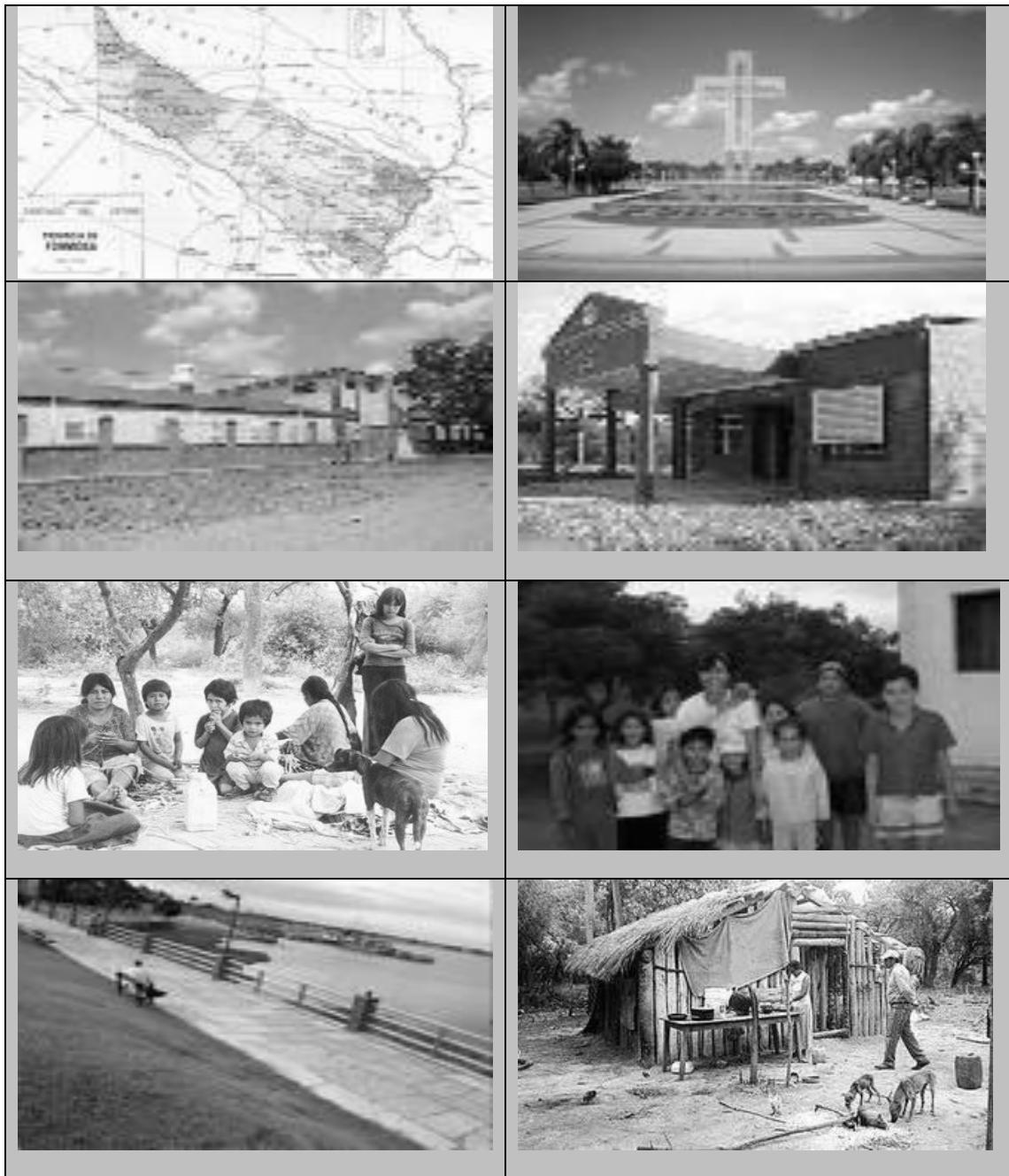


**CÁTEDRA SALUD PÚBLICA**  
**Año 2014**  
***Situación de Salud de la Provincia de Formosa***  
**Datos Correspondientes al Año 2012**



Marzo 2014

## **Tabla de contenido**

|      |                                            |    |
|------|--------------------------------------------|----|
| I    | LAS DESIGUALDADES EN SALUD.....            | 3  |
| II   | DISTRITOS Y AREAS PROGRAMATICAS .....      | 5  |
| III  | OBJETIVOS DEL PRESENTE INFORME.....        | 7  |
| IV   | CARACTERÍSTICAS DE LOS NACIMIENTOS .....   | 7  |
|      | EDAD DE LA MADRE .....                     | 7  |
|      | NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNA .....         | 10 |
|      | LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO.....         | 12 |
| V    | CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES .....   | 13 |
|      | LA MORTALIDAD INFANTIL .....               | 13 |
|      | MORTALIDAD DE 1-4 AÑOS .....               | 15 |
|      | PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE 1-4 AÑOS..... | 16 |
|      | MORTALIDAD MATERNA .....                   | 17 |
| VI   | MORBILIDAD .....                           | 19 |
|      | ITS Y VIH-SIDA .....                       | 19 |
| VII  | CONCLUSIONES.....                          | 23 |
| VIII | BIBLIOGRAFIA.....                          | 24 |

## LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La enfermedad y la salud deben tener un lugar  
destacado en cualquier discusión sobre  
la equidad y la justicia social.  
La equidad en salud no concierne únicamente a la salud,  
vista aisladamente, sino que debe abordarse desde  
el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia  
de los acuerdos sociales, incluida la distribución  
económica, y prestando la debida atención al papel  
de la salud en la vida y la libertad humanas.  
Amartya Sen<sup>1</sup>

Al analizar en clase el modelo de los determinantes de la Salud, (EVANS, 1996), definimos a ésta como un concepto complejo, dado que es la resultante de la interacción de múltiples factores, que actúan en múltiples niveles y de características tan heterogéneas como la carga genética, el contexto socio-histórico, la influencia de los medios de comunicación masiva, la presión del grupo de pertenencia, la presión del mercado, la existencia de políticas públicas saludables, que condicionan no sólo nuestras conductas, sino que también tienen efectos en nuestros cuerpos modificándolos (Krieger, 2005) todo esto produce diferentes resultados en relación a la salud, debido al acceso diferencial a los bienes y servicios que ofrece la sociedad.

El documento “Subsanar las desigualdades en una generación” (OMS, 2009), comienza con estas palabras “La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura., más adelante afirma: “Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre”, y continúa “El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad”

Hablar de desigualdades, remite inmediatamente el tema de la igualdad. Sen, (2002) plantea que la igualdad, como idea abstracta es decir sin especificar el campo en el cual la estamos buscando o proponiendo no tiene mucha fuerza, la verdadera dificultad comienza cuando tenemos que definir que hay que igualar, y allí surge la idea de equidad, ¿desde qué perspectiva vamos a definirla?. Aquí es donde, la salud toma un carácter crítico, dado que ubica a la equidad en salud como una dimensión fundamental para pensar la justicia social.

Sen argumenta acerca de la multidimensionalidad del concepto de equidad en salud, proponiendo tres aspectos a considerar:

1. “La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las oportunidades humanas que tenemos motivos para valorar”. (Sen, 2002:303)
2. Los procesos de atención también están involucrados en la equidad sanitaria, la discriminación, la estigmatización, la no priorización de poblaciones vulnerables, son factores que atentan contra la justicia social y la equidad sanitaria. La exigencia de la justicia de proceso requiere que ningún grupo sea discriminado.

---

<sup>1</sup> Premio Nobel de Economía 1998 - Discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001

3. La equidad en salud no puede dirigirse exclusivamente a lo relativo al sector salud, debe tomar en cuenta las relaciones de la salud con los otros sectores sociales a través de la asignación de recursos. *“En efecto, se puede argumentar que algunos de los problemas políticos más importantes de la promoción de la salud son profundamente dependientes de la asignación global de recursos a la salud, y no únicamente de acuerdos distributivos de la atención sanitaria”, ..., “hay grandes desigualdades en el logro de la salud que no se deben a precondiciones de salud irremediables, sino a la inexistencia de políticas económicas, reformas sociales o compromiso político”* (Sen, 2002:305)

Cualquier concepción de justicia social que plantee la necesidad de una distribución equitativa y de una igualdad de oportunidades, requiere tener en cuenta el papel protagónico de la salud en las posibilidades de las personas de alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables, ni mortalidad prematura.

Lo que es particularmente grave como injusticia es que sean los condicionantes sociales los que le permiten a algunos alcanzar una buena salud. *“En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia), y no por una elección personal..., tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social”*. (Sen, 2002:303). Esto nos lleva a hacer una distinción entre los logros de la salud y el hecho que se puedan tener o no las oportunidades de alcanzar una buena salud. Es por ello que la equidad en salud va más allá de la asistencia sanitaria, e incluye tal lo propuesto por Marmot (1996) factores tan diversos como, las la carga genética, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo

Los procesos de atención también están involucrados en la equidad sanitaria, la discriminación, la estigmatización, la no priorización de poblaciones vulnerables, son factores que atentan contra la justicia social y la equidad sanitaria. La exigencia de la justicia de proceso requiere que ningún grupo sea discriminado.

Este concepto de justicia de proceso es muy interesante desde la perspectiva de la salud pública, porque está relacionado con las formas de organización de los servicios, y en qué medida éstas favorecen el acceso geográfico, económico, cultural, administrativo a los servicios de salud.

Este proceso representa uno de los aspectos potencialmente más dinámicos de la salud pública, ya que debería ser permanentemente reflexionado y adaptado a las necesidades y cambios producidos en la población. La realidad muestra otra cosa, una vez establecida una forma organizativa ésta no se modifica y se transforma en una tradición difícil de modificar.

La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, por ello es necesario investigar su presencia, conocerla, a fin de poder tomar las medidas correctivas que permitan su reducción. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas. Por ello para reducir la inequidad es necesario acciones intersectoriales y políticas dirigidas a los factores macro sociales que las originan.

A pesar que en las últimas décadas ha habido avances en la situación de salud en la región de las Américas, es también evidente que se ha profundizado la brecha en la situación de salud de los diferentes países y grupos sociales. Es un dato de la realidad que los grupos más desfavorecidos socioeconómicamente no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad.(OPS,2002)

La Sociedad Internacional por la Equidad en Salud define operativamente las inequidades como “las diferencias sistemáticas [y potencialmente remediabiles] en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales social, económica, demográfica o geográficamente definidos”(OPS,2002)

Cuando la planificación de las políticas de salud, se realiza sin tener en cuenta las inequidades, paradójicamente esta política puede profundizarlas. Ejemplo de ello son las políticas de salud reproductiva que están centradas exclusivamente en la provisión de insumos sin intervenir sobre los determinantes sociales, como el machismo, la violencia doméstica, las desigualdades en términos de poder entre varones y mujeres.

El concepto de equidad en los servicios sociales en general y de salud en particular, implica que cuando las necesidades son iguales, no existen diferencias en la oferta y calidad los servicios, (equidad horizontal), o que existan servicios de salud potenciados donde estén presentes mayores necesidades (equidad vertical).

Dado que el Derecho al nivel de salud más alto posible, depende tanto de la solidaridad que una sociedad expresa para con sus miembros, como de la equidad, éste año vamos a analizar la situación de salud de la provincia de Formosa teniendo en cuenta las desigualdades que se presentan dentro de ella.

Siguiendo a Pedro Luis Castellanos, llamaremos “situación de salud a un conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados desde la perspectiva de un actor social”. Constituye uno de los principios básicos de la Salud Pública el que los problemas de salud no se distribuyen al azar en las poblaciones. Menos aún tienen una frecuencia y trascendencia similares en todos los sectores sociales. Este comportamiento epidemiológico desigual puede encontrarse tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Por otra parte, estos valores (frecuencia, trascendencia, distribución), no son estáticos, son procesos y por ello pueden deteriorarse o ser mejorados en mayor o menor medida por la acción organizada de la sociedad sobre los factores que la determinan”(Castellanos, 1998).

Las desigualdades entre los grupos sociales más y menos favorecidos (generalmente diferentes estratos económicos) dentro de una sociedad, la denominamos brecha, cuando mayor es ésta, más grandes son las diferencias entre los grupos. Cuando la inflación afecta de manera preferencial los alimentos ésta afecta principalmente a las familias de bajos recursos, dado que los sectores de menores ingresos gastan la mayoría de sus ingresos en la compra de productos básicos, como la leche, la harina o el aceite.

Las fuentes de datos utilizadas para describir la situación de salud en Formosa son los datos llamados Estadísticas Vitales, que analizan los datos referidos a nacimientos y defunciones, los mismos surgen de los certificados de nacimientos y defunciones realizadas en el registro civil y analizan las variables consignadas en las mismas. Para este trabajo contamos con los informes realizados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, del Ministerio de Salud de la Nación y los de la Dirección de Información y Estadísticas de la Dirección de Planificación del Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa.

Los datos de Nación están desagregados por provincia, los de la Provincia están desagregados por Distritos de Salud y Áreas programáticas.

## ***DISTRITOS Y AREAS PROGRAMATICAS***

Los distritos de Salud son espacios territoriales en los cuales se desarrollan subsistemas funcionales del sistema de salud provincial. Tienen como responsabilidad todas aquellas acciones vinculadas con la salud de la población, la red asistencial del distrito tiene autonomía funcional para la atención de patologías ambulatorias e internación. El distrito es

responsable de asegurar la accesibilidad de toda la población al nivel de atención de la red de servicios que sea necesario y la continuidad de la atención dentro del sistema. El Distrito es responsable de la intersectorialidad y las acciones sobre el medio ambiente. Comprende a toda la población dentro del espacio territorial, para asegurar el acceso a acciones de promoción, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación.

Los distritos a su vez están organizados en áreas programáticas, son espacios geográficos bien delimitados, de cuya población es responsable un efector de salud del primer nivel de atención, con actividades preventivas y curativas, programadas u ocasionales, dentro y fuera de los servicios de salud

Ilustración 1

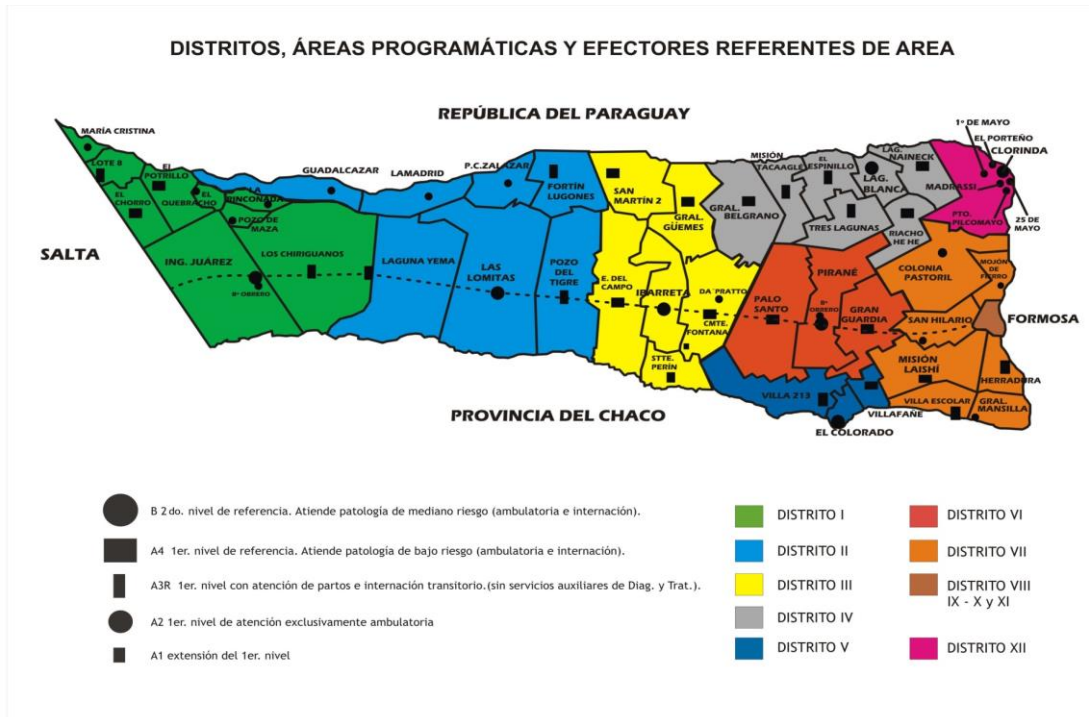
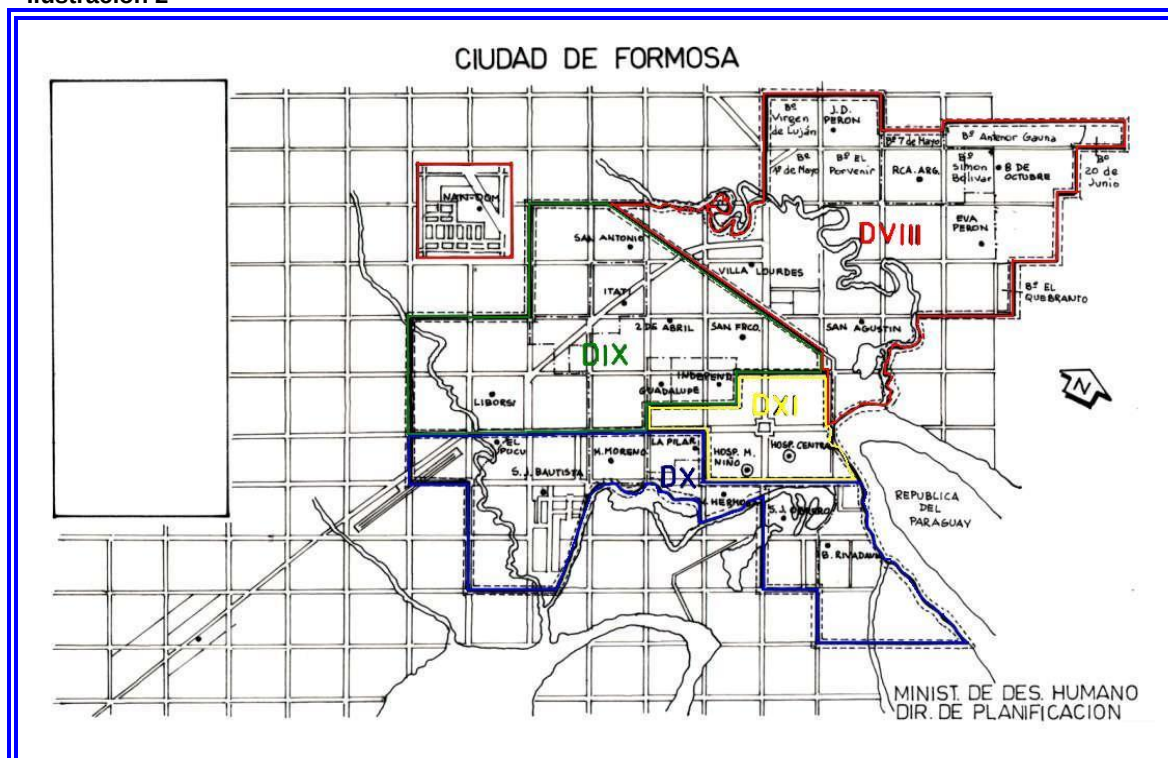


Ilustración 2



## **OBJETIVOS DEL PRESENTE INFORME**

La tendencia actual en los Análisis de la Situación de Salud, es indagar sobre las diferencias en el estado de salud de diferentes poblaciones, teniendo en cuenta algunas de las variables como edad, sexo, localización geográfica, estatus socioeconómico, a fin de poner en evidencia y poder trabajar sobre la inequidad en salud que expresan las diferencias cuando las hay.

En general se toma una situación con mejores indicadores como referencia, y otra con indicadores más desfavorables y se comparan los resultados en salud entre éstas poblaciones. Nosotros a los fines del presente informe analizaremos la situación los distintos Distritos de Salud de la provincia de Formosa, analizar éstas situación dentro de la provincia, implica tener en cuenta situaciones existente, no teóricas.

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS NACIMIENTOS**

### **EDAD DE LA MADRE**

Esta variable tiene una fuerte asociación con la vulnerabilidad del niño, en su primer año de vida. De acuerdo a este enfoque, se agrupa la Edad Materna en tres niveles de riesgo:

ALTO RIESGO : Menos de 20 años.

BAJO RIESGO: Entre 20 y 34 años.

RIESGO INTERMEDIO: Mayores de 34 años.

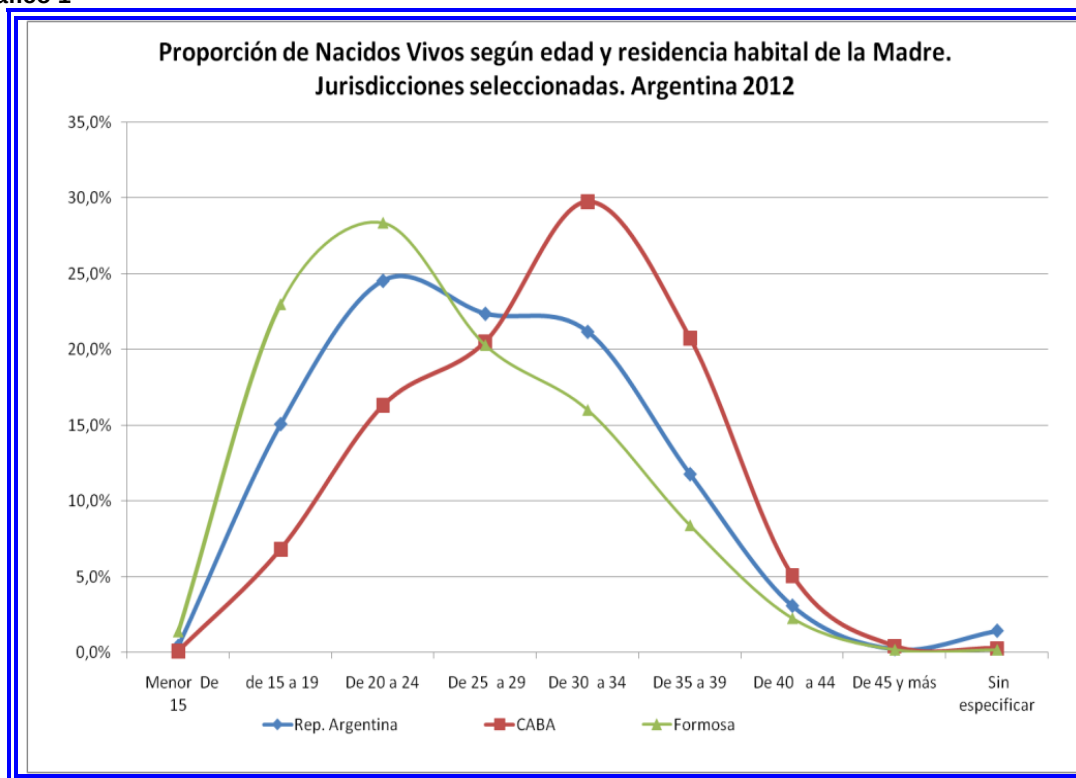
En las estadísticas además se desagrega el grupo de alto riesgo en menores de 15 años y 15-19 años, obviamente que el primer grupo es el de mayor riesgo tanto biológico como social, dado que en estos embarazos puede estar oculto el abuso sexual.

En general los nacimientos se concentran en las edades más jóvenes de la vida, si bien con el aumento de los trayectos educativos y las actividades laborales de las mujeres, en los grupos de mayores ingresos se observa un aumento de la edad de inicio de la maternidad.

En el siguiente gráfico vemos la curva de distribución de frecuencias de los nacimientos ocurridos en 2012, según la edad de la madre, en Formosa, Ciudad de Buenos Aires (CABA) y el País, el objetivo de estas comparaciones es analizar las diferencias teniendo en cuenta el promedio nacional y la jurisdicción de mejor ingreso per cápita del país. En el gráfico 1 podemos observar que los modos (punto de mayor frecuencia) varían en cada jurisdicción, sobre todo entre Formosa y la CABA, con una diferencia de 10 años, a partir de los 40 años las tres curvas se superponen, Se observa también un desplazamiento de la curva de Formosa hacia la izquierda y la de CABA hacia la derecha. La curva del país refleja su situación de promedio.

El desplazamiento de las frecuencias de nacimientos hacia las edades más tempranas de la vida pone de relieve la importancia del embarazo adolescente. Si analizamos los valores absolutos en la CABA hay 41 nacimientos de niñas menores de 15 años, y en Formosa hay 166, lo cual implica una situación de alto riesgo tanto para las madres como para los Recién nacidos tanto desde el punto de vista biológico como social.

**Gráfico 1**



Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica 2012. DEIS. Elaboración propia

Ustedes pueden preguntarse ¿porqué socialmente se le da tanta importancia a este dato?, en este momento se dice que vivimos en la “sociedad del conocimiento” y el nivel de escolaridad alcanzado se transforma en un factor de inclusión/exclusión social, entre otros aspectos para poder alcanzar condiciones salariales que permitan enfrentar las necesidades cotidianas, al mismo tiempo las etapas de formación académica se extienden y ya se considera que es necesaria no solo la formación de grado sino también de posgrado, esto en la práctica implica que la educación se extiende hasta la tercera década de la vida o más, y ésta es una de las razones para postergar la edad del primer embarazo.

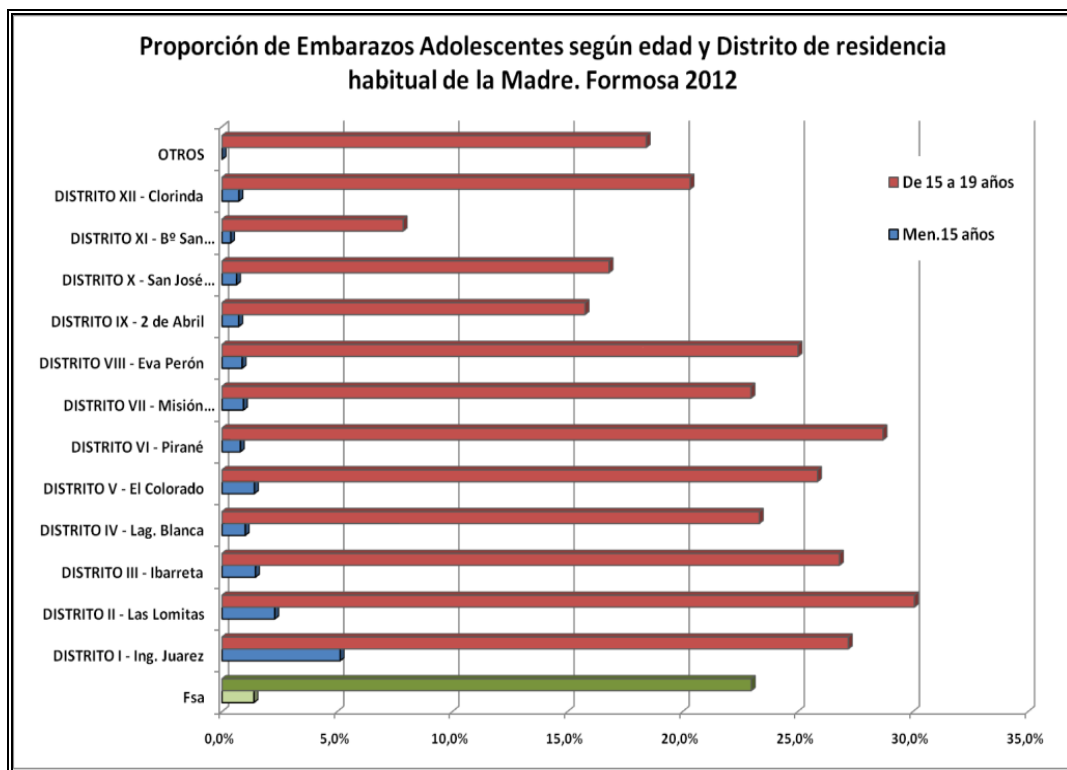
Comparando los datos de la DEIS y el MDH, encontramos 13 nacimientos de diferencia, siendo mayor el número presentado por la DEIS. Analizando la distribución de los embarazos adolescentes dentro de la provincia de Formosa, observamos que siete de los doce distritos tienen una proporción de embarazos adolescentes superior al promedio provincial. Uno de cada cuatro nacidos vivos en el 2012 en Formosa tenían una mamá adolescente, en el año 2008 la relación era de uno de cada 5 nacidos vivos. Esto significa 2922 niños nacidos en 2012 en situación de alta vulnerabilidad

En este hecho aparecen las inequidades de género, si bien para producir un embarazo es necesaria la participación del varón y la mujer, el mismo no impacta de igual manera en ambos, ni desde lo biológico, ni desde lo social. Es sabido que a partir de un caso de Formosa se modificó la exclusión escolar que padecían las madres-niñas que se encontraban en el nivel medio, sobre todo en los colegios privados pero también estatales. Un embarazo no deja huellas en el cuerpo del varón, ni pone su vida en riesgo, para mantenerlo o abortarlo, sí lo hace en el cuerpo de la mujer. Una vez nacido el bebe, hay que atenderlo, cuidarlo, alimentarlo, lo cual demanda tiempo y recursos, por lo cual la disponibilidad de tiempo para realizar actividades laborales y académicas se restringe y en muchos casos se constituye en causa de abandono escolar. Si bien al mismo tiempo en éste momento las embarazadas cuentan con apoyo social a través de asignación económica a las embarazadas, éste no sustituye las ventajas de una mejor educación.



Otro dato muy preocupante es la maternidad en menores de 15 años, en el Distrito I, la proporción de embarazos en menores de 15 años pasó de 3,7 % en 2011 a 5.1% en 2012 y en Distrito II, la proporción es de 2.3 %, de los embarazos, indicadores que están en sostenido aumento en la provincia.

Gráfico 2



Fuente: Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2012. MDH. Elaboración propia

La razón de tasas indica la desigualdad existente dentro de la provincia de Formosa, en el Distrito 1, hay nueve veces más probabilidades que un embarazo corresponda a una niña menor de 15 años que en el resto del país

Tabla 1 – Razón de Tasas Embarazo Adolescente entre Jurisdicciones seleccionadas. 2012

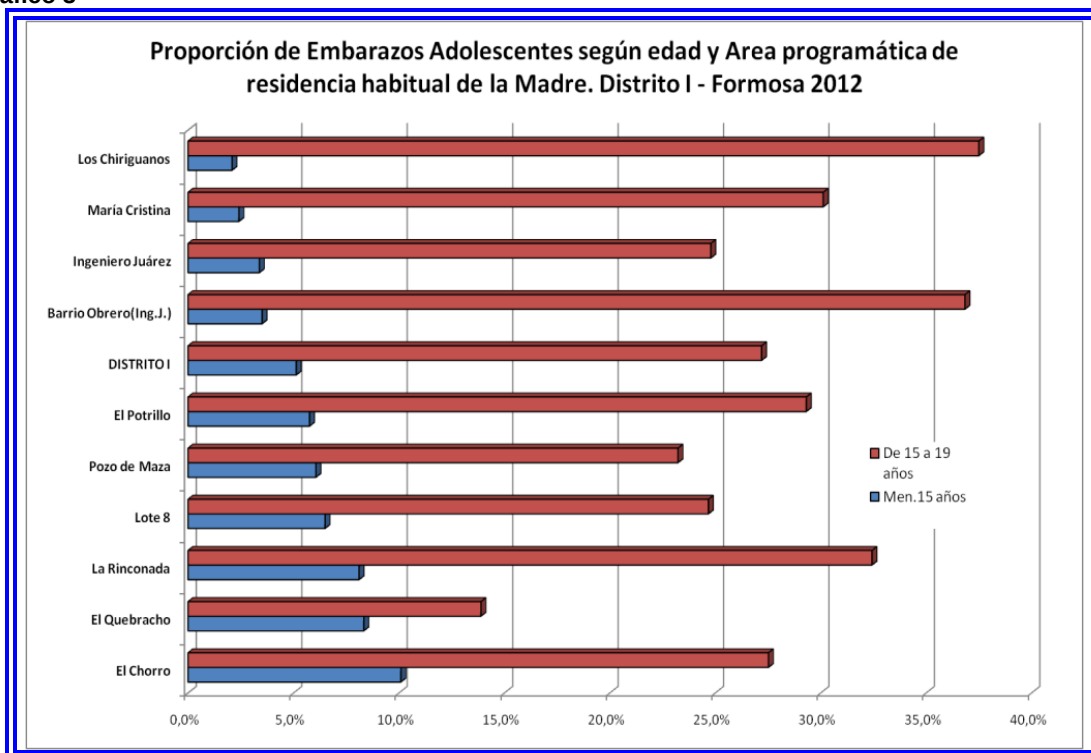
| % Embarazo menores 15 años    | Datos          | Razón de Tasas |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| FSA/ARG                       | 1.4%/ 0,41     | 3.4            |
| D I/ ARG                      | 3,7% / 0,41 %  | 9.3            |
| % Embarazo mujeres 15-19 años |                |                |
| FSA/ARG                       | 23.% / 15.1%   | 1.5            |
| DII / ARG                     | 30,1 % / 15.1% | 2              |

Fuente: DEIS-Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2011. MDH. Elaboración propia

La razón de Tasas de embarazo de 15-19 años indica que en el DII hay un doble de probabilidad de embarazo adolescente que en el resto del país Estas diferencias no se originan en fenómenos biológicos, sino en contextos sociales e indican las posibilidades que tienen las mujeres de construir o no proyectos independientes de la maternidad.

Vamos a tratar de profundizar nuestra mirada, a fin de conocer las diferencias que se presentan al interior del distrito que estamos analizando.

**Gráfico 3**



Fuente: Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2012. MDH. Elaboración propia

El gráfico 3 muestra varias diferencias, la que más sobresale es el peso del embarazo de menores de 15 años, en El Chorro llega al 10% de los nacimientos en El Quebracho y La Rinconada, superior al 8%, un dato cuyo valor de referencia debería ser cero, ya que es una situación de gran vulnerabilidad que podría estar expresando situaciones de abuso, para la Ley cualquier persona mayor de 20 años que mantenga relaciones con una niña menor de 15, es considerada un abuso.

En la Rinconada, Barrio Obrero de Ing. Juárez y Los Chiriguano los embarazos adolescentes representan el 40% de los nacimientos. Prácticamente la mitad de las mujeres que fueron madres en 2012 eran adolescentes.

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNA

Otro indicador de riesgo materno-infantil, es el acceso a la educación, un servicio que el Estado debe ofrecer a todos sus ciudadanos, a fin de garantizar un derecho humano básico, puede considerarse como un indicador trazador del acceso a bienes y servicios, es posible suponer que si no se ha tenido acceso a la educación, tampoco se ha podido acceder a otros servicios sociales como la salud, la seguridad social, el trabajo, etc. No tener acceso a la educación indica una privación múltiple, además de las limitaciones que implica no poder leer ni escribir, esto no significa de ninguna manera que una madre analfabeta no pueda cuidar adecuadamente a su hijo, sino que se cuenta con limitados recursos para hacerlo. Desde la perspectiva de Salud, se considera:

ALTO RIESGO: Analfabetismo y Primaria Incompleta.

RIESGO INTERMEDIO: Primaria Completa, Secundaria Completa e Incompleta..

BAJO RIESGO: Terciaria o Universitaria Completa o Incompleta.

El gráfico 4 presenta los datos de la provincia y el país. A simple vista surge la enorme diferencia que presenta el Distrito I, donde el 46% de las madres que han tenido un hijo en 2012, eran analfabetas o semianalfabetas, este dato es 3.3 veces superior al prome-

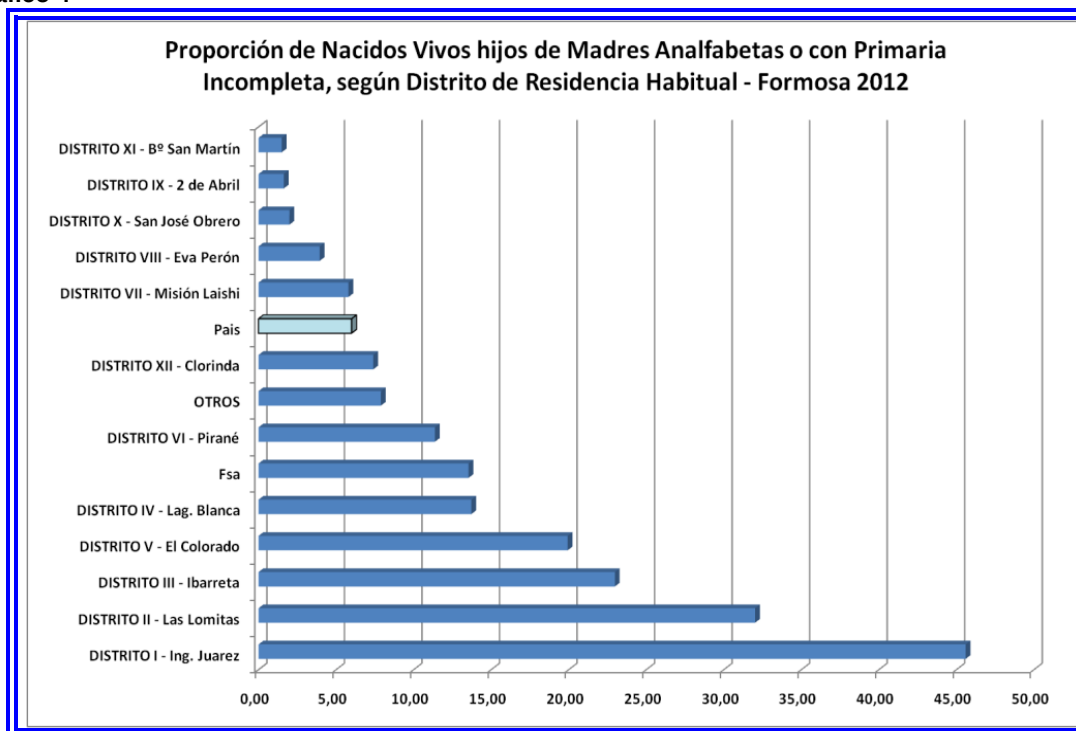
dio provincial, y supera en 7.6 veces el nacional, pone de manifiesto además la enorme brecha educativa, una manifiesta inequidad, que debe considerarse social y políticamente inaceptable, y hace visible el desamparo social del cual hablaba Ramón Carrillo, cuando manifestaba:

*“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son unas pobres causas.”*

. Ramón Carrillo

Debe además tenerse en cuenta que en éste momento por ley es obligatoria escolaridad secundaria, sin embargo hay un importante número de Formoseñas jóvenes que no han alcanzado la escolaridad primaria, no contamos con datos de varones, pero es de suponer que la situación no es muy diferente, de serlo se agregaría a la brecha cultural y social, la discriminación de género.

**Gráfico 4**



Fuente: Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2012. MDH. Elaboración propia

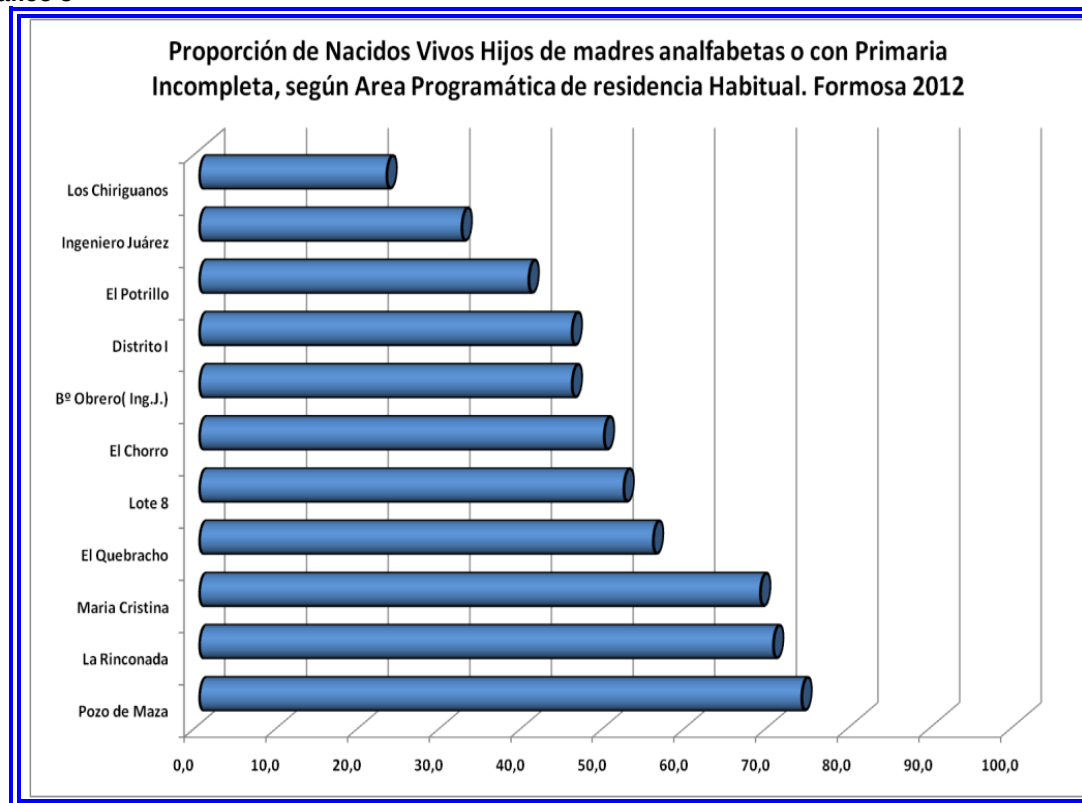
La razón de tasas para las situaciones de analfabetismo entre el Distrito I (52%) y D X (2.0%), es de 22 es decir que la probabilidad que una mujer que dio a luz en el 2012 sea analfabetas es 22 veces superior en el DI en comparación con el D X

Si comparamos compramos las diferentes áreas programáticas del Distrito I, (gráfico 5) María Cristina, Rinconada y Pozo de Maza, rondan el 70%, dato más que sorprendente si tenemos en cuenta que la cobertura de educación primaria que indican las estadísticas oficiales es superior al 90% y teniendo en cuenta que todas las Áreas Programáticas cuentan con escuelas primarias, esto podría estar evidenciando procesos de exclusión social. Estos datos dan idea de la enorme brecha cultural existente en la provincia y que no es lo mismo cobertura geográfica de escuelas que acceso real a la educación, lo cual significa una inmensa deuda social, que genera enormes dificultades futuras tanto laborales como de proyectos educativos.

Si tenemos en cuenta que el ciclo primario es el que tiene mejor cobertura y menor deserción, no es difícil inferir que el acceso al nivel secundario, para muchas formoseñas es letra muerta sin ningún significado concreto. Esto me recuerda la expresión de algu-

nos dirigentes Wichi del Oeste que expresaron: “ya tenemos escuelas, ahora necesitamos educación”, excelente síntesis de la situación.

**Gráfico 5**



Fuente: Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2012. MDH. Elaboración propia

Los datos relacionados con la situación conyugal de las madres indican que en Formosa en promedio el 25% de las mujeres que tuvieron un hijo vivo en 2012, estaban solas, sin pareja, si a esto sumamos el alto porcentaje de madres adolescentes y de analfabetismo, sobre todo en el oeste, tenemos en perfil de alta vulnerabilidad materno-infantil.

### **LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO**

Otro indicador de riesgo desde la perspectiva de salud es el lugar de ocurrencia del parto, partiendo del supuesto que el parto atendido en una institución sanitaria sea pública o privada, es de menor riesgo que un parto domiciliario, éste indicador también da una idea de la cobertura real de los servicios y de la vinculación comunidad/sistema de salud, dado que, si frente a la posibilidad de elegir entre un parto institucional o un parto domiciliario la mujer opta por el domicilio, puede deberse a problemas de acceso al sistema de salud sea por razones geográficas (distancias, medios de transporte, medios de comunicación) o barreras socio-culturales de baja confianza en el sistema de salud.

En la provincia de Formosa el 97% de los partos son Institucionales, realizándose el 69% en establecimientos asistenciales públicos, indicando éste dato la importante cobertura del sector público en la atención del parto y posiblemente del embarazo.

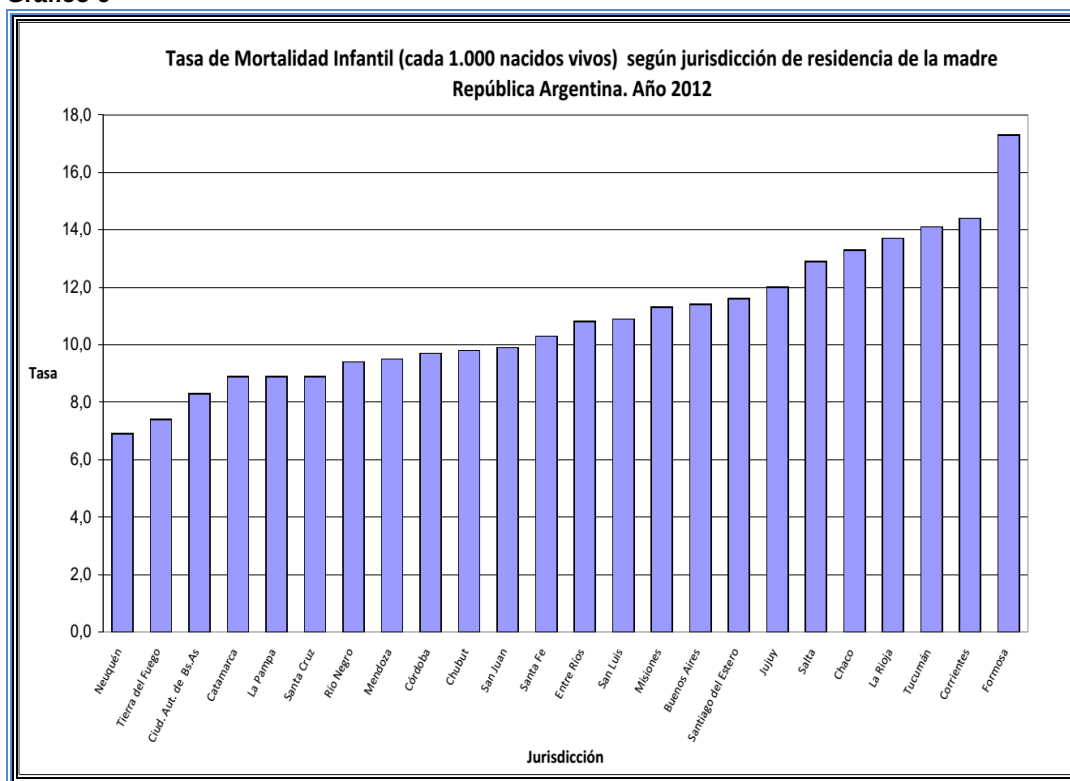
## CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES

### LA MORTALIDAD INFANTIL

Las posibilidades de enfermar y morir no se dan de manera azarosa en una sociedad, sino que hay factores que aumentan esta probabilidad, ya hemos analizado una serie de factores considerados de alto riesgo en el momento de nacer, éstos factores aumentan la probabilidad de enfermar y morir tanto en las primeras etapas de la vida como en posteriores.

Un indicador históricamente analizado es la Mortalidad Infantil que corresponde a las defunciones ocurridas durante el primer año de vida. La situación del país está expresada en el gráfico 6. Si bien la Tasa se ha reducido con respecto al año anterior, Formosa presenta la Tasa de Mortalidad Infantil más alta de país (17,2 ‰), esta situación se mantiene históricamente, y es producto de las grandes desigualdades presentes al interior de la provincia, (Gráfico 7) dada la alta vulnerabilidad social de grandes sectores sobretodo del interior de Formosa, seis de los doce distritos presentan tasas superiores al promedio.

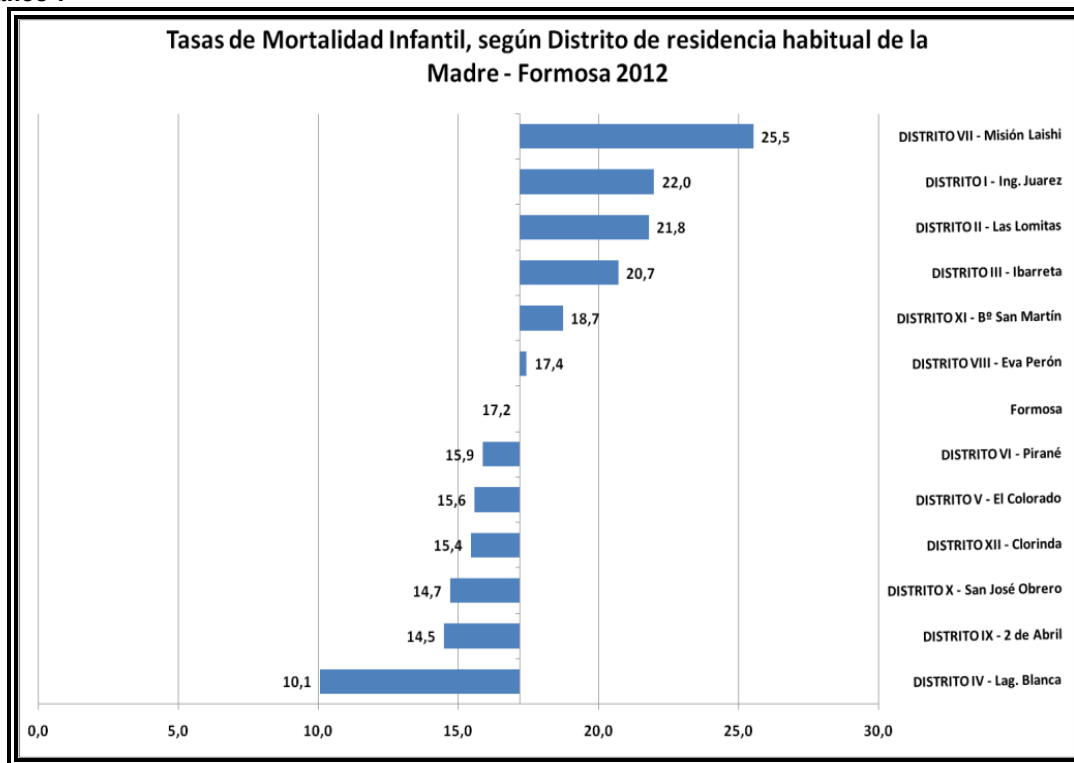
Gráfico 6



Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica 2012. DEIS.

El riesgo de morir en el primer año de vida es mayor que en los años restantes, por ello no es fácilmente comprensible una baja tasa de mortalidad infantil y alta tasa de mortalidad en menores de 5, salvo que la supervivencia infantil esté sostenida en apoyos sociales que desaparecen en años siguientes, sobre todo los alimentarios. El gráfico pone en evidencia las grandes desigualdades presentes en la mortalidad infantil, que se invisibilizan cuando usamos una medida de resumen como la Tasa Provincial. La mayor brecha para éste indicador se presenta entre el Distrito VII, con cabecera en Misión Laishi, muy cercano a la ciudad de Formosa y el Distrito IV, Laguna Blanca, un nacido vivo del D VII, tiene dos veces y media mayores probabilidades de morir en el primer año de vida que uno nacido en el D IV.

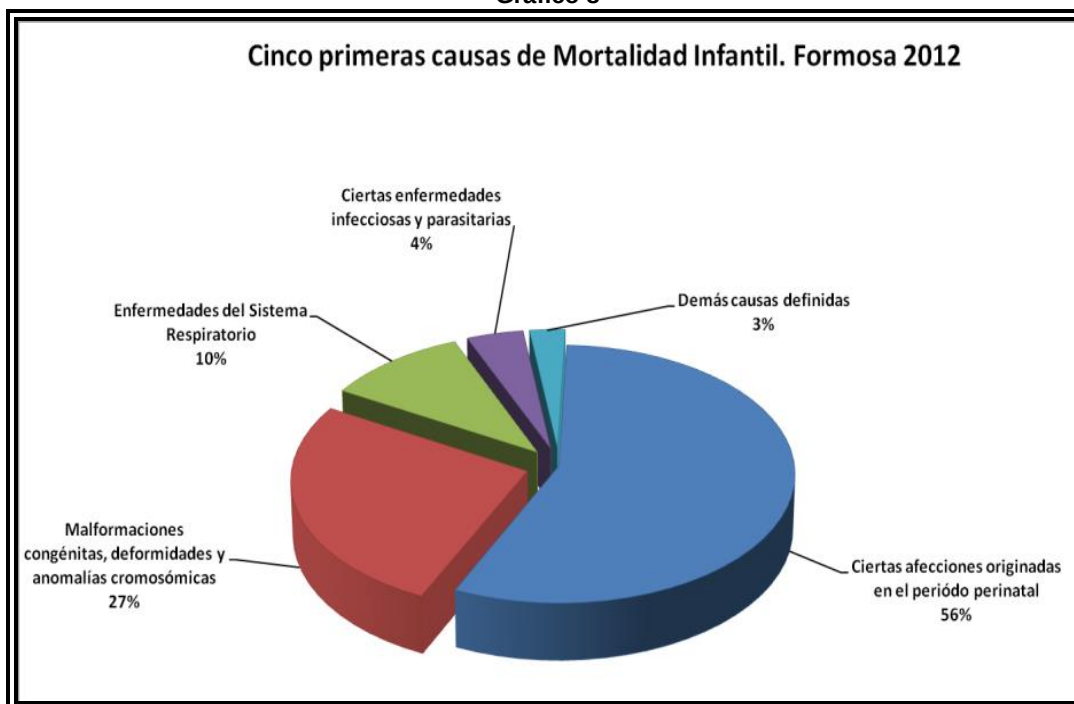
Gráfico 7



Fuente: MDH-FSA, DEIS 2012. Elaboración propia

Es importante analizar las causas de Mortalidad Infantil, por ello graficamos las cinco primeras causas en la provincia de Formosa, la primera causa que produce más de la mitad de la muertes infantiles está definida como: “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal”, según la CIE-10, éstas son las afecciones que tienen su origen en el período perinatal (éste se inicia en la semana 22ª de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y termina cuando se completan siete días después del nacimiento), aun cuando la enfermedad o la muerte ocurran más tarde.

Gráfico 8



Fuente: Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2012MDH. Elaboración propia

Estas causas están relacionadas con el feto y/o el recién nacido afectados por factores maternos o por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto, problemas originados por el tiempo de gestación (prematurez o posmadurez), traumatismos de nacimientos, trastornos respiratorios o cardiovasculares, infecciones, hemorragias, trastornos metabólicos, del sistema digestivo, entre los más importantes, (CIE-10), muchas de ellas son evitables con acciones preventivas, de diagnóstico precoz, o curativas durante el embarazo, parto o puerperio, factor importante a tener en cuenta ya que el 97% de los partos en Formosa se realizan en instituciones de salud, y 92% fueron atendidos por médico.

La segunda causa de muerte que alcanza a uno de cada cinco defunciones infantiles es debida a las malformaciones congénitas, hay estudios que han puesto en evidencia la relación entre factores ambientales y la aparición de malformaciones congénitas, y las defunciones están relacionadas con la gravedad de la malformación, las posibilidades de realizar su diagnósticos durante el embarazo, como así también el acceso inmediato a la atención de alta complejidad pediátrica. Formosa es la provincia con mayor tasa de mortalidad por esta causa, por lo cual es muy importante poder discriminar el peso relativo de éstos factores.

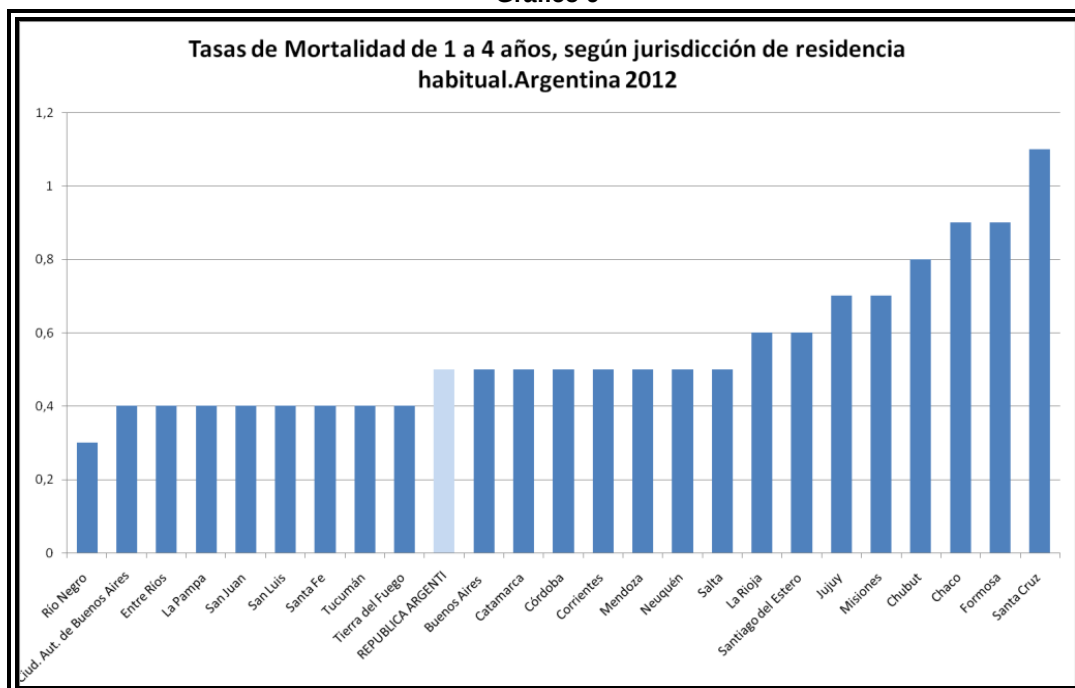
### **MORTALIDAD DE 1-4 AÑOS**

Muchas veces el énfasis puesto por las autoridades y la prensa sobre la mortalidad infantil hace perder de vista el hecho que la vulnerabilidad infantil no acaba al cumplir el primer año de vida; sin embargo muchos de los soportes sociales están asociados a ésta edad y se cortan al cumplir el año de vida. Las condiciones estructurales que determinan la pobreza, y la vulnerabilidad social no desaparecen en el soplar de una velita (cuando esta existe).

La permanencia de las condiciones de vida, y la reducción del soporte social a partir del primer año, genera un hecho social aberrante y es el marcado aumento de la mortalidad a partir del primer año de vida, hasta los cuatro años, tal como reflejan los siguientes gráficos.

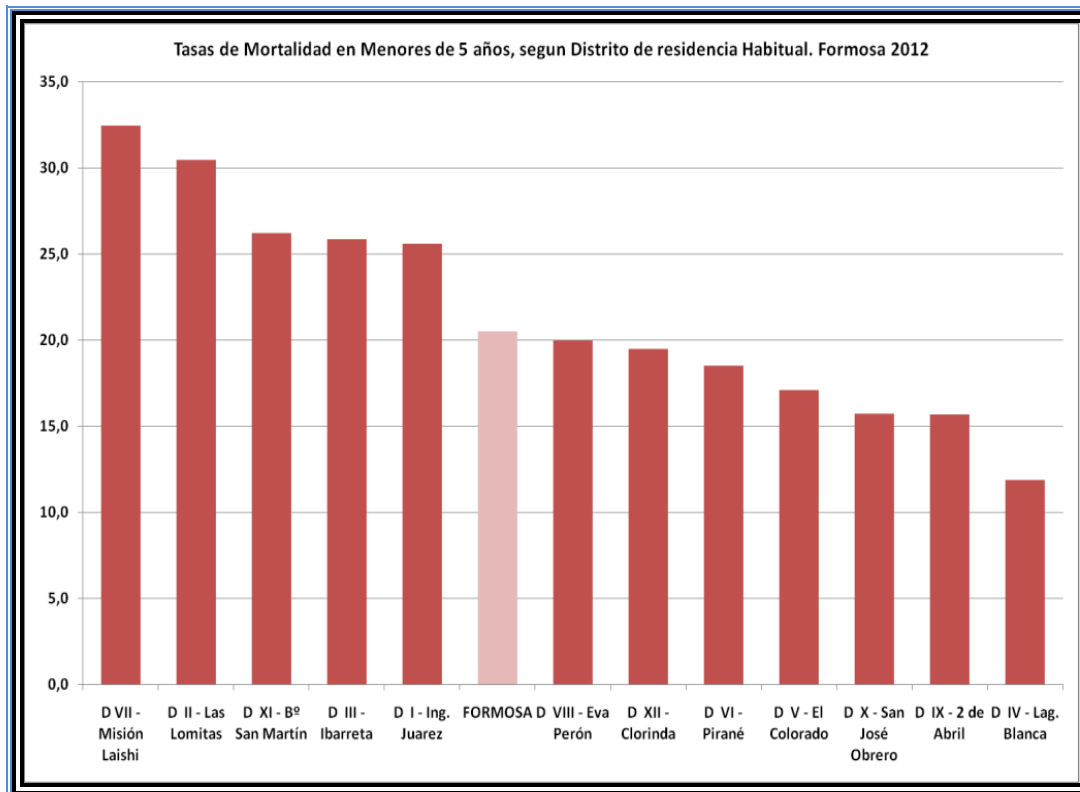
Una vez más Formosa aparece dentro de los valores más altos para el año 2012, duplicando el promedio nacional.

**Gráfico 9**



Las Tasas de Mortalidad en menores de 5 años (incluyen las infantiles), en los diferentes distritos de salud de la provincia, están reflejadas en el gráfico 10, aquí la brecha entre el D VII- Misión Laishi y el D IV – Lag Blanca es de 4, es decir que un niño menor de 5 años que vive en el D VII tiene tres veces más probabilidad de morir en esta etapa que su vecino del D IV.

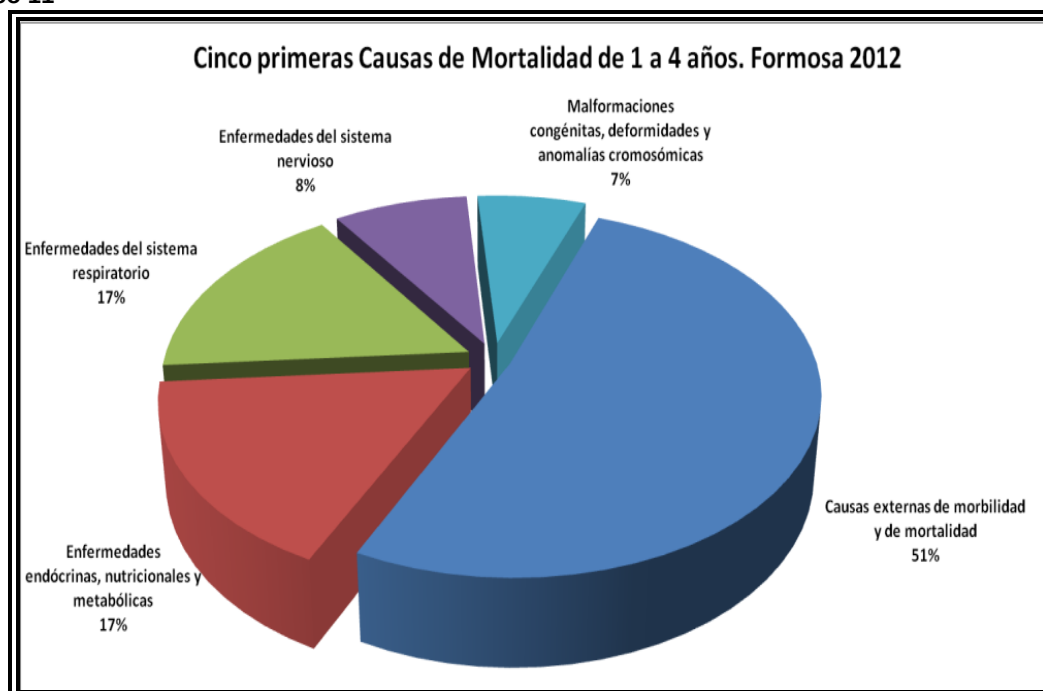
Gráfico 10



Fuente: Anuario Estadístico Formosa MDH

### PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE 1-4 AÑOS

Gráfico 11





La primera causa de muerte en niños de 1-4 años responsable de la mitad de las defunciones en ésta edad son las causas externas. Dentro de las causas externas, las principales son los ahogamientos y los accidentes de tránsito, ambos evitables, las siguientes causas son infecciosas, y nutricionales, prevenibles con diagnóstico precoz y tratamiento oportuno,. Estos datos reflejan la deuda que tenemos con los niños de la provincia.

### MORTALIDAD MATERNA

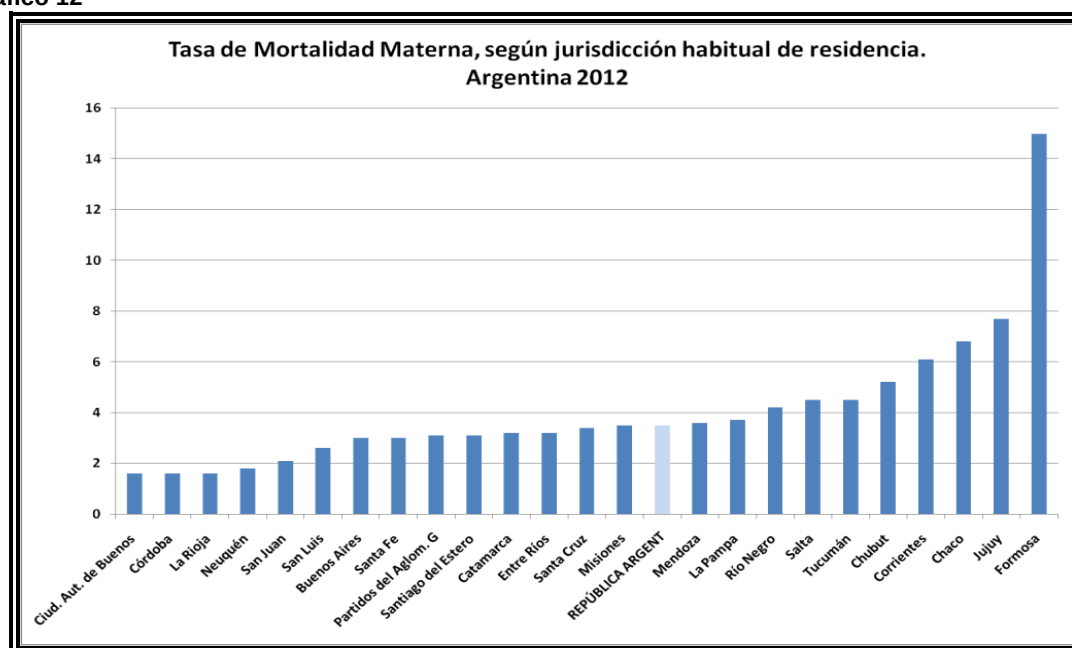
La Mortalidad materna se refiere a las muertes de mujeres, de cualquier edad, producidas a causa de embarazo, parto o puerperio. Tal como demuestra el informe sobre Mortalidad Materna en la Argentina ésta se vincula fuertemente con las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud de calidad.

Las muertes maternas en Formosa se han mantenido prácticamente estables en los últimos 30 años. La Tasa de mortalidad materna indica el número de muertes maternas ocurridas cada 10.000 nacidos vivos. En el año 2012 Formosa presentó la Tasa de Mortalidad Materna más alta del país: 15 0/000, siendo a nivel nacional 3.5 0/000, si realizamos la razón de tasas, encontramos que la de Formosa es cuatro veces superior al resto del país.

Para realizar este trabajo utilizamos dos fuentes de datos: Ministerio de Salud de Nación y del Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa, éstos últimos datos presentan una Tasa de Mortalidad Materna aún superior siendo del 16.7<sub>0/000</sub>, debido a que en la primera fuente se contabilizan 18 muertes ocurridas dentro de los 42 días posteriores al parto (incluidas en la Tasa) y 5 muertes maternas tardías (no incluidas), con lo cual las muertes maternas ocurridas en 2012 son 23 y en la segunda contabilizan 20, defunciones dentro de los 42 días posteriores al parto, seguramente debido a una revisión de los datos antes de su publicación y 2 muertes maternas tardías. En Formosa la Mortalidad Materna aumentó con respecto al año 2011 que fue de 12<sub>0/000</sub>, en cambio en Nación pasó de 4 a 3.5<sub>0/000</sub>.

Estos datos unidos a las características presentadas al comienzo, muestran la gran vulnerabilidad de las mujeres-madres en Formosa y el riesgo que la maternidad representa para ellas.

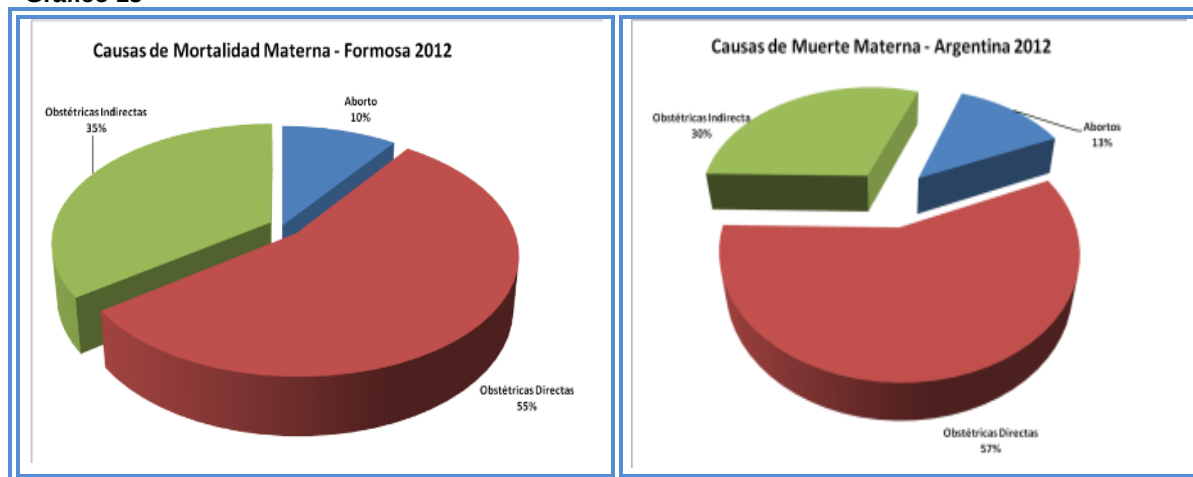
Gráfico 12



Fuente: Estadísticas Vitales 2012- DEIS – Elaboración propia

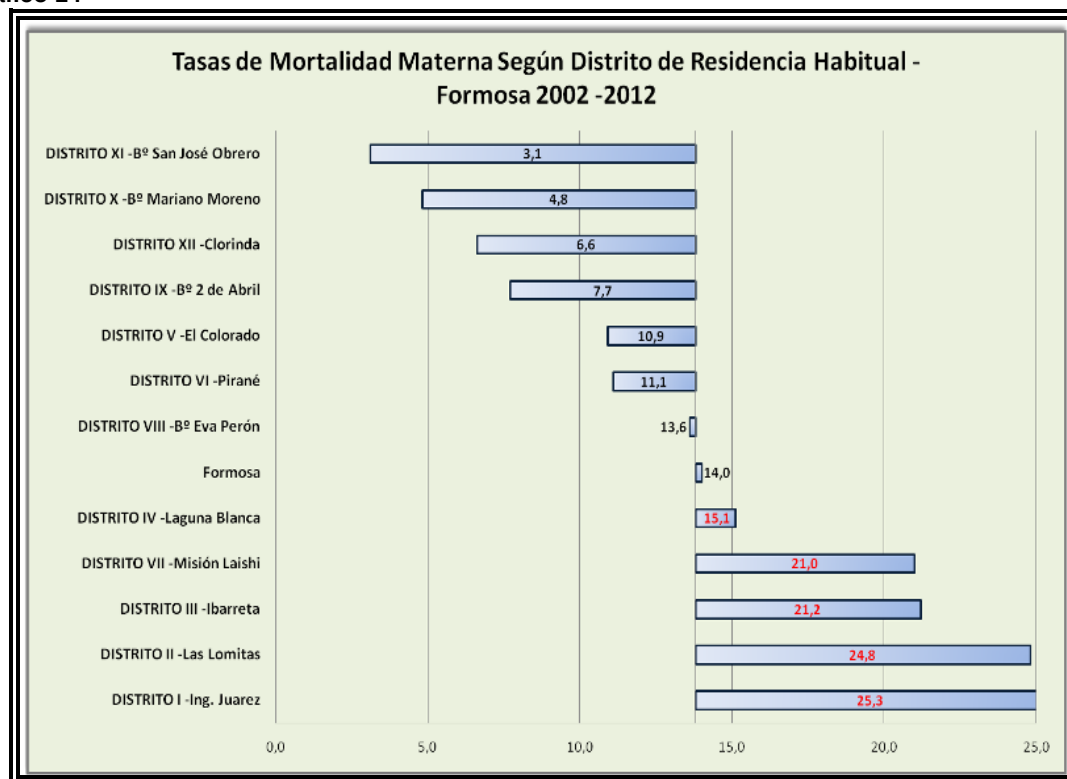
Es importante analizar las causas de estas muertes, para poder tener en cuenta que acciones preventivas deberían realizarse a fin de evitarlas. En 2012 en la Nación 17 %, de las muertes maternas se produjeron por abortos, en Formosa el 10%, el aborto como causa de muerte materna ha ido disminuyendo en los últimos años. El 55 y 57% de las muertes ocurridas en Formosa y Argentina respectivamente, se deben a causas obstétricas directas, es decir ocasionadas por el embarazo, en general prevenibles con acciones de salud relacionadas con la salud reproductiva, realizadas antes o durante el embarazo, en el parto o puerperio, esto refleja una baja calidad en la atención obstétrica, el resto están asociadas a causas obstétricas indirectas, estas causas refieren a problemas anteriores al embarazo, que son agravadas por éste, evitar el embarazo es la principal medida preventiva.

**Gráfico 13**



Fuente: Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2012. MDH. DEIS- Elaboración propia

**Gráfico 14**



Fuente: Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa 2012. MDH. Elaboración propia

Lo relevante de todo esto es que las muertes maternas tienen un alto impacto social, porque son evitables y por lo que significan al interior de la familia. Para poder analizar la situación al interior de la provincia de Formosa, es necesario analizar un período supe-

rior a un año dado que al ser un número pequeño (esto no es sinónimo de poco significativo), el error en su cálculo es muy grande por ello analizamos las muertes maternas ocurridas en los distintos distritos durante un período de 11 años entre 2002-2012.

Cinco distritos se encuentran por encima del promedio provincial, todos del interior tres en el extremo oeste (DI, DII, DIII), uno en el centro-norte (DIV), y uno en el sur-este (DVII). Los distritos que corresponden a las Ciudades de Formosa, y Clorinda, se encuentran por debajo del promedio provincial, el DXI tiene una tasa inferior al promedio nacional.

Las razones de tasa indican las diferencias en los riesgos de morir por embarazo, parto o puerperio, y nos muestran la brecha existente en la provincia, las mujeres del DI tienen ocho veces más probabilidad de morir por causas maternas que las del DXI, esto indica una gran inequidad en las cuales están involucradas tanto las condiciones de vida como la asistencia sanitaria.

Estos datos ponen en evidencia diferencias evitables en las posibilidades de morir a lo largo de la vida, tanto dentro de la provincia de Formosa, como en relación al conjunto del país, diferencias en las cuales está involucrada la asistencia sanitaria teniendo en cuenta que el perfil de causas indica que en general se trata de causas evitables con acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunas y puestas al alcance de toda la población. Es evidente que Formosa no está dando una respuesta adecuada a las necesidades de la población en cuestión de asistencia sanitaria, una de las características importantes de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud.

## **MORBILIDAD**

### **ITS Y VIH-SIDA**

Las enfermedades de transmisión sexual, encuentran como población de alta vulnerabilidad, a los jóvenes y adolescentes, aquellos que son sexualmente activos, tienen relaciones no protegidas, o múltiples compañeros sexuales. Los jóvenes son los que en general presentan tasas más altas de prevalencia. Las ITS más prevalentes son la sífilis, aquellas que producen supuraciones genitales (gonococcicas o no gonocóccicas) y el VIH/Sida

Los datos presentados, corresponden a casos notificados, no a la totalidad de casos existentes, éstas notificaciones en general las realiza con exclusividad el sector público. Estos datos evidencian que las ITS, tienen una presencia significativa en la Región en general y en Formosa en particular. En el año 2011 Formosa presenta tasas elevadas para todas, en sífilis presenta la tasa más alta del país y casi cuadruplica la tasa nacional. Si bien para gonocóccia las tasas no son las más altas de la región, éstas se elevan significativamente en las sin especificar.

Los datos indican que si bien la Tasa de Notificación ha disminuido en los últimos años, ésta triplica el valor promedio de la región. Estos datos ponen en evidencia la necesidad de una acción urgente del Estado en la implementación de políticas públicas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

**Gráfico 15 - Sífilis Temprana Y Sin Especificar**  
**Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes. REGION NEA. Años 2011 - 2013**

|            | 2011       |              | 2012       |              | 2013       |             |
|------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|-------------|
| PROVINCIA  | Casos      | Tasas        | Casos      | Tasas        | Casos      | Tasas       |
| Corrientes | 77         | 7,76         | 53         | 5,34         | 59         | 5,94        |
| Chaco      | 32         | 3,03         | 21         | 1,99         | 30         | 2,84        |
| Formosa    | 187        | 35,27        | 172        | 32,44        | 144        | 27,16       |
| Misiones   | 177        | 16,07        | 127        | 11,53        | 84         | 7,63        |
| <b>NEA</b> | <b>473</b> | <b>12,85</b> | <b>373</b> | <b>10,14</b> | <b>317</b> | <b>8,62</b> |

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia 205 S 7 Enero 2014. MS

Íntimamente relacionado con las altas tasas de notificación de sífilis, está la aparición de niños recién nacidos, infectados durante el embarazo, situación que puede evitarse, haciendo el diagnóstico precoz durante el mismo y realizando el tratamiento oportuno. Es preocupante el elevado número de casos confirmados en la región, dado que esto significa una situación de alto riesgo para el recién nacido.

**Gráfico 16 - Sífilis congénita**  
**Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes REGION NEA. Años 2012 - 2013**

|            | 2012       |            | 2013       |            |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| PROVINCIA  | Notif.     | Confir.    | Notif.     | Confir.    |
| Chaco      | 96         | 13         | 215        | 161        |
| Formosa    | 17         | 2          | 9          | 9          |
| Misiones   | 115        | 90         | 166        | 91         |
| <b>NEA</b> | <b>257</b> | <b>127</b> | <b>427</b> | <b>279</b> |

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia 205 S 7 Enero 2014. MS

Las Tasas de supuración gonocócicas son superiores a la Sífilis en todas las provincias de la región, la Tasa del 2013 ha disminuido con respecto al 2012, pero amentado con respecto 2011.

**Gráfico 17 - Supuración Genital Gonocócica**  
**Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes. REGION NEA - Años 2011 - 2013**

|            | 2011        |              | 2012        |              | 2013        |              |
|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| PROVINCIA  | Casos       | Tasas        | Casos       | Tasas        | Casos       | Tasas        |
| Corrientes | 88          | 8,87         | 53          | 5,34         | 69          | 6,95         |
| Chaco      | 479         | 45,39        | 332         | 31,46        | 415         | 39,33        |
| Formosa    | 205         | 38,67        | 369         | 69,60        | 217         | 40,93        |
| Misiones   | 342         | 31,05        | 343         | 31,14        | 472         | 42,85        |
| <b>NEA</b> | <b>1114</b> | <b>30,27</b> | <b>1097</b> | <b>29,81</b> | <b>1173</b> | <b>31,88</b> |

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia 205 S 7 Enero 2014. MS

**Gráfico 18 - Supuración Genital No Gonocócica Y Sin Especificar  
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.  
REGION NEA. Años 2011 - 2013**

| PROVINCIA  | 2011        |               | 2012         |               | 2013         |               |
|------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
|            | Casos       | Tasas         | Casos        | Tasas         | Casos        | Tasas         |
| Corrientes | 265         | 26,70         | 549          | 55,31         | 746          | 75,16         |
| Chaco      | 5703        | 540,44        | 7418         | 702,96        | 8320         | 788,43        |
| Formosa    | 2068        | 390,07        | 2127         | 401,20        | 2122         | 400,26        |
| Misiones   | 1555        | 141,16        | 1708         | 155,05        | 1696         | 153,96        |
| <b>NEA</b> | <b>9591</b> | <b>260,65</b> | <b>11802</b> | <b>320,74</b> | <b>12884</b> | <b>350,15</b> |

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia 205 S 7 Enero 2014. MS

Las Tasas de supuraciones genitales no gonocócicas y si especificar son las más altas de todas las ITS, siendo diez veces superiores a las anteriores. Aquí claramente hay un problema de diagnóstico, en el momento de la atención, no pudiendo discriminar la causa específica de la supuración genital. Los datos no nos permiten identificar edad y sexo de los casos notificados, siendo en general mayor la prevalencia en los jóvenes, y los varones, por la facilidad de observación de los síntomas y la consulta subsecuente.

El aumento de las Tasas de ITS, implica un aumento en la probabilidad de contraer el VIH, dado que la presencia de la infección está expresando falta de medidas de cuidados para evitar la transmisión de las ITS.

La oferta del examen de las embarazadas; previo consentimiento; para el Vih es obligatoria durante el control prenatal. Lo mismo que para Hepatitis B.

**Gráfico 19 - Embarazadas estudiadas para HIV durante el embarazo. Casos y porcentajes de positividad. REGIÓN NEA . SE 1 a 52 de 2012 - SE 1 a 48 de 2013**

| PROVINCIA  | 2012         |            |                           | 2013         |            |                           |
|------------|--------------|------------|---------------------------|--------------|------------|---------------------------|
|            | Estudiados   | Casos*     | Porcentaje de positividad | Estudiados   | Casos*     | Porcentaje de positividad |
| Corrientes | 545          | 0          | 0,00%                     | 1083         | 12         | 1,11%                     |
| Chaco      | 16369        | 34         | 0,21%                     | 29711        | 56         | 0,19%                     |
| Formosa    | 14843        | 51         | 0,34%                     | 27191        | 65         | 0,24%                     |
| Misiones   | 8911         | 20         | 0,22%                     | 15814        | 25         | 0,16%                     |
| <b>NEA</b> | <b>40668</b> | <b>105</b> | <b>0,26%</b>              | <b>73799</b> | <b>158</b> | <b>0,21%</b>              |

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia 205 S 7 Enero 2014. MS

En Formosa en el 2013 se diagnosticaron como seropositivas para el VIH durante el embarazo 14 mujeres más que el año anterior, si bien la Tasa de positividad es menor, al ser mayor en número de embarazadas controladas, aumenta el número de casos detectados, de ahí la importancia de una buena calidad y cobertura del control del embarazo.

La Hepatitis B es otra de las infecciones sexualmente transmitidas, y que además pueden transmitirse de la madre al feto durante el embarazo. En Formosa, 14 embarazadas resultados positivas a éste virus durante el 2013.

**Gráfico 20 Embarazadas estudiadas para Hepatitis B. Casos y porcentajes de positividad  
REGION NEA. SE 1 a 52 de 2012 - SE 1 a 48 de 2013**

| PROVINCIA  | 2012         |           |                           | 2013         |           |                           |
|------------|--------------|-----------|---------------------------|--------------|-----------|---------------------------|
|            | Estudiados   | Casos*    | Porcentaje de positividad | Estudiados   | Casos*    | Porcentaje de positividad |
| Corrientes | 129          | 0         | 0,00%                     | 212          | 0         | 0,00%                     |
| Chaco      | 13894        | 42        | 0,30%                     | 11879        | 7         | 0,06%                     |
| Formosa    | 8178         | 11        | 0,13%                     | 10709        | 14        | 0,13%                     |
| Misiones   | 11937        | 34        | 0,28%                     | 8105         | 7         | 0,09%                     |
| <b>NEA</b> | <b>34138</b> | <b>87</b> | <b>0,25%</b>              | <b>30905</b> | <b>28</b> | <b>0,09%</b>              |

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia 205 S 7 Enero 2014. MS

El Boletín del Sida en Argentina (2013), caracteriza la situación del Sida en la Argentina de la siguiente manera:

En 2013 en la Argentina viven alrededor de 110 mil personas con VIH, de las cuales el 30% no conoce su situación; se continúan infectando alrededor de 5.000 personas cada año, el 96% de las mujeres y el 98% de los varones durante una relación sexual desprotegida; se siguen produciendo alrededor de 100 infecciones por transmisión vertical cada año; y fallecen 1.400 personas por sida en ese mismo lapso.

Los datos disponibles permiten confirmar algunas tendencias que se vienen observando desde hace algunos años, como el ligero descenso en la cantidad de diagnósticos en mujeres y el crecimiento de los diagnósticos en varones de diversas edades, lo que en conjunto lleva al aumento de la razón hombre/mujer hasta niveles semejantes a los registrados a principios de la década pasada.

|              | Población (2012)* |               | Diagnósticos acumulados de infección por VIH (2001-2012) |               | Tasa de VIH x 100 mil habitantes (2010-2011)* | Tasa de mortalidad por sida x 100 mil habitantes (2011)* | Cantidad de personas con medicación suministrada por la DSyETS (2013) |                |
|--------------|-------------------|---------------|----------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|
|              |                   |               |                                                          |               |                                               |                                                          |                                                                       |                |
| <b>Total</b> | <b>41.281.631</b> | <b>100,0%</b> | <b>66.657</b>                                            | <b>100,0%</b> | <b>12,7</b>                                   | <b>3,2</b>                                               | <b>35.904</b>                                                         | <b>100,00%</b> |
| <b>NEA</b>   | <b>3.866.272</b>  | <b>9,4%</b>   | <b>2.904</b>                                             | <b>4,4%</b>   | <b>7,0</b>                                    | <b>2,2</b>                                               | <b>1.358</b>                                                          | <b>3,8%</b>    |
| Chaco        | 1.090.451         | 28,2%         | 462                                                      | 15,9%         | 4,1                                           | 0,9                                                      | 334                                                                   | 0,9%           |
| Corrientes   | 1.058.161         | 27,4%         | 777                                                      | 26,8%         | 7,3                                           | 2,8                                                      | 442                                                                   | 1,2%           |
| Formosa      | 572.060           | 14,8%         | 288                                                      | 9,9%          | 5,6                                           | 2,5                                                      | 142                                                                   | 0,4%           |
| Misiones     | 1.145.600         | 29,6%         | 1.377                                                    | 47,4%         | 10,1                                          | 2,8                                                      | 440                                                                   | 1,2%           |

Fuente: Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina. MS. 2013

En los últimos cinco años, entre los varones las tasas específicas de infección por VIH más altas se observan en los grupos de 35 a 44 años, seguidos por los de 25 a 34 años. Se observa también una ligera dirección ascendente en los varones de 15 a 24 y en los de 55 a 64 años, tendencia que podría estar indicando un mejor acceso al diagnóstico en los varones de estos grupos etarios. En las mujeres las de 25-34 años tienen la tasa más elevada, seguidas por las de 35-44 años. Al interior del grupo de 15 a 24, en los adolescentes de 15 a 19 años se aprecia un aumento en la tasa entre los varones, que pasó de 3,9 por 100 mil en 2005 a 5,5 por 100 mil en 2011, con valores estables entre las mujeres.

En todas las regiones las mujeres infectadas tienen un menor nivel de instrucción que los varones. En el NEA prácticamente se infecta igual número de varones que mujeres. La vía prevalente de transmisión en Formosa tanto en mujeres como en varones es la heterosexual, el porcentaje de casos en los cuales la vía de transmisión no ha sido identifica-

da es muy superior en Formosa comparada con el nivel nacional, esto indica baja calidad del registro de la información.

No hay ninguna provincia donde se produzcan más diagnósticos en mujeres que en varones. Los valores más bajos se observan en Misiones y Catamarca, con 1,1 varón por mujer diagnosticada en 2011, mientras que las razones más altas se aprecian en Tucumán y Formosa, con 3,4, y CABA, con 3,1 en 2011.

El 90% de las personas se infectaron por vía sexual, tanto entre las mujeres como entre los varones. En este último caso, la mitad se infectó durante una relación heterosexual y la otra, durante una relación sexual con otro hombre. Asimismo, continúa en descenso la proporción de personas que se infectaron al compartir material para consumir drogas.

## **CONCLUSIONES**

Los datos reflejan las grandes brechas existentes dentro de la provincia en relación la presencia de factores de riesgo, que se expresan también en un aumento de la mortalidad para todas las edades estudiadas, asociada a los factores de vulnerabilidad existentes que aumentan las probabilidades de enfermar y morir. Esta brecha compromete la justicia social, y en consecuencia la equidad, porque no refleja igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos, en especial las mujeres y los niños analizados en éste trabajo.

Recordando las dimensiones de la equidad en salud, con que iniciamos el trabajo, es necesario tenerlas en cuenta de cara al futuro de la provincia, que deseamos sea un futuro de equidad para todos los que habitamos este suelo, para ello es necesario *Tener presente:*

*Que la salud es un componente fundamental de la igualdad de oportunidades,*

*Que la equidad de proceso es una deuda del sector sanitario y educativo en la provincia,*

*La necesidad de políticas globales dirigidas a los factores estructurales que generan inequidad.*

*Las situaciones de inequidad que padecen las mujeres relacionadas con su condición de madres.*

Sólo así podremos hacer realidad una Formosa para todos y todas.

Mgter Susana N. Somoza  
Profesora Titular  
Cátedra de Salud Pública

## **BIBLIOGRAFIA**

Anuario Estadístico de la Provincia de Formosa. Tomos I y II. Año 2012. MDH

Boletín del VIH-Sida e ITS en la Argentina. Año XVI- N° 30. Diciembre 2013. Ministerio de Salud. Argentina.

Boletín Integrado de Vigilancia. 205 S 7. MS. Argentina Enero 2014

Castellanos, Pedro L, en Salud Pública F. Martínez Navarro y cols. Cap 5. Mac Graw Hill-Interamericana. Madrid 1998

CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades. OMS

Estadísticas Vitales. Información Básica Año 2012. Serie 5 N° 53. Diciembre 2013 MS. Argentina.

Evans, R G.; Stoddart, G.L. Producir salud, consumir asistencia sanitaria., en ¿Por qué Algunas Gente Está Sana y Otra No? Capítulo 2. EVANS R.G.; MORRIS L B.; MARMOR T.R . Diaz de Santos. 1996.

Krieger, Nancy. J Epidemiol Community Health;(59) :350–355. 2005

Martinez, L; Abriata, G. Situación de Salud en Argentina. Boletín Epidemiológico Periódico N° 40. Ministerio de Salud. Noviembre 2008.

Muñoz Nubia Y Cols. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study) LANCET 2002: 359: 1093..

OMS, Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, 2009. (Versión en español).

Schneider, M Et Al. • Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(6), 2002

Sen, A. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Publica. N°11, Volumen:(5/6), 303-309, Año 2002