

PROVINCIA DE RIO NEGRO ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS NIÑOS

Presentación general

Río Negro integra el grupo de provincias patagónicas, compartiendo con ellas las características sociodemográficas de la región: baja densidad poblacional, grupos urbanos distantes entre sí y una gran parte de la geografía dominada por la estepa.

La jurisdicción representa el 7.3% de la superficie del país, pero con relación a la población y según datos oficiales del INDEC, las y los ciudadanos rionegrinos – poco más de 597 mil en el 2008¹ - representan el 1.5 % del total país (contribución ésta que se redujo en casi un 2% en relación con los datos del 1991) y el 26.1% de la Patagonia. Es así, que la densidad general es de 2,7 hab/km², con grandes variaciones según áreas: desde 0.1 a 20 habitantes por kilómetro cuadrado, aspecto que sin duda está determinado por la diversidad territorial: desde el litoral atlántico a la cordillera, se extienden amplias mesetas escalonadas (salpicadas por algunas depresiones) que abarcan la mayor parte de la provincia y que - en el norte y de este a oeste - son atravesadas por el río Negro, cauce que dio origen a distintos valles que lo acompañan en sus 640 km de recorrido.

Semejante geografía marcó los distintos asentamientos poblacionales y el desarrollo económico, a veces es necesario recorrer cientos de kilómetros para el abastecimiento de insumos básicos y esa dispersión, debió ser acompañada por los servicios del Estado con el fin de satisfacer las necesidades de todos los Rionegrinos.

La distribución según sexos es bastante homogénea – aunque hubo una ligera disminución en el índice de masculinidad en la última década -, y se observa un decrecimiento de la población rural que se desplaza hacia las ciudades, reduciendo del 20% al 15% su contribución en el total de la población, comparando los dos últimos censos.

La estructura relacionada con la edad ha sufrido modificaciones con una reducción en la base de la pirámide poblacional, comportamiento éste relacionado con la disminución paulatina de la natalidad en las últimas décadas y un engrosamiento de las cohortes superiores consecuencia de una mayor expectativa de vida.

Por otro lado, la mortalidad general se mantiene estable con valores que apenas superan el 5 por mil (5,7 en el 2007²). Desde hace varios años, las principales causas de muerte

¹ ² INDEC/Minio.de Economía de la Nación: *Proyecciones Provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015*. Análisis demográfico Serie 31- Bs.As., 2005.

² Según Bases de Estadísticas Vitales de la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Provincia de Río Negro.

corresponden a patologías fuertemente ligadas a los estilos de vida y el envejecimiento de la población, tales como las enfermedades del sistema circulatorio, cáncer, accidentes y violencias, que en su conjunto representan casi el 60% del total de los fallecimientos.

Respecto a la morbilidad, en el 2007, se produjeron 42.000 egresos en los efectores públicos de salud³, pudiendo procesarse el diagnóstico principal de egreso de la mayoría de los mismos. Como en los últimos años, el parto y el recién nacido normal involucran a más del 20% de esta producción (1 de cada 5 egresos). Siguen en orden de importancia las enfermedades del sistema digestivo, del aparato respiratorio, los traumatismos y otras consecuencias de las causas externas. Pero al momento de analizar de qué enferman los rionegrinos, es necesario sumar a esa mirada, los eventos registrados a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica⁴, que aporta información respecto a la ocurrencia de casos de determinadas patologías, requieran o no, internación, donde se observa que prácticamente 6 de cada 10 casos podrían reducirse por conducta social segura. Dichos eventos son detectados en el marco de las más de un millón setecientas mil consultas que se efectuaron en los 210 efectores de distintos niveles de complejidad que dependen de este Ministerio.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD INFANTIL

- Lograr en 4 años que las tasas de **mortalidad neonatal e infantil** del país **disminuyan en un 25%** respecto del año 2002 y que, ambas tasas, no superen en ninguna jurisdicción los respectivos valores de los promedios nacionales del año 2002.
- **Disminuir** en 4 años en el país las **muertes** ocurridas en el período **postneonatal** por **causas reducibles**, en un **50%** respecto del 2002.

El perfil de salud varía entre los diferentes grupos étnicos exigiendo diferentes tipos de intervenciones en cada etapa; la mortalidad es uno de los indicadores utilizados habitualmente.

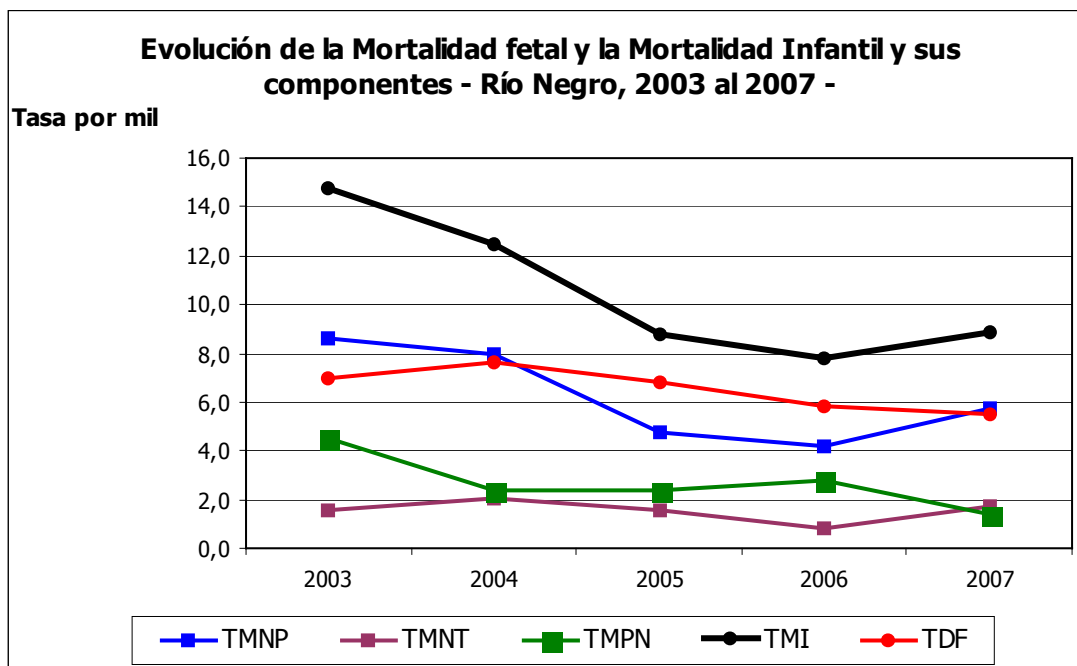
Los logros sanitarios de los últimos años son difíciles de superar: la tasa de mortalidad infantil presentó en el quinquenio precedente una reducción de casi un 30%, presentando actualmente un indicador de 9,3 por mil según Estadísticas Nacionales, que nos ubica en segundo lugar entre las jurisdicciones del país con menor riesgo, mejorando nuestra propias estimaciones. Esta disminución se debió fundamentalmente a una menor ocurrencia de

³ Fuente: Dirección de Estadísticas y Sistemas – MS- RN

⁴ Información semanal que consolida el Dpto. de Vigilancia Epidemiológica del M.S. a partir de las denuncias que realiza cada área programa.

muerres en niños mayores de 28 días – disminuyeron en 2/3 - y una reducción menor (33%) en la mortalidad neonatal (menores de 28 días) y específicamente su componente “precoz” (menor de 7 días al fallecer) el responsable del 65% de la mortalidad infantil.

En esa misma línea de análisis, los últimos datos disponibles señalan la ausencia de muertes por diarrea en infantes y la reducción en un tercio de las muertes por neumonía en esa misma población.



- Lograr en 4 años que la tasa de **mortalidad de niños menores de 5 años** del país **disminuya en un 25%** respecto del año 2002.

Esta tasa depende principalmente de la mortalidad infantil, ya que el grupo de 1 a 4 es una grupo de baja mortalidad (tasa de mortalidad de 0,5 0/00) y el descenso registrado de más del 30% obedece fundamentalmente al logro de disminuir la mortalidad en menores de 1 año.

- **Eliminar** en 4 años el **tétanos neonatal y la sífilis congénita** en todas las jurisdicciones.

En la Provincia de Río Negro no se han registrado casos de tétanos neonatal en más de una década. Sin embargo, la situación en relación a la sífilis congénita es diferente: según datos aportados desde el Programa de Red de Laboratorios y en relación a los efectores

públicos, desde el 2003 al 2006 inclusive, se identificaron en promedio 3,25 casos/año, pero no se registró ninguno en el 2007.

- **Disminuir** en 4 años la **tasa de fecundidad en adolescentes** del país en al menos un **10%** respecto del año 2002.

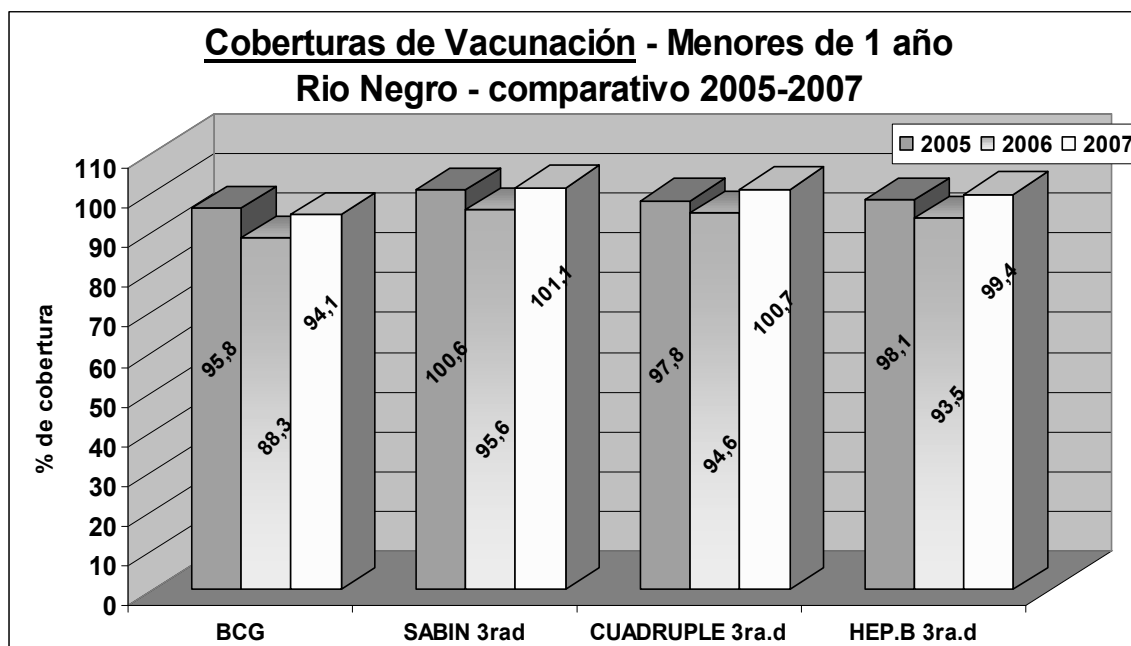
La prevalencia de hijos de madres menores de 20 años, se ha mantenido prácticamente sin grandes cambios pasando de un 18,3% en el 2002 a un 18,1 en el 2007; si, ha habido una reducción en la cantidad de embarazadas adolescentes con 2 o más embarazos: en el 2002, 23 de cada 100 ya habían tenido una gesta, esta prevalencia se redujo casi un 25%.

- Lograr en 4 años el mantenimiento de la **lactancia materna hasta el 6to. mes** en un **35%** de los niños y en forma **exclusiva hasta el 4to mes** en un **45%**.

La Lactancia materna es una práctica ampliamente extendida entre la población habitualmente usuaria de los servicios de salud. Es así que en el 2007 - y según datos de la encuesta provincial-, a los 6 meses de edad el 96% de los niños continuaban recibiendo el pecho materno (sólo el 4% había sido destetado).

Al 4to.mes, la lactancia materna exclusiva superó el 68 % y al 6to.mes, la meta fue de 33.3%.

- Lograr en 4 años **coberturas** de **inmunizaciones** mayores al **95%** en niños **menores de 2 años**.

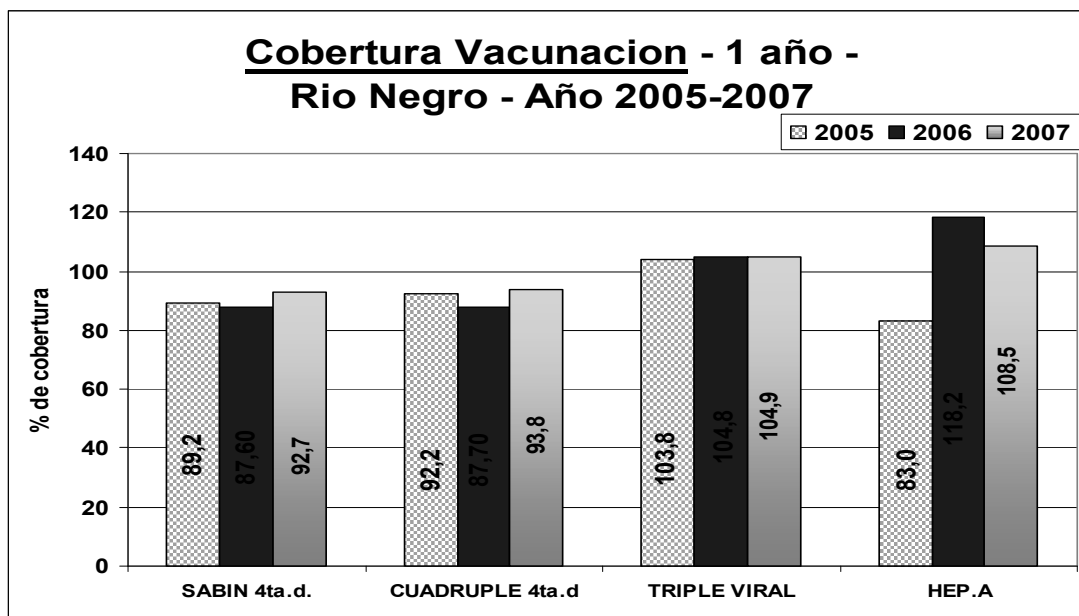


Al analizar esta meta, es preciso diferenciar grupos etáreos: niños menores de 1 año, coberturas en niños de 12 a 24 meses y a los 6 años.

En el caso de menores de un año, son 4 las vacunas que se aplican en esta edad, las vacunas Sabin (3⁵), Cuádruple (3) y Hepatitis B (3) han mejorado considerablemente sus coberturas en el año 2007, superando inclusive los datos del 2005.

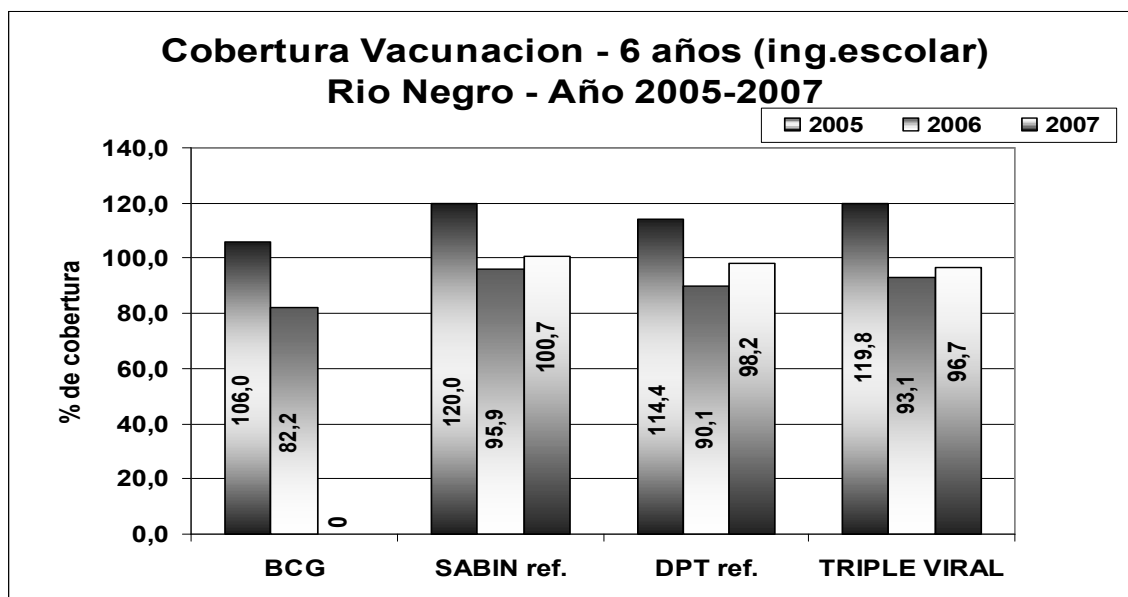
La cobertura de la Vacuna BCG es la más preocupante de las 4 vacunas que se aplican en los niños menores de 1 año, porque como se puede apreciar en el grafico no ha alcanzado la meta mínima esperada del 95% en los últimos tres años a nivel provincial y aunque en el año 2007 ha aumentado 5 dígitos la cobertura antes de los 7 días, ésta sigue siendo un motivo de preocupación, porque no se esta cumpliendo con las normas de aplicación de esta vacuna.

En relación a los niños que cumplieron 1 año, se observan los datos de cobertura con las dosis que se aplican a los 12 meses (vacuna Triple Viral y Hep.A) y a los 18 meses (Sabin y Cuádruple). Históricamente Sabin y Cuádruple en esta edad arrojaron coberturas muy bajas, tanto en la provincia como en el país en general, pero en el 2007 el incremento ha sido importante aunque no alcanza para lograr el 95% mínimo esperado.

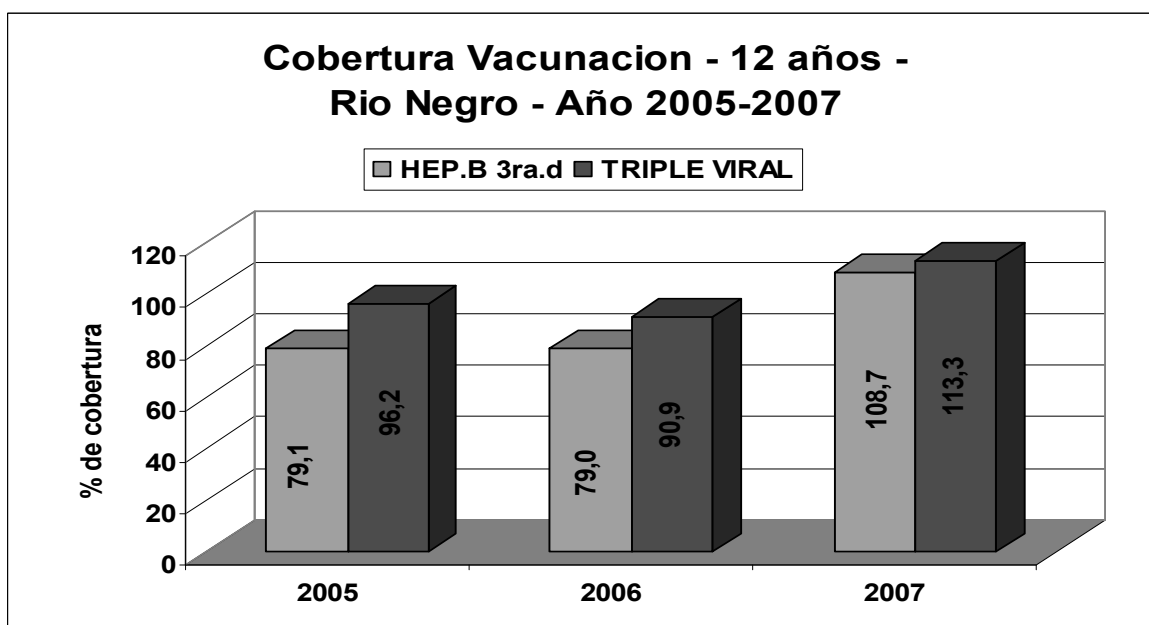


⁵ (3) se refiere a la tercera dosis de vacuna que se toma como numerador para estimar coberturas.-

Las vacunas Triple viral y Hepatitis A se alcanzaron las metas propuestas, superando la meta mínima de 95%, optima para asegurar la interrupción de la circulación de los virus que previenen estas vacunas.



A los 6 años, tanto Sabin como DPT alcanzaron –el ultimo año- coberturas adecuadas, mientras que la Vacuna Triple Viral no logro el 100% que es la meta propuesta para alcanzar la eliminación del sarampión y el control de la rubéola y el SRC⁶, para el cual estamos trabajando desde hace algunos años, con actividades intensivas de alto costo económico y de recursos humanos.



⁶ SRC: Síndrome de Rubéola Congénita

En esta edad donde los individuos aumentan sus riesgos tanto ambientales como sociales, es fundamental inmunizar al mayor número de ellos. En el año 2006, los resultados fueron alarmantes tanto con la vacuna Triple Viral y como Hepatitis "B", pero en el 2007 se han hecho muchos esfuerzos para captar a este grupo de edad y se nota en las coberturas alcanzadas.

- Lograr en 4 años la **reducción al 35%** de los **egresos hospitalarios** de **menores de 5 años por enfermedades prevalentes** (Infección Respiratoria Aguda, Diarrea y Desnutrición).

Analizando la cantidad de egresos de menores de 5 años en el 2002 y 2007, se observa una disminución de casos del 25%; ello puede deberse a una menor incidencia o a un diagnóstico más oportuno que permitiría el seguimiento ambulatorio, pero también podría deberse a un mejoramiento en las condiciones de cobertura de la seguridad social por lo que se reduciría la demanda al subsector (esto se observa en la cantidad de egresos en general). Pero ha habido disminuciones concretas en el peso de estas patologías en el total de egresos, a excepción de la cantidad de egresos por bronquiolitis. Sin embargo al respecto es importante señalar que puede ser que haya un aumento concreto de este problema, pero también que haya un mejor seguimiento y se incluyen en este caso, la "internación abreviada" que significan internaciones menores a las 24 horas.

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN MENORES DE 5 AÑOS
SEGÚN CAUSAS SELECCIONADAS - AÑO 2002/2007**

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO	2002		2007		% reducción
	Nº	%	Nº	%	
Diarreas (A09)	464	3,7	358	3,5	30
Desnutrición (E40/46)	35	0,3	6	0,1	483
Desnutrición proteicocalórica severa no especificada (E43)	4	0,0	3	0,0	33
Desnutrición proteicocalórica de grado moderado y leve (E44)	20	0,2	0	0,0	100
Desnutrición proteicocalórica, no especificada(E46)	11	0,1	3	0,0	267
Neumonía (J12 a J18)	667	5,3	460	4,5	45
Neumonía Viral, no clasif.en otra parte (J12)	4	0,0	12	0,1	-67
Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte(J15)	45	0,4	3	0,0	1400
Neumonía, organismo no especificado(J18)	618	4,9	445	4,4	39
Otras Infec.Agudas Vías Resp. Inf. (J20/22)	883	7,0	805	7,9	10
Bronquitis aguda (J20)	274	2,2	153	1,5	79
Bronquiolitis aguda (J21)	605	4,8	647	6,3	-6
Infecciones agudas no esp.VRI(J22)	4	0,0	5	0,0	-20
Total egresos	12693		10192		25

- Lograr en 4 años que al menos el **75% de los niños menores de 5 años** tengan **por lo menos un control de salud anual** (cobertura).
- Lograr en 4 años **que al menos el 50% de los niños menores de 1 año bajo programa cumpla con el calendario de controles según norma.**

El 41% de las consultas totales efectuadas en los prestadores del subsector público, se corresponden con la población menor de 20 años y, considerando que al menos el 60% de la población se atiende regularmente en los servicios públicos, los datos reflejan esta utilización de los servicios de salud según lo recopilado en las oficinas de estadística de cada uno de los efectores:

Consultas en menores de 20 años - Efectores del Ministerio de Salud
Río Negro - 2007

Grupos etáreos	Nº Consultas	Población bajo programa	Promedio consultas
< 1 año	88059	6642	13,3
1 a 4 años	130595	25703	5,1
5 a 14 años	243393	67075	3,6
15 a 19 años	125380	34924	3,6
Total	499368	134344	3,7

El control de salud periódico de los niños, ha sido y es una actividad instalada en los servicios sanitarios y en la propia comunidad. Hay una fuerte concurrencia ligada a los momentos de más rápido crecimiento (menores de 1 año por ejemplo), a la entrega durante más de 30 años en el país de complementación alimentaria (hoy a través de leche entera en polvo fortificada) y al esquema oficial de vacunación. Es a partir de los 2 años, en los que deja de ofrecerse la leche y concomitantemente pareciera que disminuyen los procesos mórbidos, cuando cae abruptamente la búsqueda de control en salud, a la par de que el cronograma propuesto para esas edades reduce la frecuencia.

Programa de Rehabilitación Nutricional Materno Infantil "Peñi"

El Programa de Rehabilitación Nutricional Materno Infantil, conocido sencillamente como Programa PEÑI, tiene más de 15 años de vigencia en nuestra Provincia. Desde su inicio, el "PEÑI" ha pretendido asegurar los mecanismos de vigilancia y control para el seguimiento del crecimiento de todos los niños menores de 6 años y embarazadas, identificar los niños y gestantes desnutridos o con riesgo inminente de desnutrición (RID), facilitar el acceso a alimentos que faciliten la recuperación de la población con déficit nutricional y promover acciones de educación y fortalecimiento familiar de estos grupos de riesgo. Objetivos éstos que han implicado responsabilidades del Ministerio de Salud (como controles, seguimiento, registro de casos, etc.) como responsabilidades de su par de Familia (provisión de módulos alimentarios). Según consolidados de la Coordinación Provincial de Salud Materno Infantil, a diciembre del 2007 y preferentemente en base a criterios antropométricos, los niños menores de 6 años desnutridos en la provincia eran 1747 (Grupo de Percentilos de la SAP),

con un 91,5% de primer grado, el 7.3% en segundo grado y el 1,1% con desnutrición de mayor gravedad (en varios casos como consecuencia a enfermedades graves). El 62% de esos niños eran mayores a 24 meses y el 44% de éstos atravesaban un cuadro de desnutrición aguda. El mismo programa registraba en ese entonces a 1400 niños en Riesgo de Desnutrición, categoría que incluye a los menores que estuvieron con bajo peso o su crecimiento es lento y recibe asistencia alimentaria en forma preventiva.

Sin embargo, esos datos no reflejan particularmente la situación de salud de esos niños y para ello se debería conocer la historia y condiciones de vida de cada caso, información que es recopilada y analizada por cada equipo de salud local; pero al menos da un perfil – desde la perspectiva antropométrica – de un determinado estado de salud alcanzado.

Un panorama general respecto a la situación nutricional de esta población puede considerarse a partir de los datos presentados por la “Encuesta Nacional de Nutrición y Salud⁷”, que se realizara en todo el país en el 2004, y en el que se incluyeran varias técnicas antropométricas (no sólo peso y/o talla), bioquímicas y sociales.

Según los datos de la publicación citada, Río Negro comparte las generalidades del perfil nacional y el de la Región Patagónica, con una situación menos desfavorable en relación a la baja talla (prevalencia de acortamiento); sin embargo, en relación a esta variable, se registran en la jurisdicción diferencias relacionadas con la situación social: en los hogares indigentes la cantidad de niños con baja talla (3,4%) duplica a los de hogares pobres pero no indigentes y a la de los hogares no pobres (1,5 y 1,4% respectivamente). Asimismo, según las tablas de la OMS, la prevalencia de bajo peso (emaciación) sería menor al 2,3% ó menor al 5% según metodología de la SAP; pero 1,4% provincial supera a la media del país (1,2%) y con un peso relativamente mayor en las niñas.

Completando este diagnóstico básico la obesidad alcanza a un 5,7% de los niños de 6 a 72 meses, valor por debajo de las medias patagónica y nacional.

Otras valoraciones realizadas respecto a la ingesta desde el punto de vista calórico y de micronutrientes son presentados en el conjunto de datos de la región, que en general presenta valores más favorables que los de otras regiones, sólo se disponen datos particulares en relación a la prevalencia de anemia: 13.1% (levemente inferior al promedio de la Patagonia de 14%); sin embargo y como en el resto del país, este indicador es mayor en los niños de hogares indigentes (15.3%).

⁷ Ministerio de Salud de la Nación: ENNyS- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – Documento de Resultados – 2007- Argentina

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

El programa de Salud Escolar en la Provincia de Río Negro, se desarrolla dentro del Departamento de Salud del Niño y del Adolescente dependiente de la Dirección de Salud Materno Infanto Juvenil del Ministerio de Salud desde el año 1984.

La población objetivo está constituida por niños y niñas que se encuentran dentro del sistema educativo en Nivel Inicial (Jardín) y Primario, comenzando a partir del año 2008 con algunas experiencias piloto en el nivel secundario.

Se trata de un programa que genera equidad en el acceso ya que se propone cubrir los controles en salud de los niños y niñas que asisten a Nivel Inicial, 4º y 7º Grado de todas las escuelas públicas y privadas, urbanas y rurales, de la Provincia. Además últimamente se incorporaron, con características propias, las escuelas especiales y se promueve agregar, también con modalidad diferente, la cobertura del nivel secundario. En realidad no se trata solo de la realización del control en salud de estos niños, sino también de la derivación de aquellos en los que se detecta una presunta patología a fin de que sean diagnosticados con mayor rigor en los niveles adecuados y, de ser necesario, su orientación y seguimiento hasta, de ser posible, la resolución de su problema.

Cada vez más en nuestra región, los niños y adolescentes en edad escolar se enfrentan a problemas de salud relacionados con el estilo de vida y determinados por múltiples causas, tales como el abuso de alcohol, tabaco y drogas, la violencia, los accidentes y el embarazo en la adolescencia. Por otro lado las alteraciones nutricionales cobran cada vez más importancia de la mano del sobrepeso y la obesidad, cuando no de la bulimia y la anorexia.

Promover estilos de vida saludables con niños y adolescentes requiere de articular estrategias integrales de acción que consideren a la salud mas allá de la mera ausencia de enfermedades. Dentro de este marco las acciones no dependen solo de este programa sino que se hace necesario el concurso de otros departamentos de la propia Dirección de Salud Materno Infanto Juvenil, fundamentalmente los de Nutrición, Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva, como así también de otros sectores del Ministerio de Salud Provincial (Dirección de Salud Bucal, Dirección de Salud Mental, Programa SIDA e ITS, Encaminando la Vida, Educación para la Salud etc.) y de otras instituciones como Ministerio de Familia, ONGs y, obviamente, el Ministerio de Educación.

Objetivos:

- Favorecer la atención integral de la salud de los alumnos/as en edad escolar.
- Detectar patologías que inciden en el correcto crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

- Facilitar los tratamientos necesarios acorde a las patologías detectadas, desde un enfoque multidisciplinario o, eventualmente, derivarlos para la realización de estudios y tratamientos que se requieran (2do. ó 3er. Nivel).
- Promover, en conjunto con la comunidad educativa, el mejoramiento de la calidad de vida de los alumnos y sus familias, así como la calidad de vida dentro de la propia institución educativa.
- Realizar acciones de prevención y promoción de la salud, con alcance familiar y social. (Prevención de accidentes, pautas de desarrollo, prevención de adicciones como tabaquismo, alcoholismo, estupefacientes, etc., pautas nutricionales, etc.)

Actividades

Controles de salud

El control se realiza a los niños/as de preescolar (5 años), cuarto grado y séptimo grado de escuelas públicas comunes y especiales, públicas de gestión privada y privadas. Progresivamente se irán incorporando los de enseñanza media.

Elaboración de talleres de prevención

Se realiza en los colegios y están dirigidos a docentes y a alumnos en función de las demandas surgidas en cada establecimiento. Ej: Implementación de la capacitación a los docentes en Educación Alimentaria Nutricional.

Asesoramiento y asistencia técnica

Dirigida a los coordinadores de las localidades bajo programa en el Área de Salud y Educación.

Aspectos Instrumentales

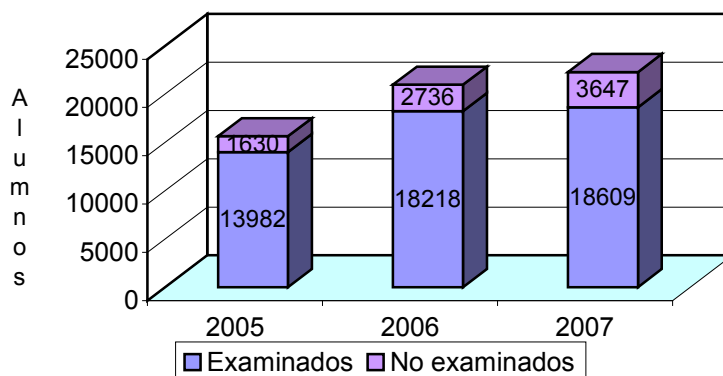
El Ministerio de Salud tiene un referente local del Programa en todas las áreas programa. Además el equipo de salud en su conjunto (médicos, odontólogos, agentes sanitarios, enfermeras, etc.), y de acuerdo a programaciones locales, realiza las acciones pertinentes.

El Ministerio de Educación tiene un docente adscripto, (responsable del programa en el área) a fin de servir de nexo entre las escuelas, personal, alumnos y el equipo de salud.

Alumnos evaluados según años
Programa de Salud Escolar - Río Negro, 2005-2007

Alumnos	Años		
	2005	2006	2007
Examinados	13982	18218	18609
No examinados	1630	2736	3647
Total	15612	20954	22256

Fuente: Base de datos Programa Salud Escolar. Ministerio de Salud- Ministerio de Educación



Detección de patologías - Programa Salud Escolar
Río Negro - 2005 al 2007

Alumnos	Años					
	2005		2006		2007	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Sin Patología	5883	42,1	8092	44,4	7375	39,6
Con Patología odontológica	4293	30,7	5366	29,5	5954	32,0
Con otras patologías	3806	27,2	4760	26,1	5279	28,4
Total	13982	100,0	18218	100,0	18608	100,0

Fuente: Base de datos Programa Salud Escolar. Ministerio de Salud- Ministerio de Educación

De las patologías detectadas en los alumnos examinados (debe tenerse en cuenta que hay niños que presentan más de una patología), las más relevantes son:

Patologías detectadas - Programa Salud Escolar
Río Negro - Año 2007

PATOLOGÍA	CANTIDAD	%
Caries	13709	49.0
Disminución agudeza visual*	2626	9.4
Obesidad / Sobrepeso	1579	5.6
Otras patologías odontológicas	1167	4.2
Alergias	852	3.0
Escoliosis Cifosis	781	2.8

Fuente: base de datos Programa Salud Escolar Ministerio de Salud- Ministerio de Educación

*NOTA: Se detalla la patología detectada o existente sin tratamiento.

Las cuatro causas más numerosas detectadas en el año 2007 no difieren en orden de las encontradas en el año 2006, observándose un aumento del 3.7% en "Caries"; mientras que las demás presentan valores similares.

En quinto lugar, en el año 2007, aparecen las "Alergias", con porcentajes parecidos al año 2006, y se destaca la disminución de "Trastornos de la marcha", de 4.3% en el año 2006 a 2.3% en el 2007.

Durante el año 2007 se incrementó la cantidad de áreas programas que pudieron realizar el seguimiento de las derivaciones, detectar a tiempo patologías escolares, completar el esquema de vacunación, obtención de turnos de oftalmología y concientización del programa los efectores directos dejando de lado el concepto de "simple acto administrativo". Asimismo se incrementó la cantidad de docentes capacitados en educación alimentaria nutricional en relación al año 2006.