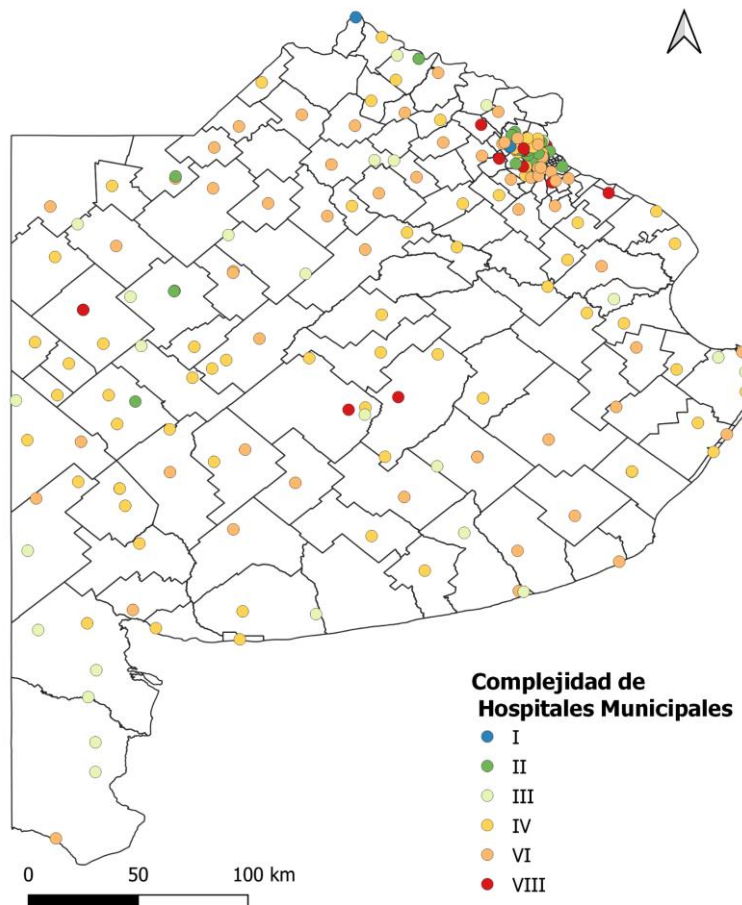
Están divididos en niveles de complejidad en función de la Resolución 5232 del año 2002. Esto se establece en la resolución 5232/03. Se considera:

- Nivel I: Atención exclusivamente ambulatoria.
- Nivel II: Atención exclusivamente ambulatoria en Clínica Médica, Pediatría y Tocoginecología en forma permanente y regular.
- Nivel III: Al nivel anterior se le agrega camas para observación y/o derivación.
- Nivel IV: Aparecen diferenciadas las cuatro Clínicas básicas, Medicina, Cirugía, Pediatría y Tocoginecología tanto en Consultorio Externo como Internación y Odontología en forma permanente. Cuenta con Guardia y Servicios de Diagnóstico y Tratamiento mínimos (Laboratorio y Radiología). Estos establecimientos están ubicados generalmente en pequeños núcleos urbanos (área geográfica no mayor a un distrito).

- Nivel V: Este nivel corresponde a establecimientos sin internación con especialidades de consultorio externo de segundo nivel, y con presencia de servicios de diagnóstico y tratamiento. No figuran establecimientos municipales de este tipo en los registros
- Nivel VI: A las cuatro Clínicas Básicas se agregan otras especialidades tanto clínicas como quirúrgicas con mayores posibilidades de resolución (Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología). Se encuentra ubicado en centros urbanos de mayor densidad poblacional y es centro de referencia de establecimientos de menor nivel.
- Nivel VII: No figura en la clasificación
- Nivel VIII: Establecimientos de mayor complejidad. Se encuentran ubicados en grandes urbes, constituyéndose en receptores de toda la patología de alta complejidad y polos de atracción tanto provincial como extra provincial.

Existen actualmente 214 hospitales municipales de diferentes niveles. (Mapa 3)

*Mapa 3 - Hospitales Municipales por niveles de complejidad en el territorio de la Provincia*



Fuente: DIS - MS

## 8.1 Establecimientos municipales por estratos socioeconómicos

De los 214 hospitales municipales, se pudo tener acceso a registros de 203 en total. Al analizar por nivel de complejidad se observa que la mayoría están dentro del nivel IV y VI (Tabla 42). Se aclara que, en la base, casi no existían registros del primer nivel (tres establecimientos) y fueron agrupados en el segundo nivel.

Tabla 42 - **Cantidad de efectores municipales por nivel de complejidad en estratos - PBA**

Complejidad	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
II	15	3	5	5	28
III	10	6	6	5	27
IV	16	14	15	22	67
VI	23	16	14	14	67
VIII	4	0	1	6	11
Sin datos	2	0	1		3
Total	70	39	42	52	203

Fuente: DIS - MS

Al analizar cantidad de establecimientos cada cien mil habitantes se observan que cuanto mayor complejidad, menor cantidad de establecimientos en el estrato de peor situación social (Tabla 43)

Tabla 43 - **Cantidad de establecimientos cada cien mil habitantes por estrato y complejidad - PBA**

Complejidad	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
II	0,15	0,14	0,19	0,19	0,16
III	0,10	0,28	0,23	0,19	0,16
IV	0,16	0,64	0,58	0,85	0,39
VI	0,23	0,73	0,54	0,54	0,39
VIII	0,04	0,0	0,04	0,23	0,06
Total	0,7	1,8	1,6	2,0	1,2

Fuente: DIS - MS

Al comparar la cantidad de establecimientos, por cien mil habitantes con cobertura exclusivamente estatal, se observa una mayor concentración en el estrato de mejor situación social. El estrato de peor situación carga con la menor cantidad de



establecimiento en todos los niveles. En total, existen tres veces más establecimientos municipales, cada cien mil habitantes, en el sector de mejor situación comparado con el de peor situación social (Tabla 44).

Tabla 44 - **Cantidad de establecimientos cada cien mil habitantes con cobertura exclusivamente estatal por estrato y complejidad - PBA**

Complejidad	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
II	0,4	0,3	0,5	0,6	0,4
III	0,3	0,7	0,6	0,6	0,4
IV	0,4	1,6	1,5	2,5	1,0
VI	0,6	1,8	1,4	1,6	1,0
VIII	0,1	0,0	0,1	0,7	0,2
Total	1,8	4,3	4,3	5,9	3,0

Fuente: DIS - MS

En total existen en torno a 11.000 camas municipales, siendo que en el sector de peores condiciones es donde hay menos camas por cada mil habitantes. Se podría afirmar que en el sector de mejor situación existen tres veces más camas por mil habitantes que en el sector de peor situación. Si se comparan las camas por habitante con cobertura exclusiva estatal, la proporción es de casi cuatro (3,7 camas más). (Tabla 45)

Tabla 45 - **Camas Municipales por mil habitantes y con cobertura exclusivamente estatal según estrato social - PBA**

Complejidad	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Camas Municipales	3969	1946	2169	3280	11468
Camas Municipales por mil habitantes	0,4	0,8	0,8	1,26	0,6
Camas Municipales por mil habitantes con cobertura estatal exclusiva	1,1	2,2	2,2	3,7	1,7

Fuente: DIS - MS

## 9. ESTABLECIMIENTOS NACIONALES EN TERRITORIO PROVINCIAL

Existen en territorio provincial, un total de 13 establecimientos Nacionales o donde interviene el financiamiento de Nación y la Provincia. Se trata de establecimientos con objetivos variados atendiendo a propósitos diversos tales como epidemiología (INE Jara), Rehabilitación (INRP), poblaciones específicas (Hospital Naval, Houssay, bicentenario de Esteban Echeverría y el Penitenciario), a patologías que en tiempos atrás se internaban (Montes de Oca y Sommer), otro creado bajo la Ley SAMIC (El Cruce) y otros de bicentenario que funcionan como hospitales generales (Néstor Kirchner, Ituzaingó y René Favaloro) además del hospital Posadas (Tabla 46)

Tabla 46 - *Hospitales de Gestión Nacional en el Territorio de la Provincia*

Partido	Establecimiento
C.DE MARINA L. ROSALES	Hospital Naval Puerto Belgrano
ESTEBAN ECHEVERRIA	Hospital del Bicentenario Esteban Echeverría
EZEIZA	Hospital Penitenciario Central - Complejo Penitenciario Federal 1
GENERAL RODRIGUEZ	Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer
ITUZAINGO	Hospital del Bicentenario de Ituzaingó
LUJAN	Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca
MARCOS PAZ	Servicio Penitenciario Federal Complejo II
MORON	Hospital Prof. Alejandro Posadas
GENERAL PUEYRREDON	Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan Héctor Jara
GENERAL PUEYRREDON	Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur
GENERAL PUEYRREDON	HOSPITAL BERNARDO HOUSSAY
LA MATANZA	Hospital SAMIC Presidente Néstor Kirchner
LA MATANZA	Hospital SAMIC Dr. René Favaloro

Fuente: DIS - MS

## 10. COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD

Es escaso el desarrollo en materia epidemiológica dentro del campo de la odontología a nivel provincial, desde el ministerio de salud a través del programa SUMAR se pueden obtener los indicadores CPOD, el cual se utiliza para medir el estado de enfermedad dentaria en dientes permanentes. Este índice mide la experiencia de caries del individuo, teniendo en cuenta que los tejidos dentarios

afectados por caries no curan por sí mismos, sino que el proceso carioso avanza librado a su evolución a menos que sea tratado, donde se le extrae o se le obtura.

Este indicador entendemos que no es el más apropiado para poder realizar un diagnóstico de salud/enfermedad de la provincia ya que las personas que acuden al programa tuvieron que surtir todo tipo de barreras de acceso, de todas maneras será un punto de partida que nos orientará en qué situación nos encontramos con respecto al componente bucal de la salud, asumiendo asimismo la falta de indicadores para la realización de este análisis como motivador para la creación de nuevos parámetros a nivel provincial que no sólo se enfoquen en la caries, sino en ampliar el panorama para poder realizar un abordaje integral de las problemáticas que nuestra provincia presenta en este campo .

El carácter de exploratorio de este estudio está dado con el fin de viabilizar el relevamiento -por primera vez- de la situación sanitaria de la población de toda la provincia de Buenos Aires de la cual no existen datos globales, ni referencias históricas de los mismos. Nos dará una aproximación a la situación sanitaria en esos grupos etarios que pretendemos relevar y por otro lado desarrollar capacidades para seguir profundizando en el estudio epidemiológico de nuestra realidad en futuras encuestas y relevamientos próximos extendiendo en un futuro a dos grupos etarios más que complete el relevamiento general de la población de la provincia en salud bucal.

### 10.1 Oferta de odontología según estrato socioeconómico

Se observa que, en el sector de peores condiciones, existe mayor cantidad de efectores tanto provinciales como municipales con odontología, de prestaciones y de prestación por habitante (Tabla 47)

**Tabla 47 - Cantidad de prestaciones y efectores con asistencia odontológica municipales y provinciales por estrato.**

Efectores	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Prestaciones odontológicas municipales	4.114.542	661.865	1.315.179	1.008.307	<b>7.099.893</b>
Efectores municipales	360	226	242	274	<b>1.102</b>

Prestaciones odontológicas provinciales	163.696	446.952	146.153	392.093	<b>1.148.894</b>
Efectores Provinciales	25	21	16	11	<b>73</b>
Prestaciones odontológicas Totales	4.278.238	1.108.817	1.461.332	1.400.400	<b>8.249.387</b>
Efectores totales con asistencia odontológica	385	247	258	285	<b>1.175</b>
Razón prestaciones x habitante	2.3	1.9	1.7	1.8	<b>0.47</b>

Fuente: Programa Provincial de Salud Bucal – MS- PBA

Cuando ponderadas las prestaciones cada cien mil habitantes, se observa que en el estrato 3 es donde, proporcionalmente hay mayor demanda o capacidad de la oferta, seguido del estrato de mejores condiciones. En el sector de peores condiciones sociales es donde hay menor cantidad de efectores municipales por habitante y prestaciones odontológicas por habitante. Se observa una importante desigualdad en la oferta de servicios odontológicos en la Provincia, en especial orientados a la población más vulnerable. También se visualiza que la oferta de la provincia es limitada para dar respuesta a esta problemática. (Tabla 48)

**Tabla 48 - Cantidad de prestaciones y efectores con asistencia odontológica municipales y provinciales por estrato cada cien mil habitantes - 2020**

Efectores	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Prestaciones odontológicas municipales cada 100 mil hab.	41.859	30.390	50.641	38.902	<b>41.287</b>
Efectores municipales cada 100 mil hab.	4	10	9	11	<b>6</b>
Prestaciones odontológicas provinciales cada 100 mil hab.	1.665	20.522	5.628	15.128	<b>6.681</b>

Efectores Provinciales cada 100 mil hab.	0	1	1	0	0
Prestaciones odontológicas totales cada 100 mil hab.	43.524	50.912	56.269	54.030	47.972
Efectores totales con asistencia odontológica cada 100 mil hab.	4	11	10	11	7

Fuente: Programa Provincial de Salud Bucal

Reafirmando lo anterior, al analizar el peso de las prestaciones cada mil habitantes con cobertura exclusivamente estatal, se observa que el sector de mejores condiciones y rural y el de mejores condiciones urbano (3 y 4) poseen las proporciones más altas. (Tabla 48). También se observa menor cantidad de efectores municipales que ofertan prestaciones odontológicas, cada cien mil habitantes con cobertura estatal exclusiva, en el sector de peores condiciones sociales y menos prestaciones en efectores provinciales en el sector de peores condiciones entre la población con cobertura exclusivamente estatal. Se podría afirmar que existen desigualdades en el acceso a servicios odontológicos entre la población con cobertura estatal exclusiva ya que, a peor condición social, menor ofertar y prestaciones, en términos generales (Tabla 49)

**Tabla 49 - Cantidad de prestaciones y efectores con asistencia odontológica municipales y provinciales por estrato cada cien mil habitantes con cobertura exclusiva estatal - 2020**

Efectores	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Prestaciones odontológicas municipales cada 100 mil hab. con cobertura estatal exclusiva	105.401	73.508	134.075	114.319	106.492
Efectores municipales cada 100 mil hab. con cobertura estatal exclusiva	9	25	25	31	17
Prestaciones odontológicas	4.193	49.639	14.899	44.454	17.232

provinciales cada 100 mil hab. con cobertura estatal exclusiva					
Efectores Provinciales cada 100 mil hab. con cobertura estatal exclusiva	1	2	2	1	1
Prestaciones odontológicas totales cada 100 mil hab. con cobertura estatal exclusiva	109.594	123.148	148.974	158.773	123.734
Efectores totales con asistencia odontológica cada 100 mil hab. con cobertura estatal exclusiva	10	27	26	32	18

Fuente: Programa Provincial de Salud Bucal- MS - PBA

## 11. RED DE ESTABLECIMIENTOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA EL COLECTIVO LGBT+

El Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires tiene por objetivo garantizar el acceso a la salud integral de las personas lesbianas, gays, bisexuales, travestis y trans, y se inscribe en el marco de una perspectiva más amplia de acceso a derechos a nivel nacional.

El modelo médico hegemónico históricamente ha expulsado y violentado a personas parte del colectivo de la diversidad sexual, al reproducir un sistema cisheteronormativo. Esto afecta la cotidianidad de las personas, tiene implicancias en sus vidas, su salud integral y sus condiciones materiales de existencia. En este sentido, hasta lograr transformar el paradigma que ordena el campo de la salud, urge utilizar dispositivos de atención específicos como una estrategia temporal que garantice la atención de la salud con igualdad y sin violencias. De esta forma estos dispositivos específicos ofrecen un modelo de atención con mayor equidad, centrado en los derechos de las personas del colectivo LGBT+ y tienen como desafío transformar las instituciones en las cuales se inscriben.

Durante el periodo 2020 se comenzó a delinear la estrategia de intervención en los efectores de salud de dependencia provincial, a fin de sensibilizar y formar equipos

que puedan dar respuesta a la necesidad de garantizar las prácticas de salud específicas y de atención y cuidado integral de la salud de la población LGBT+, así como generar redes de derivación y articulación con servicios y especialidades de mayor complejidad que puede brindar un establecimiento de salud de segundo nivel, como son las cirugías de modificación corporal como mastoplastias, mastectomías y genitoplastias, así como también otras atenciones que hayan sido consultadas por referencia/contrarreferencia a los hospitales provinciales.

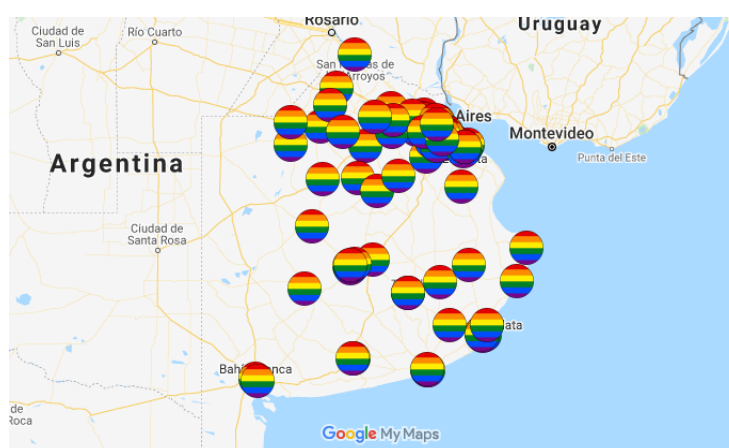
Al mes de diciembre de 2019, se contaba con 57 establecimientos que formaban parte de esta red. En noviembre de 2021 son 102 establecimientos, representando una ampliación del 78% en la oferta de servicios para la atención integral del colectivo LGBT+.

En lo que respecta a equidad territorial, la provincia cuenta con un total de 58 municipios con oferta de servicios de atención integral de salud para el colectivo LGBT+, lo que representa un aumento del 93% respecto a diciembre de 2019 donde solo había equipos en 30 municipios.

Los establecimientos georreferenciados se encuentran disponibles en la página web del ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y se puede acceder ingresando al link:

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/centros-de-salud/> (Mapa 4)

**Mapa 4 - Establecimientos de servicios de atención integral de salud para el colectivo LGBT+**



Fuente: Informe de gestión 2020. Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud. Disponible en:

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/informe-gestion-2020-diversidad.pdf>

## 12. RED DE EFECTORES DE SALUD QUE GARANTIZAN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO

La provincia de Buenos Aires cuenta, desde el año 2020, con una red creciente de efectores de salud que garantizan la interrupción legal y voluntaria del embarazo, con el propósito de garantizar el acceso equitativo y efectivo de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar a servicios de salud sexual, reproductiva y abortos seguros en todo el territorio.

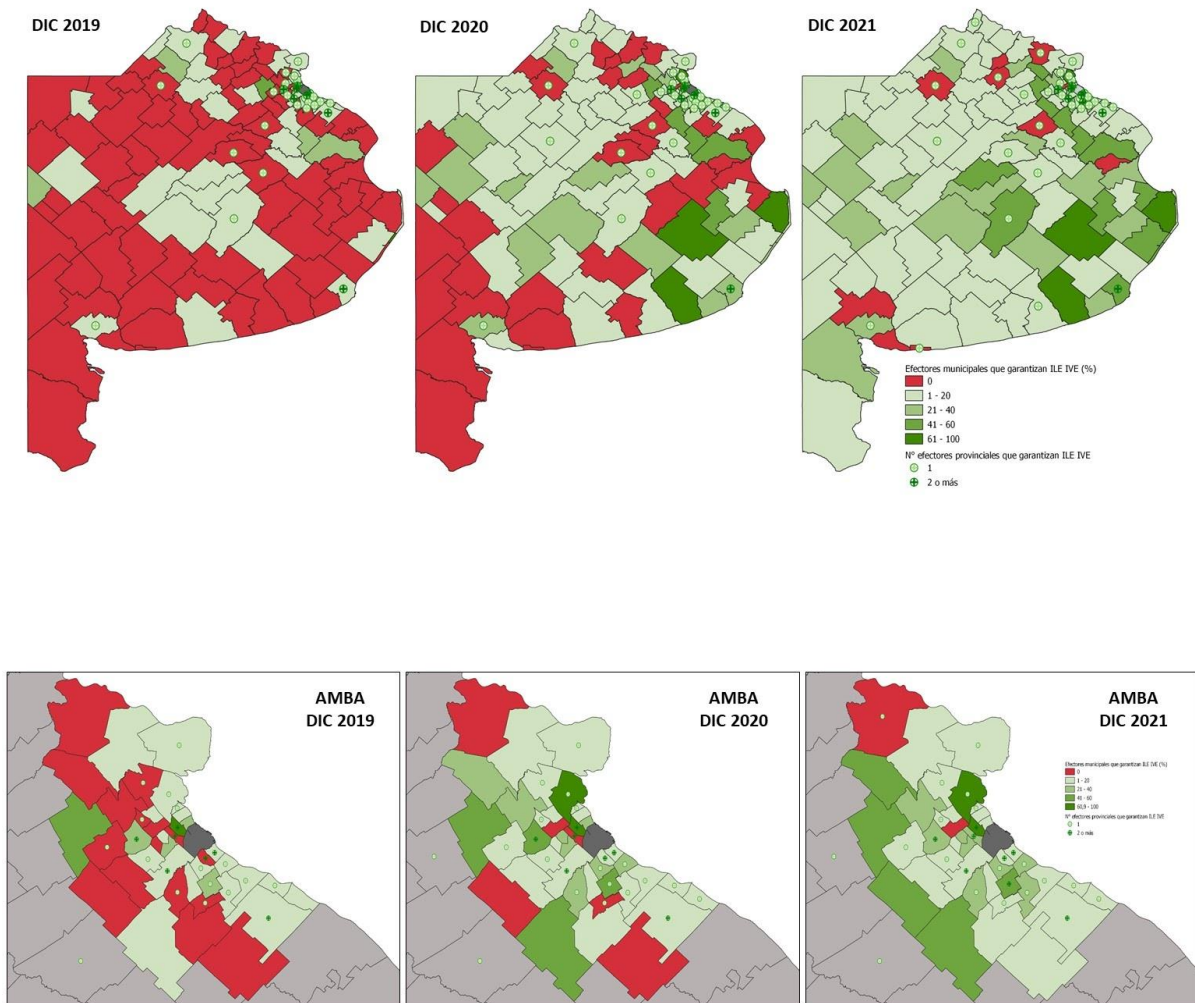
Se trabaja activamente para generar las condiciones materiales y simbólicas que permitan a los equipos de salud de los diferentes niveles de atención dar respuesta a la demanda. Con ese objetivo se trabaja en conjunto con las referentes de salud sexual de las 12 regiones sanitarias para identificar las necesidades específicas de cada territorio, procurando brindar el acompañamiento para el diseño e implementación de estrategias adecuadas a cada hospital, centro de salud o municipio.

En diciembre de 2019 eran 51 municipios los que contaban con al menos un establecimiento municipal de salud que garantizaba el acceso a ILE, es decir sólo el 38% de los municipios. Desde el comienzo de la gestión se priorizó una política de acceso centrada en la reducción de las inequidades territoriales, alcanzando en diciembre de 2021 un total de 494 efectores que garantizan el acceso a ILE IVE, lo que representa la incorporación de 298 nuevos centros de salud y hospitales (municipales y provinciales) a la red de acceso a aborto. Son 125 municipios los que cuentan con efectores municipales que garantizan el acceso, lo que representa el 93% del territorio de la provincia. De los 10 municipios que aún no cuentan con efectores municipales que garantizan el acceso, en 5 de ellos hay efectores provinciales que lo garantizan, por lo que son 5 municipios los que no registran actualmente ningún efector (Mapa 5).

El objetivo es que los 135 municipios cuenten con efectores que garanticen el acceso, y trabajar en la reducción de las inequidades al interior de los mismos.



Mapa 5 - **Municipios con efectores de salud municipales que realizan ILE/IVE y localización de efectores provinciales que realizan ILE/IVE. PBA y AMBA. Comparación dic 2019, dic 2020 y dic 2021.**



Fuente: Registro de efectores de salud que realizan IVE/ILE de la DPEGS. MSAL PBA, diciembre 2021.

Los establecimientos georreferenciados que garantizan el acceso al aborto se encuentran disponibles en la página web del ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y se puede acceder ingresando al link <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/> (Mapa 6)

Mapa 6- *Establecimientos que garantizan aborto en la Provincia de Buenos Aires*



Fuente: Informe de gestión. Acceso a la interrupción del embarazo en la Provincia de Buenos Aires, año 2020. Disponible en <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/Informe-anual-2020-ILE.pdf>

A partir de la distribución de los efectores por estratos, tanto de la red de efectores de salud que garantizan atención integral de salud a la comunidad LGBT+ como así también de los que garantizan el acceso al aborto, se puede observar una mayor cantidad de efectores en el Estrato 1 respecto al Estrato 4, lo cual podría deberse a indicadores demográficos. El estrato 1 posee mayor densidad poblacional y está conformado principalmente por municipios del AMBA, por lo que son municipios que cuentan con mayor cantidad de efectores de salud.

### 13. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Desde el Ministerio de Salud de la provincia Buenos Aires, a través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género, se ha iniciado una reforma profunda del modelo de atención y cuidados en salud mental, que implica el fortalecimiento, ampliación y consolidación de un modelo de atención con base en la comunidad. Se trata de una reforma del sector salud/salud mental, con vistas a dar cumplimiento a las leyes nacionales, provinciales y a los estándares de derechos humanos, y en el marco de lo previsto por la Ley Nacional N° 26.657, la Ley de adhesión provincial N°14.580 y los tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por Argentina.

Para poder generar esta adecuación, es fundamental el desarrollo de políticas públicas que tengan como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, que promueva el desarrollo de propuestas y alternativas de abordaje orientados a la promoción de la salud mental, prevención

del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, inclusión social y acompañamiento.

Para ello, se trabaja en la adecuación de las instituciones neuropsiquiátricas de la provincia, como en el fortalecimiento de la red de atención con base en la comunidad. A continuación, presentamos algunas líneas clave en esta transformación, y un análisis de la presencia de efectores provinciales de salud mental, según los estratos.

I. a. Lineamientos de base para la reforma de los neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires

En septiembre 2020 se emitió la disposición por la cual se formalizó el comienzo del proceso de reforma de los neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires, previendo en dicha herramienta los estándares y componentes en base a los cuales elaborar proyectos de reforma completa de los hospitales neuropsiquiátricos públicos, incluyendo plazos concretos para el desarrollo y concreción de los mismos. Estos Planes contemplan aspectos novedosos vinculados a inclusión social (productivos, culturales, deportivos, de vivienda etc.). En ellos, se proyectan componentes sanitarios y no sanitarios y se centran en su transformación de conformidad con los lineamientos previstos en la línea de base por etapas. Los proyectos fueron aprobados de forma completa en su componente sanitario y aprobados de manera global en los otros componentes quedando un trabajo de mayor detalle en su análisis y ejecución a cargo de la Comisión Interministerial de Salud Mental y Consumos problemáticos creada recientemente en la órbita de Jefatura de Gabinete de Ministros a la que se hará referencia más adelante.

Por otra parte, el 12 de diciembre de 2020, se aprobó el Programa de apoyo a los procesos de externación sustentable destinado a las personas institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos de la provincia de Buenos Aires, denominado “Buenos Aires Libre de Manicomios”, se destaca por la implementación de líneas para contribuir al impulso, desarrollo e implementación de procesos de externación con base en las comunidades destinados a todas las personas institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos, en el marco de una política pública de salud mental basada en la restitución de derechos desde una mirada interdisciplinaria y un enfoque intersectorial.

b. Cierre de las admisiones y readmisiones a los servicios de larga estadía y/o de crónicos desde cualquier sector de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la

### provincia de Buenos Aires. Reconversión de salas y cierre de pabellones psiquiátricos

De manera conjunta entre la Dirección Provincial de Hospitales, se firmó la disposición para el cierre de las admisiones y readmisiones a los servicios de larga estadía y/o de crónicos desde cualquier sector de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires, donde expresamente se hace referencia al derecho de todas las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad.

Los hospitales inician el proceso para cambiar la lógica y modelo de atención, con el fin de construir otras formas de vida para las personas internadas por largas décadas y construir también proyectos de inclusión habitacional, de recreación y educativas, entre otras. Esto implica un arduo y largo proceso de intervenciones para la externación, y la atención con base en la comunidad.

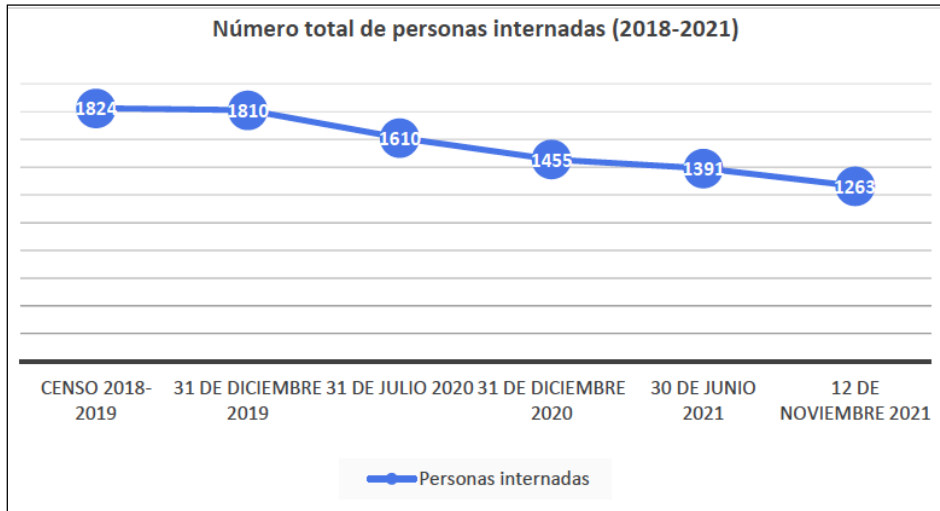
En miras a esta adecuación, la Subsecretaría lleva adelante una serie de medidas articuladas interinstitucionalmente para generar las obras de infraestructura que permitan concretar las metas volcadas en los Planes de Adecuación, de este modo, se trabaja en la recuperación y construcción de casas destinadas a la vivienda permanente de las personas usuarias de salud mental.

También se trabaja para conseguir acceso a garantías para alquiler a través del Banco de la Provincia de Buenos Aires, que permitan facilitar la locación de inmuebles destinados a vivienda para que las personas institucionalizadas puedan externarse, en tal sentido, ya se han producido algunas pruebas piloto para el desarrollo de esta línea.

Además, se encuentran previstas gestiones para la construcción y adjudicación de viviendas para la externación, y para la ampliación y fortalecimiento de los dispositivos de atención con base en la comunidad, a partir de la construcción de Centros Comunitarios en Salud Mental y Consumos Problemáticos.

- Tal como se observa en la Figura 22a diciembre 2021 se ha producido un 30,76% de disminución de la población internada en relación al número de pacientes que existía a diciembre de 2019. (Población censada a diciembre 2019: 1824; población a noviembre 2021: 1263). Esto implica la desconcentración de los servicios de larga estadía, por lo cual se tiene en cuenta el número de personas con tipo de egreso “externación” de los sectores de larga estadía en un periodo determinado, sobre el número de personas internadas en el sector de larga estadía al inicio del periodo x 100.
- En la actualidad contamos con un acumulado de 136 casas con apoyos en la comunidad.

Figura 22 - **Evolución de personas internadas. Hospitales neuropsiquiátricos públicos, provincia de Buenos Aires 2018-2021**



Fuente: Elaboración Propia

A su vez, podemos hablar de una reconversión de recursos hospitalarios de estadía prolongada a recursos habitacionales de base comunitaria, en la Tabla 48 se muestra la Razón entre las camas de los sectores de larga estadía y las plazas en unidades residenciales de base comunitaria en un periodo determinado, indicador construido definido como una de las formas de medir el fortalecimiento de los recursos socio-comunitarios (Tabla 50)

Tabla 50 - **Reconversión de recursos hospitalarios de estadía prolongada a recursos habitacionales de base comunitaria**

Razón total (cuatro hospitales) de camas larga estadía / plazas en unidades residenciales de base comunitaria, al 31 de diciembre de 2020	5 camas de larga estadía por 1 plaza en unidad residencial comunitaria
Razón total (cuatro hospitales) de camas larga estadía / plazas en unidades residenciales de base comunitaria, al 30 de junio de 2021	3,5 camas de larga estadía por 1 plaza en unidad residencial comunitaria

Estrategias en el marco del acompañamiento de la externaciones:

1. Ampliación del presupuesto del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires destinado al proceso de reforma.
2. Creación del Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios”.
3. Multiplicación de los equipos de salud para apoyo a la externación.
4. Nuevos equipos de urgencias en salud mental en 38 hospitales generales.
5. Incremento en el monto y distribución equitativa del Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida (SUPEBA), con 170 nuevos beneficios otorgados.
6. Articulación con el Ministerio de Trabajo de la Nación para la gestión de más de 400 proyectos en el Programa “Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo”.
7. Cursos de formación para trabajadores.

#### c. Programa de Atención y Cuidados en Salud Mental para infancias y juventudes

Hasta finales del año 2019 la provincia de Buenos Aires no contaba con un área o programa específico destinado a las infancias y juventudes y salud mental, a pesar de ser una problemática prevalente en la población, con una elevada demanda de atención de parte de diversos actores e instituciones y con una clara relevancia por el impacto de los padecimientos en estas etapas en el curso de la vida.

El 16 de junio de 2021 se presentó el Programa “Infancias y Juventudes. Cuidado y Asistencia en Salud Mental”, desde el cual se implementan políticas públicas de atención y cuidado en salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes bonaerenses de 0 a 18 años, desde un enfoque integral, con perspectiva comunitaria y de derechos. Tiene el propósito de tejer puentes entre las diferentes instituciones de atención y cuidado, del sector salud y de otros sectores (educación, cultura y deportes), en pos de generar una Red Provincial capaz de articular las respuestas con los diferentes actores que desarrollan acciones de atención y cuidado para las infancias.

La creación de un Programa de Infancias y Juventudes en la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública, encuentra su fundamento en el hecho de que en el sistema de salud actual de la provincia de Buenos Aires se hallan dificultades para el acceso de los NNyA a los servicios de asistencia de la red pública, y en la necesidad de generar acciones integrales que permitan construir una respuesta integral y articulada desde el Estado, ante los padecimientos de NNyA.

## Objetivos:

1. Fortalecer el sistema de salud/salud mental para las infancias y las juventudes.
2. Acompañar a los equipos de salud/salud mental, que intervienen en el campo de las infancias.
3. Generar articulaciones entre el sistema de salud y las diferentes instancias que trabajen en los diferentes territorios, y brindar respuestas integrales.

Esto implica desarrollar actividades como la promoción de acuerdos interinstitucionales para la asistencia y derivación en salud mental, conformar mesas de gestión para pensar estrategias de abordaje situados ante la complejidad, producir datos e información, promover instancias de diálogo, formación y acompañamiento, crear dispositivos transversales con enfoque integral (Región Sanitaria, Hospitales), y el acompañar en casos complejos, en interacción con niñez, educación y municipios, en mesas de trabajo.

### d. Apertura de la Comisión Interministerial de Salud Mental

El 5 de julio de 2021 se presentó la Comisión Provincial Interministerial de Salud Mental y Consumos Problemáticos. En adhesión a la Ley Nacional 26.657 (Ley Provincial 14.580), el espacio propone un cambio de abordaje en la atención de los problemas de salud mental, diseñando políticas de cuidado en el marco de un sistema sanitario con acceso integral e igualitario.

La Comisión interministerial es coordinada por la Jefatura de Gabinete e integrada por la Dirección General de Cultura y Educación y los ministerios de Salud; Desarrollo de la Comunidad; Justicia y Derechos Humanos; Trabajo; Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica; Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual; Seguridad y Comunicación Pública.

El objetivo de esta comisión es coordinar la planificación interministerial en materia de políticas de salud mental y adicciones, a través del desarrollo de planes y programas de prevención, además de favorecer la plena inclusión social, habitacional, educativa y laboral para las personas con padecimiento mental. El trabajo deberá tener una mirada con perspectiva de Derechos Humanos y enfoque de género.

En la primera etapa, la Comisión intervendrá en el proceso de transformación de los cuatro hospitales públicos neuropsiquiátricos provinciales: José A. Estéves; Alejandro Korn; Domingo Cabred; y Domingo J. Taraborelli.

## II. Dispositivos de atención, asistencia y acompañamiento en Salud Mental con base en la comunidad

A continuación, presentamos las principales características de los dispositivos provinciales de la “Red Provincial en Salud Mental y Consumos Problemáticos con Base en la Comunidad”. La conformación de esta Red se orienta según los itinerarios, necesidades y modalidades de demanda de las personas, en sus comunidades. Si bien con el presente documento se intenta dar cuenta de características generales de estos dispositivos, la misma no pretende ser una descripción taxativa. Los dispositivos se distinguen por presentar una amplia heterogeneidad, reflejo de situaciones diversas y locales a lo largo de la provincia. Por lo tanto, su composición presenta cierta flexibilidad de acuerdo a las necesidades y características de cada uno de los territorios, de los equipos de trabajo, de la población, las principales problemáticas emergentes, y los recursos y actores territoriales y comunitarios intervinientes.

### a. Centros Provinciales de Atención y Cuidados en Salud Mental y Consumos Problemáticos (CPA)

Son dispositivos públicos de salud, de atención y cuidado, con base territorial y comunitaria, en los que se brindan prestaciones de tipo ambulatoria. Tienen el propósito de prevenir, detectar, diagnosticar problemáticas vinculadas a salud mental, y promover y desarrollar procesos de atención ante padecimientos en salud mental, situaciones de consumos problemáticos y de violencia que se presentan en el ámbito de la salud pública.

En ellos se brinda asistencia en relación a la condición de salud mental y/o consumo problemático, en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local, a través de una atención integral e integrada. Dependiendo de la complejidad, dentro de las actividades que se desarrollan, se encuentran las de orientación, admisión, entrevista, interconsulta, terapia individual, terapia grupal, terapia familiar y talleres, que pueden ser tanto en el establecimiento del CPA como en instituciones de la comunidad (escuelas, clubes de barrio, entre otros).

Cada CPA cuenta con un equipo interdisciplinario (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, talleristas, operadores y/o acompañantes terapéuticos, entre otros). Promueven acciones tendientes a generar sistemas de apoyo orientados a la continuidad de cuidados, en articulación con diferentes dispositivos de la red como los Centros Comunitarios, Hospitales Generales, Unidades Residenciales.

Estos dispositivos pueden además contar con una “Extensión Territorial” donde se hayan identificado obstáculos para la accesibilidad de la población a la atención en salud.



Acciones:

- a) Constituir una referencia diagnóstica, asistencial y de acompañamiento, en salud mental.
- b) Brindar orientación y acompañamiento a las personas y sus comunidades.
- c) Facilitar el acceso brindando una asistencia conforme las necesidades de atención de la población.
- d) Proporcionar atención y apoyos psicosociales a las personas y sus referentes vinculares, mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.
- e) Sistematizar y efectivizar mecanismos de referencia y contra-referencia.
- f) Priorizar la constitución de equipos de trabajo de carácter interdisciplinario e intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud de forma integral.
- g) Elaborar de planes de atención en conjunto con la persona y los referentes vinculares y su comunidad.

#### b. Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos

Los Centros Comunitarios son dispositivos ambulatorios orientados a la promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Desde estos dispositivos se generan acciones con el propósito de identificar, proporcionar, preservar y fortalecer los apoyos necesarios para cada persona, y dar respuesta a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de acuerdo a sus habilidades e intereses. El equipo de salud propicia la participación de la comunidad en general en las actividades propuestas.

Cuentan con un equipo interdisciplinario (psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, musicoterapia, terapia ocupacional, enfermería, talleristas, operadores y/o acompañantes terapéuticos, entre otros, que realizan tareas vinculadas a los procesos de atención con base en las comunidades y sistema de apoyos).

Acciones:

- a) Promover el enlace comunitario a través de actividades culturales y recreativas, que propicien espacios y prácticas destinados a la promoción de la salud.
- b) Garantizar la apertura comunitaria del dispositivo, favoreciendo así la inclusión social.
- c) Promover la articulación intersectorial e interinstitucional con diferentes actores con el fin de consolidar la red de Salud Mental.
- d) Elaborar planes personalizados para la atención y la inclusión social de las personas y sus referentes vinculares.
- e) Promover apoyos para la inclusión laboral, educacional, alfabetización, habitacional, organización y realización de actividades significativas para cada

persona, apoyos para la atención integral de la salud, para el acceso a la cultura, al arte y a la recreación.

f) Implementar los apoyos sociosanitarios necesarios para cada persona en articulación con los otros efectores de la Red Provincial en Salud Mental y Consumos Problemáticos con Base en la Comunidad intervinientes y con los actores de la comunidad que resulten pertinentes.

### c. Unidades Residenciales en Consumos Problemáticos

Son dispositivos que brindan alojamiento y acompañamiento en un ambiente terapéutico a personas en situación de consumos problemáticos. Tienen una modalidad convivencial, e incluyen residencia de forma temporaria.

Trabajan en articulación con las redes de asistencia en salud mental propia de la comunidad y específica de la Red Provincial en Salud Mental y Consumos Problemáticos con base en la comunidad (CPA- Salud Mental, Centros Comunitarios).

Desde estos dispositivos se generan acciones con el propósito de identificar, proporcionar, preservar y fortalecer los apoyos necesarios, mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, y generar acciones para la inclusión social.

Acciones:

- a) Mantener, preservar y/o mejorar la autonomía de las personas
- b) Proporcionar apoyo y asistencia a las familias y/o referentes de las personas mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.
- c) Fortalecer la atención de las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales.
- d) Elaborar planes personalizados para la atención de las personas y sus referentes vinculares.
- e) Articular con los efectores de salud correspondientes para la implementación de la atención integral de la salud.
- f) Elaborar un proyecto personalizado para cada persona, en conjunto con los otros efectores de la Red Provincial en Salud Mental y Consumos Problemáticos con base en la comunidad (en los casos en que se requiera).
- g) Implementar los apoyos socio sanitarios necesarios para cada persona en articulación con los otros efectores de la Red Provincial en Salud Mental y Consumos Problemáticos con Base en la Comunidad y con los actores de la comunidad que resulten pertinentes.
- h) Implementar talleres laborales, de formación, productivos, de alfabetización, en otros.
- i) Organizar y realizar actividades significativas para cada persona, que contemplen el acceso a la cultura, el arte y la recreación.

#### d. Equipos interdisciplinarios de urgencia en Salud Mental en Hospitales Generales

En base a lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 Art. 28 “Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592”, se incorporaron equipos interdisciplinarios de salud mental en hospitales generales con el objetivo de construir políticas públicas de atención y cuidados con base en la comunidad.

Se configuraron equipos en los que participan 114 trabajadores, cada uno de ellos conformados por 1 Psicólogo/a, 1 Psiquiatra y 1 Lic. en Trabajo Social. Estarán presentes en 38 hospitales bonaerenses garantizando respuestas ante las distintas situaciones críticas desde un abordaje integral.

Las urgencias son parte del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, se aborda el episodio agudo como un tiempo específico en un proceso de continuidad de cuidados, es decir, que los profesionales también destinan parte de su trabajo a la articulación fuera de la institución: intervenciones comunitarias, domiciliarias, articulación con los dispositivos donde de continuará los tratamientos.

De esta manera se sigue avanzando en asegurar que las internaciones de salud mental al igual que otras problemáticas de salud se concreten en hospitales generales, cercanos a las comunidades donde viven las personas.

#### e. “Equipos móviles de salud mental”. Equipos Regionales de Interconsulta y Enlace Comunitario

Son dispositivos de atención y articulación del sistema de salud, creados bajo los parámetros que propone la Ley 26.657 recreando lineamientos de intervención acordes a las nuevas necesidades de atención.

Los equipos funcionan articulando con los efectores sanitarios provinciales y municipales, con asiento en los diferentes distritos de la provincia de Buenos Aires, permitiendo la organización de las redes de salud a nivel territorial, en función de las capacidades de resolución con las que cuentan dichos efectores. En la actualidad se implementa en las regiones sanitarias V, VI, VII, XI y XII.

Se persigue como objetivo:

- Garantizar la receptividad de los usuarios con problemas de salud mental en los Efectores de Salud que no cuentan con recursos profesionales para efectuar su evaluación y/o intervención interdisciplinaria.
- Evitar la derivación a instituciones monovalentes, aportando alternativas y herramientas a las prácticas habituales en territorio.
- Promover la resolución de las situaciones de crisis de salud mental en el propio marco de los hospitales generales, y favorecer la continuidad de tratamientos de manera ambulatoria manteniendo activos los circuitos de referencia y contra-referencia.
- Minimizar la superposición de recursos públicos y/o programas, interviniendo intersectorialmente desde el inicio, convocando y contactando a los recursos pertinentes para cada situación, asesorando a cada familia respecto de acceso a programas y/o planes existentes desde un marco de derechos.
- Responder a las necesidades de la población en materia de salud mental y adicciones con estrategias terapéuticas alternativas como herramientas que favorezcan la conservación y adaptación de las personas a su comunidad, resguardando los lazos sociales.

En la Tabla 51 se presenta la cantidad y tipo de efectores de la red pública de atención provincial de salud mental, actualizado al año 2020, información que se complementa con la presentada en la Tabla 51, en la cual se observa la cantidad de tipo de efectores cada 100 mil habitantes de cada estrato<sup>14</sup>. El estrato 2 presenta la mayor cantidad de efectores de la red por cada 100 mil habitantes, contando a su vez con 5 de los 7 hospitales especializados de la provincia (4 neuropsiquiátricos en salud mental y dos especializados en discapacidad)<sup>15</sup>. Le siguen, en cantidad de efectores por cada 100 mil habitantes, el estrato 4 y el 3, quedando con la menor cantidad el estrato 1. (Tabla 52)

---

<sup>14</sup> Para los hospitales generales con servicio de internación se contemplan tanto los provinciales como los municipales.

<sup>15</sup> Se consideran aquí los cuatro hospitales neuropsiquiátricos: Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn", Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves, Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo J. Taraborelli", Hospital Dr. Domingo Cabred, y los hospitales especializados en discapacidad, Hospital Sub Zonal Especializado Dr. José Ingenieros y Hospital Local Especializado "A" San Lucas.

Tabla 51 - **Cantidad y tipo de efectores de la red de atención provincial en salud mental. PBA y estratos.**

Efectores de la red de atención en Salud Mental	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
CPA	37	36	31	29	133
Unidad residencial	3	2	1	2	8
Centro comunitario de salud mental	4	2	3	1	10
Hospital especializado	2	5	0	0	7
Hospital general con servicio de salud mental c/internación	47	34	32	33	146
Extensión territorial	15	10	9	5	39
Equipos de urgencias	17	9	7	5	38
Equipos móviles	1	1	1	2	5

Tabla 52 - **Cantidad de efectores de la red de Salud Mental provincial, cada 100 mil habitantes, según tipo de dispositivo y estratos. PBA.**

Efectores de la red de atención en Salud Mental	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Hospital gral. con servicio de internación en SM	0,5	1,5	1,1	1,4	0,8
Dispositivo con base en la comunidad*	0,8	2,6	1,9	1,8	1,3
Total de efectores de la red de atención en SM**	1,3	4,3	3,0	3,2	2,2

\*Incluye CPA, Unidad Residencial, Centro de día comunitario, Extensión territorial, Equipos de urgencia y Equipos móviles.

\*\*Incluye, además de los efectores desagregados en la tabla, a los hospitales neuropsiquiátricos.

## 14. COBERTURA DE VACUNACIÓN

El análisis de los indicadores de cobertura de vacunación para cada biológico según los grupos de edad y el porcentaje de esquemas completos se realiza en base a los siguientes criterios:

- De 95% a 100%: la cobertura y protección inmunológica es adecuada.

- Menor al 95%: la cobertura es inferior a la cifra esperada y es necesario identificar las causas de la baja cobertura y definir estrategias de vacunación para elevarlas y mejorar la protección de la población.
- Mayor al 100%: analizar las causas de la cifra de cobertura, tales como poblaciones menores a la real, vacunación de niños/as de otras áreas de salud, problemas de registro, entre otras.

Los datos de Inmunizaciones fueron brindados por el Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProCEI-PBA) y provienen del registro consolidado mensual de las dosis aplicadas que se realiza desde los municipios y regiones sanitarias a través de la plataforma “*Inmunizaciones Web*” dependiente de la Intranet del Ministerio de Salud. Para el cálculo de coberturas se toma la estimación de las poblaciones 2015 al 2020 y estadísticas vitales (Nacidos Vivos), proporcionadas por la Dirección de Información Sistematizada (DIS), del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Se presentará el análisis para toda la provincia de una selección de vacunas por grupo de edad de mayor relevancia sanitaria (vacunas trazadoras) en el período 2015 a 2020. Las vacunas y poblaciones objetivos seleccionados fueron:

- Hepatitis B en menores de 7 días
- Pentavalente (3° dosis) en menores de 1 año
- Triple Viral (1° dosis) en niños/as de 1 año
- Triple Viral (2° dosis) en niños/as de 5 y 6 años (Ingreso Escolar)
- Triple Bacteriana Acelular en preadolescentes de 11 años
- Triple Bacteriana Acelular en embarazadas

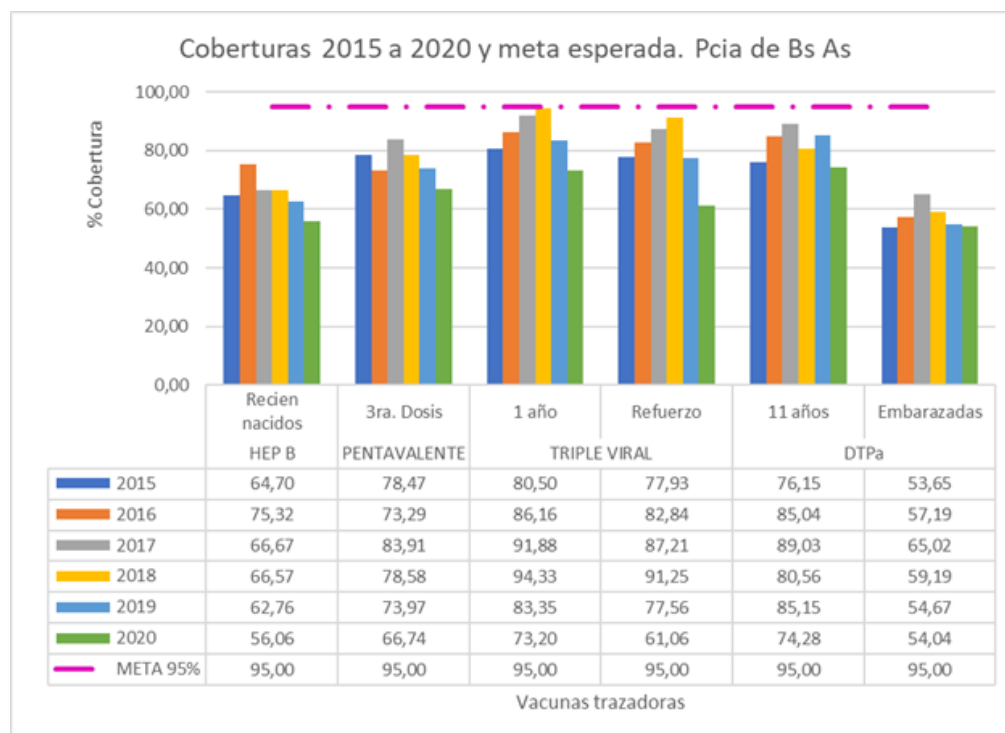
Todas las vacunas del Calendario Nacional (CNV) son obligatorias, gratuitas y se aplican en los vacunatorios, centros de salud y hospitales públicos del país. Nuestro calendario incluye vacunas para todas las etapas de la vida, situaciones especiales o para grupos específicos<sup>16</sup>. Las coberturas de vacunación representan uno de los indicadores de acceso más importantes del Programa de Inmunizaciones, y dan cuenta de la proporción de la población que recibió las dosis correspondientes al Calendario en el momento oportuno.

En la provincia de Buenos Aires se observa que las coberturas para el periodo 2015-2020 son subóptimas comparadas con la meta esperada (anual 95 a 100%), siendo el grupo etario comprendido por menores de un año y embarazadas los que concentran las coberturas más bajas (Figura 23). Si bien se observan porcentajes inferiores en la vacunación de recién nacidos, estos se deben a problemas de

<sup>16</sup> <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

registros en la carga de dosis aplicadas en el ámbito hospitalario tanto privado como estatal por lo que las coberturas no reflejan un dato de calidad.

Figura 23 - Coberturas de vacunas trazadoras. PBA. 2015 a 2020



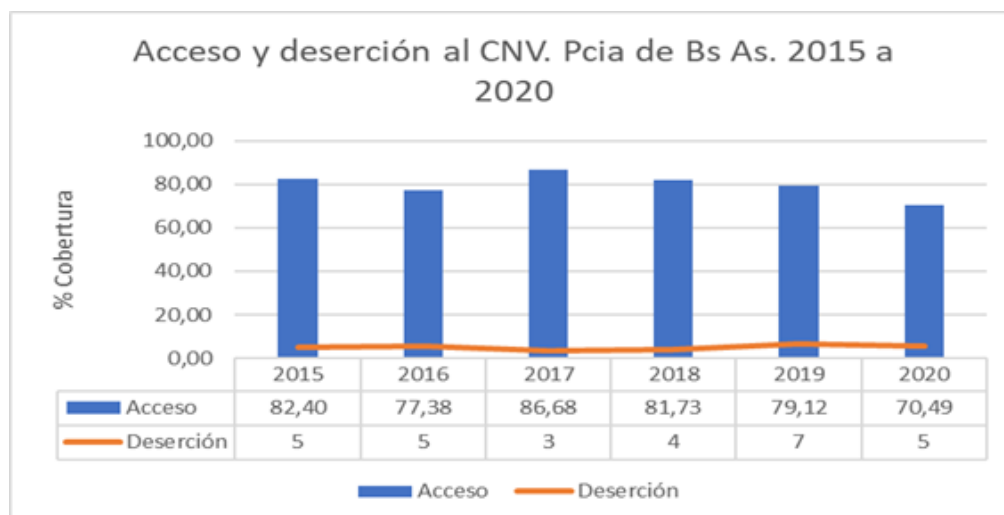
Fuente: Programa de Control de Enfermedades Immunoprevenibles de la PBA.

En la población de menores de un año las coberturas se mantienen en un porcentaje por debajo de la meta esperada, considerándose alarmante la situación a partir de 2019. Las coberturas de 3º dosis de pentavalente reflejan los niños vacunados hasta 6 meses

Si bien las coberturas son indicadores de acceso a la vacunación, es la relación entre las 1º dosis de vacuna pentavalente aplicadas (las 3 dosis se aplican a los 2, 4 y 6 meses de vida) y la población de nacidos vivos lo que nos permite determinar el correcto acceso al CNV. La deserción corresponde a la proporción de niños que inician el esquema de vacunación, pero no lo completan. Se acepta un nivel menor de 5% para considerar que hay un buen sistema de seguimiento de los niños.

Para el período analizado se observa un nivel de deserción del 5% en los años 2015, 2016 y 2020, alcanzando un máximo del 7% en el año 2019, para la provincia de Buenos Aires (Figura 24).

Figura 24 - **Acceso y deserción al CNV. 2015 a 2020. Provincia de Buenos Aires.**



	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N=	292.886	286.691	271.343	259.073	259.073	249.031

Fuente: Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de la Provincia de Buenos Aires.

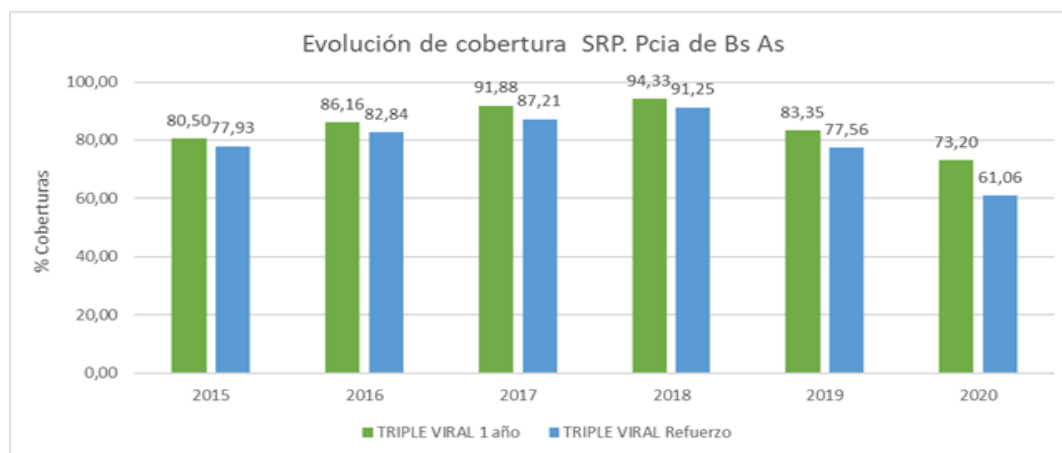
### 14.1 Triple viral

Desde comienzos de septiembre de 2019, Argentina registró la mayor incidencia de casos confirmados de sarampión desde la eliminación de la circulación endémica del virus, alcanzada en el año 2000 y certificada en 2016 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los casos confirmados afectaron a la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las estrategias de control de brote adoptadas incluyeron en el fortalecimiento de la vacunación de rutina en todas las jurisdicciones de la provincia e indicaciones ampliadas de vacunación en los municipios de las Regiones Sanitarias V, VI, VII y XII. Dichas acciones contribuyeron positivamente en el periodo de brote y su control.

En la provincia de Buenos Aires, para el período 2015-2020, observamos un progresivo incremento de las coberturas de vacuna Triple Viral entre 2015 a 2018, que no llegan a alcanzar una protección inmunológica adecuada (menor del 95%), disminuyendo luego a valores de cobertura de un 73 y 61 % de vacuna Triple Viral en menores de 1 año y Refuerzo al ingreso escolar, respectivamente, en el año 2020 (Figura 25).



Figura 25 - Coberturas de vacunación en trazadora seleccionada (Triple viral) en niños de 1 año e ingreso escolar. 2015 a 2020. Provincia de Buenos Aires.



		2015	2016	2017	2018	2019	2020
N=	1 año	292.453	290.495	288.157	284.667	284.667	249.031
	Ing.Esc.	273.796	279.206	285.857	294.729	294.729	292.886

Fuente: Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de la provincia de Buenos Aires.

Del análisis de las coberturas de vacunación 2020 por estratos, observamos que los porcentajes más bajos los encontramos en el estrato de peor situación socioeconómica, tanto para los menores de 1 año (Pentavalente-3° dosis), como para la población de entre 5 y 6 años (Triple Viral-2° dosis). (Tabla 53). Los porcentajes de coberturas más altos se observan en el estrato 3, para ambas trazadoras, con un 73,96 % para menores de 1 año y un 67,83% en la población de Ingreso escolar. En toda la provincia la cobertura no se alcanzó la meta del 95%.

Tabla 53 - Porcentaje de Cobertura de vacunación por estrato. PBA. Año 2020

Vacuna	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	PBA
Pentavalente (menores de 1 año)	63,86	70,53	73,96	68,39	66,73
Triple viral (ingreso escolar)	58,25	63,15	67,83	64,71	61,13

Fuente: Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de la pcia. de Buenos Aires.

En síntesis, los recursos del sistema de salud, tanto provinciales como municipales y nacionales son, para gran parte de la población, el único recurso disponible para garantizar el derecho a la salud. No obstante, un porcentaje importante, utiliza el sector privado a través de las obras sociales o prepagas.

En la Provincia, existe mayor cantidad de efectores privados que públicos. La mayoría de estos no cuentan con internación y de los que cuentan, paradójicamente, la mayor cantidad de camas son públicas. La provincia cuenta con un menor porcentaje de camas que la Argentina y que gran parte de los países de América Latina.

La menor disponibilidad de establecimientos con y sin internación se encuentra en el territorio de peores condiciones socioeconómicas y aumenta la cantidad, proporcional, a medida que mejora la situación social. Con la cantidad de camas sucede una situación similar. En términos proporcionales, en el sector de peores condiciones se concentran menor cantidad de camas públicas y privadas.

En cuanto a los centros de atención Primaria de la Salud municipales se observa que se encuentran distribuidos en el territorio bajo el mismo criterio irracional que las camas hospitalarias. Ambos son fruto de una expansión sin una planificación centrada en las necesidades.

En la zona de peores condiciones, existen menor cantidad de centros de salud que en la zona de mejores condiciones y con el agravante de que, esta población, posee mayor probabilidad de cobertura exclusivamente estatal. Se observan desigualdades en la distribución de los centros de salud, constituyéndose como una inequidad en el acceso, necesaria de ser revisada.

Los establecimientos de salud provinciales también presentan el mismo patrón. En el sector de peores condiciones, los establecimientos son menores cada cien mil habitantes y si se analiza cada cien mil habitantes con cobertura estatal exclusiva, las diferencias se multiplican. La distribución de camas provinciales posee mayor equidad que los efectores provinciales siendo que son más o menos proporcionales cada cien mil habitantes en todos los territorios, salvo en el estrato 3 que destacan del resto.

En cuanto a los efectores municipales, se observa que cuanto mayor es la complejidad del establecimiento, menor cantidad estaría radicado en el sector de peores condiciones sociales. Al analizar con la población con cobertura únicamente estatal, la brecha aún es mayor.

También existen menor cantidad de camas municipales cada cien mil habitantes en el sector de peores condiciones y se podría categorizar como una inequidad en el acceso, en especial para aquella población que el subsector estatal, es la única opción.

La oferta de odontología presenta características similares, al ponderar por tamaño poblacional, se observa una oferta más escasa en territorios que únicamente tienen acceso al sector estatal. La oferta provincial, en esta área, es bastante limitada en cuanto a cantidad de efectores con disponibilidad para realizar prestaciones odontológicas.

La Provincia ofrece una red de establecimientos que garantizan la atención integral de salud para el colectivo LGBT+. Entre 2019 y 2021 la red creció prácticamente al doble de los efectores participantes.

También existe una oferta de establecimientos que garantizan la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Desde el año 2019 se ha cuadruplicado la cantidad de municipios que cuentan con efectores que garantizan acceso, llegando actualmente a tener oferta en prácticamente toda la Provincia.

Uno de los grandes ejes de acción del actual Gobierno en salud es garantizar el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental adherida por Ley Provincial. Para esto, se ha planteado una reforma psiquiátrica y de salud mental y se ha dispuesto una serie de transformaciones que tienen como eje el proceso de reforma de los neuropsiquiátricos públicos y la reinserción de usuarios de salud mental en dispositivos de la comunidad. Para ellos se ha creado el programa de apoyo a la externación sustentable; se han cerrado las admisiones y readmisiones en servicios de larga estadía, se está trabajando para la reconversión de recursos hospitalarios de estadía prolongada en recursos habitacionales de base comunitaria; se ha creado el programa de Atención y Cuidados en Salud Mental para infancias y juventudes y se han puesto a punto los centros Provinciales de Atención y cuidados en Salud Mental y Consumos problemáticos y las Unidades residenciales en consumos problemáticos. En hospitales generales se han creado los equipos de urgencia de salud mental, y en territorio funcionan equipos móviles de salud mental para atención y articulación del sistema de salud. Estos avances han sido innovadores para la provincia de Buenos Aires que venía con un gran atraso en el cuidado de la salud mental tanto desde el modelo de atención cuanto el de gestión y financiamiento.

La cobertura de vacunación en la provincia, fue caracterizada como subóptima, en función de la meta estimada para el periodo 2015-2020, siendo los menores de un año y las embarazadas los que concentran menores coberturas, en especial a partir del año 2019. Se aclara que, en este informe, no se incluyen datos sobre la

vacunación contra la COVID-19 ya que existe múltiple información en otros informes técnicos.

La triple viral en los últimos años viene incrementando la cobertura, no obstante, no llega a alcanzar un porcentaje óptimo.

## CONCLUSIONES

Se ha presentado un informe de la situación de salud de la población de la Provincia de Buenos Aires. El mismo tuvo el propósito de presentar la situación de salud analizando las desigualdades sociales en salud en la población residente en el territorio de la Provincia que podrían constituirse en una inequidad y que pudieran marcar un rumbo de acción necesario para eliminarlas.

Para ello, se ha estratificado el territorio teniendo en cuenta indicadores sociales y sanitarios que podrían identificar algunos elementos de vulnerabilidad en la población residente. No fue fácil la tarea, ya que los datos de población eran del año 2010, salvo alguna excepción. No obstante, utilizando una metodología ya usada previamente para estas situaciones, se pudo calcular un índice que estratificó a la población en diferentes situaciones sociales y nos facilitó una lista de las mismas organizadas de manera ordinal. Con estos elementos, fue tomada la decisión de crear cuatro clusters o estratos y analizar todas las condiciones posibles de salud, en cada uno de esos territorios. Gran parte de los datos obtenidos, al estar individualizados por municipios, fue posible incorporarlos en esta matriz, no obstante, algunos otros quedaron pendientes.

Todo el esfuerzo fue dirigido a analizar por estrato la situación de salud/enfermedad ya que era la intención cumplir con el imperativo legal y ético de visualizar como era garantizado el derecho a la salud en el territorio, según los determinantes sociales que, entendemos, forman parte de situaciones de injusticia social estructurales.

En este análisis fueron observadas diferencias importantes entre grupos residentes en diferentes territorios de mayor o menor vulnerabilidad social. Se ha podido observar que la población más vulnerable (en términos de los indicadores elegidos) es la más urbana, aunque de cordones alejados a la Ciudad de Buenos Aires, le sigue una población más pobre y rural, otra más rural y no tan pobre y una de mejor situación donde se ubican los municipios más ricos del conurbano (más próxima a la Ciudad de Buenos Aires) en conjunto con municipios, probablemente de mejor situación económica debido a la producción agropecuaria.

Las pirámides demográficas dejan claramente en evidencia los contrastes en la estructura poblacional de cada estrato, no obstante, las tasas de mortalidad poseen escasas diferencias entre ellas. Los indicadores de fecundidad muestran que es mayor en la situación de peores condiciones y la cantidad de hijos por mujer aumentaría. La esperanza de vida al nacer es mayor en mujeres, con escasas diferencias según la situación social. Como complemento, los varones fallecen más jóvenes que las mujeres y abundan los accidentes, los problemas cardiovasculares y respiratorios como años potenciales de vida perdidos.

La mortalidad en mujeres en edad fértil y la definida como materna, es mayor en territorios más vulnerables. Se observan inequidades en estos indicadores y en especial cuando se analiza por decenio la mortalidad definida como materna. La mortalidad infantil también expresa inequidades entre sectores de situación social siendo que, a la opresión de la situación social desfavorable, se le junta una mortalidad prematura en los niños menores de un año.

No solo fueron observadas inequidades por territorios, en las tasas de mortalidad, sino que también se observaron debido al género.

Entre las causas externas se observa que la población más vulnerable sufrió mayor mortalidad por homicidios mientras que los de mejores condiciones sociales tuvieron mayor tasa de suicidio y accidentes. Dentro de los suicidios, los más afectados fueron los varones jóvenes y la mortalidad por consumo de sustancias también afectó mayoritariamente a ese grupo, aunque en edades más avanzadas.

La Morbilidad en salud mental es diagnosticada (se aclara que no significa incidencia/prevalencia) en mayor medida en mujeres y los principales problemas son los trastornos neuróticos y relacionados con el stress y la somatización de problemas emocionales. Las mujeres los sufren o de jóvenes o adultas y los varones un decenio después de ellas y siendo adultos mayores. El consumo de alcohol se encuentra en primer lugar, seguido de drogas y es predominantemente masculino. El intento de suicidio fue observado mayoritariamente en adolescentes.

Las consecuencias de la falta de atención del aborto llevaron a la muerte de varias personas con capacidad gestante en el último decenio, sin embargo, con el actual gobierno en salud, la atención en toda la provincia se ha incrementado, abriendo oferta en prácticamente todos los municipios.

Entre los desafíos encontrados, se observan las bajas coberturas de vacunación, perjudicando principalmente a menores de un año y mujeres embarazadas. La pandemia vino a agravar una situación que ya era sub óptima.

El dengue se ha instalado como problema epidemiológico desde hace varios años en la provincia de Buenos Aires y es preocupante la cantidad de subtipos que ya han circulado. La tuberculosis es un problema para la provincia, en especial, en los sectores más vulnerables. La sífilis y la transmisión vertical de la misma, viene aumentando de manera acelerada en conjunto con el Chagas. Esta y otras enfermedades, como las crónicas poseen sistemas de información que no permiten georreferenciarlas por municipios, y este obstáculo, ha dificultado el análisis de desigualdades sociales de las mismas.

Los recursos del sistema de salud de la Provincia son variados en términos de oferta y de fuentes de financiamiento. Coexisten servicios públicos y privados de escasa y

gran complejidad, desparramados, sin una planificación sanitaria, por todo el territorio. No obstante, se logra una cobertura de gran parte de las problemáticas expresadas en este informe, aunque con una distribución desigual, en términos de las vulnerabilidades sociales de los territorios y las personas que allí conviven. En términos estructurales, ya se cuenta con un promedio de camas por habitantes, bastante inferior al de Argentina y otros países de Latinoamérica. Fue observado un patrón recurrente, especialmente en el subsector estatal provincial y municipal que podría describirse como que, a mayor vulnerabilidad social de los municipios, en proporción a la cantidad de habitantes, menor oferta de centros de atención primaria, hospitales de alta complejidad, establecimientos provinciales y camas municipales. Esta situación se agrava cuando se ponderan estos elementos estructurales con la población que únicamente posee cobertura estatal.

Las coberturas de vacunas se encontraban en un nivel sub-óptimo y sería necesario priorizar.

La oferta de odontología presenta características similares a la de establecimientos de salud. En los sectores de peor situación social, existe mayor escasez de servicios y cantidad de prestaciones realizadas.

Un avance considerable, resulta el hecho de que la provincia ha duplicado en el último año, los consultorios para atender la salud integral de personas LGBT+ y aumentado la oferta de establecimientos que garantizan la interrupción voluntaria y legal del embarazo, que ha sido cuadruplicada con el actual gobierno en salud. Esto implica cumplir con compromisos en la garantía de derechos, en este caso, hacia el colectivo LGBT+, hacia personas con voluntad de interrumpir embarazos. También se ha avanzado para garantizar derechos a personas con sufrimiento psíquico. Para ello se ha emprendido una reforma psiquiátrica y de salud mental que incluye transformaciones institucionales innovadoras para la Provincia, tales como el cierre de salas de manicomios, el apoyo a la externación de usuarios de salud mental, el fortalecimiento de hospitales con servicios de emergencia en salud mental, el eje en infancias y juventudes y toda una reconversión tanto del modelo de atención como de gestión y financiamiento, de las respuestas al consumo problemático de drogas y alcohol.

Para finalizar, fueron recurrentes los obstáculos referidos a los sistemas de información, y se plantea la necesidad de mejorar la calidad de los mismos, entendiendo que se trata de un insumo fundamental para la toma de decisiones en materia de políticas sanitarias.

## BIBLIOGRAFIA

- Adaglio, M., Federal, C., & Aires, B. (2004). Aplicación del análisis de situación de salud, 72–82.
- EVANS, T., WHITEHEAD, M., DIDERICHSEN, F., BHUIYA, A., & WIRTH, M. (2003). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 45(3), 146–146. <https://doi.org/10.1590/s0036-46652003000300016>
- Kawachi, I., Subramanian, S. V, & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1732240&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Schneider, M. C., Castillo-salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., & Vidaurre, M. (2002a). Métodos de medición de las desigualdades de salud, 12(4).
- Schneider, M. C., Castillo-salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., & Vidaurre, M. (2002b). Métodos de medición de las desigualdades de salud, 12(6), 398–414.
- Subramanian, S. V, & Kawachi, I. (2004). Income Inequality and Health : What Have We Learned So Far ?, 26, 78–91. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxh003>
- Szwarcwald, C. L., Bastos, F. I., & Andrade, C. L. T. de. (2002). Health inequality indicators: a discussion of some methodological approaches as applied to neonatal mortality in the Municipality of Rio de Janeiro, 2000. *Cadernos de Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 18(4), 959–970. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000400005>





**MINISTERIO DE  
SALUD**

---



**GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
BUENOS  
AIRES**