

Análisis de Situación de salud (ASIS) del Partido de General Pueyrredón, año 2024

Instancia de cierre: talleres participativos

Resumen ejecutivo

En el marco del ASIS 2024 se realizaron dos talleres participativos intersectoriales con el objetivo de validar resultados, priorizar problemáticas sanitarias y avanzar en la construcción de líneas de acción. Estas instancias se inscriben en un enfoque de investigación-acción participativa, promoviendo el involucramiento activo de actores del sistema de salud, la academia y la gestión.

Principales hallazgos

1. *La problemática de salud es social*

- Los problemas identificados no pueden abordarse únicamente desde el sistema de salud
- Fuerte consenso en la necesidad de un enfoque basado en la determinación social de la salud
- Relevancia del trabajo comunitario, territorial e intersectorial

2. *Perfil epidemiológico complejo. Convivencia de:*

- Envejecimiento poblacional y enfermedades no transmisibles (ECNT)
- Persistencia de enfermedades transmisibles (tuberculosis, sífilis)
- Mortalidad evitable en jóvenes (lesiones por causas externas)
- Descenso sostenido de coberturas de vacunación
- Necesidad de gestionar simultáneamente múltiples problemas sanitarios

3. *Problemas de salud prioritarios identificados*

- Sífilis
- Tuberculosis
- Mortalidad infantil
- Enfermedades no transmisibles
- Cáncer
- Lesiones por causas externas (especialmente en varones jóvenes)
- Bajas coberturas de vacunación

4. *Fragmentación del sistema de salud*

- Alta fragmentación institucional y financiera
- Predominio del sector privado en la atención e internación (principalmente de baja complejidad)
- Desarticulación entre niveles de atención
- Ausencia de segundo nivel de internación en el sector público
- Débil articulación entre actores y sectores

5. *Problemas de modelo más que de recursos*

- Disponibilidad de recursos, pero:
 - Mala distribución de profesionales
 - Alta ocupación de camas
 - Debilidad del primer nivel de atención
- Dificultades vinculadas a la organización del sistema y al modelo de atención

6. *Recursos humanos en tensión*

- Concentración de profesionales en el sector privado
- Deterioro del primer nivel ("pérdida del pediatra de la salita")
- Heterogeneidad en la formación de enfermería y escasez de licenciados
- Impacto de condiciones laborales y salariales

7. *Desajuste en la formación y especialización médica*

- Déficit de especialidades clave para el perfil epidemiológico local (geriatría, emergentología, cuidados paliativos entre otras)
- Desalineación entre la formación orientada a la salud comunitaria y las elecciones profesionales efectivas
- Tendencia a la elección de especialidades más rentables y con mejores condiciones laborales
- Relación desbalanceada entre profesionales de la salud: predominio de médicos sobre enfermeros y obstétricas, en contraposición a las recomendaciones internacionales que promueven equipos más equilibrados con mayor peso de enfermería
- Escasa jerarquización y organización del rol de enfermería en el sistema

Esto refleja un problema estructural de planificación de recursos humanos, tanto en términos de cantidad como de composición del equipo de salud.

8. *Vacíos y fragmentación de la información*

- Datos heterogéneos, incompletos y con inconsistencias entre fuentes
- Falta de información en áreas clave (ej. salud mental, accesibilidad)
- Necesidad de fortalecer sistemas de información integrados

9. *Emergentes relevantes*

- Aumento de la demanda en salud mental, especialmente en infancias
- Problemas en la adherencia a tratamientos (ej. tuberculosis)
- Confusión en el uso del sistema de emergencias (911 vs 107)
- Necesidad de retomar dispositivos como observatorios (ej. seguridad vial)

Principales líneas de acción propuestas

- Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud
- Desarrollo de estrategias comunitarias y territoriales
- Promoción de agentes comunitarios
- Articulación intersectorial (salud, educación, desarrollo social, etc.)
- Generación de observatorios y espacios de monitoreo
- Producción y sistematización de información para la toma de decisiones

Resultado del proceso

- Construcción de un diagnóstico compartido entre actores diversos
- Identificación de prioridades sanitarias consensuadas
- Propuesta de institucionalizar espacios intersectoriales de trabajo
- Consolidación del ASIS como herramienta para la planificación en salud basada en evidencia y participación

Informe final talleres participativos

A modo de cierre del Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTS) – ASIS 2024- se llevaron a cabo dos talleres participativos con el objetivo de generar una instancia de presentación preliminar de los resultados y, fundamentalmente, de someterlos a un debate constructivo y performativo de los pasos a seguir. También se realizará una exposición en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), Oscar Alende, ajustada en formato a la disponibilidad de sus autoridades. Con estos tres encuentros se procura robustecer el cumplimiento del objetivo 4 del PDTS, es decir “Identificar problemas de salud prioritarios y definir estrategias sanitarias según el análisis intersectorial de los resultados”, que lógicamente se fue trabajando también para los 3 anteriores. En este sentido, los talleres son secuenciales, recuperando resultados y conclusiones previas.

Ambos talleres están influenciados por la perspectiva de Investigación-Acción Participativa (IAP), en tanto se involucra activamente a los actores en el proceso de diagnóstico social e impacto en la comunidad, y se incentiva la resolución de problemáticas locales mediante el empoderamiento y la reflexión colectiva. Precisamente se promueve el involucramiento de los diferentes artífices del entramado sanitario en la jerarquización de las problemáticas y el potencial diseño de propuestas para una eventual toma de decisiones y diagramación de políticas públicas. En este sentido, se entiende como primordial la puesta en valor de las experiencias de estos actores en territorio, comunitario o institucional.

Taller 1

26 de marzo. 12 a 14 horas.

Centro de Simulación de la facultad de medicina, UNMdP. 20 de septiembre e Ituzaingó

Objetivo del PDTS a trabajar: Describir las características sociodemográficas, y el perfil de morbilidad y mortalidad de la población del PGP

Investigadores a cargo/expositores:

Analía Rearte. Facultad de medicina, UNMdP. Directora del PDTS

Fernanda Aguirre. Instituto Nacional de Epidemiología (INE) "Dr. Juan H. Jara"

Micaela Gauto. Instituto Nacional de Epidemiología (INE) "Dr. Juan H. Jara"; Facultad de medicina, UNMdP

Colaboradores: Juan Marcos Guerrero Sanz, Facultad de Medicina; Cassandra Hernandez Pascual, Erika Ortiz, Micaela Quirolo y Ariel Laspiur, residentes de Epidemiología del INE.

Asistentes/ participantes de los grupos de trabajo del taller:

- 1.- Sara Suárez. Epidemióloga. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil
- 2.- Analía Rearte. Facultad de medicina, UNMdP; Hospital Interzonal General de Agudos
- 3.- Natalia Casellas. Secretaría de Salud, Municipalidad de Gral. Pueyrredon
- 4.- Nora Fuentes. Médica. Hospital Privado Comunidad; Facultad de Medicina, UNMdP. ASIS
- 5.- Carlos Grillo. Área epidemiología, Región Sanitaria VIII
- 6.- Alina Guarino. Médica. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil
- 7.- Fernanda Valenzuela. Médica. UFASTA
- 8.- Leonela Peralta. Médica. Clínica del niño y la Familia
- 9.- Jorge Villegas. Médico. Vicepresidente del Colegio de Médicos Distrito IX
- 10.- Gabriela Lourtau. Médica. UNMdP
- 11 Joaquín Simón. Subsecretario de Vinculación, Facultad de Psicología, UNMdP; SEDRONAR

Dinámica:

Para este taller las profesionales del INE propusieron trabajar con el método HANLON, herramienta metodológica que permite jerarquizar problemas de salud de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia de la intervención y factibilidad del programa de intervención.

El objetivo es que, por grupos, se discuta la jerarquización de los problemas de salud de la ciudad y la factibilidad de su abordaje.

Se presenta un resumen de los resultados del ASIS en cuanto al objetivo 1 del PDTs, el referido al perfil de morbilidad y mortalidad de la ciudad (*anexo 1*) como insumo para el trabajo en equipo y se explica detalladamente el método HANLON con el cual trabajarán los equipos.

Se mencionan los grupos, armados previamente para garantizar la inter y transdisciplinariedad. Se otorga a cada grupo un componente, acompañado de una guía orientadora (*anexo 2*) y una grilla a completar siguiendo el método HANLON (*anexo 3*). Cada grupo funcionará como comité de expertos, discutiendo y evaluando las problemáticas sanitarias listadas con antelación en función de los resultados del ASIS.

Tres grupos: severidad, eficacia, factibilidad.

Cada grupo puntuará las enfermedades según los criterios establecidos para cada componente.

En la instancia final se elabora en conjunto la puntuación final a partir de las puntuaciones parciales, al tiempo que se debate la situación epidemiológica de la ciudad en tanto fundamentación de la labor cuantitativa realizada.

En el *anexo 4* se expone la bitácora con el detalle de lo debatido internamente por cada grupo.

Grilla con los resultados finales:

	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	
Problema a priorizar	Puntaje (0-10)	Puntaje (0-10)	Puntaje (0,5;1;1,5)	Puntaje (0; 1)	Puntaje final
Sífilis	4	8	1,5	1	18
Lesiones por causa externa en varones	8	9	1	1	17
Mortalidad infantil	6	9	1	1	15
Tuberculosis	2	8	1,5	1	15
Mortalidad por ENT	6	8	1	1	14
Bajas coberturas de vacunación	8	6	1	1	14
Incidencia de cáncer	4	8	1	1	12
APR	2	5	1	0	0

Contenidos y conclusiones:

El taller se presenta haciendo énfasis en que no se trata de una instancia para presentar resultados, meramente descriptiva o expositiva y que el objetivo principal es diseñar líneas de acción. En este sentido se recupera el hecho de que muchos de los participantes del mismo fueron parte activa en el proceso de construcción de datos a partir de la entrega de información y, por otro lado, se refuerza que las derivaciones y conclusiones del taller serán parte de los eventuales informes y publicaciones. De este modo se posiciona también discursivamente a los participantes como activos y parte del proceso de investigación.

En línea con lo anterior se aclara que se trata de una tarea inabarcable en una única instancia y que es dinámica, no solo en referencia a los aspectos que no se pudieron trabajar en este primer ASIS –por ejemplo, salud mental, consumo problemático y personas mayores-, sino también en cuanto a que se trata de una labor continua de monitoreo de indicadores, de consideración de emergentes y de incorporación de variables de análisis a fin de robustecer los análisis sanitarios en completitud y complejidad.

Se presentan los datos sociodemográficos a modo contextual, pero fundamentalmente en términos de condicionantes del sistema sanitario a partir de la demanda.

Se presenta el perfil de morbimortalidad y se reflexiona sobre la situación en Gral. Pueyrredon de las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles en comparación con otras zonas donde sí hubo transición epidemiológica.

También se reflexiona sobre la situación de la tuberculosis, el aumento de casos y el hecho de que no se estén terminando los tratamientos; sobre el hecho además de que las notificaciones provengan en su mayoría del tercer nivel de atención, es decir del HIGA. Un participante compara las cifras entre 2009 y 2025 y resulta alarmante. Se compara con la situación en CABA, CIUDAD de Buenos Aires y resulta de la inequidad.

Otra problemática que se recupera con preocupación es la sífilis, por su impacto y por las dificultades para obtener información confiable.

En ocasión de la presentación del método HANLON, se insiste en la necesidad de continuar con estas tareas de IAP; que esta es solo una forma de aproximación y un momento de abordaje, que el proceso es dinámico y que además las condiciones son cambiantes por lo que puede ser inviable como programa de intervención en un momento puede mejorar en otro y viceversa; que los eventos priorizados para este taller pueden cambiar, etc.

Se ejecuta la puesta en común de los argumentos sobre las calificaciones otorgadas a las enfermedades a través de los tres componentes propuestos.

La conclusión general es que se trata de una situación epidemiológico-sanitaria que no puede ni debe considerarse sólo desde la perspectiva médica y de atención, sino más bien desde la determinación social de la salud; desde un abordaje sociocomunitario, desde las condiciones económicas y culturales.

➤ *la problemática es social*

En línea con esto, se insiste en lo imperioso de fortalecer la APS y la figura de promotor de salud. Se promueve la importancia de los agentes territoriales, del rol de la comunidad.

Cabe aclarar que esta visión es compartida por quien representa a la Secretaría de Salud de la Municipalidad, aunque no se ofrecen soluciones específicas.

Se propone la relevancia del sistema educativo, de las campañas específicas, de los aspectos culturales. Surge la pregunta de por qué habiendo ESI, ha empeorado el evento sífilis.

Surge como problema concreto la confusión extendida sobre a qué número telefónico hay llamar en caso de emergencia, ya que la gente llama al 911 y debería llamar al 107, lo que genera un retraso considerable en la gestión del servicio de atención.

Se recupera la labor del grupo *reanimemos* de la Municipalidad; necesidad de potenciar eso.

Se recupera la figura del *observatorio de seguridad vial* que alguna vez hubo en la ciudad y que era muy efectivo.

Finalmente, se insiste en la necesidad de trascender la mirada desde la medicina y potenciar el abordaje sociocomunitario. En este sentido se hace una reflexión al interior del ASIS sobre la formación de los invitados a participar del taller.

Taller 2

9 de abril de 2026. 12 a 14 horas

Sede de la Fundación Mar del Plata Entre Todos. Catamarca 2474

Objetivo del PDTS a trabajar: Caracterizar los recursos de atención a la salud disponibles en los diferentes subsectores del sistema

Investigadores a cargo/expositores:

Analía Rearte. Facultad de medicina, UNMdP. Directora del PDTS

Colaboradores: Juan Marcos Guerrero Sanz y Byanka Santos Souza de Santana de Facultad de Medicina.

Asistentes/ participantes de los grupos de trabajo del taller:

1.- Laura Zulaica. Geógrafa. Docente e investigadora CONICET. IHAM Facultad de Arquitectura

2.- Norberto Delfino. Médico. INAREPS

3.- Gabriela Silveyra. Farmacéutica. Colegio farmacéutico y foro farmacéutico de consejos profesionales Gral. Pueyrredon

- 4.- Santiago González. Psicólogo. Director de Región Sanitaria VIII
- 5.- Darío Petrillo. Trabajador Social. Director Asociado de Región Sanitaria VIII
- 6.- Natalia Casellas. Secretaría de Salud, Municipalidad de Gral. Pueyrredon
- 7.- Fernanda Valenzuela. Médica. UFASTA
- 9.- Jorge Villegas. Médico. Vicepresidente del Colegio de Médicos Distrito IX
- 10.- Gabriela Guerra. Lic. Terapia Ocupacional. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
- 11.- Verónica Palmisciano. Médica. Directora general de salud, Municipalidad de Gral. Pueyrredon
- 12.- Joaquín Simón. Psicólogo. Subsecretario de Vinculación, Facultad de Psicología, UNMdP; SEDRONAR
- 13.- Pablo Issel. Psicólogo. Decano de Facultad de Psicología, UNMdP
- 14.- María José Díaz. Arquitecta. IHAM Facultad de Arquitectura
- 15.- Laura Birman. Lic. Trabajo Social. Secretaria gremial CICOP
- 16.- Matías Maciel. Historiador. Docente Facultad de Medicina. Miembro dirección HIGA
- 17.- Nora Fuentes. Médica. Hospital Privado Comunidad; Facultad de Medicina, UNMdP. ASIS



Dinámica:

Los asistentes a este segundo taller tenían un perfil más institucional y de gestión, apropiado para el objetivo que se iba a trabajar, es decir las características y los recursos del sistema de salud de la ciudad.

En los primeros veinte minutos se expone la información necesaria para que los participantes discutan posteriormente en grupos y a partir de allí se genere una puesta en común y debate. Se recuperan los resultados más relevantes del ASIS y del primer taller efectuado el 26 de marzo (ver contenidos).

Se entrega a cada grupo una hoja de ruta para el debate, con el mapa de problemas del sistema de salud del partido:

ASIS: ¿Qué falta en este mapa? ¿Qué les parece que no está suficientemente visible? ¿En qué podemos trabajar y cómo?	
Diagnóstico de situación y problemas priorizados: Breve resumen de sus conclusiones sumando experiencias y estrategias implementadas ¿Qué acciones ya se están desarrollando para abordar estos problemas? (breve)	

Oportunidades/propuestas: ¿Qué se podría fortalecer o ampliar? ¿Qué actores podrían sumarse? ¿Qué acciones concretas podríamos impulsar en conjunto?	
Propuesta de colaboración: Cree conveniente que siga este espacio Que mecanismo de trabajo propone	

Los participantes se reúnen en forma aleatoria y debaten en función de las pautas y el diagnóstico de situación brindado oralmente y de la hoja de ruta.

Puesta en común de las conclusiones parciales, debate, reflexión colectiva. Diseño de agenda y perspectivas (conclusiones).

Contenidos y conclusiones:

*En la exposición inicial se recuperan los datos sobre el perfil sociodemográfico de la ciudad y de morbilidad, al tiempo que se van problematizando, es decir que no se exponen en tono descriptivo: gravitación de la franja etaria de personas mayores (perfil demográfico envejecido), contracción sostenida de la tasa de natalidad, alerta sobre tasa de mortalidad infantil; por qué no funcionan los programas de prevención; ECNT y el peso de la oncología: se pone en manifiesto la incompreensión del fenómeno del cáncer de mama y colorrectal entre las principales causas de mortalidad, fenómeno paradójico teniendo en cuenta las herramientas de tamizaje efectivas y disponibles. También ET y la alerta de continuar con problemas de países periféricos como la TBC y la sífilis (conceptos del primer taller). Impacto de accidentes viales en la tasa de mortalidad (prematura en varones). Tendencia descendente en coberturas de vacunación con riesgo de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

Conclusión parcial. a.- resumen de problemas priorizados: sífilis, mortalidad infantil, mortalidad por ECNT, bajas coberturas de vacunación, lesiones por causa externa en varones, tuberculosis, incidencia de cáncer. b.- el PGP debe gestionar simultáneamente el envejecimiento y las ECNT, la mortalidad evitable en jóvenes (especialmente por causas externas) y recuperar funciones preventivas esenciales como la vacunación y el control de la TB.

*Se exponen los resultados del ASIS respecto al objetivo específico a tratar (sistema de salud):

-Establecimientos de salud. Problema: no hay internación en segundo nivel y hasta lo más simple se atiende en el tercer nivel; la internación del sector público depende de hospitales regionales, especializados. No hay internación de baja complejidad ni hospitales locales.

-Egresos hospitalarios: son del sector privado la mayoría y el 64% tienen cobertura; se contabilizan 244 obras sociales diferentes (dimensión de la fragmentación).

-Camas de internación: comparación con Argentina y con otros países; se problematiza sobre que en sí mismo no es un indicador ya que podría ser un escenario de escasa cantidad de camas de internación, pero con una APS efectiva (por ejemplo, Canadá)

-Fuerza laboral: reflexión respecto a la mayor cantidad en Mar del Plata en relación con el total país respecto a médicos y enfermeros; en relación a países con altos ingresos faltarían enfermeras. Problematicación sobre la matrícula por especialidades.

-Sector de enfermería: marcada heterogeneidad formativa. En el PGP el 37% de los enfermeros registrados no tiene consignada su formación, y entre quienes sí la tienen registrada, predominan los auxiliares de enfermería (53,2 %).

-Promotores de salud: no hay un registro formal lo que dificulta dimensionar con precisión su presencia y distribución territorial. En el PGP se cuenta actualmente con 7 promotores municipales y 23 promotores dependientes de la Región Sanitaria VIII.

*Al igual que en el taller 1, se enfatiza el objetivo del ASIS y de los talleres:

-es mucho más que una recopilación de información; es un proceso dinámico y colaborativo, fundamental para la gestión efectiva de la salud pública.

-su enfoque integral y su cualidad dinámica implica que se trate de un proceso secuencial, en constante construcción y que requiere de un trabajo inter y transdisciplinar de los actores involucrados en distintas instancias del sistema sanitario, de su gestión y de investigación.

“la idea no es que hoy salgamos con todas las soluciones, sino poder acordar un diagnóstico y empezar a ordenar prioridades. Y también ver si tiene sentido sostener algún tipo de espacio de trabajo entre las instituciones que estamos acá”

- El objetivo específico de este segundo taller es comprender el mapa de actores del sistema de salud del PGP, analizar y acordar prioridades del diagnóstico de situación para orientar la definición de líneas estratégicas de abordaje y fundamentalmente explorar la posibilidad de consolidar un espacio de trabajo interinstitucional para avanzar en la construcción de un plan estratégico compartido, alineando esfuerzos y orientando las acciones de los distintos actores hacia un mismo horizonte:

“sirve esto que estamos haciendo; tiene sentido continuar y como; podemos institucionalizar una red, hacer un encuentro anual de puesta en común; tener actualizada la información; construir un norte donde acudir cuando necesitemos; es útil esto q estamos haciendo”

*Conclusiones:

Conclusiones persistentes:

-las fuentes de información están fragmentadas e incompletas. Hay años actualizados, otros desactualizados y lo que es más grave, para un mismo indicador según la fuente de información, los datos pueden no coincidir. Datos fragmentados, heterogéneos y con actualización variable; Indicadores contruidos con información de distintos años; Inconsistencias entre fuentes para un mismo indicador; diferencias en criterios de registro y definición

-Se recupera la principal conclusión del taller 1: necesidad de un abordaje comunitario y socioeconómico; necesidad de que participen todos los actores y artífices y se generen observatorios

Tópicos esgrimidos en el debate del segundo taller:

-*salud ambiental* como inquietud. Se responde que en la ciudad hay grupos de investigación que específicamente abordan las problemáticas que corresponden a esta perspectiva, que en el ASIS se esgrime como variable contextual

→ se puede incluir como tópico; articulación

-observar *accesibilidad* a las instituciones de salud, barreras geográficas, económicas, etc. lo cual excede a la presencia de instituciones de salud

→ pensar un abordaje cualitativo; pensar estrategia de recolección de esa información

→ en el ASIS está hecho para el HIGA

-salud mental:

necesidad de generar indicadores; todo indica que los indicadores están “en franco ascenso en los últimos años” (Issel); “las cifras que surgen desde RSVIII señalan que hay aumento en la demanda” (González). Dificultades, es muy compleja la obtención de información; hay información sobre internaciones más que sobre consultas (el aumento de internaciones según Issel rondaría en el 77%). Preocupación por la demanda y la internación en salud mental de personas de “muy baja edad”, como algo “novedoso”. “No hay tradición de hacer este tipo de análisis” (Issel). “Hay una preocupación por parte de los secretarios y ministros de salud” respecto a la ineficacia de los métodos tradicionales de abordaje y las dificultades en la implementación de

los actualizados (ley de salud mental) (González). Se plantea la necesidad de analizar lo que pasa con el “dato duro” respecto de la salud mental de las infancias cruzado con otros datos y la necesidad en este sentido de trabajar interdisciplinariamente a la vez que de formar a los profesionales acorde a esta situación; importancia de los agentes comunitarios

→ necesidad de cuantificación, sistematización

→ necesidad de continuar y profundizar este ASIS a partir de la articulación interinstitucional; equipos de trabajo, abordaje integral

-*relevancia del ASIS* como plataforma para acciones concretas; potencia de estos estudios para generar abordajes puntuales. Ejemplo residencias en el HIGA y como fue fundamental la articulación con la universidad (ejemplo oncología, gerontología). Importancia de generar fundamentaciones de las decisiones a tomar, importancia de insumos de información y datos para la planificación en salud. Relevancia de la integración interinstitucional que *“ya está sucediendo; nos estamos cruzando en todos lados (sector privado, CICOP, universidad, hospitales, región sanitaria; importancia de la integración sector privado, público y formación; que los hospitales sean hospitales escuela donde se integre investigación, formación y asistencia, articulado con la extensión tiene mucha potencia”* (Maciel)

-sobre *camas*: preocupación por la ocupación de camas (97% en clínica médica, constante en el HIGA) a pesar de contar con una cantidad adecuada de camas en la ciudad; la mayor parte de la ocupación es con personas de la ciudad, por más que sea un hospital regional. No se trata entonces de un problema de escasez de camas, sino de por qué se llega a tan alto nivel de ocupación

→ vincular con APS

-Sobre *fuerza laboral*: en forma similar a lo que ocurre con las camas, se plantea que el problema no es la escasez de médicos sino su distribución, ya sea en cuanto a especialidades sino también a establecimientos: concentración en el sector privado como preferencia, sueldos, mercado laboral; tensión entre sector público y privado, pluriempleo y superposición y descuido de lo público →

-problemática salarial como primordial

-ocurre con todos los trabajadores de la salud y no solo médicos, pero “en el médico está aceptado” el hecho de descuidar lo público en favor de lo privado (dinámica de otras profesiones no lo permite).

-Representante de CICOP indica que en el sector municipal los médicos cumplen horario, pero sí lo que se hace es reducir los módulos para poder dedicar más tiempo a trabajar en el sector privado. Indica que el resto de los trabajadores de salud no tienen esa posibilidad por lo que, al contrario, deben ampliar la cantidad de módulos, con el impacto salarial negativo que eso implica. También remarca que no solo es una cuestión salarial sino de financiamiento en general, puesto que impacta en insumos es infraestructura y esto repercute en el tipo de servicio que se puede ofrecer (por ejemplo, no se puede usar la historia clínica digital porque no hay computadora). Las condiciones de trabajo hacen que no elija trabajar en el sector municipal y entonces los equipos de profesionales se van diezmando; la dificultad para articular con otros niveles también genera estrés en el trabajador y todo hace a la salud mental de los trabajadores.

-emergente: salud mental de los trabajadores de la salud

-representante de la municipalidad: “se perdió el pediatra de la salita”

Representante de CICOP le responde “cuando yo entré al CAPS libertad hace 16 años había 4 pediatras con módulos grandes y ahora hay una sola que viene todos los días y dos que son monotributistas que vienen salteado”

representante de la municipalidad: “aparte eso las condiciones de trabajo no son las mismas y la imagen del médico de la salita que te atiende un poco más que dándote el antibiótico, que te conoce, que conoce a tu familia, eso se perdió; ahora hay gente joven que va y que viene, que el

arraigo no es el mismo, que renuncia; desde la gestión no tenemos muchas herramientas para darle más que el monotributo”.

-Villanueva: distribución por especialidades como problema; se eligen las más rentables incluso existiendo una formación que va en otro sentido: es decir se los forma con una impronta social, de trabajo en territorio, de salud comunitaria, etc. y sin embargo se eligen otras especialidades que se alejan de esta impronta

Nora: es que cuando se recibe y va al terreno se encuentra con un sistema que no funciona

“Los estudiantes verbalizan que quieren una especialidad que no tenga guardias, incluso que preferirían no tratar con pacientes”

Villegas: hay que pagar más ciertas residencias, hay que jerarquizarlas. El problema es estructural, el sistema sanitario se está destruyendo.

-Delfino: macro, meso, micro; relevancia de los vasos comunicantes. Una cosa es la cama, y otra es el paciente-día como actividad: cuidado del paciente. El problema de salud es integral y muchos problemas de salud en realidad lo terminan siendo por fallas del mismo sistema, social o sistema de salud. Tal vez no haga falta otro resonador sino resolver cosas más básicas. Resumen de la intervención de Delfino: urge articular niveles de salud en cuanto al diagnóstico y toma de decisiones, hace falta un abordaje integral, más comunicación entre Nación, provincia y municipio; armar mesas de trabajo.

-*Enfermería*: la carrera es de licenciatura; dificultades en la formación. “el aumento en el ingreso a la formación está”, el tema es que no está la carrera de enfermería sino que el título está dentro de lo que es la licenciatura, que es lo que pide CONEAU. Entonces hay requisitos de esa formación, como por ejemplo la carga horaria, que no se pueden modificar; carga horaria exigida por los estándares. Se han hecho avances, por ejemplo, para agilizar las equivalencias con RSVIII (Gabriela Guerra)

-¿es menos tentador ser enfermero que médico? Imaginario sobre que es más prestigioso ser médico que enfermero. ¿Es cultural o es una cuestión de sueldos? Es mucha la carga horaria del enfermero. En el HIGA hay 58 jefaturas médicas y 2 de enfermería, siendo que hay 400 enfermeros y sólo 12 licenciados

Reivindicación de la relevancia de la *enfermería* para la promoprevención y para la atención. Necesidad de que se organicen como gremio y profesión los enfermeros (organización). Necesidad de sumar un plus salarial por especialidad crítica. Tener en cuenta que algunos avances se están haciendo, como por ejemplo el Concejo Provincial de Enfermería o algunos cambios al interior del HIGA (jefatura de enfermería y sala por nivel de cuidado, lo que implicaría aumentar en 8 las jefaturas de enfermería; modificación de los sueldos a los jefes). El problema no es el salario, ya que un licenciado en enfermería cobra igual que un médico, el problema es que son muy pocos los licenciados.

-Maciel: en el HIGA empieza a ver cambios. Por ejemplo, las residencias que no son solo médicas. Los profesionales se quieren quedar.

-Hay que generar condiciones para que sea atractivo elegir el sector público. Salario.

-Necesidad de fortalecer la presencia en el sistema de otras profesiones en salud: AT, TO, obstétricas

-Concretar la idea de salud integral. Potencia del ASIS que sea una instancia que habilite ese abordaje. Ir contra la inercia en sentido inverso, que hace a la especialización, con el modelo biomédico hegemónico y con la perspectiva economicista de la salud.

-recuperar la racionalidad de pensar la salud desde la determinación social, desde las características sociales, económicas, etc. Algo tan sencillo como si está el diagnóstico de accidentes, evaluar los puntos de la ciudad donde suceden y resolver eso.

-Agenda/propuesta/método:

Desde el ASIS, sin contar la necesidad de solucionar cuestiones estructurales como salarios y condiciones de trabajo

Cómo seguir con el ASIS teniendo en cuenta estas discusiones, teniendo en claro el diagnóstico y coincidiendo en el tipo de abordaje necesario (comunitario, desde la determinación social, salud como integralidad). Considerando además el contexto de desfinanciamiento.

Figura de mediador →

- Articulación por jurisdicción

- Articulación por problemática

- Articulación entre instituciones

- Articulación con territorios, promotores → relevancia en el abordaje comunitario y de DDS

- Interdisciplina

→ figura de *mediador*: articulación de lógicas políticas, académicas, territoriales para objetivos concretos

Trabajo de promoprevención / APS. Llamado de atención al municipio

Reunión cada 6 meses. Dejar fijo el espacio de encuentro.

Centralización de las propuestas por parte de artífices del ASIS

Mesas más específicas y reuniones *ad hoc* ante emergentes

Grupos de investigación

Observatorios

Observatorio de seguridad vial. Ya hay un diagnóstico del HIGA

Encuentro específico HIGA

24 de abril de 2026. 9 horas.

Sede Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), Oscar Alende. J. B. Justo 6701

Objetivo del PDTs a trabajar: 3.- Aprender la percepción de los trabajadores de la salud sobre la accesibilidad al sistema, sus fortalezas y debilidades en función del derecho a la salud, como de las condiciones de trabajo, e incluyendo la perspectiva de género.

Investigadores a cargo/expositores: Romina Casali y Guillermina Laitano, investigadoras del INHUS, Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales.

Destinatarios: - Autoridades del HIGA

- Comisión de Seguridad del Paciente del HIGA

- Mesas de trabajo internas del HIGA

- ASIS territorial. Carolina González Terán, jefa del servicio SAPS

- Servicio de violencia y conflictividades del HIGA

Dinámica: expositiva de resultados, breve, acorde a la disponibilidad de las autoridades de la institución. Debate sobre líneas de investigación potenciales y trabajo articulado.

ANEXO 1: PERFIL DE MORBI-MORTALIDAD DEL PGP - RESUMEN DE RESULTADOS

- **Mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT)**

En el año 2023, para el PGP:

- la tasa bruta de mortalidad por enfermedades no transmisibles fue de **8,5 muertes cada 1000 habitantes**,
- seguida por las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales con 0,7 muertes cada 1000 habitantes
- y por las lesiones por causas externas con 0,4 muertes por cada 1000 habitantes.

Las tasas brutas de mortalidad por causas según capítulos de la CIE 10 y sexo, muestran que las tres primeras causas de muerte para ambos sexos son: las enfermedades del **sistema circulatorio** (5,7/1000 mujeres y 5,2/1000 varones), enfermedades del **sistema respiratorio** (1,9/1000 mujeres y 1,7/1000 varones) y **tumores** (1,0/1000 mujeres y 1,1/varones).

En menores de 50 años las más frecuentes pertenecen al Grupo III (lesiones por causa externa). A partir de los 50 años cobran más relevancia las causas del Grupo II (enfermedades no transmisibles).

- **Lesiones por causa externa en varones**

El **14,6%** de los egresos hospitalarios del PGP en varones en 2023 pertenecen al Grupo III (lesiones por causa externa).

Focalizando en el grupo de **15-34 años**: el 34,2% de los egresos hospitalarios y el 56,4% de defunciones pertenecen al Grupo III.

Los años de vida potencialmente perdidos (**AVPP**) miden cuántos años de vida “se pierden” por muertes que ocurren antes de una edad umbral predefinida, en este caso 75 años, por lo que reflejan el impacto de la mortalidad prematura en la población. El análisis de este indicador en el periodo 2009-2023 muestra un descenso marcado entre varones y una variación en un rango más estable entre mujeres. En el año 2023, el PGP registró un total de 6023,2 AVPP cada 100.000 habitantes en varones y 4236,8 AVPP cada 100.000 habitantes en mujeres. Estas diferencias muestran que los varones pierden, en promedio, un 50% más de años de vida potencial que las mujeres, lo que evidencia una mayor carga de mortalidad prematura masculina.

Durante el año 2023, a partir de los registros de guardia del HIGA Alende, se registraron **5453 consultas por guardia por lesiones por causa externa** con un promedio mensual de alrededor de 500 consultas. Del total de estos ingresos, el 34,7% (1894) requirió internación.

Considerando la intención de la lesión, entre las lesiones no intencionales las más frecuentes fueron los **accidentes de tránsito (41,2% del total)**, mientras que entre las lesiones intencionales se destacan las **agresiones (27,2% del total)**. De los ingresos por accidentes de tránsito, por mucho los más frecuentes fueron los relacionados con **motocicletas**, con mayor frecuencia de varones y una mediana de edad de 30 años para las mujeres y 28 años para los varones.

- **Mortalidad infantil**

La tasa de mortalidad infantil (TMI) en el PGP muestra una tendencia en descenso desde el año 2017 hasta el 2021. En los últimos dos años con datos (2022-2023), la TMI muestra un aumento, llegando a **5,7 por cada 1000 nacidos vivos en el 2023**.

En 2023 el **70% de las muertes infantiles se registraron en el período neonatal** (antes de los 28 días de vida), mientras el 30% se registró en el periodo postneonatal (mayor a 28 días de vida) tendencia que se mantiene en todo el período con datos disponibles.

Si bien no están aún disponibles públicamente los datos a nivel departamental, en **2024** se profundiza el empeoramiento de este indicador: **a nivel nacional** se observa un incremento en la TMI de 0,5 puntos respecto a 2023, pasando de 8/1.000 a 8,5/1.000 NV. De este modo, en 2024 se da el mayor aumento de la tasa de mortalidad infantil desde 2002.

En **PBA también se observa este aumento** en 2024: pasando de 7,6/1.000 a 8,4/1.000 NV.

- **Incidencia de cáncer**

Según datos del Registro Poblacional del Partido de General Pueyrredón del período 2018-2022, la tasa de incidencia de tumores (excluyendo melanoma) en mujeres fue de **347,3 casos en mujeres/100.000 mujeres** mientras que en varones fue de **297,2 casos en varones/100.000 varones**.

A su vez, los primeros 5 sitios más frecuentes entre mujeres son: **mama** (125,1 casos/100.000 mujeres), colon, recto, ano (33,3 casos/100.000 mujeres), pulmón (18,4 casos/100.000 mujeres), cuello uterino (19,8 casos/100.000 mujeres) y tiroides (18,8 casos/100.000 mujeres).

Entre varones, los 5 sitios más frecuentes son: **próstata** (55,3 casos/100.000 varones), colon (41,3 casos/100.000 varones), pulmón (25,6 casos/100.000 varones), vejiga (21,8 casos/100.000 varones) y riñón (18,6 casos/100.000 varones).

- **Bajas coberturas de vacunación**

Las coberturas observadas en el PGP se inscriben en un **contexto nacional** caracterizado por valores inferiores a las metas programáticas del Calendario Nacional de Vacunación. En 2024, ninguna de las vacunas del primer año de vida alcanzó a nivel nacional la cobertura del 95%, con valores que oscilaron entre el 77% y el 87% y descensos progresivos entre las dosis iniciales y los refuerzos. Estas brechas se profundizan en el segundo año de vida y se vuelven críticas al ingreso escolar, donde las coberturas de los refuerzos se ubican en torno al 45–48%.

Las coberturas de vacunación **en el PGP en 2023** en vacunas trazadoras oscilan entre el **55-61%**.

Vacuna	2019	2020	2021	2022	2023
Hepatitis B	30%	20%	42%	73%	71%
BCG	85%	69%	94%	107%	61%
Quintuple 1ra dosis	70%	68%	82%	87%	56%
Quintuple 3ra dosis	71%	68%	79%	83%	50%
Triple viral (año de vida)	86%	66%	91%	57%	59%
Triple viral (Ingreso escolar)	83%	65%	95%	78%	60%
Triple bacteriana acelular (adolescentes)	63%	72%	94%	72%	55%
Triple bacteriana acelular (embarazadas)	57%	58%	75%	68%	54%

- **Sífilis**

Durante el año 2023, en el PGP se notificaron al SNVS 2.0, 7582 eventos de notificación obligatoria (ENO) de tipo nominal, de los cuales **1949** fueron **casos confirmados**. Entre aquellos eventos clasificados como casos confirmados, sífilis ocupa el segundo lugar luego de COVID-19, con un **17,5% (n=341)** de los casos nominales confirmados.

Esto corresponde a una tasa de notificación de **51,1** casos/100.000 habitantes.

- **Accidente potencialmente rábico**

Durante el año 2023, en el PGP se notificaron al SNVS 2.0, 7582 eventos de notificación obligatoria (ENO) de tipo nominal, de los cuales **1949** fueron **casos confirmados**. Entre aquellos eventos clasificados como casos confirmados, accidente potencialmente rábico (APR) ocupa el tercer lugar, con un **11,1% (n=216)** de los casos nominales confirmados.

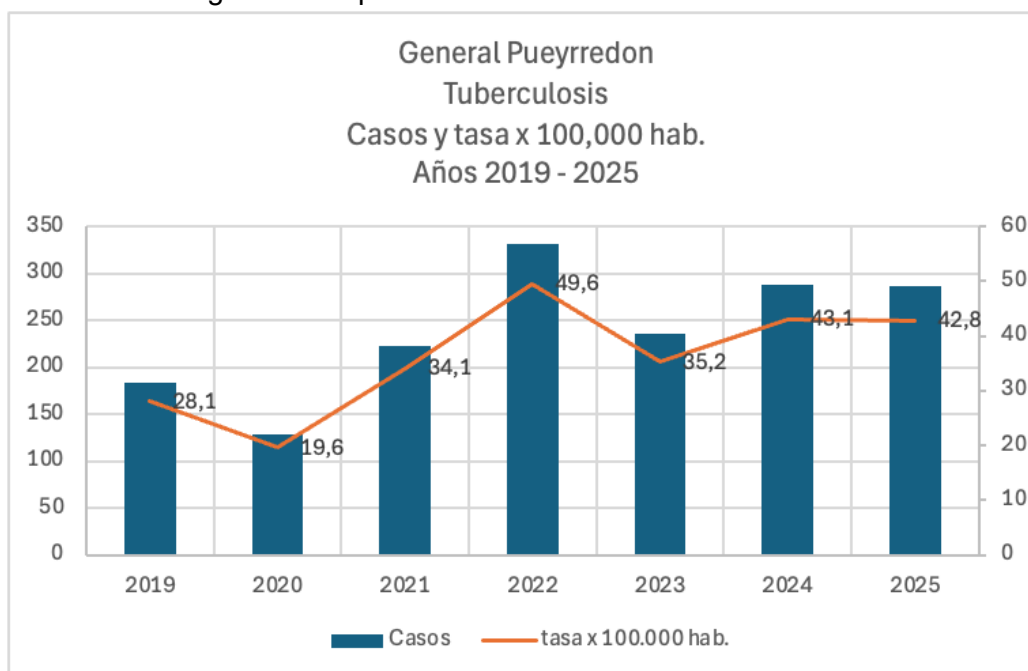
Esto corresponde a una tasa de notificación de **32,4** casos/100.000 habitantes.

De acuerdo a lo referido por el Municipio de General Pueyrredon, durante el 2023 se realizaron tareas de fortalecimiento del evento APR que resultaron en un aumento de la notificación de este evento en el SNVS 2.0.

- **Tuberculosis**

Según un informe elaborado por la Región Sanitaria VIII a partir de los casos notificados al SNVS 2.0, en el PGP desde el 2021 los casos de TBC muestran un aumento constante. En el 2022 se registró la mayor cantidad de casos con una tasa de 49,6 casos cada 100.000 hab. Para el año **2023** esta tasa fue de **43,1 casos/100.000 hab** y para el **2024**, de **42,8 casos/100.000 hab**.

En línea con esto, del análisis preliminar de información facilitada por el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "Dr. Oscar E. Alende", que diagnostica y trata a más de la mitad de los casos de tuberculosis del PGP, se registra **éxito de tratamiento** en aproximadamente el **75% de los casos nuevos** y en **menos del 45% en los retratamientos**. Estas cifras se encuentran por debajo de la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomienda alcanzar tasas de éxito iguales o superiores al 90%.



ANEXO 2: GUÍAS DE TRABAJO POR COMPONENTE

Guía para el desarrollo del método de Hanlon para la priorización de problemas

Conceptos generales

El método de Hanlon es uno de los más usados en el área de la salud pública para la priorización de problemas, sobre todo por su objetividad y flexibilidad. Es una herramienta metodológica que permite jerarquizar problemas de salud de acuerdo a su magnitud, trascendencia o severidad, eficacia de la intervención y por la factibilidad del programa¹.

Hanlon establece cuatro componentes en su método, los cuales reciben una ponderación y contribuyen a la puntuación de prioridad:

Puntuación de prioridad: $A + B (C \times D)$

- **Componente A: magnitud del problema** → Este componente, que toma en cuenta la cantidad de personas que tienen el problema, ya fue trabajado por el equipo de investigación y se brinda como insumo para el taller.
- **Componente B: severidad del problema**
- **Componente C: eficacia de la solución**
- **Componente D: factibilidad de programa**

1.- Componente B: Severidad o trascendencia de problema

Para cada problema a priorizar, el grupo deberá evaluar y asignar un puntaje al componente B. La severidad del problema se establece de acuerdo a la urgencia, la gravedad y la pérdida económica que genera.

A continuación se detallan algunas consideraciones para evaluar este componente y completar la grilla.

Información para evaluar

La evaluación de la severidad combina distintos tipos de evidencia:

- Datos objetivos: gravedad del problema, mortalidad, morbilidad y discapacidad, años potenciales de vida perdidos y muertes prematuras, impacto económico.
- Datos subjetivos: percepción de la carga social y relevancia del problema en la comunidad.

Preguntas orientadoras

Para orientar la asignación del puntaje, pueden considerar las siguientes preguntas:

- ¿Es un problema grave?
- ¿Cuántas muertes prematuras o años potenciales de vida perdidos genera?

¹ Este material fue elaborado en base a Morales González F y Cabrera Jiménez M (2018). *El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud*. VERTIENTES, Revista Especializada en Ciencias de la Salud 21(1-2): 42-49.

- ¿Afecta más a algunos grupos poblacionales en particular?
- ¿Causa complicaciones?
- ¿Qué costos y tiempos implica su tratamiento y rehabilitación?

Asignación del puntaje

A partir de la valoración conjunta de estos elementos, según la importancia o gravedad del problema, deberán asignarle un puntaje en una escala de 0 a 10 (siendo 0 un problema no severo y 10 un problema extremadamente severo) y consignarlo en la grilla de evaluación.

Justificación y propuestas

Fundamenten brevemente el puntaje asignado en la sección de *justificación* de la grilla de evaluación.

En la medida de lo posible, listen propuestas de acciones a implementar para el abordaje de los problemas listados.

2.- Componente C: eficacia o vulnerabilidad

Para cada problema a priorizar, el grupo deberá evaluar y asignar un puntaje al componente C. La eficacia o vulnerabilidad evalúa la capacidad para actuar sobre los problemas de salud.

A continuación se detallan algunas consideraciones para evaluar este componente y completar la grilla.

Información para evaluar

Para la valoración de la eficacia de la solución de un problema de salud se deben considerar los conocimientos científicos existentes del mismo y la capacidad para controlar o erradicar el problema mediante el empleo de las tecnologías para el diagnóstico, tratamiento y prevención.

Preguntas orientadoras

Para asignar una puntuación, pueden considerar las siguientes preguntas:

- ¿Qué se conoce sobre la enfermedad?
- ¿Cuál es su etiología? ¿Es posible erradicar al agente causal?
- ¿Existen tratamientos efectivos o de erradicación?
- ¿El diagnóstico es fácil o difícil de realizar?
- ¿Se cuenta con equipo de apoyo para el diagnóstico (laboratorio, imágenes, etc.)?
- ¿Existen vacunas para el control del padecimiento o la prevención?

Asignación del puntaje

A partir de la valoración de cada problema, deberán asignarle uno de los siguientes puntajes según el grado de control posible y consignarlo en la grilla de evaluación.

- 0,5: El problema no es controlable o no existen intervenciones efectivas.
- 1,0: El problema es parcialmente controlable mediante intervenciones.
- 1,5: El problema es altamente controlable o erradicable.

Justificación y propuestas

Fundamenten brevemente el puntaje asignado en la sección de *justificación* de la grilla de evaluación.

En la medida de lo posible, listen propuestas de acciones a implementar para el abordaje de los problemas listados.

3.- Componente D: factibilidad PEARL o PERLA

Para cada problema a priorizar, el grupo deberá evaluar y asignar un puntaje al componente D. La factibilidad evalúa si un programa o actividad en particular puede aplicarse para el abordaje efectivo de un problema de salud.

A continuación se detallan algunas consideraciones para evaluar este componente y completar la grilla.

Criterios de evaluación (PERLA)

La factibilidad se analiza a partir de cinco ítems:

- **P = Pertinencia:** ¿se puede resolver el problema de salud con la intervención de acciones de los programas de salud? ¿Se puede erradicar la causa de la problemática de salud?
- **E = Factibilidad económica:** ¿cuál es el costo de la aplicación de los programas? ¿Los costos son razonables en relación con el problema?
- **R = Disponibilidad de recursos:** ¿se cuenta con recursos humanos capacitados para implementar los programas? ¿Existen recursos materiales y organizacionales disponibles?
- **L = Legalidad:** ¿las intervenciones están respaldadas legalmente? ¿Se violentan los derechos individuales de la población al implementar los programas?
- **A = Aceptabilidad:** ¿las intervenciones son aceptadas por el equipo de salud? ¿Qué respuesta tiene la población ante la implementación de programas de salud?
-

Asignación del puntaje

Para cada problema, deberán evaluar cada ítem PERLA y asignarle alguno de los siguientes puntajes: 1, si se cumple el ítem, o 0, si no se cumple el ítem.

El puntaje final del componente D se obtiene considerando los 5 ítems. Si para un problema determinado *alguno* de los 5 ítems obtuvo un puntaje de 0, el puntaje final del componente es 0. Si todos los ítems tuvieron un puntaje de 1, el puntaje final es 1. Deberán consignar ese puntaje final en la grilla de evaluación.

- Puntaje final = 1: Es factible el abordaje de la solución al problema.
- Puntaje final = 0: No es factible el abordaje de la solución al problema.

Justificación y propuestas

Fundamenten brevemente el puntaje asignado en la sección de *justificación* de la grilla de evaluación.

En la medida de lo posible, listen propuestas de acciones a implementar para el abordaje de los problemas listados.

ANEXO 3: GRILLAS POR COMPONENTE ENTREGADAS A LOS TRES GRUPOS

Problema a priorizar	Magnitud		Severidad	
	Puntaje (0-10)	Justificación	Puntaje (0-10)	Justificación
Mortalidad por ENT	6	Tasa bruta de mortalidad por causas del Grupo II (ENT) en 2023 en el PGP = 8,5 muertes/1000 hab		
Lesiones por causa externa en varones	8	El 14,6% de los egresos hospitalarios del PGP en varones en 2023 pertenecen al Grupo III (lesiones por causa externa)		
Mortalidad infantil	6	Tasa de mortalidad infantil del PGP en 2023 es de 5,7 defunciones/1000 NV		
Incidencia de cáncer	4	Tasa de incidencia de tumores (excluyendo melanoma) en mujeres (2018-2022): 347,3 casos en mujeres/100000 mujeres. Tasa de incidencia de tumores (excluyendo melanoma) en varones (2018-2022): 297,2 casos en varones/100000 varones		
Bajas coberturas de vacunación	8	Coberturas de vacunación en el PGP en 2023 en vacunas trazadoras: 55-61%. Se considera como población afectada al porcentaje de la población objetivo restante: 39-45%.		
Tuberculosis	2	Tasa de incidencia de 43,1 casos/100.000 hab en 2023 y de 42,8 casos/100.000 hab en 2024. Éxito de tratamiento en casos nuevos: 75%, éxito en el retratamiento: 45%.		
Sífilis	4	Tasa de notificación de 51,1 casos/100.000 hab en 2023. El 17,5% de los casos nominales confirmados notificados en el PGP en 2023 corresponde al evento sífilis.		
Accidente potencialmente rábico	2	Tasa de notificación de 32,4 casos/100.000 hab en 2023. El 11,1% de casos nominales confirmados notificados en el PGP en 2023 corresponde al evento accidente potencialmente rábico.		

Problema a priorizar	Magnitud		Eficacia	
	Puntaje (0-10)	Justificación	Puntaje (0,5;1;1,5)	Justificación
Mortalidad por ENT	6	Tasa bruta de mortalidad por causas del Grupo II (ENT) en 2023 en el PGP = 8,5 muertes/1000 hab		
Lesiones por causa externa en varones	8	El 14,6% de los egresos hospitalarios del PGP en varones en 2023 pertenecen al Grupo III (lesiones por causa externa)		
Mortalidad infantil	6	Tasa de mortalidad infantil del PGP en 2023 es de 5,7 defunciones/1000 NV		
Incidencia de cáncer	4	Tasa de incidencia de tumores (excluyendo melanoma) en mujeres (2018-2022): 347,3 casos en mujeres/100000 mujeres. Tasa de incidencia de tumores (excluyendo melanoma) en varones (2018-2022): 297,2 casos en varones/100000 varones		
Bajas coberturas de vacunación	8	Coberturas de vacunación en el PGP en 2023 en vacunas trazadoras: 55-61%. Se considera como población afectada al porcentaje de la población objetivo restante: 39-45%.		
Tuberculosis	2	Tasa de incidencia de 43,1 casos/100.000 hab en 2023 y de 42,8 casos/100.000 hab en 2024. Éxito de tratamiento en casos nuevos: 75%, éxito en el retratamiento: 45%.		
Sífilis	4	Tasa de notificación de 51,1 casos/100.000 hab en 2023. El 17,5% de los casos nominales confirmados notificados en el PGP en 2023 corresponde al evento sífilis.		
Accidente potencialmente rábico	2	Tasa de notificación de 32,4 casos/100.000 hab en 2023. El 11,1% de casos nominales confirmados notificados en el PGP en 2023 corresponde al evento accidente potencialmente rábico.		

Problema a priorizar	Puntaje (0-10)	Magnitud	Factibilidad del programa					Puntaje final (0; 1)	Justificación
		Justificación	Pertinencia (0; 1)	Factibilidad económica (0; 1)	Disponibilidad de recursos (0; 1)	Legalidad (0;1)	Aceptabilidad (0; 1)		
Mortalidad por ENT	6	Tasa bruta de mortalidad por causas del Grupo II (ENT) en 2023 en el PGP = 8,5 muertes/1000 hab							
Lesiones por causa externa en varones	8	El 14,6% de los egresos hospitalarios del PGP en varones en 2023 pertenecen al Grupo III (lesiones por causa externa)							
Mortalidad infantil	6	Tasa de mortalidad infantil del PGP en 2023 es de 5,7 defunciones/1000 NV							
Incidencia de cáncer	4	Tasa de incidencia de tumores (excluyendo melanoma) en mujeres (2018-2022): 347,3 casos en mujeres/100000 mujeres. Tasa de incidencia de tumores (excluyendo melanoma) en varones (2018-2022): 297,2 casos en varones/100000 varones							
Bajas coberturas de vacunación	8	Coberturas de vacunación en el PGP en 2023 en vacunas trazadoras: 55-61%. Se considera como población afectada al porcentaje de la población objetivo restante: 39-45%.							
Tuberculosis	2	Tasa de incidencia de 43,1 casos/100.000 hab en 2023 y de 42,8 casos/100.000 hab en 2024. Éxito de tratamiento en casos nuevos: 75%, éxito en el retratamiento: 45%.							
Sífilis	4	Tasa de notificación de 51,1 casos/100.000 hab en 2023. El 17,5% de los casos nominales confirmados notificados en el PGP en 2023 corresponde al evento sífilis.							
Accidente potencialmente rábico	2	Tasa de notificación de 32,4 casos/100.000 hab en 2023. El 11,1% de casos nominales confirmados notificados en el PGP en 2023 corresponde al evento accidente potencialmente rábico.							

ANEXO 4: BITÁCORA DE LO TRABAJADO AL INTERIOR DE CADA GRUPO

GRUPO B Componente B: severidad o trascendencia del problema

Asignar un puntaje entre según la evaluación de los siguientes criterios: urgencia del problema, gravedad del problema y pérdida económica generada por el problema

Inician realizando un repaso de los resultados obtenidos en el ASIS a través de la lectura del material brindado. Mencionan algunas cifras que les llaman la atención.

Conversan sobre el tratamiento de la TBC y el registro por parte de los CAPS. Explican que la mayoría asisten al HIGA y que la mayor problemática es la finalización del tratamiento. A veces desde el HIGA dejan la medicación en el CAPS cercano a la persona.

Deciden iniciar por Lesiones por Causas Externas y por Vacunación, vinculado al dato que ya tienen de magnitud.

LCE: Es un problema grave que afecta a grupos poblacionales específicos. Hay alrededor de 50 años potenciales de vida perdidos y muertes prematuras que acontecen por esta causa. Causa gastos y repercusiones importantes en el sistema de salud. Discapacidad y secuelas. (9).

Baja cobertura de vacunación: Le consultan Carlos Grillo (Región Sanitaria VIII)) como toman las coberturas de vacunación, si siguen sumando los nacidos vivos o cómo se realiza. ¿Cambiaron el indicador para medir la tasa de vacunación?

¿Es trascendente el problema?

Oportunidad de vacunación: Se ve en la HB, porque se utilizó la oportunidad de vacunar.

Se genera un pequeño debate sobre el aumento de la cifra vacunal en el 2021, dado que en la época del COVID hubo una mayor cobertura por la oportunidad del momento.

Como criterio general la vacunación ha disminuido.

No se confía en el dato porque se desconoce cómo fue el cálculo de tasas, las fuentes y demás.

¿Es grave? No se conoce cuántas muertes prematuras se generan o es muy complejo asociarle una causalidad directa.

¿Qué quieren representar con este indicador? Tal vez al indagar en un brote de sarampión, es difícil determinar la severidad. Porque el impacto individual es uno, pero el poblacional puede ser otro. (6)

Enfermedades No Transmisibles: Mencionan que las personas más afectadas son activas, y las cifras son alarmantes, sin embargo, hay muchas estrategias de prevención a implementar.

Se justifican en la gran prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y las demás priorizadas, las problemáticas vinculadas a la calidad de vida de las personas.

Es un problema trascendente que debe considerarse por ese motivo. (8)

Tasa de Mortalidad Infantil: Revisan los datos presentes en el informe. Habría que discernir entre si las muertes se deben a malformaciones congénitas o cuál sería la causa. ¿Algún componente ambiental?

¿Tal vez el aumento se vea por un aumento en la notificación? Mencionan que es un dato duro.

Actualmente el 70% de púerperas han consumido algún tipo de sustancia.

¿Tal vez hay alguna problemática a la que no se le está dando atención?

Es necesario indagar en las causas de muerte perinatal.

Es trascendente y severo. Está aumentando, es grave y severo. (9)

Incidencia de cáncer: Son cánceres prevenibles. ¿Qué hacemos mal como sistema? El problema es el tamizaje?

Hay muchas estrategias de prevención. Mama y colon se curan. El tema debe estar en el tamizaje. Es sorprendente. (8)

Sífilis: (8)

Tuberculosis: No hay muerte directa (8)

A P rábico: (5)

GRUPO C Componente C: eficacia o vulnerabilidad del problema

Asignar alguno de los siguientes puntajes:

El problema no se puede controlar

El problema se puede controlar parcialmente

El problema se puede controlar totalmente

Mortalidad por ENT. Creen que se puede controlar parcialmente. Los tumores se pueden diagnosticar a tiempo y resolver. Con respecto al consumo de tabaco, las actividades promo preventivas reducen el consumo del mismo. Sin embargo, para el vaper no existe regulación, ni investigación acerca de las consecuencias. Deciden ponerle puntaje 1.

Es parcial y no total. La atención privada está en crisis por una cuestión económica, sumada a las obras sociales en crisis también. Además, no suelen tener prevención. Algunas patologías son inherentes a cuestiones que no se pueden prevenir ya que son genéticas. Sin embargo se puede incidir en los factores de riesgo. Con tumores se puede realizar detección precoz y tratamiento.

Lesiones por causa externa. Creen que se puede controlar parcialmente. Hay mucho por hacer. Existen problemas de infraestructura, de conciencia. Problemas de consumo problemático, riña. No es total por la dificultad del alcance a la población y la magnitud de la problemática. Es necesario educar. 1

Mortalidad infantil: Creen que se puede controlar parcialmente. Ver frecuencias y causas.

Es probable que el periodo post neonatal también sea neonatal. 1

Incidencia de cáncer: Es detectable a tiempo. Requieren más campañas de prevención. Los diagnósticos son de fácil abordaje.

Baja cobertura de vacunación: Campañas y concientización de la población. 1

Tuberculosis: Es prevenible y curable. Se requiere el seguimiento territorial. Control y registro de salud como prevención. Tiene tratamiento, tiene cura y hay medicación gratuita. 1,5

Sífilis: Las enfermedades venéreas aumentan cuando los países entran en crisis. 1,5

Accidente potencialmente rábico: La vacuna es anual, es gratuita. El circuito municipal funciona bien y la gente tiene conciencia con respecto a la vacunación. Hay que trabajar con el colegio de veterinarios. Se puntúa como 1 (uno) por el vector que es difícil de abordar.

Puesta en común.

Tuberculosis. Se debate sobre el abordaje de una enfermedad social y económica desde el abordaje de salud. Se puede pensar en un abordaje comunitario de la salud y de las intervenciones. Los 4 problemas comparten el mismo sentido. Muchas intervenciones pueden ser educativas. Se discute acerca de desde donde se puede abordar, ir más allá del sistema de salud. Se postula que el sistema educativo es fundamental. Las enfermedades son curables y cuentan con tratamiento gratuito. Se resalta lo importante de hacer un seguimiento.

También se postula la desintegración del sistema de salud con otras organizaciones territoriales. El sistema de salud se vuelve un compartimiento estanco. Hay consenso en realizar un abordaje que vaya más allá del sistema de salud.

Cada uno de los problemas requieren desmenuzarlo. En relación a lesiones por causa externa se menciona como primera aproximación acercarse a los grupos etarios afectados para comprender los siniestros viales. En ese sentido, proponen incentivar que vuelva a funcionar el observatorio municipal de siniestros viales.

GRUPO D factibilidad del programa

Asignar a cada ítem PERLA alguno de los siguientes puntajes:

1 si se cumple el ítem o 0 si no se cumple el ítem

El puntaje final del componente D se obtiene considerando los 5 ítems

Si para un problema determinado alguno de los 5 ítems obtuvo un puntaje de 0, el puntaje final del componente es 0. Si todos los ítems tuvieron un puntaje de 1, el puntaje final es 1

Evaluar los criterios de factibilidad en grupo.

Mortalidad por no transmisibles (todos acuerdan puntaje 1): es la primera causa de mortalidad en 2023. 1° infartos, 2° tumores. Pertinencia 1 por que pueden detectarlo. Respecto a la disponibilidad de recursos, existen, pero hay que reforzarlos. Legalidad, no. Acertividad si. Puntaje final: 5

Mortalidad por causas externas (todos acuerdan puntaje 1): los accidentes viales tienen muchas aristas a tener en cuenta. Sostienen que el ASIS no sólo abarca el sistema de salud. Ponen como justificación intersectorialidad por las muchas cuestiones que están implicadas. Dicen que es pertinente en sentido amplio: "90 por ciento de lo que se la pegan en moto tiene que ver con el consumo de sustancias, como pertinente es pertinente". Disponibilidad de recursos, "estamos más flojitos". Intercambio por la disponibilidad de recursos (cuestiones de grupo de edad, género). Complejidad en invertir recursos en jóvenes con consumo que luego vuelven a consumir. Se debate dónde poner el foco de los recursos, si en los accidentes o en lo cultural del consumo. "El problema que son 0 y 1 acá". Le responden "Estos ya son problemas priorizados, no es que queda afuera si le pones 0". Le ponemos 1 ("en este contexto hay que poner 0 a todo"). Legalidad, debate sobre las cuestiones de internar a alguien que no lo quiere. Pero legalidad sí existe.

Mortalidad infantil (todos acuerdan puntaje 1): factibilidad si 1, pertinencia si 1. Se debate lo atravesado por la cuestión económica de la mortalidad infantil. Factibilidad económica si 1 "factible es, pero hay que ver cómo se destinan los recursos". Disponibilidad de recursos, si.

Cáncer (todos acuerdan puntaje 1): son todos abordables y prevenibles (sí, 1), factibilidad (sí, 1), recursos y legal y aceptable (sí, 1). Hablan de la prevención en todos los niveles: primaria, secundaria y terciaria.

Baja cobertura de vacunación (todos acuerdan puntaje 1): pertinencia total: 1, factibilidad económica: 1. Sostienen que acá el problema no es el sistema de salud.

Tuberculosis: factibilidad económica si; medicamentos baratos, personal capacitado. Pensamos el problema de salud desde el equipo de salud o desde la comunidad, personas en situación de calle sin documento. La mayoría de los casos se notifican en el Hospital Regional. ¿Se toman medidas de salud o medidas de abrigo? En tuberculosis estamos abordando desde el sistema de salud, no desde un enfoque comunitario. Se debate poner "un par de 0" no porque no sea importante sino por las falencias. La conclusión es que se necesita un cambio de enfoque en el abordaje.

Sífilis (todos acuerdan puntaje 1): hay muchas trabas en poder conseguir el dato, barreras. Proponen generar una unidad de vigilancia para abordarlo. Así todo se notifican datos, pertinencia le ponen que sí.

Accidente potencial rábico: pertinencia, proponen ponerle 0, en recursos también.

Líneas de acción:

- Refuerzan la idea ya propuesta de cambiar el enfoque de abordaje de tuberculosis.

Si sigue intentando sólo desde el sistema de salud sin logros.

- Promover la capacitación de agentes comunitarios. Coordinación. Hay más médicos especialistas que enfermeros, está invertida la pirámide. "Tenemos un sistema de salud complejo para que nos vaya bien".

- Alianzas en entidades de toma de decisiones, no sólo en salud.

- Reactivación del observatorio de seguridad vial.