

Doctorado en Políticas, Gestión y Economía de Sistemas y Servicios de Salud

**Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario**

Perfil de las políticas públicas que abordan los Determinantes Sociales de la Salud para controlar las Enfermedades No Transmisibles en la provincia de Santa Fe

Doctoranda: Mg. Florencia Fernandez

Director: Dra. Natalia Yavich

Co-director: Dr. Guillermo Rodríguez

2019

Declaración jurada

Certifico que el trabajo incluido en esta tesis es de mi autoría. Los datos presentados no han sido falseados, ni copiados y, por lo tanto, los resultados son tareas de investigación originales. Asimismo, dicho trabajo no ha sido publicado ni presentado anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional en ninguna otra Universidad o Institución.

Florencia Fernandez

Por la memoria de mis abuelos y mi madrina

A mí querida familia

Mi más sincera gratitud,

Al Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, por recibirme en este reconocido establecimiento para la realización de mis estudios doctorales.

A mis directores la Dra. Natalia Yavich y el Dr. Guillermo Rodríguez por guiarme, acompañarme, por su valioso tiempo dedicado y por su infinita paciencia.

A. Natalia por las incalculables horas de trabajo... me acompañó, me enseñó, me orientó, con sus apreciables aportes se aseguró que siempre pudiera dar el paso firme en cada uno de los desafíos emprendidos.

A Guillermo por confiar en mí desde el primer día, mucho antes del doctorado... él se encargó de sacar siempre lo mejor de mí, se ocupó de enseñarme en estos años a pulir una mejor versión. Un ser incondicional que me enseñó y guió paso tras paso con sus inestimables aportes y profesionalismo.

Al Dr. Ernesto Báscolo por aceptarme ser parte de su equipo de trabajo, por sus valiosos aportes y brindarme su calidad académica y profesional.

A la Universidad Abierta Interamericana por cobijar mis horas de trabajo y a todos aquellos investigadores, docentes y amigos de la institución que me acompañaron durante todo el proceso.

A mis papás y mi hermano por compartir mis sueños, por brindarme incondicionalmente todo su apoyo, confianza y amor.

A Rubén por aceptar la distancia, las largas horas de silencio, por entender y ser fiel a mis metas, por estar siempre.

Resumen

Introducción: En la actualidad, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad mundial. A pesar de que gran parte de estas enfermedades se deben a determinantes y factores comunes que son evitables, la carga por ENT persiste en las sociedades generando importantes consecuencias sociales, económicas y sanitarias, situando en el foco de atención a las políticas y acciones intersectoriales.

Objetivo: Analizar el perfil de las políticas públicas que abordan los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que influyen en la evolución de las ENT en la provincia de Santa Fe, entre los años 2000-2017.

Metodología: Se llevó a cabo una investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva y de corte transversal. Las intervenciones fueron identificadas mediante una búsqueda de normativas y entrevistas a informantes clave. Los contenidos fueron analizados en el contexto de los datos considerando las acciones propuestas en relación al contexto de emergencia, los destinatarios según sus definiciones socioeconómicas y demográficas, los sectores que asumen la intervención y la integración entre los mismos.

Resultados: Las políticas públicas se presentaron fundadas en el contexto de emergencia de las ENT con estrategias, en gran parte de cobertura poblacional, concentradas en abordar principalmente factores conductuales. El sector salud asumió el liderazgo en la mayoría de las intervenciones. Los sectores se integraron compartiendo recursos, objetivos y coordinando acciones.

Conclusiones: Se reconoce política y socialmente la problemática de las ENT en la provincia de Santa Fe. Las políticas desarrollan e implementan acciones que procuran abordar los determinantes de las ENT con un enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP) a los efectos de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

Palabras clave utilizando descriptores DeCS: Política Pública; Determinantes Sociales de la Salud; Acción Intersectorial; Enfermedades No Transmisibles.

Abstract

Introduction: Currently, Noncommunicable Diseases (NCDs) are the main cause of global mortality. Although a large part of the common determinants and factors are preventable, they persist in societies, generating important social, economic and health consequences, placing the focus on intersectoral policies and actions.

Objective: To analyze the profile of public policies that addresses the Social Determinants of Health (SDH) that influence the evolution of NCDs in the province of Santa Fe, between the years 2000-2017.

Methodology: A qualitative exploratory, descriptive and cross-sectional research was conducted. The public policies were identified through a search for normative documents and interviews with key informants were conducted. The contents were analyzed in the context of the data considering the proposed actions in relation to the emergency context, the recipients according to their socio-economic and demographic definitions, the sectors that assume the intervention and the strategic alliances formed between them.

Results: Public policies were presented based on the emergency context of NCDs with strategies largely of population coverage, focused mainly on behavioral factors. The health sector assumed leadership in most of the interventions. The sectors were integrated by sharing resources, objectives and coordinating actions.

Conclusions: The problem of NCDs in the province of Santa Fe is politically and socially recognized. Policies develop and implement strategies that seek to address the determinants of NCDs with a Health in All Policies approach in order to improve the health of the population and health equity.

Keywords: Public politics; Social Determinants of Health; Intersectoral Collaboration; Non-communicable diseases.

Índice

Introducción.....	17
-------------------	----

Capítulo I: Problemática

1. Identificación y delimitación de la problemática de estudio.....	22
1.1 Definición y descripción de las ENT y sus principales determinantes y FR.....	24
1.2 Perfil epidemiológico de las ENT.....	27
1.3 Contextualización socioeconómica y demográfica y descripción de la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe.....	41
1.4 Objetivos general y específicos de estudio.....	45

Capítulo II: Equidad en salud

2. Equidad en salud.....	47
2.1 Inequidades y desigualdades en salud.....	48
2.2 Inequidades en salud en la región de las Américas y Argentina.....	53
2.3 Equidad en la atención en salud.....	55

Capítulo III: Determinantes Sociales de la Salud

3. Determinantes Sociales de la Salud.....	60
3.1 Evolución histórica del enfoque social en salud.....	61
3.2 Marco conceptual de los DSS de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.....	71
3.2.1 Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud.....	72
3.2.2 Determinantes intermedios de la salud.....	77

Capítulo IV: Acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud

4. Acciones sobre los DSS.....	82
4.1 Acciones sobre los DSS para hacer frente a la equidad sanitaria.....	82

4.2	La equidad en salud en la agenda sanitaria en la región de las América.....	90
4.3	Acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud para prevenir y controlar las ENT.....	95

Capítulo V: Intersectorialidad

5.	Intersectorialidad.....	103
5.1	Antecedentes de la intersectorialidad.....	106
5.2	Salud en todas las Políticas.....	109
5.3	Grados o intensidades de la intersectorialidad.....	110

Capítulo VI: Metodología

6.	Metodología de la investigación.....	116
6.1	Tipo de estudio.....	116
6.2	Fuentes de información y proceso de recolección de datos.....	116
6.2.1	Revisión digestos de normativa.....	117
6.2.2	Búsqueda en las páginas web oficiales de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario.....	120
6.2.3	Entrevistas a informantes clave.....	121
6.2.3.1	Criterios para la selección de participantes.....	121
6.2.3.2	Selección de participantes.....	121
6.2.4	Instrumento de recolección de datos.....	122
6.3	Objeto de estudio y unidad de análisis	124
6.4	Procesamiento de los datos.....	124
6.5	Consideraciones éticas.....	129

Capítulo VII: Resultados y discusión

7.	Resultados y discusión.....	131
----	-----------------------------	-----

7.1	Acciones propuestas por las políticas de acuerdo al contexto de emergencia de las ENT.....	131
7.2	Configuración de los Determinantes Sociales de la Salud en las políticas que abordan las ENT.....	147
7.2.1	Determinantes Sociales Estructurales.....	147
7.2.2	Determinantes Sociales Intermedios.....	155
7.3	Sector que asume la intervención para abordar las ENT.....	162
7.4	Integración entre los sectores.....	166
7.5	Percepciones de los referentes en cuanto a los desafíos de las intervenciones para abordar las ENT.....	179
7.6	Limitaciones de estudio.....	182

Capítulo VIII: Conclusiones

8.	Conclusiones.....	184
----	-------------------	-----

Bibliografía

9.	Referencias bibliográficas.....	191
----	---------------------------------	-----

Anexos

Anexo I.....	213
Anexo II.....	280
Anexo III.....	283

Índice de figuras y tablas

Figuras

Figura 1. Modelo de Determinantes de la Salud según Dahlgren y Whitehead.....	66
Figura 2. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.....	72
Figura 3. Configuración y resultados de la búsqueda de las intervenciones públicas para el control de ENT en los digestos de normativas.....	119

Tablas

Tabla 1. Resultados de los principales FR en Argentina y Santa Fe según datos de las ENFR 2009, 2013 y 2018, y 2009 y 2013 respectivamente	32
Tabla 2. Resultados de los principales FR de la ENFR-2013 en Argentina según sexo.....	34
Tabla 3. Resultados de los principales FR de la ENFR-2013 en Argentina según grupos de edad.....	35
Tabla 4. Resultados de los principales FR de la ENFR-2013 en Argentina, según niveles educativos.....	36
Tabla 5. Resultados de los principales FR de la ENFR-2009 en la provincia de Santa Fe según sexo.....	37
Tabla 6. Resultados de los principales FR de la ENFR-2009 en la provincia de Santa Fe según grupos de edad.....	38
Tabla 7. Resultados de los principales FR de la ENFR-2009 en la provincia de Santa Fe según nivel educativo.	39
Tabla 8a. Categorías de análisis.....	126
Tabla 8b. Categorías de análisis.....	127

Tabla 8c. Categorías de análisis.....	128
Tabla 9a. Destinatarios de las intervenciones por definición demográfica.....	148
Tabla 9b. Destinatarios de las intervenciones por definición demográfica.....	149
Tabla 10a. Sector del Estado que asume la intervención	163
Tabla 10b. Sector del Estado que asume la intervención.....	164
Tabla 11a. Modalidad por la que fueron identificadas las acciones intersectoriales propuestas en las intervenciones estudiadas.	167
Tabla 11b. Modalidad por la que fueron identificadas las acciones intersectoriales propuestas en las intervenciones estudiadas.....	168
Tabla 12a. Alianzas estratégicas entre los diversos sectores identificados en las políticas públicas.....	171
Tabla 12b. Alianzas estratégicas entre los diversos sectores identificados en las políticas públicas.....	172

Lista de abreviaturas

ACV: Accidente Cerebro-Vascular.

APRECOD: Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones.

APS: Atención Primaria de Salud.

CDSS: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

CEI: Centro de Estudios Interdisciplinarios.

CMCT-OMS: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

ECV: Enfermedades Cardiovasculares.

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

ENT: Enfermedades No Transmisibles.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

ERC: Enfermedades Respiratorias Crónicas.

FR: Factor de Riesgo.

HTA: Hipertensión Arterial.

IDH: Índice de Desarrollo Humano.

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

MGSSS: Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.

MSAL: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

PAIER: Programa de Abordaje Integral de Enfermedades Renales.

PAMI: Programa de Atención Médica Integral.

PAU: Programa de Agricultura Urbana.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

SAMCo: Sistema para la Atención Médica de la Comunidad.

SEDRONAR: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

SIES: Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias.

STP: Salud en Todas las Políticas.

UNR: Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

Introducción

El presente trabajo está inserto en la investigación **“Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”¹**. Esta última, tuvo por objetivo principal analizar los procesos de diseño, planificación, implementación y gestión de intervenciones intersectoriales en la provincia de Santa Fe y sus efectos sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la salud de la población y la equidad en salud. En fases iniciales de la mencionada investigación, se identificaron brechas entre los problemas de salud prioritarios de la Provincia de Santa Fe y el desarrollo de políticas públicas de salud para abordarlos. Sobre este hallazgo, se presentaron altamente relevantes por su prevalencia, letalidad o potencial crecimiento escasamente o no abordadas por las intervenciones intersectoriales: la prevención de accidentes de tránsito, el abordaje de los Factores de Riesgo (FR) de las ENT, la salud mental y las enfermedades transmisibles (Yavich, Báscolo, Gotlieb, Ceola & Fernández, 2016). Considerando la carga que representa el perfil epidemiológico actual de las ENT como resultado de los cambios socio-económicos, demográficos, tecnológicos y culturales, surgió relevar cuál es la cobertura intersectorial existente en la provincia de Santa Fe para abordar la problemática socio-sanitaria de dichas enfermedades.

Para responder dicho interrogante se llevaron a cabo dos fases de estudio sucesivas y complementarias. Una preliminar fragmentada en diferentes instancias de estudio que comprendieron la realización de la tesis de Maestría y una segunda fase que profundiza el recorrido de la investigación con la elaboración de la tesis doctoral.

La fase preliminar estuvo compuesta inicialmente por la identificación de intervenciones poblacionales para el control de ENT en el ámbito del municipio de

¹ La investigación es llevada a cabo por la Universidad Nacional de Rosario (UNR) – el Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI), el CONICET, el Instituto de la Salud Juan Lazarte y la Asociación Investiga más, con el respaldo del International Development Research Centre (IDRC), Canadá.
Más Información en: <http://capacitasalud.com/intervenciones-intersectoriales/>

Rosario mediante una revisión de normativas y la caracterización de las mismas de acuerdo a la fecha de promulgación, el nivel de formalidad, los FR, DSS y/o ENT abordada, los enfoques para la acción y los sectores que participan de la intervención (Fernandez, Yavich, Báscolo & Rodríguez, 2016). En segundo lugar, se amplió el reconocimiento de dichas intervenciones considerando los niveles provincial y municipal (Santa Fe y Rosario respectivamente), las cuales fueron estudiadas en sentido del avance y estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud, particularmente sobre la línea estratégica de fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los DSS que garantizan la sostenibilidad de dicha cobertura (Fernandez, Zaffaroni, Yavich & Báscolo, 2017).

Sobre esto último, se profundizó la búsqueda en términos de identificar intervenciones intersectoriales en la misma línea y contexto. En esta instancia, se identificaron las intervenciones y fueron descriptas de acuerdo a los DSS que procuran abordar, considerando la perspectiva y base conceptual de los mismos y su relación con la evolución y el crecimiento acelerado de la prevalencia y mortalidad por ENT en la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, entre los años 2000 a 2015. Los hallazgos de esta etapa de estudio, fueron expuestos en el marco de la presentación y defensa de tesis de Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (MGSS) del Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI), de la Universidad Nacional de Rosario (UNR)² (Fernandez, 2018).

Sobre la misma línea de estudio, considerando que la formación de recursos humanos en salud es uno de los factores clave para promover el conjunto de conceptos

² Tesis de Maestría denominada: "Identificación y descripción de las intervenciones intersectoriales para prevenir y controlar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario entre los años 2000 a 2015". Autor: Florencia Fernandez. Directora: Dra. Natalia Yavich. Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. CEI-UNR.

articulados y las acciones mencionadas, se estructuró una investigación-acción en el marco de un proyecto de vinculación de 3 unidades académicas³. En la misma, se formaron y evaluaron profesionales sobre la construcción de herramientas conceptuales y prácticas orientadas a la capacitación en el reconocimiento de los determinantes que inciden en la salud de la población y el gradiente social, y el abordaje de los problemas socio-sanitarios complejos a través del trabajo intersectorial; a los efectos de comprender y situarse en contextos complejos en términos de cuidar y promover la salud de las poblaciones (Fernandez, Yavich & Castiglia, 2018).

En la segunda fase de estudio, se constituyó el presente trabajo de investigación con el objetivo de profundizar el perfil de las políticas públicas que abordan los DSS que influyen sobre el control de las ENT. Es decir, este estudio implicó una mayor comprensión y análisis del alcance de las intervenciones en el sentido de las estrategias adoptadas para abordar los DSS y las alianzas producidas entre los diversos sectores. Así, generar una mayor evidencia de las fortalezas y debilidades presentadas en las mismas a los efectos de producir insumos para la gestión, en términos de promover innovaciones y el desarrollo de políticas intersectoriales efectivas para abordar la problemática socio-sanitaria de dichas enfermedades.

La presente tesis se estructuró en 2 secciones divididas en 9 capítulos. La representación adoptada en la primera instancia del documento integra 5 capítulos que concentran la problemática y el marco conceptual fundado en las principales conceptualizaciones.

El capítulo I, comprende la identificación y delimitación del problema enmarcado en la definición, descripción y perfil epidemiológico de las ENT y sus

³ Proyecto: **“Intersectorialidad en todas las políticas”: Intervenciones intersectoriales para actuar sobre los determinantes sociales de salud.** Proyectos de vinculación tecnológica y desarrollo productivo/UNR. Convocatoria 2015. Dicho proyecto tuvo por objetivo promover la emergencia y gestión de acciones intersectoriales en las políticas públicas con capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud, a través de espacios de formación profesional.

determinantes y, la contextualización sociodemográfica y económica de la población a la cuál son dirigidas las intervenciones. A continuación, en el mismo capítulo son detallados los objetivos del estudio vinculados alcanzar el perfil de las políticas públicas.

En el capítulo II se presentan las bases conceptuales de la equidad sanitaria en cuanto a su relevancia en la discusión de los procesos de salud- enfermedad y en lo tocante a la emergencia creciente de las ENT. En el mismo, se detallan las inequidades salud como parte de sus raíces en los procesos de determinación y estratificación social y no solo desde la distribución de la salud o la atención sanitaria, es por ello que, al tratarse de un concepto que tiene un alcance y una relevancia considerablemente amplios (Sen, 2002) se distingue la equidad sanitaria y aquella en materia de los servicios de atención en salud como, así también, las concepciones de desigualdad e inequidad en salud en el contexto particular de la región de las Américas y en Argentina.

En el capítulo III se concentran los DSS que explican dichas desiguales e inequidades sanitarias presentes en las poblaciones. Como parte del mismo, se desarrolla un breve recorrido histórico de los mismos, los diversos aspectos teóricos y conceptuales, con especial atención en el marco presentado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Sobre esto último, en el capítulo IV se profundiza y visibiliza la implicancia de la actuación sobre el conjunto de determinantes sociales y sus efectos en las inequidades sanitarias.

En el último capítulo del marco teórico referencial se distingue a la intersectorialidad, sus diversas acepciones y las intensidades de la coyuntura a presentarse entre los diversos sectores.

La segunda sección se compone de los materiales y métodos, los ejes procedimentales y el análisis de los datos que presentan los hallazgos de la investigación, organizados en 4 capítulos.

El capítulo VI aborda los aspectos y procedimientos metodológicos llevados a cabo en el marco de un estudio cualitativo para alcanzar los objetivos propuestos en la investigación.

En el capítulo VII se presentan los hallazgos de la investigación establecidos de acuerdo a las categorías de análisis que muestran los contenidos narrativos obtenidos de las intervenciones que sustentan el perfil de las políticas públicas de acuerdo a los DSS que procuran abordar y en forma concatenada fueron contrastados con la literatura científica disponible y actualizada y las disposiciones de las organizaciones internacionales y registros oficiales de acuerdo con la temática de estudio.

El capítulo VIII se exponen las conclusiones alcanzadas en el estudio, las cuales permitieron relevar las fortalezas y debilidades en relación al perfil de las políticas públicas que abordan las ENT. Luego de este capítulo se detallan las referencias bibliográficas de las citas utilizadas a lo largo de todo el documento.

Los Anexos I, II y III contienen los documentos probatorios de la investigación entre ellos; los normativos (Ley, Decreto, Ordenanza, Resolución), el formato de la carta de presentación y autorización de las entrevistas y las páginas oficiales que completaron la información.

Capítulo I

Problemática

1. Identificación y delimitación de la problemática de estudio

La salud de las poblaciones está determinada por el contexto ambiental, socio-económico, demográfico, político y cultural. Las diferencias en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las condiciones en la que se desarrolla la vida y poseer un estado de salud óptimo estén distribuidas de manera desigual entre las sociedades y al interior de las mismas.

Las inequidades sanitarias, son consecuencia de las circunstancias de vida de la primera infancia, la escolarización, el empleo, las condiciones de trabajo y del medio, y de acuerdo a la forma que adoptan, los contextos físicos, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta serán diferentes para cada grupo, convirtiendo a los mismos en mayor o menor medida vulnerables a la exposición de enfermedades.

De este modo, se presenta una estrecha relación entre las características sociales y de la salud que, a su vez, se traducen en significativos marcadores de progreso de la sociedad. Dicho de otra manera, si esta última cubre las necesidades de sus poblaciones de manera equilibrada probablemente favorecerá a un alto nivel de salud poblacional con inequidades sanitarias relativamente estrechas (OMS, 2009).

En el mundo y particularmente en la región de las Américas, hay grupos de personas que tienen posibilidad de acceder a condiciones de vida óptimas y otras que se enfrentan a circunstancias desfavorables por la exposición negativa a ciertos factores (posición socioeconómica, trabajo, etnia, género, entre otros). Estas circunstancias, por sí solas o en combinación, favorecen las profundas y constantes inequidades en salud (OPS, 2018).

Las inequidades en salud se encuentran manifestadas en la transición epidemiológica, situación que provoca una mayor carga sobre la salud de los habitantes con el padecimiento de ENT antes generado por las enfermedades transmisibles (OPS,

2012a). A pesar de que gran parte de estas enfermedades se deben a determinantes y factores comunes modificables, la morbilidad, mortalidad, la fuerte prevalencia y duración de las ENT persisten en las sociedades. Esta situación, implica importantes consecuencias sociales, económicas y de salud en las poblaciones (Marchionni, Conconi, Caporale, & Porto, 2011) situando en el foco de atención a las políticas y las acciones intersectoriales para el abordaje de la problemática socio-sanitaria.

1.1 Definición y descripción de las ENT y sus principales determinantes y FR

El grupo de las ENT, constituido principalmente por las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) y respiratorias crónicas, cáncer y diabetes mellitus, se caracteriza por ser entidades patológicas multifactoriales, de larga duración, de evolución lenta y continua (OMS, 2018a). Debido a la carga de mortalidad y morbilidad que estas últimas representan, como así también por la estrecha relación causal que guardan con ciertos determinantes y FR evitables, en este trabajo se revelan las principales ENT sin considerar otras enfermedades que forman parte del mismo grupo como las enfermedades reumáticas, los trastornos mentales, anomalías congénitas, entre otras.

En primer lugar, las ECV corresponden a un grupo de trastornos relacionados al corazón y de los vasos sanguíneos, entre ellos: cardiopatías coronarias (afectación de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco); enfermedades cerebrovasculares: (aquellas que afectan los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, por ejemplo: Accidentes Cerebro Vasculares- ACV-); arteriopatías periféricas (alteración de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores); cardiopatía reumática (lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre

reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos); las cardiopatías congénitas y las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares (coágulos de sangre en las venas que pueden desprenderse como émbolos y alcanzar los vasos del corazón y los pulmones). En lo particular, los ataques cardíacos y los ACV son procesos agudos, que a menudo tienen una fuerte asociación al consumo de tabaco y alcohol, dietas poco saludables, obesidad, la inactividad física y sobre ciertos marcadores biológicos como la Hipertensión Arterial (HTA), la hiperlipidemia, entre otros. Así también, son determinantes subyacentes de las ECV la globalización, la urbanización, el envejecimiento, la pobreza, el estrés y los factores hereditarios (OMS, 2017a).

Las Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) son aquellas patologías por afecciones no transmisibles de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. Entre las más frecuentes se encuentran: el asma (disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica –EPOC- (caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire), las alergias respiratorias; las enfermedades pulmonares de origen laboral; entre otras. Todas ellas, fuertemente asociadas al tabaquismo, la contaminación del aire en espacios cerrados y exteriores, alérgenos y la exposición a ciertos riesgos ocupacionales como el polvo y productos químicos (OMS, s/fa).

Los cánceres también llamados tumores o neoplasias malignas representan un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo (Por ejemplo: cáncer pulmonar, colorrectal, hepático, mamario, entre otros). Este grupo de enfermedades se produce por la transformación de células normales en tumorales en un proceso de varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa hasta la enfermedad propiamente dicha. Una característica relevante del cáncer es la

multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales que pueden propagarse en los diversos órganos. Estas alteraciones, son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y categorías de agentes externos tales como: carcinógenos físicos (como las radiaciones ionizantes y ultravioletas); carcinógenos químicos (los componentes del humo de tabaco, agentes contaminantes de los alimentos, entre otros) y el arsénico (contaminante del agua), y carcinógenos biológicos (determinados virus, bacterias y parásitos), entre otros (OMS, 2018b).

Por último, la diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no genera insulina (hormona que regula la glucosa en la sangre) suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que genera. Dicha enfermedad, se presenta de acuerdo a dos tipos: la diabetes de tipo I (también llamada insulín dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona y, la de tipo II conocida como no insulín dependiente (más frecuentemente de edad adulta) que se produce como consecuencia de una utilización ineficaz de la insulina. Esta última, es el tipo de diabetes que se presenta más a menudo en la población como consecuencia de ciertos factores de exposición tales como: dietas poco saludables, peso corporal excesivo, la inactividad física, entre otros (OMS, 2018c).

La diabetes y las ECV, el tabaquismo, la HTA y la obesidad son algunos de los factores que, también, pueden aumentar el riesgo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC). La IRC es la pérdida gradual de la función renal (OPS, s/fa).

Sobre cada una de las principales ENT queda explicitado que el aumento en la prevalencia de dichas enfermedades se ve fuertemente favorecido por determinantes comunes que, se incrementan o reducen de acuerdo a la forma que adoptan según las

diversas condiciones demográficas, económicas y sociales. Es decir, ciertos determinantes a gran escala como los efectos de la globalización, la comercialización, la urbanización, el progreso tecnológico, el desarrollo socioeconómico y aquellos como: la educación, el empleo, el género y la raza; condicionan las conductas y hábitos de vida (sedentarismo, tabaquismo, régimen alimentario poco saludable y consumo nocivo de alcohol), también conocidos como FR de las ENT, que a su vez pueden ser promotores de otros riesgos metabólicos como la HTA, la hiperglucemia, la obesidad, entre otros (OPS, 2012a).

1.2 Perfil epidemiológico de las ENT

Morbi-mortalidad por ENT

En la actualidad, las ENT son la principal causa de mortalidad mundial (responsables de aproximadamente el 70% de las muertes), y afectan de manera desproporcionada a los países de ingresos bajos y medios, en los cuales se registran más del 75% (aproximadamente 32 millones) de las muertes a causa de estas enfermedades. El riesgo de morir de manera prematura entre edades comprendidas de 30 a 70 años por ENT alcanza unos 15 millones muertes, el 85% de las mismas suceden en países de bajos y medianos ingresos y más del 80% están representadas por alguna de las cuatro principales ENT. Entre ellas, las ECV ocupan el primer lugar de muertes (17,9 millones cada año) (OMS, 2018a), lo cual representa aproximadamente el 31% de la mortalidad registradas en el nivel mundial. En el año 2012, 7,4 millones de muertes mundiales correspondieron a cardiopatías, y 6,7 millones a los ACV. Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se produjeron en los países de ingresos bajos y medios (OMS, 2017a).

El cáncer es la segunda causa de mortalidad dentro del grupo de las ENT (OMS, 2018a). En el año 2015 se produjeron 8,8 millones de defunciones (aproximadamente una de cada seis muertes se debe a esta enfermedad), registrándose un 70% de la mortalidad en países de ingresos medios y bajos. La mortalidad por cáncer no hace a la excepción respecto de la exposición a los riesgos conductuales, tal es así que el tabaquismo es uno de los principales y responsable de aproximadamente el 22% de las muertes por esta enfermedad (OMS, 2018b).

Las ERC cada año constituyen aproximadamente 3,9 millones de muertes a nivel mundial (OMS, 2018a). Según estimaciones de la OMS, la prevalencia de la EPOC en el año 2016, fue de 251 millones de casos y, en el año 2015 murieron 3,17 millones de personas en todo el mundo por esta afección, lo cual representa aproximadamente un 5% de todas las muertes registradas en ese año. Alrededor del 90% de la mortalidad a causa de EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos, siendo su principal determinante la exposición al humo del tabaco (OMS, 2017b). Sobre el grupo de las principales ERC, el asma generó 383.000 muertes en el mundo en el año 2015 y en la actualidad existen 235 millones de personas que la padecen, presentando una mayor vulnerabilidad de exposición en los niños (OMS, 2017c).

De acuerdo a datos estadísticos de la OMS, la prevalencia mundial de la diabetes en adultos mayores de 18 años ha aumentado de un 4,7% registrado en el año 1980 a un 8,5% en 2014, con un incremento rápido y considerable en los países de ingresos medianos y bajos. En el año 2015, dicha enfermedad fue causante de 1,6 millones de muertes, gran parte de ellas registradas antes de los 70 años de edad (OMS, 2018c).

En la región de las Américas, aproximadamente el 79% de las muertes en el año 2012 correspondieron a ENT, de las cuales 35% sucedieron de manera prematura en personas entre los 30 y 70 años. Estas últimas, ocurrieron aproximadamente en un

18,5% en los varones y en un 13% en las mujeres. De acuerdo a los datos de mortalidad Regional (2012), las ECV ocuparon la primera causa de mortalidad (con el 37,6%) seguidas del cáncer con un 24,6%, las ERC en un 8,6% y un 6,3% de muertes por diabetes. El 65% de la causa de mortalidad prematura estuvieron relacionadas a las ECV y el cáncer (OPS, 2016a).

Estadísticas puntuales de las ENT en la misma región, indican que la población con bajos ingresos financieros sufre aproximadamente el 30% de las defunciones prematuras por ECV, en tanto que los grupos con mayores y mejores condiciones económicas lo padecen sólo un 13% (OPS, 2012a).

En Argentina, según los datos presentados por la OMS en el progreso de las ENT en los países (2017), el 81% de la mortalidad es consecuencia de dichas enfermedades y el 17% de las mismas se produjo en forma prematura (OMS, 2017d). Aproximadamente un 44% de la mortalidad a causa de las ENT corresponde a la población comprendida en edades entre los 30 y 70 años, y una mayor tendencia de mortalidad por las principales ENT en los varones (OMS, 2014). En el año 2014, se registraron tasas de mortalidad (cada 100.000 habitantes) por ECV de 217,49 y 213,43 en varones y mujeres respectivamente y de 157,70 en varones y 139,78 en mujeres a causa de tumores.

En la provincia de Santa Fe, en el 2014 se registraron tasas de defunción de 220,29 varones y 218,42 mujeres por ECV cada 100.000 habitantes, y de 198,07 varones y 169,49 mujeres muertos a causa de tumores (Dirección de Estadísticas e Información de Salud –DEIS-, 2016). Resulta significativo mencionar que, en el año 2016, la ciudad de Rosario (la cual representa una gran cantidad de habitantes en la provincia y de allí su protagonismo y relevancia de los datos) presentó entre las primeras causas de mortalidad las enfermedades del sistema circulatorio y tumores con

tasas de 232,35 y 196,55 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente (Dirección General de Estadística, 2016).

En forma visible el incremento acelerado de las ENT como resultado de la combinación de determinantes y ciertos comportamientos modificables conlleva a estimar que si no se toman medidas las cifras de exposición aumenten considerablemente en los años próximos.

Factores de Riesgo de las ENT

Los hábitos de vida como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, las dietas malsanas y los factores metabólicos como la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, la obesidad, entre otros, aumentan el riesgo de padecer ENT.

De acuerdo a datos recientes de la OMS, se encuentran en el mundo más de mil millones de consumidores de tabaco y alrededor del 80% de ellos viven en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018d).

En el año 2010, el consumo de alcohol per cápita a nivel mundial alcanzó un promedio de 21,2 litros puro entre los varones, y 8,9 litros entre las mujeres. El consumo de alcohol en las Américas es de aproximadamente un 40% mayor que el promedio mundial (OPS, s/fb). Particularmente, en la región se produjo un aumento en los episodios de consumo excesivo en los últimos 5 años, traspasando de una tasa del 4,6% al 13% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones (OPS, 2015a). El consumo de alcohol es el principal FR en los varones y las mujeres son más vulnerables a sus efectos nocivos. Asimismo, las personas de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables a las consecuencias negativas del consumo de alcohol (OPS, s/fb).

En el año 2010, aproximadamente el 23% de los adultos mayores de 18 años en el mundo no realizaba actividad física, de este valor un 20% correspondió a los varones

y un 27% a las mujeres. La conducta de inactividad física se presentó en porcentajes más elevados en los países de ingresos altos respecto de los bajos (OMS, 2018e).

El alcance de una alimentación equilibrada y saludable, está determinado por las características personales de los individuos, el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar residente y los hábitos de vida. Actualmente, en el mundo se consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sodio; y no son ingeridas suficientes cantidades de frutas, verduras y fibra dietética. Situación que se incrementó considerablemente con el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida (OMS, 2018f).

Datos actuales a nivel global indican que existe una tendencia al incremento del sedentarismo y la obesidad que afecta a los mayores de 17 años que presentan aumento de peso, adjudicando también la problemática en la población infantil (Tobar & Marchiori Buss, 2018).

En Argentina y Santa Fe, los resultados de las Encuestas Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2009, 2013 y 2018 registraron variaciones de los principales FR.

Tabla 1. Resultados de los principales FR en Argentina y Santa Fe según datos de las ENFR 2009, 2013 y 2018

	Argentina			Santa Fe		
Años Factores de riesgo	2009	2013	2018	2009	2013	2018 ⁴
Prevalencia de actividad física baja	54,9%	55,1%	64,9%	58,4%	52,3%	-
Consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día	4,8%	4,9%	6%	4,6%	5,7%	-
Prevalencia de utilización de sal	25,3%	17,3%	16,4%	23,8%	14,7%	-
Prevalencia de consumo de tabaco	27,1%	25,1%	22,2%	26,6%	26,5%	-
Consumo de alcohol episódico excesivo	8,9%	10,4%	-	10,4%	11,4%	-

Nota: tabla elaborada de datos extraídos de la Tercera y Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de *Ministerio de Salud de la Nación (MSAL)*, 2015-2018. Buenos Aires, Argentina.

Según los datos preliminares a nivel país de la encuesta realizada en el año 2018 se presentó una prevalencia en el consumo de tabaco del 22,2% (MSAL, 2018a). En el año 2013, el 25,1% de población mayor a 18 años indicaba consumir tabaco y en un 10,4% alcohol en forma episódica y de consumo excesivo. Según los datos de dicha encuesta nacional, el consumo de alcohol episódico excesivo se encontró incrementado en el país y en la provincia de Santa Fe en el año 2013 respecto de los datos alcanzados en la ENFR realizada en el año 2009.

⁴ La cuarta edición de ENFR 2018 publicada en 2019 presenta disponible el resumen ejecutivo que expone los primeros datos generales de los principales indicadores a nivel nacional. El informe completo se publicará en el segundo semestre de 2019.

Los registros también mostraron que la actividad física baja a nivel nacional alcanzó el 64,9% en 2018, 55,1% en 2013 y el 54,9% de inactividad presentada en el año 2009 (MSAL, 2015). Dicho indicador presentó una diferencia significativa en los resultados de las ENFR 2018 respecto de las anteriores 2009 y 2013 (MSAL, 2018a).

En relación a las conductas alimentarias a nivel nacional, en el año 2018, el 16,4% de la población mayor a 18 años indicó utilizar el agregado de sal a las comidas con un registro del 17,3% en el año 2013. Asimismo, el 6% de los encuestados en el año 2018 refirió consumir 5 o más porciones de frutas o verduras al día en relación al 4,9% en el año 2013 (MSAL, 2018a).

A diferencia de los resultados a nivel nacional en la provincia de Santa Fe en el año 2013 se presentaron porcentajes con una variación a favor de la realización de actividad física respecto de lo hallado en el año 2009 (52,3% y 58,4% respectivamente).

En el mismo año, el 14,7% de la población adulta en la provincia de Santa Fe manifestó en la encuesta agregar sal a las comidas y el 5,7% refirió consumir al menos 5 o más porciones de frutas o verduras al día (MSAL, 2015).

En las siguientes tablas se expresan los principales FR según sexo, rango etario y nivel educativo en Argentina (2013)⁵ y la provincia de Santa Fe (2009).

⁵ Los resultados disponibles de la ENFR 2013 se presentan por jurisdicciones (incluida la provincia de Santa Fe) con datos de la FR según sexo, género y nivel educativo a nivel nacional sin la desagregación para cada una de las mismas.

Tabla 2. Resultados de los principales FR de la ENFR-2013 en Argentina según sexo

Factores de riesgo	Sexo	
	Varón	Mujer
Consumo de tabaco	53,4%	56%
Consumo de alcohol episódico excesivo	17,1%	4,4%
Actividad física baja	51,8%	57,4%
Consumo de 5 porciones de frutas y verduras diarios	4,2%	5,4%
Agregado de Sal en las comidas	20,2%	14,7%

Nota: tabla elaborada de datos extraídos de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de MSAL, 2015. Buenos Aires, Argentina.

En el marco de los resultados de la ENFR en Argentina predominó el consumo de tabaco e inactividad física en las mujeres en relación a los varones. Los varones, asumieron consumir menor cantidad de frutas y verduras diarias (4,2%) y un mayor agregado de sal a las comidas (20,2%) respecto de las mujeres.

Tabla 3. Resultados de los principales FR de la ENFR-2013 en Argentina según grupos de edad

Factores de Riesgo	Grupos de edad				
	18-24 años	25-34 años	35-49 años	50-64 años	Más de 65 años
Consumo de tabaco	53,5%	53,5%	54,6%	56,2%	55,5%
Consumo de alcohol episódico excesivo	17,7%	15,6%	9,8%	5,8%	1,9%
Actividad física baja	46,3%	49%	54,2%	58,9%	67,6%
Consumo de 5 porciones de frutas y verduras diarios	3,8%	3,8%	4,5%	5,5%	7,5%
Agregado de Sal en las comidas	23,7%	22,1%	18,1%	12,3%	8,4%

Nota: tabla elaborada de datos extraídos de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de MSAL, 2015. Buenos Aires, Argentina.

En lo particular los jóvenes (18 a 34 años) presentaron un menor porcentaje de consumo de frutas y verduras (3,8%) y un elevado consumo de sal agregado a las comidas (23,7%).

Tabla 4. Resultados de los principales FR de la ENFR-2013 en Argentina, según niveles educativos

Factores de Riesgo	Nivel Educativo		
	Primario incompleto	Primario completo-secundario incompleto	Secundario completo o más
Consumo de tabaco	66,7%	58,4%	48,5%
Consumo de alcohol episódico excesivo	9,1%	11,3%	10%
Actividad física baja	63,3%	56,4%	51,9%
Consumo de 5 porciones de frutas y verduras diarios	4%	3,8%	5,8%
Agregado de Sal en las comidas	10,9%	17,4%	18,4%

Nota: tabla elaborada de datos extraídos de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de *INDEC & MSAL*, 2015. Buenos Aires, Argentina.

De acuerdo a los grupos de edad el tabaquismo tuvo mayor porcentaje de consumo en mayores de 50 años (Tabla 3) y en aquellos que presentaban nivel educativo primario incompleto (66,7%). A diferencia del hábito de consumir alcohol que se presentó con mayor frecuencia (17,7%) entre los jóvenes de 18 a 24 años de edad (Tabla 3) y aquellos que tenían un nivel educativo secundario (11,3%) (MSAL, 2015).

En la ENFR-2013, la prevalencia de exceso de peso fue de 57,9%, mientras que en 2009 el valor había sido de 53,5% lo cual muestra una tendencia creciente sostenida. A nivel nacional 6 de cada 10 personas presenta sobrepeso. Aproximadamente, el 30% de los niños en edad escolar tiene sobrepeso y el 6% obesidad, el 50% consume hasta 2 bebidas azucaradas por día y están expuestos a más de 60 publicidades diarias sobre alimentos no saludables (MSAL, s/f).

Tabla 5. Resultados de los principales FR de la ENFR-2009 en la provincia de Santa Fe según sexo

Factores de Riesgo	Sexo	
	Varón	Mujer
Consumo de tabaco	30,5%	23,3%
Consumo de alcohol	18,3%	9,8%
Actividad física baja	57, %	59,7%
Consumo de 5 porciones de frutas y verduras diarios	4,3%	4,9%
Agregado de Sal en las comidas	27,8%	20,4%

Nota: tabla elaborada de datos extraídos de la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de MSAL, 2011. Buenos Aires, Argentina.

En la provincia Santa Fe, el consumo de tabaco y alcohol predominó en los varones con el 30,5% y 18,3%, y en un 23,3% y 9,8% en las mujeres, respectivamente. De igual modo, el 4,3% de los varones manifestó en la encuesta haber consumido al menos 5 porciones de frutas y verduras diarias mientras que las mujeres lo hicieron en un 4,9%.

Tabla 6. Resultados de los principales FR de la ENFR-2009 en la provincia de Santa Fe según grupos de edad

Factores de Riesgo	Grupos de edad				
	18-24 años	25-34 años	35-49 años	50-64 años	Más de 65 años
Consumo de tabaco	29%	35,6%	27,4%	29,8%	10,1%
Consumo de alcohol	15,6%	13,3%	13,6%	15%	11,2%
Actividad física baja	55,9%	50,9%	57,6%	60,6%	67,3%
Consumo de 5 porciones de frutas y verduras diarios	2,4%	4,1%	3,6%	4,6%	8,9%
Agregado de Sal en las comidas	26,8%	30,1%	25,4%	21,4%	14,8%

Nota: tabla elaborada de datos extraídos de la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de MSAL, 2011. Buenos Aires, Argentina.

El mayor consumo de alcohol en la provincia de Santa Fe se presentó en el grupo de edades entre 18 a 24 años, y el consumo de tabaco en un 35,6% en personas entre los 25 y 34 años. Este último, se identificó con mayores porcentajes en la población que presenta un nivel educativo que no ha alcanzado a completar los estudios secundarios (Tabla 7) (MSAL, 2011).

Tabla 7. Resultados de los principales FR de la ENFR-2009 en la provincia de Santa Fe según nivel educativo

	Nivel Educativo		
	Primario incompleto	Primario completo-secundario incompleto	Secundario completo o más
Factores de Riesgo			
Consumo de tabaco	25,7%	29,2%	24,8%
Consumo de alcohol	11,2%	15,3%	13,1%
Actividad física baja	63%	62,3%	54,5%
Consumo de 5 porciones de frutas y verduras diarios	3,6%	4,5%	4,9%
Agregado de Sal en las comidas	16,1%	25,9%	23,8%

Nota: tabla elaborada de datos extraídos de la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de MSAL, 2011. Buenos Aires, Argentina.

El menor consumo de frutas y verduras diarias se encontró principalmente en los encuestados que presentaron un nivel educativo primario incompleto. La inactividad física en la misma región estuvo presente con mayores porcentajes en las mujeres (Tabla 5) y en aquellas personas que no completaron el nivel primario de educación (MSAL, 2011).

Las ENT ocupan un elevado porcentaje de muertes y representan una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo en todo el mundo (OMS, 2018g). En Argentina, la prevalencia es mayor. Santa Fe, respecto de las tasas de mortalidad nacionales por ECV y tumores, registró valores superiores y, en ambos casos, representan las primeras causas de muerte. En cuanto a la exposición sobre los principales FR de las ENT las tendencias nacional y provincial (registros años 2009 y 2013) presentaron resultados con moderadas variaciones. En Santa Fe, se destacó la baja

de la prevalencia de inactividad física, de la utilización de la sal y el alta en el consumo alcohol. A nivel nacional y provincial, los jóvenes entre 18 y 34 años presentaron mayores porcentajes de exposición a los FR, al igual que los varones respecto de las mujeres.

Los datos expuestos representan el perfil epidemiológico actual de las ENT y la estrecha relación respecto de la exposición evitable a ciertos determinantes sociales, conductuales, económicos y de educación. Asimismo, en la medida que aumenta la carga de dichas enfermedades se prevé un mayor incremento en el gasto sanitario, pérdidas de productividad de los trabajadores, limitaciones para el crecimiento económico de los países, afectando de este modo a las familias, los sistemas de salud y todos los niveles de gobierno.

Ciertas estimaciones concuerdan que en el año 2030, dichas enfermedades serán causa de pérdidas económicas acumuladas en los países de ingresos bajos y medianos. La carga de morbilidad y los costos económicos crecientes como consecuencia de la misma se encuentran en aumento siendo estos en gran parte modificables. Por ello, resulta ineludible centrarse en la reducción de los determinantes comunes y asociados a las ENT con acciones integrales que permitan controlarlas y prevenirlas. Para reorientar las políticas, los servicios, fundar ambientes más sanos, reducir la exposición al riesgo, mejorar la salud, garantizar un envejecimiento saludable y fortalecer el crecimiento económico y las perspectivas de desarrollo resulta imperioso seguir los progresos realizados y la evolución de las ENT y sus FR adoptando medidas multi e intersectoriales (OPS, 2013).

1.3 Contextualización socioeconómica y demográfica y descripción de la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe

La provincia de Santa Fe tiene una población total de 3.200.736 habitantes, lo que representa el 7,98% de habitantes al interior del país. La inclusión de Rosario en este estudio obedece a que ésta reúne alrededor del 37% de los habitantes de la provincia (INDEC, 2010).

De acuerdo a datos puntuales del Plan Estratégico (2012), la provincia consigue un valor de 0,832 de Índice de Desarrollo Humano (IDH)- (indicador promedio en las dimensiones de salud, educación y crecimiento económico), alcanzando la novena posición entre los valores del total del país.

El 9,5 % de la población en el año 2010 tuvo al menos alguna Necesidad Básica Insatisfecha (NBI)- (Gobierno de Santa Fe, 2012). El 5,9% de personas de 14 años y más en viviendas particulares en condición de actividad económicamente activa se encontraron en situación desocupada (INDEC, 2010). La proporción de personas bajo la línea de pobreza en la provincia alcanzó un 14,6% en el año 2012, de las cuales el 5,51% presentó situación de indigencia (Gobierno de Santa Fe, s/fa).

En el año 2010, el 98,2% de la población provincial mayor a 10 años se encontró alfabetizada y el 76,9% de los adolescentes de 15 a 17 años asistían a un establecimiento educativo (Gobierno de Santa Fe, 2012).

Santa Fe es la sexta provincia con mayor cobertura de salud (obra social y/o plan médico o mutual, incluyendo el Programa de Atención Médica Integral –PAMI-) del total del país. Según datos del Ministerio de Salud provincial (2011) aproximadamente un 30% de la población al momento no contaba con dicha cobertura (Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe, 2012).

La organización de la red de Salud Pública de la provincia, está compuesta por 774 efectores (Gobierno de Santa Fe, s/fb) de gestión provincial y municipales distribuidos a lo largo de la misma y articulados con diversas áreas para dar respuesta efectiva a la población.

Los efectores de salud provinciales están divididos en 3 niveles de complejidad. El 1er. nivel está compuesto por centros de salud, que tienen como objetivo sanitario garantizar la proximidad y la salud en el territorio, el 2do nivel comprende hospitales de baja y mediana complejidad y un Sistema para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCo), y el 3er nivel incluye hospitales de alta complejidad. Para garantizar la articulación entre los niveles, la red cuenta con un Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que tiene como principal función articular la prestación de servicios, enlazando los efectores y sus equipos de salud de acuerdo con las necesidades y la posibilidad de atención asistencial de cada efector; así como la respuesta oportuna y efectiva en las urgencias y emergencias sanitarias y situaciones de desastre (Gobierno de Santa Fe, s/fc).

El Ministerio de Salud de la Provincia, faculta la regionalización de los servicios de salud a través de un proceso de organización de la red de servicios a nivel territorial o local mediante la definición de áreas geográficas para atender a las necesidades sanitarias específicas, a los fines de alcanzar condiciones superiores de salud brindando accesibilidad y cobertura a la comunidad. En la red, el rol de cada efector, dispositivo o programa está determinado a través del mismo Ministerio, realizando, también, convenios de reciprocidad interjurisdiccionales e interprovinciales.

Sobre este contexto, dicha red promueve la participación social para la construcción de la salud por medio de acciones colectivas, mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula

propuestas e intenta satisfacer las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. Todo ello, con miras a promover el empoderamiento de la ciudadanía orientado a la promoción de la salud como proceso social, cultural, psicológico o político; mediante el cual los individuos y los grupos sociales tengan la capacidad de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a las necesidades socio-sanitarias (Gobierno de Santa Fe, s/fd).

A los efectos de garantizar a la población el acceso y la equidad en salud, en la década del 2000 el gobierno de la provincia de Santa Fe focalizó sus esfuerzos en servicios basados en APS y posteriormente comenzó a relevar estructuras intersectoriales cuya distinción al momento resultaba un desafío pendiente (Yavich, Báscolo, & Haggerty, 2010). Aproximadamente hace una década, la provincia emprendió la creación de estructuras de gobierno intersectoriales con el objeto de actuar sobre problemáticas complejas como la inclusión social, la violencia social y familiar, el consumo problemático de sustancias y la salud mental (Yavich, Báscolo, Gotlieb, Ceola & Fernández, 2016).

Asimismo, el Plan Estratégico provincial pretende una visión para el año 2030 fundado en el desarrollo humano y el fortalecimiento de la cohesión social. Esta visión, promueve que los ciudadanos y sus derechos adquieran mayor protagonismo, poniendo énfasis en el dominio de sus capacidades para alcanzar el desarrollo de manera integral. De este modo, el plan priorizó la promoción de los valores de solidaridad, inclusión e igualdad, y en los proyectos que dirigen los esfuerzos hacia su realización. La estrategia provincial comprende los avances de los proyectos, con su impacto en el territorio y nuevas iniciativas. La misma, está integrada por diversos proyectos, de escala provincial

y regional, distribuidos entre las líneas estratégicas a saber: territorio integrado, calidad social y economía del desarrollo, y organizados en torno a los ejes de trabajo: Santa Fe conectada y accesible; planificación y ordenamiento del territorio; calidad ambiental; Estado moderno y cercano; proyección regional e internacional; educación y salud con equidad; territorio y ciudadanía; convivencia, justicia y seguridad; Agua como derecho y oportunidad; hábitat para la inclusión; Santa Fe emprende y produce; integración de producción, ciencia y tecnología; energías para el desarrollo social y productivo; y redes para el desarrollo territorial (Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe, 2012).

1.4 Objetivos general y específicos de estudio

Esta investigación tiene por objetivo principal analizar las fortalezas y debilidades del perfil de las políticas públicas promovidas en la provincia de Santa Fe para abordar los DSS que influyen en la evolución de las ENT, entre los años 2000 a 2017. El análisis de las mismas y la evidencia en cuanto a la relevancia y el foco de las políticas públicas posibilitarán la producción de insumos gerenciales con miras a suscitar mejoras en las políticas intersectoriales y la construcción de intervenciones efectivas capaces de controlar los DSS de las ENT.

Los objetivos específicos de esta investigación son:

- Identificar las acciones propuestas por las intervenciones de acuerdo al contexto de emergencia de las ENT, desde la concepción de los representantes de las mismas y los documentos normativos que las promulgan.
- Reconocer los DSS que abordan las propuestas identificadas para el control de las ENT.
- Determinar el/los sector/es representante/s y las alianzas estratégicas impulsadas entre los mismos en el contexto de las acciones identificadas.
- Conocer los desafíos intersectoriales de las intervenciones desde la perspectiva de los actores que las representan.

Capítulo II

Equidad en salud

Los procesos de salud-enfermedad están atravesados por las circunstancias sociales. En todos los países del mundo existen grandes diferencias en cuanto al estado de salud entre los distintos grupos sociales (OMS, 2009). El interés que suscita a esta tesis es el reconocimiento de los DSS en las políticas públicas, los cuales constituyen de acuerdo a la forma que adopten una de las principales causas de las inequidades en salud. Para comprender la base de las mismas en este capítulo se desarrolla una revisión y descripción teórica de la equidad en salud, la distinción sobre aquella en materia de los servicios de atención en salud y las desigualdades en salud. También, se contextualizó a la equidad en la región de las Américas y el en nivel nacional, considerando ampliar la mirada y entender el impacto de la transición epidemiológica y los efectos y obstáculos generados en las sociedades.

2. Equidad en salud

La CDSS parte de que las desigualdades epidemiológicas tienen origen social que son sistemáticas y previsibles y en la medida en que transgreden el derecho humano a la salud se convierten en injustas (González Guzmán, 2009). Para alcanzar la equidad sanitaria se requieren oportunidades justas que permitan desarrollar el potencial de salud en el nivel más óptimo sin presentarse desventajas que limiten el alcance de la misma, cuando estas pueden ser evitables (Lobato Huerta, 2010).

La equidad en salud es multidimensional (Sen, 2002), no refiere solo a la salud ni es estructurada únicamente en la distribución de la asistencia sanitaria, o en las diferencias respecto a los ingresos y la riqueza, sino también, comprende las diversas oportunidades según factores como etnia, género, educación, ubicación geográfica, entre otros (OMS, 2011). La equidad, implica una situación ideal en la que todas las

personas alcancen un nivel óptimo de salud y ninguna se encuentre en contexto de desventaja en la medida que ello pueda evitarse (Whitehead & Dahlgren, 2010).

2.2 Inequidades y desigualdades en salud

Las inequidades sanitarias responden a las diferencias sistemáticas que pueden observarse en el estado de salud de la población (OMS, 2017e). Dichas variaciones originalmente pueden medirse en base a estadísticas de salud o datos epidemiológicos pero no todas las diferencias pueden definirse como inequidades. El término de inequidad es circunscripto bajo dimensiones éticas y morales, es por ello que, para determinar que una situación es inequitativa debería examinarse el origen y juzgarla como injusta en relación al contexto de lo que sucede con el resto de la sociedad.

Whitehead, plantea un interrogante fundado en qué diferencias de salud son inevitables y cuáles son inaceptables e injustas y, para responder a ello identifica principales factores que determinan las desigualdades en salud: a) las variaciones biológicas y naturales; b) las conductas o comportamientos que dañan la salud; c) las ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro, es decir, cuando uno de ellos adopta comportamientos de promoción de la salud (hasta que el resto tenga también los medios para hacerlo y ponerse en el mismo nivel); d) comportamientos que dañan a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido; e) exposición a condiciones no saludables, estrés laboral y en la vida diaria f) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos y, g) selección natural o movilidad social relacionada con la salud (incluye la tendencia de las personas enfermas a descender en la escala social).

Entre todos los factores mencionados, la autora distingue que resultan prevenibles e injustos los últimos cuatro. A los efectos de clarificar dicha distinción, si

nos detuviéramos en la categoría biológica precisamente en la variación entre varones y mujeres, un ejemplo puntual podría ser la mala salud en el sexo femenino como consecuencia de una mayor incidencia de osteoporosis en relación a los varones del mismo rango etario, lo cual sería atribuible a diferencias biológicas entre ambos sexos y no a ciertas injusticias sociales o ambientales. En cambio, otro ejemplo, es si se presentaran diferencias en salud resultantes a la falta de recursos, es decir, aquellos grupos sociales con niveles socioeconómicos desfavorecidos que no tienen la posibilidad de elegir o acceder a viviendas adecuadas, tareas laborales seguras, dietas nutritivas (dietas insanas por limitaciones en los ingresos o redes inadecuadas de distribución de alimentos) o la realización de actividad física (como ser falta de instalaciones de recreación, escasez de ingresos), entre otras; se establecerían diferencias injustas y comportamientos personales que podrían afectar la salud debido a consideraciones socioeconómicas y ambientales. También, ciertos sectores de la población podrían optar por no acceder a un determinado servicio de salud debido, por ejemplo, a creencias religiosas lo cual no se trataría de un factor injusto. Los causantes de las diferencias en salud corresponden principalmente a las condiciones socioeconómicas y ambientales incluyendo a los estilos de vida, que no son excluyentes y entre todos ellos pueden interactuar (Whitehead, 1991).

Sobre esta línea, Whitehead desarrolla el concepto de equidad utilizando las concepciones de desigualdad e inequidad. Al primer término lo conceptualiza como aquellas diferencias sistemáticas, inevitables y pertinentes entre los individuos de una población mientras que, a la inequidad la refiere como la existencia de variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas. Sobre esto último, la autora hace mención a que la equidad no es sinónimo de que todas personas deban tener el mismo nivel de salud y de acceder y consumir la misma cantidad de servicios y/o recursos, sino

que deban considerarse las necesidades de y para cada uno de los individuos. Esta concepción, clarifica que toda inequidad es una desigualdad pero no toda desigualdad es una inequidad, por lo que esta última es una desigualdad injusta y potencialmente evitable (Linares-Pérez & López Arellano, 2008; Whitehead, 1991). De este modo, la inequidad genera la desigualdad que es la característica observable y medible, pero para comprenderla hay que identificar la inequidad que la está produciendo. Esta distinción es muy importante porque si el análisis se quedase sólo a nivel de la desigualdad, se reduciría el enfoque de sus determinantes. La inequidad da cuenta de la esencia del problema, es la injusticia produciendo desigualdades. Entonces, las desigualdades se miden, las inequidades se juzgan (González Guzmán, 2009).

Siguiendo los planteamientos de Margaret Whitehead y Göran Dahlgren, la CDSS define a las inequidades sanitarias como aquellas consecuencias negativas sobre la salud relacionadas a las desigualdades socioeconómicas y no solo causas biológicas, que son previsibles y pueden controlarse (Fortune, Salgado de Snyder, Cassanha Galvao & Murphy, 2017). Las inequidades en salud están fundadas principalmente en dos aspectos; por un lado, el aumento de las desigualdades sociales entre países, regiones y al interior de los mismos, entre grupos y estratos sociales y, por otra parte, de acuerdo a la teoría del gradiente social de salud. Sobre esta última, las condiciones de salud en todas las sociedades tienen una definición relativamente inversa a la estructura social. Es decir, que mientras desciende el posicionamiento en relación a la estructura social, aumenta la prevalencia de ciertos problemas de salud (Álvarez Castaño, 2009).

La existencia de un gradiente social de la salud implica que las inequidades sanitarias afecten a todos los niveles económicos. La OMS, lo ejemplifica considerando las tasas de mortalidad en los menores de 5 años en función de los niveles riqueza, a partir de las cuales puede observarse que al interior de un mismo país la relación entre el

nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente. De este modo, las tasas de mortalidad en los menores de 5 años son más altas en aquellos que tienen un nivel socioeconómico bajo respecto de los que presentan ingresos mayores y, estos a su vez, (población del segundo quintil de riqueza) tienen tasas más elevadas de mortalidad respecto de las del mayor quintil (OMS, s/fb).

El impacto del gradiente social en la salud se expresa en ocasiones como un déficit de salud; así como el número de vidas que se habrían salvado si todos los grupos de la sociedad tuvieran el acceso al mismo nivel de salud que tiene la población más favorecida. Estudios de la CDSS constataron la existencia de gradientes socio-sanitarios al interior de países de bajos y altos ingresos, entre ellos: Australia presenta una esperanza de vida de los aborígenes varones 17 años menor que la de cualquier otro varón australiano. En Indonesia, la mortalidad materna es superior entre los que tienen menores ingresos económicos que los de altos niveles y en el Reino Unido se presenta una mayor mortalidad en los adultos de los barrios más pobres respecto de aquellos que viven en una mejor situación económica. Otras apreciaciones de la CDSS, muestran que en Bolivia un bebé de una mujer no instruida tiene mayor probabilidad de morir respecto de aquel de una madre que haya cursado por lo menos la enseñanza secundaria (OMS, 2008). También, en Europa la valoración de la salud en diversas poblaciones ha demostrado que la mortalidad de la población aumenta linealmente a medida que disminuye el grado de ventaja social. Esto ocurre tanto, si la desventaja social es calculada por las características de los individuos como por la educación, el empleo o la clase social o el nivel socioeconómico en el que viven (Whitehead & Dahlgren, 2010).

Otros datos proporcionados por la CDSS revelaron las inequidades sanitarias producidas entre los países, por ejemplo: en Japón la esperanza de vida al nacer de las mujeres es de 86 años la cual duplica a las mujeres que nacen en Zambia (43 años) y en

Islandia la tasa de mortalidad infantil es de 2 por 1.000 nacidos vivos mientras que, en Mozambique corresponden a más de 120. Asimismo, el riesgo de muerte materna es de sólo 1 por cada 17.400 partos en Suecia y de 1 por cada 8 en el Afganistán (OMS, s/fb). A pesar de lo expresado en estos datos, se demostró que aunque se produzca un crecimiento económico en los países, el aumento de la riqueza por sí solo, no precisamente será quién mejore la situación sanitaria de los países. Es decir, si los beneficios no se distribuyen en forma equitativa, el crecimiento de un país puede ser el agravante de las inequidades sanitarias (OMS, 2008).

Amartya Sen, en su escrito ¿Qué es la equidad en salud?, ilustra un claro ejemplo de ello, refiriéndose a que los grupos de personas A y B tienen exactamente las mismas predisposiciones desde el punto de vista de la salud, como ser cierta exposición a padecer una enfermedad dolorosa. En dicho ejemplo, el grupo A presenta un nivel de ingreso económico alto y logra sanar o suprimir íntegramente la enfermedad con la realización de un tratamiento médico costoso, mientras que B es un grupo de bajos recursos económicos y no puede costear los gastos de ese tratamiento, por lo que sufre la dolencia de la enfermedad, presentándose una visible desigualdad en la salud en ambos grupos. Sobre este ejemplo, el autor indica que, si no se aceptara que el grupo A reciba un tratamiento privilegiado, se podría argumentar que también se presenta inequidad en salud, revelándose así la importancia en la distribución de los recursos utilizados de tal manera que permitan proporcionar a los dos grupos la misma posibilidad de obtener la curación por medio de algún mecanismo probabilístico (Sen, 2002).

2.3 Inequidades en salud en la región de las Américas y Argentina

En los últimos años, la riqueza, la tecnología y los niveles de vida aumentaron considerablemente en la escala mundial. Lo fundamental de estos resultados está en la manera en que ese incremento se utiliza para distribuir en forma justa (especialmente en los países de ingresos bajos) los servicios y el desarrollo institucional (OMS, 2008).

América Latina y el Caribe, a pesar de la búsqueda y del desarrollo de programas para actuar contra las inequidades sociales y en salud, conforman la región que presenta la menor equidad y el mayor grado de desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios sanitarios (Linares-Pérez & López Arellano, 2008). Al respecto, ciertos indicadores de salud en América Latina mostraron que si bien se alcanzaron mejorías a favor de los diferentes determinantes y factores sociales, culturales y tecnológicos, mayor disponibilidad y acceso a los servicios y programas de salud, la misma no ha sido igual para todos los países (Alleyne, Castillo-Salgado, Schneider, Mujica, Loyola & Vidaurre, 2001).

Un estudio que analizó las inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe determinó que las situaciones más desfavorables respecto a la salud de sus poblaciones se presentaron en: Haití, Guatemala, Bolivia, Venezuela y Honduras; mientras que en Cuba, Argentina, Uruguay, Chile y México tuvieron mejoras en los indicadores en tal sentido (Cardona, Acosta, & Bertone, 2013). Otra revisión de estudios realizados en Brasil y Chile que evaluaron el impacto de la mortalidad de las ECV y su relación con las condiciones socioeconómicas (el primero en el contexto de zonas urbanas y el otro en diferentes regiones), mostraron una asociación significativa entre el riesgo de mortalidad por dichas enfermedades y los niveles socioeconómicos desfavorables. En el caso de Brasil, el estudio realizado en el contexto de zonas urbanas reveló que en los barrios con mejores condiciones socioeconómicas el nivel de

mortalidad por ECV fue significativamente menor que el resto (Fleischer & Diez Roux, 2013; Nogueira, Ribeiro & Cruz, 2009). En Chile, el estudio determinó que el riesgo de muerte por ACV se encontró asociado a la edad avanzada, el sexo femenino y el mayor riesgo en las regiones que presentan niveles socioeconómicos bajos (Lavados, Díaz, Jadue, Olavarria, Cárcamo, & Delgado, 2011). La misma situación no escapa a otros países por fuera de la región, como: Australia, España y Suecia, en la que diversos estudios constataron mortalidad por ECV asociadas a las desigualdades sociales (Nogueira, Ribeiro & Cruz, 2009).

Particularmente en Argentina, un estudio de correlación entre distintas enfermedades (específicamente las cardiovasculares, respiratorias crónicas y neoplasma), y las desigualdades socioeconómicas en la ciudad de Buenos Aires, expuso que existe evidencia clara sobre la relación entre desventaja socioeconómica y el riesgo de mortalidad. Los resultados de la investigación exhibieron que el patrón de desventaja socioeconómica estuvo presente en múltiples causas de muerte (entre las principales las ECV) presentándose un papel dominante de las desigualdades sociales en la configuración de la vida y de mortalidad dentro de las grandes ciudades (Roux, Franklin, Alazraqui, & Spinelli, 2007).

Las inequidades en salud en la región de las Américas, también, se encontraron reflejadas en la transición epidemiológica. Por un lado, se presentó una carga exacerbada en ciertos grupos de la población particularmente afectados por las ENT o en aquellos que presentaban un mayor riesgo de padecer dichas enfermedades (Por ejemplo: diabetes, ECV, entre otras); con aquellas relacionadas con la migración y el desplazamiento de las zonas rurales a las urbanas; y la vulnerabilidad de exposición a situaciones de violencia, accidentes y lesiones. También, aún persisten en la región

ciertos grupos de la población en la región afectados por enfermedades relacionadas a la salud materna infantil.

En toda la región de las Américas, la exclusión social y las constantes inequidades en la distribución de la riqueza y en salud, constituyen los principales obstáculos para el desarrollo humano y, estos a su vez, generan dificultades en las estrategias de acción contra la pobreza y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, en suma, a la discriminación por razón de género y raza que agravan aún más la situación en la región (OPS, 2012b).

2.4 Equidad en la atención en salud

La asistencia sanitaria cuenta de posibles desigualdades en el acceso a la salud y la reducción de las mismas constituye una preocupación prioritaria y actual para las organizaciones internacionales (Urbanos-Garrido, 2016).

La equidad en la atención de la salud se define como el acceso a la atención disponible para igual necesidad, a la utilización para la misma necesidad y a la calidad de atención en salud para todos. Esto supone el mismo derecho de acceso a los servicios disponibles, a una distribución justa basada en las necesidades de atención sanitaria y a la eliminación de las barreras que limitan el acceso (Whitehead, 1991).

Como concepto multifacético la equidad en la atención de la salud implica una organización justa que permite la igualdad en el acceso geográfico, económico y cultural a los servicios de salud utilizables para todas las personas con igual necesidad de asistencia.

La equidad en la salud y la asistencia sanitaria presentan objetivos diferentes. La primera tiene por principal objetivo la eliminación de todas las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre grupos socioeconómicos fundada en la justicia social y, la

segunda, sobre la perfecta adaptación de los servicios sanitarios de acuerdo a las necesidades (Whitehead & Dahlgren, 2010).

La OMS, define a la equidad en la atención a la salud como la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, la manera en que los servicios son recibidos por la población y, el modo en que los mismos son costeados (Linares-Pérez & López Arellano, 2008). La amplitud en la perspectiva de este concepto incluye desde la igualdad en el derecho a la protección de la salud hasta la paridad en la obtención de una atención sanitaria efectiva y de calidad. Pese a ello, la garantía de la equidad no implica necesariamente que toda la población deba tener acceso a todos los servicios de salud en todo momento sino que, dependerá de las prestaciones pretendidas en cada país y diferir entre los mismos de acuerdo a los criterios de definición considerando el principio de equidad en el acceso en el contexto de dichos servicios (con especial atención a las poblaciones mayormente vulnerables) (Urbanos-Garrido, 2016).

Frenk (1985) refirió que cuando se expresa que algo es accesible tiene el mismo peso que hacer mención a que está por fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y alcanzarlo. Siguiendo el análisis de Frenk, la disponibilidad no implica utilización de los servicios de salud, para producir y hacer uso de los mismos, sino que hay una serie de fenómenos intermedios entre los beneficiarios y los servicios, que pueden obstaculizar o limitar la posibilidad de lograr la atención necesaria. Entre los obstáculos menciona a los ecológicos (localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de distancias y tiempos de transporte), los financieros (precios) y los organizativos (forma en la que se organizan los recursos y las características organizativas que interfieren el contacto con los servicios y con la recepción oportuna de atención al interior del sistema) (Frenk, 2014).

En el sentido de lo mencionado, resulta valorable la función de servicios sanitarios para el alcance de la salud de las poblaciones. También, la relevancia que tiene contextualizar con estudios sistemáticos y objetivos de las desigualdades (de género, socioeconómicas, geográficas, etc.) desde una perspectiva integral, que incluya el análisis de problemas de salud y colectivos que presentan vulnerabilidad de exposición y la evaluación del impacto en la equidad de todas las iniciativas que se pongan en marcha (Urbanos-Garrido, 2016). Por lo tanto, la visión desde el enfoque de los servicios de salud hacia uno de resultados de salud, implica identificar y conocer que las poblaciones no enferman por azar, sino en relación a sus contextos de vida, de trabajo, social y político, y también por factores biológicos y los ambientales que están distribuidos en forma desigual en la población (OPS, 1999).

En América Latina y el Caribe, son notorias las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y las mismas persisten no sólo entre diferentes grupos sociales, sino también entre regiones geográficas en un mismo país y entre los mismos. Un estudio realizado en países de la región (Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México y Perú) mostró que las desigualdades incluyen diferencias a favor de la población que presenta altos niveles socioeconómicos tanto en la oferta de servicios como de profesionales y en el acceso a los mismos. Entre los resultados del estudio, también se exhibe que las desigualdades son mayores en el acceso a cuidados preventivos respecto de la asistencia sanitaria y se presentan también significativas diferencias en el tipo de servicios utilizados por los diferentes grupos sociales: centros de salud y hospitales públicos son más requeridos por la población de bajos recursos (Suárez-Berenguela, 2000; Almeida, 2002).

Particularmente en Argentina, el sector sanitario es caracterizado por su segmentación (OPS, 2011). El sistema de salud está compuesto por los sub-sectores

público, privado y del seguro social y está fragmentado en 3 niveles: de cobertura (cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo); regulatoria (las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en las diversas jurisdicciones y subsectores); y territorial (con marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas regiones de la nación). Con ello, la multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva resulta un obstáculo que no es insuperable para lograr un sistema más integrado y equitativo (OPS, 2017a).

La equidad en la atención de salud es condición necesaria y estratégica para el acceso universal según necesidades y posibilidades, con miras asegurar la integralidad del cuidado progresivo que se requiera de acuerdo a la problemática sanitaria que se presente; es el sistema de atención quién tiene el rol preponderante de promover el más óptimo estado de salud posible focalizado hacia la satisfacción individual y social considerando la calidad y formas del abordaje (Pérez Maza, 2007).

Capítulo III

Determinantes Sociales de la Salud

El alcance de la equidad en salud implica modificar la distribución subyacente y principalmente el rol que cumplen los DSS. Para comprender y situarse en contextos complejos en términos de cuidar y promover la salud de las poblaciones, resulta fundamental conocer los DSS que operan de manera significativa en los procesos de salud-enfermedad.

En este capítulo se desarrollan los diversos modelos teóricos que a lo largo de la historia dieron lugar al reconocimiento de los DSS, constituyendo de este modo un instrumento conceptual esencial que permitirá ahondar y explicar las inequidades y configurar el entendimiento sobre la relevancia que implica su abordaje. En esta investigación, por su complejidad, se amplía el marco conceptual de los DSS de la CDSS, utilizado como referencial teórico para el análisis de las intervenciones.

3. Determinantes Sociales de la Salud

La OMS define a los DSS como aquellas condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen dentro de las cuales incluye al sistema de salud. A su vez, estas circunstancias resultan de la distribución del dinero, el poder y los recursos a escala mundial, nacional y local que, también, dependen de las políticas generadas e implementadas (OMS, s/fc).

Gran parte de la concepción de la salud en la práctica comúnmente se presenta en torno a los estilos de vida individuales (hábito de fumar, consumir alcohol, sedentarismo) y a la genética (la posibilidad de poseer genes específicos que podrían conducir al desarrollo de ciertas enfermedades o exponer a un riesgo más alto en comparación con otras personas). Desde este punto de vista, la salud no comprendería más que una experimentación a nivel del individuo y podría estar circunscripta sólo en una preocupación fundamentada únicamente en que el individuo es quien padece la

enfermedad y debe someterse a tratamientos como ser, por ejemplo, la realización de diálisis renal o sufrir la muerte prematura a causa de una cardiopatía. De este modo, esta representación no tiene en cuenta otros aspectos como el poder y la equidad. Es por ello que, la salud no es solo el resultado de las elecciones del individuo sino también es el reflejo del poder social. Los antecedentes han demostrado que las disparidades sociales trazan las desigualdades en la salud, y por tanto, las probabilidades de vivir más años y de alcanzar vidas sanas también dependen de la posición dentro de la jerarquía social (De Maio, 2010).

De este modo, la determinación social de la salud puede ser comprendida a partir de dos nociones básicas: reconocer que los procesos de salud- enfermedad son fenómenos biológicos y sociales y, distinguir las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas (Eslava-Castañeda, 2017).

3.1 Evolución histórica del enfoque social en salud

A lo largo de la historia resultaron diversas perspectivas y modelos sobre los DSS. En principio, las investigaciones europeas referían y vinculaban la determinación de las enfermedades con el desarrollo de las tareas laborales. Bernardino Ramazzini (1713), estableció que las condiciones de vida y trabajo tenían estrecha relación con las enfermedades, en tal sentido comenzó a instaurar la relevancia del contexto social como origen de las mismas. En su tratado, describió las perspectivas históricas de los diversos trabajos y profesiones, ocupándose de las enfermedades provocadas por las mismas, manifestando de este modo propuestas de protección y tratamiento.

Con el advenimiento de la revolución industrial, durante el siglo XVIII y el XIX Médicos precursores de la salud pública como Louis René Villermé (1782-1863), Edwin Chadwick (1800-1890) y Rudolf Virchow (1821-1902), fundaron sus estudios en

las condiciones de salud de los trabajadores y sus familias. El higienista francés Villermé, estudió el estado de salud de la población en distintos barrios de París y reconoció una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y la salud de sus residentes. Villermé, reveló que quienes vivían en la pobreza tenían mayores tasas de mortalidad y sus hijos presentaban mayor predisposición a padecer enfermedades y discapacidades.

En la misma línea, en Gran Bretaña, el informe Chadwick expuso diferencias entre las tasas de mortalidad y edades de la población de acuerdo al estrato social, las mismas principalmente atribuidas a las condiciones insalubres prevalecientes (Cardona, 2005; Santos Padrón, 2011). Chadwick, aseveraba que mientras se presenten influencias negativas del medioambiente exterior (Por ejemplo: viviendas sin aire y luz suficientes, escasas de agua potable y desagüe, entre otros) su salud sería perjudicada y la vida acortada (Villar Aguirre, 2011).

De igual manera, Virchow médico y político alemán considerado uno de los padres de la medicina social, tras estudiar la epidemia de Tifus en Silesia, concluyó que determinados factores físico-ambientales se encontraban asociados a la misma, reconociendo que debían mejorarse las condiciones sociales de las poblaciones afectadas con el objeto de controlar y prevenir la epidemia (Lip & Rocabado, 2005; Santos Padrón, 2011).

Como consecuencia de estos modelos y otras recomendaciones, los gobiernos de Europa y particularmente Norteamérica, comprendieron la importancia de abordar los factores socioeconómicos en términos de influir sobre las condiciones laborales y de vida de sus poblaciones. Tal es así que, que a partir de ello, se iniciaron servicios de salud pública, denominados “sanidad e higiene pública”. Esta última, centralizada en acciones de gobierno dirigidas al medioambiente y a la colectividad a los fines de

proteger la salud poblacional; situación que conllevó al entendimiento sobre la influencia de los factores políticos como determinante de la salud de la población. Como resultado de ello, se obtuvieron notables mejoras sanitarias a favor de una disminución de enfermedades infecciosas, a pesar de que aún no se encontraban disponibles ciertos tratamientos farmacológicos como, por ejemplo: los antibióticos (Villar Aguirre, 2011).

Con el advenimiento de la Salud Pública, Winslow (1920) la conceptualizó como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad. Dicho esfuerzo, sostenido en el alcance del saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles; la educación de los individuos en los principios de la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguraran a todas las personas un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Winslow, 1920; Villar Aguirre, 2011).

La contundencia de los hallazgos alcanzados por los investigadores antes mencionados no fue suficiente para mantener el interés de la relación plasmada entre la situación de salud de las poblaciones y la determinación social con la llegada de los descubrimientos microbiológicos. Esta situación, dio comienzo al formidable progreso de la medicina fundada en teorías individualistas de enfoque biológico y uni-causal y, principalmente centradas en las enfermedades infecciosas. En este contexto, se pospusieron las investigaciones en materia de relaciones causales entre las condiciones de la sociedad y la enfermedad (Lip & Rocabado, 2005; Santos Padrón, 2011) hasta las décadas de 1970 y 1980 en las que se produjo un imperioso giro nuevamente a favor del enfoque social de la salud.

Marc Lalonde en las Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses (1974) agrupó a los condicionantes de la salud en cuatro campos: la biología humana (aspectos genéticos y con la edad de las personas), el medioambiente (factores ambientales, físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común), los estilos de vida (hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, entre otros) y la organización de los servicios de salud (calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones). Las perspectivas de Lalonde marcaron uno de los hitos más importantes de la Salud Pública, las relaciones y los condicionantes acercaron el conocimiento de los procesos sociales que impactan en la salud y la equidad (Frenz, 2005; Villar Aguirre, 2011).

Alan Dever, analizó que para prevenir o detener los procesos de la enfermedad, debía fragmentarse el campo de la salud en elementos sustentados en modelos epidemiológicos amplios y completos (que incluyeran todos los asuntos que afectan la salud) (Dever, 1976).

El reconocimiento de la determinación social de la salud no fue ajeno en la constitución de la OMS (1948). Durante la segunda mitad del siglo XX las más importantes discusiones en torno a la salud pública estuvieron reunidas en las conferencias sobre promoción de la salud lideradas por dicha organización (Mejía Ortega, 2013). En 1978, la Declaración de Alma Ata promovió el concepto APS basado en la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de la atención en salud, primando las acciones de prevención y promoción de la salud (Villar Aguirre, 2011). En la misma, se reconoció a la salud como un objetivo social prioritario que

requiere la acción de actores sociales, políticos y económicos para superar las desigualdades sanitarias existentes entre los países y al interior de los mismos. Con ello, a pesar de no conceptualizar específicamente los DSS, los contenidos sociales, económicos, éticos y políticos, al momento aspiraban la transformación de las estructuras sociales a los efectos de alcanzar la salud para todos, considerando que las adecuadas condiciones de vida garantizaran la atención integral, la educación en salud, adecuada nutrición, agua potable y saneamiento, participación comunitaria en salud y la concurrencia de otros sectores del desarrollo social (Mejía Ortega, 2013).

La Carta de Ottawa de 1986 declara a la promoción de la salud como el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Villar Aguirre, 2011). En esta Declaración se afirmó que para alcanzar adecuadas condiciones de salud y bienestar físico, mental y social, los individuos y los grupos deben ser capaces de identificar y realizar sus ambiciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medioambiente (Mejía Ortega, 2013). La Carta ratificó que la promoción de la salud trasciende, es decir, se incluyen determinantes fundamentales que protegen la salud, entre ellos: la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social, la paz y equidad (Villar Aguirre, 2011). De este modo, también, la salud fue concebida como el principal recurso para alcanzar el progreso personal, económico y social. En dicha Declaración, se reconoce a los DSS al señalar que los factores biológicos, políticos, económicos, sociales, culturales, de conducta y del medio ambiente pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud (Mejía Ortega, 2013).

Otras Conferencias y Declaraciones de la OMS (Adelaida en 1988 y Sundsvall en 1991), reafirmaron los contenidos de Alma Ata y de la Carta Ottawa y ratificaron la justicia social y la equidad como condiciones para la salud.

Con una visión más amplia de los DSS, Dahlgren y Whitehead (1991) trazaron diferentes niveles que representan la influencia y las interacciones entre los diversos factores que establecen las condiciones de salud de la población y explicaron como dichas relaciones son reflejadas en las desigualdades sanitarias. El modelo expone diferentes capas que presentan las condiciones causales que van desde lo individual a las comunidades; desde las políticas de salud y las interacciones entre los diversos factores y con ello el resultado de las desigualdades sociales en salud (Dahlgren, & Whitehead, 1991).

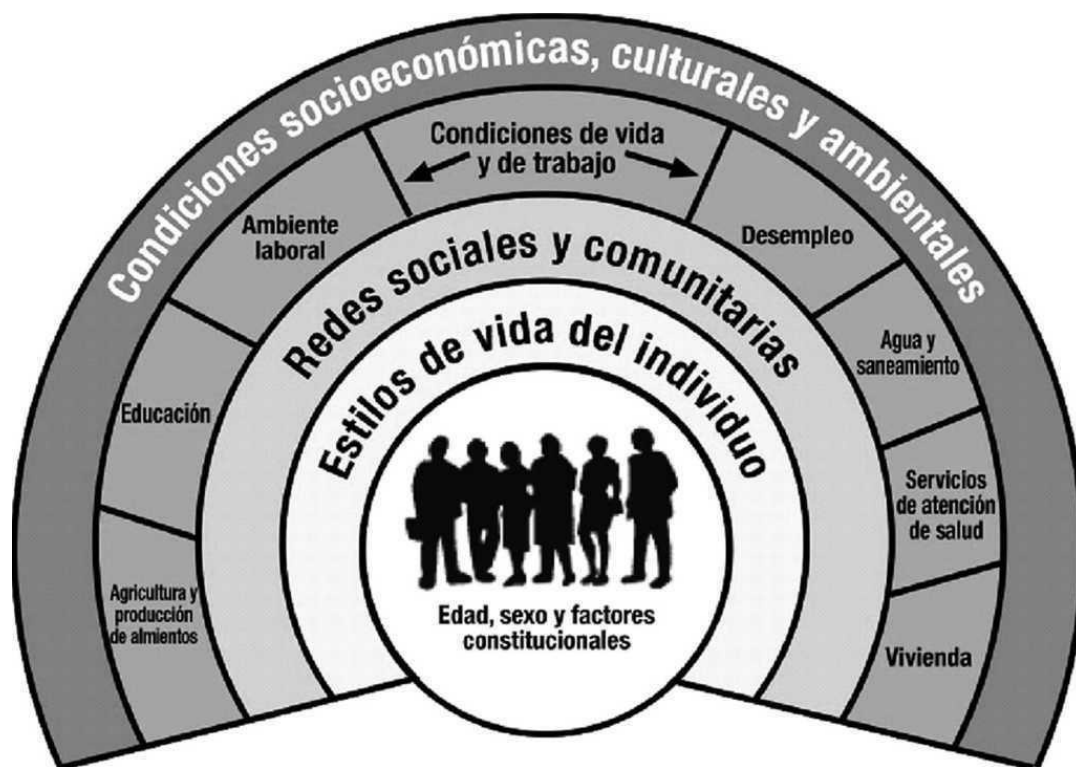


Figura 1. Modelo de determinantes de la salud según Dahlgren y Whitehead. De Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: World Health Organisation.

La figura que representa el modelo de Dahlgren y Whitehead, exhibe en el centro la exposición de los individuos a ciertos factores como: la edad, el sexo, entre otros. Los mismos, pueden estar implicados en la producción de diversos problemas de

salud, por ejemplo: cardiovasculares, metabólicos, neoplásicos, cognitivos y conductuales. Es decir, son aquellos factores que predisponen o confieren resistencia a la enfermedad y no son modificables.

En el siguiente nivel, se presentan las conductas y estilos de vida de los individuos, sus creencias, valores y su actitud frente al riesgo como así, también, el manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias expositivas. Las conductas y los estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen. Ciertas exposiciones al tabaquismo, la desnutrición, el alcoholismo, la violencia y los accidentes, son condicionadas por determinantes a gran escala como el nivel de acceso a la educación, empleo, vivienda, la equidad de la distribución del ingreso económico, entre otros. Una vivienda apropiada, el acceso al empleo, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, y el acceso a oportunidades educacionales equitativas, la calidad y la posibilidad de poner en práctica las habilidades aprendidas también son factores de gran transcendencia sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población. De acuerdo con ello, hace mención a las influencias sociales y los indicadores de la organización de la comunidad que, de acuerdo a su forma intervendrán en los comportamientos de las personas en forma positiva o negativa. Si se presentan exposición a riesgos laborales, condiciones estresantes y limitaciones en el acceso a los servicios se expone a mayores riesgos a las personas socialmente perjudicadas. Dicho de otra manera, el nivel de vida alcanzado en una sociedad puede ser influyente del acceso a una vivienda, al trabajo, como, así también, a la adquisición de ciertos hábitos (Por ejemplo: hábitos alimenticios y de consumo de alcohol). Asimismo, la cultura y la etnia pueden influir en el modelo de vida y posición socioeconómica.

La capa superior del modelo de Dahlgren y Whitehead determina las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad en su conjunto, así como las condiciones laborales y la situación económica al interior de cada país. Esta capa tiene una fuerte influencia en todos los niveles antes mencionados. Estas condiciones están fundamentalmente asociadas con las prioridades políticas, decisiones de gobierno y formas de tratamiento de la agenda social. En este nivel, las estrategias de lucha contra la pobreza y de promoción del crecimiento económico, las oportunidades para la construcción de ciudadanía, generación de empleo, seguridad social, subsidio para vivienda y alimentación, cobertura universal de educación y salud y las condiciones de seguridad, calidad y sostenibilidad del ambiente entre otros DSS, ejercen profundos efectos sobre el estado de salud de la población (Dahlgren & Whitehead, 1991; González, Moreno Gelis, Cruz, Figueroa, Hernández & Pérez, 2012; OPS, 2005).

Hacia fines de la década de los 90, la Declaración de Yakarta propuso estrategias para promover la salud en el siglo XXI. En la misma, se manifestó a la salud como un derecho humano indispensable para el desarrollo social y económico, y a la promoción de la salud como un elemento necesario para el alcance de la misma. En esta Declaración se identificó como principales desafíos a la urbanización, el aumento del número de adultos mayores, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, el incremento de hábitos de vida sedentarios, la resistencia a los antibióticos, la expansión del consumo y abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y la salud mental, entre otros. Para responder a ello, consideró indispensable que la promoción de la salud evolucionara para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud. En este marco, se propuso avanzar en nuevas respuestas para un abordaje integral y el desarrollo óptimo de la salud de las poblaciones con la creación de nuevas alianzas estratégicas entre las organizaciones

gubernamentales y no gubernamentales y entre los sectores públicos y privados, considerando fundamental la cooperación (Declaración de Yakarta, 1997).

Sobre la base de la Declaración de Yakarta, en el 2000 se llevó a cabo en México otra Conferencia de promoción de la salud. Esta última, a los efectos de alcanzar la mayor equidad sanitaria, reconoció la urgencia de abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud ratificando que la promoción de la salud debe ser uno de los componentes fundamentales de las políticas y programas de salud en todos los países, mediante la reorientación de los sistemas y la acción intersectorial (Mejía Ortega, 2013; OPS, 2000).

En las Declaraciones y Conferencias internacionales de la OMS está explícita la importancia del reconocimiento de los DSS. Situación que se ha posicionado en la superación del enfoque biológico y singular de la salud y en efecto, en la transformación de las estructuras económicas y políticas para superar las desigualdades sociales y de la salud en las poblaciones (Mejía Ortega, 2013).

En el año 2001, Diderichsen, Evans y Whitehead concentraron la mirada en la estratificación social, es decir, contemplaron la manera en que las sociedades se organizan en las diversas posiciones sociales y cómo estas determinan las oportunidades en salud. Los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen el poder y la riqueza, por ejemplo: el sistema educativo, las políticas laborales y económicas, las normas de género y el tipo de organización de Estado. De este modo, la estratificación social define la diferencia de la exposición a condiciones perjudiciales para la salud y modela distintas vulnerabilidades en la población. El efecto social hace referencia al impacto diferencial que un proceso de salud determinado puede tener en una persona o un grupo de personas debido a las circunstancias socioeconómicas y de

posición social (Vega, Solar, & Irwin, 2005; González, Moreno Gelis, Cruz, Figueroa, Hernández & Pérez, 2012).

Los diversos modelos y perspectivas expusieron una contribución importante en cuanto a los DSS, sin embargo, hasta aquí quedaba pendiente profundizar y complejizar aún más los mecanismos por los cuales los DSS generan las inequidades de salud, cómo se relacionan entre sí y cuáles son los puntos de acceso de implementación de políticas para accionar efectivamente sobre los mismos (De la Torre-Ugarte-Guanilo, & Oyola-García, 2014).

En respuesta a ello y a la creciente preocupación suscitada por las inequidades persistentes, en la Asamblea Mundial de la Salud (2004) Lee Jong-wook (por entonces Director General de la OMS), anunció su intención de crear una Comisión de los determinantes sociales, en el marco de los compromisos asumidos con la equidad en salud, la justicia social, como un componente clave de la agenda mundial y afirmó que las intervenciones dirigidas a reducir las enfermedades y salvar vidas solo tendrán éxito cuando se tomen en cuenta y adecuadamente los DSS (Solar & Irwin 2010). En el año 2005, la OMS crea la CDSS a los fines de impulsar estrategias capaces de establecer medidas efectivas sobre los DSS.

El marco de acción de la CDSS se estableció sustancialmente en las contribuciones de varios de los investigadores y modelos mencionados. Este marco se propuso cubrir la dinámica de la estratificación social a partir del modelo de la producción social de las enfermedades desarrollado por Diderichsen Evans y Whitehead (Solar & Irwin, 2010).

El marco conceptual de la Comisión, explica la perspectiva de los DSS en torno a una base conceptual que los divide en las circunstancias en las que transcurre la vida de las personas, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen

sobre las condiciones de la vida de las personas. Dicha perspectiva, procura mejorar las condiciones de vida cotidiana, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y medir y analizar la problemática (OMS, s/fc).

En relación a todo lo expuesto, los diferentes modelos explicitaron las bases del enfoque social de la salud a lo largo de un proceso histórico y, a partir del cual se ha complejizado la perspectiva de los DSS con acuerdos en que los mismos corresponden a complejas redes de factores interrelacionados.

3.2 Marco conceptual de los DSS de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

El desarrollo conceptual del marco impulsado por CDSS fue elaborado para proveer una mayor comprensión en el reconocimiento de los DSS y la información relevante para la planificación y la toma de decisiones efectivas (Solar & Irwin, 2010; De la Torre-Ugarte-Guanilo, & Oyola-García, 2014).

Este marco conceptual agrupa dos grandes determinantes de salud organizados en forma práctica para una mayor y mejor comprensión sobre los aspectos que establecen los procesos de salud-enfermedad. Estos grupos incluyen elementos y mecanismos íntimamente relacionados con la organización de la sociedad: los determinantes estructurales y los intermedios (Solar & Irwin, 2010; De la Torre-Ugarte-Guanilo, & Oyola-García, 2014). El primer grupo está constituido por los aspectos estructurales que dan forma a las jerarquías sociales que determinan y son la causa fundamental de las inequidades en la salud. Es decir, por aquellos determinantes que pueden exponer a los grupos sociales a una mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, por el contrario, obtener mayores y mejores oportunidades para proteger, mantener o recuperar la salud, situación que dependerá de la posición social y el acceso

a los recursos materiales, educacionales, sociales, entre otros. El otro grupo del marco incluye a las condiciones materiales en que las personas viven y se desenvuelven, las circunstancias psicosociales, los factores comportamentales o conductuales y el sistema de salud.

Ambos grupos de determinantes (estructurales e intermedios) están atravesados por la cohesión social (relaciones de cooperación entre ciudadanos e instituciones).

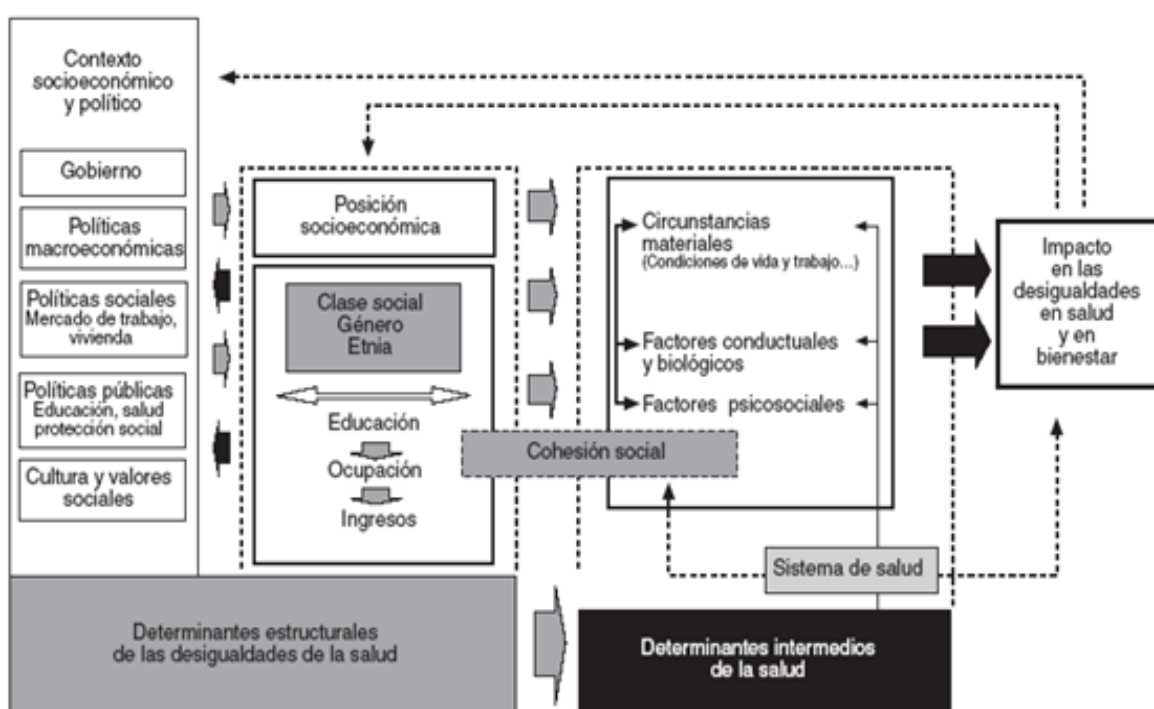


Figura 2. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud, adaptado de “*A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health*” Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, por Solar & Irwin, 2010, Discussion Paper 2 (Policy and Practice), p.6.

3.2.1 Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud

Los determinantes estructurales más importantes son el contexto socioeconómico y político, la posición social y sus indicadores indirectos que incluyen: los ingresos, la educación, la ocupación, la clase social, el género, la etnia. En conjunto son denominados determinantes estructurales de las inequidades en salud.

El contexto socioeconómico y político, refiere a un amplio espectro de factores de la estructura social que no se pueden medir directamente a nivel del individuo. Es decir, abarca el conjunto de aspectos estructurales, culturales y funcionales del sistema social que ejercen una fuerte influencia en los patrones de estratificación social y, con ello, las oportunidades de salud de las personas.

Las decisiones de políticas afectan a una amplia gama de factores que influyen en la distribución y los efectos de los DSS en todos los grupos de la población. Las elecciones de políticas se reflejan en: oportunidades laborales favorables al contexto familiar; políticas activas de empleo que implican formación y apoyo; la provisión de redes de seguridad social; y la medida en que los servicios sociales y de salud y otros recursos estén disponibles para los ciudadanos. La organización de la atención de la salud también es un resultado directo de las decisiones tomadas por los gobiernos y están impulsadas por una variedad de fuerzas políticas, económicas y sociales, que constituyen un espacio complejo en el que se desarrolla la relación entre la política y la salud.

Todos estos aspectos del contexto político son importantes para favorecer a una distribución equitativa de la salud y enfermedad. De igual modo, también, es cierto que los factores contextuales más relevantes (es decir, aquellos que desempeñan el papel más importante en la generación de desigualdades sociales) pueden diferir considerablemente de un país a otro, es decir, por ejemplo, en algunos países la religión puede ser un factor influyente y en otros países no.

En este sentido, el marco de dicho contexto está definido en términos generales para incluir todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales, incluyendo: el gobierno, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, la cultura y valores sociales.

La gobernanza es el más amplio sentido en la que sus procesos pueden incluir a la definición de necesidades, la tradición política, transparencia de la administración pública, entre otras. Las políticas macroeconómicas, entre ellas, por ejemplo: las políticas fiscales o aquellas políticas comerciales y estructuras que regulan el mercado laboral. Las políticas sociales que afectan a los factores tales como el trabajo, el bienestar social, la distribución de la tierra y la vivienda y otras políticas públicas que influyen en otras áreas relevantes como educación, salud, agua y saneamiento; etc. La cultura y valores sociales; el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

Un segundo elemento como parte de los determinantes de las desigualdades es la posición socioeconómica. La clase social, el género y la etnicidad operan como importantes indicadores de los determinantes estructurales; incluyendo ingresos, educación y ocupación (Solar & Irwin, 2010).

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos. Dicho de otra manera, la desigualdad que se origina se define relacionamente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas, están en relación con el menor poder y el mal acceso de las menos favorecidas (Borrell & Artazcoz, 2008).

Los ingresos de los individuos son el indicador directo de la posición socioeconómica que adopta como variables al salario, los intereses, la pensión alimenticia, los pagos de transferencia y las pensiones, entre otros. Al igual que otros indicadores como la educación y el ingreso que tienen implicaciones directas sobre la salud de las poblaciones. De acuerdo con ello, resulta improbable que el dinero en sí mismo afecte directamente la salud, por lo tanto, es el resultado de la transformación del

mismo en productos y servicios que mejoran la salud a través del gasto, en tanto, este es el concepto más interpretativo de cómo el ingreso puede afectar a la salud.

La educación formal con frecuencia se completa en la edad adulta y está fuertemente determinada por las características de los padres, es un indicador que en parte mide la posición socioeconómica en el transcurso de la vida temprana. Entonces, a través del nivel educativo puede captarse la transición de la posición socioeconómica de los padres (recibida) a la posición socioeconómica de la edad adulta (propia) y también, como un importante determinante en los niveles de empleo y los ingresos futuros.

El acceso a la educación puede ser el reflejo de los conocimientos y las habilidades, es decir, el desarrollo de la capacidad cognitiva en quienes la reciben puede hacer que sean más receptivos a los mensajes de educación para la salud, o permitirles mejores comunicaciones y acceder a los servicios de salud adecuados, entre otros ejemplos.

También, ciertos mecanismos dentro de este grupo determinantes pueden explicarse en relación con la ocupación laboral de los individuos. Por un lado, la ocupación puede estar fuertemente relacionada con los ingresos y, de este modo, puede tener un vínculo directo con ciertos beneficios generados por el trabajo que determinan los estándares de vida y de la salud. Asimismo, las ocupaciones están reflejadas por la posición social y pueden estar relacionadas con los resultados de salud debido a ciertos privilegios, como la facilidad en el acceso a una mejor atención de la salud o el acceso a la educación. Por otro lado, el trabajo puede estar afectado, por ejemplo, por el estrés basado en la demanda de las actividades y, por lo tanto, afectar los resultados de salud a través de procesos psicosociales. De igual manera, este puede contribuir a ciertas exposiciones ambientales, tareas de trabajo tóxicas, demandas físicas, entre otras. Cabe mencionar que, la ocupación como indicador de las posiciones socioeconómicas o en su

defecto las desigualdades en tal sentido, presenta sus limitaciones debido a que no son incluidas las personas jubiladas, personas con discapacidad (incluidos los discapacitados por enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo), aquellas cuyo trabajo está al interior del hogar (que afecta principalmente a las mujeres), desempleados, estudiantes y personas que trabajan en empleos no remunerados, informales o ilegales. Además, los indicadores socioeconómicos basados en la clasificación ocupacional pueden no captar adecuadamente las disparidades en las condiciones de trabajo y de vida en las divisiones de etnia y género. También, sobre las relaciones de poder y control de los procesos productivos se define la clase social, no por el orden o jerarquía. Es decir, la clase social, en contraste con la estratificación, indica las relaciones laborales y las condiciones de cada ocupación.

La perspectiva de género refiere a todas aquellas características de mujeres y hombres que se construyen socialmente, el mismo implica los roles y comportamientos vinculados a la cultura lo que se diferencia del sexo que es el que designa aquellas particularidades que están determinadas biológicamente. De esta manera, en diversas sociedades el género constituye un proceso mediante el cual los miembros de un grupo socialmente definido reciben un trato diferente o injusto. En este caso, a menudo los modelos de masculinidad socialmente contruidos pueden tener consecuencias nocivas para la salud en los hombres y niños como, por ejemplo, cuando estos fomentan la violencia o el abuso del alcohol. Sin embargo, las mujeres y las niñas soportan la mayor carga de los efectos negativos para la salud como consecuencia de las jerarquías sociales y la discriminación sistemática en el acceso al poder, el prestigio y los recursos. Frecuentemente, por motivo de género las mujeres presentan desventajas sociales que incluyen limitaciones para acceder a ciertos niveles de educación, a cargos de empleos formales y remunerados (mayor acceso a trabajo doméstico y en la venta ambulante en

el sector informal) y, en consecuencia, la exposición a los riesgos que pueden influir negativamente en la salud de las mismas.

Por último, este grupo de determinantes contiene a la raza y la etnia que asiduamente son la base de las divisiones sociales y las prácticas discriminatorias en muchos contextos. En estos grupos sociales, los resultados de salud desfavorables son resultados de las formas de discriminación que sufren por la raza o etnia oprimidas, estrechamente relacionada con el impacto en otros determinantes asociados a la posición social desfavorecida (bajos ingresos, educación deficiente, vivienda pobre, etc.).

El marco conceptual de la CDSS sostiene que, por su estrecha relación, no es posible analizar el impacto de los determinantes estructurales en las inequidades de salud o evaluar las opciones de política e intervención, si no se incluyen los aspectos contextuales socioeconómicos y políticos.

Todos los determinantes de tipo estructurales operan a través de los determinantes intermedios, que están vinculados a un conjunto de influencias a nivel individual (Solar & Irwin, 2010).

3.2.2 Determinantes intermedios de la salud

Los principales determinantes intermedios de la salud del marco conceptual son: las circunstancias materiales, los factores psicosociales, los conductuales y biológicos y el sistema de salud. Todos ellos, expresados a partir de la configuración de la estratificación social subyacente determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a ciertas condiciones que comprometen la salud.

Las circunstancias materiales comprenden todos aquellos determinantes relacionados con el entorno físico, como la vivienda (tanto en su interior como su

ubicación), el potencial de consumo, es decir, los medios financieros para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo, etc., y el entorno físico de trabajo y del barrio de residencia. Dependiendo de su calidad, estas circunstancias pueden ser un recurso protector o riesgoso para la salud de las personas. Las diferencias en los niveles de vida en cuanto a las circunstancias materiales son consideradas un factor intermedio importante.

En lo que respecta a las características de la vivienda incluyen: la estructura de la misma y sus condiciones internas, tales como: humedad, frío, contaminación interior y aquellos efectos externos a la misma como ser la calidad del barrio. Por otro lado, en el ambiente de trabajo se incluyen todos aquellos FR físicos, químicos, ergonómicos, biológicos y psicosociales que determinan la salud de los trabajadores.

Los factores psicosociales incluyen las condiciones y circunstancias de vida estresantes (Por ejemplo, tensión laboral) y la falta de apoyo social, estilos de afrontamiento, entre otros. Los grupos sociales están expuestos en diferentes grados a las experiencias y situaciones de la vida que pueden ser percibidas como amenazantes o difíciles de afrontar en el día a día. Tal es así, que el estrés puede ser un factor causal y un desencadenante de enfermedades; la posición socioeconómica también puede ser causante de situaciones estresantes y difíciles, las personas con desventajas socioeconómicas están expuestas a una mayor inseguridad, incertidumbre y eventos estresantes en su vida.

Entre los factores conductuales y biológicos están incluidos los estilos de vida como: la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y de alcohol. Los factores biológicos, también contienen los factores genéticos. La adopción a ciertos comportamientos que amenazan la salud puede estar manifestada en respuesta a la privación material, al estrés, los entornos no saludables, por ejemplo; el consumo de

tabaco está fuertemente vinculado a la educación, los ingresos y la situación laboral y, este, a su vez, estrechamente asociado con la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular; EPOC y cáncer (Solar & Irwin, 2010).

Por su rol en la distribución desigual de la salud de la población entre los determinantes intermedios se incluye al sistema sanitario. El papel del mismo se vuelve particularmente relevante a través del acceso a los servicios y a la calidad de los mismos, en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad de las poblaciones. En suma, a la carga que supone el pago de los servicios sanitarios que se traduce en una causa creciente de pobreza, sobre todo para los grupos socialmente vulnerables (Solar & Irwin, 2010; Borrell & Artazcoz, 2008).

El sistema sanitario, es quién debe garantizar que los problemas de salud no conduzcan a un mayor deterioro de la condición social de las personas, por ejemplo, facilitando la reinserción social y laboral de las personas enfermas o políticas de transporte e intervención para abordar la barrera geográfica para acceder a la atención de salud, entre otros. Otro componente importante se relaciona con la manera en que el sistema de salud contribuye a la participación social y al empoderamiento de las personas (Solar & Irwin, 2010).

De este modo, se atribuye al sistema de salud la responsabilidad de desempeñar una función activa para reducir las inequidades, no sólo en términos de acceso y cobertura, sino también en la planificación y ejecución de programas de salud pública, con una adecuada gestión intersectorial.

Por último, como determinante transversal se expresa en el marco conceptual a la cohesión social. Se considera cohesión a la extensión de las relaciones sociales y las normas de reciprocidad que influyen en la salud a través de los mecanismos de apoyo social que estas relaciones proporcionan a quienes participan en ellos. Este enfoque de

red social implica decisiones que toman los grupos o individuos, en relación con su estilo de vida y hábitos de comportamiento que no pueden ser consideradas fuera del contexto social donde se producen tales elecciones.

La cohesión social en el marco conceptual estuvo fundada como un elemento para discutir el papel que ocupa el Estado o el que debería ocupar en el desarrollo de estrategias que favorezcan la equidad. Con ello, la CDSS adopta la posición de que el Estado tiene un papel fundamental en la protección social, asegurando que los servicios públicos sean proporcionados con eficacia y equidad (Solar & Irwin, 2010).

Todos los componentes del marco conceptual de la CDSS visibilizan la influencia de los contextos sociales, económicos, culturales y medioambientales que, en combinación con el comportamiento individual, los factores genéticos y el acceso a la atención de salud de buena calidad, determinan los resultados en materia de salud.

Entre todos ellos, resulta fundamental distinguir, si las diferencias en los resultados en salud que estos determinantes provocan representan inequidades o desigualdades y considerar la posible relación entre estos factores y las políticas destinadas a influir en ellos (OPS, s/fc).

Capítulo IV

Acciones sobre los Determinantes

Sociales de la Salud

La búsqueda de la equidad sanitaria consiste en reducir o eliminar las diferencias en la salud que se presentan en los diversos grupos de la población de manera injusta y evitable (Barsanti, Salmi, Bourgueil, Daponte, Pinzal & Ménival, 2017). La evitabilidad, es un punto clave para el alcance de la equidad cuando las diferencias sistemáticas en la salud pueden suprimirse mediante medidas razonables (OMS, 2009). En este capítulo, se presenta un enfoque que comprende una descripción de las medidas, estrategias, las reformas, los compromisos asumidos y los progresos de las intervenciones orientadas a actuar sobre los DSS y alcanzar la equidad en salud. Este enfoque también suscitado a las ENT en los niveles mundial, nacional y local creyendo necesario entender las experiencias previas y las recomendaciones como marco referencial para el análisis de las políticas.

4. Acciones sobre los DSS

4.1 Acciones sobre los DSS para hacer frente a las inequidades sanitarias

Reducir las inequidades exige acciones que sean adecuadas a las necesidades y al contexto de cada país y estar enmarcadas en un objetivo prioritario de los gobiernos y las sociedades (OMS, 2011).

Durante el siglo XIX, gran parte de las estrategias impulsadas consideraban la asociación entre la posición social de las personas, las condiciones de vida y sus consecuencias para la salud. De este modo, las mejoras sanitarias producidas en los países nórdicos durante los últimos años del siglo visibilizaron la jerarquía que tenían los derechos cívicos, políticos y sociales en las mismas. Los aspectos relevantes de esta experiencia correspondieron a que las políticas universales estaban basadas en la igualdad de derechos para acceder a beneficios y servicios, empleos justos, equidad de

género y en una exclusión social prácticamente inexistente. Estos aspectos, respondían a una distribución del ingreso relativamente uniforme y la ausencia de diferencias importantes en cuanto al nivel de vida entre los distintos individuos y grupos demográficos (OMS, 2009).

Posteriormente a Alma Ata (1978) ciertos países tales como China, Costa Rica, Sri Lanka y Cuba llevaron adelante políticas para abordar los DSS y cubrir las necesidades de los grupos de población vulnerables. Como resultado de ello, los países que fueron examinados (China, Costa Rica, Sri Lanka) alcanzaron, a pesar del bajo producto bruto interno y el limitado gasto sanitario en relación aquellos de ingresos altos, mejoras en la situación de salud de la población. Estos resultados mostraron la relación expresada acerca de que la equidad sanitaria y el estado de salud no dependían sólo de que el país tenga un alto nivel socioeconómico. De hecho, el estado de salud puede mejorarse con intervenciones de acceso universal, de promoción de la salud y mejoras en las condiciones de vida. Un ejemplo de ello son las políticas sanitarias cubanas llevadas adelante después de los años 50, que progresaron en el abordaje de los DSS fundadas en la universalidad, el acceso equitativo y el control gubernamental. Estas políticas configuraron acciones centradas en el logro de la equidad en la atención de los servicios (prestación gratuita de los mismos, acceso a pruebas de diagnóstico y vacunación), en priorizar las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, la descentralización, la intersectorialidad, la participación comunitaria, la educación como prioridad nacional (nacionalización de todas las escuelas privadas e instituyó la educación universal y gratuita), campañas para mejorar las normas de higiene y saneamiento en las zonas urbanas (Por ejemplo: acceso al agua potable), entre otras.

A pesar de que los resultados de este tipo de estrategias implementadas corroboraron que era posible obtener notables beneficios de salud en los países con un valor per cápita relativamente bajo, la situación no se ajustó en aquellos en desarrollo que carecían de: participación comunitaria democrática, compromiso con la salud como meta social, cobertura universal de los servicios de salud para todos los grupos sociales.

Posterior a la Declaración de Alma Ata, sobrevino el auge de la denominada APS selectiva. Esta misma, estuvo focalizada en que los esfuerzos debían apuntar sobre un número reducido de intervenciones de bajo costo orientadas a abordar las causas principales de morbilidad y mortalidad de una región o de un país en las que se restaba importancia a la dimensión social. Esta estrategia fue considerada provisional de manera que los países trabajaran rápidamente para incrementar los recursos y el compromiso político necesario para alcanzar la APS integral.

Hacia fines de los años 80 y los inicios de la década de los 90, la salud se encontró afectada por las reformas del sector de la salud emprendidas por muchos países de medianos y bajos ingresos. Estas reformas estuvieron dirigidas al abordaje de los problemas estructurales de los sistemas, sector privado incorporado con estrategias para el financiamiento y prestación de los servicios de salud, ajustes a los gastos del sector de la salud y utilización eficiente de los recursos (y no a la equidad), gestión inadecuada de los sistemas; el acceso limitado a los servicios por parte de los grupos con recursos socioeconómicos bajos y calidad deficiente de los servicios en varios países y regiones. América Latina. Las reformas no fueron sumamente favorecedoras de los objetivos centrados en mejorar la atención y reducir las inequidades en materia de salud.

Durante este período, la OMS emprendió ciertas actividades sobre el control de los determinantes sociales y ambientales. La organización, llevó adelante un esfuerzo

por fortalecer la estrategia de Salud para Todos en el contexto de la misma en el siglo XXI. Esta estrategia, se encontró enmarcada en un intento renovado de promover la acción intersectorial como un componente clave de las estrategias sanitarias públicas. Con ello, sobrevino en la Conferencia Internacional en Halifax (1997) la labor intersectorial y el continuo reconocimiento de la importancia de los DSS, como así también, las dificultades permanentes experimentadas por los países al abordarlos.

Posteriormente, diversos países prosperaron en el abordaje de las dimensiones sociales de la salud a lo largo de los años noventa y principios de los 2000. Siguiendo esta lógica, a principios del siglo XXI se impulsa la acción política sobre los DSS en el contexto mundial. Sobre esta propuesta para la acción comenzaron a evolucionar las estrategias en el sentido de ampliar aún más el control de los DSS y se crearon mayores oportunidades para ejercer un efecto multiplicador sobre los factores sociales causantes de la mayoría de las disparidades de salud (Irwin & Scali, 2005).

Whitehead & Dalghen, enunciaron una serie de principios de acción para alcanzar la equidad en la salud. Estos principios proponían considerar que las acciones políticas llevadas a cabo para reducir las desigualdades en la salud fueran impulsadas desde la medición y el reconocimiento de las mismas hasta la conciencia de los determinantes de la salud y sus consecuencias. En este marco, los autores propusieron que las intervenciones debían aspirar el alcance de ciertos objetivos como: a) desarrollar el máximo potencial de salud; b) reducir las desigualdades sociales con estrategias selectivas (población más desfavorecida) y disminuir las diferencias entre la disparidad en el estado de salud entre los dos extremos de la escala social (privilegiados y menos favorecidos); c) escoger herramientas pertinentes para medir el alcance de las desigualdades y el progreso en el cumplimiento de los objetivos establecidos para solucionarlas; d) focalizar las intervenciones sobre las condiciones sociales que afectan

a la salud de las personas (particularmente en los DSS); e) evaluar los diferentes impactos a los efectos de vigilar que las intervenciones no generen resultados negativos; f) generar la búsqueda activa de opiniones de grupos marginados e incrementar su participación real; g) analizar las desigualdades de género (mujeres- varones) y el origen étnico o geográfico y; h) establecer los sistemas sanitarios sobre los principios de equidad.

Con reparo específicamente sobre la equidad en la atención de la salud Whitehead & Dalghen, destacaron que: a) los servicios de salud pública debían ser sin fines de lucro y no habrían de ser utilizados como medio para obtener algún tipo de beneficio; b) los mismos debían prestarse en función de la necesidad y no en la capacidad de pago, lo cual se condice con la manera en estén agrupadas la situaciones de riesgo de toda la población (deben ser priorizados aquellos que presentan mayor riesgo); c) debía brindarse el mismo nivel de asistencia a todas las personas sin presentar discriminación alguna por edad, género, origen étnico o posición social y; velar por el logro de los objetivos de equidad de los servicios de salud con la mayor eficiencia posible (Whitehead & Dahlgren, 2010).

Siguiendo esta perspectiva creciente a favor de controlar los DSS, la CDSS se focalizó en comprender y reconocer la importancia de los cambios sobre las relaciones sociales y todos aquellos factores que influyen sobre la salud y los sistemas sanitarios. Sobre esta línea, se crearon diversas oportunidades para la política y la acción pertinentes a abordar los determinantes que afectan la salud de las poblaciones (Irwin & Scali, 2005).

Como parte de las evoluciones más actuales, el marco conceptual de los DSS propuesto por la CDSS se convirtió en una base para definir las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas para reducir las desigualdades en

salud. La CDSS hace referencia a principios básicos para la acción como: mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos (determinantes estructurales) en los ámbitos mundial, nacional y local y, medir la magnitud del problema, analizar y evaluar los efectos producidos por las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de DSS y sensibilizar a la opinión pública al respecto (OMS, 2009). Para la acción política la CDSS destaca: el contexto para abordar los determinantes estructurales e intermediarios, la acción intersectorial y la participación social y el empoderamiento. También, las políticas no deben limitarse a los determinantes intermedios, sino que deben incluir políticas específicamente diseñadas para abordar los determinantes estructurales subyacentes a través de mecanismos que lo producen sistemáticamente (Solar & Irwin, 2010).

La CDSS asegura que invertir en políticas de desarrollo de la primera infancia entre todos los sectores accederá a reducir las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación, debido a que, en ella se sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital. Por ejemplo: los hábitos alimentarios saludables que comienzan en el útero materno. También, el lugar donde habitan las personas y a las posibilidades de tener una vida próspera. El informe de la comisión apunta a que las comunidades y los barrios en lo particular tengan acceso a bienes básicos, gocen de cohesión social, hayan sido concebidos para promover el bienestar físico y psicológico, protejan el medioambiente, y se mejore la planificación urbana para luchar por ejemplo: contra la epidemia de enfermedades crónicas.

Existe una correlación entre la existencia de un sistema de protección social universal y una población más sana (menores tasas mortalidad entre las personas mayores y tasas de mortalidad menores entre los grupos sociales desfavorecidos). La

protección social se necesita a lo largo de toda la vida: en la infancia, durante la vida laboral y en la vejez. Es por ello que, la CDSSS también explica que aplicar políticas de protección social universal o la ampliación de la misma a toda la población en los países y el logro en la inclusión de quienes trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras personas, puede contribuir alcanzar la equidad sanitaria en una generación (OMS, 2009).

El rol que cumplen los sistemas de salud, el acceso y la atención de salud, también tienen una importante función en todos los ámbitos de la sociedad, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria. En este sentido, la CDSSS plantea que deben adoptarse medidas en los sistemas de salud instauradas en los principios de equidad, prevención de las enfermedades y promoción de la salud, con cobertura universal y sobre la base de APS (OMS, 2008; OMS 2009).

También, se revela como esencial la coherencia de las políticas en su conjunto, es decir, los distintos sectores que impulsan las mismas han de complementarse, en lugar de contradecirse. Una planificación urbana que beneficie la propagación de barrios periféricos con un número insuficiente de viviendas asequibles, escasos servicios públicos y medios de transporte irregular e inaccesible no favorecerán a la promover la salud de la población. Es por ello que, también entre las medidas propuestas por la CDSSS, se solicita responsabilizar y lograr que todas las políticas contribuyan a la equidad sanitaria y establecer un marco basado en los DSS para todas las funciones normativas (OMS, 2009).

El progreso para la ejecución de un enfoque basado en los DSS exige respuestas de políticas coherentes, en todos los sectores y en todos los países, fundadas en el firme compromiso político de todas las partes. Con el propósito de cerrar la brecha para

alcanzar la equidad, en la Conferencia Mundial sobre los DSS (2011) se presentaron ciertos enfoques clave que incluyeron: a) medidas sostenidas a largo plazo para actuar sobre los DSS con el fin de reducir las inequidades en salud; b) conocimiento y comprensión del significado de las inequidades en salud y de los DSS por parte de la población general (conocer para generar conciencia de la relevancia y priorización de acción sobre la misma); c) la equidad en la salud como objetivo prioritario para los gobiernos y las sociedades; d) coordinación y coherencia de las medidas en las consideraciones políticas en el abordaje de los DSS (coordinación entre los diversos sectores y la coherencia entre las políticas sociales y económicas), por ejemplo, en aquellos países donde las políticas sociales promueven activamente reducir las inequidades mientras que las económicas se encuentran en una dirección inversa; la ejecución y el aprendizaje sistemáticos resultante en cada contexto para actuar sobre los determinantes sociales no es semejante a la puesta en marcha de un simple programa, sino que requiere un enfoque holístico (OMS, 2011).

El trabajo incesante de la CDSS ha fomentado y generado la adopción de medidas en diversos países del mundo y otros se encuentran elaborando políticas para afrontar el compromiso de abordar los DSS para alcanzar la equidad sanitaria (OMS, 2008). Así la labor de la Comisión se ha convertido en un componente importante de la agenda mundial de salud, en tanto, el movimiento para abordar los DSS ha alcanzado mayor impulso (Marmot, Pellegrini Filho, Vega, Solar & Fortune, 2013).

La salud de las poblaciones ocupa un lugar prioritario y las inequidades sanitarias que emergen al interior de cada país y entre los mismos, constituyen la principal preocupación mundial (Irwin & Scali, 2005). Esta preocupación aumenta la exigencia para la acción de acuerdo a los problemas socio-sanitarios que se presentan al interior de cada uno de ellos. Corregir las desigualdades está en línea con la justicia

social, para la CDSS reducir las mismas tiene un orden ético y están instituidas en el derecho a poseer las condiciones necesarias que permitan alcanzar el estado más óptimo de salud que se pueda lograr (Frenz & Titelman, 2013).

El conocimiento y los intentos por abordar los DSS han avanzado a lo largo de los años. Precedente al trabajo de la CDSS las dimensiones sociales de la salud estaban sólidas, luego sobrevivieron a las reformas en la que salud no se encontró beneficiada y encausaron nuevamente sobre el foco en los DSS relevando la necesidad de la acción intersectorial.

4.2 La equidad en salud en la agenda sanitaria en la región de las Américas

En América Latina, el compromiso por la equidad y la justicia sanitaria en la región es gradual. En los últimos tiempos, en la región se han puesto en el foco de acción reformas en los sistemas de salud y comenzaron a desarrollarse incipientes políticas que tienden a una mayor integración entre los sectores, aunque aún resulta preponderante el fortalecimiento institucional de los Estados en la capacidad para financiar dichas acciones en materia de salud (Frenz, & Titelman, 2013).

El esfuerzo por llevar el foco de atención sobre los determinantes sociales y la equidad en salud al plano de la acción política, fue un elemento central a lo largo de la historia de la región. La Medicina social, ha brindado el análisis de los determinantes económicos, políticos y sociales de la salud y ha desempeñado un papel importante en la promoción de reformas sanitarias y de los derechos en conjunto. Asimismo, los países de América llevaron adelante avances precisos en la reducción de las inequidades actuando en el ámbito de los DSS a través de diferentes estrategias en la región. Particularmente en Brasil, Argentina y Chile se crearon y establecieron estructuras

políticas con enfoque en los DSS. En Brasil se estableció la Comisión Nacional de los Determinantes Sociales de la Salud, y en Argentina y Chile, se crearon estructuras en los Ministerios de Salud o en altos niveles del gobierno nacional con el objetivo de promover dicho enfoque (Marmot, Pellegrini Filho, Vega, Solar & Fortune, 2013).

Entre las reformas sanitarias más actuales, se encuentran aquellas que apuntan a la cobertura efectiva de las necesidades sanitarias y que abarcan la APS y cada vez con mayor frecuencia prestaciones más integrales. El espacio de la equidad en el acceso a la atención depende de la amplitud del conjunto de servicios a universalizar y los resultados obedecen al grado de preocupación para las necesidades diferenciales y de las barreras específicas que enfrentan las poblaciones según sus circunstancias sociales.

Como parte de las reformas, el sistema sanitario en Chile estableció niveles que garantizaran la atención en una concepción más generalizada, buscó mejorar la labor de la salud pública desde el enfoque de equidad y DSS. Sin embargo, los servicios de salud son utilizados en la emergencia por la población de menores ingresos mientras que los servicios preventivos son adquiridos por los de mayores ingresos. En este caso, el desafío está en la distribución equitativa de la riqueza económica la cual determina el uso de servicios de salud (García-Ramírez, & Vélez-Álvarez, 2013).

Brasil optó por una estrategia que exploró la universalidad con el acceso a través de un Sistema Único en el cual no se presentan restricciones a los tipos de servicios de salud a los que se puede acceder de manera universal (Frenz, & Titelman, 2013). En este sentido, el país ha conseguido una disminución del padecimiento de enfermedades crónicas en la población y de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud presentadas en la población con menor ingreso económico.

En Bolivia a partir del año 2006 se llevó adelante un cambio de enfoque en su sistema de salud con el objetivo de reorientar el mismo hacia el abordaje de los DSS,

con acciones para enfrentar los retos en cuanto al aumento de su cobertura en la población y para el fortalecimiento de una estructura de inclusión social (García-Ramírez, & Vélez-Álvarez, 2013).

Desde un enfoque de la salud basado en derechos humanos el Congreso colombiano aprobó una importante reforma sanitaria en el año 2013. En la misma, se explicitó a la salud como un derecho con sus deberes gubernamentales correspondientes. Si bien en este país, aún quedaban pendientes ciertas cuestiones de financiamiento del sistema y la implementación de las reformas, el cambio generado promovió un mayor empleo de la salud pública como derecho y no como una mercancía (Yamin & Frisancho, 2015).

Como parte de la agenda de Salud en las Américas, la OPS impulsó los planes estratégicos para los años 2008-2013 y 2014-2019. El plan 2008-2013, tuvo entre sus principales objetivos abordar los factores sociales y económicos que determinan la salud a través de formulación de políticas y programas capaces de alcanzar mejoras sobre la equidad sanitaria e integrar particularmente enfoques a favor de los grupos socioeconómicos más vulnerables, las cuestiones de género y los derechos humanos (OPS, 2009). A partir de los objetivos alcanzados en dicha estrategia, el plan 2014-2019 procuró entre sus metas abordar los DSS y promover la buena salud en las etapas clave de la vida, teniendo en cuenta la necesidad y, a través de una perspectiva transversal a sus políticas con el objetivo de promover el desarrollo de alianzas entre los diversos sectores de la sociedad (Ferrelli, 2015) con enfoques basados en la igualdad de género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad (OPS, 2017b).

Sobre esta línea, en los últimos años las políticas implementadas en los países de la región generaron cambios adecuando programas y propuestas para el abordaje de los DSS a los efectos de hacer frente a las inequidades en salud. El programa Bolsa Familia

de Brasil, promovió mejoras para el acceso a los servicios públicos de salud, el bienestar y asistencia social y la educación a los efectos de disminuir los niveles de pobreza y la inequidad. La intervención encontró el éxito con el compromiso en los niveles gubernamentales y con la coyuntura entre los diversos sectores con el objetivo común de enfrentar la exclusión social y las inequidades (Marmot, Pellegrini Filho, Vega, Solar & Fortune, 2013).

También el Ministerio de Salud Chileno (a través de la Secretaría Técnica de DSS), entre los años 2008 a 2010 llevó adelante la iniciativa denominada 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile. Como parte de esta iniciativa se originaron diversas estrategias de intervención focalizadas en grupos poblacionales específicos. Por ejemplo: Chile Solidario es un programa dirigido a familias en situación de pobreza el cual contempla apoyo psicosocial, subsidios monetarios y acceso preferente a programas sociales y la intervención Chile Crece Contigo se encuentra orientada a la atención integral de la infancia. También, Chile lleva adelante la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 en la que sus objetivos están centrados en reducir la inequidad en salud relacionada tanto con la posición social como con la ubicación geográfica en el mencionado país (García-Ramírez, & Vélez-Álvarez, 2013).

Específicamente sobre la perspectiva de género y la etnicidad, Perú llevó adelante un sistema de vigilancia ciudadana de la calidad de los servicios de salud. Un grupo de mujeres líderes comunitarias indígenas se encargaban de controlar el cumplimiento y respeto a los derechos en salud de las mujeres, (salud materna de calidad, apropiada, y pertinente culturalmente). La iniciativa que fue apoyada por la OPS se citó como ejemplo en el ámbito internacional por el respeto y la comprensión cultural en la prestación de servicios sanitarios, el incremento en la demanda de los

mismos de parte de mujeres y niños rurales e indígenas y por el desarrollo de políticas nacionales en materia de vigilancia ciudadana (Yamin & Frisancho, 2015).

También, el Modelo de Salud Familia Comunitaria Intercultural en Bolivia se desarrolló para integrar la comunidad en la prestación de servicios de salud, articulándola con la medicina tradicional y las prácticas propias de las comunidades originarias (estas últimas representan aproximadamente el 62% de la población). Otra intervención implementada en el mismo país, es la Desnutrición Cero fundada en un enfoque multisectorial que procuró el control de la desnutrición (priorizando la población infantil y materna).

En la misma línea de abordaje, Argentina planteó promover interculturalidad en salud. Entre las propuestas se presentaron, el Programa Médicos Comunitarios (modelo de atención en salud mediante el establecimiento de equipos básicos de salud interdisciplinarios que estimulan la participación activa de la comunidad y la interculturalidad en salud), Salvaguarda Indígena (que promueve la inclusión social de los pueblos originarios en el país procurando la construcción de un Plan para la atención en salud de los pueblos indígenas) y se formularon e implementaron diversos programas vinculados a la APS, los cuales incluyen significativos componentes de los DSS (García-Ramírez, & Vélez-Álvarez, 2013).

Las agendas sanitarias en los países de la región han adoptado diferentes estrategias para controlar y promover el enfoque de los determinantes sociales. Se crearon estructuras (en los Ministerios de Salud o en altos niveles del gobierno nacional) que tuvieron la finalidad de promover la agenda de los DSS. También se ejecutaron programas y políticas para abordar determinantes sociales a través de la convergencia de diferentes sectores en torno a la meta común de abordar la exclusión social y las inequidades (Marmot, Pellegrini Filho, Vega, Solar & Fortune, 2013).

4.3 Acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud para prevenir y controlar las ENT

La carga generada por las ENT se puede reducir en gran medida cuando se llevan adelante de forma eficaz y equilibrada intervenciones preventivas y curativas costo-efectivas, debido a que el costo resultante de la no actuación es superior al de la adopción de medidas para controlar dichas enfermedades. Este tipo de intervenciones, incluyen medidas que van dirigidas a la población en general, como la aplicación de impuestos indirectos al tabaco y las bebidas alcohólicas; la prohibición de fumar en los espacios públicos cerrados; la provisión de información y cuidados sanitarios; y la realización de campañas orientadas a la nutrición saludable, tales como: el control del agregado de sal, el régimen alimentario y el fomento de la actividad física.

También, se identifican acciones dirigidas a los individuos en particular como ser: los controles periódicos, el asesoramiento y el tratamiento farmacológico oportuno, por ejemplo: el tamizaje del cáncer cervicouterino y la vacunación contra la hepatitis B para prevenir el cáncer hepático, entre otros (OMS, 2013). La OMS, asegura que el control integral de las ENT que abarca la detección, el cribado, el tratamiento y los cuidados paliativos, también, son imprescindibles para lograr una reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por estas enfermedades (OMS, s/fd). Asimismo, los datos demuestran que estas intervenciones son una inversión económica porque, si se detectan los pacientes tempranamente, podría reducir la necesidad de abordajes de salud más complejos y costosos (OMS, 2018a).

Como consecuencia de la emergencia y preocupación mundial generada por las ENT, en el año 2011 se llevó a cabo la Reunión de Alto Nivel sobre Enfermedades No Transmisibles. Como parte de este compromiso asumido a nivel global, las agencias

especializadas de las Naciones Unidas, la OMS a nivel global y la OPS a nivel regional, tomaron la problemática entre sus prioridades (Tobar & Marchiori Buss, 2018).

La OMS y la OPS promovieron los planes de acción para la prevención y el control de las ENT a nivel mundial (2013-2020) y en las Américas (2013-2019). Ambos planes, refirieron la necesidad de generar estructuras y procesos sustentados en alcanzar un mundo exento de la carga evitable de ENT, así las poblaciones logren el grado más alto posible de salud y productividad a todas las edades, y dichas enfermedades dejen de ser un obstáculo para el desarrollo socioeconómico, mediante la colaboración intersectorial y la cooperación a nivel mundial, nacional y regional (OMS, 2013a).

El plan de acción para la prevención y el control de las ENT en las Américas 2013-2019 otorgó líneas estratégicas de intervención principalmente basadas en: a) políticas y alianzas intersectoriales (fortalecer y promover medidas intersectoriales) para la prevención y el control de dichas enfermedades; b) la reducción de FR y fortalecimiento de los protectores con principal foco en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; c) la respuesta de los sistemas de salud a las ENT en términos de cobertura, acceso equitativo y la calidad de la atención; y, d) la vigilancia e investigación de dichas enfermedades (OPS, 2014). Asimismo, el Plan de Acción Mundial también se basó en diversos instrumentos como: el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT-OMS), la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, y un plan de aplicación para orientar futuras medidas concernientes a las recomendaciones de la Comisión para acabar con la obesidad infantil y otras directrices de la OMS, incluidas las relativas a la ingesta de grasas saturadas y trans, azúcares, sodio y potasio (OMS, 2018g).

Por el emergente incremento de la carga de las ENT a nivel mundial, fueron incorporadas como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. Entre dichos objetivos, el número 3 está orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y, específicamente, la meta 3.4 propuso la reducción de un tercio la mortalidad prematura por ENT, mediante la prevención y el tratamiento y la promoción de la salud mental y del bienestar (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD-, s/f). El alcance de este ODS está relacionado con el de pobreza debido a que las ENT generan cada vez más gastos al interior de las familias (la atención médica tiene costos muchas veces superiores a las posibilidades de los hogares) y los grupos más vulnerables tienen mayor exposición y mueren de manera precoz por su condición social y por las barreras para acceder a los servicios de salud (Tobar & Marchiori Buss, 2018).

En el año 2017, como resultado de un débil progreso mundial y ante la probabilidad de no alcanzar la meta del ODS, la Comisión Independiente de Alto Nivel sobre Enfermedades No Transmisibles centró recomendaciones para el logro la meta 3.4.

Recientemente, en el informe “Es Hora de Actuar” la Comisión Independiente de Alto Nivel sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles puso en manifiesto que existen numerosas acciones para actuar contra las ENT, sin embargo, los países están obstaculizados en su aplicación. Entre estos obstáculos, la Comisión refiere a: a) la falta de voluntad política, compromiso, capacidad y medidas; escasas de políticas y planes concernientes a ENT; b) las dificultades en cuanto al establecimiento de prioridades; c) las repercusiones de los factores económicos, comerciales y de mercado; d) la capacidad técnica y operacional insuficientes; financiación (nacional e internacional) escasa para intensificar las respuestas nacionales a las ENT; e) una nula rendición de cuentas (OMS,

2018g). Con reparo en esta situación, la Comisión expuso y exigió un compromiso político de alto nivel y la inmediata intensificación de las medidas a nivel de los gobiernos, entre las que se destacaron:

- a) Asumir la responsabilidad en lo que respecta al programa de control de las ENT, en lugar de delegarla exclusivamente en los ministros de salud, puesto que esa responsabilidad requiere la colaboración y cooperación de muchos sectores.
- b) De acuerdo con las necesidades de salud pública, los Estados deberían identificar y aplicar un conjunto específico de prioridades en el marco general del programa sobre ENT.
- c) Reorientar los sistemas de salud con el fin de incluir en sus políticas y planes para la cobertura sanitaria universal la prevención y el control de las ENT.
- d) Intercambiar experiencias y problemáticas entre los gobiernos, en particular sobre los modelos normativos más efectivos y fortalecer la reglamentación eficaz y la apropiada interacción con el sector privado, los círculos académicos, la sociedad civil y las comunidades.
- e) Desarrollar de manera conjunta al plano internacional un nuevo paradigma económico para financiar las actividades relativas a las ENT y la salud mental.
- f) Fortificar la rendición de cuentas ante sus ciudadanos en lo concerniente a las ENT y simplificar los actuales mecanismos internacionales de rendición de cuentas (OMS, 2018g; OMS, 2018h).

Asimismo, la Comisión Independiente de Alto Nivel sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles reconoció que los avances para abordar las ENT han sido limitados, aun cuando existen muchas recomendaciones y, en tanto, la prevención y la inversión para mejorar el control de las cuatro principales ENT son componentes esenciales de toda respuesta nacional (OMS, 2018g).

En Argentina, el Ministerio de Salud asumió diversas estrategias y políticas de acción para el control de las ENT (OMS, 2014). En el año 2009, a través de la Resolución 1.083 el Ministerio de Salud aprobó la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, coordinada por la Dirección de Promoción y Protección de la Salud (actualmente Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles), con el objetivo de reducir la prevalencia de FR en la población general; disminuir la mortalidad, morbilidad y discapacidad; y mejorar el acceso y la calidad de la atención.

Las líneas para la acción de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles son: la vigilancia epidemiológica de las ENT y sus FR; la reorientación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud (específicamente en el abordaje clínico para el manejo integrado de dichas enfermedades en el sistema de atención); promoción de la salud y control de FR de las ENT en la población en su conjunto; el desarrollo de estrategias comunicacionales con el fin de instalar las ENT en la agenda pública y para armonizar estándares de políticas entre el nivel jurisdiccional y Nación promueve la articulación con las provincias. Además, la estrategia nacional presenta como líneas principales el fortalecimiento institucional de la Dirección Nacional y su función rectora (subrayando la construcción intersectorial e interministerial con los diferentes órganos de gobierno del Estado Argentino, así como a nivel Internacional) y de las áreas de ENT de las provincias.

Los datos del informe de gestión (2018), presentado por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, mostraron que se fortaleció el trabajo de las comisiones intersectoriales, especialmente: la Comisión Nacional de Coordinación para el Control del Tabaco, la Comisión Permanente Asesora de Diabetes, la Comisión Nacional Asesora para la Promoción de

la reducción del consumo de sodio y la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Todas ellas, trabajaron en el desarrollo y convalidación de numerosos productos, por ejemplo: el documento técnico del Plan Nacional de Prevención, Control y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, las propuestas para reducción de sodio, la actualización de la normativa de prescripción de medicamentos en diabetes, las recomendaciones para regular los nuevos productos de tabaco, etc. Todas las propuestas trabajaron con los departamentos de ENT de todas las provincias para su fortalecimiento en tareas de asesoramiento y planificación. Los lineamientos de planes estratégicos se trabajaron y fueron presentados por 15 provincias y se realizaron 12 mesas de gestión intersectorial sobre las temáticas de alimentación saludable y control del tabaco en diversas jurisdicciones. En ambas presentaciones se encontró la participación de la provincia de Santa Fe (MSAL, 2018b).

El Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe desarrolla políticas relacionadas a la promoción de hábitos saludables, acciones preventivas y la sistematización de datos para profundizar el conocimiento sobre el impacto de la problemática en el territorio provincial. Asimismo, la Red de Servicios de Salud también prioriza el fortalecimiento de un diagnóstico adecuado, la atención integral y el tratamiento apropiado en el marco de APS de las ENT (Gobierno de Santa Fe, s/fe).

En todos los niveles se propusieron metas, recomendaciones, medidas y estructuras de políticas para alcanzar el adecuado control y prevención de las ENT. Asimismo, las ENT continúan siendo un reto creciente para la salud de la población mundial y los países de ingresos bajos y medianos aún presentan una inversión limitada, con una baja capacidad de reglamentación y marcos jurídicos débiles para la promoción de la salud y, como consecuencia, gran parte de los sistemas de salud no se encuentran

preparados para abordar la demanda creciente de las ENT y sus determinantes (Hernández-Ávila, et. al., 2017).

El informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles sostiene que no existen demasiados motivos para la inacción, asimismo, en su gran mayoría los países no están cumpliendo con los compromisos políticos indispensables para alcanzar las metas de la Agenda 2030 (Tobar & Marchiori Buss, 2018).

Capítulo V

Intersectorialidad

Gran parte del abordaje de los DSS está por fuera del alcance directo del sector salud. Es por ello que, resulta evidente que los problemas sanitarios difícilmente podrían ser resueltos por acciones exclusivas de este sector o por cualquier otro sector de manera aislada (OPS, 2015b).

Para profundizar el concepto de intersectorialidad y comprender los objetivos de la misma, en este capítulo se exponen diversas acepciones y sus diferencias en cuanto a la intersectorialidad en salud, para la salud y para el abordaje de los DSS y los antecedentes que denotan la necesidad de la acción en el marco de un recorrido histórico, las recomendaciones de las organizaciones internacionales y la noción del enfoque de STP. Otro aspecto abordado en el capítulo son los grados que pueden presentarse entre los diferentes sectores y la distinción de las intensidades entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales.

5. Intersectorialidad

El concepto de intersectorialidad presenta diversas acepciones. Al respecto, la intersectorialidad y, sobre todo su gestión aún disponen de muy poco conocimiento. En general, existe escasa problematización sobre la misma y en ocasiones se utiliza con sentidos tan generales que tiende a diluir la inquietud acerca de cómo se construye y especialmente de cuáles pueden ser sus aportes a los resultados sociales.

Primeramente, es necesario conocer que lo sectorial también tiene diversos significados y de ello, también dependerá la noción de intersectorialidad. Por un lado, el término sector hace mención al entendimiento de la acción colectiva, distinguiéndose así entre el sector público, el mercantil, el sector privado no mercantil o las comunidades. Bajo esta concepción, la intersectorialidad estaría determinada por las relaciones entre sectores antes mencionados y, en tanto, las diferentes modalidades de

asociación público-privada. Por otro lado, se define como sector a las especialidades del conocimiento que se expresan en el apartado gubernamental a través de la organización funcional, por ejemplo: salud, educación, medioambiente, entre otros. Sobre esta definición, la intersectorialidad refiere a la relación entre diversos sectores gubernamentales.

Desde esta última perspectiva, la intersectorialidad implica que diversos sectores gubernamentales no sólo otorguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes. Cunill-Grau, consigna a esta noción de intersectorialidad como la integración de diversos sectores, con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característica fundamental es su multicausalidad.

La misma autora, distingue dos premisas fundamentales a partir de la reflexión en torno a la intersectorialidad. La primera tiene que ver con que la integración entre sectores viabiliza la búsqueda de soluciones integrales. Esta premisa tiene un fundamento político de la intersectorialidad y se traduce en el supuesto de que todas las políticas públicas que persiguen abordajes integrales a problemas sociales tienen que ser planificadas o ejecutadas “intersectorialmente”.

La segunda premisa es que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan usarse productivamente para resolver problemas sociales. Esta última remite a un fundamento técnico de la intersectorialidad, que consiste en la idea de que esta genera mejores soluciones (en comparación con la sectorialidad) porque permite compartir los recursos (saberes, experiencias, medios de influencia, recursos económicos, etc.) que son propios de cada sector (Cunill-Grau, 2014).

De acuerdo a cuál es el centro de interés de la acción y el rol que puede cumplir o no el sector sanitario la intersectorialidad cuando de salud integral se trata puede configurarse en: intersectorialidad en salud, intersectorialidad para la salud e intersectorialidad para el abordaje de los DSS.

La intersectorialidad en salud es la relación reconocida entre la parte o partes del sector de la salud con la parte o partes de otro sector, establecida para conseguir resultados de salud más eficaces, eficientes y sostenibles en relación a los que podría alcanzar el sector de la salud actuando por sí solo (OMS, 1997). Bajo esta concepción, podrían considerarse todas aquellas políticas, intervenciones y programas realizados por el sector de la salud en colaboración con otros sectores para abordar problemáticas sanitarias (Ndumbe-Eyoh & Moffatt, 2013).

Considerando esta última, los resultados de salud pueden conseguirse a partir de acciones integradas entre el sector salud con uno o más actores de otros sectores pero no siempre las acciones intersectoriales son iniciadas o participa el sector sanitario, aunque este usualmente suele ser uno de los actores clave (Otálvaro Castro, et. al. 2017). De esta manera, se concibe a la intersectorialidad para la salud que comprende aquellas acciones emprendidas y articuladas por sectores ajenos al sector de la salud, posiblemente, pero no necesariamente, en colaboración con el sector de la salud, para alcanzar resultados en los determinantes de la salud y la equidad sanitaria (Peake, et. al., 2008).

Otra connotación del concepto de intersectorialidad, alude a la integración de los diversos sectores vinculados para abordar los DSS. Este tipo de acción intersectorial es considerada como la capacidad de superar la fragmentación de las políticas, como una forma de planificar, implementar y monitorear la prestación de servicios, convenida para actuar en forma efectiva sobre los DSS (Loewenson, 2013).

5.1 Antecedentes de la intersectorialidad

La necesidad de la acción intersectorial para abordar los DSS, la salud de la población y equidad en salud es impulsada desde hace varias décadas. Esta acción, fue originalmente promovida por el sector de la salud al reconocer la existencia de los DSS y la necesidad de un abordaje que traspasase el dominio de los programas de salud gubernamentales (Cunill-Grau, 2014).

Desde la Constitución de la OMS (1948) con el establecimiento de la concepción de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, se reconoce que la salud es resultado de un amplio espectro de factores. Posteriormente, la notoriedad de la acción intersectorial se produjo con mayor fuerza con el movimiento de Salud para Todos convirtiéndose en un aspecto clave para el modelo de APS integral propuesto en Alma-Ata en 1978 y a mediados de los años 80 en la Carta de Ottawa a través de la promoción de la salud (Irwin & Scali, 2005).

En la década de los 90, se extendieron los esfuerzos para trabajar de forma conjunta entre los diversos sectores. En la Conferencia de Halifax denominada “Acción Intersectorial por la Salud para el Siglo XXI” se evaluaron los problemas de salud y el progreso sobre los mismos, identificando políticas y estrategias futuras que fueran apropiadas para el abordaje de la salud en el siglo XXI. De acuerdo con ello, la Conferencia concluyó que las acciones intersectoriales funcionaban pero debían analizarse en profundidad los éxitos y los fracasos, así las estrategias podrían ser modificadas, adaptadas e implementadas en todos los niveles para ser apropiadas de acuerdo a las diferentes situaciones y contextos (Kreisel & von Schirnding, 1998).

En los últimos años, la acción intersectorial ha tomado aún más impulso con el enfoque de STP reforzado en la Declaración de Adelaida en el año 2010. La misma, se

llevó adelante con el objetivo de formar una nueva alianza entre los sectores para impulsar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad y a los efectos de encontrar nuevas formas de mejorar los resultados en salud con la adopción de un nuevo enfoque de la formulación de políticas y la gobernanza. También, en la Declaración de Helsinki sobre la incorporación de STP se abordaron los desafíos para la implementación de la misma y la importancia de crear conexiones eficaces para la colaboración intersectorial.

La OMS en el año 2014 publicó un marco de acción a nivel de país que presentó una guía del enfoque STP a los efectos de orientar los procesos de adopción de decisiones a nivel nacional y local conforme a diversas líneas estratégicas de acción como: a) el establecimiento de las necesidades y prioridades para lograr la STP; b) la generación de un marco para la acción; la definición de las estructuras y los procesos complementarios; c) la garantía en el seguimiento, la evaluación y presentación de informes y el fortalecimiento de las capacidades.

En las Américas, la OPS también elaboró un Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas en concordancia con el marco mundial y con los análisis de diversos estudios realizados en la región. Este plan, desarrolló recomendaciones para la región sobre la aplicación del enfoque STP entre las que se destacó una guía que describía las formas en que el sector de la salud podría trabajar con otros sectores y colaborar con ellos de manera eficaz (OPS, 2015c).

En los países desarrollados, la noción de intersectorialidad ha renovado su importancia bajo el imperativo de una visión holística del gobierno, con términos de “gobierno conjunto” (*joined-up government*) o de “gobierno total” (*whole-of-government approach*). Esta noción, está vinculada a la creciente conciencia de que la mayoría de los problemas que deben enfrentar los gobiernos (múltiples factores

causales, objetivos de políticas en conflicto y desacuerdos acerca de las soluciones apropiadas), requieren abordajes que superan a los tradicionales (Cunill- Grau, 2014). Los propulsores de esta visión corresponden aquellos países cuyos gobiernos cuentan con una gran capacidad para regular los mercados y proveedores, coordinar la prestación de servicios sociales e implementar políticas redistributivas por medio de impuestos fiscales u otros mecanismos (OPS, 2015b).

En cambio, en América Latina, actualmente la acción intersectorial se asocia con una clara tendencia a la re-conceptualización de los asuntos sociales, en términos de que su abordaje debe ser multidimensional y con un enfoque de derechos (Cunill-Grau, 2014). En varios países de América Latina y el Caribe la capacidad regulatoria del Estado (en particular con respecto al ámbito privado) es limitada así como los mecanismos de redistribución, lo cual hace que la región sea una de las más desiguales en la distribución del ingreso (OPS, 2015b). De este modo, la perspectiva de la integralidad se establece en la base de la intersectorialidad asumiendo que una comprensión ampliada del fenómeno de la pobreza y de la vulnerabilidad social requiere algo más que una simple conexión o añadidura de sectores gubernamentales entre sí y de éstos con otros sectores.

La intersectorialidad a pesar de tener sus bases en la salud que se ha convertido en eje de todas las políticas públicas. Actualmente, este tipo de acción en uno de los temas más mentados en la gestión, pero en ocasiones uno de los menos formalizados (Cunill-Grau, 2014).

5.2 Salud en todas las Políticas

La noción de intersectorialidad particularmente en el campo de la salud suele estar asociada a la STP (OPS, 2015b). La STP es un enfoque de las políticas públicas a través de todos los sectores, que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y evita efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud (OMS, 2013b). Es una estrategia de política que expone cómo la salud puede constituirse como un objetivo compartido de los gobiernos y como indicador común del desarrollo (OMS, 2011).

Este enfoque destaca el papel clave de la salud como factor ubicuo y común ofreciendo un marco integral y una respuesta práctica a los problemas de la salud mediante la acción intersectorial considerando los contextos económicos, culturales y políticos más amplios. La STP proporciona estrategias, herramientas y mecanismos para una acción más coordinada y para optimizar las relaciones entre sectores a fin de alcanzar resultados positivos para la salud, salud pública y la sociedad (OPS, 2015c).

El principal desafío de la STP es lograr que todos los sectores sean conscientes de los efectos de la salud en sus decisiones y que integren la salud en sus políticas. De esta manera, el sector de salud tiene un rol primordial en promover la causa de la salud, dar asistencia técnica y ser un asociado activo al guiar y orientar los cambios necesarios. La función del sector de la salud puede variar de un país a otro y, por tal motivo, se solicita definir responsabilidades claras para los profesionales del sector considerando que tal vez sus funciones y roles se hayan centrado tradicionalmente y de manera exclusiva en la atención de salud (OPS, 2015c).

La OMS insta a los Ministerios de Salud a que fomenten la salud y promuevan la equidad sanitaria con carácter prioritario. El Ministerio de Salud o cualquier estructura similar a nivel nacional (a pesar de que cada país tiene su propia organización política y

de administración) en relación con la incorporación de la STP suele adoptar medidas respecto de los determinantes de la salud, entre ellas: impulsar mayores conocimientos científicos sobre los DSS; reconocer y priorizar todas las cuestiones sanitarias emergentes como consecuencia de cambios sociales; el seguimiento de las actividades de otros sectores que repercuten en la salud; fomentar el diálogo entre todas las instancias gubernamentales y con el conjunto de la sociedad; facilitar las relaciones entre los distintos sectores e inspeccionar su aplicación, el seguimiento y la evaluación de la política con respecto a los resultados sanitarios, los DSS y la equidad (OMS, s/fe).

En este enfoque el sector salud es el responsable de promocionar la salud e impulsar los diálogos para que los problemas sanitarios se incorporen en todas las políticas. El sector debe estar preparado para asumir este papel y su compromiso en el liderazgo para abordar conjuntamente los problemas y las preocupaciones crecientes que enfrenta el mundo en materia de salud (OMS, s/fe; OPS, 2015c).

5.3 Grados o intensidades de la intersectorialidad

A menudo se encuentra que las políticas están poco coordinadas, se superponen o incluso se contradicen, produciendo soluciones ineficientes o ineficaces, dando lugar a nuevos problemas y a un posible desperdicio de los recursos. La efectividad de las políticas dependerá de la manera en que son integrados los sectores que participan de las mismas.

No existe una única forma de trabajo conjunto entre los sectores, sino que pueden generarse diferentes grados o intensidades de la intersectorialidad.

Los grados o intensidades intersectoriales pueden estar asociados a la complejidad y profundidad de los objetivos que procuran alcanzar las acciones (OPS, 2015b). De esta manera, se distinguen diversos tipos de grados contruidos a partir de la

relación entre los sectores gubernamentales y del sector de la salud con otros sectores gubernamentales.

La formulación integrada de políticas puede presentarse de manera horizontal (entre diferentes departamentos y/o profesiones en las autoridades públicas) como vertical (entre diferentes niveles de gobierno), o en combinaciones de ambas (Meijers & Stead, 2004).

La integración remite a que los sectores trabajan de manera articulada para resolver un problema que definen y asumen como común. En sí misma, constituye el más alto nivel de colaboración, tanto en términos de intensidad como de complejidad de las relaciones entre los sectores implicados para el logro de un propósito compartido. Así, la integración de los sectores se comportaría como una variable causante de la integralidad y, a la vez, producida de las elecciones que se hagan en relación a qué, quiénes, dónde y cómo se realiza. En respuesta a estos interrogantes resultan relevantes por lo menos tres variables que inciden en la modelación de la intersectorialidad: a) el grado de inclusividad en el ciclo de formación y evaluación de las políticas, b) el grado de mancomunidad en la ejecución de las acciones y c) el grado de alteración de las formas organizacionales previas de los sectores gubernamentales involucrados.

Un sistema unificado de administración, a partir de objetivos compartidos, establecería la expresión de una integración plena traducándose propiamente en “inclusividad del ciclo de políticas”, por lo tanto, supondría que las formas de planificación, de formulación del presupuesto y de seguimiento y evaluación han dejado de ser sectoriales para ser intersectoriales. De este modo, cuando se encuentra la inclusividad, estaríamos constatando tanto una expresión o resultado de la intersectorialidad como una causa de ella.

La mancomunidad refiere a la unión, en este caso particular cuando los sectores y niveles gubernamentales comparten recursos, responsabilidades y acciones para conseguir un bien común o simplemente en la normalización de ciertos procesos de modo de hacer previsible y uniforme su realización. La mayor integración en la fase de ejecución de las acciones estaría dada por la existencia de recursos compartidos y sistemas unificados de información.

Los arreglos intersectoriales pueden constituir una parte liviana de la organización (por ejemplo, un comité interministerial) o pueden implicar alteraciones profundas en las estructuras organizativas y metodologías de trabajo de cada sector involucrado al punto de dar lugar a una nueva estructura.

Resulta evidente que hay distintas elecciones posibles para alcanzar la integración. Considerando lo anterior, la integración puede aludir a todo o parte del ciclo de políticas, traducirse en la creación total o parcial de una mancomunidad respecto de la información, recursos y responsabilidades, y suponer alteraciones (fuertes o débiles) en las estructuras organizativas de los sectores (Cunill-Grau, 2014).

Grados o intensidades entre el sector de la salud con otros sectores gubernamentales

Cuando el sector de la salud es influyente sobre el patrón de relaciones que se establece en las políticas, se ajusta la perspectiva de la intersectorialidad y los grados o intensidades de las relaciones del sector de la salud con otros sectores.

Solar y colaboradores (2009), basándose en Meijers (2004) definen los grados de la intersectorialidad del sector sanitario en relación con otros sectores, considerando el intercambio de información, la cooperación, la coordinación y la integración de las políticas.

La relación del sector de la salud con otros sectores puede generarse a través del intercambio de la información, el mismo puede ser el primer paso en el proceso intersectorial como parte de la construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo y la comprensión (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009). Principalmente, para que el sector sanitario sea más conociente de la lógica y las prioridades de otros sectores, a fin de identificar aspectos comunes o significativos en el contexto de un trabajo conjunto (OPS, 2015b).

La cooperación es otra forma de interacción entre el sector de la salud con otros sectores. Frecuentemente, esta es llevada adelante con el objeto de lograr una mayor eficiencia en las acciones que aporta cada sector y está fundamentalmente presente en el campo de la aplicación o implementación de programas o políticas, no en su formulación (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009). Sobre la base de problemas comunes o prioritarios, este tipo de relación puede darse de manera secundaria, casual o reactiva, en los que las actividades con otros sectores pueden ser precisas para el logro en el ámbito de la salud (OPS, 2015b).

De acuerdo con las relaciones basadas en la coordinación, los autores hacen mención a la misma como la implicancia de un esfuerzo de trabajo conjunto que

involucra el ajuste de políticas y programas de cada sector en busca de una mayor eficacia (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009). En algunos casos, la coordinación puede estar sujeta a una fuente de financiación compartida, apuntado a una red horizontal de trabajo entre los sectores. Esto adquiere importancia, debido a que, entre las sinergias no siempre es suficiente que exista la planificación y definición de responsabilidades conjuntas entre los sectores involucrados, sino también, los presupuestos de cada uno de ellos (OPS, 2015b).

Por último, la integración implica, más allá de la autonomía de cada sector, definir una política o programa en conjunto con otros sectores (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009). De esta manera, puede definirse no solo por la ejecución o aplicación de políticas en coyuntura, sino también por la formulación y el financiamiento de forma conjunta en relación a un objetivo social en común.

La gradualidad de la intersectorialidad en los países desarrollados se presenta configurada principalmente por la coordinación y la concordancia entre los distintos sectores gubernamentales, mientras que, los enfoques intersectoriales en América Latina tienden a remitirse sobre la necesidad de la integración. De este modo, en la región el enfoque no se centra sólo en cómo se promueve la coordinación sino en cómo y en qué condiciones puede producirse la integración entre sectores en pos de alcanzar propósitos de transformación social.

La intersectorialidad es un tema recurrente en la gestión, sin embargo, existe poca documentación y sistematización acerca de la forma en que se practica.

A la intersectorialidad se le atribuye su éxito asociado al logro de la reducción de inequidades sociales y de la salud, a la inclusión en el sector de la salud de las necesidades y prioridades de los otros sectores; y a la introducción de la salud como objetivo o meta en las otras políticas sectoriales (OPS, 2015b).

Capítulo VI

Metodología

6. Metodología de la investigación

6.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo, de carácter exploratorio, observacional y descriptivo, en un tiempo y momento determinados por un corte transversal.

6.2 Fuentes de información y proceso de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante fuentes primarias con la realización de entrevistas en profundidad a informantes clave y fuentes secundarias a través de una búsqueda de documentos en los digestos de normativa y en sitios web oficiales correspondientes a la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario.

Esta investigación tomó como punto de partida la revisión y análisis de los documentos normativos y del contenido de páginas oficiales que se utilizó como parte de la presentación de tesis de Maestría⁶. En la tesis de Maestría se llevó a cabo una búsqueda de normativas que permitieron la identificación y descripción de las intervenciones intersectoriales para prevenir y controlar las ENT creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, entre los años 2000 a 2015. Dicha búsqueda se realizó en los digestos de normativa de la provincia de Santa Fe y del municipio de Rosario durante los meses de marzo-agosto de 2016 y se estructuró de acuerdo a: tipo de norma y área temática en el digesto Santa Fe y, por conceptos clave y tema en el digesto Rosario.

⁶ Fernández, F. (2018). Identificación y descripción de las intervenciones intersectoriales para prevenir y controlar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario entre los años 2000 a 2015. Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (MGSSS). Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI). Universidad Nacional de Rosario (UNR).

En esta instancia, se extendió dicha búsqueda hasta el año 2017. De este modo, se actualizó y se profundizó la descripción de las intervenciones identificadas en la provincia de Santa Fe, a los fines de conocer cómo son abordados intersectorialmente los DSS, la salud de la población y la equidad en salud. El recorte temporal entre los años 2000 a 2017 fue convenido por ser un momento crucial de cambio simultáneo entre el mayor reconocimiento de los DSS y los esfuerzos para la acción intersectorial producido en los últimos años de la década de los 90, hasta entonces registrado en el marco de la promoción de la salud con una baja especificidad en la relación entre los sectores (OMS, 2005a; OMS, 2010).

6.2.1 Revisión digestos de normativa

La actualización de la búsqueda de documentos se realizó en los digestos de normativa de la provincia de Santa Fe en el Sistema de Información de Normativa (SIN), y en el buscador de normativas del municipio Rosario, durante el mes de septiembre de 2018. La inclusión del municipio Rosario obedece a que éste concentra una gran cantidad de habitantes de la provincia de Santa Fe (INDEC, 2010) y por el dinamismo que presenta en el desarrollo de sus políticas públicas.

Ambos digestos de normativa proveen acceso libre a leyes, decretos, ordenanzas o resoluciones que proporcionan información pública a través del contenido establecido por las decisiones provenientes de autoridades correspondientes y de acuerdo a la disposición sancionada.

La búsqueda se llevó a cabo siguiendo los mismos parámetros que en la anterior, con excepción en la configuración de la fecha ajustada en esta instancia a los años 2016 y 2017.

En el Sistema de información de Normativa Santa Fe se seleccionaron opciones preestablecidas: a) tipo de norma: Ley; decreto y resolución b) temática: promoción y salud y se combinaron del siguiente modo: 1) Ley y promoción, salud, programas, 2) decreto y programa, 3) resolución y programa.

La búsqueda en el Sistema de normativa de la municipalidad de Rosario se realizó por conceptos clave (promoción de la salud, Enfermedad No Transmisibles, Enfermedades Crónicas No Transmisibles, intersectorial, integralidad, determinantes sociales, tabaquismo, alimentación, hipertensión, obesidad, actividad física), y por área temática (promoción de la salud).

A continuación, en la figura 3 se exponen los resultados de la búsqueda completa llevada a cabo en los digestos de normativa.

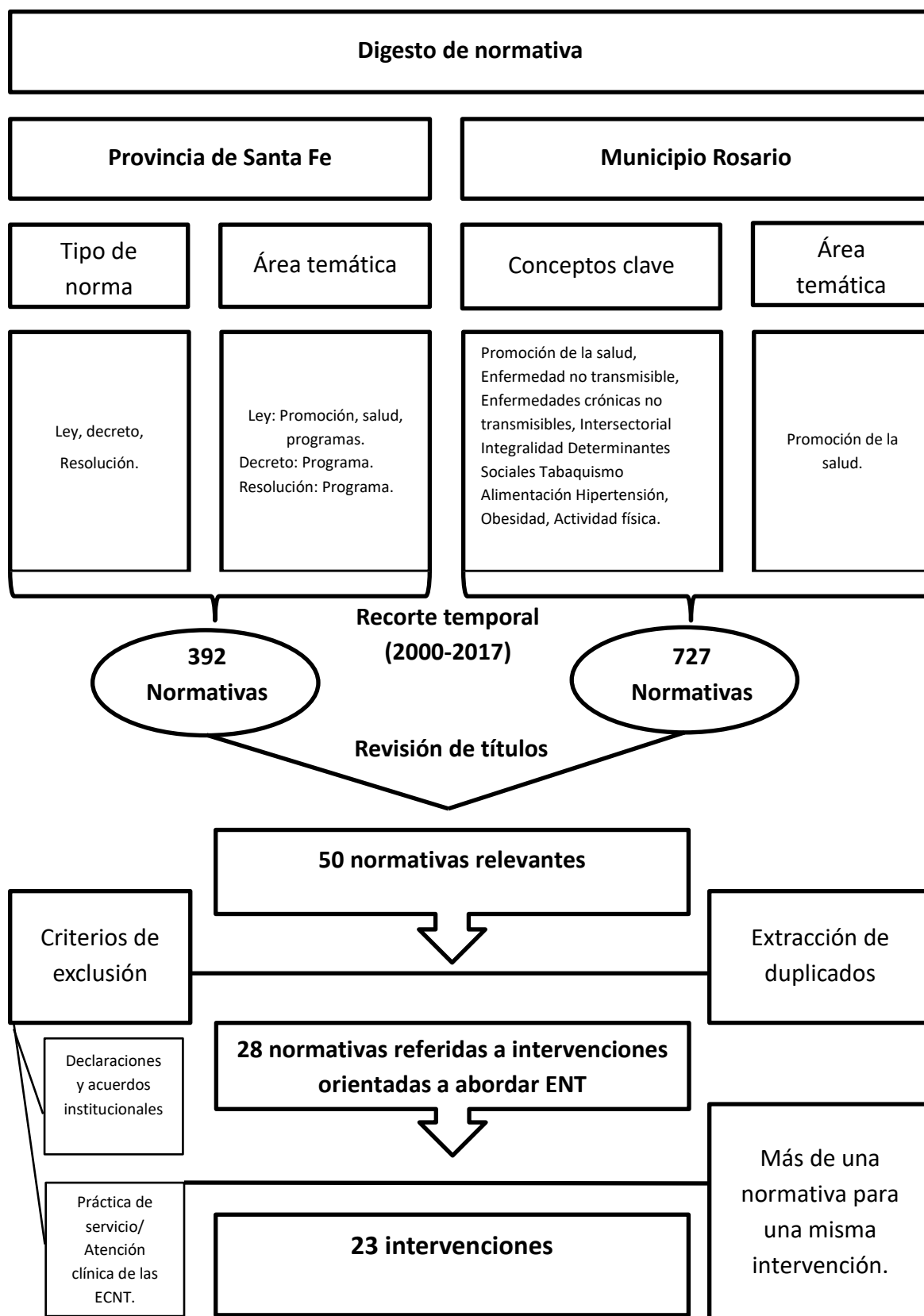


Figura 3. Configuración y resultados de la búsqueda de las intervenciones públicas para el control de ENT en los digestos de normativas. Fuente de elaboración propia.

La búsqueda en ambos digestos permitió acceder a documentos que fueron revisados mediante la lectura por título de normativa. Se excluyeron los duplicados y las normativas que configuraban como declaraciones sobre distinción de eventos, instituciones, ciudadanos ilustres e interés municipal, acuerdos institucionales y presupuestos de la administración municipal, entre otros.

A partir de la lectura completa de los documentos se identificaron las intervenciones orientadas a abordar los ENT. En casos puntuales, se halló más de una normativa para una misma intervención, entre ellas: documentos que exhibían el cumplimiento de los programas o proyectos presentados y/o actualizaciones o modificaciones de artículos de ordenanza, entre otros.

Una vez realizada la revisión de normativas e identificadas las intervenciones vinculadas al control de las ENT, se llevó a cabo una búsqueda en los sitios web oficiales correspondientes a la provincia de Santa Fe y el municipio Rosario, para complementar y ampliar la información de las mismas.

6.2.2 Búsqueda en las páginas web oficiales de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario

La búsqueda se efectuó en los portales oficiales de acuerdo al nombre de la intervención previamente identificada por normativa y a través de las siguientes secciones preestablecidas en las páginas web oficiales:

Portal gobierno de Santa Fe: Gobierno (salud, ambiente, cultura, desarrollo social, energía, hábitat y vivienda, seguridad, en otros), ejes (plan estratégico, plan abre, acuerdo capital, entre otros) y servicios.

Sitio oficial de la municipalidad de Rosario: Ciudad (cultura, medioambiente, educación, deportes y recreación, jóvenes, obras públicas, planeamiento urbano) y servicios (salud, movilidad, seguridad, higiene).

6.2.3 Entrevistas a informantes clave

Se condujeron entrevistas en profundidad a informantes clave. Se pactaron encuentros entre la investigadora y los informantes. Los encuentros fueron individuales y dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas de los informantes en el contexto de la intervención/es pública/s por la/s que fue entrevistado.

6.2.3.1 Criterios para la selección de participantes

Los representantes de las intervenciones debieron cumplir con los siguientes criterios para la inclusión:

- Decisores y actores políticos de la provincia de Santa Fe con cargos activos al momento de la entrevista involucrados en el diseño, coordinación y/o implementación de las intervenciones que abordan las ENT.
- Trabajadores en dispositivos estatales de las intervenciones identificadas para el control de ENT en la provincia de Santa Fe con cargos activos al momento de la entrevista.

6.2.3.2 Selección de participantes

Se realizó una selección intencional de participantes, se contactaron a 13 referentes de las intervenciones previamente identificadas por medio de una carta formal que incluyó: la presentación de la investigadora, los motivos por los cuales fue contactado para tal fin y una breve descripción del estudio (Anexo II).

El tipo y cantidad de participantes dependió de la permeabilidad y aceptación de los referentes de las intervenciones para la realización de las entrevistas. Del total de los contactados aceptaron 10 representantes de las intervenciones, a partir de los cuales se concretaron y realizaron 7 entrevistas. De este modo, la muestra de participantes quedó conformada por: 2 directores de agencia provincial, 4 coordinadores de programas referentes a ENT y un trabajador estatal de un dispositivo como parte de un programa para abordar dichas enfermedades. De las 7 entrevistas realizadas, 4 entrevistados pertenecían al nivel provincial, y 3 al municipal. De ellos, 5 referentes del Ministerio de Salud, uno dependiente de Gobierno y Reforma de Estado y otro de Desarrollo Social.

Las entrevistas tuvieron lugar de realización durante el mes de noviembre de 2018. La duración mínima fue de 25 minutos y máxima de 50 min.

6.2.4 Instrumento de recolección de datos

Al optar por entrevistas en profundidad se persiguió un modelo de conversación entre iguales, sin la formalidad de un intercambio estructurado de preguntas por parte de la investigadora y las respuestas de los informantes.

Se diseñaron guías de entrevistas ajustadas a cada participante considerando su implicación en las intervenciones, convenidas a cierto grado de conocimiento sobre las mismas y sobre ejes focales para el estudio. De este modo, se pudo controlar el ritmo y la comprensión de las perspectivas de los informantes respecto de sus experiencias en las intervenciones vinculadas a ENT, tal como fueron expresadas con sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 1987).

El formato de la entrevista presentó inicialmente una breve descripción del proyecto de investigación, seguida del motivo por el cuál ha sido seleccionado como

participante el entrevistado, los fines de la utilización de los datos proporcionados, la confidencialidad y conformidad de la misma (Anexo II).

Las entrevistas estuvieron conformadas por preguntas abiertas de conocimiento, de antecedentes y de opinión (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006). Los interrogantes se formularon de manera tal que se pudiera obtener información objetiva de parte de los entrevistados idóneos en la temática de estudio.

Las categorías a saber estuvieron vinculadas a la profundización del contenido de las políticas públicas intersectoriales desde la perspectiva de los entrevistados, tales como: el contexto de emergencia, los determinantes estructurales e intermedios que procuran abordar, los sectores que asumen la intervención, las alianzas estratégicas presentadas entre los mismos y las metas/desafíos presentes de las políticas.

Puntos focales de las entrevistas

- Enfoques de las políticas públicas provinciales sobre los DSS que influyen en el control y prevención de las ENT.
- Identificación de intervenciones vinculadas al control de las ENT en función de las necesidades presentes en la provincia de Santa Fe entre los años 2000-2017.
- Implicancias del accionar de los diversos sectores y las alianzas estratégicas presentadas entre los mismos.
- Información adicional de material complementario de las intervenciones identificadas o documentos oficiales producidos por el gobierno de la provincia de Santa Fe durante el período 2000-2017.
- Identificación de intervenciones que no han sido captadas previamente y otros potenciales entrevistados (efecto bola de nieve).

6.3 Objeto de estudio y unidad de análisis

El objeto de estudio de esta investigación fueron las políticas públicas creadas en la provincia de Santa Fe para abordar los DSS que influyen en la evolución de las ENT. Se consideró como políticas públicas al conjunto de objetivos, decisiones y acciones llevadas a cabo por el gobierno para solucionar problemas que en un momento dado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo Sáez, 1997).

Las unidades de análisis correspondieron aquellas intervenciones creadas en la provincia de Santa Fe entre los años 2000 a 2017 que asumieron la capacidad de abordar intersectorialmente los DSS, la salud de la población y la equidad sanitaria en el abordaje de las ENT. Como parte de este grupo de enfermedades fueron consideradas las principales según el criterio de la OMS: enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, cáncer y diabetes (OMS, 2017f) y, también, las enfermedades renales por su prevalencia y compartir los mismos FR. No se incluyeron las intervenciones vinculadas al desarrollo de prácticas médicas/asistenciales creadas a nivel territorial por servicios de salud y/o comunitarios.

6.4 Procesamiento de los datos

Las entrevistas y los documentos normativos y oficiales fueron analizados con el objetivo de conocer los DSS y las acciones de las intervenciones destinadas a controlar las ENT en la región.

La información recolectada fue categorizada utilizando como técnica el análisis del contenido semántico de los documentos oficiales y los relatos brindados por los informantes. Las entrevistas brindaron información sobre un número determinado de intervenciones.

Para el análisis se ordenó la información obtenida en una base de datos. La información se agrupó a partir del significado de los datos en el contexto de los documentos (normativos y oficiales) y de las entrevistas en profundidad, utilizando categorías de análisis.

Se elaboraron categorías preliminares que a lo largo del estudio se re-categorizaron en sus definiciones conceptuales y se ampliaron las dimensiones. Tras la selección definitiva de las mismas se procedió a realizar la categorización en cada uno de los textos.

Las categorías fueron operacionalizadas de modo tal que permitieron describir las intervenciones identificadas en el sentido de los determinantes de las desigualdades sociales en términos de: hacia quiénes se encuentran dirigidas las intervenciones, los determinantes sociales intermedios (factores conductuales, psicosociales y circunstancias materiales) ambos fundados en el marco conceptual de los DSS presentado por la CDSS, las acciones propuestas y la acción en relación a las intensidades de intersectorialidad. La tabla 8 especifica cada una de las categorías con sus respectivas definiciones conceptuales y dimensiones.

También, se valoraron las percepciones de los decisores y trabajadores del Estado en torno a los desafíos y metas que enfrentan las políticas públicas destinadas al abordaje de la problemática socio-sanitaria de las ENT.

Tabla 8a. Categorías de análisis

1. Acciones propuestas por las intervenciones de acuerdo al contexto de emergencia de las ENT	
Definición conceptual	Dimensiones
Modalidad y antecedentes de las políticas de acuerdo a las necesidades respecto del contexto de la emergencia para la acción sobre las ENT. Aspiraciones, propuestas y objetivos prioritarios a realizar y las líneas de acción para efectuarlos.	Propuestas de acción, por ejemplo: - Dispositivos - Recursos - Actividades - Controles - Regulación - Difusión/información

Fuente de elaboración propia.

Tabla 8b. Categorías de análisis

2. Configuración de los Determinantes Sociales de la Salud	
Definición conceptual	Dimensiones
Destinatarios de la intervención fundados en el marco de los Determinantes Sociales Estructurales de las desigualdades en salud (Solar & Irwin, 2010).	Ejes de desigualdad: Definición demográfica: - Género (mujer/varón). - Grupo etario (adulto/jóvenes/niños). - Población general. Definición socioeconómica: - Subsistema público. - Servicios públicos. - Población general.
Foco de la intervención desde la perspectiva de los Determinantes sociales intermedios (Solar & Irwin, 2010).	- Factores conductuales (nutrición, actividad física, consumo de tabaco y alcohol) y biológicos (factores genéticos). - Factores psicosociales (estrés psicosocial, circunstancias de vida estresantes, relaciones y apoyo social y estilos de afrontamiento). - Circunstancias materiales (incluyen factores como la calidad del barrio, el consumo potencial [por ejemplo, los medios financieros para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo, etc.] y el ambiente de trabajo).

Fuente de elaboración propia.

Tabla 8c. Categorías de análisis

3. Sector/es que asume/n la intervención	
Definición conceptual	Dimensiones
Sector/es de la estructura del Estado que asume/n la intervención.	Sector/es: - Salud - Educación - Cultura - Agricultura - Promoción social, entre otros.
4. Integración entre los sectores	
Definición conceptual	Dimensiones
-Modalidad de articulación entre los sectores de la estructura del Estado que participan de la intervención.	El sector participa: - Coordina acciones - Asume objetivos comunes con otros sectores. - Comparte información. - Comparte acciones. - Comparte recursos, entre otros.

Fuente de elaboración propia.

Como estrategia para asegurar el rigor de la investigación fue utilizada la triangulación de datos con la documentación oficial disponible producida durante el período de las intervenciones en estudio y todas las transcripciones de las entrevistas fueron revisadas por al menos 2 veces.

6.5 Consideraciones éticas

La confidencialidad de los datos personales de los participantes entrevistados fueron resguardados de acuerdo con la Ley de protección de datos personales N° 25.326 (Ley N° 25326/ 2000) salvaguardando el anonimato y la confidencialidad.

Capítulo VII

Resultados y discusión

7. Resultados y discusión

Los resultados que se presentan a continuación son producto de la identificación y análisis de 26 intervenciones para el control de las ENT impulsadas por provincia de Santa Fe. Sobre el total, 23 fueron identificadas a través de normativa y 3 a partir de las entrevistas a actores clave.

Los hallazgos se presentan a continuación de acuerdo a las categorías de análisis y sus respectivas dimensiones.

7.1 Acciones propuestas por las políticas de acuerdo al contexto de emergencia de las ENT

En respuesta al contexto emergente de las ENT las intervenciones presentaron abordajes fundamentalmente vinculados a propuestas para la educación de la salud y recursos para la promoción de hábitos saludables.

Las intervenciones propusieron acciones principalmente orientadas a: generar campañas de difusión, informaciones y asesorías (14/26), promocionar actividades físicas y recreativas (6/26), proveer recursos materiales (5/26), y dispositivos (2/26) para la promoción de hábitos saludables en respuesta al contexto de necesidad de abordar los principales FR y ENT. Para el cuidado de la salud se generaron controles de salud (5/26) y acciones para el diagnóstico precoz de ENT (3/26) y, para la prevención y el control de los consumos de alcohol y drogas, dispositivos (5/26) y regulación y prohibición (1/26).

A continuación se expone la descripción de las intervenciones en línea a las acciones en el contexto de emergencia. Para un mayor ordenamiento y organización de la información las descripciones fueron agrupadas por tipo de FR o ENT a abordar.

En respuesta a las alarmantes cifras sobre la obesidad y sus consecuencias, el “*Programa de prevención de la obesidad*” propuso llevar adelante campañas de difusión y concientización facilitadoras de información necesaria para las pautas nutricionales saludables y la creación de un espacio interdisciplinario para la prevención de la obesidad. En este espacio, se propuso abordar la problemática en forma grupal a través de charlas, talleres, debates y actividades físicas programadas. También, la Ley “*Provincial integral de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios*” dispuso un programa que incluyó entre sus artículos la realización de campañas de promoción de la salud y prevención entre las que puede destacarse la realización de actividad física y el control sobre los medios de expendio de alimentos (focalizados principalmente en los establecimientos escolares) y un abordaje clínico-terapéutico relativo a la problemática de obesidad (también este programa adhiere trastornos alimentarios como bulimia y anorexia, entre otros).

En la misma línea de abordaje, en el contexto del “*Programa de Enfermedades Crónicas*” si bien no se presentó un programa constituido como tal, de acuerdo con lo que un referente expresó, el mismo incluyó un departamento de nutrición, que brinda asesoría continua a quién lo solicite (usualmente en servicios de salud) y por demanda espontánea.

La promoción de alimentación saludable y la prevención de la obesidad en la actualidad y, más específicamente en los últimos años, son consideradas una prioridad en la agenda de las políticas públicas a nivel regional y nacional (MSAL, s/f). La provincia de Santa Fe, de acuerdo con lo hallado en este estudio impulsó políticas públicas similares a las iniciativas del nivel nacional, entre ellas: la educación alimentaria, medidas regulatorias de la oferta (control sobre los medios de expendio de alimentos escuelas) ciertos lineamientos de entornos saludables,

específicamente en las escuelas y la atención y seguimiento de la problemática. También, la provincia presentó en el año 2018 en el marco del Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, las Guías Alimentarias para la Población Argentina⁷ con el propósito de implementarlas en el territorio santafesino (Gobierno de Santa Fe, s/ff).

En Argentina la definición de una estrategia explícita para el abordaje de la promoción de alimentación saludable y el control de la obesidad aún es incipiente. En suma a los avances en relación a las pautas antes mencionadas, también se solicitan estrategias que incluyen abordajes tales como: el etiquetado frontal de alimentos; subsidios o impuestos específicos de orden económico en alimentos seleccionados (que estimulen el mayor consumo de frutas y verduras e impuestos que desincentiven el consumo de bebidas azucaradas y otros productos altos en calorías) o ciertas reformulaciones por parte de la industria alimentaria y de las políticas agrícolas y los sistemas agroalimentarios para lograr sistemas alimentarios sostenibles que promuevan una alimentación saludable (Britos, Borg, Guiraldes, & Brito, 2018; MSAL, s/f).

Como experiencias aprendidas para enfrentar el reto creciente de la obesidad diversos países como México, Estados Unidos y países del Caribe, en el año 2014, introdujeron impuestos sobre las bebidas con azúcar agregado y en el caso particular de México también, sobre los alimentos considerados malsanos o “chatarra”. Frente al alarmante contexto en relación a la obesidad, Chile aprobó una Ley Nacional del Etiquetado y la Publicidad de los Alimentos basada en datos probatorios, que comenzó a tener vigencia en el año 2016. Esta Ley exige el uso de etiquetas en el

⁷ Las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” constituyen una herramienta promovida para favorecer la aprehensión de conocimientos que contribuyan a generar comportamientos alimentarios y nutricionales más equitativos y saludables por parte de la población de usuarios directos e indirectos (MSAL, 2016).

frente del paquete en forma llamativa (Por ejemplo: signos de parada de tránsito) que señalan en los productos que tienen un contenido elevado de azúcares, grasas saturadas, sodio y calorías, es decir, cuando estos exceden los límites previamente fijados la etiqueta debe incluir el mensaje (Hennis, 2017).

Entre otras propuestas para dar control a la problemática, Siegel y otros autores más allá de considerar el consumo de frutas y verduras buscaron determinar si era proporcional a la oferta para satisfacer las necesidades actuales y crecientes de la población. Entre sus principales hallazgos el estudio agregó un valor al subrayar la importancia que implica el aumento de la provisión de frutas y verduras y de calidad, lo que establece un escenario para profundizar las políticas que involucran la producción (Siegel, Ali, Srinivasiah, Nugent & Narayan, 2014).

El “*Programa de Enfermedades Crónicas*” generó una coyuntura entre diversas propuestas y dispositivos concentrados principalmente en los FR comunes a las ENT (actividades de divulgación, coordinación de las efemérides como, por ejemplo: el día mundial de la diabetes, dispositivos para el control de los FR de las ENT), funcionando como un eje articulador de las políticas. Un coordinador expresó que antes de la creación del programa en el año 2012, en cierto modo, las diversas acciones e intervenciones para el control de las ENT eran unidades sin articulación alguna, a pesar de que en su mayoría presentaban una misma perspectiva de abordaje. El nexo propuesto en este programa provincial, estuvo representado en diferentes planos de acción en otras intervenciones identificadas que serán referenciadas a lo largo de esta sección.

La línea de acción del “*Programa de Enfermedades Crónicas*” parte de una coyuntura que se produce en el nivel nacional por medio de las estrategias que promueve la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de

Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la cual se llevó a cabo mediante el impulso de políticas públicas centradas en el desarrollo de regulaciones y acciones de promoción de la salud y el control de los FR de las ENT en la población (MSAL, 2018b).

El abordaje de la diabetes en la provincia de Santa Fe, cuenta con la Ley Nro. 12.196 en adhesión a la Ley Nacional 23.753. La promulgación de esta Ley dispuso que el Estado Provincial sea quién debe asegurar la provisión gratuita de todo lo necesario para el adecuado tratamiento de los pacientes diabéticos (insulino o no insulino dependiente). La Ley incluyó toda cobertura médica (Por ejemplo.: tecnología médica, análisis bioquímicos, etc.) y farmacológica (Por ejemplo.: tiras reactivas, insulina, etc.), y dispuso la creación del “*Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas*”. Este programa incluyó intervenciones de salud preventivas y de control para evitar o disminuir las complicaciones generadas por la patología, a los efectos de mejorar la salud y calidad de vida de las personas diabéticas. Al respecto, un coordinador resaltó que las disposiciones que presenta la Ley provincial en muchos aspectos fue superadora.

El programa que respalda la Ley incorporó un espectro de actividades que incluyen la asesoría y cobertura preventiva de la enfermedad. La estrategia para su control radica en que la diabetes desafía diversas prácticas capaces de incidir en los estilos de vida asociados a la misma, como, por ejemplo, acciones encaminadas a una disminución en el consumo de bebidas azucaradas o la realización de actividad física (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso-Noverón, 2013). En el marco del “*Programa de Enfermedades Crónicas*” se presentó el abordaje de la diabetes como parte de las estrategias de educación a toda la comunidad en forma sistemática.

También, de acuerdo a lo que un referente expresó estaba contemplada la creación del comité asesor provincial de diabetes.

Otras intervenciones tuvieron como iniciativas campañas comunicacionales con informaciones respecto de las conductas saludables, los cuidados para la salud y controles hacia ciertas ENT. Particularmente, el municipio de Rosario impulsó intervenciones relacionadas al día mundial del ACV y de la EPOC en el contexto de sus efemérides. El “*Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Infantil y del Adolescente*” llevó a cabo actividades que brindaron informaciones y controles para identificar aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA. La “*Campaña Publicitaria Permanente Contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción*” propuso un concurso de estudiantes para producir afiches con información que contuviera la temática de consumo. Los afiches ganadores fueron impresos y distribuidos con el objetivo de proporcionar los mensajes con un alcance masivo de la información.

En ambas propuestas se utilizó la estrategia de la difusión de mensajes relacionados a la promoción de la salud, fundados principalmente en informar sobre los controles de salud y sensibilizar a los ciudadanos sobre los riesgos que conllevan la adopción inadecuada de ciertos estilos de vida. Tal es así que, una revisión realizada sobre las campañas llevadas adelante en los medios de comunicación en el contexto de diversos comportamientos de riesgo para la salud como, por ejemplo: el consumo de tabaco, alcohol, FR de enfermedades cardíacas, entre otros; determinó que la comunicación masiva podría producir cambios positivos o prevenir los negativos en los comportamientos relacionados con la salud en las poblaciones y éstas, también, contribuyeron al conocimiento sobre la disponibilidad de programas basados en la comunidad y las políticas que apoyan el cambio de comportamiento

(Wakefield, Loken & Hornik, 2010). Específicamente sobre esto último, el *“Plan de Acción Integral de Salud Renal”* también entre sus propuestas incluyó el desarrollo de estrategias comunicacionales para informar a la población de la existencia del plan y de sus beneficios y oportunidades preventivas.

El *“Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables”* a través del Convenio de Cooperación ratificado entre la provincia de Santa Fe y el Ministerio de Salud de la Nación Argentina promovió una iniciativa que convoca a los Estados locales a conocer cuál es su perfil epidemiológico y crear los dispositivos adecuados para accionar sobre las problemáticas que afectan a la salud de sus poblaciones. La estrategia implicó que los municipios tuvieran avances tanto en la calidad de los procesos como en el desarrollo de las capacidades institucionales y la sustentabilidad de políticas públicas sanitarias más integrales y equitativas en función de las metas que establecieron para el abordaje de los DSS.

En este estudio se identificaron intervenciones que surgieron en el marco del *“Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables”*: la propuesta *“Rosario se Mueve Movete con Rosario”* y el *“Programa de Enfermedades Crónicas”*. Ambos formaron parte de una misma línea de abordaje con acciones para la promoción de actividad física. A través del *“Programa de Enfermedades Crónicas”* se generaron ámbitos propicios para el desarrollo de actividades físicas y se aprovisionó de ciclovías. El Programa *“Rosario se Mueve Movete con Rosario”* implementó actividades como: ejercicios aeróbicos, de danza, deportivos en los parques de la ciudad. Este último también propuso generar las "estaciones del buen hábito" para proporcionar a los participantes material educativo sobre alimentación saludable, las consecuencias del sedentarismo y los beneficios de la actividad física, entre otros.

Diversas propuestas del “*Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables*” fueron evaluadas por la OPS. En este marco, en el año 2015, se analizaron 20 municipios responsables (incluido Firmat en la provincia de Santa Fe). Los resultados de la evaluación a nivel nacional indicaron que las ENT fueron la principal temática abordada seguidas de la salud ambiental. En la provincia de Santa Fe, el “Proyecto Firmat + Sana” logró promover diversas actividades y acciones para trabajar los FR de las ENT a través de talleres, capacitaciones, eventos al aire libre y campañas (OPS, 2016b). En otra evaluación realizada por OPS en el año 2018, Rosario acreditó como municipio responsable en el marco del “*Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables*”. La evaluación proporcionó que el municipio presentó un recorrido a lo largo de los años en la que se fueron generando y fortaleciendo ciertas capacidades locales para el diseño y gestión de políticas públicas saludables con la puesta en marcha de una Sala de Situación de Salud local y la implementación de políticas para actuar sobre los DSS (modos de vida, socio-económicos, sistemas y servicios de salud y salud ambiental) (Sala de situación, s/f).

Las “*Estaciones Saludables*” (también llamadas “*Paradas Saludables*”), consistieron en puestos ubicados en espacios estratégicos y constituidos por diversos profesionales que brindan: asistencia a personas de todas las edades realizando controles de salud (Por ejemplo: medición del peso, nivel de glucosa en sangre, presión arterial), asesoramiento sobre hábitos saludables y realización de actividades en espacios públicos verdes, tales como: caminatas aeróbicas, actividades recreativas (baile, patín, etc.), entre otras.

En cuanto a los controles de salud y el asesoramiento con informaciones de cuidados para la salud la propuesta de las “*Paradas Saludables*” se encontró materializada por otras intervenciones identificadas. El “*Programa de Enfermedades*

Crónicas” realizó actividades de asesorías e informaciones en las paradas desarrolladas específicamente en las efemérides (Por ejemplo: día mundial de la diabetes). También, el “*Plan de Acción Integral de Salud Renal*” llevó a cabo en las paradas actividades de divulgación sobre la salud renal (cuidados, detección y tratamiento).

El “*Plan de Acción Integral de Salud Renal*” (PAIS-R) en la ciudad de Rosario y el “*Programa de Abordaje Integral de Enfermedades Renales*” (PAIER) a nivel provincial, fueron impulsados en respuesta a que la Salud renal es un problema creciente para la salud pública en términos de su amplia distribución, complicaciones y costo. Al respecto un coordinador en salud enunció que la problemática y emergencia IRC empezaba a ocupar una preponderancia en el gasto sanitario y en el impacto social que producía (pérdidas familiares, pérdidas laborales, entre otras), hasta ese momento visualizada y tratada hacia el camino final de la evolución de la enfermedad (diálisis o trasplante). Considerando esta situación de la salud renal las estrategias del *Plan* incluyeron: controles para detección precoz, estudios clínicos para dar respuestas efectivas a los tratamientos y divulgación de información. Un estudio realizado en Chile, que revisó a la enfermedad renal crónica como un problema de salud pública, recomendó a los países hacer reconocimiento de esta enfermedad adoptando políticas públicas que visibilicen su prevención, detección y evaluación. Asimismo, por la relevancia epidemiológica actual de las enfermedades renales, también, resultan indispensables la adopción de medidas preventivas sobre los hábitos de vida como, por ejemplo: la reducción del consumo de sal en la población (estrategia que ha demostrado ser altamente efectiva en la disminución de la hipertensión y el riesgo cardiovascular) (Flores, 2010).

En Argentina, la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles llevó adelante la iniciativa “Menos Sal Más Vida” que incluyó la reducción progresiva del contenido de sodio de los alimentos procesados mediante acuerdos con la industria de alimentos y el contenido de sal en la elaboración del pan artesanal (Ferrante, et. al., 2012). La provincia de Santa Fe, a través del Ministerio de Salud provincial adhirió a la iniciativa nacional a través del desarrollo de “Panaderías Saludables” (Gobierno de Santa Fe, 2017). En Argentina y en Santa Fe, la prevalencia del agregado de sal a las comidas presentó una baja creciente entre las últimas ENFR.

Otras intervenciones presentaron diferentes recursos y espacios para la promoción de actividad física. La propuesta de *“Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto”* dispuso de equipamientos de gimnasio para el alcance del equilibrio, coordinación, fuerza, elasticidad, movilidad; distribuidos estratégicamente en los diversos distritos de la ciudad de Rosario. El *“Sistema de Bicicletas Públicas”* instaló una serie estaciones distribuidas en circuitos establecidos en puntos estratégicos de los barrios de la misma ciudad, brindando a la población un medio de movilidad accesible, saludable y sustentable. Este recurso para su utilización dispone de ciclovías en las calles de la ciudad y de un espacio creado denominado *“Calle Recreativa”*. Esta última, aportó un circuito recreativo en el que es posible la realización de actividad física, recreativa y deportiva, libre de automóviles y transporte, y un espacio favorecedor de la convivencia y encuentro ciudadano. Este proyecto forma parte de la Red de Ciclovías Recreativas Unidas de las Américas que surgió como una iniciativa de la OPS para el control y prevención de enfermedades a través de la movilidad no motorizada y el desarrollo urbano sostenible. En este marco, diversas ciudades de los países Americanos (Venezuela, Perú, Brasil, entre

otros) en vía de desarrollo sumaron la propuesta en respuesta a la interacción entre sedentarismo, obesidad y enfermedades crónicas como resultado de los estilos de vida inactivos y en ocasiones por la escases de ambientes propicios para la realización de actividad física (Sarmiento, Torres, Jacoby, Pratt, Schmid & Stierling, 2009).

La “*Calle Recreativa*”, también, aparece enunciada como recurso materializado en propuestas generadas por otras intervenciones identificadas. El programa “*Rosario Previene*” con la finalidad de controlar las ENT y examinando los determinantes sociales, económicos y culturales de la población planeó disponer un listado de causas prevenibles y recomendaciones (Por ejemplo: cómo mantener un peso equilibrado) en la “*Calle Recreativa*” y otras reparticiones municipales de atención al público, bares instalados en espacios públicos concesionados, entre otros.

La “*Semana Saludable*” propuso la realización de diversas actividades a desarrollar durante una semana en el mes de octubre de cada año. Entre las actividades propuestas de la “*Semana Saludable*” la normativa especificó posicionar stands en el predio de la “*Calle Recreativa*” con el objetivo de brindar información y asesoramiento.

El “*Mes de Concientización del Cáncer de Mama*” también, sumó actividades de concientización en la “*Calle Recreativa*”. Al tratarse al cáncer de mama como un problema de salud pública, prioritario por su magnitud y de trascendencia, la iniciativa contempló medidas y actividades de concientización que abarcaron los cuidados, la detección temprana, el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para la enfermedad. Las actividades de concientización del cáncer de mama, estuvieron impulsadas por la Agencia de Control de Cáncer dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, creada por el Decreto N° 0085/2017.

La agencia germina como consecuencia del perfil epidemiólogo actual del cáncer que ocupa un lugar prioritario y específico dentro de la agenda sanitaria.

La Agencia del Control del Cáncer presentó a su cargo ejes de acción distribuidos de acuerdo con: políticas de reducción de la mortalidad, evaluación y acceso a las tecnologías sanitarias y diagnóstico epidemiológico. Un referente indicó que entre las evaluaciones y las políticas de acción que llevó adelante la agencia se realizó un trabajo en pos de la salud ambiental con el “*Comité Interministerial de Salud Ambiental*” (CISA). Este comité, fue creado e implementado para desarrollar acciones integrales y complementarias en las que la complejidad excede aspectos específicos por ser multifactoriales y que a la salud ambiental competen.

Sobre el contexto epidemiológico del cáncer, se promulgó la “*Ley de Cáncer de Próstata*” que promueve acciones para el control y el cuidado de la salud a través de exámenes médicos pertinentes y de la difusión para la toma de conciencia colectiva.

Este grupo de intervenciones que promovieron la detección, el cribado, el tratamiento y los cuidados paliativos conforman un conjunto de propuestas que son componentes fundamentales para el control, la reducción de complicaciones y la mortalidad prematura por ENT (OMS, s/fd).

El “*Programa de Control del Tabaquismo*” a través de la Ley que lo respalda, estableció la regulación de ambientes libres de humo de tabaco generando ambientes no propicios para el hábito. Las acciones propuestas por este programa incluyeron: la prohibición de fumar en espacios cerrados en lugares de trabajo, público o privado, en todos los edificios públicos, dependientes de los tres poderes del Estado Provincial y en todas las dependencias de edificios públicos o privados, cualquiera sea su finalidad (sanitaria, educativa, comercial, cultural, de servicios,

etc.); la publicidad directa e indirecta de los productos del tabaco destinados al consumo y/o distribución de tabaco y sus derivados con restricción de venta a menores de 18 años, y campañas educativas y dispositivos con el objetivo de reconocer la adicción del tabaco como enfermedad para su diagnóstico, tratamiento y cobertura médica en todos los sistemas de salud.

En Argentina, la exposición al humo de tabaco ajeno y el consumo de tabaco se redujeron. En Santa Fe, los resultados de las ENFR 2009 y 2013 indicaron una variación sin cambios significativos a favor de la reducción del consumo de tabaco.

El consumo de tabaco es uno de los principales FR prevenibles de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todo el mundo. Diversos países de América progresaron con intervenciones similares a las del territorio provincial para controlar el tabaquismo, gran parte de los países estaban cubiertos por leyes nacionales que promulgaron ambientes libres de humo y utilizaron advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de tabaco (Hennis, 2017).

El grupo de intervenciones descriptas hasta aquí incluyen medidas en el orden de lo que se promueve como acciones efectivas que van desde la promoción de información, cuidados y hábitos saludables hasta los controles periódicos, el asesoramiento y la provisión de tratamiento farmacológico oportuno de las ENT.

Otro grupo de intervenciones comprende diferentes dispositivos que incluyen diversas propuestas, acciones y recursos orientados al control del consumo de alcohol y sustancias y las adicciones.

El Proyecto “*Nuestras Huertas*” *una salida a las drogas* generó un espacio para la asistencia y rehabilitación con actividades que promovían la adquisición de nuevas habilidades a través de la capacitación para la producción ecológica y los

emprendimientos asociados e incluidos en las distintas redes solidarias en torno al Programa de Agricultura Urbana (PAU)⁸.

La “*Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones*” se construyó para generar un enlace entre las políticas públicas impulsadas en materia de consumos problemáticos de sustancias en el territorio de la provincia de Santa Fe. La propuesta generó ejes de trabajo ligados a la prevención, la asistencia, la promoción de derechos y la orientación a la ciudadanía.

Las acciones propuestas por “*Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones*” fueron reestructuradas con la creación de la *Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones* (APRECOD). De acuerdo con lo que un decisor expresó la reestructuración buscó perfeccionar la configuración de las políticas concibiendo la articulación en las acciones para la promoción de la salud, la prevención del consumo problemático de sustancias y la cobertura de tratamiento de aquellas personas que presentan patologías adictivas. En el ámbito de APRECOD, más específicamente en el marco de la propuesta provincial el “*Plan para el abordaje integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias y las Adicciones en la provincia de Santa Fe*” del plan Abre Vida⁹, Este último, se divide en tres ejes: preventivo, asistencial y de capacitación. Como parte del proceso de atención surgieron las intervenciones “*Redes de cuidados*” y “*La Estación*”.

A través de “*Redes de cuidados*” se generaron espacios para la contención, participación e inclusión social y el tratamiento (monitoreo y seguimiento) de personas con consumos problemáticos. Si bien esta propuesta formó parte de un

⁸ El PAU promueve la generación de emprendimientos sociales de producción y elaboración de alimentos obtenidos de emprendimientos de agricultura urbana, mediante técnicas ecológicas, destinados al consumo familiar, comunitario y al mercado (Municipalidad de Rosario, s/fc).

⁹ Abre Vida es un plan provincial llevado adelante por APRECOD en pos de fortalecer programas provinciales existentes y generar nuevos para dar respuestas efectivas al abordaje integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias y las Adicciones en la provincia de Santa Fe (Gobierno de Santa Fe, s/fg).

proceso asistencial, un decisor aseguró que a través del mismo se llevaban a cabo actividades para la promoción de hábitos saludables y la prevención de consumos. Desde esta perspectiva se realizaron diversas estrategias que advertían el peligro del consumo de sustancias, como una respuesta alternativa ante situaciones cotidianas entre ellas: encuentros de jóvenes en fiestas sin alcohol y otras actividades como: “Abriendo El Juego” en las que se trabajó la prevención y control del consumo de alcohol y drogas en ámbitos deportivos.

“La Estación” generó un espacio de referencia para el asesoramiento y la atención e intervención de las demandas generadas por el alcohol y sustancias psicoactivas. La estrategia incluyó recursos tales como la disposición de profesionales y la generación de dispositivos inclusivos, clínicos-terapéuticos y socio-comunitarios.

También, en el ámbito de APRECOD, se creó la “*Red Provincial de Municipios y Comunas para la prevención y el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias*”. La propuesta surgió para generar nuevas estructuras capaces de fortalecer las estrategias de prevención y de tratamiento integral considerando que los municipios y comunas se visibilizaban como instituciones estatales de cercanía y proximidad con los ciudadanos. Esta red, designó referentes territoriales para establecer espacios de escucha y contención, impulsando acciones, proyectos y programas sobre políticas públicas de prevención y tratamiento integral de las adicciones; para dar respuestas efectivas a las demandas relacionadas a los consumos problemáticos sean estos provenientes de sustancias legales o ilegales.

En lo puntual y específico respecto del control de consumo de alcohol, la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol de la OMS y el Plan de Acción en la misma línea de la OPS incluyen en suma a los abordajes de atención,

medidas de acción costo-eficaces tales como: el control de la disponibilidad, del marketing y de los precios de la sustancia. De acuerdo con el recorte temporal de la búsqueda en este estudio no se hallaron acciones que promovieran este tipo de medidas. Sin embargo, existen documentos normativos promulgados en el año 1998 que indicaron que en el territorio se llevaron a cabo medidas incorporadas en la Ley registrada bajo el N° 11. 607, entre las que se incluyen prohibición del expendio de bebidas alcohólicas a menores de 18 años en todo el territorio provincial y el suministro malicioso de las mismas y de todo aquel que ocasionare o contribuyere a la embriaguez de una persona suministrándole bebidas o sustancias capaces de producir ese estado (Ley N° 11.607/1998).

Las intervenciones incluyeron acciones por parte del Estado para intervenir sobre la problemática de las ENT. Gran parte de ellas propusieron la creación de entornos saludables con recursos materiales y espacios para la realización de controles en salud, la difusión y el fomento de hábitos y/o conductas. El Estado Santafesino también forjó la construcción social del problema de consumo de sustancias al considerar el contexto de necesidad de llevar adelante un enfoque para el abordaje integral por medio de diversas estructuras y marcos institucionales. La mayor parte de los entrevistados señalaron que la provincia de Santa Fe viene trabajando en los consumos de sustancias en forma creciente en el contexto de la problemática socio-sanitaria compleja.

En la mayoría de las intervenciones las acciones fueron complementarias entre sí presentándose un nexo entre las diferentes propuestas.

7.2 Configuración de los Determinantes Sociales de la Salud en las intervenciones que abordan las ENT

7.2.1 Determinantes Sociales Estructurales

En cuando a los destinatarios según los ejes de desigualdad la mayoría de las intervenciones adoptaron una cobertura poblacional para el control de las ENT.

Por definición demográfica el mayor registro de las intervenciones se presentó destinada a la población general (19/26) y en menor medida las propuestas indicaron distinción por rango etario (6/26) y por género (2/26).

Por definición socioeconómica las intervenciones presentaron principalmente por destinatarios a la población general (21/26) y en menor grado fueron receptoras las personas que acuden al subsistema público y los servicios públicos (5/26).

Definición demográfica de las intervenciones para el control de las ENT

Tabla 9a. Destinatarios de las intervenciones por definición demográfica

Intervenciones	Definición Demográfica
-Programa de Prevención de la Obesidad. -Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas. -Programa de Control de Tabaquismo. -Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. -Campaña Informativa en Adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). -"Rosario se Mueve, Movete con Rosario". -Calle Recreativa. -Programa Enfermedades Crónicas. -Programa "Rosario Previene". -Programa de Prevención, Difusión y Concientización del ACV. -Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios. -Sistema de Bicicletas Públicas. -Semana Saludable -Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto. -Programa Permanente de "Estaciones Saludables". -Redes de Cuidados. -Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias. -La Estación. -Comité interministerial para la salud ambiental.	Población General

Tabla 9b. Destinatarios de las intervenciones por definición demográfica

Intervenciones	Definición Demográfica
-Mes de Concientización del Cáncer de Mama.	Mujeres
-Ley de Cáncer de Próstata	Varones
- Ley de Cáncer de Próstata	Adultos
-Plan de Acción Integral de Salud Renal (PAIS-R)	
-Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones.	Jóvenes
-Proyecto "Nuestras Huertas" Una salida a las drogas.	
-Campaña Publicitaria Permanente contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción.	
-Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Infantil y del Adolescente.	Niños

La mayoría de las intervenciones presentaron como destinatarios a la población general. Estas intervenciones con bases poblacionales se encontraron fundamentalmente vinculadas a los espacios comunes de la sociedad para promover principalmente actividades físicas y recreativas, cuidados de la salud y campañas comunicacionales e informaciones en cuanto a los hábitos protectores de la salud de alcance masivo. Este grupo de propuestas de acceso universal priorizan a la promoción de la salud, la participación de la comunidad y los recursos para mejorar

los hábitos de vida. Los planes de las organizaciones internacionales para controlar las ENT promueven el tipo de intervenciones mencionadas que son costo-efectivas y de cobertura poblacional (OMS, 2013a). Asimismo las organizaciones, también, solicitan visibilizar y controlar aquellos grupos de la población que tienen mayor vulnerabilidad de exposición a los determinantes de las ENT.

Destinatarios de las intervenciones por grupo etario

Por un lado, la “*Ley de Cáncer de Próstata*” discriminó como beneficiarios a los varones mayores de 50 años. También, la normativa del “*Plan de Acción Integral de la Salud Renal*” indicó como principales destinatarios a la población adulta. Sin embargo un coordinador del plan manifestó:

(...) nos encontramos que teníamos una población joven muy vulnerable, encontrábamos problemas renales muy importantes en gente mucho más joven (...)

Por otro lado, las intervenciones orientadas al control del consumo de sustancias tuvieron como principales receptores de las propuestas a los jóvenes. Si bien dicha problemática concierne a toda la población, son los jóvenes el grupo etario más expuesto frente a este tipo de consumos (OMS, 2018i)

La “*Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones*” solicitó incorporar la perspectiva joven en la construcción de la misma. El *Proyecto “Nuestras huertas” una salida a las drogas*, enunció en la normativa la priorización de jóvenes al considerar:

“El joven adicto se encuentra en una preocupante situación de vulnerabilidad”. Resulta imperioso entregar a la población joven drogodependiente herramientas concretas para superar una

enfermedad social que aleja al individuo de la realidad, dificulta la construcción de vínculos, promueve conductas destructivas para sí mismo y para terceros, pérdidas afectivas y materiales, genera conflictos familiares ligados a situaciones de violencia, falta de comunicación, abandono, sentimiento de soledad y desamparo, falta de proyectos personales” (Ordenanza Municipal 8341/2008).

La “*Campaña Publicitaria Permanente contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción*”, promovió distintas actividades de concientización y comunicación en la que participaron los estudiantes menores de 21 años que se encontraron cursando el nivel Polimodal.

También, “*La Estación*”, la “*Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias*” y el programa “*Redes de Cuidados*” fundados en la universalidad presentaron un foco de acción prioritario hacia los jóvenes.

De acuerdo con lo que un decisor expresó en “*Redes de Cuidados*” comenzó a plantearse también cuál era el rol adulto en la complejidad de la problemática de consumo de sustancias en los jóvenes. Como resultado de ello, se incorporaron ciertas estrategias en la que los adultos pudieran ser quienes transpongan la adquisición de la práctica sobre aquellos que presentan mayores exposiciones a los consumos, pensando en los mismos como posibles factores protectores de los jóvenes. Los entrevistados manifestaron que las situaciones de consumo deberían ser tratadas de acuerdo al contexto en el cual se desarrollarían las acciones y en la singularidad de cada caso.

La propuesta de “*Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto*” identificó un aporte en cuanto a potenciales destinatarios más allá de ser un recurso que tiene acceso libre a

toda la población. La norma que promulga la propuesta dispuso el uso prioritario de los gimnasios en los adultos mayores, su adaptabilidad para personas con capacidades limitadas y la prohibición de su manejo de los niños.

El *“Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Infantil y del Adolescente”* asignó como principales receptores de las actividades a los niños y adolescentes, a los efectos de captar posibles potenciales riesgos en dicha población. Los planes de acción de las organizaciones internacionales para las ENT basados en la evidencia solicitan intervenciones con especial atención en los niños.

Los efectos crecientes producidos por los determinantes de las ENT en los niños y adolescentes requieren discriminar ciertas estrategias a los fines de salvaguardar las consecuencias en los mismos. Un ejemplo de ello es la obesidad la cual se encuentra en aumento acelerado en los niños con una mayor propagación en los países de ingresos bajos y medianos y, como consecuencia la aparición prematura de ciertas ENT como la diabetes o las cardiopatías; resultando preciso, también, hacer frente a los determinantes socioeconómicos de la problemática (OMS, 2018g).

Destinatarios de las intervenciones por género

La *“Ley de Cáncer de Próstata”* tuvo por destinatarios directos a los varones adultos y el *“Mes de Concientización del Cáncer de Mama”* a pesar de que las actividades propuestas fueron direccionadas a toda la población tuvo por receptoras y beneficiarias directas a las mujeres.

También, como parte de las evaluaciones y selección de los proyectos presentados en el marco de APRECOD para conformar la *“Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias”* se solicitó por normativa:

“Género: que consideren la perspectiva de género en la propuesta y en el grupo que la promueva” (Decreto 2.115/2017).

Las intervenciones presentaron perspectivas de género principalmente sobre la exposición biológica sin especificar abordajes que sobrellevaran los efectos negativos para la salud como consecuencia de la construcción y la representación social de los varones y las mujeres.

De acuerdo a los datos de la ENFR en el caso particular del territorio de la provincia de Santa Fe son mayormente vulnerables a la exposición de los principales FR aquellos que presentan un menor nivel de escolaridad, los varones y los jóvenes. Los varones fueron destinatarios de una intervención que promueve el control y la cobertura del cáncer de próstata y los jóvenes priorizados en el control de consumos de sustancias y abordaje de adicciones. El consumo de alcohol y los niveles de riesgo en los distintos registros de las ENFR continuaron elevados y, con mayores porcentajes en los varones jóvenes tanto en el nivel nacional y como provincial (MSAL, 2011; 2015).

Definición socioeconómica de las intervenciones para el control de las ENT

Las intervenciones identificadas que prestaron el accionar a aquellas personas que acuden a los servicios y efectores públicos de salud se encontraron principalmente vinculadas a la realización y acceso a los controles de la salud, la detección precoz de ENT y la prevención de posibles complicaciones.

El “*Programa de Prevención de la Obesidad*”, “*Plan de Acción Integral de Salud Renal*” y *Ley de Cáncer de Próstata*” desarrollaron sus actividades para el control y la prevención de ENT en la red de servicios públicos de salud.

En el “*Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas*” de acuerdo a los datos expresados en la Ley son destinatarios de la intervención aquellas personas con diagnóstico de diabetes que se encontraran en la condición de:

“No hallarse amparado por cobertura médico social alguna”.

“No poseer ingresos o recursos propios de ninguna naturaleza que le permitan solventar los gastos de medicamentos y otros insumos necesarios para un tratamiento y control adecuado de su enfermedad”
(Ley N°12196/ 2003).

También, la normativa enunció detalladamente que todas las obras sociales, sistemas prepagos y cualquier otro sistema con fines semejantes en el ámbito provincial, deberán incluir en sus planes la provisión de todos los beneficios del programa al paciente diabético. Al respecto, a través del “*Programa de Enfermedades Crónicas*” el paciente diabético pudo acceder a informaciones y asesoría correspondientes a los beneficios y sus alcances, tanto la población que asiste al sistema público de salud como aquella que goza de cobertura privada. Al respecto, un coordinador expresó:

(...) si bien el Ministerio de Salud ya hace unos años tiene la política de no negarle el insumo a nadie... pero asesoramos, “señor” si usted tiene obra social la Ley obliga a esa obra social y a esa prepaga a cubrirle tal o cual cosa (...)

Esta expresión revela que todas las personas de acuerdo a su necesidad deben acceder a los servicios básicos de salud (promocional, preventivo, curativo y rehabilitador) así como a medicamentos esenciales seguros, asequibles, eficaces y de calidad. Las declaraciones políticas de la OMS reconocen la importancia del avance

en este sentido en el marco de una agenda integrada para el control de las ENT (OMS, 2013a).

El Proyecto “*Nuestras Huertas*” una salida a las drogas promovió y generó espacios de recuperación y asistencia a los consumos a todas aquellas personas que por su condición socioeconómica no tuvieran los medios necesarios para acceder a la recuperación.

Estas intervenciones promovieron el acceso a los servicios y a la atención primaria para la detección y control viabilizando que los usuarios no fueran expuestos a posibles dificultades en las que se destacó especial atención a los grupos con mayor vulnerabilidad económica.

7.2.2 Determinantes Sociales Intermedios

En su totalidad las intervenciones indicaron abordar factores conductuales y biológicos orientados al control de las ENT. Un menor número de propuestas especificaron el abordaje de factores psicosociales (6/26) y de circunstancias materiales (5/26).

Factores conductuales y biológicos

Todas las intervenciones identificadas expresaron abordar al menos un factor conductual. En su mayoría las intervenciones propusieron actividades para el abordaje de múltiples conductas y hábitos que son comunes y evitables al grupo de las principales ENT.

Se distinguieron dos grupos de intervenciones, por un lado, los hábitos de vida (actividad física, nutrición, cuidados de la salud) y por otro lado, el consumo de tabaco, alcohol y sustancias.

En el primer grupo, la *“Calle Recreativa”*, el *“Sistema de Bicicletas Públicas”* y los *“Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto”* promovieron un enfoque centrado en la realización de actividad física como hábito saludable primordial. A su vez, en el ámbito de la *“Calle Recreativa”* se realizaron actividades incluidas en otras propuestas como: la *“Semana Saludable”* promovió estilos de vida saludables (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, entre otros), el *“Mes de Concientización del Cáncer de Mama”* la concientización sobre los cuidados para controlar el cáncer de mama, y *“Rosario Previene”* incorporó a las actividades de la Calle un listado de recomendaciones y cuidados de la salud que incluyeron aumentar la ingesta de frutas y verduras, reducir la ingesta de sal, reducir el consumo de alcohol, realizar controles de salud periódicamente, a los efectos de controlar todas aquellas causas prevenibles y comunes a las ENT.

Las *“Paradas Saludables”* optaron principalmente por la oferta de actividades físicas en los barrios de la ciudad de Rosario como: clases de gimnasia, caminatas aeróbicas, bicicleteadas, baile, patín, entre otras; en suma a las recomendaciones en cuanto a los hábitos saludables (por ejemplo: consejería nutricional) y los controles de salud (medición de la talla, del peso, nivel de glucosa en sangre, presión arterial).

El dispositivo *“Rosario se Mueve, Movete con Rosario”* generó la concientización sobre las bondades de la actividad física promoviendo su realización y educación en los parques de la ciudad de Rosario y proporcionó informaciones sobre hábitos saludables. También, como parte de las estrategias del *“Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables”*, se crearon dispositivos favorecedores para la realización diaria de actividad física por medio de ambientes propicios generados para tal fin.

Entre las intervenciones que promovieron conductas alimentarias se encontraron el *“Programa de Prevención de la Obesidad”* y el *“Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios”*. El *“Programa de Prevención de la Obesidad”* situó sus actividades a la orden de establecer pautas nutricionales adecuadas a los efectos de mejorar la calidad de vida de las personas obesas en suma a propuestas para controlar el sedentarismo. La normativa que promulga el *“Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios”* dispuso entre sus objetivos concientizar a la población al respecto de los trastornos alimentarios promoviendo conductas y hábitos alimentarios como parte de los estilos de vida saludables.

El segundo grupo estuvo constituido por las intervenciones que abordaron los factores de conducta del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

El *“Programa de Control del Tabaquismo”* asumió regular la conducta de consumo de tabaco a lo largo de todo el territorio provincial, la *“Campaña en Adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)”* adhirió informaciones sobre el tabaco considerando que si el consumo del mismo fuera eliminado podría desaparecer dicha afectación y la *“Campaña Publicitaria Permanente contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción”*, promovió afiches ganadores (creados por los jóvenes estudiantes) publicados en lugares comunes de la sociedad con informaciones al respecto del control sobre dichos consumos.

El Proyecto *“Nuestras Huertas” una salida a las drogas* abordó la problemática del consumo de sustancias y la *“Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones”*, *“Redes de Cuidados”*, *“Red Provincial de Municipios y*

Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias” y “La Estación” consideraron controlar las conductas de consumo de drogas y alcohol. En relación al control del consumo de alcohol en *“Redes de Cuidados”* un decisor indicó que:

(...) grandes problemas con la naturalización de muchos consumos que la verdad que están bueno problematizarlos sobre todo el alcohol en todas las clases sociales (...)

Ambos grupos de intervenciones mostraron iniciativas a través de diferentes acciones para la adopción de hábitos y conductas saludables, con especial hincapié en la realización de actividad física y el control de consumo de sustancias, orientadas a la reducción de los principales FR para la prevención de las ENT.

Factores Psicosociales

Las intervenciones que propusieron abordar circunstancias de vida estresantes, relaciones y apoyo social y estilos de afrontamiento fueron: la *“Calle Recreativa”*, *“Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios”*, el Proyecto *“Nuestras Huertas” una salida a las drogas*, *“Redes de Cuidados”*, la *“Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias”* y *“La Estación”*.

La *“Calle Recreativa”* proporcionó un espacio favorable para la convivencia ciudadana, los valores democráticos, respeto y tolerancia, la comunicación y la cohesión social. Al respecto, un estudio realizado en las Ciclovías recreativas de las Américas, mostró que en un gran porcentaje las iniciativas promovieron la participación de la comunidad a través de un voluntariado que proporcionó

oportunidades de empleo a través de negocios temporales. También, entre las iniciativas estudiadas los programas promovieron la participación de la comunidad a través de un voluntariado, brindando a los estudiantes oportunidad para completar un servicio social o a los ciudadanos pensionados la oportunidad de servir nuevamente a la comunidad (Sarmiento, Torres, Jacoby, Pratt, Schmid & Stierling, 2009).

El “*Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios*” puso en manifiesto llevar adelante acciones específicas de la problemática orientadas abordar la estigmatización y discriminación de aquellas personas que padecen trastornos en la alimentación.

La ordenanza del *Proyecto “Nuestras Huertas” una salida a las drogas* enunció, entre los objetivos del mismo un enfoque a partir del cual se promovieran lazos sociales y de solidaridad:

(...) Si la sociedad es la que excluye, es ella misma el lugar de la inserción social del joven adicto, la sociedad debe ofrecerle a este las posibilidades de inclusión en sus diversos espacios sociales y productivos y en este sentido, emprendimientos como los realizados en los Parques Huertas representarían una alternativa óptima para dicha realidad, afirmación que descansa sobre distintas y exitosas experiencias realizadas por organizaciones que abordan la problemática (...)

En la misma línea, “*Redes de Cuidados*”, la “*Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias*” y “*La Estación*” consideraron la construcción de espacios de contención y de políticas que impulsaran la participación e inclusión social de personas con consumos problemáticos.

Estas intervenciones abordaron principalmente la convivencia ciudadana, la discriminación y la inclusión social considerando espacios, acciones y lazos sociales a los efectos de aminorar experiencias y situaciones de la vida que pueden ser percibidas como amenazantes o difíciles de afrontar.

Circunstancias materiales

Sobre las circunstancias materiales ciertas propuestas plasmaron un accionar en los espacios del contexto urbano facilitando el acceso a una sociedad potencialmente activa y a los efectos de alcanzar mejoras en las condiciones de salud.

La “*Calle Recreativa*” proporcionó un circuito con el cierre temporal de calles para el tráfico motorizado. Este circuito generó un espacio donde las personas pudieran pasear, caminar, patinar, correr, y andar en bicicleta, entre otras actividades físicas y recreativas. La propuesta de “*Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto*” dispuso los elementos/aparatos de gimnasio en los espacios verdes de la ciudad (uno de los dispositivos aeróbicos con tres equipos de uso individual que transforman energía cinética en energía eléctrica) y el “*Sistema de Bicicletas Públicas*” instaló estaciones que disponen de bicicletas en los barrios proporcionando un recurso para el transporte urbano. También, de acuerdo con lo que un referente expresó, en el marco del “*Programa Enfermedades Crónicas*” se crearon ciclovías y espacios urbanos seguros, iluminados y acordes, para la realización de actividad física y/o traslados a través de medios de transportes no motorizados.

Estas intervenciones de acuerdo a lo que reveló un estudio realizado en Bogotá podrían tener, efectos positivos sobre la salud y el medioambiente. Sobre este último, el estudio mostró que la concentración de contaminación ambiental debido al

tráfico vehicular fue 13 veces menor durante una jornada de ciclovías. Esta situación conllevó a que proveer de espacios necesarios en los contextos urbanizados proporciona beneficios a las comunidades que van más allá del aumento de la actividad física y la prevención de enfermedades crónicas (Sarmiento, Torres, Jacoby, Pratt, Schmid & Stierling, 2009).

El *Proyecto “Nuestras Huertas” una salida a la drogas* aprovisionó de parques y jardines huertas (que surgieron de la intervención de vacíos urbanos sobre los accesos viales a la ciudad, los bordes de los arroyos o espacios en tierras fiscales remanentes o sin programa de uso) y así, fuera provechosa la experiencia social y productiva para avanzar en la resolución de los conflictos laborales, de subsistencia y existenciales que, en ciertas ocasiones, pueden ser causantes de la propia adicción a los consumos. La propuesta se encontró en línea a la creación de parques y jardines huerta como experiencia social, productiva y favorecedora de un espacio de trabajo y de manejo y uso sustentable de plantaciones.

El *“Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas”* en el marco de la Ley que lo respalda suministró los recursos que atañen al control y tratamiento de las personas diabéticas (Por ejemplo: provisión de medicamentos). Al respecto, en el Informe Mundial de la Diabetes de la OMS (2016) se recomendaron políticas y programas que garantizaran un acceso equitativo a tecnologías esenciales de diagnóstico y los medicamentos estén disponibles y al alcance de quienes los necesiten. Esta recomendación varía enormemente según la región y el nivel de ingresos de cada país. Si bien, la mayoría de los países indican que cuentan con políticas nacionales, en algunas regiones las directrices carecen de financiación y su aplicación en ocasiones es deficiente. Esta situación se debe a que, por lo general, los países de ingresos bajos no tiene acceso a las tecnologías básicas

ni cuentan con los recursos farmacológicos necesarios para controlar la diabetes (OMS, 2016).

De acuerdo con el marco conceptual de los DSS este grupo de propuestas comprendieron ciertos determinantes relacionados con el entorno físico a través de la provisión, acondicionamiento y recursos materiales en los barrios de la ciudad para la realización de actividad física, sobre el potencial de consumo en términos de la generación de espacios que permitieron la producción y trabajo en parques y jardines huertas y, la cobertura de recursos económicos con la provisión de fármacos y tratamientos para las ENT.

7.3 Sector que asume la intervención para abordar las ENT

Los sectores que asumen las intervenciones orientadas al control de las ENT son: Salud (14/26), Gobierno y Reforma de Estado (5/26), Desarrollo Social (5/26), Medioambiente (1/26) y Servicios Públicos (1/26).

Tabla 10a. Sector del Estado que asume la intervención

Sector/es que asume/n la intervención	Intervenciones
Salud	-Programa de Prevención de la Obesidad. -Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de las Personas Diabéticas. -Programa Nacional Municipio y Comunidades Saludables. -Mes de Concientización del Cáncer de Mama. -Plan de Acción Integral de la Salud Renal. -Campaña Informativa en Adhesión al Día Mundial de la EPOC. -Rosario Previene. -Programa de Prevención, Difusión y Concientización del ACV. -Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios. -Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Infantil y del Adolescente. -Semana Saludable. -Programa de Enfermedades Crónicas. -Programa Permanente de “Estaciones Saludables”- “Paradas saludables”. -Ley de Cáncer de Próstata.

Tabla 10b. Sector del Estado que asume la intervención

Sector/es que asume/n la intervención	Intervenciones
Gobierno y Reforma de Estado	-Programa Control del Tabaquismo. -Campaña Publicitaria Permanente contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción. -Calle Recreativa. -Redes de Cuidados. -Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de sustancias.
Medioambiente	-Comité Interministerial de Salud Ambiental.
Servicios Públicos	-Sistema de Bicicletas Públicas.
Desarrollo Social	-Proyecto “Nuestras Huertas” una salida a las drogas. -Rosario se Mueve, Movete con Rosario. -Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones. -Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto. -La Estación.

El Ministerio de Salud es quién se responsabilizó de gran parte de las intervenciones vinculadas puntualmente al proceso de abordaje de las ENT y en aquellas que presentaron entre sus objetivos los cuidados para salud y la promoción

de hábitos saludables. La Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre ENT consideró a la labor y experticia del sector de la salud y el personal de sanidad en un orden multidisciplinario que, por su capacidad para promover la salud, controlar y prevenir y asistir las ENT los convierte en aliados inapreciables para actuar contra dichas enfermedades (OMS, 2018g).

Los Ministerios de Gobierno y Reforma de Estado y Desarrollo Social facultaron principalmente las intervenciones vinculadas al control del consumo de alcohol, tabaco y drogas y, aquellas que proporcionaron los medios necesarios para obtener los espacios adecuados para la realización de actividades físicas y recreativas en el contexto urbano.

El documento que promulgó al “*Comité Interministerial de Salud Ambiental*” decretó al Ministerio de Salud como el sector que debía asumir la propuesta. Posteriormente, la responsabilidad de la intervención fue asumida por el sector Medioambiente. Al respecto un coordinador de Salud expresó:

(...) en el decreto firmado por el gobernador en aquel entonces, el que debía liderar era Salud, pero por diferentes motivos quien tomó el liderazgo es Medioambiente y me parece que no fue una cosa azarosa estamos hablando de los determinantes de salud medioambiental, digo, justamente el Ministerio que mejor capacidad tiene para liderar un comité con estas características es Medioambiente y no Salud (...)

Gran parte de las intervenciones tuvieron como responsable al sector Salud en línea al papel decisivo que el mismo debería cumplir en las mejoras de las condiciones de salud y el acceso a los servicios sanitarios. Asimismo, la prevención y la inversión para las mejoras en los tratamientos de las principales ENT son también componentes esenciales de toda respuesta nacional a las dichas enfermedades.

7.4 Integración entre los sectores

Para la descripción de esta categoría se identificaron 2 subgrupos. Primeramente se describen las intervenciones que solo mencionaron entre sus objetivos a la intersectorialidad (12/26) y de manera seguida, aquellas que especificaron alianzas entre los sectores participantes (14/26).

Tabla 11a. Modalidad por la que fueron identificadas las acciones intersectoriales propuestas en las intervenciones estudiadas

Modo en que se identificaron las relaciones presentadas entre los sectores	Intervenciones
Menciona entre sus objetivos/propuestas de enfoque intersectorial	-Programa Prevención de la Obesidad. -Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas. -Programa de Control del Tabaquismo. -Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Infantil y del Adolescente. -Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones. -Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables. -Campaña Publicitaria Permanente contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción. -Campaña Informativa en Adhesión al Día Mundial de la EPOC. -Programa de Prevención, Difusión y Concientización del ACV. -Plan de Acción Integral de Salud Renal. -Sistema de Bicicletas Públicas. -Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto.

Tabla 11b. Modalidad por la que fueron identificadas las acciones intersectoriales propuestas en las intervenciones estudiadas

Modo en que se identificaron las relaciones presentadas entre los sectores	Intervenciones
Especifica la integración entre diversos sectores	-Programa de Enfermedades Crónicas. - Comité Interministerial de Salud Ambiental. -Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios. -Programa Rosario Previene. -Calle Recreativa. -Semana Saludable. -Rosario se Mueve, Movete con Rosario. -Estaciones Saludables. -Ley de Cáncer de Próstata (Agencia Control del Cáncer). -Mes de concientización del Cáncer de Mama (Agencia Control del Cáncer). - Proyecto “Nuestras Huertas” una salida a las drogas. -Redes de Cuidados. -Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias. -La Estación.

Enfoque intersectorial expresado entre los objetivos o actividades propuestas

La Ley del “*Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas*” estipuló promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en la prevención y asistencia del paciente diabético.

La “*Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones*” tal como su nombre lo indica incluyó a los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, de Seguridad, de Economía, de Salud, de Desarrollo Social, de Educación y de Innovación y Cultura a través de la Dirección Provincial de Políticas de Juventud que de él depende en su competencia de coordinación del Gabinete Joven Provincial como parte de la constitución de dicha mesa.

La normativa que respalda al “*Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables*”, puso en manifiesto el fortalecimiento de la intersectorialidad como punto apreciable en el diseño y gestión de políticas públicas municipales/comunales, para el alcance de los objetivos propuestos a expensas de mejorar la salud de la población. De acuerdo a lo expresado en los documentos del programa quienes llevaron adelante las propuestas debieron alcanzar un enfoque de STP al considerar el impacto que las distintas políticas tienen sobre la salud y la calidad de vida de la población.

El Ministerio de Educación, fue convocado por el “*Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Infantil y del Adolescente*” dependiente de Salud, para su implementación en las escuelas primarias y secundarias, la “*Campaña Publicitaria Permanente contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción*” dependiente de Gobierno y Reforma de Estado llevó a cabo sus acciones convocando a estudiantes en el contexto de las instituciones educativas y la “*Campaña Informativa en Adhesión al Día Mundial de la EPOC*”

realizó entre sus propuestas charlas informativas a docentes y alumnos para que se convirtieran en agentes multiplicadores de conocimientos en lo que refiere a la enfermedad.

La ordenanza del *“Programa Rosario Previene”* convocó llevar a la *“Calle Recreativa”* y a otras dependencias y reparticiones municipales el listado de causas prevenibles y la *“Semana Saludable”* requirió instalar stands en el espacio de la *“Calle”* con la finalidad de brindar información y responder consultas sobre cuidados para la salud. El programa *“Rosario se Mueve, Movete con Rosario”* solicitó generar en el marco de las *“Estaciones Saludables”* la realización de las actividades para la educación física e informaciones sobre cuidados para la salud. Este último grupo de intervenciones articuló un marco de políticas de promoción para la salud y el acceso a espacios comunes favoreciendo a la interacción social, la actividad física y recreativa, entre otras propuestas en las que se enunciaron diversos sectores como: Transporte, Parques y Recreación, Seguridad, Planeación Urbana y Salud.

También, el *“Programa de Enfermedades Crónicas”* y el *“Plan de Acción Integral de Salud Renal”* articularon sus propuestas, informaciones y controles en las *“Paradas/Estaciones Saludables”*; en este caso particular, todas las intervenciones pertenecían al sector Salud.

Tabla 12a. Integración entre los diversos sectores

Intervención según sector responsable	Sectores participantes	Tipo de alianza estratégica
-Comité Interministerial de Salud Ambiental (Ministerio de Medioambiente)	- Ministerio de Salud - Ministerio de Producción - Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social - Ministerio de Servicios Públicos.	-Coordinan acciones -Comparten: - Objetivos - Información
-Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios (Ministerio de Salud)	- Ministerio de Educación - Ministerio de Desarrollo Social	-Coordinan acciones
Semana Saludable (Ministerio de Salud)	- Ministerio de Gobierno (Calle Recreativa)	-Comparten recursos
Rosario se Mueve, Movete con Rosario (Ministerio de Desarrollo Social)	- Ministerio de Salud (Estaciones saludables)	-Comparten recursos
Proyecto “Nuestras Huertas” una salida a las drogas. (Ministerio de Desarrollo Social)	- Ministerio de Salud - Ministerio de Desarrollo Social (Programa de Agricultura Urbana)	-Coordinan acciones -Comparten recursos

Tabla 12b. Integración entre los diversos sectores

Intervención según sector responsable	Sectores participantes	Tipo de alianza estratégica
- Redes de Cuidados (Ministerio de Gobierno y Reforma de Estado) - Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias - La Estación	- Ministerio de Educación (Programa “LAZOS”) - Ministerio de Desarrollo Social - Secretaría de Desarrollo Deportivo Deporte (“Abriendo Juego”) - Gabinete Joven Secretaría Provincial de Juventudes¹⁰ “Hay equipo” (Recreativo-nocturnidad) - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (“Hablemos claro”) - SEDRONAR - Ministerio de Salud (Salud Mental)	-Comparten: - Objetivos - Recursos - Actividades - Coordinan acciones

¹⁰ Gabinete Joven es el dispositivo institucional coordinado por la Secretaría Provincial de Juventudes e integrado por jóvenes de cada uno de los Ministerios del gobierno, con el objetivo de garantizar la transversalidad de la visión joven en las acciones gubernamentales y la integralidad en el abordaje de las poblaciones jóvenes (Gobierno de Santa Fe, s/fh).

Integración entre los sectores participantes

Los sectores participantes compartieron principalmente recursos, seguido de la coordinación de acciones y objetivos y, en menor medida información.

La Agencia de Control del Cáncer generó alianzas con la “*Calle Recreativa*” y el “*Comité Interministerial de Salud Ambiental*” para abordar problemáticas puntuales competentes a los cánceres. El “*Mes del cáncer de Mama*” (Ministerio de Salud) y la “*Calle Recreativa*” (Gobierno y Reforma de Estado) compartieron recursos y actividades específicamente de orden comunicacional y el desarrollo de campañas en los espacios físicos y recreativos de la “*Calle*”.

Entre el “*Comité Interministerial de Salud Ambiental*” y La Agencia de Control de Cáncer compartieron información. Asimismo, la información producida por la Agencia se articuló con otros sectores de acuerdo con lo que un decisor expresó:

(...) uno de los trabajos que realizó esta agencia es el dossier de glifosato que es un análisis bibliográfico legal, ético y científico (...) Bueno, ese dossier se presentó en el Ministerio de Trabajo en una reunión del Ministerio de Trabajo, con el Ministerio de Producción, el Ministerio de Salud y no me acuerdo si estaba Economía, pero me parece que no. O sea y, se llevó a la comisión interministerial de... que toma la salud medioambiental (...)

El decreto que promulgó el “*Comité Interministerial de Salud Ambiental*” mencionó que el mismo debía ser integrado por un representante de los Ministerios de Gobierno y Reforma del Estado, de la Producción, de Salud, de Trabajo y Seguridad Social, y de Aguas, Servicios Públicos y Medio Ambiente. Al respecto, un coordinador relató:

(...) la verdad que viene siendo una experiencia muy interesante fundamentalmente porque como comité pudimos entender que es esto del trabajo interministerial, claramente, no era venir reemplazar, no era un Ministerio nuevo, sino era un articulador de los sectores, ¿no? Aprender a trabajar, a construir problemas en conjunto (...) poder comprender entre todos cuales eran en función del problema construido, cuáles eran las áreas que ya existían en los Ministerios que debían involucrarse (...)

La normativa del “*Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios*” perteneciente al Ministerio de Salud estipuló la coordinación conjunta con los sectores de Educación y Desarrollo Social. Una de las acciones compartidas entre el programa y el sector Educación fue el control en los quioscos, buffet y otros medios de expendio de alimentos que se encontraran en los establecimientos escolares para que fueran ofrecidos productos de alto valor nutricional.

Entre los artículos de la Ley que respalda al “*Programa de Control del Tabaquismo*” se explicitó que el Ministerio de Salud debería trabajar en forma coordinada con el Ministerio de Educación. Para ello, desde el programa se propuso diseñar estrategias educativas y de comunicación con el objetivo de desarrollar habilidades y capacidades que permitiesen a los jóvenes oponerse con libertad a las influencias macro-ambientales que inducen a fumar y conocer los riesgos que el consumo de tabaco representa. También, en el contexto de prohibición de la Ley, el Ministerio de Salud es quién debería delegar las funciones de control en inspectores provinciales, municipales y comunales, para el cumplimiento de las normas establecidas. Este tipo de estrategias para controlar el tabaquismo fueron

desarrolladas en otros países de las Américas en el marco del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Este convenio engloba todas las medidas destinadas a reducir la demanda y la oferta de productos de tabaco mediante la elaboración de políticas intersectoriales en el marco de la ejecución del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las ENT 2013-2020 (OMS, 2013a).

El “*Programa de Enfermedades Crónicas*” presentó un nexo con otros sectores competentes para la creación de espacios óptimos que permitiesen la realización de actividad física (ciclovías, alumbrado público). También, a partir del programa se generaron acciones de asesoría nutricional y de hábitos saludables en ámbitos laborales (públicos y privados) y en educación. Al respecto un coordinador expuso:

(...) el Ministerio de educación con quién más trabajamos, desde, a ver, el Proyecto la escuela se mueve en donde hicimos fuertes intervenciones para fomentar la actividad física (...)

La normativa que promulga el *Proyecto “Nuestras Huertas” una salida a las drogas* enunció que el mismo se llevaría a cabo a través de actividades y recursos compartidos con otros programas:

“Se llevará a cabo coordinadamente entre el “Programa de Agricultura Urbana” dependiente de la Secretaría de Promoción Social, los Centros de Distrito y el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones dependiente de la Secretaría de Salud Pública, a través de la conformación de un equipo conjunto de trabajo” (Ordenanza 8.341/2008).

“Redes de Cuidados” compartió objetivos, recursos y actividades con el Ministerio de Educación a través del programa “LAZOS”¹¹, en el ámbito deportivo con la propuesta “Abriendo Juego”, en el recreativo-nocturnidad con “Hay Equipo” y, en el ámbito laboral con la iniciativa “Hablemos Claro”.

Sobre lo expuesto un decisor refirió:

(...) tenemos un vínculo... claro, porque todo, aparte, es coherente con que todos decimos lo mismo (...)

En lo competente a la secretaría de Desarrollo Deportivo del Ministerio de Desarrollo Social, el programa “Abriendo Juego” parte de una estrategia que involucró a los clubes como instituciones para trabajar en un encuentro cotidiano para la sensibilización de la problemática, promoviendo la importancia que tienen los ámbitos deportivos y el rol de los adultos como respaldo en la prevención de los consumos.

“Hay Equipo” es un programa que incluyó al Gabinete Joven, la Agencia Provincial de Seguridad Vial y la APRECOD en forma compartida con el objetivo de prevenir el consumo de alcohol y drogas con la promoción de estilos de vida saludable.

A través de “Hablemos Claro” el Ministerio de Trabajo y la APRECOD desarrollaron capacitaciones en el ámbito laboral vinculadas al impacto que los consumos pueden generar en dicho espacio y a la prevención y abordaje de los mismos. En lo referente a esta propuesta un decisor explicó:

(...) esto está activo a demanda, a veces no tenemos tanta, a veces tenemos empresas o sindicatos o después no tanto (...)

¹¹ LAZOS: es un programa de formación del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe que tiene como objetivo promover la prevención y el abordaje integral de las problemáticas, violencias y consumo problemático de sustancias mediante el acompañamiento en la construcción y refuerzo de los proyectos de vida (Gobierno de Santa Fe, s/fi).

“*Redes de Cuidados*” y el programa LAZOS se propusieron fortalecer la inclusión socioeducativa, así poder impulsar la prevención y el abordaje integral de la complejidad de la problemática sustentado en la calidad de los aprendizajes, donde se generaran vínculos desde la comunidad educativa basados en el autocuidado, el respeto, la solidaridad y la cooperación.

Esta última propuesta, también, se articuló con la “*La Estación*”. Al respecto un coordinador expresó:

(...) pero el plan de prevención de consumo es como el gran paraguas del que parten algunas acciones, algunas que tiene que ver con la prevención específicamente y entonces ahí hay estrategias que tienen que ver con el programa LAZOS del Ministerio de Educación en articulación con el área de educación para la salud de la municipalidad de Rosario ahí ambos actores “Muni”, provincia, educación comparten un plan de trabajo (...)

En relación a la coordinación entre los diversos sectores que constituyen “*La Estación*”, un coordinador expuso:

(...) la municipalidad en diálogo cotidiano con la provincia que paralelamente va avanzando en la constitución de lo que es APRECOD (...) entonces lo que hace el Gabinete Social puntual y particularmente, Cultura, Desarrollo Social y Salud es crear un dispositivo como: “*La Estación*” (...)

(...) la coordinación es mixta, (...) coordino por parte de salud (...) coordina por parte de Desarrollo Social y a partir de allí se constituye en un edificio que depende de Desarrollo Social, un dispositivo interinstitucional e intersectorial constituido por trabajadores,

interdisciplinar... de distintas disciplinas y profesiones que dependen de las tres secretarías de la municipalidad de Rosario y ahí...también, la constituyen trabajadores de la SEDRONAR y trabajadores del Ministerio de Salud, de Salud Mental puntualmente de la provincia (...)

A fin de reducir el impacto de las ENT en los individuos y la sociedad todas las intervenciones propusieron (como parte de sus objetivos o en el accionar) el abordaje intersectorial. Entre las intervenciones que plasmaron a la intersectorialidad como parte de los objetivos se destacó el fortalecimiento del mismo y las propuestas de actividades conjuntas.

Las intervenciones que generaron la integralidad entre diferentes sectores que aunaron sus diferencias principalmente a través de los recursos materiales y de acciones que son propias de cada sector (Salud, Educación, Desarrollo Social, Gobierno y Reforma de Estado), todas se complementaron con el objetivo de generar mejores soluciones a la problemática y los riesgos asociados a las ENT. La mayor integración de las acciones se encontró dada entre los sectores a través de los recursos, compartir recursos, los objetivos y en menor medida las responsabilidades y la información.

7.5 Percepciones de los referentes en cuanto a los desafíos de las intervenciones para abordar las ENT

Desafíos de las intervenciones

Existe un consenso entre los entrevistados acerca de que las ENT constituyen una problemática que requiere un abordaje intersectorial. A pesar de que, en su mayoría, los decisores y trabajadores de los equipos coincidieron en la relevancia de la acción intersectorial, se presentaron diferentes perspectivas.

Por un lado, los representantes de las intervenciones para el control de consumos (sectores de Gobierno y Desarrollo Social) coincidieron en relación al rechazo del paradigma reduccionista y prohibicionista con hincapié en acciones con mejoras en los procesos de forma integrada y la constitución del trabajo en red. De acuerdo con lo expresado, un decisor de Gobierno manifestó:

(...) Nosotros marcamos, en derechos humanos, en la salud pública, en las leyes, esto que aparece como muy simple yo creo que el mayor desafío sigue siendo que se internalice en la práctica porque todavía tenemos rechazos de los efectores que no quieren tomar la temática (...)

(...) Yo creo que estamos en un momento de cambio de paradigma pero no es que pasamos de uno a otro sino que estamos en una transición y entonces... se choca. Yo creo que falta la internalización de la práctica o sea todo lo que es el enfoque (...)

También, en el marco de las acciones de las intervenciones para control de consumo de sustancias un entrevistado relevó como desafíos:

(...) seguir construyendo legitimidad con todos los actores de la sociedad de cómo estas estrategias son las más útiles y necesarias,

seguir convenciendo a los distintos niveles de los gobiernos de que hay que abordar estrategias que son intersectoriales, que son públicas que requieren más recursos, que la estrategia tiene que ver con el abordaje en la perspectiva de cuidados y no con la represión y no con la disminución de la oferta (...)

Por otro lado, los referentes de las intervenciones pertenecientes al sector Salud tuvieron una perspectiva principalmente orientada en el campo de los servicios de salud. Los entrevistados refirieron como desafíos a las mejoras en la provisión de fármacos y tecnologías, en los sistemas de información unificados y a un mayor fortalecimiento de la red de los servicios de salud.

Entre las intervenciones impulsadas por Salud, algunos representantes también expusieron la relevancia de la actuación intersectorial en el sentido del fortalecimiento del accionar con el Ministerio de Educación y sobre el efecto que los modelos productivos podrían tener sobre la salud ambiental.

Puntualmente, un referente de Salud especificó como factor protector de las ENT al consumo de frutas y verduras a edades tempranas en las escuelas, no sólo desde el punto de vista informativo sino también en términos de profundizar la labor que frecuentemente se lleva adelante en los establecimientos con base técnicas para alcanzar el abordaje a las escuelas urbanas, solicitando un trabajo coordinado entre Salud y Educación. También, un coordinador de Salud reveló que:

(...) nuestro principal aliado, yo te decía que era el Ministerio de Educación, dentro de los desafíos es volver articular con los otros Ministerios: Agricultura, Ganadería, Economía, para esto para reflotar al menos, si no articulamos todos juntos las individualidades no nos llevan muy lejos (...)

Puntual y específicamente sobre la mirada integral de salud ambiental un referente de Salud expresó:

(...) seguir pensando... seguir identificando... seguir escuchando cual es la situación y cuáles son las posibles intervenciones como para morigerar, disminuir, limitar este modelo productivo (...)

Estas perspectivas se presentaron asociadas a una mirada integral proyectando que las intervenciones no pueden estar individualizadas en salud. Los desafíos apuntaron primeramente a lo asistencial, de cobertura y en forma seguida las posibles asociaciones entre los sectores que estratégicamente también podrían conducir la efectividad de las políticas públicas. También, algunos entrevistados hicieron hincapié sobre la importancia de la obtención de información como la base para la gestión de las intervenciones intersectoriales.

7.6 Limitaciones de estudio

Los resultados del estudio presentaron algunas limitaciones. Por un lado, la configuración de la búsqueda de normativa presentó diferente modalidad y opciones preestablecidas para cada uno de los digestos, por lo que se estructuró de manera diferente para cada uno. Por lo mismo, se priorizaron conceptos clave, lo cual pudo ser un condicionante de los resultados de normativas sobre ciertas intervenciones.

Por otro lado, posiblemente existan otras intervenciones relevantes impulsadas en el territorio de la provincia de Santa Fe que no fueron captadas en la revisión documental de normativas ni confirmadas mediante la realización de las entrevistas.

También, no fue posible acceder al menos a un representante por cada una de las intervenciones identificadas de acuerdo a la disponibilidad por parte de los mismos y la vigencia de las propuestas. Esta limitación conllevó a que determinadas intervenciones fueron analizadas a través de la lectura de los documentos normativos y la información provista en las páginas oficiales por lo que, en algunas de ellas, no se pudo determinar las intensidades producidas entre los diversos sectores.

También, cabe destacar que, en este estudio no fueron profundizadas las políticas en el sentido de los efectos generados por las mismas.

Capítulo VIII

Conclusiones

8. Conclusiones

Esta investigación permitió reconocer un conjunto de aspectos relevantes sobre el perfil de las políticas públicas orientadas al control de las ENT creadas entre los años 2000 y 2017 en la provincia de Santa Fe.

Se reconoce política y socialmente la problemática de las ENT, las políticas dan cuenta de su emergencia y evolución epidemiológica en la provincia de Santa Fe. Este reconocimiento presenta una tendencia creciente con la promulgación de normativas que incluyeron diversos programas, campañas y planes orientados a abordar las ENT.

La provincia de Santa Fe, a partir de asumir el compromiso que tal reconocimiento implica, desarrolla e implementa estrategias que procuran abordar especialmente aquellos FR modificables. Es decir, las políticas se concentran principalmente en abordar los factores conductuales de los determinantes sociales intermedios tales como: la promoción de actividad física, el control de los consumos de sustancias y la nutrición saludable; con propuestas principalmente soslayadas en la promoción de la salud y mejoras en las condiciones de vida. En su mayoría las intervenciones promueven acciones vinculadas a medidas específicas que incluyen desde la prohibición de fumar en los espacios públicos cerrados y la provisión de información y cuidados en torno a los hábitos de vida saludables hasta la realización de controles de las ENT, y el acceso a ciertos insumos farmacológicos oportunos a dichas enfermedades.

Las políticas tienen principalmente una cobertura de alcance poblacional. Asimismo, las mismas presentan ciertas intervenciones con acciones que especifican el abordaje de los determinantes de las desigualdades. En relación a la posición socioeconómica se realizan acciones destinadas a los receptores de los servicios y

efectores públicos de salud. También, de acuerdo a los aspectos sociodemográficos hay intervenciones que tienen como destinatarios a ciertos grupos de edad y por género. En lo relativo a este último, cabe mencionar que, la diferenciación está especialmente sobre aquellas particularidades que son determinadas biológicamente, como es el caso de los cánceres de mama y próstata.

Las políticas que se focalizan en ciertos grupos etarios identifican que existen etapas de la vida donde se hacen más evidentes las desigualdades en cuanto a la vulnerabilidad y la exposición a ciertos FR. Las intervenciones que tienen especial atención en los jóvenes tienen sus bases principalmente en la emergencia del control del consumo de sustancias, tabaco y alcohol con acciones que rigen desde la regularización, la educación y promoción de los efectos del hábito hasta la inclusión social, recreativa y deportiva. El Estado Santafesino percibe a estos tipos de consumos como un problema complejo adoptando medidas y generando estructuras en el marco de abordar la problemática.

En el contexto de la salud infantil se presentan acciones destinadas al control de un FR metabólico de las ENT. También, entre las propuestas impulsadas por otras intervenciones se especifican para este grupo etario abordajes puntuales sobre los hábitos de vida (kioscos saludables y actividad física en las instituciones escolares).

El sector salud lidera más de la mitad de las políticas impulsadas en el territorio santafesino. Las intervenciones se caracterizan por implementar algún grado de integración entre el sector salud con otros sectores. A su vez, el sector salud está representado en otras intervenciones que fueron asumidas por otros sectores, constituyendo a la salud como un objetivo compartido entre las diversas estructuras. De este modo, se presenta un enfoque de STP teniendo en cuenta la perspectiva y el rol del sector de la salud en las decisiones sanitarias y en las sinergias propuestas con

el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. Este enfoque, es una herramienta que podría extrapolar los desafíos sanitarios fortaleciendo la integración de las medidas de los sistemas existentes en el sector salud y en otros sectores, incrementando la influencia y la posible sostenibilidad de las políticas.

En la construcción de la intersectorialidad el rol del sector salud lidera aquellas intervenciones en las que tiene que tomar las medidas concretas por tener los medios y el conocimiento oportuno para llevarlas adelante y, en otras, es incorporado en torno a su pertinencia en la toma de medidas eficaces sin ejercer control en la aplicación de las acciones para abordar las ENT. Las acciones de estas últimas se concentraron principalmente en las siguientes líneas estratégicas: acciones deportivo-recreativas, urbanísticas, medioambientales, educativas y laborales. Esto expresa la intención de las políticas de abordar a las ENT y la salud de la población a través de acciones multisectoriales.

Las iniciativas intersectoriales son consideradas relevantes en todas las políticas. Algunas de ellas expresan a la intersectorialidad como parte de sus objetivos y otras especifican las alianzas estratégicas entre los diversos sectores. En el primer caso, las intervenciones explicitan la pertinencia de la acción y del fortalecimiento de la intersectorialidad como estrategia esencial para controlar y prevenir las ENT.

En relación a las alianzas estratégicas entre los sectores la mayor riqueza de las políticas está en la manera en que se presentaron las intensidades. Gran parte de las mismas asumen el grado de compartir recursos y coordinar las acciones entre los sectores participantes y en menor medida la información.

La profundización de las políticas permitió valorar la transversalidad presentada entre las mismas, es decir, determinados procesos aunaron los diversos

dispositivos en función de hacer equivalente su realización. Al respecto, la acción intersectorial de las políticas presenta diversos mecanismos facilitadores del intercambio en pos de alcanzar el bien común en términos de controlar los determinantes de las ENT.

También, en las políticas se presentan mecanismos intergubernamentales. En la esfera de la salud, se presentan intervenciones con dispositivos institucionales en coordinación con los diversos niveles de gobierno, esencialmente en el marco de la necesidad de la construcción de una política nacional de salud. Para el control del consumo de sustancias y de alcohol las políticas adhieren, también, a una integración vertical entre los diferentes dispositivos.

Los desafíos de las políticas son apreciados de acuerdo al sector al cual pertenecen los actores clave. Por un lado, los actores de las políticas públicas que abordan el consumo de sustancias expresan una perspectiva de derechos, de articulación y la transversalidad en el amplio espectro de recursos y dispositivos extendidos en el contexto de las mismas. Asimismo, algunos reconocen en cierto modo, un déficit sustentado en la internalización de la práctica y frágil articulación entre los sectores considerado por ser un momento de transición de paradigma.

Por otro lado, los discursos de los representantes del sector salud reconocen la importancia del rol que atañe a la intersectorialidad en el abordaje de los DSS, al conducir esta misma acción hacia la práctica se percibe una experiencia incipiente; salvaguardando ciertas excepciones previamente mencionadas.

Las políticas públicas promueven principalmente intervenciones poblacionales con estrategias y recursos que procuran el abordaje de los principales FR y la prevención de las ENT con controles y detección precoz de cobertura universal a través de la integración de las políticas con alianzas estratégicas entre los

sectores gubernamentales. El sector sanitario asumió el liderazgo y el compromiso con otros sectores a los efectos de abordar conjuntamente las necesidades de salud de la población y la equidad en salud.

Las políticas reconocen y se alinean con las siguientes recomendaciones internacionales: la cobertura poblacional y la necesidad de focalizar esfuerzos en ciertos grupos vulnerables de la población; programas que garantizan acceso al diagnóstico y los medicamentos; el enfoque de STP, el rol del sector salud para promover la salud, controlar y prevenir y asistir las ENT, las medidas para la regulación del consumo de tabaco y alcohol, entre otras.

La sistematización de la información recabada contribuyó a reconocer el peso y evolución de las ENT en el territorio y las estructuras de gobierno creadas para tal fin.

Toda la información recolectada sugiere que sería importante fortalecer el desarrollo de intervenciones que aborden los determinantes sociales estructurales que busquen influir sobre las condiciones socioeconómicas y sociodemográficas sin limitarse a los determinantes intermedios, reforzando el compromiso asumido dentro del modelo intersectorial.

Los hallazgos de este estudio constituyen un punto de partida para contribuir sobre el diseño de acciones específicas en la temática valorando las cuestiones de equidad que subyacen en el acceso que presentan las mismas en torno a la promoción de la salud, la prevención e incluso en el abordaje clínico de las ENT.

Estudios futuros podrían incluir el análisis de las medidas de acción valorando el efecto producido por las mismas, es decir, llevar adelante evaluaciones que permitan reconocer si se han generado mejoras en las condiciones de salud y/o

cambios en los niveles de inequidad en la distribución de las enfermedades, sus FR y determinantes sociales.

Referencias Bibliográficas

9. Referencias bibliográficas

- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4), 905-925.
- Alleyne, G. A., Castillo-Salgado, C., Schneider, C., Mujica, O. J., Loyola, E., & Vidaurre, M. (2001). La medición de las desigualdades en salud: algunos ejemplos de la región de las Américas. *Equity & health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington DC: Pan American Health Organization, 69-75.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Barsanti, S., Salmi, L. R., Bourgueil, Y., Daponte, A., Pinzal, E., & Ménival, S. (2017). Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey. *Global Health Research and Policy*, 2(18), 1-11.
- Borrell, C. & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Britos, S., Borg, A., Guiraldes, C., & Brito, G. (2018). *Revisión sobre Etiquetado Frontal de Alimentos y Sistemas de Perfiles Nutricionales en el marco del diseño de Políticas Públicas*. Centro de estudios sobre políticas y economía de la alimentación. Recuperado de: <http://cepea.com.ar/cepea/wp-content/uploads/2018/06/Revision-etiquetado-y-perfiles-junio-2018-versi%C3%B3n-final.pdf>
- Cardona, Á. (2005). *La salud pública en España durante el trienio liberal, 1820-1923*. Madrid: Servicios Integrales de Edición Távara S.L.

-
- Cardona, D., Acosta, L. D., & Bertone, C. L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 292-297.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico conceptual. *Gestión y Política pública*. 23(1), 5-46.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen. Instituto de estudios futuros. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.p
- Declaración de Yakarta (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Yakarta, República de Indonesia. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- De la Torre-Ugarte-Guanilo, M., & Oyola-García, A. (2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-16.
- De Maio, F. G. (2010). Desigualdad en el ingreso como determinante social de la salud. *Salud Colectiva*, 6(2), 195-209.
- Dever, G. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud- DEIS-. (2016). *Indicadores básicos*. Argentina. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/IndicadoresBasicos2016.pdf>

-
- Dirección General de Estadística (2016). *Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2016 Ciudad de Rosario*. Rosario, Santa Fe: Argentina. Recuperado de: https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/anuario_2016.pdf
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 396-403.
- Fernández, F., Zaffaroni, E., Yavich, N. & Báscolo, E. (2017). Análisis de intervenciones poblacionales orientadas a prevenir y controlar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. En “*Encuentro de jóvenes investigadores /14: Los campos de la salud: debates y perspectivas en escenarios*”. Santiago del Estero, 11 al 13 Octubre de 2017. Libro de textos y resúmenes del encuentro de jóvenes Investigadores. El Colegio de Santiago. Santiago del Estero, Argentina.
- Fernández, F. (2018). *Identificación y descripción de las intervenciones intersectoriales para prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario entre los años 2000 a 2015*. (Tesis de Maestría). Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Santa Fe.
- Fernández, F.; Yavich, N. & Castiglia, G. (2018). Formación de recursos humanos en salud: gestión intersectorial para el abordaje de problemáticas socio-sanitarias. En *4º Congreso Internacional ACINNET*. Empreendedorismo e Sustentabilidade Na Saúde. Porto, Portugal.
- Ferrante, D., Konfino, J., Mejía, R., Coxson, P., Moran, A., Goldman, L., & Pérez-Stable, E. J. (2012). Relación costo-utilidad de la disminución del consumo

-
- de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(4), 274-280.
- Ferrelli, R. M. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(4), 272–277.
- Fleischer, N. L., & Diez Roux, A. V. (2013). Inequidades en Enfermedades Cardiovasculares en Latinoamérica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 641-648.
- Flores, H. J. C. (2010). Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 502-507.
- Fortune, K., Salgado de Snyder, N., Cassanha Galvao, L.A. & Murphy, M. (2017). Los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles. En Legetic, B., Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G., Hennis, A. (Eds.) *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp.35-39). Washington D.C. OPS. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>
- Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438-453.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma. Equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(2), 103-110.
- Frenz, P., & Titelman, D. (2013). Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 665-670.

-
- Fuentes Reverón, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 272-286.
- García-Ramírez, J. A., & Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 15, 731-742.
- Gobierno de Santa Fe. (s/fa). *Datos estadísticos*. Recuperado de: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163622/\(subtema\)/93664](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163622/(subtema)/93664)
- Gobierno de Santa Fe. (s/fb). *Red de efectores sanitarios*. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/maparecursos/>
- Gobierno de Santa Fe. (s/fc). *Red de atención en salud integral y universal*. Santa Fe. Argentina. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- Gobierno de Santa Fe. (s/fd). *Santa Fe es Salud*. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/5>
- Gobierno de Santa Fe. (s/fe). *Salud / Promoción y cuidados de la Salud / Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Recuperado de: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115462/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115462/(subtema)/93802)
- Gobierno de Santa Fe. (s/ff). *La provincia presentó las guías alimentarias para la población argentina*. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/imprimir/262356/>
- Gobierno de Santa Fe. (s/fg). *Ejes de gestión. Plan Abre Vida*. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/212145>

Gobierno de Santa Fe. (s/fh). *Modernización del Estado. Gabinete Joven*. Recuperado de:

[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114155/\(subtema\)/93685](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114155/(subtema)/93685)

Gobierno de Santa Fe. (s/fi). *Plataforma educativa Ministerio de Educación. Programas de formación*. Recuperado de:

http://plataformaeducativa.santafe.gov.ar/moodle/secciones/programa_destacado.php?id=57

Gobierno de Santa Fe. (2012). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Síntesis de los resultados definitivos. Provincia de Santa Fe*. Ministerio de Economía Secretaría de Planificación y Política Económica. Recuperado de:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/157244/766776/version/1/file/Censo+Nac+2010+26+dic.pdf>

Gobierno de Santa Fe. (2017). Noticias Santa Fe. *El Ministerio de Salud adhiere a la conmemoración del día mundial de la hipertensión arterial*. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/257104/>

González, E. C., Moreno Gelis, M., Cruz, M. E. S., Figueroa, E. M., Hernández, M. V., & Pérez, L. D. A. C. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista de Información para la Dirección en Salud*, 8(15), 1-10.

González Guzmán, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2), 135-143.

-
- Hennis, A. (2017). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. En Legetic, B., Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G., Hennis, A. (Eds.) *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp.3-10). Washington D.C. OPS. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>
- Hernández, G. (1999). El análisis de las políticas públicas: una disciplina incipiente en Colombia. *Revista de estudios sociales*, 80-91.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud pública de México*, 55(2), 129-136.
- Hernández Ávila, M., Vieitez, I., Bernal, A., Charvel, S., Burgoa, C. S., Reynales-Shigematsu, L. M.,...& Calderon Pinzon, L. V. (2017). Marco de la política pública para el desarrollo y mejoramiento de las acciones gubernamentales destinadas a la prevención y el control de las ENT. En Legetic, B., Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G., Hennis, A. (Eds.) *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp.127-146). Washington D.C. OPS. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. F., & Baptista Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarte edición. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC- (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Recuperado de:

https://www.indec.gov.ar/censos_provinciales.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135&p=82&d=999&t=3&s=1&c=2010

Irwin, A., & Scali, E. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

Kreisel, W., & von Schirnding, Y. (1998). Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. *World Health Statistics Quarterly. Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 51(1), 75-78.

Lavados, P. M., Díaz, V., Jadue, L., Olavarría, V. V., Cárcamo, D. A., & Delgado, I. (2011). Socioeconomic and cardiovascular variables explaining regional variations in stroke mortality in Chile: an ecological study. *Neuroepidemiology*, 37(1), 45-51.

Ley Nro. 11.607. Código de faltas: se incorpora art. 121 bis y modifica art. 122, sobre venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años. *Sistema de Información de Normativa*. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=223138&item=108072&cod=43946bfda46eaf656099bdf30de76404>

Linares-Pérez, N., & López Arellano, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247-259.

Lip, C., & Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Recuperado de: Ministerio de Salud Universidad, Norbert Wiener y Organización Panamericana de la Salud.

-
- Lobato Huerta, S. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigación y Ciencia*, 18(48), 52-55.
- Loewenson R. (2013). *Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants. Discussion Paper 5 (Policy and Practice)*. Ginebra: Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH5.pdf
- Marchionni, M., Conconi, A., Caporale, J., & Porto, N. (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención*. Recuperado de La plata: Banco Interamericano de Desarrollo en sitio web: <https://publications.iadb.org/handle/11319/1358>
- Marmot, M., Pellegrini Filho, A., Vega, J., Solar, O., & Fortune, K. (2013). Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica* 34(6), 382-384.
- Meijers, E., & Stead, D. (2004). Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. In *Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies- Interlinkages and Policy Integration*. Berlin. Recuperado de: http://userpage.fu-berlin.de/ffu/akumwelt/bc2004/download/meijers_stead_f.pdf
- Mejía Ortega, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 28-36.
- Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe. (2012). *Plan Estratégico Provincial. Visión 2030*. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>

-
- Ministerio de Salud de la Nación. (s/f). *Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina*. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000570cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011_informe-final.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Guías Alimentarias para la Población Argentina*. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001007cnt-2017-06_guia-alimentaria-poblacion-argentina.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación y Desarrollo Social. (2018a). *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales resultados*. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018b). *Informe de Gestión 2018. Dirección de Promoción de la Salud y control de Enfermedades No transmisibles*. Recuperado de:
<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/institucional/direccion-de-promocion-de-la-salud-y-de-enfermedades-no-transmisibles>

Municipalidad de Rosario. (s/fa). *Centros de Salud y Hospitales municipales.*

Recuperado de: <https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/hospitales>

Municipalidad de Rosario. (s/fb). *Normativa.* Recuperado de:

https://www.rosario.gob.ar/normativa/visualExterna/faqs_normativa.jsp

Municipalidad de Rosario. (s/fc). *Agricultura Urbana. Programa de Agricultura*

Urbana. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/economia-social/agricultura-urbana>

Ndumbe-Eyoh, S., & Moffatt, H. (2013). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 13(1056), 1-13.

Nogueira, M. C., Ribeiro, L. C., y Cruz, O. G. (2009). Desigualdades sociais na mortalidade cardiovascular em um município de médio porte no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2321-2332.

Organización Mundial de la Salud. (s/fa). *Enfermedades respiratorias crónicas.*

Recuperado de: http://www.who.int/respiratory/about_topic/es/

Organización Mundial de la Salud. (s/fb). *Conceptos clave.* Recuperado de Comisión

sobre Determinantes Sociales de la Salud, sitio web OMS:
https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

Organización Mundial de la Salud. (s/fc). *Determinantes Sociales de la Salud.*

Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud. (s/fd). *Control de las Enfermedades No Transmisibles.* Recuperado de:

<https://www.who.int/ncds/management/introduction/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s/fe). *Todo lo que necesita saber sobre la salud en todas las políticas.* Recuperado de:

https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Report of a conference on Intersectoral Action for Health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century*. Halifax, Nova Scotia, Canadá.

Organización Mundial de la Salud. (2005a). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005b). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=846117A5A742D6ADB7DFC7F3E217D028?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Las inequidades provocan una enorme mortandad, según el informe de una Comisión de la OMS*. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf;jsessionid=82D1E1706F0D67282DE62B2FCFD14C68?sequence=

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de Documento de trabajo de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en sitio web OMS: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013a). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Recuperado de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1.

Organización Mundial de la Salud. (2013b). *The 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *ENT Perfiles de países*. Recuperado de: <https://www.who.int/nmh/countries/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe Mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=B1FCB9CC6FF0579F19C43B99B0CD7C5B?sequence=1

-
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Enfermedades Cardiovasculares. Nota descriptiva*. Recuperado de: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. Recuperado de: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Organización Mundial de la Salud. (2017c). *Asma*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
- Organización Mundial de la Salud. (2017d). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017*. Geneva. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2017e). *10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas*. Recuperado de: https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017f). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2018c). *Diabetes*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

-
- Organización Mundial de la Salud. (2018d). *Tabaco*. Recuperado de:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2018e). *Actividad Física*. Recuperado de:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud. (2018f). *Alimentación Sana*. Recuperado de:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud. (2018g). *Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2018h). *La Comisión hace un llamamiento a la adopción de medidas urgentes contra las enfermedades crónicas*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-06-2018-commission-calls-for-urgent-action-against-chronic-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2018i). *Alcohol*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (s/fa). *Enfermedad Crónica del Riñón*. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=349&Itemid=40937&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (s/fb). *Alcohol*. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=197&Itemid=40861&lang=es

-
- Organización Panamericana de la Salud. (s/fc). *Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. Salud en las Américas*. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Principios y conceptos básicos de equidad y salud. División de Salud y Desarrollo Humano*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. Recuperado de: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud*. San Juan, Puerto Rico. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Plan Estratégico 2008-2012*. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6219>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *El Sistema de Salud Argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros*. Recuperado de: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=860:el-sistema-salud-argentino-trayectoria-largo-plazo-logros-alcanzados-desafios-futuros&Itemid=225
- Organización Panamericana de la Salud. (2012a). *Salud en las Américas*. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3272>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012b). *Determinantes e inequidades en Salud*. Recuperado de: *Salud en las Américas: Panorama regional y perfiles*

de país, sitio web: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-en-las-americas-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Enfermedades no transmisibles y desarrollo en la Región de las Américas: Informe del Grupo de Estudio sobre planificación estratégica de las enfermedades no transmisibles en las Américas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/informe-grupo-tag3-indicadores-desarrollo-2013.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2015a). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2015b). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2015c). *Impulsar el enfoque de la Salud en Todas las Políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración*

intersectorial. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30678&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2016a). *Indicadores básicos. Situación de Salud en las Américas.* Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2016b). *Municipios saludables: Miradas desde la evaluación externa.* Recuperado de:
<https://www.paho.org/arg/images/gallery/Municipios%20saludables%20Miradas%20desde%20la%20evaluaci%C3%83%C2%B3n%20externa%2023%20de%20Septiembre.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2017a). *Salud en las Américas: Argentina.* Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=argentina&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2017b). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019.* Recuperado:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=planning-budget-9000&alias=38003-plan-estrategico-organizacion-panamericana-salud-2014-2019-003&Itemid=270&lang=en

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna.* Recuperado de: Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, en sitio web:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49505>

-
- Otálvaro Castro, G. J., Vélez, A. C., Gómez-Granada, J. A., Saldarriaga, J. F. E., Velásquez, N. C., Cano, J. F. G., Estrada, D. A. O.,...& Martínez Saldarriaga, L. A. (2017). La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud. En Otálvaro Castro, G. J., & López, A. *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica* (pp.79-94). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Peake, S., Gallagher, G., Geneau, R., Smith, C., Herel, M., Fraser, H., & Barr, V. (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Recuperado de: Public Health Agency of Canada and Geneva en [sitio web: https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf)
- Pérez Maza, B. A. (2007). La equidad en los servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 1-9.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (s/f). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- Protección de los datos personales Ley 25.326. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Información legislativa. (2000).
- Roux, A. V. D., Franklin, T. G., Alazraqui, M., & Spinelli, H. (2007). Intraurban variations in adult mortality in a large Latin American city. *Journal of Urban Health*, 84(3), 319-333.

-
- Ruelas Barajas, E. (s/f). *La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud*. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/95_pdfsam_la.pdf
- Sala de Situación (s/f). *Acreditación: Rosario municipio responsable en Salud*. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/mr/epidemiologia/areas-programaticas/programa-de-municipio-saludable/acreditacion-rosario-municipio-responsable-en-salud>
- Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 136-144.
- Sarmiento, O. L., Torres, A., Jacoby, E., Pratt, M., Schmid, T. & Stierling, G. (2009). *Ciclovías recreativas de las Américas Un Programa de Salud Pública*. Recuperado de: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/ciclovias_vert_esp.pdf
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 302-309.
- Siegel, K. R., Ali, M. K., Srinivasiah, A., Nugent, R. A., & Narayan, K. V. (2014). Do we produce enough fruits and vegetables to meet global health need?. *PloS One*, 9(8), 1-7.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010) *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Solar, O., Valentine, N., Rice, M. & Albrecht, D. (2009). *Moving Forward to Equity In Health What kind of intersectoral action is needed? An approach to an*

-
- intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action*. 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya. Recuperado de: <https://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2015/08/8-Solar-et-al.-2009.pdf>
- Suárez-Berenguela, R. M. (2000). *Health system inequalities and inequities in Latin America and the Caribbean: findings and policy implications*. Pan-American Health Organization. Washington, DC.
- Tamayo Sáez, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En Bañón, R. & Carrillo, E. *La nueva administración pública*. Madrid: Alianza Editorial.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tobar, S & Marchiori Buss, P. (2018). Mercosur Frente a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*. 2, 90-111.
- Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 25-30.
- Vega, J., Solar, O., Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L, Fabiola M, eds. *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud: 9-18.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.

-
- Wakefield, M. A., Loken, B. & Hornik, R., C. (2010). Uso de campañas en los medios de comunicación para cambiar el comportamiento de salud. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271.
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Recuperado de: https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población-Parte. *World Health Organization Europe*.
- Winslow, C.E.A. (1920): The untilled Fields of public Health Science. *Science*, 51(1306), 23-33. Recuperado de: https://www.jstor.org/stable/1645011?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Yamin, A. E., & Frisancho, A. (2015). Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina. *MEDICC Review*, 17(1), 5-7.
- Yavich, N, Báscolo, E., Gotlieb, V., Ceola, I. & Fernández, F. (2016). Análisis de la cobertura e identificación de problemas prioritarios de acción intersectorial en salud en la Provincia de Santa Fe. En *XII Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Yavich, N., Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 52(1), 39-45.

ANEXO I

1) Ordenanza N° 6.919/2000- Programa de prevención de la obesidad.



H. CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 6.919)

Honorable Concejo:

Vuestra Comisión de Salud Desarrollo y Previsión Social, Deportes, y Recreación, ha tomado en consideración el proyecto de Ordenanza de los concejales Bermúdez Ruben, Taller, Rimoli y Peralta, mediante el cual solicita la Departamento Ejecutivo la creación en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública El Programa de Prevención de la Obesidad .-

Expresa el autor que las cifras que arrojan las distintas estadísticas realizadas en nuestro país sobre Obesidad, las graves enfermedades que la misma acarrea y las características de Epidemias Globales que ha adquirido en los últimos años.-

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento en el índice de peso corporal superior al 20% .-

Según estudios presentados en el " IV Congreso Latinoamericano de Obesidad y trastornos alimentarios" entre el 55% y el 6= % de los argentinos padece algún tipo de exceso de peso. ya sea obesidad o sobrepeso. El porcentaje de obesidad es estimada en un 27%.-

La Organización Mundial de la Salud, considera a la obesidad como una epidemia metabólica con proyección mundial, lo que motivo la preocupación de las organizaciones científicas que estudian el problema, ya que se la ha planteado como uno de los problemas más graves de la salud pública . Su prevalencia se ha incrementado en las últimas décadas, la que transformo a la dolencia en una condición de epidemia global.-

Los trastornos de la alimentación " Anorexia, Bulimia, obsesiones con el exceso de peso y/o dietas", han despertado en los últimos años un considerable interés en el campo de la Salud Mental, ya que la demanda de atención relacionada con estos trastornos es cada vez mas frecuente.-

La prevención y el tratamiento de la obesidad deben ser integrados en las políticas de Salud Pública y no ser solamente un problema individual, con lo cual se apuntaría a la Educación comenzando en la etapa de la niñez. Las alarmantes cifras que van en incremento demuestran la necesidad de crear éste espacio.

La prevención debe hacerse tempranamente ya que el cambio tisular que determina la configuración de la obesidad se lleva a cabo en la primer infancia y da lugar a un trastorno que permite recreación pero no una cura completa.

El desarrollo de este trastorno de la alimentación implica una multiplicidad de factores tales como:

Comportamentales, dado que el sedentarismo es una de las causas principales del sobrepeso.-

Nutricionales, por exceso de grasas que se conducen actualmente en la dieta.

Psicológicos, por los trastornos emocionales que disparan las ansias por ingerir más alimentos de lo que realmente el organismo necesita.-

Hormonales, que cada vez tiene más valor en el desarrollo de la obesidad.-

La obesidad es una amenaza creciente en la población, en niños como en adultos. Por si mismo no conduce a la muerte, pero existe mayor propensión de los mismos a adquirir enfermedades crónicas o de difícil recuperación tales como:

- Insuficiencias cardíacas
- Hipertensión arterial

Dr. JUAN LEANDRO PIN
Secretario Gral. Parlamentario
H. Concejo Municipal



H. CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



- Afecciones musculares-esqueléticas.
- Trastornos respiratorios.-
- Trastornos digestivos
- Accidentes cerebro-vasculares
- Diabetes tipo 2.-
- Cáncer de mamas
- Cáncer de próstatas.-
- Dislipemias.-
- Apnea del sueño.

Estudios realizados en EE.UU han demostrado que tanto en hombres como mujeres (entre 40y 50 años), la obesidad agrega a las personas un riesgo equivalente a 6 años más que su edad real.-

Es un fenómeno que caracteriza a las sociedades industrializadas, que sin embargo : paradójicamente, rinde culto a la extrema delgadez.-

El vínculo más importante en el comienzo de la relación entre la madre y el hijo se establece a través de la alimentación . En la fase simbólica, el niño, fusionando con su madre, siente la comida como parte de si mismo. Con la diferencia incipiente comienza a darse cuenta de que la comida le viene de afuera y distingue la figura de la madre.

Si la misma, o la persona encargada de la alimentación, una sobrecarga, puede provocar una hiperplasia del tejido en el organismo joven, modificación celular que no va a desaparecer. Otra de las consecuencias puede ser que se interfiera en el aprendizaje del reconocimiento de la saciedad al bloquear la percepción introspectiva de la plenitud del estómago, del que depende la regulación fisiológica del peso. Los pacientes que sufren de trastornos alimentarios, no saben "leer" las señales que el cuerpo les envía. No pueden descodificar las sensaciones de hambre .Este entender del propio cuerpo es un proceso que se aprende con la persona que cumple la función maternamente.

En general la comida ocupa un lugar muy importante en la vida de la familia del obeso. Todos "colaboran" en transmitir el "valor emocional" de la comida, que va adquiriendo cada vez más importante y puede transformarse en una actividad impulsiva de devorar, en una Adicción a la comida por su capacidad de proporcionar seguridad indispensable.

Fuera de la casa, en la niñez, son objeto de burlas y se sienten desprotegidos, su único consuelo es comer. Los rasgos característicos del obeso son: retraimiento, poca tolerancia a la frustración, sensación de impotencia, de desvalimiento, pasividad y falta de voluntad.

Desde los diferentes medios de comunicación, a pesar de la tendencia sugerida de la sana alimentación, se siguen ofertando en su gran mayoría alimentos que son de masivo consumo, pero que llevan a una mala nutrición

La obesidad es considerada la segunda causa de discriminación social.

Por lo expuesto la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario el "Programa de Prevención de la Obesidad".

Art. 2º.- La Dirección de Educación para la salud de la Secretaría de Salud Pública tendrá a cargo la implementación del Programa creado en el artículo precedente.

Dr. JUAN LEANDRO PIN
Secretario Gral. Parlamentario
H. Concejo Municipal



H. CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



- **Art. 3º.-** Los espacios físicos en donde se realizará este Programa Preventivo serán: Hospitales, Vecinales, Dispensarios, Organizaciones No Gubernamentales, Clubes y Centros de Salud.

Art. 4º De los objetivos del Programa:

- a) Objetivo general: Generar un espacio interdisciplinario para la prevención de la Obesidad, reconociendo a la misma en un marco de Salud-Enfermedad y no solamente de estética.
- b) Objetivos específicos:
 - 1) Mejorar la calidad de vida de las personas obesas, a través de campañas de concientización, las cuales brindarán toda la información necesaria para establecer pautas nutricionales adecuadas.

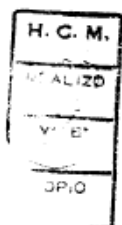
Art. 5º.- El abordaje de la problemática será grupal por medio de charlas, talleres, debates y actividades físicas que disminuyan el sedentarismo.

Art 6º.- La autoridad de aplicación será la que llevará a cabo una campaña de difusión para fomentar la toma de conciencia de las consecuencias que acarrea la obesidad.-

Art 7º.- La presente Ordenanza deberá ser implementada por el Departamento Ejecutivo en un plazo que no exceda los 60 (días) contados desde la fecha de sanción de la presente.

Art 8º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de sesiones, 09 de marzo de 2000.-

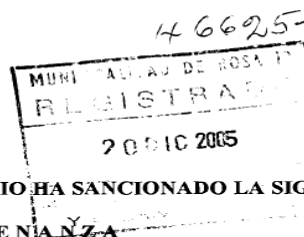


Dr. JUAN LEANDRO PIN
Secretario Gral. Parlamentario
H. CONCEJO MUNICIPAL de ROSARIO



PABLO ANDRES CRIBIOLI
PRESIDENTE
H. CONCEJO MUNICIPAL de ROSARIO

Ordenanza N° 7.936/2005- Programa de prevención de la obesidad.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA
(N° 7.936)

Artículo 1°.- Modifícase el artículo 3° de la Ordenanza N° 6.919/00, el que quedará redactado de la siguiente forma: A partir de la vigencia de la presente Ordenanza, al menos un (1) efector dependiente de la Secretaría de Salud Pública, contará con un cuerpo interdisciplinario de profesionales para combatir la obesidad y el sobrepeso, compuesto por Médicos especialistas en Nutrición, Profesores de Educación Física, Psicólogos y Kinesiólogos”.

Art. 2°.- Modifícase el artículo 5° de la Ordenanza N° 6.919/00 el que quedará redactado de la siguiente manera:

“El abordaje de la problemática será grupal, por medio de charlas, talleres, debates y actividades físicas que disminuyan el sedentarismo, destinados al público en general, con entrada libre y gratuita y dictados por equipos interdisciplinarios especialistas en el tema”.

Art. 3°.- Sustitúyase el texto del artículo 6° por el siguiente:

“El programa de Prevención de la Obesidad, a través de la Dirección de Información Pública, realizará periódicamente campañas educativas en los medios masivos de comunicación sobre la conveniencia de una alimentación saludable por parte de la población, pudiendo utilizar para dicho fin, las tarjetas del transporte o las boletas de Tasa General de Inmuebles.

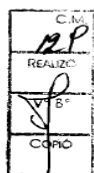
Art. 4°.- Sustitúyese el artículo 7° de la Ordenanza N° 6.919/00 el siguiente texto:

“El Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”, tendrá un área especializada en la temática abordada, donde sean derivados aquellos pacientes que ingresan por otras patologías, pero presenten síntomas de posible obesidad infantil”.

Art. 5°.- Agréguese como artículo 8° a la Ordenanza N° 6.919/00, el que expresará:

“En virtud de conmemorarse el 15 de Octubre como “Día de Lucha Contra el Sobrepeso y la Obesidad” en adhesión al Día Panamericano de Lucha contra la Obesidad, serán organizadas actividades al aire libre en diferentes espacios verdes de la ciudad, las que serán coordinadas por el Programa. En la oportunidad, además de llevarse a cabo actividades físicas, clases de cocina, juegos interactivos relacionados a la temática, se distribuirá folletería con la pirámide nutricional y otras informaciones que se consideren de importancia, donde los ciudadanos puedan atender gratuitamente su problema de sobrepeso u obesidad”.

Art. 6°.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.
Sala de Sesiones, 7 de diciembre de 2005.-



DR. CLAUDIA AURANA ALONZI
Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Rosario



[Signature]
Dra. Silvia... VER
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 143.370-P-2005 C.M.-

2) Ley Provincial N° 12.196/2003- Programa provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas.

REGISTRADA BAJO EL N°12196

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE

LEY:

CAPITULO I: Adhesión a la Ley N° 23.753 y su reglamentación

ARTICULO 1: La Provincia de Santa Fe adhiere a la ley nacional N°. 23.753 referida a la enfermedad diabética y a su reglamentación aprobada por decreto N°. 1271/98, de conformidad a lo establecido en la presente ley.

CAPITULO II: Del paciente diabético y sus beneficios

ARTICULO 2: Los habitantes de la Provincia de Santa Fe que padezcan diabetes y que cumplan con los requisitos determinados en la presente ley, gozan de los siguientes beneficios:

- a) Provisión gratuita de insulina e hipoglucemiantes orales, según se trate de pacientes diabéticos insulino dependientes o no insulino dependientes;
- b) Provisión gratuita de material descartable para la administración de insulina;
- c) Provisión gratuita de tiras reactivas para control glucémico y glucosúrico, o práctica gratuita de los análisis bioquímicos que correspondan según se les prescriba;
- d) La provisión de otros medicamentos y demás elementos considerados indispensables para un tratamiento adecuado de la diabetes, según lo establezcan las normas técnicas aprobadas por la autoridad competente en el marco de la presente ley.

ARTICULO 3: Queda a cargo del Estado Provincial la provisión gratuita de todo lo necesario para el adecuado tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que cumplan con los siguientes requisitos, de conformidad con los alcances que determine la reglamentación:

- a) Tener residencia en la provincia de Santa Fe con dos (2) años de antigüedad.
- b) Ser diabético insulino dependiente o no insulino dependiente.
- c) No hallarse amparado por cobertura médico social alguna.
- d) No poseer ingresos o recursos propios de ninguna naturaleza que le permitan solventar los gastos de medicamentos y otros insumos necesarios para un tratamiento y control adecuado de su enfermedad.
- e) No existir legalmente obligados a prestarle asistencia, o en caso de tenerlos, que no la prestaren, por causa no imputable al solicitante del beneficio, o en condiciones de afrontar los gastos que les demande un adecuado tratamiento y control de la enfermedad.
- f) No gozar de similares beneficios en el orden nacional, municipal u otorgados por organismos privados.

ARTICULO 4: La solicitud de los beneficios previstos por la presente ley se debe realizar ante los establecimientos sanitarios provinciales correspondiente al domicilio real del peticionante.

Todas las actuaciones que se generan como consecuencia de dicha solicitud son de carácter gratuito.

ARTICULO 5: Toda solicitud da origen a una encuesta social, destinada a verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 3º de la presente ley, la que deberá reiterarse periódicamente entre los beneficiarios, dentro de los plazos que establezca la reglamentación.

ARTICULO 6: Los pacientes diabéticos beneficiarios deben someterse a los exámenes médicos y bioquímicos, periódicos y gratuitos, que establezca la reglamentación. La no concurrencia injustificada de los beneficiarios a realizarse los mismos será causal de cese de los beneficios establecidos en la presente ley.

ARTICULO 7: Créase un fondo de reserva para la compra de insulina en situaciones de emergencia.

ARTICULO 8: Las prestaciones médicas y farmacológicas correspondientes a la presente ley, serán incluidas en el Nomenclador de Prácticas Médicas y en el Nomenclador Farmacológico de la Obra Social de los Empleados Públicos de la Provincia -Instituto Autárquico Provincial de Obra Social-, quien las

incorporará a su cobertura en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones, sin el pago de coseguro.

ARTICULO 9: Las obras sociales, sistemas prepagos y cualquier otro sistema emergente en el futuro con semejantes fines, que existan en jurisdicción provincial, incluirán necesariamente en sus planes la provisión de los medicamentos y elementos de tratamiento del paciente diabético establecidos en el art. 2º de la presente ley.

CAPITULO III: De la capacidad laboral del diabético

ARTICULO 10º: La diabetes no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público provincial, municipal y comunal como en el ámbito privado.

CAPITULO IV: Del Programa

ARTICULO 11: Créase el Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas, cuyo objetivo general es mejorar la salud y calidad de vida de las personas diabéticas, a través de la elaboración de políticas de salud preventivas y de control que eviten o disminuyan las complicaciones generadas por esta patología.

ARTICULO 12: El Programa reconoce como aspectos esenciales del mismo a los siguientes:

- a) Educación diabetológica en todos los niveles: personal - familiar, comunitaria y profesional;
- b) Prevención clínica de las personas con diabetes;
- c) Acceso de los pacientes diabéticos a tratamientos terapéuticos adecuados y, en el caso de ser procedente, a los beneficios establecidos por la presente ley.

ARTICULO 13: El programa comprende los siguientes objetivos específicos:

- a) Desarrollar planes de educación comunitaria, destinados prioritariamente a personas con factores de riesgos y cargas genéticas

hereditarias.

- b) Proporcionar los instrumentos educacionales necesarios para el conocimiento de la patología por parte del paciente y sus familiares; tendientes a lograr el autocuidado de la salud, el control de su enfermedad y sus posibles complicaciones.

- c) Implementar un sistema de capacitación, perfeccionamiento y actualización dirigido a los integrantes de los equipos de salud.

- d) Prevenir el desarrollo y las complicaciones de la "diabetes mellitus", organizando actividades sistemáticas y periódicas que limiten, mediante la prevención, la aparición de complicaciones agudas y crónicas; logrando de esa forma disminuir la morbi-mortalidad y por ende el costo de la enfermedad para el enfermo y el Estado;

- e) Asegurar el tratamiento y seguimiento de los casos detectados de "diabetes mellitus".

- f) Fomentar y favorecer actividades de investigación científica inherentes a la prevención y control de la "diabetes mellitus".

- g) Promover los cambios necesarios dentro de la estructura y procedimiento del sistema de atención primaria, en función de incrementar el nivel de eficiencia y eficacia de la gestión pública, para que el paciente diabético obtenga una adecuada y eficiente atención médica.

- h) Impulsar e implementar acuerdos, convenios y planes con organismos públicos, no gubernamentales y privados, de nuestro país y del exterior, que favorezcan emprendimientos y actividades que tengan por beneficiarios a los pacientes diabéticos. En especial, brindar apoyo a entidades sin fines de lucro, con personería jurídica y meritoria trayectoria en la provincia, dedicadas a la ayuda del diabético, previa aprobación de los planes respectivos de trabajo.

- i) Promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en la asistencia del diabético, coordinando un sistema interdisciplinario y multisectorial que actúe en todos los niveles de gestión del Programa, buscando el óptimo funcionamiento del mismo.

ARTICULO 14: Créase el Servicio Provincial de Nutrición y Diabetes, el que funcionará en los establecimientos sanitarios que establezca la reglamentación, afectando a tal fin los recursos humanos y físicos existentes al momento de sanción de la ley.

ARTICULO 15: El Servicio Provincial de Nutrición y Diabetes tiene las siguientes funciones:

- a) Coordinar las actividades científicas de todos los profesionales de la

provincia abocados a la prevención, tratamiento y asistencia de las personas diabéticas, instrumentando protocolos de tratamiento.

b) Colaborar con el Programa en lo que respecta a la implementación, ejecución y evaluación de las distintas acciones y planes de salud que se lleven adelante como consecuencia del mismo.

c) Implementar el Registro Provincial del Diabético, en el cual constarán todos los pacientes diabéticos del sistema de salud pública y privada; clasificándolos de acuerdo al tipo de diabetes que padezcan, incluyéndose en el mismo todos aquellos datos que resulten de interés para evaluar el estado de salud de los pacientes, el acceso a las prestaciones mínimas normatizadas y la planificación de acciones preventivas.

ARTICULO 16: El Servicio Provincial de Nutrición y Diabetes, a través del Registro Provincial del Diabético, otorgará al paciente diabético que haya cumplido con los requisitos exigidos en la presente ley, una credencial del diabético que acreditará su condición de diabético y beneficiario de la presente ley; siendo la misma de presentación obligatoria para el acceso a cualquiera de los beneficios, salvo casos excepcionales debidamente justificados.

ARTICULO 17: Créase el Consejo Diabetológico Provincial, el cual tiene las siguientes funciones:

a) Asesorar al Programa en todo lo relacionado a la variada problemática del diabético, a su implementación, y en el control del cumplimiento del mismo, tanto en el ámbito privado como estatal.

b) Intervenir de oficio o a pedido de parte, de acuerdo al procedimiento que establezca la reglamentación, cuando tomare conocimiento de acciones discriminatorias a personas diabéticas en cualquier actividad humana.

c) Organizar y apoyar actividades educativas a través de congresos, seminarios, cursos, talleres, jornadas y toda actividad dirigida a la promoción de la salud en la comunidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del diabético.

d) Promover y orientar la investigación, y difundir los avances técnicos terapéuticos y la actualización bibliográfica.

e) Favorecer un proceso dinámico y continuo de intercambio de información y experiencias en todas las materias vinculadas a la diabetes, gestionando la cooperación y aportes provenientes de organismos y programas de origen provincial, nacional e internacionales.

f) Evaluar la exactitud científica de toda información o publicación

difundida por los medios de comunicación social; adoptando las medidas adecuadas para su corrección o eliminación, teniendo en cuenta la protección del diabético y de la sociedad toda.

g) Colaborar con el Programa en lo que respecta a la evaluación y monitoreo periódico del mismo.

h) Desarrollar toda actividad que considere necesaria para la prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de la diabetes.

ARTICULO 18: El Consejo Diabetológico Provincial está integrado por un Presidente y seis vocales, designados por el Poder Ejecutivo.

Los vocales a designar tendrán la siguiente representación:

1. Tres (3) miembros, especialistas en la materia, propuestos por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente,

2. Un (1) miembro en representación de las entidades privadas de ayuda al diabético con personería jurídica, propuesto por la Federación Argentina de Diabetes.

3. Un (1) miembro, con meritoria trayectoria en la provincia; en representación y propuesto por la Sociedad Argentina de Diabetes con competencia en el Capítulo del Litoral;

4. Un (1) miembro, enfermo diabético, perteneciente a una asociación de ayuda de diabéticos con personería jurídica, propuesto por la Federación Argentina de Diabetes.

ARTICULO 19: La duración del mandato de los miembros del Consejo Diabetológico Provincial es de dos (2) años, renovables por única vez en forma consecutiva, debiendo transcurrir el intervalo de un período para ocupar nuevamente dichas funciones. Los representantes privados podrán ser removidos de sus funciones por decisión y a pedido de las entidades que los postulan, produciéndose su cese simultáneamente con la designación de su reemplazante.

Las funciones de los miembros son desempeñadas "ad honorem".

CAPITULO V: Recursos

ARTICULO 20: Los gastos que demande la aplicación de la presente ley serán atendidos con los siguientes recursos:

a) Con lo determinado anualmente en la ley de presupuesto;

- b) Con los recursos que se destinen por leyes especiales;
- c) Con los de origen nacional, provenientes de la Ley Nº 23.753 y disposiciones complementarias;
- d) Con las donaciones o legados que se realicen para ser afectados a la aplicación de la presente ley.

CAPITULO VI: Autoridad de Aplicación

ARTICULO 21: Se establece como autoridad de aplicación de la presente ley al Ministerio de Salud y Medio Ambiente, el que tendrá a su cargo:

- a) Implementar la presente ley en vista a su efectivo cumplimiento, teniendo en cuenta los servicios, planes y acciones existentes al momento de sanción de la ley, a efectos de no superponer los mismos y lograr la máxima eficacia y eficiencia.
- b) Coordinar su accionar con el de las autoridades sanitarias nacionales, a los efectos del mejor cumplimiento de la legislación nacional y provincial.
- c) Afectar el personal bajo su dependencia, gestionar la adscripción de personal de otras áreas de gobierno para atender las funciones emergentes de la presente ley.
- d) Promover el acceso a un trabajo digno, acorde con su estado de salud, de los pacientes diabéticos.
- e) Presupuestar los gastos que demande la implementación y propiciar las modificaciones presupuestarias que eventualmente resulten necesarias.

CAPITULO VII: Disposiciones Complementarias

ARTICULO 22: Derógase la Ley Provincial Nº. 10.678.

ARTICULO 23: El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en el término de ciento veinte (120) días a partir de su promulgación.

ARTICULO 24: Los pacientes diabéticos que estén percibiendo beneficios de la Ley Provincial Nº 10.678, continuarán gozando de ellos.

ARTICULO 25: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA
LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS TRECE DÍAS DEL
MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL TRES.-

Firmado: Alberto Nazareno Hammerly - Presidente Cámara de Diputados
Norberto Betique - Presidente Provisional Cámara de Senadores
Avelino Lago - Secretario Parlamentario Cámara de Diputados
Ricardo Paulichenco - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

SANTA FE, 15 de diciembre de 2003
De conformidad a lo prescripto en el Artículo 57 de la
Constitución Provincial, téngase como ley del Estado, insértese en el
Registro General de Leyes con el sello oficial y publíquese en el Boletín Oficial.
Firmado: Jorge Alberto Obeid - Gobernador de Santa Fe

3) Ley Provincial N° 12.605/2006- Programa de control del tabaquismo.

REGISTRADA BAJO EL N° 12605

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

CON FUERZA DE

LEY:

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1.- La presente ley, complementaria de la Ley 12432, tiene como objeto:

- Garantizar la participación de la ciudadanía en el control para la aplicación de las normas, dado el incuestionable carácter de bien común de los objetivos propuestos y en concordancia con la política de participación comunitaria que impulsa el Plan Federal de Salud, al que la Provincia ha adherido.
- Establecer sanciones a los infractores de la ley.

DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DEL CONTROL COMUNITARIO

ARTICULO 2.- A los efectos de la aplicación de la presente, la Ley 12.432, el Ministerio de Salud de la Provincia se encuentra habilitado para celebrar y formalizar convenios con organizaciones no gubernamentales que deseen colaborar como complemento, mediante control ciudadano directo, con el fin de verificar que no se infrinjan las restricciones previstas en la normativa aplicable; como asimismo, con Municipalidades y Comunas.

DE LA MODALIDAD DE CONTROL

ARTICULO 3.- El cumplimiento de las obligaciones previstas en la presente, se realizará mediante la aplicación de la siguiente modalidad de control :

- El particular que concurra a un lugar donde eventualmente se acredite incumplimiento de la Ley N° 12.432, puede solicitar al responsable del establecimiento, el cese de tal actitud y, en caso de persistir el comportamiento, el retiro del infractor. El responsable del establecimiento tiene facultades de ordenar a quién no observara las prohibiciones, el cese de su conducta y en caso de persistir en ese comportamiento, el desalojo del infractor, pudiendo requerir el auxilio de la fuerza pública si fuere menester. En todos los casos los responsables de los establecimientos exhibirán letreros consignando la prohibición de fumar y procederán al retiro de todos los ceniceros.
- La persona que obstaculizara o impidiera el ejercicio regular de las funciones del inspector y/o los controladores comunitarios; los indujera a error mediante encubrimiento o afirmaciones falsas; se negare a proporcionarles cualquier información o documento a los cuales le da derecho esta ley o destruyere tal información o documento, será pasible de la sanción prevista en el artículo 131 del Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe -Ley 10.703-.
- En los organismos públicos provinciales, municipales y/o comunales, el control estará a cargo de la autoridad de cada sección, oficina o dependencia.

DE LAS SANCIONES

ARTICULO 4.- Sin perjuicio de las penalidades contempladas en el artículo 131 del Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe -Ley N° 10.703-, para el que fumare en lugares donde estuviere prohibido; los responsables del establecimiento serán pasibles de las siguientes sanciones:

- En la primera oportunidad, se aplicará la pena establecida en el artículo 131 del Código de Faltas de la Provincia, pudiendo el Juez perdonar la falta.
- En el caso de producirse una segunda falta, se le aplicará una multa no inferior a tres (3) jus ni superior a siete (7) jus.
- Por las subsiguientes faltas, la multa a aplicar será no inferior a siete (7) jus ni superior a treinta (30) jus.

Si en el momento de la contravención hubiera en el lugar menores de 18 años de edad o mujeres embarazadas, dichas multas se duplicarán.

La autoridad competente verificará si el responsable del establecimiento ha tomado los recaudos previstos y, en su caso, requerido el auxilio de la fuerza pública, en cuyo supuesto no se instruirá causa.

d) A quienes infrinjan las demás prohibiciones y limitaciones contempladas en la Ley 12.432, se le aplicarán multas de diez (10) a cincuenta (50) jus, conforme lo establezca la reglamentación.

e) Los responsables en la Provincia de Santa Fe de la empresa tabacalera que infrinjere las normas de restricción publicitaria vigentes, estarán sujetos a la aplicación de una multa de hasta quinientos (500) jus por la primera falta y desde hasta dos mil (2000) jus por las subsiguientes.

ARTICULO 5.- En todos los casos de reiteración de las faltas violatorias a la Ley del Tabaco y su cuerpo reglamentario, el Juez, atento a la gravedad del hecho, aplicará una sanción adicional que podrá llegar a la clausura del establecimiento por un plazo de hasta diez (10) días en la primera ocasión, hasta veinte (20) días en la segunda y de hasta treinta (30) días corridos en las subsiguientes.-

ARTICULO 6.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.-

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS VEINTICUATRO DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL SEIS.

Firmado: Edmundo Carlos Barrera - Presidente Cámara de Diputados

Norberto Betique - Presidente Provisional Cámara de Senadores

Diego A. Giuliano - Secretario Parlamentario Cámara de Diputados

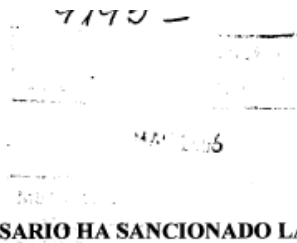
Ricardo Paulichenco - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

SANTA FE, 21 09 2006

De conformidad a lo prescripto en el Artículo 57 de la Constitución Provincial, téngasela como ley del Estado, insértese en el Registro General de Leyes con el sello oficial y publíquese en el Boletín Oficial.

Firmado: Jorge Alberto Obeid - Gobernador de Santa Fe

Ordenanza N° 7.970/2006- Adhesión del Municipio a la Ley Provincial No 12.432/05 la que crea el Programa de Control de Tabaquismo.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA

(N° 7.970)

Artículo 1°.- Dispónese la adhesión del Municipio a la Ley Provincial N° 12.432/05 la que crea el Programa de Control de Tabaquismo.

Art. 2°.- Encomiéndase al Departamento Ejecutivo, gestione ante empresas prestatarias de telefonía, la provisión de una línea de teléfono gratuita, a fin de recibir denuncias sobre sitios donde se infrinja la Ley.

Art. 3°.- El Departamento Ejecutivo continuará con los cursos de abandono del hábito de fumar que actualmente se dictan, haciéndolos extensivos a todos los Distritos.

Art. 4°.- Encomiéndase el Departamento Ejecutivo que disponga la inclusión de publicidad antitabaco en las tarjetas magnéticas utilizadas en el Transporte Urbano de Pasajeros.

Art. 5°.- El Departamento Ejecutivo elaborará un anteproyecto de Ordenanza que contemple la instrumentación de la Ley Provincial 12.432, que deberá ser enviado al Concejo Municipal para su aprobación convocando a tal fin al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Art. 6°.- Deróganse las Ordenanzas Nros. 6073; 6631; 6266 y cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto en la Ley Provincial N° 12.432/05, a partir de la puesta en vigencia de la misma.

Art. 7°.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.-
Sala de Sesiones, 16 de marzo de 2006.-

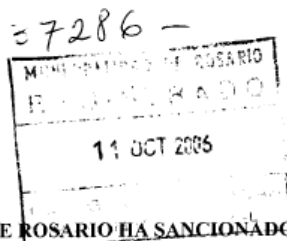


Sra. CLAUDIA ADRIANA ALONGI
Secretaria Gt. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario



Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

4) Ordenanza N° 8048/2006. Campaña publicitaria contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.048)

Concejo Municipal:

Vuestras Comisiones de Gobierno y Cultura y de Salud y Acción Social han tomado en consideración el proyecto de Ordenanza de los concejales Boasso y Comi mediante el cual encomienda al Departamento Ejecutivo el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción.

Los autores del proyecto han expresado los siguientes fundamentos: "Visto: El proyecto de ley presentado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, bajo el número de expediente 1600/D/04. Y considerando: Que Alcoholismo, tabaquismo y drogadicción son temas que preocupan a la sociedad, y como reflejo de ello la escuela demuestra una preocupación creciente por estos fenómenos que afectan cada vez más a los adolescentes, configurando un problema de alta incidencia social. Que en vez de pensar solo en leyes que penalicen este flagelo, lo mejor es prevenir y ocuparse y preocuparse por ello. Que es importante, que los mismos adolescentes se vean involucrados y comprometidos con los temas de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, dándoles herramientas para que los aborden en forma creativa y como un espacio de participación. Que a través de ellos y con ellos, se generen campañas de prevención. Que sería importante, extender la campaña fuera del ámbito escolar a lugares públicos y privados de gran afluencia de público con el fin de confrontar con la publicidad a favor. Que es importante involucrar a los adolescentes en su propia prevención, constituyéndose en un agente de cambio. Que este tipo de campaña debe ser permanente y repetirse por lo menos cada dos años y ser generada y trabajada por los mismos individuos que se intenta proteger. Que la confección de un afiche además de la creatividad en el diseño, los hace pensar en consecuencias, participación y prevención en estos temas".

Las Comisiones han creído conveniente producir despacho favorable y en consecuencia propones para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Encomiéndase al Departamento Ejecutivo el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción, en la cual se utilizarán los afiches ganadores de las distintas instancias del concurso que por la presente se organiza, sin perjuicio de otros que el Departamento Ejecutivo mandare confeccionar. Los afiches ganadores de cada instancia del concurso reemplazarán a los de la anterior.

En los afiches ganadores a utilizarse se hará constar el nombre del establecimiento educativo al que pertenecen sus autores.

Art. 2°.- La campaña publicitaria tendrá lugar en la vía pública, en los establecimientos educativos de todos los niveles oficiales y privados, y en todo otro lugar que el Departamento Ejecutivo determine.

Art. 3°.- Convócase a todos los alumnos de hasta 21 años de edad, que se encuentren cursando el Polimodal en establecimientos educativos oficiales y privados de la ciudad de Rosario, a participar en el concurso bienal que por la presente se organiza.

Art. 4°.- Los alumnos convocados podrán participar individualmente o en equipos de hasta tres integrantes pertenecientes a la misma institución, diseñando un afiche que se exprese contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción.

Es condición para participar, manifestar ser los únicos autores del afiche y ceder por escrito a la Municipalidad de Rosario todos los derechos intelectuales sobre el mismo en el momento de presentarlo al concurso. Tratándose de equipos de dos o tres participantes, la manifesta-


Dra. CLAUDIA ARIANA ALONZI
Secretaría Gral. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario

ción de autoría y la cesión de derechos deben ser efectuadas por todos ellos. Los menores de edad no emancipados actuarán a través de sus representantes legales.

Art. 5°.- Cada afiche deberá cumplir estos requisitos:

- a) abarcará los tres tipos de adicción del artículo anterior, expresándose en contra de ellas;
- b) apelará al impacto emocional y/o al racional, con énfasis en las consecuencias de la adicción para el individuo y/o para su entorno afectivo y/o para la sociedad en su conjunto;
- c) incluirá un eslogan;
- d) su formato será 50 x 30 cm, sin limitación de colorido.

Se deberá adjuntar al afiche una explicación del mismo y/o del proceso creativo que lo tuvo por resultado, y los datos del establecimiento educativo al que concurre el autor.

Art. 6°.- Comenzando en 2006, cada dos años se abrirá una instancia del concurso en la fecha oficial de inicio del ciclo lectivo. La autoridad de aplicación notificará la apertura del concurso a todas las instituciones educativas con alumnos en condiciones de participar, dentro de los quince días corridos desde esa fecha, mediante la entrega de una cantidad de afiches informativos para ser exhibidos dentro de cada institución.

Art. 7°.- Los afiches participantes se recibirán con los recaudos formales reglamentarios durante noventa días corridos contados desde la fecha oficial de inicio del ciclo lectivo.

Art. 8°.- El jurado calificador estará compuesto por dos representantes del campo de la salud, dos del campo de la publicidad, dos del campo de la educación, un Concejal y el Secretario de Salud Pública de la Municipalidad, designados por el Departamento Ejecutivo, quienes desempeñarán el cargo ad honorem. Su fallo será inapelable, recaerá dentro de los noventa días corridos de cerrada la recepción de afiches, y los nombres de los ganadores serán difundidos por los medios masivos de comunicación.

Art. 9°.- El/los ganadores recibirán un primer premio de 3 (tres) computadoras para su escuela, segundo premio 2 (dos) computadoras, y un tercer premio 1 (una) computadora y/o en todos los casos el valor de las mismas en pesos para solventar los gastos de una necesidad imperante del establecimiento.

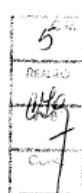
Art. 10°.- Solicitase a los quioscos, maxiquioscos, y establecimientos que expendan cigarrillos y/o bebidas alcohólicas en envase cerrado en origen para consumo fuera del local, situados en Rosario, la exhibición en un lugar de máxima visibilidad del establecimiento, excluyendo la marquesina, del último afiche ganador del primer premio.

Art. 11°.- En la vía pública y dentro de las instalaciones de los establecimientos educativos tanto oficiales como privados, se exhibirán los tres afiches ganadores.

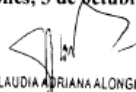
Art. 12°.- En todos los casos los afiches serán impresos y distribuidos por la Municipalidad de Rosario.

Art. 13°.- La Municipalidad podrá celebrar convenios con personas, organizaciones e instituciones privadas a fin de sponsorar el concurso de afiches mencionado y la campaña publicitaria.

Art. 14°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.



Sala de Sesiones, 5 de octubre de 2006.

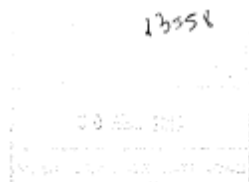

Dra. CLAUDIA ADRIANA LONGI
Secretaria Gral. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 151017-P-2006 CM.-

Decreto N° 33.376/2010- Cumplimiento a la ordenanza N° 8048/2006 que establece el diseño y cumplimiento de la Campaña publicitaria contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO EL SIGUIENTE

**DECRETO
(N° 33.376)**

Concejo Municipal:

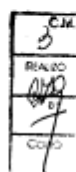
Vuestras Comisiones de Gobierno y Cultura y Salud y Acción Social han tomado en consideración el proyecto de Decreto del concejal Jorge Boasso, mediante el cual solicita se dé cumplimiento a la Ordenanza 8048 que establece el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. Fundamenta que: "Visto: La Ordenanza 8.048 aprobada el 5 de octubre del 2006 por la cual se pone en marcha una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, en la cual se utilizarán los afiches ganadores de las distintas instancias del concurso. Y considerando: Que para el concurso se deben convocar a todos los alumnos de hasta 21 años que se encuentren cursando el polimodal en establecimientos oficiales y privados y en todo otro lugar que el Departamento Ejecutivo determine. Que el concurso debe realizarse en forma bienal, comenzando en el 2006. Por lo tanto es el 2010 una buena oportunidad para realizarlo. Que el incremento de alcohol y sustancias nocivas se ha incrementado notablemente en los últimos años. Que debemos velar por nuestra juventud e involucrarlos personalmente en la prevención de todo tipo de adicción. Que somos testigos de hechos de violencia y desmanes ocasionados por menores y jóvenes alcoholizados cada fin de semana. Que sería un buen incentivo hacerlos trabajar en estos temas y desarrollar su creatividad para detener este flagelo que acosa a los niños y jóvenes rosarinos. Que al tener premio el concurso (computadoras para los establecimientos a los que pertenecen) considero sería un buen motor para su participación así como la exposición pública de los afiches ganadores. Que se debería comenzar a implementar para que al comienzo del ciclo lectivo, los alumnos comiencen a trabajar estos temas."

Por todo lo expuesto la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

DECRETO

Artículo 1.- Dese cumplimiento a la Ordenanza 8.048 que establece el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, en las cuales se utilizarán los afiches ganadores de las distintas instancias del concurso que por la presente se organiza, sin perjuicio de otros que el Departamento Ejecutivo mandara a confeccionar.

Art. 2.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M. Sala de sesiones, 22 de Abril de 2010.-



[Firma]
Cra. Sonia María González
Secretaria del Poder Ejecutivo
Concejo Municipal de Rosario



[Firma]
Cra. Miguel Zamarrón
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 175.879-P-2010-C.M.

5) Ordenanza N° 8.322/2008 - Mes de concientización del cáncer de mama.



37931 -



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

**ORDENANZA
(N° 8.322)**

Concejo Municipal

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Pablo Colono, Miguel Zamarini, Carlos Comi, Arturo Gandolla, Osvaldo Miatello, Luisa Donni, Mariana Alonso, Orlando Debiasi, Edgardo Falcón, Aldo Gómez y Juan Rivero y la nota presentada por la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer que expresan:

Visto: La nota presentada por la "Campaña por la conciencia del cáncer de mama" de Estée Lauder Companies y la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer quienes solicitan se declare en nuestra ciudad el mes de octubre como "Mes de Concientización del Cáncer de Mama".

El "Programa de Salud Integral de la Mujer", de la Secretaría de Salud Municipal.

El "Area de la Mujer", dependiente de la Secretaría de Promoción Social Municipal, y

Considerando: Que desde 1992 Estée Lauder Companies, junto a numerosas empresas realizan la "Campaña por la Conciencia del Cáncer de Mama" en más de 50 países, con el propósito de que la población en general y las mujeres en particular tomen conciencia de la importancia de la detección temprana de la enfermedad, siendo objetivos de esta campaña también apoyar la investigación y fundamentalmente vencer a este tipo de cáncer que afecta a miles de mujeres en todo el mundo.

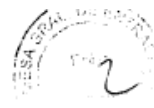
LALCEC Rosario, desde hace 49 años, atiende a la comunidad en sus consultorios de detección precoz del cáncer ginecológico, colo-rectoanal, de próstata, de piel. Brinda también subsidios para la entrega de citostáticos y estudios específicos. Cuenta con apoyo y rehabilitación para operados de laringe y de mama, además de su reconocido consultorio psico-oncológico.

Durante este mes en especial, se difundirán charlas y talleres para dar a conocer las medidas preventivas, haciendo hincapié en los estudios ginecológicos.

Que según la Sociedad de Mastología de Argentina: "cada dos minutos se diagnostica un cáncer de mama en el mundo; una mujer de cada 8 que alcance la edad de 85 años habrá desarrollado un cáncer de mama en curso de su vida; el 70 % de los cánceres de mama son detectados por autoexamen; no todos los cánceres se detectan por palpación, por lo que recomendamos mamografías en forma regular y autoexamen mensual;...;cuando un cáncer de mama es detectado tempranamente, la sobrevida a 5 años es de 96%..."(sitio Web Sociedad de Mastología de Argentina).

Que, respecto a lo antes mencionado las organizaciones que trabajan la problemática del cáncer, en sus distintas formas, coinciden en destacar que si bien la prevención en salud es fundamental, con relación al cáncer de mama (como en otros casos) lo es también la detección temprana; y en tal sentido, establecer el mes de octubre como "Mes de Concientización Sobre el Cáncer de Mama" aportará a la toma de conciencia y difusión de ésta enfermedad.

Que la Municipalidad de Rosario tiene como uno de sus ejes prioritarios en las políticas de promoción de la salud la temática de la salud de la mujer, teniendo entre los objetivos del Programa Salud Integral de la Mujer la detección precoz del cáncer de mama; en tanto que el Área de la Mujer promueve acciones, desde la perspectiva de género, para la difusión, promoción



**CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO**

Dirección General de Despacho

y defensa de los derechos humanos de las mujeres entre ellos la especial atención de la salud; ambas áreas deben ser las encargadas de diseñar las estrategias posibles para la mayor difusión y toma de conciencia del cáncer de mama.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

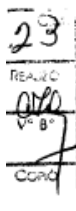
Artículo 1º.- Queda establecido en la Ciudad de Rosario el mes de octubre de cada año como "Mes de Concientización del Cáncer de Mama".

Art. 2º.- El objetivo de la presente Ordenanza es ofrecer información, con perspectiva de género a la población en general y a las mujeres en particular acerca del cáncer de mama, su prevención y detección temprana, aportando a una mejor calidad de vida para todos y todas.

Art. 3º.- El Departamento Ejecutivo a través del Area de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Promoción Social y el Programa de Salud Integral de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Salud, diseñará e instrumentará las acciones posibles a fin de dar cumplimiento al objetivo de la presente.

Art. 4º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 16 de octubre de 2008.-

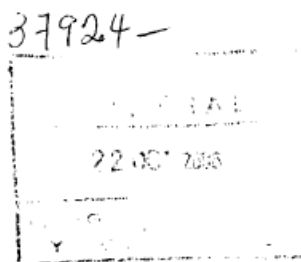



Raúl Fernández
Secretario General Administrativo
Concejo Municipal de Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

6) Ordenanza N° 8.319/2008- Plan de Acción de Salud Renal (PAIS-R).



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.319)

Concejo Municipal

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Arturo Gandolla y Osvaldo Miatello, que expresa:

Visto: Que la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) se ha constituido en un problema epidemiológico de dimensiones considerables, tanto que la OPS la ha declarado un tema de Salud Pública Mundial, (obligando a los Estados a tomar parte en su resolución y que el Ministerio de Salud de la Nación ha adherido en su Programa Federal de Salud a través de resoluciones de Salud Renal, y

Considerando: Que es una obligación del Estado en general y del Estado municipal en particular atender al mejoramiento de la calidad de vida de sus ciudadanos.

Que la insuficiencia renal crónica (IRC), junto con la diabetes y la obesidad, ha sido catalogada como epidemia mundial por su alto impacto sanitario, social y económico, siendo considerada como un problema de Salud Pública.

Que 1.492.000 personas se encuentran en diálisis en todo el mundo, cifra que se estima trepará a 2.095.000 en 2.010.

Que la IRC, junto a la insuficiencia cardiovascular, íntimamente ligadas, son las causantes del 60% de los fallecimientos en el mundo. La IRC es la causante; muchas veces sin que se descubra este padecimiento, de enfermedades cardiovasculares que pueden llevar a la muerte prematura. Existe una expresión metafórica, que enfatiza esta asociación: *"El riñón es el centinela del corazón"*.

Que en la Argentina son 25.000 aprox. las personas actualmente en diálisis. Según los registros de INCUCAI en la provincia de Santa Fe 1.545 pacientes en diálisis están inscriptos en lista de espera de un trasplante, 560 pertenecen a la ciudad de Rosario.

Que cada año más de 1.000 argentinos deben ingresar en diálisis, sin haber podido verse beneficiados de los tratamientos que hoy permiten revertir o detener la evolución de la enfermedad renal crónica. En los últimos años se ha producido un gran incremento de pacientes con enfermedades renales que necesitan ser tratados por medio de diálisis o mediante trasplante.

Que la IRC es una enfermedad que permanece silenciosa y sin síntomas durante varios años, sin que la persona se anocie de que necesita un tratamiento a menos que se lo detecte por estudios específicos. Se considera que en nuestro país más de 200.000 personas con deficiencias renales reversibles que requerirán tratamientos de alto costo si no se lo detecta a tiempo.

Que las enfermedades renales pueden prevenirse cuando se establece un programa de detección precoz, incluyendo identificación, clasificación por estudios y seguimiento sistematizado de la patología.

Que el costo nacional de tratamiento de la IRC es de U\$A 24 millones anuales.

Que la mayoría de los pacientes se encuentra en la edad media de la vida, entre los 30 y los 50 años de edad, teniendo un impacto importante en el sector poblacional productivo.

Que es posible y necesario desarrollar acciones de identificación de factores de riesgo en la población beneficiaria de la Red de Salud Municipal de Rosario para desarrollar estrategias de promoción de la salud renal y prevención de las enfermedades.



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



Que es sencilla y de bajo costo la detección precoz de la insuficiencia renal.
Que ahorraría costos en la Red de Salud Municipal y aumentaría en términos de eficiencia la atención de las personas al desarrollar una política activa y específica en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Que el Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación ha establecido que la promoción de la salud y la prevención de las dolencias constituyen estrategias de acción que suelen tener alto impacto sanitario y beneficios económicos en el mediano y largo plazo.

Que la Representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud ha otorgado el financiamiento para el apoyo técnico y el asesoramiento especializado mediante la formalización de una consultoría acreditada contratada a tal efecto para el desarrollo de Programa de Salud Renal.

Que en atención a lo dicho, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades representan aspectos impostergables de la acción de gobierno para el beneficio presente y futuro de nuestro pueblo.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Municipalidad de Rosario el Plan de Acción Integral de Salud Renal.

Art. 2º.- Los objetivos generales del Plan serán:

- a) Generar los dispositivos necesarios para implementar la detección precoz de la IRC, Insuficiencia Renal Crónica, (por ejemplo estudios clínicos, estudio hipertensión, screening, laboratorio, específico, etc.) y para la posterior respuesta en la atención y adherencia a los tratamientos.
- b) Instruir al personal de los efectores de salud municipal a fin de que promuevan la realización de la detección precoz de la IRC.
- c) Garantizar en los efectores de salud municipal en coordinación con los organismos de Salud Provincial competentes, la respuesta efectiva a partir de la detección precoz.

Art. 3º.- El plan comprenderá el desarrollo de estrategias comunicacionales masivas a fin de informar a la población de la existencia del plan y de sus beneficios y oportunidades preventivas.

Art. 4º.- A través del Plan se favorecerán acuerdos con organizaciones que tienen desarrollo e injerencia en el tema (OPS, Ministerio de Salud de la Nación, Asociaciones Científicas, Ministerio de Educación, etc.) a fin de desarrollar trabajos conjuntos y facilitar el proceso de implementación y ejecución del Plan y la evaluación de los resultados de su puesta en marcha.

Art. 5º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 16 de octubre de 2008.-



Raúl Fernández
Secretario General Administrativo
Concejo Municipal de Rosario



Miguel Zamarini
Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 165.443-P-2008 C.M.-

7) Ordenanza N° 8.341/2008- Proyecto “Nuestras huertas” Una salida a las drogas.



42663



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA
(N° 8.341)

Concejo Municipal:

Las Comisiones de Salud y Acción Social y de Producción y Promoción del Empleo han tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Aldo Gomez, Manuel Sciutto y Mariana Alonso, que expresa:

Se eleva el proyecto sobre Huertas y Adicciones, que tiene como antecedentes la Ordenanza Nro. 4713 del Concejo Municipal por la que se encomienda al D.E. la elaboración y puesta en funcionamiento del Programa Municipal de Huertas Comunitarias, a cargo de la Secretaría de Promoción Social. A su vez la Ordenanza Nro. 7341 del Concejo Municipal crea el “Programa Municipal de Asistencia y Desarrollo de la Agricultura Orgánica”, dependiente en su implementación de la Secretaría de Promoción Social a través de su Programa de Agricultura Urbana. El Decreto 2561 sancionado el 27 de septiembre del 2004 regula las ordenanzas mencionadas.

Desde la óptica de la salud, la Ordenanza Nro. 6536 (en especial su artículo 6) del Concejo Municipal crea el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones, en el cual se establece entre otras cosas, que “las actividades del Programa estarán orientadas tanto a la prevención en el contexto de la población en general, como a la atención y tratamiento de la población afectada y la reinserción en el seno familiar y social”; y que “el tratamiento social se hará en forma coordinada con el Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública y coordinadamente con las acciones que lleve a cabo la Secretaría de Promoción Social”.

El flagelo de la droga ha crecido en los últimos años en grados extremos. En la ciudad de Rosario la mitad de las personas que inician un proceso de rehabilitación por cuestiones relacionadas con la droga, tienen entre 15 y 22 años. Al efecto de señalar alguna de las estadísticas elaboradas en el ámbito nacional, podemos decir que los estudios del Observatorio Argentino de Drogas dejan al descubierto cómo desde el año 2001 al 2006 la edad de inicio en cualquier sustancia ha venido descendiendo. En el estudio de 2005 Argentina superaba a Uruguay en el consumo de marihuana y en el de 2007 está muy cerca de superar a Chile. En consumo de pasta base sólo nos supera Chile, pero somos el segundo país de Latinoamérica. Uno de los peores problemas que tiene Argentina es el policonsumo, lo que la posiciona tristemente como el país con mayor índice de policonsumo en el mundo. El 35% de quienes consumen marihuana también consumen alguna otra droga. Comparando las cifras de 2003 y 2005, con los números de 2007 (todos elaborados por el SEDRONAR), se advierte que éstos son peores, lo que es indicativo de que la situación de consumo se agrava. Argentina es el único país de Latinoamérica en el cual las curvas de estadísticas no sólo no se estabilizan sino que se aceleran.

Frente a esta realidad es necesario generar canales de inclusión social, entendiendo que el concepto de exclusión social hace referencia al debilitamiento de los vínculos entre los individuos consumidores y la sociedad. Este debilitamiento de los vínculos sociales se acompaña con la falta de acceso a los recursos y ventajas que estos ámbitos prodigan, a mayor número de espacios o colectivos sociales de los cuales se excluyen a un individuo o a un grupo, de manera persistente, tienden a incrementar sus condiciones de vulnerabilidad.

El joven adicto se encuentra en una preocupante situación de vulnerabilidad. Su marginación y estigmatización se sustenta en las características que se construyen desde la cultura, desde las representaciones sociales: características recurrentes de delincuencia, pandillismo, violencia, promiscuidad, entre otras, son las que van a asociarse a la imagen del adicto a las drogas.



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



Resulta imperioso entregar a la población joven drogodependiente herramientas concretas para superar una enfermedad social que aleja al individuo de la realidad, dificulta la construcción de vínculos, promueve conductas destructivas para sí mismo y para terceros, pérdidas afectivas y materiales, genera conflictos familiares ligados a situaciones de violencia, falta de comunicación, abandono, sentimiento de soledad y desamparo, falta de proyectos personales.

Si la sociedad es la que excluye, es ella misma el lugar de la inserción social del joven adicto, la sociedad debe ofrecerle a éste las posibilidades de inclusión en sus diversos espacios sociales y productivos y en este sentido, emprendimientos como los realizados en los Parques Huertas representarían una alternativa óptima para dicha realidad, afirmación que descansa sobre distintas y exitosas experiencias realizadas por organizaciones que abordan la problemática.

Las Secretarías de Salud Pública y Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, afrontan el desafío de atender la multiplicidad de factores que plantea la drogadependencia. Ante la gran demanda, pese a los esfuerzos, resultan insuficientes las becas otorgadas por distintas entidades para la internación de estos jóvenes en distintas instituciones privadas como son Volver a la Vida, Esperanza de Vida, AVCD, Nazaret, Programa Andrés entre otras.

El Programa de Agricultura Urbana de la Municipalidad de Rosario tiene como uno de sus principales objetivos la integración social, la superación de la pobreza, el mejoramiento del hábitat y el ambiente urbano, la construcción de redes sociales. El trabajo realizado en las Huertas Comunitarias además de representar una mejora en la calidad de vida y de ingresos económicos para los huerteros, posibilita el desarrollo de capacidades productivas, constituye una experiencia de contacto directo con la naturaleza, coopera con el desarrollo humano de cada persona dado que se trata de una actividad comunitaria en un ambiente sano y donde todos aportan su trabajo para el bienestar de todos. Los trabajos como los realizados en huertas comunitarias aleja a los jóvenes de una situación ociosa, muchas veces factor determinante de la incursión de grupos marginales en el consumo de sustancias psicoactivas.

Resultaría provechoso utilizar la vasta y exitosa experiencia desarrollada en estos emprendimientos por el municipio, que antes que laboral revisten una clara concepción del desarrollo humano, para proponer una nueva opción de salida digna a una realidad tan adversa como la de la drogadependencia para cientos de jóvenes de nuestra ciudad"

Por lo expuesto estas comisiones aconsejan para su aprobación el siguiente proyecto de.

ORDENANZA

Artículo 1º.- Encomiéndase al Departamento Ejecutivo Municipal la elaboración y puesta en funcionamiento del proyecto: "Nuestras Huertas: una salida a las drogas".

Art. 2º.- El mismo se llevará a cabo coordinadamente entre el Programa de Agricultura Urbana dependiente de la Secretaría de Promoción Social, los Centros de Distrito y el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones dependiente de la Secretaría de Salud Pública, a través de la conformación de un equipo conjunto de trabajo.

Art. 3º.- Serán objetivos del mismo:

. Generar un nuevo espacio que sirva de herramienta para reforzar los medios con que cuenta el Municipio para abordar la problemática de las adicciones.



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



- . Coordinar y articular los distintos sectores, esfuerzos, elementos existentes y experiencias desarrolladas para abordar multidisciplinariamente la asistencia y rehabilitación de pacientes drogadependientes que por su condición socio-económica no tengan posibilidad de acceder a tratamientos de recuperación en instituciones privadas.
- . Brindar a las personas en proceso de recuperación, un espacio de contención y adquisición de nuevas habilidades, donde encuentren medios sociales y materiales para avanzar en la resolución de sus conflictos laborales, de subsistencia y existenciales, muchas veces causantes de su enfermedad.
- . Capacitar a los beneficiarios en la producción ecológica y emprendimientos asociados con el fin de incluirlos en las distintas redes solidarias que funcionan actualmente en torno al Programa de Agricultura Urbana. (PAU).
- . Promover nuevas conductas sobre el cuidado del cuerpo, el desarrollo intelectual, el trabajo con la naturaleza, la generación de lazos sociales y la solidaridad.

Art. 4º.- Créase un registro diferenciado de aspirantes al proyecto "Nuestras Huertas: una salida a las drogas". El mismo estará a cargo del P.A.U., y los aspirantes serán derivados por el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones, previo estudios médicos y psicoterapéuticos correspondientes. Se privilegiarán los excluidos del mercado formal de trabajo y que por consiguiente se encuentren en condiciones de vulnerabilidad socio-económica, quienes pasarán a formar los grupos productivos en recuperación.

Art. 5º.- Los terrenos que se utilizarán para la ejecución del presente proyecto serán provistos de la misma forma que se establece en los artículos 3 y 4 de la Ordenanza 7.341.

Art. 6º.- A los fines de la capacitación de los beneficiarios en torno a las técnicas agroecológicas, uso responsable del suelo, comercialización, la modalidad más adecuada será analizada y determinada por el equipo de trabajo, teniendo en cuenta los Centros de Capacitación ya existentes. En dicho proceso será conveniente incorporar ejes temáticos relacionados al cuidado de la salud, la creación y fortalecimiento de lazos sociales y la importancia del trabajo.

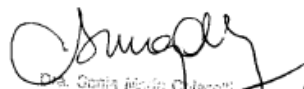
Art. 7º.- La producción elaborada por los grupos productivos en recuperación podrán integrarse a las cadenas de procesamiento y comercialización que existen en torno al P.A.U. a través de las Agroindustrias Urbanas Sociales y las Ferias Agroecológicas. La Secretaría de Promoción Social a través del P.A.U. facilitará las instancias de producción, elaboración y comercialización mediante la provisión de insumos, asistencia técnica y capacitación de los grupos productivos en recuperación.

Art. 8º.- La Secretaría de Salud Pública a través del Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones tendrá a su cargo el seguimiento y abordaje terapéutico del paciente a fin de poder aplicar todas las metodologías y recursos disponibles que refuercen el proceso de recuperación.

Art. 9º.- Comuníquese a la Intendencia con su considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 20 de noviembre de 2008.-




Dr. Germán Alcides Quiroga
Secretaría General, Rosario
Concejo Municipal de Rosario




C.JAL. MIGUEL ZAMARINI
PRESIDENTE
CONCEJO MUNICIPAL DE ROSARIO

Expte. N° 167.012-P- 2008 C.M.-

8) Ley N° 13.044- Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

REGISTRADA BAJO EL N° 13044

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE

L E Y :

ARTÍCULO 1º.- Ratifícase el Convenio Marco de Cooperación celebrado en fecha 14 de noviembre de 2008 entre esta provincia de Santa Fe y el Ministerio de Salud de la Nación para la implementación del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables en la Provincia de Santa Fe.

Dicho convenio fue aprobado "ad referéndum" de esta Honorable Legislatura por Decreto del Poder Ejecutivo N° 0536/09 e inscripto en el Registro de Tratados, Convenios y Contratos Interjurisdiccionales el día 16 de marzo de 2009, con el N° 3567, Folio 85, Tomo VII, se agrega y como anexo forma parte integrante de la presente ley.

ARTÍCULO 2º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS DIECINUEVE DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

Firmado: Eduardo Alfredo Di Pollina - Presidente Cámara de Diputados
Norberto Betique - Presidente Provisional Cámara de Senadores
Diputados Lisandro Rudy Enrico - Secretario Parlamentario Cámara de
Diego A. Giuliano - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

DECRETO N° 2453

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 17 DIC 2009

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA

La aprobación de la Ley que antecede N° 13.044 efectuada
atura;

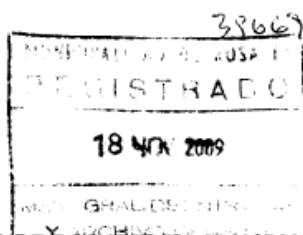
D E C R E T A :

Promúlgase como Ley del Estado, insértese en el Registro
yes con el sello oficial, publíquese en el Boletín Oficial,
dos a quienes corresponde observarla y hacerla observar.-

lernes Juan Binner
tíquel Angel Capiello

ey se publica sin la documentación anexa quedando a
os interesados en la Dirección General de Técnica Legislativa -
obierno y Reforma del Estado - 3 de Febrero 2649- 2° Piso -
042-4506607 - e-mail:ditecleg@arnethz.com.ar

9) Ordenanza N° 8.472/2009- Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Obstructiva Crónica.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.472)

Concejo Municipal

VISTO: Que el 19 de Noviembre se celebra el Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que es la cuarta causa de mortalidad en España y quinta en todo el mundo.

Y CONSIDERANDO: Que en todo el mundo mueren cuatro personas por minuto como consecuencia de la EPOC y desde la OMS sostienen que unos 80 millones de personas la sufren, ya sea de forma moderada o grave.

Que en esta fecha del Día Mundial del EPOC se intenta promover en todo el mundo una más profunda comprensión de la enfermedad y una mejor atención a los pacientes.

Que según los cálculos de la OMS correspondientes a 2007, hay en la actualidad 210 millones de enfermos de EPOC. La OMS prevé que para 2030 esta dolencia se habrá erigido en la tercera causa más importante de mortalidad en todo el mundo.

Que según los datos, publicados por la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR), representan aproximadamente entre dos y tres millones de personas y se estima que entre los fumadores aproximadamente un 15 por ciento desarrollan la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Que los principales factores de riesgo son el tabaquismo, la contaminación del aire, tanto en espacios cerrados como en el exterior, y la inhalación de partículas de polvo y sustancias químicas en el lugar de trabajo.

Que en la Argentina, cerca de tres millones de personas padecen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Por eso, el Hospital de Clínicas realiza actividades gratuitas en el marco de la "Semana Mundial del EPOC" entre el 12 y el 16 de noviembre.

Que se desarrolla en todo el planeta la "Semana Mundial del EPOC" para concienciar e informar a la población acerca de esta enfermedad. Que el Hospital de Clínicas (ubicado en Av. Córdoba 2351 -Bs. As) realiza jornadas gratuitas para el diagnóstico y prevención de esta enfermedad, durante esta semana.

Que en Mendoza, y según los datos del Departamento de Bioestadísticas del Ministerio de Salud, hay 12 mil internaciones por año que son consecuencia de esta afección:

Que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) la sufren los fumadores "experimentados", que después de pasar los 50 años comienzan a hacer grandes esfuerzos para respirar y tienen tos crónica.

Que esta patología, que es sólo una de las asociadas al cigarrillo, le cuesta al Estado 3,6 millones de pesos diarios en internaciones y atención en los efectores públicos de salud.

Que el tabaquismo es la causa más común de la EPOC, que según muestran los registros, entre el 35 y 50% de las personas que fuman por un período mayor a los diez años desarrollan esta enfermedad.

Que todas estas internaciones en los hospitales públicos generan un gasto diario que supera los tres millones de pesos. Ramón Alchapar, director del Lencinas, explicó que los pacientes necesitan una batería de estudios durante la internación. "En la mayoría de los casos se los asiste con suero y oxígeno, que es muy caro. Además, se les hace radiografías de tórax, electrocardiogramas, análisis completos, entre otros estudios", detalló el médico.

Que es posible reconocer las personas en riesgo para la enfermedad y realizar un diagnóstico temprano e iniciar tratamientos que prevengan el deterioro progresivo de la función pulmonar.

Que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se podría eliminar en un 90 por ciento de los casos si desapareciera el tabaco.

Que en México, bajo el lema No ignoremos a la EPOC, la campaña que se presenta con motivo del Día Mundial de la EPOC, pretende aumentar el conocimiento de esta enfermedad, especialmente entre las personas de riesgo y promover la detección precoz.

Es por lo expuesto que se eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Realícese a partir del 19 de Noviembre del presente año, una Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Art. 2°.- Implementése a través de la repartición que corresponda la Campaña Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en forma permanente todos los años, la misma deberá estar prevista en el Presupuesto de cada año.

Tendrá como objetivo la realización de jornadas con la finalidad de mejorar el conocimiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de la EPOC.

Art. 3°.- El Departamento Ejecutivo enviará información y folletería a las escuelas primarias y clubes para dar charlas informativas a docentes y alumnos para que se conviertan en agentes multiplicadores de conocimientos en lo que refiere de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Art. 4°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 12 de Noviembre de 2009.-




Raúl Fernandez
Secretario General Administrativo
Concejo Municipal de Rosario




Cjal. Miguel Zamarrini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 174.327-P-2009 C.M.-

10) Decreto Nro. 0815/2010- Comité interministerial de salud ambiental.



CREA EL COMITE INTERMINISTERIAL DE SALUD AMBIENTAL

**FIRMANTES: BINNER - BONFATTI - SCIARA - CAPPIELLO -
RODRIGUEZ - CIANCIO**

DECRETO N° 0815

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 17 MAY 2010

V I S T O:

El Expte. N° 02101-0010792-1 del Registro del Sistema de Información de Expedientes, por el cual se propicia la creación de un Comité Interministerial de Salud Ambiental, en virtud de las Leyes N° 12.817 Orgánica de Ministerio, N° 11.273 de Productos Fitosanitarios (su modificatoria N° 11.354 y su Decreto Reglamentario N° 0552/97) y Decreto N° 2.856/08; y,

CONSIDERANDO:

Que la complejidad de la problemática generada por las posibles consecuencias sobre el ambiente y la salud de las personas, reconocen su origen en diferentes actividades productivas o de servicios;

Que existen actividades productivas de amplia distribución en el territorio, como la producción agropecuaria, que demanda el uso de biocidas, fertilizantes, coadyuvantes u otros que contribuyan a mejorar su rendimiento y cuya aplicación, en consecuencia, también alcanza un importante ámbito de aplicación;

Que resulta necesario intervenir a los efectos de determinar el grado en que los productos mencionados precedentemente, constituyen una fuente potencial de riesgo para la salud de la población y el ambiente, instrumentando las medidas correctivas necesarias que aseguran el debido manejo y tratamiento de los mismos;

Que el uso indebido de dichos productos, constituye un problema



estrechamente vinculado con la salud de diversos sectores del trabajo que intervienen en su circuito de fabricación, distribución, comercialización, acopio y aplicación, que se incorporan a los flujos propios de la dinámica de los ecosistemas, pudiendo afectar las condiciones ambientales del territorio;

Que en consecuencia, la atención adecuada e integral de esta problemática, alcanza una escala que demanda un abordaje multidisciplinario y sistémico que excede el marco de un Ministerio en particular e involucra la necesidad, además de desarrollar un fluido mecanismo de coordinación entre los distintos organismos del Estado Provincial con los Municipios y Comunas;

Que el presente acto se dicta en uso de las atribuciones conferidas a este Poder Ejecutivo por el Artículo 72º incisos 1) y 4) de la Constitución de Provincia;

POR ELLO:

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA
D E C R E T A**

ARTICULO 1º: Créase el Comité Interministerial de Salud Ambiental, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud.-

ARTICULO 2º: El Comité Interministerial de Salud Ambiental será integrado por un representante de los Ministerios de Gobierno y Reforma del Estado, de la Producción, de Salud, de Trabajo y Seguridad Social, y de Aguas, Servicios Públicos y Medio Ambiente.

ARTÍCULO 3º: El Comité Interministerial de Salud Ambiental tendrá como funciones la coordinación de acciones de los diferentes estamentos del Estado Provincial respecto a las problemáticas que tengan vinculación con la salud ambiental y la de éstos con los Municipios y Comunas, cada vez que por sus características, dichas problemáticas requieran la intervención, participación o decisión de esas escalas de gobiernos.



ARTÍCULO 4º: Se establece como funciones específicas del Comité creado por el Artículo primero del presente decisorio, las siguientes:

- a) la puesta en funcionamiento de un sistema de registro, atención y seguimiento de las denuncias y requerimientos de distinto origen que se formulen vinculados a efectos sobre la salud de la población, que puedan estar vinculados a incorrectas prácticas ambientales en las actividades antrópicas, incluyendo las derivadas del uso de productos fitosanitarios y la coordinación del sistema de vigilancia epidemiológica;
- b) la coordinación de campañas de concienciación respecto al uso responsable de productos fitosanitarios por medio de materiales impresos, talleres de divulgación, comunicación en la web, etc;
- c) toda otra acción que a consideración del Comité resulte necesaria para el cumplimiento de sus objetivos;

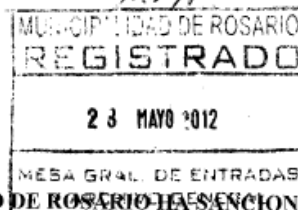
ARTÍCULO 5º: El Comité Interministerial de Salud Ambiental, aprobará mediante Resolución conjunta de los Ministerios que lo integran, su propio reglamento de funcionamiento, en un plazo máximo de treinta (30) días desde su constitución.-

ARTÍCULO 6º: Refréndese por los señores Ministros de Gobierno y Reforma del Estado, de la Producción, de Salud, de Trabajo y Seguridad Social y de Aguas, Servicios Públicos y Medio Ambiente.

ARTÍCULO 7º: Regístrese, comuníquese y archívese.

"2010 año del Bicentenario de la Revolución de Mayo"

11) Ordenanza N° 8913/2012- Programa “Rosario se mueve, movete con Rosario”



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SEÑALADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.913)

Concejo Municipal:

La comisión de Salud y Acción social ha tomado en consideración el proyecto presentado por la concejala María Eugenia Schmuck, que expresa:

Visto: La necesidad de proporcionar a la sociedad los medios necesarios para mejorar su salud y su calidad de vida.

El “Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables”, que por Resolución Ministerial N° 246/03 coloca al Ministerio de Salud de la Nación en la Coordinación Operativa del mismo.

Considerando: Que la salud es una responsabilidad colectiva en donde se debe comprometer a toda la sociedad a participar del proceso de mejora de calidad de vida.

Que según la Carta de Ottawa promocionar salud es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Que existe una Red Argentina de Municipios Ciudad Saludable conformada por más de 480 municipios titulares, donde se encuentra la Ciudad de Rosario, y por más de 360 adherentes.

Que el mencionado Programa consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el nivel local, teniendo como objetivos: *la prevención de factores de riesgo para la salud, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, la salud integral del adolescente, la promoción de ambientes libres de humo, la promoción de la actividad física y vida activa, la prevención de conductas adictivas (alcoholismo, tabaquismo, drogas ilícitas, etc.), la nutrición y alimentación saludable, entre otros.*

Que se debe abordar integralmente los determinantes y condicionantes de la salud, actuando sobre los distintos factores que inciden sobre los individuos, las organizaciones y el territorio.

La importancia que tiene para la sociedad que la política pública modifique los factores que determinan y condicionan negativamente la situación de salud colectiva y desarrollen aquellos que inciden en ella positivamente, para reducir las brechas de inequidad existentes en la población.

Que los municipios saludables son aquellos que abordan integralmente los factores que determinan y condicionan negativamente el estado de salud con políticas públicas adecuadas, definidas de forma participativa e intersectorial para reducir las brechas de inequidad existentes en sus territorios.

Que el modo de vida es condicionante de la salud, en lo referido a la actividad física, el control del consumo del tabaco, la seguridad vial, la alimentación saludable, el control de alcohol y otras sustancias adictivas.

Que hablar de un municipio saludable es hablar de una comunidad que ha iniciado un proceso que requiere convicción, fuerte apoyo político, y participación social de todos los actores y sectores.

Que el ejercicio físico es uno de los factores fundamentales en la promoción de la salud, ya que con su práctica permite generar adaptaciones en diferentes sistemas como el cardiopulmonar y osteomuscular, para mejorar la condición y función del organismo.

Que el ejercicio trae también beneficios en el orden físico, psicológico y social, en niños y adolescentes, en adultos y ancianos, en personas sanas y enfermas.

Que los principales beneficios descritos son la reducción del peso corporal, disminución de la tasa de enfermedades del corazón, mejora de la resistencia física, incremento de la autoestima, control del estrés, disminución del riesgo de algunos tipos de cáncer, entre otros.

Que para lograr los beneficios para la salud, el ejercicio debe ser practicado regularmente, y las actividades aconsejadas son las de tipo aeróbico, recreativas como caminata, trote, ciclismo, natación y danzas.

Que estudios demuestran que el tiempo ideal de entrenamiento debe ser entre treinta (30) y setenta (70) minutos, y que el manejo de pacientes con diabetes y con problemas de obesidad se facilita cuando estos hacen ejercicio y siguen una dieta adecuada.

Que el ejercicio en los ancianos disminuye la pérdida de funciones como la fuerza, flexibilidad, coordinación y equilibrio; disminuye la mortalidad por enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y obesidad; aumenta la autoestima, reduce la depresión y el aislamiento social; mejora el ambiente del hogar; aminora los trastornos del comportamiento e incrementa el bienestar.

Que según estudios científicos a los 30 años comienza un proceso de disminución en la masa muscular y los minerales óseos. Desde ese momento y por cada década de vida las personas sedentarias pierden el 9% del total de sus fibras musculares, frente a un 5% en los individuos físicamente activos. A los 50 años hay una pérdida cercana al 15% de la musculatura corporal, y llega a ser del 50% a los 80 años de edad.

Que el ejercicio en los niños y adolescentes mejora la autoestima, reduce el aislamiento social, controla el estrés, y disminuye la depresión. Se ha comprobado que con la práctica deportiva bien orientada, no sólo se logran algunos beneficios físicos sino que se puede mejorar el desempeño académico, aumentar la frecuencia en las aulas de clase y reducir trastornos en el comportamiento, a partir de modelos impartidos de responsabilidad y disciplina, representados en aspectos cotidianos de la escuela deportiva, como la asistencia puntual al entrenamiento, donde se incluyen juego y actividad física.

Que se ha comprobado que los procesos depresivos, pueden mejorarse con la práctica regular de actividad física. La interacción obligatoria con el medio externo, es una estrategia no sólo para ayudar a controlar procesos depresivos, sino también para incrementar la autoestima, aliviar el estrés, mantener la autonomía, mejorar la auto-imagen, el bienestar, reducir el aislamiento social, y los trastornos del comportamiento.

Que en ciudades como La Plata y Mar del Plata se han implementado exitosos programas que promueven las actividades físicas y la vida sana.

Que la Municipalidad de Rosario desde el 24 de Octubre de 2010 implementa todos los domingos un evento en la vía pública llamado "Calle Recreativa", desarrollándose de las 8 a las 13 hs en Bv. Oroño desde Av. Pellegrini hasta Av. de la Costa E. López.

Que los costos actuales de gimnasios, ecofitness, personals trainers, entre otros impiden que parte de la sociedad reciban una enseñanza calificada en actividades físicas.

Por todo lo expuesto la comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Subsecretaría de Recreación y Deporte de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario el Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario".

Art. 2º.- Objetivos:

- Abordar integralmente los factores que determinan y condicionan la salud desde el enfoque de la educación física.
- Generar la "conciencia de los buenos hábitos", entendiéndose como tales a la actividad física, el control del consumo del tabaco, el alcohol y otras sustancias adictivas, la alimentación saludable, entre otras.
- Concientizar sobre las bondades de la actividad física.

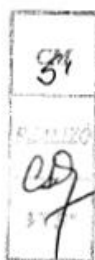
Art. 3º.- Funcionamiento del Programa:

- Se implementarán actividades gratuitas de educación física en los parques de la ciudad, comprendiendo ejercicios aeróbicos, de danza, deportivos, entre otros, realizándose preferentemente los días hábiles en horarios de 18 a 20 hs,
- Se invitará a los diferentes Institutos de Educación Física de la Ciudad de Rosario, para que sus profesores y estudiantes concurren a distintos parques de la ciudad a dar clases públicas de actividades físicas.

- Se incorporarán en los parques donde se realizarán las actividades gratuitas de educación física "estaciones del buen hábito", donde se les proporcionará a los participantes del programa material informativo sobre alimentación saludable, la importancia que tiene en la salud realizar actividad física, las consecuencias del sedentarismo, entre otras.

Art. 4°.- Comuníquese a la *Intendencia* con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de sesiones, 17 de Mayo de 2012.-



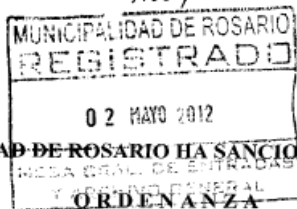

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamarrin
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 195.193-P-2012-C.M.

12) Ordenanza N° 8.903/2012- Calle Recreativa



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE ORDENANZA (N° 8.903)

Concejo Municipal:

La Comisión de Obras Públicas, ha tomado en consideración el Mensaje N° 02/12 IG, del Departamento Ejecutivo Municipal, mediante el cual remite Proyecto de Ordenanza, "Calle Recreativa Libre de Vehículos Motorizados".

Visto: Que la Municipalidad de Rosario está abocada desde hace muchos años y en todos sus estamentos a brindar a la población elementos e instrumentos que brinden una mayor calidad de vida y salud.

Considerando: Que desde el 24 de Octubre de 2010 en Rosario se viene implementando domingo a domingo un evento en la vía pública que dio a llamarse "Calle Recreativa".

Que han desarrollado de manera continua y con total normalidad 68 jornadas, todos los domingos de 8 a 13 hs., transitando por el circuito más de 1.400.000 usuarios.

Que la implementación de este proyecto generó un gran impacto en la ciudadanía de todas las edades, con una masiva adhesión que continúa aumentando.

Que entre los beneficiarios de la Calle Recreativa rosarina podemos mencionar que es un espacio para la recreación gratuita y el aprovechamiento del tiempo libre, que recupera las calles para el encuentro ciudadano, que promueve la convivencia ciudadana con valores democráticos, respeto y tolerancia, comunicación y cohesión social, favorece la adquisición de hábitos, saludables, que contribuye en la prevención de las enfermedades crónicas mediante la promoción de la actividad física, que promueve el uso de medios alternativos de transporte y que disminuye la contaminación ambiental y los niveles de ruidos.

Que participan del proyecto clubes y otras instituciones de la ciudad, ONG's y diferentes aéreas del municipio y del gobierno provincial para el desarrollo de actividades vinculadas a la salud, la cultura, la ecología, movilidad sustentable y el deporte.

Que Rosario se ha constituido en la primaria ciudad del país en implementar un circuito recreativo permanente libre de autos y motos.

Que este proyecto forma parte de la Red de Ciclovías Recreativas de las Américas, iniciativa que llevan adelante varias ciudades del continente americano promoviendo un estilo de vida más saludable.

Que es necesario continuar incentivando el uso de buenas prácticas como la descripta.

Que se hace necesario proveer respecto a una adecuación del régimen descripto.

Que se hace necesario proveer en tal sentido.

Por lo expuesto, esta Comisión solicita la aprobación del siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Definase como Calle Recreativa Libre de Vehículos Motorizados a los espacios públicos (parque y/o plazas) y arterias destinados para uso exclusivo de recreación en los días y horarios estipulados por el Departamento Ejecutivo.

Art. 2°.- Entiéndanse comprendidos en la calle definida en el artículo precedente, los siguientes espacios públicos y calles de la ciudad: Parque de la Independencia, Parque Sunchales, Parque Scalabrini Ortiz, Bv. Oroño desde Av. Pellegrini hasta Av. de la Costa E. López, Av. de la Costa E. López desde Moreno hasta Av. Francia, Av. Carballo desde Av. Francia hasta Bv. Avellaneda, Av. Francia desde Av. de la Costa E. López hasta Rotonda Ing.G. Venecia y Rotonda, Ing. G. Venecia, Bv. 27 de Febrero desde Bv. Oroño hasta Av. San Martín y Av. San Martín desde Bv. 27 de Febrero hasta Bv. Seguí.



Concejo Municipal de Rosario
Dirección General de Despacho



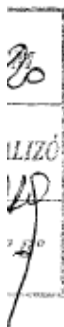
Art. 3°.- Prohíbase la circulación de todo vehículo motorizado en la traza definida en el artículo precedente en los días Domingos y Feriados en el horario de 8.00 hs a 13.00hs, con excepción de vehículos de emergencia, de seguridad o afectados a hechos de fuerza mayor y vecinos residentes.

Art. 4°.- El Departamento Ejecutivo podrá evaluar la conveniencia de incorporar otros espacios a los determinados en el artículo 2° de la presente Ordenanza.

Art. 5°.- El Departamento Ejecutivo a través de sus Organismos de Aplicación procederá a elaborar, proyectar y diligenciar la metodología para la optimización y perfecto funcionamiento de la presente, sin afectar el normal desenvolvimiento del entorno y del resto de los vecinos de la ciudad.

Art. 6°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 19 de abril de 2012.-



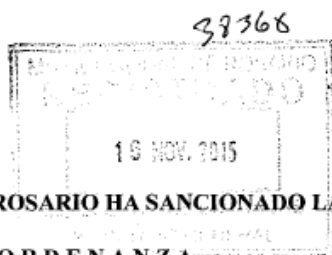

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 194029-I-2012 CM.-

Ordenanza N° 9.457/2015- Calle recreativa.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.457)

Concejo Municipal:

La Comisión de Obras Públicas, ha tomado en consideración el proyecto de Ordenanza presentado por los Concejales León y Rosúa, quienes encomiendan:

Visto: La Ordenanza N° 8903 de regulación de la Calle Recreativa Libre de Vehículos Motorizados a los espacios públicos (parque y/o plazas) y arterias destinados para uso exclusivo de recreación.

La solicitud de comerciantes del Centro Comercial a Cielo Abierto Pellegrini para que se comprenda a la Avenida Pellegrini dentro de la Ordenanza 8903; y

Considerando: Que la Ciudad de Rosario es la primera ciudad en Argentina en implementar un circuito recreativo permanente, libre de autos y motos. Una alternativa masiva de convivencia, encuentro, esparcimiento, vida saludable y actividad física para todos los ciudadanos.

Que la calle recreativa forma parte de la Red de Ciclovías Recreativas Unidas de las Américas, iniciativa que llevan adelante varias ciudades del continente americano promoviendo un estilo de vida más saludable.

Que es fundamental incluir a la Avenida Pellegrini a la red de calles recreativas, con el objeto de incorporar una de las calles más transitadas a este circuito saludable.

Por todo lo expuesto la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Modifíquese el artículo 2° de la Ordenanza N° 8903, el cual quedará redactado de la siguiente manera: "Entiéndanse comprendidos en la calle definida en el artículo precedente, los siguientes espacios públicos y calles de la ciudad: Parque de la Independencia, Parque Sunchales, Parque Scalabrini Ortiz, **Avenida Pellegrini desde Av. Belgrano hasta Bv. Oroño en sentido Oeste/Este**, Bv. Oroño desde Av. Pellegrini hasta Av. de la Costa E. López, Av. de la Costa E. López desde Moreno hasta Av. Francia, Av. Carballo desde Av. Francia hasta Bv. Avellaneda, Av. Francia desde Av. de la Costa E. López hasta Rotonda Ing. G. Venesia y Rotonda, Ing. G. Venesia, Bv. 27 de Febrero desde Bv. Oroño hasta Av. San Martín, Av. San Martín desde Bv. 27 de Febrero hasta Bv. Seguí".

Art. 2°. Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.
Sala de sesiones, 5 de Noviembre de 2015.-

CM
R

ALIZÓ

no B°

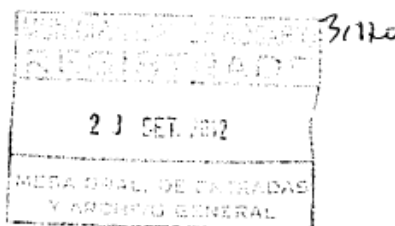
Marcelo Marchionatti
Intendente General
Municipal de Rosario



Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 223.019-P-2015-C.M.

13) Ordenanza N° 8.960/2012- Programa “Rosario previene”



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.960)

Concejo Municipal:

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por el Concejal Gonzalo del Cerro, que expresa.

VISTO: Que existen enfermedades que pueden prevenirse y que son las primeras causantes de muerte, y

CONSIDERANDO: Que según, la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por salud, “ *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves*”

Que prevenir, es evitar, y las muertes por enfermedades prevenibles, (trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes) se encuentran dentro de las que puedan evitarse. Para lograr el objetivo de evitar muertes por causas prevenibles, es imprescindible restringir al máximo los factores de riesgo que conducen a ellas;

Que se conocen muchas enfermedades, que son incurables, pero si se toman precauciones, éstas pueden evitarse y que, en general, se asocian con el modo de vida, y los métodos de prevención de enfermedades van desde simples precauciones en el hogar, como lavarse las manos, hasta las costosas campañas internacionales para erradicarlas. Con respecto a este punto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de su organismo para la salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), emitió un informe sobre enfermedades prevenibles, no transmisibles, donde hace una referencia puntual a la República Argentina. De dicho informe surge que el 80% de las muertes en nuestro país, se producen por problemas de salud que podrían haberse evitado mediante la prevención. Este informe de referencia, señala entre las principales causales de muerte en nuestro país a los **trastornos cardiovasculares** con el 33%; **cáncer** con el 20%; **enfermedades respiratorias** con el 10%, **diabetes**, el 3%, mientras que las **enfermedades transmisibles**, cuentan con el 14% y los **accidentes**, el 6%;

Que el derecho a la salud se encuentra plasmado en varios instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, contemplándolo como un derecho irrenunciable y una obligación impostergable de los Estados, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12, estipula: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Que en cuanto a las obligaciones contraídas por los Estados, éstas “ incluyen tanto lo que cabe denominar obligaciones de comportamiento (adoptar medidas oportunas para hacer efectivos los derechos reconocidos), como obligaciones de resultado”. O sea, alcanzar metas concretas en materia de salud.

Que en materia de Derechos Humanos, el Estado tiene diversos niveles de deberes:

1.- Deber de respetar: implica que los gobiernos deben abstenerse de toda medida que impida a la población satisfacer estos derechos.

2.- Deber de proteger: aquí los gobiernos deben prevenir toda posible violación a los derechos no solo de sus agentes sino de posibles terceras partes, como consorcios, empresas, grupos multinacionales, etc.

3.- Deber de realizar: en comparación con las anteriores, esta obligación es más positiva e intervencionista. En esta categoría se plantean cuestiones de gastos públicos, reglamentación gubernamental de la economía, regulación del mercado (construcción de hospitales y centros de salud, fabricación, provisión y/o compra de medicamentos, provisión de alimentos básicos para evitar muertes por malnutrición, subsidios para viviendas sanas, garantizar la eliminación de residuos domiciliarios, agua potable, vestimenta, etc.) provisión de servicios públicos e infraestructura afines, políticas de subsidios y otras obligaciones positivas.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario el programa *“Rosario Previene”*

Art. 2º.- FINALIDAD: Orientar y promover una respuesta en múltiples niveles, prestando especial atención a los sectores más vulnerables.

1. Detectar las nuevas epidemias de enfermedades no transmisibles y analizar sus determinantes sociales, económicos y culturales, como fundamento para sustentar un esquema que promueva su prevención y control.
2. Reducir el grado de exposición de las personas a los efectos de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
3. Elaborar un *listado de causas prevenibles*, que contengan, al menos, estas recomendaciones.
 - a. No fumar
 - b. Mantener un peso equilibrado.
 - c. Aumentar la ingesta de frutas y verduras.
 - d. Reducir la ingesta de sal.
 - e. Beber, al menos, 5 vasos de agua por día.
 - f. Hacer ejercicio físico.
 - g. Planificar tiempo al aire libre.
 - h. Reducir el consumo de alcohol.
 - i. Procurar un buen dormir.
 - j. Visitar regularmente al médico.

Art. 3º.- Dentro del Programa *“Rosario Previene”*, será obligatorio exhibir el *listado de causas prevenibles* en:

- a. Todas las reparticiones municipales que tengan atención al público.
- b. Bares instalados en espacios públicos concesionados.
- c. Calle Recreativa.



d. Todo evento público en que la Municipalidad de Rosario opere como organizador y/o fiscalizador.

Art. 4º.- Se invitará a participar del programa “*Rosario Previene*” a clubes, gimnasios y toda institución de carácter público y privada, en que haya flujo de público.

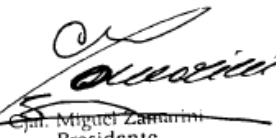
Art. 5º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 20 de setiembre de 2012.



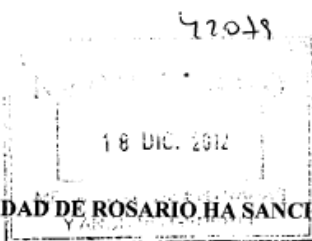

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Ej. Miguel Zanarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte.Nº 193796-P-2012 CM.

14) Ordenanza N° 9.013/2012- Programa de prevención, difusión y concientización del ACV.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE **ORDENANZA** (N° 9.013)

Concejo Municipal

Las Comisiones de Salud y Acción Social y de Presupuesto y Hacienda han tomado en consideración el proyecto presentado por los/las Concejales/las Norma López y Roberto Sukerman, quienes expresan:

VISTO: Que cada año se conmemora el día 29 de Octubre Día Mundial del ACV (Accidente Cerebro vascular) para la toma de conciencia de esta enfermedad.

Y CONSIDERANDO: Que el 29 de Octubre de 2010 se declaró "Día Mundial del ACV" (World Stroke Day), como estrategia mundial de prevención. El documento de la Proclama que tuvo lugar en el V Congreso Mundial de Stroke (ACV) llama la atención a la creciente epidemia de accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas y trastornos cognitivos.

Que el ACV es la pérdida de funciones cerebrales como consecuencia de la interrupción del flujo sanguíneo del cerebro, que origina una serie de síntomas variables en función del área afectada. El reconocimiento de las señales de alerta del ACV es fundamental para que el paciente adopte una conducta en forma rápida y reducir el daño cerebral, que es mayor a medida que pasa el tiempo.

Que es una afección causada por la súbita pérdida de flujo sanguíneo cerebral (isquémico) o por el sangrado (hemorrágico) dentro de la cabeza. El primer tipo de ataque es el más frecuente y ocurre en el 80% de los casos.

Que el ACV (Accidente Cerebro Vascular) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles, que constituye la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo.

Que es necesario llevar a cabo una concientización de la población para disminuir los factores de riesgo, adoptando hábitos y conductas tendientes a la prevención y el cuidado de la misma.

Que la prevención es un factor clave en la reducción de los riesgos de padecer un ACV.

Que según el Ministerio de Salud de la Nación, estadísticamente, el accidente cerebro vascular es la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad a nivel mundial; en Argentina se produce 1 ACV cada 4 minutos (100.000 a 190.000 casos al año); sólo 1 de cada 4 pacientes que sufre dicha dolencia llega a tiempo al hospital y la misma proporción es la que mueren dentro del año posterior al ACV; entre el 15 y el 30% de los supervivientes quedan con discapacidad permanente; para reducir los daños se necesita que la persona reciba atención en las primeras 4 horas desde el comienzo de los síntomas.

Que los accidentes cerebrovasculares (ACV) están afectando cada vez más a personas jóvenes, según estudios científicos internacionales recientes difundidos en ocasión del día internacional de esta enfermedad.

Que una nueva investigación elaborada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Cincinnati entre 1993 y 2005, concluyó que los ACV ocurren a edades cada vez más jóvenes, ya que aumentan la proporción de individuos con esta enfermedad entre 20 y 54 años.

Que según los especialistas internacionales, las actuales cifras de enfermos por ACV se triplicarán hacia fines del 2020 como consecuencia de un aumento en la expectativa de vida y la falta de planes de prevención.

Que la tendencia al alza observada en nuestro estudio es de gran preocupación para la salud pública, debido a que los accidentes cerebrovasculares en personas jóvenes se traducen en un aumento del número de pacientes afectados por una discapacidad por vida. Esa discapacidad por ejemplo está dada en que el aproximadamente 25% de la población que sobrevive a uno de estos episodios de ACV padece del Síndrome de Espasticidad, que es la pérdida de fuerza total o parcial (en un lado del cuerpo), falta de coordinación motora y trastornos del habla, deglutorios, visuales y/o en la memoria.



Concejo Municipal de Rosario
Dirección General de Despacho



Que las razones de esta tendencia podría ser un aumento de los factores de riesgo, como la diabetes, la obesidad y el colesterol alto.

Que según los especialistas, algunos de los posibles factores que contribuyen a estos eventos se pueden modificar con cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio.

Que el control de factores de riesgo como la hipertensión arterial y la adopción de hábitos saludables por parte de la población son fundamentales para prevenir un ACV.

Que según, Sebastián Laspiur, director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud, reiteró que "el principal factor de riesgo para el ACV es la hipertensión arterial, ya que ocho de cada diez personas que lo sufren son hipertensos", y añadió que "otros factores que influyen son el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, al punto de que los fumadores aumentan cuatro veces el riesgo de tener un ACV".

Que el ACV tiene tratamiento y en la mayoría de los casos los pacientes mejoran, pero la recuperación comienza una vez finalizado el ataque y cuando el paciente está médicamente estable. La mayoría de los infartos cerebrales son silentes [no son detectables por síntomas], y tienen múltiples consecuencias [comas, estados vegetativos, demencia, depresión o muerte], indica el estudio publicado en la prestigiosa revista Neurology.

Que si se tiene en cuenta que el consumo de sodio eleva la tensión arterial, la reducción en la ingesta diaria de sal es una sencilla forma de prevenir esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no consumir más de 5 gramos diarios y en la Argentina, los datos oficiales indican, que se llega casi a 12 gramos diarios por habitante, por lo que es primordial disminuir el consumo de sal agregada en las comidas y cobra suma importancia el compromiso de la industria de alimentos para reducir el sodio en los productos procesados.

Que "La OMS y las Naciones Unidas han declarado que es fundamental que los países de todo el mundo mejoren sus sistemas de recopilación de datos salud y así poder medir el impacto de las políticas de salud pública y la utilización de recursos a nivel poblacional. En los países de bajos y medianos ingresos, donde ocurren el 80% de las muertes por ACVs y enfermedad coronaria, es necesario desarrollar estrategias de mejora a través de iniciativas coordinadas de investigación en un marco de vigilancia mundial", indicó a LA NACION el doctor Luciano Sposato, director del Departamento de Neurología de Adultos del Instituto de Neurología Cognitiva (Ineco) y del Centro de Stroke del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro.

Que como parte de la iniciativa en la optimización de los sistemas de recopilación de datos y de la medición del impacto de las políticas de salud pública, Sposato explicó el nacimiento en la Argentina PREVISTA, el Programa para la Evaluación Epidemiológica del Stroke en Tandil, que busca aportar un volumen de datos de alta calidad sobre el ACV. Para generar políticas de prevención y estrategias para mejorar la calidad de atención del ACV.

Que existen señales de alarma que nos pueden alertar acerca de los síntomas que pueden anunciar un ACV son el entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de una parte del cuerpo; confusión, dificultades para hablar o comprender, no ver con uno o ambos ojos; al caminar sentir vértigo, pérdida del equilibrio o de la coordinación; tener fuertes y repentinos dolores de cabeza.

Que la posibilidad de sufrir un ACV aumenta de acuerdo a factores como presión arterial aumentada, tabaquismo, enfermedades cardíacas, diabetes o haber tenido un ACV.

Que uno de cada cuatro pacientes que llegan a la guardia con un infarto en el cerebro tuvo señales de alerta en los días anteriores.

Por lo expuesto estas comisiones aconsejan para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Créase el Programa de prevención, difusión y concientización del ACV (Accidente Cerebrovascular) a realizarse cada año en el mes de Octubre.

Art. 2°.- El Programa consistirá en campañas comunicacionales para el acceso a la información de la población con el objetivo de concientizar acerca de los factores de riesgo, las señales de alerta y fomentar hábitos saludables.

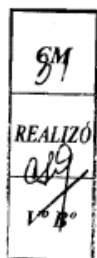
Art. 3°.- La campaña se realizará a través de soportes gráficos, radiales, televisivos, y con acciones directas sobre la población para la promoción de la salud. Incluirá folletería y material impreso para el acceso y distribución en los Distritos Municipales, Centros de Salud y Hospitales Públicos.

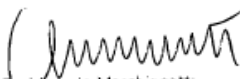
Art. 4°.- La campaña se realizará con el aporte conjunto de ONGs relacionadas a la problemática.

Art. 5°.- La Autoridad de Aplicación será la Secretaría de Salud Pública y es quien estará a cargo del diseño y ejecución del Programa de Prevención, difusión y concientización del ACV.

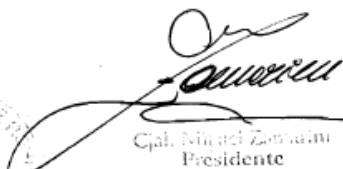
Art. 6°.- Facúltase al Departamento Ejecutivo Municipal a crear las partidas necesarias para llevar a cabo el Programa de Prevención del ACV.

Art. 7°. Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-
Sala de Sesiones, 6 de Diciembre de 2012.




Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal de Rosario




Gal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 200.426-P-2012 C.M.

15) Ley provincial N° 13.295/2012- Programa provincial integral de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios.

REGISTRADA BAJO EL N° 13295

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE

L E Y :

Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los
Trastornos Alimentarios

ARTÍCULO 1.- Adhesión. Adhiérese a la Ley Nacional 26.396, de Prevención y Control de Trastornos Alimentarios.

ARTÍCULO 2.- Creación. Créase en el ámbito del Ministerio de Salud, el "Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios".

ARTÍCULO 3.- Objetivos. El "Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de Trastornos Alimentarios" tiene los siguientes objetivos:

- a) prevenir los trastornos de conducta alimentaria, garantizando el acceso de la población a los sistemas de salud disponibles, cualquiera fuera su dependencia, pública o de las obras sociales privadas, dotando a dichos sistemas de los medios adecuados para satisfacer los requerimientos de esta problemática;
- b) garantizar la prestación de la asistencia médica quirúrgica para aquellos casos en donde se compruebe riesgo de vida, y sea éste el último recurso para los pacientes que no hayan podido solucionar los trastornos alimentarios mediante el uso de métodos tradicionales. En estos casos, el Programa solventará los gastos derivados de los estudios clínicos previos, de la intervención quirúrgica y de los controles y estudios postoperatorios. La Reglamentación determinará los parámetros y requisitos a cumplimentar para acceder a esta cobertura;
- c) desarrollar campañas de promoción y prevención relativas a los trastornos alimentarios abarcativas de los siguientes ítems:
características de las patologías y de sus consecuencias;
aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos, sociales y de las formas apropiadas para su tratamiento; y,
derecho y promoción de la salud y derechos del consumidor.

- d) disminuir la morbilidad asociada con estas enfermedades;
- e) fijar normas para la evaluación y control de los trastornos alimentarios;
- f) promover la realización de charlas, debates, conferencias y toda otra acción que tienda a fomentar el desarrollo de actividades de investigación médica, nutricional y psicológica;
- g) capacitar a profesionales y técnicos de la salud para optimizar su desempeño en la prevención y control de estas patologías;
- h) promover conductas, hábitos alimentarios y estilo de vida saludables, a fin de concientizar a la población;
- i) habilitar espacios de reflexión y de educación para contener a quienes padecen estas patologías;
- j) desarrollar y proponer acciones contra la discriminación o estigmatización de quienes sufren trastornos alimentarios, en los distintos campos: social, laboral y educativo;
- k) controlar la publicidad de productos alimentarios y medicinales, a fin de evitar que se induzca por este medio a las personas a conductas y/o prácticas, favorecedoras de la anorexia, la bulimia, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria;
- l) elaborar periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informe respecto de esta problemática;
- m) desarrollar sistemas estadísticos en toda la Provincia, a fin de disponer oportunamente de la información necesaria para detectar grupos de personas y regiones vulnerables, avances de las acciones instrumentadas y metas alcanzadas;
- n) propiciar la participación de Organizaciones Sociales No Gubernamentales, estimulando el desarrollo del trabajo en red entre las mismas y con las del sector salud, a fin de llevar adelante las acciones previstas en el presente Programa;
- ñ) propiciar el desarrollo de modelos prestacionales integrales de la salud, que contemplen actividades preventivas, de detección y diagnóstico precoz, de las alteraciones de las conductas alimentarias según los requerimientos de los distintos casos;
- o) desarrollar actividades de difusión, por medios televisivos, radiales y gráficas dirigidas a la población en general y a grupo de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y sobre los hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento;
- p) coordinar con las autoridades nacionales, en el ámbito de la Provincia, la implementación de lo dispuesto en la Ley Nacional 26.396, en lo que resulte

pertinente;

- q) realizar toda otra acción conducente al logro de los objetivos del presente programa.

ARTÍCULO 4.- Autoridad de Aplicación. La Autoridad de Aplicación de la presente es el Ministerio de Salud, quien dispondrá el funcionamiento de un centro especializado por cada uno de los departamentos de la Provincia.

ARTÍCULO 5.- Equipo Multidisciplinario. La detección, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los trastornos alimentarios debe ser realizado por un equipo multidisciplinario (médicos clínicos, médicos cirujanos, nutricionistas, psicólogos, y aquellos que la autoridad de aplicación estime pertinente).

ARTÍCULO 6.- Alcance. Son beneficiarios del Programa, todas las personas con residencia habitual y permanente en la Provincia.

ARTÍCULO 7.- Ingreso al Programa. El ingreso al Programa se materializa una vez que se haya cumplido con la evaluación pertinente y se encuentre avalada por un funcionario asistencial con el nivel que la autoridad de aplicación determine a través de la reglamentación de la presente.

ARTÍCULO 8.- Coordinación con Ministerio de Educación. La Autoridad de Aplicación coordinará con el Ministerio de Educación:

- a) la incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional en el sistema educativo en todos los niveles;
- b) la promoción de la actividad física a fin de evitar las conductas sedentarias de los alumnos;
- c) el control sobre los quioscos, buffet y demás medios de expendio de alimentos que se encuentren en los establecimientos escolares para que los mismos ofrezcan productos de alto valor nutricional, los que deberán estar adecuadamente exhibidos y anunciados;
- d) los establecimientos educacionales deben contar con comodidades y el equipamiento adecuado para el uso y asistencia de personas que padecen obesidad;
- e) la realización de talleres y reuniones para dar a conocer a los padres y tutores, conductas, hábitos alimentarios y estilos de vida saludables;
- f) la fijación de criterios y acciones de capacitación y actualización de los

docentes de los distintos niveles, ciclos o modalidades sobre esta problemática, a los efectos de contribuir a la prevención o detección temprana del sobrepeso, obesidad, bulimia y anorexia, y su adecuado tratamiento; y,

g) el desarrollo de estándares alimentarios para garantizar que los comedores escolares velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTÍCULO 9.- Coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social. La Autoridad de Aplicación es la que coordinará con el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, la implementación de las siguientes acciones:

a) la capacitación de trabajadores sociales y demás operadores comunitarios, a fin de formar personal apto para contribuir con el perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos sobre la problemática alimentaria;

b) la detección de situaciones de vulnerabilidad y promoción de acciones y estrategias para abordarlas a través de una adecuada orientación y/o derivación; y,

c) el desarrollo de estándares alimentarios para garantizar que los planes alimentarios provinciales velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTÍCULO 10.- Informe Semestral. La Autoridad de Aplicación remitirá semestralmente a las Comisiones de Salud de ambas Cámaras Legislativas, un informe detallado sobre el desarrollo del Programa, a fin de evaluar la efectividad del Programa implementado.

ARTÍCULO 11.- Erogaciones. El Poder Ejecutivo realizará las modificaciones presupuestarias pertinentes a los fines del cumplimiento de la presente.

ARTÍCULO 12 - Promulgación. El Poder Ejecutivo Provincial debe reglamentar la presente dentro de los cuarenta y cinco (45) días de su promulgación.

ARTÍCULO 13 - Municipalidades y Comunas. Invítase a las Municipalidades y Comunas a adherirse a la presente.

Comuníquese al Poder Ejecutivo.

A DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA
LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO

Eniel Rubeo - Presidente Cámara de Diputados

Eniel Rubeo - Presidente Cámara de Senadores

- Secretario Cámara de Diputados

Eniel Rubeo - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

ANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 22 NOV 2012

Lo prescripto en el Artículo 57 de la Constitución Provincial, y del Estado, insértese en el Registro General de Leyes con bibliques en el Boletín Oficial.

En Galassi - Ministro de Gobierno y Reforma del Estado.

16) Ordenanza N° 9.030/2012- Sistema de bicicletas públicas.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.030)

CAPÍTULO I – DEL SERVICIO

Artículo 1°.- OBJETO. Créase el Sistema de Bicicletas Públicas de la ciudad de Rosario, cuyo objeto es la dación en alquiler temporario de bicicletas destinadas al uso por parte de los ciudadanos y/o visitantes de la ciudad de Rosario.

Art. 2°.- ÁMBITO. El servicio será prestado dentro de los límites de la ciudad de Rosario.

Art. 3°.- PRESTADOR El Ente de la Movilidad de Rosario (EMR) será el encargado de seleccionar la prestataria del servicio, en los términos previstos en la presente Ordenanza y la Reglamentación que al efecto se dicte. Dicha prestataria podrá ser la misma Municipalidad de Rosario, una empresa pública, una empresa privada, una Asociación de Bien Público u Organización no Gubernamental.

Art. 4°.- AUTORIDAD DE APLICACIÓN. El EMR será la Autoridad de Aplicación del Sistema de Bicicletas Públicas y el encargado de la planificación y monitoreo del servicio.

El EMR, enviará al Concejo Municipal una evaluación anual del sistema en su 1° etapa y en base al mismo, un estudio de etapas posteriores, que contemple un aumento del sistema de gran escala o el mejoramiento del sistema vigente.

CAPÍTULO II – DEL SISTEMA

Art. 5°.- CARACTERÍSTICAS. El Sistema de Bicicletas Públicas consistirá en una serie de Estaciones distribuidas en la ciudad, de las que se podrá retirar o devolver una unidad de bicicleta integrante del Sistema. El retiro y el reintegro de cada unidad de bicicleta deberá producirse bajo las condiciones establecidas en la presente.

Art. 5° bis.- RODADO El rodado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Poseer características de diseño distintivas, que permitan su fácil identificación.
- Cada unidad deberá contar con un código único de identificación fácilmente visible.
- Cumplimentar los requerimientos de la Ordenanza n° 7513 en cuanto al equipamiento necesario.

Art. 6°.- DE LAS ESTACIONES. Las Estaciones son puestos fijos automatizados con un módulo madre y varios puntos de anclaje para bicicletas pertenecientes al Sistema. Estarán distribuidas en el ejido municipal de Rosario. Estas Estaciones serán acompañadas de las ciclovías pertinentes al mejor funcionamiento del Sistema. El EMR fijará las locaciones de cada Estación en las distintas etapas de implementación del sistema. Asimismo el Concejo Municipal de Rosario podrá proponer la modificación de las presentes o nuevas localizaciones.

En el entorno de las Estaciones y según criterios de conveniencia, el EMR dispondrá de bicicleteros públicos de uso corriente, para bicicletas que no pertenezcan al servicio. A tal efecto se estudiará la posibilidad de utilización del modelo ganador del concurso “Emprendedores Creativos de Rosario” y avalado por la edición del año 2005 del Presupuesto Participativo del Centro Municipal de Distrito Centro “Antonio Berni”.

Art. 7°.- DEL MEDIO DE PAGO. Establézcase la Tarjeta Sin Contacto (TsC) como medio de identificación de usuario y pago del servicio. *Los puestos de anclaje de bicicletas contarán con puestos de venta y recarga de las TsC a una distancia que no supere los 150 mts., salvo que las existentes se encuentren a una distancia que no supere los 100 mts.*

Art. 8°.- DEL COSTO DEL SERVICIO. La suscripción al servicio tendrá tres modalidades: diaria, mensual y anual. Las suscripciones habilitarán al usuario registrado a hacer uso *gratuito* del servicio en cada ocasión durante un período de 30 minutos. El EMR monitoreará el funcionamiento del sistema pudiendo ampliar este período de referencia.

Vencido el período de uso *gratuito*, el usuario deberá abonar una tarifa adicional que el Concejo Municipal fije en base a los estudios de costo que eleve a tal fin el EMR. Esta tarifa será incremental respecto a la demora en devolver la bicicleta al sistema, *con un máximo de 4 horas a*

partir del cual se considera en riesgo el vehículo y comienza a regir el mecanismo de sanciones.

Art.9º.- CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO. El EMR fijará por vía reglamentaria las condiciones y demás recaudos necesarios para el funcionamiento del servicio, la que deberá contemplar como mínimo lo siguiente:

- a) Permitir el uso del servicio a usuarios suscriptos.
- b) Permitir el pago del canon correspondiente mediante TsC.
- c) Contemplar la modalidad de alquiler para personas no residentes y en tránsito por la ciudad de Rosario
- d) Establecer horarios y días de funcionamiento y publicidad del sistema, pudiendo modificar lo establecido de acuerdo a la demanda del sistema.
- e) Un servicio de atención al usuario.
- f) *Se deberá contar con un taller de mantenimiento, para llevar al finalizar la jornada las bicicletas que así lo requieran, que serán devueltas al sistema el día siguiente, en caso de reparaciones complejas se procederá al reemplazo de la unidad. Encomiéndose al Departamento Ejecutivo contemple la posibilidad de celebrar un convenio de colaboración con el Estado Provincial a través de su Ministerio de Seguridad, a los efectos de incluir a los jóvenes que forman parte del Programa de Inclusión Sociocultural con Jóvenes para la Prevención del Delito.*
- g) *La empresa prestataria del servicio proveerá los vehículos necesarios para garantizar la continua redistribución de bicicletas entre estaciones y entre estaciones y el taller de mantenimiento.*

CAPÍTULO III – DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS

Art. 10º.- DERECHOS DE LAS/OS USUARIAS/OS.

- a) Toda/o ciudadana/o tiene derecho a registrarse en el servicio, siempre que cumpla las condiciones de edad y capacidad, establecidos en la Ordenanza 6543, artículos 7º y 13º.
- b) Tienen derecho a hacer uso de la bicicleta para paseo y desplazamientos urbanos, en los términos establecidos en esta Ordenanza.

Art. 11º.- OBLIGACIONES

- a) Serán responsables de las infracciones a esta ordenanza las/os usuarias/os del servicio de préstamos de bicicletas, así como sus tutores o representantes legales en caso de menores de edad.
- b) Todo/a usuario/a está obligado/a a hacer un uso correcto del servicio y a devolver la bicicleta en el mismo estado que la recogió, tanto en sus condiciones de limpieza como buen funcionamiento.
- c) El/la usuario/a está obligado/a igualmente a cumplir las normas establecidas en la presente ordenanza así como, en el tiempo de utilización, de custodiar la bicicleta.
- d) Igualmente está obligado/a a respetar, en todo momento, las normas en materia de tránsito.
- e) La persona usuaria de una bicicleta deberá comprobar el estado de ésta antes de hacer uso de la misma. El retiro de la misma constituye conformidad suficiente respecto a su estado.
- f) En caso de pérdida, hurto o robo, el/la usuario/a tiene la obligación de denunciar la desaparición de la bicicleta ante la autoridad competente, debiendo entregar una copia *certificada* de la denuncia en el lugar que se designe al efecto. En caso de no presentar dicha denuncia se aplicarán las sanciones previstas en la presente.
- g) La persona usuaria será responsable de los daños que se pueda producir o produzca a otras personas o bienes mientras hace uso de la bicicleta. El prestatario y/o la Municipalidad de Rosario no serán responsables por los daños y perjuicios causados con las mismas a cosas y/o terceros no usuarios.
- h) La persona usuaria será responsable ante la prestataria de la pérdida o de los daños que ocasionen en los elementos de la bicicleta y/o estaciones durante el tiempo que transcurra entre el retiro y la devolución de la bicicleta.



Concejo Municipal de Rosario
Dirección General de Despacho



- i) En caso de incidente que afecte a las condiciones mecánicas de la bicicleta y sin perjuicio de la obligación de comunicación, ésta quedará bajo la responsabilidad del/a usuario/a hasta que se deposite en un puesto de estacionamiento del sistema o la remita a la Prestataria encargada de la gestión del servicio.
- j) El/la usuario/a deberá retirar y restituir la bicicleta dentro del horario establecido para el funcionamiento del sistema. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones previstas en la presente.
- k) La persona usuaria es responsable de los daños que puedan sufrir o producir mientras hace uso de la bicicleta.
- l) En caso de no devolución de la bicicleta en el tiempo y forma previstos, deberá abonar un valor de reposición de la misma, que será tomado como base para los reclamos que por derecho pudieran corresponder y que será fijado por la Autoridad de Aplicación.

CAPÍTULO IV.- DE LAS INFRACCIONES Y SUS SANCIONES

Art. 12°.- INFRACCIONES.

Son infracción a esta Ordenanza las acciones u omisiones que contravengan lo dispuesto *en la presente*.

Serán responsables de las infracciones a esta Ordenanza las personas usuarias del servicio de préstamo del servicio de bicicletas, así como sus tutores o representantes legales en caso de menores de edad.

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves siendo la Prestataria responsable de su constatación y de la aplicación de las sanciones que prevé la presente.

A tal fin, la Prestataria deberá arbitrar un procedimiento ágil respetando el derecho de contradicción y defensa que asiste al usuario; el que deberá ser presentado para su aprobación al EMR. Las obligaciones, prohibiciones, sanciones y el procedimiento aplicable deberá publicarse debidamente para el pleno conocimiento por parte de los usuarios.

Art. 13°.- INFRACCIONES LEVES.

- a) El retraso injustificado en la devolución de la bicicleta.
- b) Depositar la bicicleta en lugares ajenos a las estaciones.
- c) El incumplimiento a lo dispuesto en esta Ordenanza que no sea constitutivo de infracción grave o muy grave.

Art. 14°.- INFRACCIONES GRAVES.

- a) Utilizar la bicicleta fuera de la ciudad de Rosario.
- b) No hacer buen uso de la bicicleta y no respetar las normas de tránsito establecidas para estos vehículos.
- c) No devolver la bicicleta en buen estado de funcionamiento.
- d) No comunicar cualquier desperfecto, percance o accidente ocurrido durante su uso.
- e) Producir daños en la bicicleta.
- f) El abandono injustificado de la bicicleta.
- g) La comisión de tres faltas leves en un período de doce meses.

Art. 15°.- INFRACCIONES MUY GRAVES.

- a) Utilizar la bicicleta con fin de lucro, estando expresamente prohibido su alquiler y/o venta y su utilización para fines comerciales, de transporte de mercancías o cualquier otro uso comercial.
- b) No realizar denuncia en el supuesto de pérdida, hurto o robo de la bicicleta.
- c) La comisión de tres faltas graves en el plazo de doce meses.
- d) Los actos de deterioro de las instalaciones y elementos del servicio.
- e) La no entrega de la denuncia de pérdida, robo o hurto de la bicicleta dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho.

Art. 16°.- SANCIONES.

Las infracciones al presente reglamento darán lugar a sanciones de inhabilitación de uso del sistema o multa, según esta descripción:

- a) Infracciones Leves: penalización en tiempo de uno a treinta días y/o multa de hasta el valor equivalente a medio abono de suscripción mensual.
- b) Infracciones Graves: penalización en tiempo de uno a tres meses y/o multa de hasta el valor equivalente a un abono de suscripción mensual.
- c) Infracciones Muy Graves: penalización en tiempo desde tres meses y/o multa de hasta el valor equivalente a un abono de suscripción anual, incluyendo la posibilidad de cancelación de la suscripción.

Art. 17º.- PROTECCIÓN DE DATOS.

Los datos personales de los/as usuarios/as del servicio serán objeto de tratamiento informático a los únicos efectos de su relación con la prestación del servicio.

Sobre dichos datos su titular podrá ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación conforme a lo previsto en la Ley Nacional de Protección de los Datos Personales N° 25326.

El usuario asume que todos los datos facilitados son exactos y acepta las condiciones de la presente Ordenanza.

Art.18º.- Agréguese como Anexo 1, el plano correspondiente a la "Localización de las Estaciones" de la 1ª etapa de implementación del presente sistema.

CAPITULO V REGIMEN DE PROMOCION DEL SISTEMA E INCENTIVOS A LA ACTIVIDAD FISICA.

Art. 19º.- PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FISICA

La tarifa adicional prevista en el artículo 8 de la presente se reducirá los días domingos de 9 a 13 horas, sobre la prevista para la primera media hora.

Art. 20º.-

En el estudio de costos se contemplará un descuento en las suscripciones correspondientes y en la tarifa adicional previstas en el art. 8º de la presente Ordenanza. Serán beneficiarios los estudiantes universitarios y secundarios pertenecientes a instituciones educativas radicadas en la ciudad de Rosario.

CAPITULO VI.- DISPOSICIÓN ADICIONAL

Art. 21º.- SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

No obstante lo dispuesto anteriormente sobre responsabilidad del usuario, la Prestataria deberá contar con un seguro de responsabilidad civil mínimo por siniestro y por víctima, durante el período en el que se encuentre en funcionamiento el sistema.

Art. 22º.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 13 de diciembre de 2012.




Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Miguel Zamorini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 199198-I-2012 CM.

17) Decreto N° 2.213/2013- Mesa intersectorial para el abordaje integral de adicciones.



CONSTITUYE, EN EL MARCO DEL GABINETE SOCIAL, LA MESA INTERSECTORIAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE ADICCIONES

FIRMANTES: BONFATTI - LEWIS - LAMBERTO - SCIARA - CAPIELLO - BIFARELLO - BALAGUE - GONZALEZ

DECRETO N° 2213

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional"; 06 AGO 2013

VISTO:

El Expediente N° 01501-0065211-4 del Registro del Sistema de Información de Expedientes, mediante el cual se gestiona constituir, en el marco del Gabinete Social, la Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones, la que estará integrada por los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, de Seguridad, de Economía, de Salud, de Desarrollo Social, de Educación y de Innovación y Cultura a través de la Dirección Provincial de Políticas de Juventud que de él depende, en su competencia de coordinación del Gabinete Joven Provincial; y

CONSIDERANDO:

que dentro de los modos de manifestación fenomenológica del malestar, el sufrimiento y los procesos de salud-enfermedad de nuestra población, se observa una tendencia creciente a las adicciones;

que la complejidad de la problemática se vincula al devenir histórico-social y no debe ser abordada de modo reduccionista, sino comprendiendo la trama socioeconómica, cultural y política en la que se desarrolla, tomando distancia de cualquier forma de estigmatización o discriminación;

que las adicciones no se presentan como un problema aislado en la vida de las personas, presentando mayor gravedad cuando acompaña procesos de ruptura de lazos sociales, marginación, exclusión y altos grados de vulnerabilidad;



que, por lo expuesto, es preciso implementar un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial que posibilite una respuesta oportuna y pertinente a las múltiples facetas de presentación de esta problemática;

que es decisión del Gobierno Provincial garantizar, de modo universal, el derecho a la asistencia idónea de los ciudadanos que atraviesan situaciones de adicciones, en cumplimiento de toda la normativa que garantiza el respeto a los derechos humanos expresados en nuestra Constitución Nacional y en los Pactos Internacionales de rango constitucional, como así también en las Cartas y Recomendaciones de Organismos Internacionales competentes;

que en concordancia con dicha normativa, el proceso de atención de las problemáticas adictivas debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, el que debe orientarse al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales;

que por el Artículo 22° Inciso 6) de la Ley Provincial N° 12.817 de Ministerios, corresponde al Ministro de Salud "Entender en la elaboración, fiscalización y ejecución de las políticas destinadas al control de la drogadicción, en coordinación, en su caso, con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Seguridad y el Ministerio de Desarrollo Social";

que por el Artículo 24° Inciso 12) de dicha Ley, corresponde al Ministro de Desarrollo Social "Intervenir en la elaboración, fiscalización y ejecución de las políticas destinadas a la lucha contra la drogadicción, en coordinación con los Ministerios de Salud, Justicia y Derechos Humanos y Seguridad";

que debido a que esta problemática afecta frecuentemente a jóvenes y adolescentes, resulta conveniente incorporar la perspectiva joven en la construcción de esta política pública, convocando a la Dirección Provincial de Políticas de Juventud, dependiente del Ministerio de Innovación y Cultura, que tiene entre sus funciones la coordinación del Gabinete Joven;

que el Decreto N° 00673 de fecha 1° de marzo de 2012, modificatorio del Decreto N° 0063/08 de creación del Gabinete Social, establece que su objetivo



es definir los lineamientos estratégicos en materia de política social en el territorio provincial para promover el acceso universal de todos los santafesinos y santafesinas a los derechos fundamentales;

que el Artículo 1° Inciso a) del mencionado Decreto establece como función del Gabinete Social coordinar y articular las acciones y herramientas para lograr el cumplimiento de los lineamientos estratégicos mencionados;

que el abordaje integral de la problemática puede requerir la intervención de diversos organismos que conforman la Administración Pública Provincial, como así también la participación de las Municipalidades, las Comunas y las Coordinaciones Regionales;

que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Desarrollo Social, en fecha 13 de mayo de 2013, ha tomado debida intervención;

que el presente se dicta de acuerdo a lo estatuido por el Artículo 72 Inciso 1) de la Constitución Provincial;

POR ELLO:

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA
D E C R E T A**

ARTICULO 1º: Constitúyase, en el marco del Gabinete Social, la Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones, la que estará integrada por los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, de Seguridad, de Economía, de Salud, de Desarrollo Social, de Educación y de Innovación y Cultura a través de la Dirección Provincial de Políticas de Juventud que de él depende, en su competencia de coordinación del Gabinete Joven Provincial.

ARTICULO 2º: La Mesa creada por el Artículo anterior tendrá como misión establecer los principios rectores que orientarán todas las acciones que se realicen en esta materia, proponer las normas generales de funcionamiento de las instituciones que intervengan en la misma y deberá desarrollar tres (3)



ejes de trabajo: prevención inespecífica, asistencia y promoción de derechos y orientación a la ciudadanía.

ARTICULO 3º: Se podrá convocar a otras jurisdicciones del Gobierno Provincial y a las Municipalidades y Comunas cuando los temas a tratar involucren áreas específicas de su competencia.

ARTICULO 4º: Encomiéndase la coordinación de la Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones al Ministerio de Salud.

ARTICULO 5º: Refréndese por los Señores Ministros de Justicia y Derechos Humanos, de Seguridad, de Economía, de Salud y por las Señoras Ministras de Desarrollo Social, de Educación y de Innovación y Cultura.

ARTICULO 6º: Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

18) Ordenanza N° 9.113/2013- Programa de concientización y detección precoz de la hipertensión infantil y del adolescente.



63 DIC. 2013

LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

**ORDENANZA
(N° 9.113)**

Concejo Municipal;

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los concejales Boasso, del Cerro, Schmuck y Miatello que expresan;

VISTO: La necesidad de modificar la Ordenanza N° 6.751 (Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Arterial) a los fines de informar a los ciudadanos para poder identificar aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA, y

CONSIDERANDO: Que en Septiembre de 2013 destacó el doctor Roberto Ingaramo, ex presidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) que el 52% de los pacientes que inician un tratamiento antihipertensivo lo abandonan antes de los seis meses.

Que este dato corresponde a un estudio de relevancia hecho en la Argentina sobre adherencia al tratamiento antihipertensivo en 1.800 pacientes de todo el país.

Que según el doctor Marcos Marín, médico cardiólogo de la Sección Hipertensión del Hospital Italiano de San Justo y miembro de la Comisión Directiva de la SAHA, "la mayoría de los estudios sobre adherencia realizados en el mundo revelan que alrededor de la mitad de los pacientes abandona el tratamiento antes de un año".

Que según expresa la Ordenanza 6.751, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la hipertensión como una afección silenciosa, sin síntomas y los médicos la consideran traicionera hasta que aparecen sus consecuencias.

Que la hipertensión arterial no se cura, se controla, por la cual el tratamiento debe ser permanente y conviene que sea controlada a partir de los 12 años.

Que la causa principal de la hipertensión se desconoce, pero se cree que existe un componente genético que "dispara" su desarrollo en algún momento de la vida.

Que la presión arterial es la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las venas y las arterias, cuando es impulsada por el corazón, la que varía según la actividad que se esté desarrollando.

Que resulta imprescindible que el Municipio adopte una política activa en la detección precoz de la hipertensión.

Que se debe coordinar cada uno de los esfuerzos que se realicen en el sentido del control de la presión arterial y en la concientización de la población en cuanto a la prevención y tratamiento de la misma.

Que la Ordenanza N° 6751, expresa:

Artículo 1°.- Créase en el ámbito de la ciudad de Rosario el " Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Arterial ", que será desarrollado y coordinado por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Art. 2°.- Serán objetivos del mencionado programa:

a) Facilitar a los vecinos de la ciudad el acceso gratuito a controles de la presión arterial, considerando que por sus características la Hipertensión Arterial no presenta síntomas.

b) Informar y concientizar a la sociedad acerca de la necesidad e importancia de comunicar por distintos medios acerca de la detección temprana de esta enfermedad, riesgos que implica su no atención, la existencia de distintos tratamientos para su control y la necesidad de realizar controles periódicos

Art. 3°.- Coordinar las acciones necesarias con otros organismos oficiales y entidades intermedias compenetradas con esta problemática a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por la presente Ordenanza.

Que la hipertensión es un problema que no conoce de edades. Así es como también los niños y adolescentes pueden llegar a padecerla. Sus condiciones de aparición son múltiples y, por ejemplo, los antecedentes familiares cuentan.

Es por esto que se recomienda realizar pruebas periódicas de presión a los niños, para conocer el estado en el que se encuentran. Un chequeo nunca está de más, e incluso

los especialistas señalan que pueden practicárseles esta clase de test a partir de los 3 años. De todos modos, vale la pena hacer un desglosamiento de causas y síntomas de la hipertensión infantil. <http://www.innatia.com/s/c-remedio-para-hipertension/a-hipertension-en-los-ninos.html>

Causas de hipertensión infantil:

Como hemos señalado, los antecedentes de hipertensión arterial en la familia suelen favorecer la predisposición a que esta aparezca. El sobrepeso, el sedentarismo, el exceso de sal, grasas y azúcares o -en el caso de adolescentes- el fumar (también el entorno como fumador pasivo en hogares de fumadores) son algunas de las causas más comunes de hipertensión infantil. <http://www.innatia.com/s/c-remedio-para-hipertension/a-hipertension-en-los-ninos.html>

Síntomas en los niños hipertensos:

Los más comunes síntomas de la hipertensión arterial infantil son los dolores de cabeza, el enrojecimiento de la cara y las orejas. También mareos, fatiga y sangrado nasal son algunos síntomas frecuentes de hipertensión.

Que es necesario aumentar la difusión de la información sobre este tema y es conveniente la creación de una campaña con el objetivo de informar a la población en general para identificar aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA Hipertensión Arterial en la vida adulta, ya sea por antecedentes familiares de Hipertensión, sobrepeso corporal y estilos de vida inadecuados como el sedentarismo, exceso de sal en la dieta, grasas y azúcares, hábito de fumar en el adolescente o sus familiares, fumador pasivo y el stress.

Por lo expuesto, que esta Comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Incorpórese a la Ordenanza 6.751 el Art. 4, que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 4º.- Créase en el ámbito de la Ciudad de Rosario una Campaña de Detección, Prevención y Concientización de la Hipertensión Infantil y del Adolescente con el fin de informar a los ciudadanos para poder identificar aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA (Hipertensión Arterial).

Art. 2º.- Incorpórese a la Ordenanza 6.751 el Art. 5, que quedará redactado de la siguiente forma:

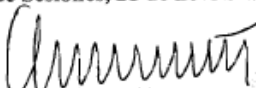
Art. 5: Facúltase al Departamento Ejecutivo Municipal para que a través de la repartición que corresponda, gestione ante el Ministerio de Educación, para que la campaña aludida en el Art. 4 se implemente en las escuelas primarias y secundarias.

Art. 3º.- Incorpórese a la Ordenanza 6.751 el Art. 6, que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 6: La Campaña de Detección, Prevención y Concientización de la Hipertensión Infantil y del Adolescente será acompañada de material informativo sobre alimentación saludable y consumo de sal. La misma estará a cargo de profesionales de la salud.

Art. 4º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 21 de noviembre de 2013.

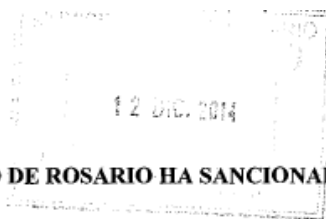

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 209064-P-2013 CM.

19) Ordenanza N° 9.342/2014- Semana Saludable



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.342)

Concejo Municipal

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los concejales Bonifacio y Cardozo, que expresa.

VISTO: La necesidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de los habitantes de la ciudad, y

CONSIDERANDO: Que continuamente distintos organismos nacionales y provinciales de salud informan sobre los problemas derivados tanto de los malos hábitos alimentarios como son la vida sedentaria, siendo éstos los grandes causales de problemas de obesidad y de rendimiento físico y mental en niños, niñas y adolescentes; dando lugar, además, a la aparición de otras enfermedades crónicas, no transmisibles, pero si derivadas de los mismos (diabetes, colesterol, entre otros).

Que, el porcentaje de muertes ocasionadas por accidentes cardiovasculares ocupa uno de los primeros puestos en las estadísticas mundiales, siendo originadas, generalmente, por la falta de hábitos saludables los cuales deben ser asimilados en las personas desde muy temprana edad.

Que, ante esta situación muchas ciudades de nuestro país han impulsado políticas públicas enfocadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de los habitantes.

Que, y en relación a lo anteriormente mencionado, ciudades como Buenos Aires y Bahía Blanca cuentan con programas denominadas *Estaciones Saludables*, que realizan las siguientes actividades:

.- Asesoramiento sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, controles de enfermería y consejería en alimentación saludable.

.-Controles de enfermería, que incluyen: medición de presión arterial, peso corporal, talla, circunferencia de la cintura y medición del nivel de glucosa en sangre; tareas que son realizadas por profesionales de enfermería.

.-Consejería en alimentación saludables: consiste en brindar asesoramiento y orientación de acuerdo a las demandas e inquietudes de los vecinos y/o al diagnóstico antropométrico, a cargo de un licenciado en nutrición.

.-La realización de talleres con temáticas nutricionales específicas, actividades lúdico-educativas para niños, actividad física, y se enseña a andar en bicicleta.

Que, otras localidades como por ejemplo, la municipalidad de Libertador San Martín(Entre Ríos) estableció a través de la Ordenanza N° 1091, dictada el 21/02/2008 y sus posteriores modificaciones, la celebración anual de una semana de vida sana la cual se realiza la última semana del mes de setiembre de cada año.

Que, en dicha semana se desarrollan diferentes eventos enfocados a mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de los habitantes de la ciudad y las personas que visitan a diario la misma.

Que, consideramos necesario replicar en nuestra ciudad las buenas prácticas llevadas a cabo con éxito en otras localidades de nuestro país.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Establézcase en la ciudad de Rosario la celebración anual de la “Semana Saludable”, que se realizará durante alguna semana a definir del mes de octubre de cada año. La misma tendrá por objetivo la difusión y concientización sobre las ventajas producto de un “estilo de vida saludable”.

Art. 2º.- Las actividades a realizarse son:

- Sintetizar en una semana la variedad de posibilidades y opciones que constituyen “un estilo de vida saludable”, logrando así que las personas sientan interés y puedan, luego, realizarlas diariamente.
- Informar a la población de la ciudad de Rosario y a quienes la visitan, sobre la cantidad de ventajas que produce en la salud el hábito de una vida sana.
- Hacer partícipes a las personas en las diferentes actividades que se realizarán, con el propósito de lograr un mejor y mayor entendimiento y compromiso.
- Incorporar, en las personas que concurren de dicha jornada, la necesidad de hacer parte de su vida cotidiana un estilo de vida saludable.
- Organizar, en instituciones educativas de formación de niños y adolescentes, actividades de capacitación sobre la importancia y beneficios de una vida saludable.
- Instalar stands en la Calle Recreativa con la finalidad de brindar información y responder consultas.
- Y todas aquellas que el Departamento Ejecutivo Municipal (DEM), considere conveniente.

Art. 3º.- Con el fin de cumplir con los objetivos enunciados, se organizarán diferentes actividades durante toda la semana, destinados a estimular el bienestar integral del ser humano: físico, mental, y social, teniendo en cuenta, además, el aspecto espiritual.

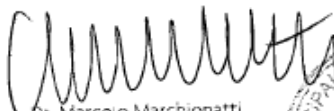
Art. 4º.- Créase una “Comisión *ad honorem* pro Semana Saludable elegida y convocada anualmente, la cual contará con representantes de la Municipalidad de Rosario y Organizaciones Civiles y No Gubernamentales dedicadas a las temáticas en cuestión.

Art. 5º.- Para la financiación del evento la Comisión podrá suscribir convenios de colaboración con Autoridades Provinciales, entes de coordinación o planificación a efectos de coordinar el desarrollo de acciones conjuntas en el transcurso del programa creado en el artículo 1º de la presente.

Art. 6º.- La planificación y organización del evento anual estará a cargo de la Comisión creada en el Artículo 4º. El Municipio colaborará con su infraestructura, sus máquinas y sus herramientas, como así también con el personal que se requiera puntualmente para concretar los objetivos propuestos.

Art. 7º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 4 de diciembre de 2014.


Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamatini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 215738-P-2014 CM.-

20) Ordenanza N° 9.363/2014- Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.363)

Artículo 1°.- Dispóngase la instalación de Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA) en plazas, paseos y/o espacios públicos afines de cada distrito de la ciudad.

Art. 2°.- A los fines de implementar un plan progresivo de los GUCA, se deberá garantizar en una primera etapa, la instalación de un mínimo de uno por distrito, en las plazas, paseos y/o espacios públicos afines de mayor concurrencia en esa división administrativa municipal.

Art 3°.- Se entiende por GUCA, al parque dotado de diferentes obstáculos que exige el trabajo físico de todas las partes del cuerpo humano y de capacidades como el equilibrio, la coordinación, la fuerza, la elasticidad, la movilidad y la agilidad, aptos para ser utilizados por personas con capacidades limitadas.

Art 4°.- Los GUCA deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Deberán ser construidas con materiales resistentes anti-vandálicos, aptos para ser emplazados al aire libre.
- Cuando sean de origen nacional, se ajustarán a la norma IRAM (Instituto Argentino de Normalización y Certificación) N° 3655 (partes 1, 2 y 3), con excepción del punto A.3 del nexo A de la parte 3, y/o la que en un futuro dicte dicho instituto y otro ente de certificación acreditado por el Organismo Argentino de Acreditación. Deberá exhibirse el correspondiente certificado de seguridad y calidad.
- Cuando provengan del exterior, y en caso de poseer certificado de calidad y seguridad otorgado por algún instituto extranjero de Normalización y Certificación, el IRAM o cualquier otro ente de certificación acreditado por el Organismo Argentino de Acreditación, verificará su compatibilización con la norma mencionada en el inciso a). En caso de no existir tal certificación de origen, deberán cumplir con idénticos requisitos que los estipulados en el inc. a). Deberá exhibirse el correspondiente certificado de seguridad y calidad.
- Las superficies de las áreas de los GUCA absorbedoras de impactos, se ajustarán a la norma europea UNE – EN N° 1177 o a la que el IRAM o cualquier otro ente de certificación acreditado por el Organismo Argentino de Acreditación considere aplicable oportunamente en su lugar, Exceptuase, en consecuencia, el punto A.3 de la parte 3 de la Norma 3655 referida a este particular.
- Deberán contar con un bebedero, construido con materiales resistentes anti-vandálicos, diseñados preferentemente sin más accesorios que un pulsador y provistos con un mecanismo de presión de agua potable y sin requerimiento de ningún tipo de energía.

Art. 5°.- Los recursos económicos que demanden el proyecto, dirección, construcción, montaje, emplazamiento y mantenimiento de los GUCA provendrán:

- De economías a realizarse de las partidas presupuestarias que el Departamento Ejecutivo estime corresponder, oportunamente.
- Del sistema de sponsorización y/o patrocinio y/o adhesión conforme Ordenanza N° 5.443/1992.

Art. 6°.- Los GUCA contarán con cartelería que fácilmente indique lo que a continuación se indica:

- La localización del centro sanitario más próximo.
- Las instrucciones sobre la utilización de cada obstáculo que lo integre.
- Las instrucciones sobre elongación, previa y posterior.
- La necesidad de consultar a un médico antes de realizar actividad física, y la importancia de su visita periódica.
- El uso prioritario para adultos mayores.
- La prohibición de utilización por niños y niñas.

Art. 7°.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.



Concejo Municipal de Rosario
Dirección General de Despacho



Sala de sesiones, 18 de Diciembre de 2014.-


Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Graciela Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario



21) Ordenanza N° 9.405/2015- Programa permanente de Estaciones Saludables



23938

LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.405)

Concejo Municipal

Las Comisiones de Salud y Acción Social y Presupuesto y Hacienda han tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Bonifacio, Cappiello, Cardozo, y Martínez, que expresan:

VISTO: Las Estaciones Saludables, implementadas en varias ciudades de nuestro país; y

CONSIDERANDO:

Que, las Estaciones Saludables son un espacio de cuidado y promoción de la salud ubicadas en parques y plazas de la Ciudad.

Que, en las mismas los vecinos pueden realizar consultas sobre su estado de salud, recibir consejos sobre nutrición, realizar actividad física.

Que, el principal objetivo es mejorar los hábitos de los vecinos en materia de actividad física y alimentación y de esta manera prevenir los factores de riesgo que causan las enfermedades cerebro y cardiovasculares.

Que, este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles son en el presente una de las principales causa de muerte en nuestro país.

Que, se podría solucionar este flagelo, si logramos cambiar nuestros hábitos en torno a tres cuestiones claves: **dieta malsana, sedentarismos y consumo de tabaco.**

Que, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mar del Plata, ya cuentan con un programa sobre Estaciones Saludables.

Que, Bahía Blanca, mediante Ordenanza municipal también busca la implementación en su jurisdicción.

Que, son muchas las ciudades de nuestro país que intentan llevar adelante estos cambios, y Rosario no puede estar ajena a los mismos.-

Que los programas implementados en las localidades enunciadas, realizan las siguientes actividades

- ▲ Asesoramiento acerca de la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, controles de enfermería y consejería en alimentación saludables.
- ▲ Controles de enfermería, que incluyen: medición de presión arterial, peso corporal, talla, circunferencia de la cintura y medición del nivel de glucosa en sangre, a cargo de profesionales de enfermería.
- ▲ Consejería en alimentación saludable, consiste en brindar asesoramiento y orientación de acuerdo a las demandas e inquietudes de los vecinos y/o orientación de acuerdo a las demandas e inquietudes de los vecinos y/o al diagnóstico antropométrico, a cargo de un Lic. de Nutrición.
- ▲ A su vez, se realizan talleres con temáticas nutricionales específicas, actividades lúdico educativas para niños, actividad física y se enseña a andar en bicicleta.
- ▲ Todas las actividades son gratuitas, en diferentes días y horarios para incorporar el deporte a la rutina de los vecinos como son: gimnasia, running, caminatas, elongación, yoga, bicicleta.

Que, todas estas actividades y servicios se deberán prestar en forma gratuita.

Que, la ciudad de Rosario, debe contar con un programa permanente orientado al cuidado y promoción de hábitos que generen el bienestar de los vecinos en materia de salud, el cual apunte a la actividad física y alimentación sana y de esta manera, trata de prevenir los factores de riesgo que causan las enfermedades cerebro y cardiovasculares.

Que, resulta de suma importancia que estas acciones lleguen a todos los barrios de la ciudad.

Que, es por ello que creemos conveniente que se realicen en espacios públicos verdes ubicados a lo largo y ancho de Rosario.

Por lo expuesto estas comisiones aconsejan para su aprobación el siguiente proyecto de.

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la ciudad de Rosario el Programa permanente denominado “Estaciones Saludables”, cuya implementación estará a cargo de las Secretarías de Departamento Ejecutivo que correspondan.

Art. 2º.- Las Estaciones Saludables, deberán brindar asistencia a personas de todas las edades, realizando controles de:

- ▲ Medición del peso.
- ▲ Talla.
- ▲ Contorno de cintura.
- ▲ Nivel de glucosa en sangre.
- ▲ Presión arterial.
- ▲ Consejería nutricional.

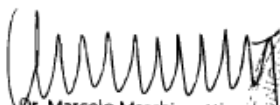
Art. 3º.- Establecer espacios públicos verdes, en cada uno de los barrios de Rosario, para brindar oferta de actividades físicas como:

- ▲ Gimnasia.
- ▲ Caminatas aeróbicas.
- ▲ Bicicleteadas.
- ▲ Actividades recreativas (baile, patín, etc).
- ▲ Juegotecas lúdicas-educativas para niños.

Art. 4º.- A los fines de la implementación, el Departamento Ejecutivo Municipal tendrá en cuenta, de manera prioritaria, espacios públicos como la calle recreativa o los gimnasios a cielo abierto.

Art. 5º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 8 de julio de 2015.


Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Ejal. Miguel Zammarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 213077-P-2014 CM.

22) Decreto N°5.133/ 2016- Programa Redes de Cuidados.

Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

DECRETO N° 5133

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 30 DIC 2016

VISTO:

El expediente N° 00101-0264057-2 del registro del Sistema de Información de Expedientes -Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado- por el cual se propicia la creación del Programa "Redes de Cuidado" en el ámbito de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los Pactos y Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos con rango constitucional y la legislación vigente vinculada al tratamiento de los padecimientos subjetivos (Ley Nacional N° 26.934 - Plan Nacional Integral para el abordaje de los consumos problemáticos IACOP-, Ley Provincial N° 10.772 de Salud Mental, la Ley Nacional N° 26.657 de protección de los derechos de las personas con padecimiento mental; entre otras), se torna necesario diseñar e implementar políticas públicas para la prevención y tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias y la promoción de la salud, priorizando el respeto por los derechos humanos de los ciudadanos vinculados con estas prácticas que requieran la asistencia y acompañamiento del Estado en coordinación con las organizaciones de la sociedad civil;

Que, en este contexto, se impone la promoción de estrategias de intervención que prioricen el trabajo comunitario de las situaciones desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial y de articulación de acciones en una trama de red. Para ello resulta fundamental que el acompañamiento de cada situación que demande atención de los equipos prioricen la activación, creación y/o actualización de redes que articulen las distintas instancias ya sea del sector público como de la sociedad civil. Se buscará promover propuestas y dispositivos orientados por la singularidad de cada caso, respetando las redes afectivas y de inclusión de las que cada ciudadano forma parte y que permitirán orientar las intervenciones favoreciendo la participación de los mismos en las acciones que los involucren como destinatarios;

Que, asimismo, estas lógicas que se sitúan desde la particularidad de cada caso, deberán contemplar respuestas colectivas que impulsen y acompañen la inclusión y participación social de los ciudadanos que, por las características de sus prácticas vinculadas al consumo de sustancias, requieren formar parte de dispositivos de prevención y/o promoción de la salud y/o tratamiento;

Imprenta Oficial - Santa Fe



Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

Que, en función de ello, se destaca la importancia de que el Estado provincial a través de "APRECOD" priorice el trabajo con los dispositivos públicos y/o privados vigentes en el territorio que se aboquen al trabajo para la asistencia específica de consumos problemáticos de sustancias y que cuenten con las habilitaciones pertinentes para prestar estos servicios acordes a la normativa vigente. Asimismo será fundamental la coordinación con otras organizaciones sociales e instituciones públicas y/o privadas con presencia comunitaria y trayectorias de trabajo en red que se aboquen a alojar este tipo de problemáticas para su tratamiento, no solo desde una perspectiva específica, sino también orientada a la inclusión y participación social con bajos umbrales de exigencia;

Que, siendo así, resulta entonces necesario la creación de un Programa bajo el cual puedan atenderse esos requerimientos, articulando rápidamente con los distintos actores;

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado, ha tomado debida intervención de su competencia, mediante el Dictamen N° 77/2016, no oponiendo reparo al progreso de la gestión;

Que el presente decisorio se dicta en ejercicio de las atribuciones que el Artículo 72 incisos 1) y 4) de la Constitución confiere al Poder Ejecutivo Provincial;

POR ELLO:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA

D E C R E T A:

ARTÍCULO 1°: Créase el Programa "Redes de Cuidado", en el ámbito de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD).

ARTÍCULO 2°: Establécese que el Programa creado por el artículo precedente tendrá por objeto el fortalecimiento de las redes de trabajo con organizaciones de la sociedad civil para el cuidado y tratamiento de las personas con consumos problemáticos de sustancias a través de cuatro líneas de acción:

1) Coordinación de acciones con organizaciones sociales que promuevan espacios de contención, participación e inclusión social de personas con consumos problemáticos.



Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

2) Coordinación de acciones con organizaciones específicas para el tratamiento de personas con consumos problemáticos con las habilitaciones pertinentes acorde a la normativa vigente.

3) Monitoreo y seguimiento de las personas beneficiarias del programa.

4) Implementación de espacios de formación conjunta para equipos de trabajo de las organizaciones sociales que trabajan la problemática.

ARTÍCULO 3º: Facúltase a la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD) del Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado a suscribir los convenios con instituciones y organizaciones de la sociedad civil, cuyos modelos se aprueban mediante Anexo I y II, que forman parte integrante del presente.

ARTÍCULO 4º: Facúltase al Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado a realizar las adecuaciones presupuestarias que resulten pertinentes a fines de dotar de operatividad el Programa creado mediante el presente decisorio.

ARTÍCULO 5º: Refréndese por los Señores Ministros de Gobierno y Reforma y de Economía.

ARTÍCULO 6º: Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.


DR. PABLO GUSTAVO FARIÁS


LIC. GONZALO MIGUEL SAGLIONE


Ing. ROBERTO MIGUEL LIFSCHITZ



23) **Decreto N° 2.115/2017- Red Provincial de Municipios y Comunas para la prevención y el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias.**

Provincia de Santa Fe
Poder Ejecutivo

DECRETO N° 2115

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 19 JUL 2017

VISTO:

El expediente N° 00101-0268065-1 del Sistema de Información de Expedientes -Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado- por el cual se gestiona la creación del Programa "Red Provincial de Municipios y Comunas para la prevención y el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias", en el ámbito de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), y;

CONSIDERANDO:

Que, los consumos problemáticos de sustancias y las adicciones no son hechos aislados sino que se inscriben en una compleja trama de situaciones que atraviesan la vida de los ciudadanos. Entendemos que, en nuestros contextos, se presentan como problemáticas sociales complejas que involucran a diversos actores sociales, miradas y discursos, generando en sus manifestaciones más graves consecuencias para la salud, el bienestar y la seguridad ciudadana.

Que, en este contexto, se impone la necesidad de generar y fortalecer estrategias de prevención y tratamiento integral de conformidad con los Pactos y Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos con rango constitucional y la legislación vigente vinculada al tratamiento de los padecimientos subjetivos (Ley Nacional N° 26.934 -Plan Nacional Integral para el abordaje de los consumos problemáticos IACOP-, Ley Provincial N° 10.772 de Salud Mental, la Ley Nacional N° 26.657 de protección de los derechos de las personas con padecimiento mental; entre otras), que prioricen el trabajo local y comunitario de las situaciones desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial y de articulación de acciones en una trama de red local y con el Estado provincial;



Provincia de Santa Fe
Poder Ejecutivo

Entendiendo, que los municipios y comunas se visibilizan como instituciones estatales de cercanía y proximidad con los ciudadanos lo que les permite constituirse como referentes para establecer espacios de escucha y contención, al mismo tiempo que experimentan dificultades para dar respuestas efectivas a las demandas vinculadas a los consumos problemáticos de sustancias legales o ilegales;

Considerando que la provincia de Santa Fe se encuentra constituida por 55 municipios y 308 comunas, y que si bien las mismas presentan fuertes diferencias geográficas y culturales, en todas ellas se reconoce la necesidad de establecer políticas públicas en materia de prevención y tratamiento integral de los consumos problemáticos;

Que, asimismo, si bien las situaciones de consumo deben ser tratadas en la singularidad de cada caso, se deben contemplar respuestas colectivas que impulsen y acompañen políticas públicas para la inclusión y participación social de los ciudadanos que, por las características de sus prácticas vinculadas al consumo de sustancias, requieren formar parte de dispositivos de prevención y/o promoción de la salud y/o tratamiento;

Que, por ello, se torna necesaria la creación de una Red Provincial de Municipios y Comunas para garantizar el abordaje integral y en red de la temática y dotar a los municipios y comunas de recursos técnicos, humanos e instrumentales que les permitan diseñar e implementar políticas públicas para la prevención y tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias y la promoción de la salud, priorizando el respeto por los derechos humanos de los ciudadanos vinculados con estas prácticas que requieran la asistencia y acompañamiento del Estado en coordinación con las organizaciones de la sociedad civil;

Que, el Poder Ejecutivo se encuentra suficientemente habilitado para emitir el acto aprobatorio que se propone en los términos de los incisos 1) y 4) del artículo 72 de la Constitución Provincial;

POR ELLO;



EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA
DECRETA:

ARTÍCULO 1°: Créase el Programa "RED PROVINCIAL DE MUNICIPIOS Y COMUNAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS", en el ámbito del Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado, que como Anexo I se agrega y forma parte del presente decisorio, y cuyo objeto será el de fortalecer a los gobiernos de los municipios y comunas para el desarrollo de políticas públicas tendentes a la prevención y abordaje de las situaciones de consumos problemáticos de sustancias que atraviesan sus ciudadanos.

ARTÍCULO 2°: Dispónese que el Programa creado a través del artículo precedentes tendrá por beneficiarios directos a los Municipios y Comunas de la provincia que adhieran a la Red Provincial, e indirectos, a todos aquellos ciudadanos que atraviesan situaciones de consumos problemáticos y adicciones.

ARTÍCULO 3°: Establécese que el citado Programa tendrá por finalidad:

- 1) Conformar y/o fortalecer áreas locales para el trabajo en red de prevención y abordajes de los consumos problemáticos y adicciones liderados por el gobierno local.
- 2) Impulsar acciones, proyectos y programas sobre políticas públicas de prevención y tratamiento integral de las adicciones.
- 3) Promover capacidades institucionales en los equipos técnicos locales a través de encuentros y capacitaciones regionales o locales que permitan brindar herramientas para la gestión y promoción de estrategias innovadoras.
- 4) Propiciar la articulación con instituciones especializadas y acompañamiento profesional de los equipos locales para el abordaje de situaciones que requieran un tratamiento.



Provincia de Santa Fe
Poder Ejecutivo

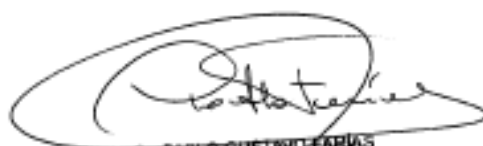
- 5) Producir información estratégica sobre la temática y las problemáticas regionales y provinciales de consumo de sustancia.

ARTÍCULO 4°: Establécese que la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD) del Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado será la autoridad de aplicación del presente programa, y procederá a dictar todos aquellos actos que resulten pertinentes para dotarlo de operatividad.

ARTÍCULO 5°: Apruébese el modelo de convenio de adhesión a la denominada RED DE MUNICIPIOS Y COMUNAS que como Anexo II se agrega y forma parte del presente.

ARTÍCULO 6°: Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Imprenta Oficial - Santa Fe


DR. PABLO GUSTAVO FARIÑAS


Ing. ROBERTO MIGUEL UFSCHITZ



24) Ley N° 13. 668- Cáncer de próstata

REGISTRADA BAJO EL N° 13668



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

SANCIONA CON FUERZA DE

LEY

ARTÍCULO 1.- Implementase en la jurisdicción de la provincia de Santa Fe, la Ley de Cáncer de Próstata. La misma será ordenada y ejecutada por el Ministerio de Salud y coordinada por los organismos que correspondan.

ARTÍCULO 2.- La ley se ejecutará en dos etapas que se reglamentarán por separado. La Primer Etapa comprenderá a los agentes ingresantes o de revista de la administración pública provincial y organismos descentralizados, de sexo masculino y mayores de 50 años. El examen consistirá en una Consulta Médica Urológica (CMU) con el profesional especialista o clínico o generalista, más un análisis valorativo del antígeno prostático específico, efectuado por el método químico cuantitativo de radioinmunoensayo (PSA TOTAL).

ARTÍCULO 3.- El estudio médico respectivo, que podrá ser realizado por efectores públicos o privados, integrará de manera obligatoria el legajo personal del agente. El término de presentación de los exámenes (CMU + PSA), a los efectos de completar el legajo personal, será establecido por la reglamentación. Los informes presentados serán evaluados y registrados por el área respectiva del Ministerio de Salud, quien informará por medios fehacientes a la Obra Social Provincial, a los efectos de las provisiones sanitarias y actuariales correspondientes.

ARTÍCULO 4.- El Estado provincial propenderá a la instrumentación de la presente Ley en los Municipios y Comunas.

ARTÍCULO 5.- La Segunda Etapa se implementará mediante decreto reglamentario que comprenderá al resto de la población, impulsando y difundiendo la Ley de Cáncer de Próstata, a los efectos de formar la conciencia colectiva para lograr una efectiva promoción y prevención de la salud.

DR. MARINO HERNÁNDEZ RAIS
SECRETARIO PARLAMENTARIO
CÁMARA DE DIPUTADOS



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

ARTÍCULO 6.- El Estado provincial afectará las partidas presupuestarias necesarias para la implementación de la presente ley, debiendo además asignar los recursos humanos necesarios para su ejecución.

ARTÍCULO 7.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2017.


ANTONIO JUAN MORFATTI
PRESIDENTE
CÁMARA DE DIPUTADOS


DR. MAURO GONZÁLEZ RAUS
SECRETARIO PARLAMENTARIO
CÁMARA DE DIPUTADOS


CARLOS A. PASCENDINI
PRESIDENTE
CÁMARA DE SENADORES


D. Fernando Daniel Asegurado
Subsecretario Legislativo
CÁMARA DE SENADORES






RECIBIDO
13 DIC 2017
Registro Gen.
de Leyes

ANEXO II

1) Modelo de carta de solicitud a posibles destinatarios de las entrevistas

Estimada/o.....

Mi nombre es Florencia Fernandez, me encuentro realizando un estudio de investigación aprobado en el marco de una beca doctoral CONICET-UAI, dirigido por el Dr. Ernesto Báscolo y el Dr. Guillermo Rodríguez. Dicho estudio es un subcomponente de la investigación “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina” y tiene por objetivo analizar el perfil de las políticas públicas promovidas en la provincia de Santa Fe para abordar los Determinantes Sociales de la Salud que influyen en la evolución de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Dadas sus referencias y vinculación al, considero un aporte importante al estudio poder entrevistarle/a. Su colaboración será relevante para el éxito del mismo y de futuros estudios relacionados. El tiempo estipulado para la misma es breve y toda la información proporcionada y recopilada mediante su participación será estricta y exclusivamente para la presentación del estudio mencionado, resguardando el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Me encuentro a su entera disposición, si usted aceptara participar aguardo sus indicaciones y disponibilidad para el encuentro.

Un cordial Saludo.

Mg. Florencia Fernandez

.

2) Guía de entrevista

Destinataria/o:

Presentación proyecto

La presente entrevista, parte del estudio denominado “*Perfil de las políticas públicas que abordan los Determinantes Sociales de la Salud para controlar las Enfermedades No Transmisibles en la provincia de Santa Fe*” en el marco de una beca doctoral CONICET-UAI dirigida por el Dr. Ernesto Báscolo y el Dr. Guillermo Rodríguez. Dicho estudio es un subcomponente de la investigación “*Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina*” y tiene por objetivo analizar el perfil de las políticas públicas intersectoriales promovidas entre los años 2000 a 2017 en la provincia de Santa Fe para abordar los Determinantes Sociales de la Salud que influyen en la evolución de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).

En una fase inicial de estudio, se identificaron un lista intervenciones para el control de las ENT en la provincia de Santa Fe, a través de una revisión de documentos normativos (ver listado adjunto).

Confidencialidad

La información proporcionada y recopilada mediante su participación será estricta y exclusivamente para la presentación del estudio mencionado en el marco de una tesis doctoral. Asimismo, los datos proporcionados no estarán identificados con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. La colaboración de usted, es muy importante para el éxito del mismo y de futuros estudios relacionados; a los efectos de promover innovaciones a los efectos de contribuir al conocimiento y promover innovaciones para abordar los problemas socio-sanitarios.

Si usted autoriza, la entrevista será grabada para la posterior recopilación de los datos.

ANEXO III

Programa de Control del Tabaquismo.



GESTIÓN

ESPAÑOL ▾

SALUD

Salud / Promoción y cuidados de la Salud / Enfermedades Crónicas no Transmisibles /

🕒 Tabaquismo



Tweetear

Me gusta

Compartir

Imprimir

Enviar

El Plan Provincial de Prevención del tabaquismo tiene como objetivo consolidar la aplicación de la Ley N° 12432/2005, por intermedio de la cual se busca prevenir la entrada en el hábito de fumar de las y los adolescentes, garantizar el respeto a los derechos del no fumador/a y brindar asistencia y rehabilitación a los fumadores.

Continuar implementando acciones integrales de prevención, protección y cesación del tabaco nos permitirá lograr reducir y eliminar muchos peligros para la vida humana, ya que es la principal causa de enfermedad y muerte evitable en el mundo.

Ejes del Plan

Cesación: Se ofrecen los "Cursos para dejar de fumar" destinados a la población adulta, a cargo de un equipo interdisciplinario que proviene del campo de la medicina, la psicología, la nutrición y la educación física.

Prevención: Se realizan las "Jornadas joven de prevención del tabaquismo" con adolescentes. Las mismas tienen lugar en distintos espacios juveniles (escuelas, clubes) y se desarrollan con el fin de problematizar, con los jóvenes, aspectos relacionados al consumo de sustancias, entre ellas el tabaco.

Protección: Se articula la protección de los derechos del no fumador a través de la fiscalización del cumplimiento de los ambientes libres de humo, coordinando acciones de educación, concientización e información con empresas e instituciones públicas y privadas.

Empresas e instituciones libres de humo de tabaco

Unidad de Promoción de la Salud ▾

Av. Pellegrini 1563, PB - (S1000AAG) Santa Fe
Tel: 54-342 - 4573787
iboredafumar@santafe.gov.ar
dejardefumar@santafe.gov.ar

DOCUMENTOS Y NORMATIVAS

D

Guía para la acreditación de empresas e instituciones libres de humo de tabaco

D

Formulario para la acreditación de empresas libres de humo

 SANTA FE RESPONDE

Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables

Regiones, municipios y comunas
SANTAFE

INICIO
PROGRAMAS
PROYECTOS
OTRAS INICIATIVAS

PROGRAMA NACIONAL DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES
Ver

Alcance territorial: Regional
Destinatarios: Municipios y comunas, empresas, instituciones, ONGs, ciudadanos y ciudadanas, niños y niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Descripción

Municipios Saludables son aquellos que abordan integralmente los factores que determinan y condicionan respectivamente el estado de salud con políticas públicas adecuadas, definidas de forma participativa e intersectorial para reducir las brechas de inequidad existentes en sus territorios.

[Continuar leyendo](#)

Objetivos

1. Abordar integralmente los determinantes y condicionantes de la salud.
2. Desarrollar y fortalecer la intersectorialidad.
3. Desarrollar capacidades institucionales.

[Continuar leyendo](#)

Periodo de Ejecución

El desarrollo del Programa atraviesa cuatro fases que suponen avanzar en el propósito del mismo. Cada etapa está definida como un proceso de gestión interjurisdiccional e intersectorial a través del cual se fortalece la capacidad del municipio en el diseño y gestión de políticas públicas, con consecuencias en la mejora de la salud de su población.

El tránsito desde "Municipio Adherente" hacia "Municipio Saludable" implica avances tanto en relación con la calidad de los procesos y con el desarrollo de capacidades institucionales en el nivel local, como en relación con la sustentabilidad de políticas públicas sanitarias más integrales y equitativas.

En este marco, se conforma un sistema de "logros" al Programa (como Municipio Adherente).

[Continuar leyendo](#)

Instructivo para acceder a los beneficios

Municipio Adherente (MA): Es aquel que manifiesta formalmente su interés por comenzar a trabajar desde el enfoque de los determinantes de la salud de manera activa para la mejora de la salud de su comunidad.

Requisitos:

- Comprometimiento a trabajar por la mejora de la salud de su comunidad en el marco del PMCS - a través de una "Nota de intención" del Intendente o Presidente Comunal o Municipal. Aunque como requisito no estricto para el ingreso, la presentación podrá acompañarse de una "Ordenanza" del Consejo Deliberante o Consejo Municipal según competencias conferidas por cada marco legal provincial.
- Formalizar el compromiso de organizaciones sociales comunitarias (OSC), organizaciones no gubernamentales (ONG), responsables directos de servicios públicos en el territorio (entidades,

INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Jurisdicción Responsable:
Salud

Dependencia:
Dirección Provincial de Promoción y Relaciones Interinstitucionales, Secretaría de Participación Social en Salud, Dirección Provincial para el Fortalecimiento de las Instituciones Locales.

Otras jurisdicciones intervinientes:
Ministerio de Gobierno y Justicia del Estado | Ministerio de Seguridad | Ministerio de la Producción | Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | Ministerio de Desarrollo Social | Ministerio de Agua, Servicios Públicos y Medio Ambiente | Ministerio de Educación | Ministerio de Innovación y Cultura | Secretaría de Habitat y Vivienda.

jueves 22 de marzo de 2018

[Salud](#)

Rosario fue reconocida por su sistema de salud

La ciudad fue acreditada como Municipio Responsable en Salud. Esta distinción nos da impulso para seguir apostando a una política pública que se sigue sosteniendo en el tiempo, dijo Fein.



Rosario fue reconocida por su sistema de salud.

En la mañana del jueves 22 de marzo, la intendente Mónica Fein recibió la certificación de Rosario como Municipio Responsable en Salud. La ceremonia se realizó en el salón Ramón Carrillo del Ministerio de Salud de la Nación, en la ciudad de Buenos Aires y contó con la presencia del ministro de Salud de la Nación, Adolfo Ruizström.

Esta certificación implica un reconocimiento formal por parte de la Nación a los avances y logros alcanzados en el mejoramiento de la salud en el marco del Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables.

"No existe en Latinoamérica un municipio que tenga un sistema de salud como el nuestro, que le destine recursos y señale en la integralidad y el acompañamiento a los pacientes. Este tipo de reconocimientos nos indican que estamos en el camino correcto y nos hace sentir muy orgullosos de todo lo que logramos", destacó la intendente, quien recibió la certificación junto al secretario de Salud Pública, Leonardo Caruana.

"Rosario tiene una historia en salud que pocos pueden igualar; esta distinción nos da impulso para seguir apostando a una política pública que se sigue sosteniendo en el tiempo", agregó la intendente.

La acreditación de Municipio Responsable en Salud se otorgó por haber alcanzado un conocimiento sistemático y consensuado acerca de las problemáticas en salud de la población a partir de un Análisis de Situación; la puesta en marcha de una Sala de Situación de Salud Local; y la implementación de políticas públicas para actuar sobre los determinantes de la salud (modos de vida, socio-económicos, sistemas y servicios de salud y salud ambiental) priorizados por el Programa Nacional.

Para lograr esto hubo que superar un proceso de cuatro fases, que fortalecen las capacidades locales para el diseño y gestión de políticas públicas saludables. Estas son:

- Municipio Adherente
- Municipio Titular
- Municipio Responsable (etapa en la que se encuentra la ciudad de Rosario)
- Municipio Saludable

Los otros 10 municipios que recibieron certificación fueron: Rojas (Buenos Aires); Jesús María, Antioquia y Monteros (Córdoba); San Carlos y Turuyán (Mendoza); 25 de Mayo, 3 de Julio, Rivadavia y Zonda (San Juan); La Rioja (La Rioja); Posadas y Puerto Rico (Misiones); San Fernando del Valle de Catamarca (Catamarca); Talucho, Miguel Cané y Villa Mirasol (La Pampa); Junín de los Andes (Neuquén) y General Fernández Oro (Río Negro).

Visita de la OPS

En diciembre del año pasado, una delegación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) visitó la ciudad con el objetivo de realizar la evaluación externa que acredita la fase Municipio Responsable.

En esos días, los representantes de la OPS se enteraron de las políticas públicas y el trabajo realizado por el municipio en los últimos años como también los distintos dispositivos que existen a nivel de la descentralización, las mesas bariales, presupuesto participativo y el trabajo en el territorio, entre otros aspectos.

Durante la visita, Emilio Cabello, uno de los miembros de OPS que estuvo recorriendo la ciudad, destacó que Rosario va en camino a ser un Municipio Saludable, que es la última y cuarta etapa.

"Entendemos que tienen todas las condiciones, cuentan con recursos, con equipos capacitados, poseen liderazgo de gestión local y la intendente tiene una trayectoria en Salud que también suma a ese objetivo. Por esto, los alentamos a trabajar rápidamente en la perspectiva del ciclo que sigue, que es el del Municipio Saludable", remarcó Cabello.

El municipio sigue avanzando en abordajes más comprensivos e integrales de los problemas de la salud, con el objetivo de mejorar la institucionalidad de los mecanismos de coordinación interjurisdiccional (tanto verticales como horizontales) formalizando acuerdos y compromisos asumidos entre la Nación, las Provincias y los Municipios, para conferir de este modo una mayor sustentabilidad a las acciones que se promueven desde el Ministerio Nacional.

Desde los años 90, la Salud Pública de Rosario ha basado su gestión en un principio superior y ordenador que es de naturaleza política e ideológica: "Considerar la Salud como Derecho Universal y Esencial".

Con esta premisa, viene desarrollando acciones de promoción y cuidado de la salud colectiva, acceso equitativo y de calidad a los Servicios de Salud, promoción de entornos saludables, educación en la comunidad, articulación intersectorial y participación comunitaria, entre otras.

En 2001, Rosario fue uno de los municipios que decidió constituir la Red Nacional de Municipios Saludables de la República Argentina. Desde 2004 es miembro Titular de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables.

Y cuando el Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, Rosario propone profundizar a nivel local y territorial, el compromiso con el desarrollo de políticas públicas saludables a través de proyectos participativos de promoción de la salud, Rosario adviene, entendiendo que los objetivos son concuerdan con las políticas locales que se vienen implementando.

Te puede interesar

Mes de concientización del cáncer de mama

Rosario Noticias

InicioLa ciudadEn los barrios

Temas del día | [Iniciencia](#) | [jóvenes](#) | [cultura](#) | [ambiente](#)

¿qué estás buscando?

lunes 8 de octubre de 2018

Salud

En el mes de la lucha contra el cáncer de mama, Salud Pública dispone mamografías gratuitas para mayores de 50

Se busca involucrar a todas aquellas mujeres sin obra social que no se hayan hecho nunca la práctica, o al menos en los últimos dos años. Durante octubre afiladas a la pape no pagan coasiguro



- Municipalidad de Rosario (archivo)

En el marco del Mes de la lucha internacional contra el cáncer de mama, la ministra de Salud provincial, Andrea Uboldi, el titular de la cartera sanitaria local, Leonardo Ceruana, y la directora de la Agencia de Control del Cáncer, Catalina Quintanilla, anunciaron actividades vinculadas a la problemática y recordaron que durante todo octubre se dispuso el acceso gratuito a mamografías para mujeres de entre 50 y 70 años. Del encuentro también participó Soledad Rodríguez, titular de lapos.

El objetivo de la campaña es que las mujeres mayores de 50 años, sin obra social, que no se hayan efectuado nunca una mamografía, o bien que se hayan realizado el estudio hace más de dos años, puedan acceder fácilmente a un control mediante esta práctica.

En Rosario las interesadas, sin tener turnos previos, tienen que concurrir al centro de salud más cercano, municipal o provincial, donde se les entregará un turno con el lugar, día y horario donde realizará la mamografía. Al llegar a la pape no pagarán el co-asiguro durante el mes de octubre.

"Formemos en éste en la concientización del cáncer de mama. Es una de las problemáticas que implica la morbilidad y la mortalidad de la mujer en el mundo, y con ello en Argentina y en la provincia de Santa Fe, así que nos parece muy importante trabajar en este mes todas las estrategias que conducen a un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz que pueden llevar a la cura. Hay atívos con el autotaxamen mamario, quien conoce más sus mamas es la propia mujer, por lo que cualquier irregularidad o cualquier reacción o bulto habilita la consulta oportuna y también el estudio complementario que es la mamografía", destacó Uboldi.

Por su parte, Quintanilla precisó que "en la provincia de Santa Fe la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama son parangas con el resto del país. La incidencia es de alrededor de 70 casos cada 100 mil habitantes y la mortalidad es de algo más de 20 por cien mil habitantes. La incidencia por cáncer de mama está aumentando en el mundo y le oferte de cura a través del diagnóstico temprano nos da la posibilidad primordial de revertir esta situación. El 90 por ciento de los cánceres de mama detectados tempranamente se curan, y la detección temprana es a través de la mamografía".

Las mujeres que consulten previamente en los centros de salud provinciales o municipales podrán ser derivadas a los siguientes establecimientos: hospitales Provincial (Alem 1450), Centenario (Urquiza 3100), Eva Perón (San Martín 1645, Crandano Balgoma) y Carmen (Balcarras 1355, Villa Gobernador Gálvez), así como a Días (Droho 1300), o al Instituto Gamma (Entre Ríos 330).

La detección temprana es la mejor protección contra este cáncer, ya que la reducción esperable en la tasa de mortalidad se relaciona directamente con el diagnóstico y tratamiento oportunos realizados en los primeros estadíos de la enfermedad, lo que permite mayor sobrevida, tratamientos menos agresivos y mejor calidad de vida.

En ese sentido, la mamografía es el método más eficaz para la detección temprana. Se recomienda que las mujeres realicen anualmente controles ginecológicos y que a partir de los 50 años, aunque no tengan antecedentes de la enfermedad, comiencen a realizarse el estudio mamográfico de control. Puede realizarse antes de dicha edad cuando el especialista lo considere necesario, acorde a los datos que puedan surgir en las historias clínicas o exámenes físicos.

Entre las actividades programadas, durante la semana próxima el Cemar de San Luis y Moreno albergará una exposición de cuadros de Daniela Socasa, en tanto el domingo 27 en Calle Recreativa, Día de la Madre, se distribuirán flores y material de difusión sobre cáncer de mama. El jueves 25 por la mañana habrá una charla abierta sobre el tema en el hospital Provincial de Rosario, destinada a trabajadoras y pacientes, a cargo de trabajadoras del hospital que transitaban la enfermedad.

Te puede interesar

Plan de Acción Integral de Salud Renal.

← → ↺ 🏠 | rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/21148/title/Los-centros-de-salud-municipales-ya-realizaron-controles-de-salud-renal-a-57-mil-vecinos

RosarioNoticias

f 📺 📱 | temp 31 °C hum 40 % | 6 de febrero

Inicio La ciudad En los barrios

Temas del día | obras | intendencia | juventud | deportes | inclusión

¿qué estás buscando? 🔍

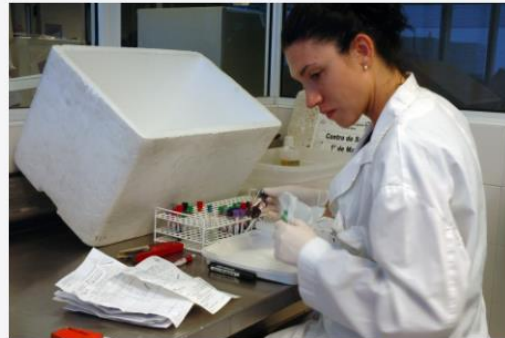
Lunes 2 de febrero de 2015



Salud

Los centros de salud municipales ya realizaron controles de salud renal a 57 mil vecinos

Se identificaron 696 personas con alteración en su funcionamiento renal (Tasa de Filtración Glomerular), de las cuales 252 se encontraban en estado avanzado de enfermedad renal crónica.



Plan de Acción Integral de Salud Renal
Municipalidad de Rosario (archivo)

A través del Plan de Acción Integral de Salud Renal, la Secretaría de Salud Pública evalúa a rosarinos y rosarinas que se atienden en los centros de Salud dependientes de la Municipalidad de Rosario. Sólo en el periodo comprendido entre 2011 y 2013, se evaluaron 56.082 vecinos entre 50 y 70 años de edad, a otros 523 menores de 50 años y 384 mayores de 70 años.

Claudio Alonso, coordinador del programa, destaca que la posibilidad de "hacer la carga de enfermedad y trabajar sobre los factores de riesgo permite que los pacientes eviten más años y tengan menos enfermedades asociadas".

El Plan utiliza una estrategia de trabajo en red que comienza en el examen de creatinina plasmática en cada muestra sanguínea de personas visitadas en centros de atención primaria y, en aquellos casos con alteración en su Tasa de Filtración Glomerular (TFG), el ingreso de estas personas a un dispositivo de manejo multidisciplinario en todos los niveles de complejidad asistencial que comienza con el vínculo persona-que-desarrolla el equipo del centro de Salud más cercano al domicilio del paciente para comenzar con los cuidados y derivarlos a los sectores de segundo nivel (Cemsa y Hospitalari).

Según el Observatorio Regional de Salud de FAOCC, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte en América. La enfermedad renal crónica (ERC), enmarcada dentro de las ENT, es un problema de salud pública de alcance global, recientemente catalogada por la OMS como una epidemia a nivel mundial por su alto impacto sanitario, social y económico, encontrándose actualmente un 10% de la población general con algún grado de disfunción renal y un 4,8% en estadios avanzados.

Desde el 2008, la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de Rosario lleva adelante el Plan de Acción Integral de Salud Renal que ha demostrado ser una herramienta que permite el acceso a los sistemas de cuidado de la salud y, por ende, contribuye a su calidad de vida en nuestro medio.



Proyecto "Nuestras huertas" Una salida a las drogas- PAU

Rosario=

[Gobierno](#) | [Ciudad](#) | [Servicios](#)

Buscar...

[Ciudad](#) > [Economía Social](#)

Agricultura Urbana





PROGRAMA DE AGRICULTURA URBANA

BUENOS AIRES 856
4802444 (Int. 222)

Lunes a viernes de 08:30 a 14:00

Agroindustrias
Parques y
Jardines Huertas

El Programa de Agricultura Urbana (PAU) pone en marcha la generación de emprendimientos sociales de producción y elaboración de alimentos mediante técnicas ecológicas, destinados al consumo familiar, comunitario y al mercado.

Calle recreativa

Seguro

https://www.rosario.gov.ar/web/ciudad/deportes-y-recreacion/calle-recreativa

Rosario=

Temp: 31.3 °C

Hum: 59 %

Gobierno

Ciudad

Servicios

Buscar...

Ciudad > Deportes y recreación

Calle Recreativa

!

El domingo 5 de noviembre la Calle Recreativa celebró su 7º aniversario

Circuito

Servicios

Recorrido

colectivos

Circuito

Rosario es la primera ciudad en Argentina en implementar un circuito recreativo permanente, libre de autos y motos. Una alternativa masiva de convivencia, encuentro, esparcimiento, vida saludable y actividad física para todos los ciudadanos.

Todos los domingos de 8.30 a 12.30 hs.

Este proyecto forma parte de la [Red de Ciclovías Recreativas Unidas de las Américas](#), iniciativa que llevan adelante varias ciudades del continente americano promoviendo un estilo de vida más saludable.

28

km de circuito libre de autos, motos y transporte urbano para caminar, correr, patinar, andar en bici o rollers.

Los beneficios de tener una Calle Recreativa

- Es un espacio para la recreación gratuita y el aprovechamiento del tiempo libre (deporte y recreación, arte y cultura, desarrollo social).
- Recupera las calles para el encuentro ciudadano.
- Promueve la convivencia ciudadana con valores democráticos, respeto y tolerancia, comunicación y cohesión social.
- Favorece la adquisición de hábitos de vida saludables.
- Contribuye en la prevención de las enfermedades crónicas mediante la promoción de la actividad física.
- Disminuye la congestión vehicular.
- Promueve el uso de medios alternativos de transporte.
- Disminuye la contaminación ambiental y los niveles de ruido.

Servicios

Ciclovías recreativas / Servicios

La Invernada

LIJANDRO DE LA TORRE

Alto Rosario Shopping

Av. Eva Perón

Av. San Martín

Av. San Juan

Av. San Pedro

Av. San Pablo

Av. San Marcos

Av. San Mateo

Av. San Andrés

Av. San Agustín

Av. San Jerónimo

Av. San Basilio

Av. San Nicolás

Av. San Lorenzo

Av. San Juan Bautista

Av. San Juan Evangelista

Av. San Juan María

Av. San Juan Nepomuceno

Av. San Juan Venerable

Av. San Juan Bautista

Av. San Juan Evangelista

Av. San Juan María

Av. San Juan Nepomuceno

Av. San Juan Venerable

Agenda

Hoy

20

MARZO
2019

Desde

2019-03-20



Categorías

Todas



Hasta



Distrito

Todos



Buscar

COMPARTÍ ESTE EVENTO



TURISMO

Calle Recreativa

Rosario es la primera ciudad en Argentina en implementar un circuito recreativo permanente, libre de autos y motos. Una alternativa masiva de convivencia, encuentro, esparcimiento, vida saludable y actividad física para todos los ciudadanos.

- [Conocé el circuito.](#)

DEL 16 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE

Todos los Domingos

Horario:

De 8:30 a 12:30 hs

Entrada:

Gratis

Lugar:

Calle Recreativa



Ver en Mapa



¿Cómo llego?

WINDWARD | MIBICITUBICI

mibicitubici

SOLUCIONES · GESTIÓN DE FLOTES · MOBILIDAD SOSTENIBLE · INNOVACIÓN · PRODUCTOS Y SERVICIOS · INFORMACIÓN



EL SISTEMA

Mi bici Tu bici es el primer sistema automatizado de alquiler de bicicletas públicas de la ciudad de Rosario, un nuevo sistema de transporte público accesible y saludable que promueve el uso de la bicicleta como modo de movilidad sustentable y eficiente. Permite convertirse en usuario muy fácilmente y realizar recorridos personalizados entre las estaciones que se ubican en lugares estratégicos de la ciudad.

El proceso de ampliación de Mi bici Tu bici es progresivo: el sistema contará con 52 estaciones hasta fines de 2027 y busca garantizar la cobertura del servicio en distintos barrios de la ciudad. Conoce las estaciones que se incorporan [en esta publicación](#).

Para usar el sistema es necesario que te [inscribas](#) previamente, puedas hacerlo de forma ONLINE o PRESENCIAL como USUARIO MOVI+ y acceder al uso del sistema con tu tarjeta MOV+ o como USUARIO TURISTA y acceder al uso del sistema con Tarjeta de Crédito.

[Conocé los pasos a seguir:](#)

Mi Bici Tu Bici funciona las 24 horas, los 365 días del año. Al tomarla de un sistema automatizado, cuenta con un software que genera en forma automática dentro, el tiempo que permanece la gestión de incidencias y de mantenimiento, permitiendo relevar el estado de las bicicletas durante las 24 horas. El Centro de Monitoreo de la Municipalidad de Rosario controla las incidencias, alimentadas por sensores ante:

Cuando la APP Mi bici Tu Bici puede consultar en cualquier momento la disponibilidad de bicicletas y estacionamiento, ingresar al origen y destino de los viajes para recibir recomendaciones sobre el camino a recorrer, elegir estaciones favoritas, armar tus rutas preferidas, solicitar sus abonos, usar el mantenimiento y gestionar reservas, registrar fallas, entre otras.

Además, la línea gratuita de Atención al Ciudadano 087 funciona como un canal de comunicación disponible para recibir cualquier tipo de consulta o necesidad de los usuarios.

OBJETIVOS DEL SISTEMA



Introducir la bicicleta en el sistema de transporte público de la ciudad de Rosario.



Promover hábitos saludables, que mejoren la calidad de vida de las personas.



Reducir la congestión vehicular e incrementar el cuidado del ambiente en la ciudad.



Promover la humanización del entorno urbano.

Una vez registrado como USUARIO MOVI o como USUARIO TURISTA, seguir este PASO A PASO en las estaciones:

Usuario MOVI

Usuario Turista

- 

1. Apoyó tu tarjeta MOVI, ingresó tu contraseña (PIN) y presionó Enter.



2. En caso de no contar con un abono, elegí la opción que desees y apoyó nuevamente la tarjeta MOVI para descontar el saldo.



3. Ingresó en el teclado el número de anclaje de la bicicleta a retirar. Una vez que se emita un sonido y una luz verde, la bici podrá ser extraída. En caso de tiempo de uso adicional recibirás al correo electrónico una notificación del saldo generado (ver cuadro tarifario).



4. Podés devolver la bici en cualquier estación habilitada. En caso de no encontrar un anclaje libre, apoyá tu Tarjeta MOVI en la zona delimitada y recibirás un tiempo de cortesía de 30 minutos para anclarla en la estación más próxima.



5. Una vez que el rodado se encuentre correctamente anclado se detiene el cómputo de tiempo de uso y se finaliza el préstamo. En las nuevas estaciones el anclaje no solo emitirá una luz verde sino también un sonido, confirmando de esta manera el cierre correcto del viaje.



6. Seleccioná F1 en el teclado, ingresá la clave temporal (Token) y presioná Enter.



7. Ingresó en el teclado el número de anclaje de la bicicleta a retirar. Una vez que se emita un sonido y una luz verde, la bici podrá ser extraída. En caso de tiempo de uso adicional recibirás al correo electrónico una notificación del saldo generado (ver cuadro tarifario).



8. Podés devolver la bici en cualquier estación habilitada. En caso de no encontrar un anclaje libre, presioná F1 en el teclado, ingresando nuevamente la clave temporal (Token) y recibirás un tiempo de cortesía de 30 minutos para anclarla en la estación más próxima.



9. Una vez que el rodado se encuentre correctamente anclado, se detiene el cómputo de tiempo de uso y se finaliza el préstamo. En las nuevas estaciones el anclaje no solo emitirá una luz verde sino también un sonido, confirmando de esta manera el cierre correcto del viaje.



10. Recordá que es necesario comprar un abono antes de retirar una bicicleta (ver abonos).



El sistema

El sistema

Con Mi bici Tu Bici, Ilsema ofrece un sistema de transporte público accesible y saludable, de recargo variable y personalizado, con el objetivo de promover el uso de la bicicleta como modo de movilidad sostenible y eficiente.

El sistema de bicicletas públicas cuenta con 32 estaciones que se encuentran distribuidas en el área central, en lugares de interés socio público, en sedes universitarias cercanas y en diferentes barrios de la ciudad.

! Puedes descargarlo en [aplicación Mi Bar Tu Bar](#) que te permite conocer la cantidad de bicchetas y artículos disponibles en cada establecimiento (barra real).

transacciones y
beneficios

Interpretation

Cheng-Hong Liang et al.

forming the base

condense

Fractography

Mullen

Followed

Bicicletas



ENTE DE LA MOVILIDAD DE ROSARIO (EMR)

CAPIERATA JUAN MANUEL /022 1 4804963/435/0206/27

Lunes a viernes de 09:00 a 16:00

Delmarco La Florida: las primeras 100 personas que lleguen a bici los días sábado serán gratis



Escuela Ciclista



Recorridos turísticos en Mi bici tu bici



Mi Bici Tu Bici



Semana Saludable

RosarioNoticias

InicioLa ciudadEn los barrios

Temas del día | Inmigraciónjóvenes | cultura | ambiente

¿qué estás buscando?

jueves 3 de noviembre de 2017

Salud

La Municipalidad organiza actividades en toda la ciudad por la Semana Saludable

La propuesta, en sintonía con 4 fechas emblemáticas, procura concientizar sobre hábitos saludables y prevenir enfermedades. Habrá charlas, talleres y ferias de la salud, desde este viernes 10.



De: Gaceta Comunicación Social (Sívila Maricón)

Entre el viernes 10 y el miércoles 29 de noviembre, diferentes espacios de la ciudad serán sede de actividades y jornadas de promoción de la salud en el marco de la **Semana Saludable**, iniciativa de la Municipalidad que se desarrolla con el objetivo de incentivar formas de vida activa, participativa y saludable.

Entre las actividades que fueron programadas se destacan ferias de la salud, talleres de reanimación cardiopulmonar y prevención de la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), charlas sobre alimentación saludable y prevención de enfermedades crónicas, entre otras.

Las diferentes propuestas se realizarán en diversos espacios públicos y en consonancia con fechas que conmemoran enfermedades crónicas no transmisibles, que en su mayoría son prevenibles y afectan a muchas personas. El 12 de noviembre es el Día de la Obesidad, el 14 de la Diabetes, el 16 del Aire Puro y el 17 el de la EPOC.

Las enfermedades no transmisibles son principalmente las cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas, entre otras. En muchos casos son consecuencia del consumo del tabaco, dietas desequilibradas, inactividad física y la ingesta nociva de alcohol.

Agenda de la Semana Saludable

Viernes 10

- De 9 a 12:30.** Parada Saludable en el Centro Municipal Distrito Sur (Av. Uruburu 637) con toma de presión, peso, talla y glicemia.

Gimnasios urbanos a cielo abierto



[Gobierno](#)
[Ciudad](#)
[Servicios](#)

[Ciudad](#)
[Deportes y recreación](#)

Disfruta de los gimnasios a cielo abierto





Controlá las nuevas estaciones aeróbicas que generan energía con su uso y permiten cargar batería de dispositivos móviles » [info](#)

Rosario cuenta con estaciones aeróbicas y de entrenamiento físico en todos los parques. Estas gimnasios a cielo abierto proponen un complemento para indagar la masculación para aquellos que salen a correr y caminar por la ciudad.

En las nuevas estaciones deportivas amarillas y rojas se pueden indagar todos los grupos musculares. Leo Parilla y Florencia Gámez son profe del Estado Municipal Jorge Newbery y le cuentan cómo usarlas.



Gimnasios a cielo abierto

▶

Mapa de las estaciones

devidencia

pública

miércoles 27 de diciembre de 2017

Ambiente

Sostenibilidad

Quedará habilitada una nueva estación aeróbica que produce energía

A partir de este miércoles funcionará en La Florida una estación aeróbica que genera energía con su uso y podrá utilizarse para cargar batería de dispositivos móviles.



Archivo - Secretaría de Ambiente y Espacio Público

En armonía con las políticas de uso del espacio público y energías limpias, este miércoles 27 de diciembre, desde las 17 en el balneario La Florida, quedará habilitada una estación aeróbica para generar energía eléctrica con el movimiento. En la oportunidad habrá un espectáculo de música y juegos para toda la familia a cargo de Supersaludable.

El dispositivo aeróbico cuenta de tres juegos con los que, haciendo gimnasia, se pueden producir hasta 8 vatios para cargar baterías de celulares u otros dispositivos móviles. La estación cuenta de tres equipos de uso individual que transforman energía cinética en energía eléctrica.

Esta compuesta por una bicicleta fija tradicional, una bicicleta fija reclinada y una bicicleta de manos, la última puede ser utilizada por personas en sillas de ruedas. Este equipamiento es uno de los primeros que se colocarán en diferentes espacios públicos, continuando con las acciones del plan de mejoramiento de 70 parques y plazas de la ciudad que inició en abril de este año.



GESTIÓN

ESPAÑOL ▼

AGENDA

"Parada saludable" para toda la comunidad

Twitter Me gusta 3 Compartir Imprimir Enviar

Asesoramiento sobre hábitos saludables, para prevenir enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renal y cáncer).

Realización de controles de salud (medición de presión arterial, peso corporal, talla, circunferencia de cintura, análisis de sangre y orina)

Asistir preferentemente en ayunas, no excluyente.

¿CUÁNDO?

Inicio: 11/08/2017 - 8:30 hs.
Finalización: 11/08/2017 - 13:00 hs.

¿DÓNDE?

Distrito Norte: Wornes 1917, Rosario.

SANTA FE RESPONDE

LO QUE VIENE

- En 18 horas**
Jornada de Fortalecimiento de las Plataformas de Innovación
- En 2 días**
Apertura de Temporada 2019 Orquesta Sinfónica Provincial de Santa Fe
- En 8 días**
Ojo con el telescopio en Totoral

LA PROVINCIA REALIZARÁ NUEVAS PARADAS SALUDABLES EN ESPACIOS PÚBLICOS DE SANTA FE Y ROSARIO

Será este domingo. Se aplicarán vacunas y se brindarán recomendaciones sobre actividad física, alimentación y tabaquismo.

Viernes 24 de agosto de 2018 El Ministerio de Salud de la provincia organizó para este domingo, nuevas jornadas del programa Paradas Saludables, en las ciudades de Santa Fe y Rosario.

En la Costanera Oeste de la capital provincial, frente al Puente Colgante, de 14 a 17 horas se brindará información sobre alimentación, actividad física y tabaquismo. Además, se van a aplicar vacunas contra la hepatitis B, doble adultos, neumocócica y antigripales.

En la ciudad de Rosario se realizarán dos actividades: en Oroño y el Río, y en Ayolas y San Martín, ambas de 8:30 a 12 horas. Se colocarán vacunas triple viral, hepatitis B, doble bacteriana y fiebre hemorrágica.

PARADAS SALUDABLES

El propósito es llegar a la comunidad en diferentes espacios públicos para poner a su alcance herramientas que ayuden a mejorar la calidad de vida. Algunas líneas de acción implementadas tienen que ver con la promoción de hábitos saludables y educación para la salud con el fin de modificar estilos de vida como pilares fundamentales.

En la actualidad, la vigilancia y la modificación de estos factores de riesgo se consideran las herramientas más importantes para disminuir la aparición de las enfermedades crónicas.

La coordinadora del Programa de Control de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Bibiana Davini, consideró "muy interesante este dispositivo sanitario porque apunta a encontrarse con personas que no concurren de manera periódica a los centros de salud".

Observó, además, que en la actividad se hace "una encuesta corta para conocer condiciones de vida y, con algunos controles básicos, mejorar el estado de salud y brindar los mejores consejos".

La sanitarista mencionó que este año fue incorporado al programa un refuerzo en el aspecto nutricional: "Se optó por sumar nutricionistas, dado que advertimos un alto porcentaje de la población con sobrepeso. Eso constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades como diabetes o hipertensión", explicó.

Finalmente, dijo que se pretende "adelantarnos a las complicaciones que pudiera ocasionarle una enfermedad que quizás hace años viene gestándose y aún no se mostró con signos mayores. En esos casos, lo evaluamos con mayor cuidado y, de ser necesario, el paciente es derivado a médicos especialistas de referencia", remarcó.

SE LLEVÓ A CABO LA TERCERA EDICIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SALUD PARADA SALUDABLE

Este viernes, en el Centro Municipal Distrito Norte "Villa Hortensia", se efectuaron controles y detección temprana de enfermedades crónicas.



Redes de cuidados



EL PROGRAMA ABRE VIDA DIO UN PASO CLAVE PARA CONVERTIRSE EN LEY

El plan para el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias y las adicciones en la provincia de Santa Fe obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados santafesina y pasó al Senado.



El programa Abre Vida dio un paso clave para que se convierta en Ley



El programa Abre Vida, destinado a prevenir y abordar integralmente los consumos problemáticos de sustancias y las adicciones, dio un paso clave para convertirse en Ley provincial, al obtener media sanción en la Cámara de Diputados de la provincia. Esta política, presentada en enero de este año por el gobernador Miguel Lifschitz, trabaja desde la integración y la pluralidad, propiciando abordajes locales y territoriales, y apuntando a lograr prevención, promoción y tratamientos acordes a cada situación.

La titular de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones, (Aprecodi), Cecilia Nieto, resaltó que "este paso que se da obteniendo la media sanción para proponer la ley, demuestra, por un lado, un compromiso de todos los sectores con la problemática y, por otro, que los poderes Ejecutivo y Legislativo pueden trabajar en conjunto para construir políticas de Estado cuando se acuerdan objetivos".

Además, agregó que "transformar el programa Abre Vida en Ley significa no solamente poder abordar la problemática desde una política integral y coordinada entre distintos ministerios, sino mostrar que Santa Fe sigue innovando en términos de construcción de políticas sociales".

"En este sentido, el gobernador entiende que este programa no debía ser solamente del gobierno provincial, sino que debía convertirse en una política de Estado. Es por eso que en febrero lo envió a las cámaras de legisladores. Haber obtenido la media sanción nos demuestra que este era el camino para la construcción de políticas sociales pertinentes a temáticas como la del consumo problemático de sustancias y adicciones, que evidentemente requieren un compromiso de todas las áreas", finalizó Nieto.

En el marco del programa *Abre Vida*, la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones firmó convenios con las municipalidades de Coronado y El Estero.

Los acuerdos, firmados en la sede de Gobierno en la ciudad de Rosario, se enmarcan en la Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias.

CONVENIOS

Asimismo, permitirá impulsar la puesta en funcionamiento de un nuevo espacio de participación y pertenencia para jóvenes del barrio Las Delicias - Los Pinos. El objetivo es generar un espacio participativo adecuado a los intereses de los jóvenes, con dispositivos de prevención, escucha y contención, promoviendo la autonomía y la construcción de proyectos de vida.

POLÍTICAS INTEGRALES

La Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (Aprecod), perteneciente al Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado, es la que lleva adelante Abre Vida, apostando fuertemente a la prevención mediante la promoción de hábitos saludables y la construcción de proyectos de vida en diversos ámbitos.

RED PROVINCIAL DE MUNICIPIOS Y COMUNAS

Para cumplir con el objetivo, la provincia puso a disposición de los municipios y comunas adheridos a la red, un programa de financiamiento para la ejecución de líneas de prevención específica que se inscriban en el marco de los planes locales de prevención y tratamiento de los consumos problemáticos.

Los dos proyectos firmados el día de la fecha, se suman a los que ya están en marcha en las localidades de Avellaneda, San Justo, Monte Vera, Sunchales, Villa Gobernador Gálvez y Pérez.

PRESENTES

Por la municipalidad de Caranahá participaron del acto la intendente Verónica Schuager y la coordinadora de la Oficina de Prevención y Atención de las Adicciones, Patricia Cesca; y por la municipalidad de El Trebol, el director municipal de Desarrollo Social, Carlos Lépez, y la secretaria municipal, Rosalía Taborda.

Red provincial de municipios y comunas para la prevención y el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias.



NOTICIAS

santafe.gob.ar/noticias

PLAN ABRE VIDA: LA PROVINCIA FORTALECE LOS PROYECTOS CON MUNICIPIOS Y COMUNAS SOBRE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Entre mayo y junio se renovaron 12 acuerdos y se firmaron dos nuevos, en el marco de la Red provincial de municipios y comunas para la prevención y el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias, coordinada por Aprecod.

Miércoles 13 de junio de 2018

En el marco del Plan Abre Vida, el gobierno provincial firmó 14 acuerdos durante el mes de mayo y los primeros días de junio, de los cuales 12 fueron renovaciones con gobiernos locales para financiar proyectos propuestos por los equipos que abordan el consumo problemático de sustancias.

El ministro de Gobierno y Reforma del Estado, Pablo Fariás, destacó el trabajo articulado que realiza el gobierno provincial con las administraciones locales y valoró el "compromiso que cada gobierno local asume en esta nueva formalización de convenios".

"Es necesario enriquecerse a través del intercambio de experiencias, teniendo en cuenta lo que se está haciendo en cada territorio, y seguir involucrándose con esta problemática que, lejos de retroceder, cada vez avanza más a nivel mundial", añadió el ministro.

Por su parte, la presidenta de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (Aprecod), Cecilia Nieto, indicó que "con estas acciones otorgamos protagonismo a los gobiernos locales. El compromiso de municipios y comunas al sumarse a las distintas propuestas, evidencia que la problemática de las adicciones es muy compleja y no tiene una lectura única. En ese marco, debemos continuar trabajando de manera coordinada, poniendo en valor lo realizado hasta el momento", subrayó.

LOS CONVENIOS FIRMADOS

De los proyectos financiados, 12 comenzaron a desarrollarse en 2017 y, con esta renovación, podrán profundizar sus propuestas durante el presente año. Los gobiernos que suscribieron la renovación del acuerdo son los de Avellaneda, Carcarañá, El Trébol, Firmat, Frontera, Monte Vera, Pérez, Recreo, San José del Rincón, San Justo, Sunchales y Villa Gobernador Gálvez. A ellos se suman los de Cayastá y Laguna Paiva.

PROYECTOS LOCALES FINANCIADOS

>> Avellaneda (Región 1 Nodo Reconquista) desarrolla un dispositivo integral de abordaje de consumos problemáticos de sustancias con jóvenes para ampliar el alcance del Centro de Integración Juvenil.

>> Frontera (Región 2 Nodo Rafaela) lleva adelante "Re - Trato", taller de capacitación laboral con mirada joven que combina el aprendizaje de un oficio como herramienta de autonomía personal y el fortalecimiento de los dispositivos de atención terapéutica locales, coordinando estrategias a través de un equipo interdisciplinario.

>> Sunchales (Región 2 Nodo Rafaela) propone la creación de un espacio institucional que coordine los dispositivos terapéuticos actuales y promueva otros nuevos.

>> Recreo (Región 3 Nodo Santa Fe) generó un espacio de encuentro y escucha de jóvenes que asisten al centro de salud para trabajar la problemática de consumo desde la prevención y promoción de derechos.

>> Monte Vera (Región 3 Nodo Santa Fe) plantea alternativas para pensar los consumos desde la promoción de derechos con perspectiva de género a partir de intervenciones preventivas en espacios recreativos para jóvenes.

>> San Justo (Región 3 Nodo Santa Fe) priorizó fortalecer iniciativas de prevención específica en espacios culturales y de ocio, incorporando estrategias promotoras de hábitos de cuidado y recreación saludable.

>> Cayastá (Región 3 Nodo Santa Fe), afianzará estrategias de prevención que ya están en marcha, profundizando la articulación de redes institucionales.

>> Laguna Paiva (Región 3 Nodo Santa Fe) se propone la apertura de espacios recreativos y culturales para vecinos de la ciudad, privilegiando a quienes atraviesan situaciones de vulnerabilidad social, promoviendo la articulación con organizaciones de la sociedad civil.

>> Carcarañá (Región 4 Nodo Rosario) desarrolla un espacio de participación y referencia en el que jóvenes de los barrios Las Delicias, Los Pinos y Las Flores adquieren herramientas de prevención específica que favorecen su autonomía.

>> El Trébol (Región 4 Nodo Rosario) intenta, a través de un programa de inclusión social destinado a jóvenes, consolidar intervenciones terapéuticas locales a partir del fortalecimiento de un centro orientador.

>> Pérez (Región 4, Nodo Rosario) busca afianzar el espacio de orientación y la red local de instituciones para el abordaje de la problemática.

>> Villa Gobernador Gálvez (Región 4 Nodo Rosario) fortalece al equipo de profesionales que brindan orientación.

>> Firmat (Región 5 Nodo Venado Tuerto) presentó "Jóvenes en Acción", un proyecto que interviene en diversos ámbitos otorgando herramientas a los participantes, en pos de fortalecer sus proyectos de vida y promover hábitos saludables y de cuidado.

PLAN ABRE VIDA

Es llevado adelante por Aprecod y contempla, entre sus líneas principales, la Red provincial de municipios y comunas para la prevención y el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias, que actualmente cuenta con 100 localidades adheridas.

El objetivo es desarrollar políticas públicas desde una perspectiva integral y de derechos, y propiciar la construcción de proyectos de vida y hábitos saludables; para lo cual se trabaja con los equipos técnicos locales a través de asesoramiento, capacitaciones y jornadas de intercambio.

Atención telefónica: 0800-777-0801
Lunes a viernes de 8 a 18 hs
© Atribución-CompartirIgual 2.5 Argentina



Agencia de control de cáncer



GESTIÓN



ESPAÑOL ▾

SALUD

Salud / Promoción y cuidados de la Salud / Enfermedades Crónicas no Transmisibles / Cáncer /

 **Agencia de Control del Cáncer**

 **Tuitéar**

 **Me gusta 1**

 **Compartir**

 **Imprimir**

 **Enviar**

La Agencia de Control del Cáncer es un organismo que se proyecta como autoridad científico-técnica provincial de toda acción vinculada con la preservación de la salud de la población respecto del cáncer, la formación de recursos humanos y la investigación en el área. Tiene por objeto la coordinación y articulación de acciones orientadas a la prevención, el tratamiento y la investigación de las enfermedades genéricamente denominadas "cáncer".

El Gobierno de Santa Fe y el Ministerio de Salud de la provincia, consideran que estas enfermedades deben ser abordadas en el marco de una política pública del Estado Provincial, ocupando lugar prioritario y específico dentro de la agenda sanitaria.

La misión principal de la Agencia de Control del Cáncer es la de generar estrategias y acciones adecuadas para garantizar la equidad en el tratamiento y asistencia de todos los pacientes.



La prevención y el diagnóstico precoz son uno de los principales ejes de trabajo de la Agencia de Control del Cáncer.

La Agencia tiene tres áreas específicas de trabajo: Políticas de Reducción de la Mortalidad, Evaluación y acceso a las tecnologías sanitarias y Diagnóstico Epidemiológico; las cuales se detallan a continuación.

Políticas de Reducción de la Mortalidad

Es todo lo relativo a tareas de coordinación, operacionalización y asesoramiento en la gestión, mediante dos líneas de acción: la primera, referente al diagnóstico temprano y la prevención de las enfermedades tumorales; y la segunda, respecto del tratamiento apropiado, accesible y oportuno de los pacientes enfermos.

Tiene como función proponer políticas sanitarias relacionadas con las enfermedades genéricamente denominadas cáncer, con el fin último de reducir la mortalidad. A su cargo está la conformación de equipos de bajo, mediano y alto nivel de complejidad en la especificidad, así como también las redes quirúrgicas; la formación de recursos humanos operacionales y de gestión; el análisis y proposición de políticas de screening y diagnóstico temprano y el análisis crítico y de calidad de los procesos de atención. Su distinción es una fuerte impronta empática en todos los procesos de gestión que valoriza cada ciudadano como sujeto de derecho, visible y reconocido.

Agencia de Control del Cáncer del Ministerio de Salud

Rosja 601 - Rosario (CP 2000)
Tel. 0341 - 4.721.607
acc@suertafe.gob.ar



DOCUMENTOS Y NORMATIVAS

 Decreto Provincial 985/2017 - Creación de la Agencia de Control del Cáncer

 **SANTA FE RESPONDE**

 **MARZO**
Jornada de Fortalecimiento de las Plataformas de Innovación

La Estación

Rosario =

Gobierno Ciudad Servicios

BUSCAR...

Servicios > Salud > Prevención y Promoción > Consumo

La Estación: abordaje integral ante consumos problemáticos



¿Consumís algo en exceso? Quizá necesites ayuda. Rosario tiene una red de servicios gratuitos para vos. Llamá al 4808/97 o acercate a Galerías 861, de lunes a viernes de 9 a 17 hs.

La Estación

Es un espacio de referencia para el abordaje integral de consumos de alcohol y sustancias psicoactivas. Su objetivo es asesorar, atender e intervenir desde una mirada integral a demandas vinculadas a los consumos, atendiendo por una serie de dispositivos en un enfoque interseccional e interdisciplinario. La orientación de las intervenciones se centra en el sujeto como actor de su propio proyecto de vida.

La Estación está pensada para recibir a quienes deseen consultar sobre su situación, si la de una persona cercana, en relación al consumo de sustancias. Asimismo, también se encuentra a disposición de equipos institucionales que requieran llevar adelante estrategias de trabajo conjuntas en relación a la temática.

Funciona de forma diaria, con equipos que realizan entrevistas y planifican estrategias de abordajes como: diagnósticos inclusivos (productivos, culturales, educativos), clínicos terapéuticos, y apoyo comunitario.

La institución cuenta con un equipo interdisciplinario, es decir, equipos conformados por trabajadores del trabajo de distintas disciplinas, cuya orientación de las intervenciones se centra en el sujeto como actor de su propio proyecto de vida. La propuesta es poder pensar el trabajo con cada persona a partir de la construcción de una referencia, de un proceso de acompañamiento.

1076 casos de consumos problemáticos abordó La Estación, desde su apertura en 2016.

La Estación
El enfoque

Comité Interministerial de Salud Ambiental



COMITÉ INTERMINISTERIAL DE SALUD AMBIENTAL (CISA)

Abordaje interministerial de la salud y el medio ambiente
en la provincia de Santa Fe.