

BOLETIN OFICIAL

DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Buenos Aires,
lunes 9
de noviembre de 2009

Año CXVII
Número 31.776



Año II / Nº 61

Suplemento

Actos de Gobierno

La Constitución Nacional garantiza el principio de publicidad de los actos de Gobierno y el derecho de acceso a la información pública a través del artículo 1º, de los artículos 33, 41, 42 y concordantes del Capítulo Segundo –que establece Derechos y Garantías– y del artículo 75 inciso 22, que incorpora con jerarquía constitucional diversos Tratados Internacionales (Decreto Nº 1172/2003)

Sumario

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Presentación. Análisis de Situación en la República Argentina. Falta de Detección Temprana en el Primer Nivel de Atención. Prevalencia de Factores de Riesgo. Determinantes Fenoestructurales. Objetivos. Líneas de Acción. Estrategias de Apoyo. Fortalecimiento de la Capacidad Institucional. Participación Comunitaria, Intersectorial e Intergubernamental. Estudios e Investigaciones. Promoción de Proyectos Locales. Promoción de la Salud, Abordaje Poblacional: Plan Nacional Argentina Saludable. Reorientación de los Servicios de Salud: Manejo Integrado de Enfermedades Crónicas en el Sistema de Atención. Objetivo. Ejes de Acción. Actores Involucrados. Programa Integral de Salud CV y Diabetes para el PNA. Objetivo General. Objetivos Específicos. Actividades. Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles (ENT) y Factores de Riesgo (FR). ¿Cómo Vigilar las ENT? ¿Por qué Vigilar los FR? Múltiples Dimensiones en la Vigilancia de los FR. Vigilancia de las ENT: Situación en la República Argentina. Fundamentos de la Vigilancia de las ENT y los FR. Funciones del Área Nacional en Vigilancia de las ENT. Indicadores de Vigilancia Básicos Propuestos. Referencias.

Pág.

1

CENSO NACIONAL DE CENTROS DE TRATAMIENTO ASISTENCIALES (PRIMERA PARTE)

Palabras Preliminares. Introducción. Objetivos. Objetivo General. Objetivos Específicos. Metodología. Distribución Geográfica y Características Generales. Distribución de los Centros de Tratamiento en el Territorio Nacional. Características Generales de los Centros de Tratamiento. Características Específicas de la Oferta de Atención. Modalidades de Tratamiento. Servicios que Ofrecen los Centros de Tratamiento. Diagnóstico y Psicoterapia. Atención Médica y Psiquiátrica. Capacitación y Formación. Servicios de Seguimiento y Prevención de Recaídas. Servicios Especiales para Poblaciones Específicas. Información Complementaria Respecto de los Servicios más Frecuentes. Disponibilidad de Camas y Descripción de los Profesionales, Técnicos y Operadores. Lineamiento Teórico. Actividades Complementarias.

10

OLIMPIADAS NACIONALES DE CONTENIDOS EDUCATIVOS EN INTERNET

Presentación. El Certamen. ¿Cómo Participar? Reglas. Créditos: Información de Quiénes y Cómo Hicieron el Contenido. Referencia Temporal y Geográfica. Todo Sitio Debe Incluir las Referencias a las Fuentes de Información. Fuentes Orales de Información. De Foros y Chats. Programación ASP y PHP. Actualización del Sitio. El Sitio no Debe Pesar más de 10 Mb. Todo Sitio se Verá Correctamente en Modo Texto.

19

CONVOCATORIA PARA LA PRESENTACION DE PROPUESTAS PARA EL FINANCIAMIENTO DE PROYECTOS DE DESARROLLO TECNOLÓGICO CERTIFICADOS POR EL PROGRAMA IBEROEKA

Introducción. Objetivos. Beneficiarios. Financiamiento. Presentación de Proyectos. Bases del Llamado para la Adjudicación de Aportes No Reembolsables para el Financiamiento de Proyectos Innovativos en PyMEs con Certificación IBEROEKA ANR IB/2009. Objetivos. Beneficiarios. Proyectos Elegibles. Financiación. Pertinencia de Gastos. Presentación de Proyectos. Admisibilidad de Proyectos. Criterios de Selección y Evaluación. Evaluación de las Solicitudes de Financiamiento. Unidad Ejecutora. Reembolsos. Reconsideraciones. Rescisión. Aviso Legal. Anexo A. Definiciones y Alcances.

21

El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en países de ingresos bajos y medianos. El 80% de las enfermedades cardíacas, ataques, diabetes tipo II y el 40% de los cánceres pueden prevenirse mediante intervenciones sin un coste elevado y una adecuada relación coste-efecto.

Se ha proyectado que para el 2020, las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo, y que el 71% de las muertes por enfermedad coronaria, 75% por enfermedad cerebrovascular y 70% de las muertes por diabetes se producirán en el mundo en desarrollo.

En la República Argentina las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad.

Sólo dos grupos de causas (cardiovasculares y cáncer) son responsables de la mitad de todas las muertes y del 27% de los años de vida potencialmente perdidos. Si se le suma las lesiones, se llega al 58% de las muertes y al 47% de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). De modo que en conjunto tienen un enorme peso en las muertes prematuras.

Causas	Nº muertes	AVPP
Cardiovasculares	32%	13%
Tumorales	19%	14%
Lesiones	7%	20%
Infecciones	9%	10%
Todas las demas	33%	43%

A esto debe sumársele los años vividos con discapacidad, así como los enormes costos para el sistema de salud y para el país en su conjunto.

Entre las enfermedades específicas que más muertes producen en la Argentina, se puede mencionar la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebro vascular, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y entre los tipos de cáncer, el de pulmón, el colo-rectal, el de mama, el de próstata, páncreas, estómago y el de cuello de útero.

La mayoría de los factores explicativos de estas enfermedades son biológicos (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso), conductuales (alimentación no equilibrada, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol), y finalmente determinantes sociales (relacionados con el entorno social, sistema productivo, representaciones sociales, valores, etc.).

En la actualidad existe un amplio conocimiento sobre la evitabilidad de estas patologías y sus daños a través de estrategias preventivas¹.

La evolución de los determinantes y condiciones de la aparición de las ENT pronostican un aumento de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades: envejecimiento poblacional, alimentación no saludable, sedentarismo y consumo de tabaco.

Este aumento de la incidencia y prevalencia, además de condicionar mayor mortalidad y carga de enfermedad, genera una creciente necesidad de uso de recursos del sistema de salud para la atención de estas enfermedades. Los recursos necesarios además suelen requerir de una mediana a alta complejidad asistencial (unidades de cuidados críticos, etc.).

Las ENT requieren seguimiento prolongado, generando la problemática en la asistencia de enfermedades crónicas: uso de recursos, calidad de vida, falta de adherencia a tratamientos, etc.

PRESIDENCIA DE LA NACION

SECRETARIA LEGAL Y TECNICA
DR. CARLOS ALBERTO ZANNINI
Secretario

DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL
DR. JORGE EDUARDO FEIJÓ
Director Nacional

www.boletinoficial.gov.ar

e-mail: dnro@boletinoficial.gov.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
Nº 723.199

DOMICILIO LEGAL
Suipacha 767-C1008AAO
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. y Fax 4322-4055 y líneas rotativas

MINISTERIO DE SALUD

Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles

El Ministerio de Salud se encuentra implementando actualmente la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. El conjunto de acciones planificadas tienen como finalidad disminuir la mortalidad causada por las enfermedades no transmisibles, reducir la prevalencia de factores de riesgo, y mejorar el acceso y la calidad de la atención, tanto en la detección como en el tratamiento de las personas en riesgo y afectadas por enfermedades crónicas.

PRESENTACION

Las Enfermedades no Transmisibles (ENT), incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las causas externas, son las que originan más del 60% de las muertes en el mundo.

Las ENT son prevenibles y se cuenta con evidencia consistente sobre la efectividad de intervenciones tanto de promoción, prevención y tratamiento, que justifican llevar a cabo acciones de política pública.

Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria es considerada la estrategia más costo-efectiva, sostenible y financiable para afrontar esta epidemia.

La adopción de una estrategia basada en factores de riesgo (FR) para la prevención de ENT es un desarrollo importante en la concepción que orienta las intervenciones de política sanitaria².

Los factores de riesgo de las enfermedades crónicas también se asocian con una elevada carga de enfermedad y utilización de recursos.

Las intervenciones de promoción de la salud (es decir acciones sobre el total de la población) han sido efectivas en diferentes países³. Estas intervenciones de promoción incorporan niveles nacionales/comunitarios, campañas de comunicación masiva, educación, modificaciones impositivas y regulatorias y programas específicos, articulados con prevención primaria.

Sus tres principales áreas de acción son el tabaco, la alimentación saludable y la actividad física, dado que estos 3 factores determinan en gran parte a los demás FR de las ENT.

Estas estrategias resultan más costo-efectivas en su impacto sobre la salud pública que las intervenciones de prevención primaria y secundaria, ya que constituyen intervenciones sobre toda la población (no sólo sobre la población de alto riesgo⁴).

Paradójicamente, es en la población de bajo riesgo a partir de la cual se desarrollan la mayoría de los casos de ENT. Pequeñas modificaciones del nivel de los FR a nivel poblacional producen grandes cambios en la salud pública⁵.

Algunos de los programas que han logrado reducir la prevalencia y niveles de FR incluyen a los proyectos de Karelia del Norte (Finlandia⁶), el proyecto comunitario de Stanford y los “5 city Project” (Estados Unidos⁷), los proyectos CINDI en Europa y CARMEN en América Latina⁸, entre otros.

La experiencia acumulada en Finlandia y otros lugares confirman que las intervenciones poblacionales son eficaces, y que pueden producirse modificaciones apreciables de los indicadores sanitarios⁹. En Karelia del Norte, las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria ajustadas por edad descendieron extraordinariamente entre principios de los años setenta y 1995.

La experiencia de la República de Corea es también notable, ya que la comunidad ha mantenido en gran parte su dieta tradicional, basada principalmente en alimentos de origen vegetal, a pesar de los importantes cambios sociales y económicos. Corea presenta tasas de enfermedades crónicas y niveles de consumo de grasas y de prevalencia de obesidad inferiores a los de otros países industrializados con un desarrollo económico similar.

El avance en la prevención de las enfermedades crónicas se ha visto limitado por varios factores, entre los que cabe citar la infravaloración de la eficacia de las intervenciones, la creencia de que se tarda mucho en lograr un impacto cuantificable, las presiones comerciales, la inercia institucional y la insuficiencia de los recursos.

Estos problemas se deben tener seriamente en cuenta y deben ser combatidos mediante la implementación de una Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas que incluya intervenciones a nivel de políticas públicas y promoción de la salud y reorientación de los servicios de salud para la detección y manejo integral de los factores de riesgo de estas entidades.

ANALISIS DE SITUACION EN LA REPUBLICA ARGENTINA

Determinantes

Las enfermedades crónicas no transmisibles en la población son la resultante de una compleja red de factores condicionantes y determinantes estructurales.

- Los más inmediatos, tradicionalmente incorporados a las acciones de control de los servicios de salud, son los factores que se manifiestan a nivel biológico: peso corporal, tensión arterial, valores de lípidos y de glucosa en sangre.
- Por encima de dichos factores se encuentran otros que los determinan y que se manifiestan como estilos de vida. Los más importantes son el consumo de tabaco, la alimentación y la actividad física.

Causas de las enfermedades crónicas. OMS, 2005.

<i>Determinantes socio-económicos, culturales, políticos y ambientales</i>	<i>Factores de riesgo modificables</i>	<i>Factores de riesgo intermedios</i>	<i>Principales enfermedades crónicas</i>
	Dieta no saludable	Elevada presión arterial	Enfermedad cardíaca
	Inactividad física	Elevada glucosa de sangre	ACV
	Consumo de tabaco	Inadecuados valores de lípidos en sangre	Enfermedades respiratorias crónicas
Globalización	<i>Factores de riesgo no modificables</i>	Sobrepeso y obesidad	Diabetes
Urbanización	Edad		
Envejecimiento poblacional	Herencia		

- En un tercer nivel se ubican los determinantes sociales de esos comportamientos, que se refieren a condiciones de vida y elementos del entorno físico y social que se manifiestan como fenoestructuras o causas estructurales inmediatas. Entre estas se encuentra la posición y capacidad de los actores sociales, el marco regulatorio, las representaciones sociales, la oferta de productos y recursos, las condiciones de acceso de la población, etc.
- Por último existen determinantes más amplios o genoestructuras, como la globalización, la urbanización y otros que determinan los entornos y procesos generadores del consumo de productos y de otros comportamientos sociales.

De los primeros dos grupos de factores, los más relevantes han sido incorporados a la vigilancia sanitaria a través de una línea de base establecida por la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSMS).

Falta de detección temprana en el primer nivel de atención

Los resultados de la ENFR aplicada a adultos han arrojado valores significativos de falta de mediciones en el tema oncológico.

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de muerte por cáncer más frecuente en las mujeres de la Argentina.

Es conocido el efecto favorable que tiene en la reducción de la mortalidad por esta causa la detección precoz a partir de la realización del PAP cada 1 a 3 años en todas las mujeres mayores de 18 años (o 3 años de relaciones sexuales) hasta los 65 años. En la Argentina se observa que la mitad de las mujeres entre 18 y 65 años no se han realizado un PAP en los últimos dos años.

Lo mismo puede decirse del cáncer de mama y de la falta de realización de mamografías. La realización sistemática de mamografía en mujeres mayores de 40 años disminuye las muertes por cáncer en un 16%. En las mujeres de más de 50 años reduce la muerte entre un 20% y un 30%^{10 11}.

El cáncer de mama en la Argentina provoca unas 5.400 muertes anuales y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en la mujer con una tasa de 25 por cien mil valor que supera el promedio mundial, que es de 14. Entre los factores de riesgo de cáncer de mama se mencionan la obesidad¹², consumo excesivo de alcohol¹³ e inactividad física^{14 15 16}.

Prevalencia de factores de riesgo

También la ENFR mostró la alta prevalencia de factores biológicos de riesgo cardiovascular: la mitad de la población tiene exceso de peso, un tercio tiene hipertensión arterial, 28% colesterol elevado y 12% diabetes.

El sobrepeso y la obesidad, relacionados con la alimentación no saludable y el sedentarismo, son muy prevalentes en la Argentina.

El sobrepeso explica el 58% de la diabetes, 21% de la enfermedad coronaria y entre el 8 a 42% de diversos cánceres como endometrio, mama, próstata y colon. Además se asocia con mayor uso de recursos del sistema de salud y fuera de él (por ejemplo: ausentismo laboral)¹⁷.

La hipertensión arterial es uno de los principales motivos de consulta y tratamiento en la Argentina¹⁸ y causa el 17% de las muertes totales. Explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria.

La presión arterial, aun dentro de niveles considerados normales, presenta una relación continua con los eventos cardiovasculares¹⁹.

Las dificultades de accesibilidad al sistema de salud, subdiagnóstico de presión arterial elevada, y aún en las personas identificadas la dificultad en el control de la presión arterial hacen más importante la implementación de intervenciones poblacionales para su prevención y control.

El colesterol es un importante factor de riesgo cardiovascular que explica el 59% de las enfermedades coronarias, el 18% de la enfermedad cerebrovascular y el 8% de todas las muertes.

La diabetes es responsable del 15% de los eventos coronarios y el 13% de las diálisis crónicas. Predice de manera importante la mortalidad prematura, que ocurre principalmente por enfermedad cardiovascular e insuficiencia renal.

De igual modo los principales factores de comportamiento determinantes de los anteriores: un tercio son fumadores, la mitad están expuestos habitualmente al humo de tabaco ambiental, poco menos de la mitad agregan sal en sus comidas y tienen bajo nivel de actividad física.

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable que produce más de 40.000 muertes anuales en la Argentina, 800.000 años de vida saludables perdidos y un costo de atención médica estimado en \$6.900 millones anuales. A nivel mundial el tabaco causa el 12% de las enfermedades cardiovasculares, el 70% de cánceres de tráquea, bronquios y pulmón y el 38% de la enfermedad respiratoria crónica.

En cuanto a la alimentación, la ingesta inadecuada de frutas y verduras se estima que ocasiona el 19% de los cánceres del tubo digestivo, el 31% de enfermedades coronarias y el 11% de la enfermedad cerebrovascular.

El incremento del consumo reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares. El consumo de algunos tipos de grasas como los ácidos grasos trans y colesterol incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares. Por otro lado, el aumento del consumo de grasas poliinsaturadas puede prevenirlos. La ingesta de sodio constituye uno de los principales determinantes del aumento de los valores de la presión arterial a nivel poblacional y relacionados a la edad. Existen diversos estudios que relacionan la ingesta de sodio con eventos cardiovasculares a nivel poblacional.

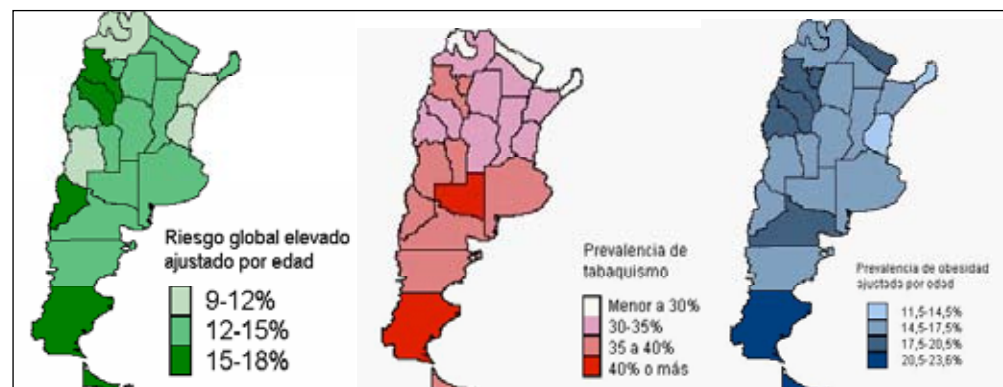
El consumo de alcohol es una de las principales causas de carga de enfermedad en la Argentina.

Las consecuencias del consumo pueden ser agudas: accidentes, violencia doméstica, crónicas, enfermedad hepática, enfermedad cardiovascular, cáncer y problemas psicosociales. En la Argentina se estima que el 37% de los accidentes de tránsito en hombres y el 47% de los homicidios y agresiones son atribuibles al alcohol.

Finalmente, la actividad física regular reduce la morbimortalidad en personas sanas disminuyendo la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión, osteoporosis y la incidencia de algunos cánceres como colon y mama. También mejora la evolución de algunas enfermedades, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y diabetes. La falta de actividad física adecuada se estima que causa entre el 10 y 16% de los casos de diferentes cánceres, diabetes, y cerca del 22% de la enfermedad cardiovascular.

Tipo de factor	Indicador	Prevalencia
Detecciones en el sistema de atención	Realización de Papanicolau últimos 2 años	51.6%
	Realización de mamografía (>40 años) últimos 2 años	42.5%
	Medición de la presión arterial el último año	68.4%
	Medición de colesterol (mayores de 35 años)	70.7%
	Medición de glucemia	69.3%
Factores biológicos	Sobrepeso y obesidad	49.1%
	Obesidad	14.6%
	Presión arterial elevada (una o más veces)	34.4%
	Colesterol elevado	27.8%
	Diabetes o glucemia elevada	11.9%
Estilos de vida	Baja actividad física	46.2%
	Consumo de tabaco (18 a 64 años)	33.4%
	Bajo consumo de frutas y verduras	35.3%
	Agrega sal a las comidas	45.2%
	Consumo habitual de riesgo de alcohol	9.6%
	Consumo ocasional excesivo de alcohol	10.1%

Las prevalencias de los factores de riesgo presentan diferencias provinciales, lo cual permite efectuar un mapeo de los riesgos en la población adulta y proponer metas basadas en estimaciones confiables.



Las desigualdades según el nivel socioeconómico se expresan también en prevalencias más elevadas de casi todos los factores de riesgo en la población de menores ingresos y de menor nivel educativo. Es decir que se concentra en mayor proporción la obesidad, hipertensión, tabaquismo y otros factores, al igual que disminuye la frecuencia de los controles de salud.

En el caso de los adolescentes escolarizados, las principales prevalencias de factores de riesgo relacionadas con las enfermedades crónicas fueron el consumo de alcohol y tabaco y el sedentarismo, según un relevamiento de nivel nacional efectuado a fines de 2007.

Factores de riesgo en alumnos de 13 a 15 años, por sexo. República Argentina 2007.

Preguntas	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
En riesgo de sobrepeso ¹	16.9	21.5	12.4
Sobrepeso ²	2.4	3.0	1.9
Comieron fruta habitualmente, una o más veces al día, en los últimos 30 días	60.7	58.0	62.6
Comieron verduras habitualmente, una o más veces al día, en los últimos 30 días	71.1	67.3	74.4
Comieron fruta y verdura 5 o más veces al día en los últimos 30 días	14.4	13.3	15.2
Ingirió por lo menos una bebida que contenía alcohol en los últimos 30 días	56.8	61.5	53.2
Bebió tanto alcohol que realmente se embriagó una o más veces en su vida	34.6	38.7	31.2
Sufrió resaca, se ha sentido enfermo, ha tenido problemas, ha faltado a la escuela o se ha mezclado en peleas una o más veces como resultado de ingerir bebidas alcohólicas en su vida	22.8	25.2	20.8
Consumió drogas como cocaína, paco, marihuana o éxtasis una o más veces en su vida	11.7	15.2	8.6
Fumó cigarrillos durante uno o más días en los últimos 30 días	25.5	24.3	26.9
Personas que fumaron en su presencia en uno o más días de los últimos 7 días	78.0	77.9	78.5

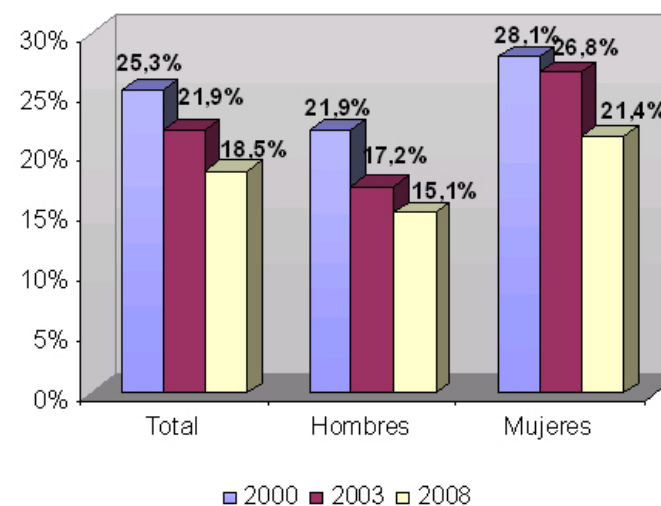
Preguntas	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Activos físicamente los siete días de la semana por lo menos sesenta minutos al día de una semana típica o usual	10.4	14.4	6.7
Pasaron tres o más horas al día realizando actividades sedentarias durante una semana típica o usual	47.5	44.7	51.0

¹ Alumnos con un índice de masa corporal del 85% o por encima, pero por debajo del 95%. Basado en datos de referencia de Cole, Bellizzi, Flegal, y Dietz, BMJ, Mayo 2000.

² Alumnos con un índice de masa corporal del 95% o superior por edad y sexo, basado en los datos de referencia de alumnos con un índice de masa corporal del 85% o por encima, pero por debajo del 95%. Basado en datos de referencia de Cole, Bellizzi, Flegal, y Dietz, BMJ, Mayo 2000.

En el caso de tabaquismo, la repetición de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (GYTS) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, permitió observar una tendencia decreciente en el porcentaje de fumadores de 13 a 15 años.

Prevalencia de tabaquismo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comparación encuestas 2000, 2003 y 2007.



Determinantes fenoestructurales

Con respecto a los determinantes de los factores mencionados anteriormente, se destacan:

- Las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo tienen poca presencia en la agenda de salud pública de los distintos niveles de gobierno. Los actores que deben intervenir para promover mejores condiciones de salud y mayor control de los factores de riesgo a menudo carecen de entrenamiento y motivación suficiente, o tienen escasa comunicación e integración. Por otra parte algunos actores vinculados a los sectores productivos se oponen a las políticas de salud por defender intereses económicos de su sector.
- Problemas regulatorios: ausencia de legislación nacional de control del tabaco. Sólo algunas provincias tienen leyes de ambientes libres de humo y de restricciones a la publicidad. La República Argentina no ratificó aún el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco, firmado en el 2003 y ratificado por casi todos los países del mundo. También es insuficiente la regulación de los productos alimentarios y bebidas, aunque se ha avanzado en acuerdos voluntarios con la industria alimentaria y acuerdos del MERCOSUR. Falta la reglamentación de la Ley de bebidas con alcohol.
- Las representaciones sociales relacionadas con el consumo de tabaco, alimentos y bebidas son promovidas por la publicidad de las empresas la cual carece prácticamente de regulación y control en términos de salud. La normativa existente en ese aspecto resulta insuficiente. Es escasa la presencia de mensajes de contra-publicidad y de comunicación o educación sobre estilos de vida saludables en los medios y en el ámbito escolar.
- La oferta de productos de consumo presenta en algunos casos deficiencias de información al consumidor, excesos o déficit de contenidos en los alimentos procesados como es el exceso de sodio, azúcares y grasas trans o déficit de algunos nutrientes. Debe estudiarse en cada caso la disponibilidad de insumos y tecnologías que permitan mejorar la calidad de esos productos para hacerlos más saludables.
- Respecto a las condiciones de acceso, los precios relativos se mantienen bajos para productos a los cuales debe reducirse el consumo, como es el caso de tabaco y alcohol, mientras que frutas y verduras tienen generalmente precios que limitan la demanda. Ello favorece el consumo de productos nocivos o poco saludables en la población de menores ingresos y en los más jóvenes y desestimula el consumo de productos más sanos.

Objetivos

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades no transmisibles persigue los siguientes objetivos generales:

- Reducir la prevalencia de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la población general.
- Reducir la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.
- Mejorar el acceso y la calidad de la atención, tanto en la detección como en el tratamiento de las personas en riesgo y afectadas por enfermedad crónica.

Líneas de Acción

La estrategia de intervención para el control de las enfermedades crónicas contempla tres líneas de acción:

- Promoción de la salud y control de factores de riesgo de las ENT en la población en su conjunto. Abordaje poblacional.
- Reorientación de los servicios de salud. Manejo integrado de enfermedades crónicas en el sistema de atención.
- Vigilancia de las ENT y los FR.

Las líneas de acción son esencialmente interdependientes, en la medida en que la aplicación de una de ellas sin las otras genera profundas desigualdades en cuanto a su aplicación en todos los sectores de la población y en el logro de las metas de la estrategia nacional, que son las de prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados.

Estas líneas deben atravesar, integrar y articular una serie de iniciativas y programas preexistentes, como los siguientes:

- Programa Nacional De Prevención y Control De Diabetes Mellitus.
- Programa Nacional De Control De Tabaco.
- Programa Nacional De Control De Cáncer Génito-Mamario.
- Programa Nacional de Control de Lesiones.

Adema se necesita desarrollar e implementar un Programa Nacional de Salud Cardiovascular que contemple el manejo integrado de todos los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad) en el sistema de atención de la salud.

ESTRATEGIAS DE APOYO

El desarrollo de la propuesta de prevención y control de las enfermedades no transmisibles requiere de una serie de acciones estratégicas de apoyo que se describen a continuación.

Fortalecimiento de la capacidad provincial

En primer término la formación y capacitación de equipos provinciales. En la actualidad funcionan equipos en casi todas las provincias en control del tabaco, programas de diabetes, educación para la salud y, en algunos casos, programas de salud cardiovascular o de no transmisibles.

A menudo son las mismas personas las que trabajan en dos o más de estas iniciativas.

La capacitación para un abordaje integral de la problemática contribuirá a sostener equipos integrados y profundizar el desarrollo de la estrategia en todo el territorio de la Argentina.

De igual modo será necesario reforzar el primer nivel de atención de las provincias para el control de las enfermedades no transmisibles a través de estrategias de capacitación y otros incentivos con participación de diversas instituciones.

Participación comunitaria, intersectorial e intergubernamental

El desarrollo de este plan requiere de un adecuado consenso y soporte participativo en tres niveles.

Participación de la sociedad civil

A nivel nacional puede configurarse a través de la creación de la Comisión Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Esta Comisión tuvo un funcionamiento positivo pero efímero en el período 2003-2005.

Actualmente existen Comisiones Nacionales de importante labor, como la de Prevención y Control del Tabaquismo, la de Diabetes, y otras, que pueden integrarse en una de carácter más amplio sin perder su identidad, composición y funcionamiento específico. La participación de las sociedades científicas e instituciones académicas son claves para la elaboración y consenso necesario.

Participación intersectorial

La articulación con distintas áreas del gobierno es fundamental para el logro de los objetivos.

Las comisiones mencionadas anteriormente incluyen la presencia de distintos ministerios y secretarías. Por ejemplo la de tabaco incluye Agricultura, Comercio, Ambiente, Educación, Relaciones Exteriores, Justicia y la SEDRONAR. Estas formas participativas deben proyectarse a nivel provincial y local para el desarrollo de la estrategia en esos niveles.

Participación intergubernamental

A nivel internacional, a través del CMCT y estrategias regionales sobre alimentación saludable y vida activa. A nivel del MERCOSUR a través de las comisiones correspondientes como la Comisión Intergubernamental de Control del Tabaco (CICT). A nivel federal, a través de acuerdos o encuentros de los programas provinciales.

Estudios e investigaciones

El diseño de intervenciones requiere apoyo de estudios específicos, especialmente en el área de alimentación saludable, a efectos de identificar opciones de alto impacto sanitario y que sean viables desde la perspectiva técnica, económica y cultural.

Promoción de proyectos locales

La aplicación de iniciativas de políticas saludables en el nivel local requiere de la aplicación de medidas e instrumentos de gestión local con apoyo técnico y financiero del nivel nacional.

PROMOCION DE LA SALUD, ABORDAJE POBLACIONAL: PLAN NACIONAL ARGENTINA SALUDABLE

La promoción de la salud es una parte esencial de un enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

Esta estrategia incorpora algunos de los conceptos y temas de la promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas desde Ottawa a Bangkok (CE138/16).

Además, apoya el llamamiento de la Carta de Ottawa a dar prioridad a la promoción de la salud y otorgar poder a los individuos y comunidades para que ejerzan un mayor control sobre su estado de salud y los factores sociales determinantes.

Para atender las necesidades de promoción de la salud, y en especial para alentar la adopción de regímenes alimentarios saludables, la realización de actividades físicas y el control del tabaco, en este planificación se propone lo siguiente:

- Promover y adoptar hábitos alimentarios saludables, modos de vida activos y controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.
- Formular políticas públicas y directrices, realizar cambios institucionales, adoptar estrategias de comunicación y llevar a cabo investigaciones relacionadas con los regímenes alimentarios y la actividad física.
- Aplicar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Adoptar una perspectiva para el ciclo de vida en la que se considere que la salud comienza con el desarrollo del feto y continúa hasta la vejez.
- Realizar esfuerzos concertados con múltiples socios de los sectores de la salud y sectores conexos.

Las principales líneas de intervención poblacional sobre control de enfermedades crónicas se plasmaron en dos grandes estrategias mundiales basadas en la mejor evidencia científica internacional:

- El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
- La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

Aprobadas ambas durante la Asamblea Mundial de la Salud de 2003 y 2004 respectivamente.

La primera está plasmada en el Programa Nacional de Control del Tabaco (PNCT) que persigue como objetivos:

- Prevenir y disminuir el consumo.
- Proteger a las personas del humo ambiental de tabaco.
- Promover el abandono de la adicción al tabaco.

Las cuatro líneas de acción del PNCT son:

- Promoción de estilos de vida sin tabaco, comprende prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco, medidas educativas, advertencias sanitarias y campañas de prevención.
- Reducción de la accesibilidad a los productos de tabaco, que contempla medidas fiscales y de regulación del comercio de los productos.
- Promoción de ambientes libres de humo, a través de medidas legislativas y comunicacionales, de promoción y capacitación y el registro de empresas libres de humo
- Cesación tabáquica, que incluye las campañas para promover el abandono del tabaquismo y la línea telefónica para dejar de fumar, así como la formación de recursos humanos y la incorporación del tratamiento del tabaquismo en los servicios de salud.

La estrategia de alimentación saludable y vida activa tiene como objetivos:

- Promover en la población hábitos alimentarios y de actividad física saludables.
- Promover una oferta asequible de productos alimentarios saludables y de facilidades o apoyos para una vida activa.
- Reducir el consumo de alimentos que presentan riesgos a la salud e incrementar el consumo de productos con efectos protectores.

Reuniendo ambas iniciativas (tabaco y alimentación/actividad física) en una sola estrategia se concentran 3 grandes ejes de acción relacionados con la modificación de los determinantes fenoestructurales; el primero enfocado a la demanda, el segundo a la regulación de la oferta y el tercero a los entornos, quedando la cuarta línea integrada al capítulo de reorientación de los servicios de salud.

- Promoción de hábitos saludables: incluye acciones de educación, comunicación y concientización de la población, prohibición (en el caso de tabaco) y regulación (en el caso de alimentos y bebidas) de la publicidad, patrocinio y promoción de productos, información al consumidor y normas de etiquetado.
- Regulación de productos y servicios: incluye la regulación de la producción, comercio, servicios y consumo, a través de medidas legislativas, fiscales, acuerdos, incentivos y capacitación.

- Promoción de entornos saludables: incluye la promoción de ambientes libres de humo, entornos favorecedores de actividad física incluyendo infraestructura urbana y de transporte, instituciones y empresas saludables, municipios saludables, etc.

Las actividades y metas en cada línea de acción se detallan a continuación.

Promoción de hábitos saludables

Acciones

- Realización de campañas de comunicación sobre control del tabaquismo, alimentación saludable y vida activa.

Metas

- Presencia continua en los medios de comunicación a lo largo del 2009 con énfasis en las fechas claves: Día Mundial (DM) Contra el Cáncer, DM sin Tabaco, DM del Corazón, DM de la Diabetes, DM de la Alimentación, DM del Aire Puro, etc.
- Desarrollo de página Web sobre promoción de alimentación saludable y vida activa y control de enfermedades no transmisibles.
- Realización de proyectos educativos en distintos niveles de enseñanza.
 - Concursos de actividades escolares.
 - Incorporación de actividades en la agenda escolar.
 - Formación de líderes juveniles.
- Promoción legislativa.
 - Campaña para la ratificación del CMCT.
 - Asesoramiento para desarrollo de legislación de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.
 - Estudio y asesoramiento legislativo sobre publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas y etiquetado de productos.

Regulación de productos y servicios

Acciones

- Estudios de factibilidad de reducción/sustitución de sodio, azúcares y grasas saturadas y trans en alimentos procesados de alto consumo.
- Acuerdos con el sector de alimentos y bebidas.
 - Con la industria de alimentos para la reducción de los contenidos de sodio, azúcares y eliminación de las grasas trans.
 - Con los distribuidores y servicios de comida para la promoción de dietas saludables y mejorar la preparación de alimentos.
- Promoción de proyectos legislativos sobre impuestos y comercio de productos de tabaco, alimentos y bebidas.
 - Estudio sobre régimen impositivo de alimentos y bebidas.
 - Proyectos de regulación de la venta de cigarrillos y bebidas alcohólicas.

Promoción de entornos saludables

Acciones

- Promoción de ambientes libres de humo de tabaco y favorecedores de la salud.
 - Campaña de comunicación sobre hogares y ambientes públicos libres de humo.
 - Promoción de proyectos legislativos de ambientes públicos y laborales 100% libres de humo.
- Promoción de instituciones y empresas saludables.
 - Capacitación, registro y certificación de instituciones y empresas.
 - Certificación de centros educativos y de salud con apoyo de FESP/ASP45.
 - Ministerio de Salud Saludable.
- Proyectos CARMEN a nivel municipal.
 - Apoyo técnico y financiero a proyectos de intervención/evaluación en relación a la temática.

REORIENTACION DE LOS SERVICION DE SALUD: MANEJO INTEGRADO DE ENFERMEDADES CRONICAS EN EL SISTEMA DE ATENCION

Objetivo

- Facilitar y apoyar las capacidades y las competencias del sistema de salud para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Esta estrategia reconoce que la prevención y el control de las enfermedades crónicas exigen un contacto a largo plazo de los pacientes con servicios accesibles de atención primaria de salud, que funcionen conforme a estrictas normas de atención y prácticas óptimas.

La prevención integrada incluye las intervenciones que prevengan y a la vez reduzcan un conjunto de factores de riesgo comunes modificables.

Además, el control de las enfermedades crónicas requiere una integración de los servicios mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y la relación entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención.

Un control apropiado también debe abarcar la prevención, el tamizaje y la detección temprana, así como el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Esto significa poder acceder a servicios de salud de calidad, con inclusión de los servicios de diagnóstico y la posibilidad de obtener los medicamentos esenciales. Se concebirán y probarán modelos innovadores de atención de calidad de las enfermedades crónicas.

La prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en el primer nivel de atención debe ser orientada de acuerdo al nivel de riesgo de cada individuo.

En personas sin factores de riesgo cardiovasculares, las acciones de promoción de hábitos saludables son moderadamente efectivas, pero sin embargo no son ampliamente implementadas por profesionales de la salud.

Aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo, la intensidad del tratamiento y las metas a alcanzar varían de acuerdo a la chance de presentar eventos cardiovasculares.

Un enfoque en el riesgo cardiovascular global en lugar del tratamiento de cada factor de riesgo en forma aislada redundará en mayores beneficios, no sólo para el paciente, sino que hace más eficiente la prestación de servicios.

A pesar de la relevancia de la prevención cardiovascular, se posee información sobre la variabilidad inadecuada que existe en el cuidado de la salud en el área de los factores de riesgo. Por ejemplo, existe gran variabilidad en el diagnóstico de hipertensión arterial en las consultas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de acuerdo a la provincia (de 19% en Capital Federal a 5% en Jujuy), gran variabilidad en el uso de antihipertensivos.

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, cerca de la cuarta parte de las personas adultas no se había controlado la presión arterial. De aquellas personas que hipertensión arterial, solamente el 60% estaban tratados. Similares resultados se observaron para otros factores de riesgo.

A través de estos y otros datos se podría concluir que existe variabilidad inapropiada tanto en el diagnóstico y estratificación de riesgo de pacientes como en su manejo terapéutico.

La evaluación adecuada y la subsiguiente estratificación de riesgo de pacientes de acuerdo a su riesgo de eventos vasculares constituye una estrategia útil para la adecuada identificación de individuos vulnerables, y a su vez constituye una herramienta para asignar los recursos en una forma costoefectiva²⁰.

Además, en el sistema de obras sociales y privado, existen también oportunidades para mejoras, y la difusión, disseminación e implementación de guías de práctica clínica y capacitación de profesionales de la salud puede generar cambios favorables en este sector.

En este contexto se propone sistematizar la evaluación y manejo de pacientes que consultan al primer nivel de atención basándonos en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud "WHO CVD-Risk Management Package²¹", que propone diferentes niveles de complejidad de atención en un contexto de recursos limitados. Además se propondrán capacitaciones para profesionales de la salud en el manejo de los FR en el primer nivel de atención.

Priorizar acciones de prevención se sustenta en que estas intervenciones resultan en una mayor ganancia de años de vida saludables que las intervenciones sobre las enfermedades, como lo expresa un reciente análisis en el Reino Unido, donde se estimó que las acciones sobre la hipertensión arterial, tabaco y colesterol explicaron mayor impacto poblacional que la prevención secundaria o el tratamiento de enfermedades cardiovasculares²².

La articulación de una política efectiva en el área de la prevención cardiovascular requerirá no sólo la participación del área de promoción de la salud, sino la articulación efectiva con otros programas funcionantes, como Programa REMEDIAR, Programa Médicos Comunitarios, y Programa Nacional de Garantía de Calidad, PRONADIA, etc.

Muchos países, en lugar de sostener programas independientes, han reorientado sus programas al riesgo global cardiovascular, permitiendo la atención integral de pacientes, optimizando recursos humanos y financieros a través de una gestión más eficiente, y permitiendo la evaluación continua de la calidad de atención.

Los exámenes preventivos periódicos de salud en los entornos de atención primaria son un enfoque recomendado para la prevención de las enfermedades crónicas.

Las evaluaciones esenciales incluyen la medición de la presión arterial, el cálculo del índice de masa corporal, el perfil de lípidos, la determinación del nivel de glucemia, el tamizaje del cáncer cervicouterino (prueba de Papanicolaou) y del cáncer de mama (examen de la mama y mamografía clínica) para las mujeres, y el tamizaje del cáncer colorrectal. Además, según la información actualmente disponible debe realizarse un tamizaje oportunista para detectar estados de prediabetes en las personas excedidas de peso de 45 años de edad o más.

La estrategia incluye la formulación, puesta a prueba y difusión de los enfoques, las guías de práctica clínica y las herramientas eficaces (historia clínica orientada a problema, hoja de monitoreo de pacientes crónicos y sistemas recordatorios) para el control de las enfermedades crónicas.

Ejes de acción

- Desarrollar e implementar un "Programa de Salud Cardiovascular y Diabetes" (que readecue, integre e incorpore al programa Nacional de Diabetes) basado en un abordaje integral de los factores de riesgo CV en el primer nivel de atención

(HTA, DBT, Obesidad, tabaquismo, hiperlipemia, etc.) y la utilización de la sistemática de prevención CV basada en el riesgo cardiovascular global.

- Promoción del “Control periódico de salud del Adulto.” y fortalecimiento de las acciones de prevención, detección y tratamiento de los FR y ECNT en el PNA. Esto incluye sistematizar las prácticas evidenciadas de promoción de hábitos saludables en los servicios (promoción de AF y alimentación saludable), la detección de los FR (colesterol, glucemia, HTA, tabaquismo, obesidad) y de enfermedades en fases tempranas mediante técnicas apropiadas (PAP, mamografía, SOMF, etc.).
- Desarrollo e implementación de un registro para la evaluación y mejora continua de la calidad de atención de los FRCV.
- Desarrollo/adaptación e implementación de GPC de riesgo CV global.
- Desarrollo/adaptación e implementación de GPC de CPS del adulto.
- Desarrollo e implementación de instrumentos para el PNA (HCOP, hoja de monitoreo de pacientes con FRCV y tabla de acciones preventivas).
- Promover la reorientación del sistema de atención hacia enfermedades crónicas (turnos programados, registros, perfiles profesionales, sistemas de pagos e incentivos, sistemas de población a cargo, citación activa y visitas domiciliarias).

Actores involucrados

- FEAPS.
- REMEDIAR.
- Programa de Salud Familiar.
- PRONADIA.
- Dirección Nacional de Garantía de Calidad.
- Responsables provinciales de programas de crónicos.
- Universidades.
- Sociedades Científicas.

PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD CV Y DIABETES PARA EL PNA

Objetivo general

- Mejorar la evaluación y manejo de pacientes con FRCV en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos

1. Implementar una “Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular” basados en guías de práctica clínica sobre rastreo, evaluación y manejo de factores de riesgo, de acuerdo a categorías de riesgo.
2. Fortalecimiento y/o apoyo a la organización de programas provinciales integrados.
3. Capacitar a profesionales de la salud en rastreo, evaluación y manejo de factores de riesgo.
4. Monitorizar la calidad de atención e iniciar procesos de mejora continua de la misma.

Actividades del objetivo específico 1

1.1. Desarrollo de guías de práctica clínica nacionales para prevención cardiovascular

No se cuenta a nivel nacional de lineamientos básicos, consensuados por todos los actores del sistema, que guíen el diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo.

Y aunque exista un cuerpo de conocimientos y evidencia sobre la temática, estos contenidos no están siendo utilizados para mejorar el desempeño de los profesionales de la salud.

En este sentido, contar con guías de práctica clínica no sólo adaptadas a nivel nacional, consensuadas por los principales actores, y abarcado también una propuesta de implementación concreta son un insumo básico para el desarrollo de una “Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular”.

Objetivos

- Contar con Guías de Práctica Clínica que abarquen: estratificación de riesgo, consejería de alimentación saludable y actividad física, diagnóstico y tratamiento de hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- Contar con herramientas para su implementación exitosa en la atención primaria.

Antecedentes

- A pesar que existen recomendaciones de sociedades científicas y material de educación médica continua, no se han realizado nivel nacional guías de práctica clínica en el contexto de un programa nacional.
- Tampoco existen suficientes antecedentes sobre implementación exitosa de recomendaciones y cambios en patrones de atención.

Evidencia

- El desarrollo de guías de práctica clínica siguiendo una metodología estandarizada favorece la adopción e implementación de las mismas, aumentando la chance

de mejoras en la calidad de atención. Contar con herramientas adecuadas para facilitar la difusión, disseminación y adopción de las guías favorece mejoras en el desempeño, teniendo en cuenta las barreras a la implementación de las mismas.

Actores involucrados

- Referentes nacionales de cada una de las áreas, Programa Nacional de Garantías de Calidad, otras instituciones académicas.

Factibilidad

- Guías de práctica clínica se han desarrollado en el Ministerio de Salud con la guía de cesación tabáquica, guía de anemia en la infancia y DBT2.

Plan de acción

- Definición de áreas temáticas prioritarias.
- Convocatoria a sociedades científicas y académicas y formación de grupo de trabajo.
- Revisión sistemática de literatura.
- Consenso formal sobre recomendaciones.
- Redacción de recomendaciones y evaluación de calidad de las guías.
- Desarrollo de estrategias de implementación.

Plazo

- Corto plazo para el desarrollo del inicio del desarrollo de las guías, 12 meses para contar con el set de guías completo.

Indicadores

- Número de guías completas, calidad de las guías realizadas (AGREE).

1.2. Desarrollo de una “Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular”

Existe evidencia sobre el beneficio de diferentes acciones de prevención están relacionadas con el nivel de riesgo de cada paciente.

En forma independiente a qué factores de riesgo presente un individuo, su evolución será similar si presenta un nivel de riesgo cardiovascular similar.

Con los recursos disponibles en la mayoría de los puntos de atención primaria de nuestro país es posible clasificar a los individuos, en forma relativamente sencilla, de acuerdo a su riesgo cardiovascular (es decir a su chance de eventos en el futuro) y de esa manera ajustar la intensidad del tratamiento a cada nivel de riesgo.

Los principales componentes entonces de una sistemática de prevención cardiovascular deben abarcar

- Adecuada estratificación de riesgo.
- Gestión clínica y administrativas apropiadas.
- Procesos estandarizados de atención, basados en guías de práctica clínica.
- Niveles de atención y tipo de tratamiento de acuerdo a nivel de riesgo.
- Capacitación profesional.
- Participación de profesionales de la salud de distintas áreas.
- Articulación con acciones comunitarias.
- Articulación con programas existentes.
- Evaluación del desempeño.

Aunque los contenidos de la Sistemática se desarrollarán en extenso en otro documento, que además será consensuado con los actores involucrados, deberán tenerse en cuenta niveles de complejidad y niveles de riesgo cardiovascular.

- Niveles de complejidad de atención (propuesta de la OMS para prevención cardiovascular según disponibilidad de recursos en cada entorno).
- Primer nivel de atención (sin profesionales médicos).
 - Procedimientos: estratificación de riesgo, consejería e intervención breve sobre tabaco, actividad física, alimentación saludable, derivación según criterios preestablecidos.
- Primer nivel de atención (profesionales médicos).
 - Procedimientos: estratificación de riesgo, consejería e intervención breve sobre tabaco, actividad física, alimentación, manejo de factores de riesgo, derivación según criterios preestablecidos
- Mayor complejidad (profesionales médicos).
 - Procedimientos: estratificación de riesgo, consejería e intervención breve sobre tabaco, actividad física, alimentación, manejo de factores de riesgo (incluyendo obesidad), métodos complementarios, derivación según criterios preestablecidos
- Estratificación de riesgo.
- Factores de riesgo mayores.

- Hombre mayor de 45 años o mujer postmenopáusica.
- Antecedentes personales o familiares de enfermedad cardiovascular.
- Consumo de tabaco.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Dislipidemia.
- Grupos de riesgo.
 - Muy Bajo riesgo: sin FR mayores.
 - Bajo riesgo: 1 FR mayor (excluyendo antecedente personal de enfermedad CV o diabetes).
 - Moderado: 2 o más FR mayores (excluyendo antecedente personal de enfermedad CV o diabetes).
 - Alto: 3 o más FR mayores, ó antecedente personal de enfermedad CV o diabetes.

En cada nivel de complejidad y grupo de riesgo se recomendará una sistemática de atención y seguimiento específicos.

Objetivos

- Desarrollar una “Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular” para su adaptación a cada nivel geográfico o sistema de cobertura.
- Implementar una experiencia piloto para su posterior generalización.

Antecedentes

- Existen experiencias a nivel local de programas de prevención (Grupo ALAS), como así también en algunas obras sociales.
- La mayoría de los programas provinciales existentes cuentan con programas independientes (cardiovasculares, diabetes), aunque en algunas provincias han comenzado a articularse (por ejemplo: Provincia de Corrientes).

Evidencia

- Los programas orientados al riesgo global han reducido la incidencia de eventos cardiovasculares. En una evaluación económica realizada por la OMS y reproducida para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con datos locales, la estrategia de riesgo global resultó una de las estrategias más costo efectivas en prevención cardiovascular, en comparación con programas individuales o la atención a demanda.

Actores involucrados

- Programas nacionales (REMEDIAR, PRONADIA, Medico Comunitarios, PRO-MAPS), gobiernos provinciales, organizaciones médicas y científicas de atención primaria .

Plan de acción

- Convocatoria a representantes de áreas mencionadas y conformación del grupo de trabajo.
- Redacción inicial de la sistemática utilizando como insumo las Guías de Práctica Clínica.
- Desarrollo de materiales: guías, recordatorios, manuales, información para pacientes.
- Experiencia piloto de implementación de la sistemática considerando procesos de atención y barreras del área a seleccionar.
- Evaluación y elaboración de recomendaciones.
- Extensión a nivel nacional.

Indicadores

- Documentos finalizados.
- Indicadores de desempeño de experiencia piloto.
- Informe final experiencia piloto y recomendaciones.

Actividades del objetivo específico 2: fortalecimiento institucional

2.1. Jornada Nacional de lanzamiento de Sistemática de Prevención Cardiovascular

Objetivos

- Lanzamiento a nivel nacional de la iniciativa.
- Mejorar la articulación de niveles provinciales y regionales.
- Conformar una red de trabajo nacional para intercambio de experiencias.

Actores involucrados

- Representantes provinciales: direcciones de epidemiología, áreas de promoción, prevención y/o enfermedades crónicas.

- Representantes de áreas de atención primaria provinciales.

Plan de acción

- Convocatoria a participantes.
- Organización de jornadas.

Indicadores

- Asistencia de participantes, experiencias presentadas.

2.2. Asistencia técnica a programas provinciales

Objetivos

- Promover el desarrollo de programas provinciales integrados de prevención de enfermedades cardiovasculares.

Antecedentes

- Algunas de las barreras para el desarrollo de programas de prevención a nivel provincial son la falta de recursos humanos, materiales de capacitación y la necesidad de contar con propuestas estructuradas que puedan ser adaptadas a cada provincia. En este contexto, contar con un facilitador en cada provincia y con el apoyo de un equipo técnico a nivel nacional pueden favorecer el desarrollo de estos programas.

Actores involucrados

- Facilitadores a nivel provincial, equipo técnico a nivel nacional.

Plan de acción

- Designación de facilitador en cada provincia.
- Análisis de situación de programas de prevención en cada provincia.
- Capacitación de facilitador (ver en capacitación profesional).
- Asistencia técnica para conformación de programas provinciales.
- Desarrollo de capacitaciones a nivel provincial por facilitadores.
- Envío de materiales necesarios para programas provinciales: guías impresas, recordatorios, formularios de registro.

Plazo

- Selección de facilitadores 3 meses. Capacitación facilitadores 4 meses. Revisión de estado de situación en provincias 6 meses.

Indicadores

- Número de facilitadores capacitados.
- Número de provincias evaluadas.
- Número de provincias con programas en funciones.

Actividades del objetivo específico 3: capacitación profesional

3.1. Talleres regionales sobre implementación del “paquete de intervenciones” y de las guías clínicas de acuerdo a cada rol dentro del sistema (médicos, enfermeros, administrativos, etc.)

Objetivos

- Capacitar al recurso humano involucrado en la implementación de la Sistemática de Prevención Cardiovascular.

Antecedentes

- Muchas de las propuestas de capacitación disponibles son formatos verticales de transmisión de contenidos (cursos, material impreso, etc.).
- La adopción de guías de práctica clínica requerirá el desarrollo de estrategias de capacitación específicas.

Evidencia

- No existe evidencia sobre el efecto de la educación médica continua y las clases magistrales en mejorar el desempeño profesional. Sin embargo, otras estrategias como la capacitación de líderes de opinión, capacitación en lugares de trabajo, auditoría y feedback y recordatorios han demostrado mayor efecto en el desempeño, aunque el impacto de cada acción depende de las barreras halladas en cada situación.

Actores

- Instituciones académicas, gobiernos provinciales, representantes de centros de salud.

Plan de acción

- Desarrollo de una herramienta para evaluar las principales barreras en la adopción de la sistemática a nivel de cada entorno.
- Realización de módulos de capacitación.
- Capacitación de facilitadores a nivel provincial.

- Realización de capacitaciones a nivel provincial por facilitadores.
- Distribución de materiales a provincias.

3.2. Propuesta para cambios curriculares en universidades de medicina y otros profesionales de la salud

Objetivos

- Reforzar contenidos de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo en universidades de medicina.

Antecedentes

- Ya se han realizado acercamientos entre organizaciones que representan a universidades (AFACIMERA) y representantes del Ministerio de Salud para fortalecer la capacitación en cesación tabáquica.

Actores involucrados

- Universidades nacionales y privadas, sociedades científicas.

Plan de acción

- Convocatoria a principales universidades, sociedades científicas y organizaciones relacionadas.
- Revisión de contenidos de pregrado y post-grado en especialidades relacionadas sobre contenidos de promoción de la salud y manejo de factores de riesgo.
- Propuestas de modificaciones a currículas y realización de convenios.

Indicadores

- Número de universidades y sociedades participantes.
- Número de currículas revisadas.
- Número de propuestas de modificaciones.
- Evaluaciones cualitativas de implementación de nuevas currículas.

Actividades del objetivo específico 4: calidad de atención

4.1. Registro de calidad de atención en pacientes de alto riesgo cardiovascular

Objetivo

- Desarrollar e implementar un sistema de registro de indicadores de calidad de atención en prevención cardiovascular.

Antecedentes

- Dado que no existen sistemas de información desarrollados que permitan el continuo control de calidad y la evaluación de impacto de las acciones llevadas a cabo, es necesario el desarrollo de un sistema de información para cumplir con estos objetivos. En la Argentina se utiliza en algunos efectores de salud el sistema QUALIDIAB, que implica el registro en pacientes diabéticos incluidos en los programas indicadores seleccionados de calidad de atención con una periodicidad anual. Dado que la propuesta es unificar muchos de los procesos de los programas de enfermedades crónicas, contar con un único sistema de registro que involucre a todos los pacientes incluidos en programas de prevención (cardiovascular y diabetes) sería una estrategia más eficiente. En el caso de pacientes incluidos solamente en prevención cardiovascular, deberían incluirse al sistema aquellos con alto riesgo cardiovascular.

Actores involucrados

- Responsables de QUALIDIAB, áreas de informática, direcciones de epidemiología, Programa Nacional de Garantías de Calidad, FEAPS.

Plan de acción

- Revisión de indicadores incluidos en QUALIDIAB.
- Propuesta de nuevos indicadores agregados de relevancia para pacientes de alto riesgo cardiovascular.
- Revisión del software y modificaciones.
- Desarrollo de software.
- Relevamiento previo a la implementación.
- Prueba piloto de implementación.

Indicadores

- Evaluación del relevamiento y prueba piloto.

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO

Se define a la vigilancia epidemiológica como a la recolección sistemática y continua de información para ser utilizada para el diseño, monitoreo y evaluación de intervenciones en salud pública (información para la acción).

A diferencia de la investigación clínica, la vigilancia epidemiológica recurre a métodos de relevamiento quizás con menor cantidad y detalle de información, pero maximizando la validez, confiabilidad y sustentabilidad, ya que su objetivo no es probar hipótesis, sino ser útil para la toma de decisiones.

Es necesario, por lo tanto, contar con un sistema de vigilancia eficiente que permita determinar prioridades y evaluar las intervenciones realizadas en el área de promoción de la salud y prevención de las ENT y los FR.

En un sistema de vigilancia, se deben priorizar aquellos FR que al momento actual del conocimiento han demostrado estar asociados con mayor riesgo de padecer ENT.

La relevancia de cada FR dependerá no sólo del grado de asociación con el daño de salud, sino también de la frecuencia del daño (magnitud), de su gravedad (complicaciones, letalidad) y de la posibilidad de prevenirlo (vulnerabilidad) actuando sobre el FR.

En el Informe de la Organización Mundial de la Salud “World Health Report 2002” se evaluaron 26 FR seleccionados por su relevancia.

La República Argentina pertenece a la zona de América con mortalidad intermedia (B), donde los principales FR registrados para mortalidad fueron la presión arterial elevada, el índice de masa corporal elevado, el alcohol y el tabaco.

¿Cómo vigilar las ENT?

Para la vigilancia de las ENT existen diversas fuentes de información. La vigilancia de morbilidad y mortalidad (por ejemplo egresos hospitalarios y estadísticas vitales) es insuficiente dado que para implementar estrategias efectivas de prevención y promoción es necesario conocer los FR de las ENT años antes de su aparición.

En este contexto, las encuestas periódicas de los FR se constituyen en el sistema de vigilancia más adecuado para el monitoreo de conductas de riesgo²³ (ver Tabla 1).

La repetición en el tiempo de estas encuestas siguiendo metodología reproducible es vital para su utilidad en este contexto.

¿Por qué vigilar los FR?

Un número reducido de los FR contribuye de manera sustancial con la morbimortalidad de las ENT.

Se estima que el 75% de las enfermedades cardiovasculares y un porcentaje elevado de algunos cánceres se deben a dieta inadecuada, inactividad física y tabaco²⁴.

La mayoría de los FR impacta en diversas ENT y esto genera una oportunidad de controlar diferentes ENT a través del control de un FR. Además, un grupo reducido de FR (para la región argentina: tabaco, alcohol, hipertensión y sobrepeso) explican la mayor parte de la morbimortalidad.

Contar con un sistema de información válido y confiable sobre la prevalencia y tendencias de los FR es vital para el diseño y monitoreo de políticas de promoción de la salud y prevención orientadas a su control.

Múltiples dimensiones en la vigilancia de los FR

El desarrollo de políticas como las que se desprenden de los acuerdos internacionales en tabaco, alimentación y vida activa, requiere la vigilancia de aspectos tales como: incidencia y prevalencia de los FR, actitudes y percepciones relacionadas al consumo, accesibilidad, mercado interno y externo, publicidad, mercado ilícito, impuestos, legislación, estrategias de los actores sociales, etc.

Esta situación implica el seguimiento de dichas variables a través de fuentes primarias y secundarias de datos (ver Tabla 1) de distinta periodicidad y origen, ajustados a la evolución de las estrategias de control.

Tabla. 1. Fuentes de información para vigilancia de las ENT y los FR.

Vigilancia de ENT	
Datos secundarios	Datos primarios
Estadísticas vitales	Registros
Egresos hospitalarios	Vigilancia centinela
Datos administrativos	ENCUESTAS PERIODICAS
Estudios epidemiológicos	
Datos de consumo agregados	

Vigilancia de las ENT: situación en la República Argentina

A pesar que la vigilancia de la mortalidad está desarrollada en la Argentina, aún la información sobre morbilidad se encuentra muy dispersa.

En los últimos años se ha mejorado el sistema de reporte de egresos hospitalarios, pero la codificación diagnóstica en atención ambulatoria, y las bases de datos secundarias disponibles no son de fácil acceso.

Hasta la realización de la Primera ENFR no se contaba con información válida y confiable que nos permita tomar decisiones en el ámbito de la salud pública en el control integral de los principales FR a nivel poblacional. Afortunadamente a partir de la realización de la misma se cuenta con la primera línea de base de los principales factores de riesgo para las ENT, con representatividad provincial.

Considerando la dinámica de las intervenciones en la Argentina, se programa la realización de la ENFR cada 4 (cuatro) años. La Primera NFR se llevó a cabo en el 2005, de modo que la segunda se proyecta para el transcurso del 2009 o el 2010.

En cuanto a la población de adolescentes, el Ministerio de Salud realizó una primera medición de FR en adolescentes escolarizados a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) con representatividad únicamente nacional.

Para la planificación de metas provinciales sería deseable incorporarla en el sistema de vigilancia con representatividad provincial.

Otras encuestas se integran al sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles y sus FR. En particular se puede mencionar la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (GYTS) aplicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000, 2003 y 2007) y la Provincia de Buenos Aires (2003 y 2007) y a nivel nacional (2007) por el Ministerio de Salud. Además la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas que lleva a cabo la SEDRONAR con el INDEC que tuvo varias aplicaciones en la Argentina, y que se ha tratado de homogeneizar con la ENFR en los temas de tabaquismo.

Fundamentos de la vigilancia de ENT y FR

La vigilancia de las ENT y los FR reúne un conjunto de acciones que permiten conocer la distribución, magnitud y tendencia de estas enfermedades y sus causas.

Para lograr este objetivo son necesarias diferentes fuentes de información, y esta información ser de utilidad en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones de prevención y control.

La vigilancia de las ENT y los FR supone un flujo sistemático de datos primarios y secundarios.

¿Qué beneficios aporta la vigilancia de ENT y FR?

- Permite conocer la distribución y tendencias de determinantes de las ENT y resultados de las intervenciones.
- Permite identificar las poblaciones vulnerables.
- Permite conocer la carga de enfermedad: uso de servicios, asignación de recursos, evaluación efectividad de acciones.
- Brinda una guía para respuestas adecuadas: necesidad de campañas de rastreo, implementación de campañas comunicacionales, implementación y evaluación de guías de práctica clínica, monitoreo de indicadores de desempeño, identificación puntos óptimos de intervención, orientar investigaciones.
- Aporta información para planificación y control de calidad.

¿Qué tipos de datos son necesarios?

En la tabla se presentan algunos ejemplos de tipos de datos y la fuente de información a partir de la cual podrían obtenerse:

Determinantes →	Pre-clínico →	Clínico →	Resultados
Genética: Genes de Ca mama Enfermedades familiares	Rastreo: PAP, Mama, HTA	Diagnóstico: Forma y tiempo	Mortalidad: Muertes por causas
Factores de riesgo: Tabaco Alimentacion	Reducción de riesgo: Cesación tabáquica Programas	Tratamiento y procedimientos: Cirugías, prácticas	Morbilidad: Complicaciones, discapacidad, calidad de vida
Ambientales: Exposición laboral		Uso de servicios: Ambulatorios e internacion	
Socioeconómicos: Vivienda Pobreza Educación Precios Legislación		Uso de fármacos: Uso de drogas, interacciones y reacciones adversas	
Fuentes de datos			
• Encuestas	• Bases de datos administrativas	• Registros hospitalarios	• Estadísticas vitales
• Censo	• Datos de programas	• Egresos hospitalarios	• Registros de enfermedades
• Datos secundarios		•Bases de datos administrativas	

Funciones del área nacional en vigilancia de las ENT

- Desarrollar e implementar estrategias de vigilancia.
- Liderar en vigilancia a nivel nacional.
- Articular con actividades de vigilancia y control a nivel nacional y provincial.
- Generar reportes periódicos para usuarios específicos dentro del Ministerio con periodicidad y metodología preestablecida.
- Intercambiar de información con diferentes áreas del Ministerio.
- Desarrollar alianzas estratégicas: otros organismos gubernamentales, sociedades científicas, etc.
- Identificar potenciales participantes dentro de la sociedad civil.
- Coordinar actividades de capacitación.

Esquema de estrategias de vigilancia disponibles y propuestas en la República Argentina.



Indicadores de vigilancia básicos propuestos

A partir de estas estrategias y de las diferentes fuentes de información se proponen confeccionar periódicamente la serie de indicadores que se describen a continuación.

Mortalidad (Años potenciales de vida perdidos y tasas ajustadas)
Mortalidad por enfermedad coronaria ICD-10 I20-I25
Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico ICD10 I60-I69
Mortalidad por neoplasmas total ICD10 C00-D48
Mortalidad por cervical cáncer ICD 10 C53
Mortalidad por cáncer de traquea, bronquios y pulmones ICD 10 C33,34
Mortalidad femenina por cáncer de mama ICD 10 C50
Mortalidad por cáncer del sistema digestivo ICD 10 C15-C26,C48
Mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ICD 10 J40-47
Causas externas E800- E 999
Accidentes de tránsito ICD 10 E800-E 829
Homicidios ICD 10E960-969, 970-978, 999
Prevalencia de factores de riesgo y protectores:
- Hipertensión arterial. Por autorreporte
- Obesidad y sobrepeso. Por autorreporte
- Tabaquismo. Edad de inicio. Exposición a humo de tabaco ajeno. Por autorreporte
- Diabetes. Por autorreporte
- Actividad física. Por autorreporte
- Consumo de frutas y verduras. Por autorreporte
- Alcoholismo. Por autorreporte
Indicadores del sistema de salud:
- Cobertura.
- Acceso
- PAP realizado al menos una vez en la vida
- Mamografía realizada al menos una vez en la vida en mujeres de 50 a 69 años
- Altas hospitalarias por infarto
- Altas hospitalarias por accidente cerebrovascular
- Altas hospitalarias por EPOC
- Altas hospitalarias con diagnóstico de diabetes

REFERENCIAS

¹ Brownson et al . Chronic Disease Epidemiology and Control. Secon Edition 1998. American Public Health Association.

² Brownson et al . Chronic Disease Epidemiology and Control. Secon Edition 1998. American Public Health Association.

³ Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB. Understanding the variability in the effectiveness of community heart health programs: a meta-analysis. Soc Sci Med. 1997 May;44(9):1325-39.

⁴ Murray C, Lauer J, Hutubessy R y cols. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. Lancet 2003;361:717-25.

⁵ Ezzati M, Hoorn SV, Rodgers A, Lopez AD, Mathers CD, Murray CJ; Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. Lancet. 2003 Jul 26;362(9380):271-80. Erratum in: Lancet. 2005 Jan 1;365(9453):28.

⁶ Jousilahti P, Tuomilehto J, Korhonen HJ, Vartiainen E, Puska P, Nissinen A. Trends in cardiovascular disease risk factor clustering in eastern Finland: results of 15-year follow-up of the North Karelia Project. Prev Med. 1994 Jan;23(1):6-14.

⁷ Fortmann SP, Flora JA, Winkleby MA, Schooler C, Taylor CB, Farquhar JW. Community intervention trials: reflections on the Stanford Five-City Project Experience. Am J Epidemiol. 1995; 5;142(6):576-86.

⁸ La iniciativa CARMEN, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/CARMEN-doc2.pdf>.

⁹ Puska P et al. Changes in premature deaths in Finland: successful longterm prevention of cardiovascular diseases. Bulletin of the World Health Organization, 1998, 76:419-425.).

¹⁰ Humprey L, Helfand M, Chan B, Woolf S. Breast Cancer Screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;137:347-360.

¹¹ Olsen O, Goetzche P. Cochrane review of screening for breast cancer with mammography. Lancet 2001;358:1340-2.

¹² Morimoto LM, White E, Chen Z, et al.: Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). Cancer Causes Control 13 (8): 741-51, 2002.

¹³ Hamajima N, Hirose K, Tajima K, et al.: Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from

53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. Br J Cancer 87 (11): 1234-45, 2002.

¹⁴ Bernstein L, Henderson BE, Hanisch R, et al.: Physical exercise and reduced risk of breast cancer in young women. J Natl Cancer Inst 86 (18): 1403-8, 1994.

¹⁵ Friedenreich CM: Physical activity and cancer prevention: from observational to intervention research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 10 (4): 287-301, 2001.

¹⁶ National Cancer Institute. Breast Cancer Prevention (PDQ®) <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/HealthProfessional/page2>.

¹⁷ The World Health Report 2002. Chapter 4: Quantifying Selected Major Risks to Health, disponible en http://www.who.int/entity/whr/2002/en/whr02_ch4.pdf.

¹⁸ La hipertensión arterial constituye el segundo diagnóstico más frecuente en las recetas de REMEDIAR. Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en todos los subsistemas de salud. Los fármacos antihipertensivos son uno de los grupos terapéuticos más vendidos. Costo de la Atención de la Hipertensión Arterial y su Impacto en el Presupuesto Destinado a la Salud en México Villarreal Ríos, Enrique; Mathew Quiroz, Alvaro. Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León , México. Presentado en el 2do Congreso Virtual de Cardiología 2001, Federación Argentina de Cardiología.

¹⁹ Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002 Dec 14;360(9349):1903-13.

²⁰ Reduction of cardiovascular burden through cost-effective integrated management of comprehensive cardiovascular risk. World Health Organization Geneva 2002.

²¹ WHO CVD-risk management package for low - and medium-resource settings. World Health Organization Geneva 2002.

²² Unal B y cols. Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in England and Wales Between 1981 and 2000. Circulation. 2004;109:1101-1107.

²³ STEPS: A framework for surveillance. WHO STEPwise approach to NCD surveillance. WHO/ NMH/CCS/03.01.

²⁴ Magnus P. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the "only-50%" myth. Arch Intern Med 2001;161(22): 2657-60.

fica y características generales, la tercera, a las características específicas de la oferta de atención, la cuarta, a la cobertura de grupos poblacionales específicos, la quinta, a la derivación de pacientes y principales necesidades de los Centros de Tratamiento Asistenciales, la sexta, a los alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos, y la séptima y última parte, a las conclusiones.

Debido a la extensión de los resultados del Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento Asistenciales y a la importancia y necesidad de difundir la totalidad de sus contenidos, el mismo se publicará en dos ediciones.

Esta edición se dedicará fundamentalmente a precisar todo lo concerniente a la primera, segunda y tercera parte. En relación a la primera, se destacarán los objetivos y la metodología. Además, en referencia a la segunda parte, se tratará todo lo vinculado a la distribución geográfica y a las características generales de los Centros de Tratamiento Asistenciales en el territorio nacional, y finalmente, en la tercera parte se describirán las modalidades de tratamiento, los servicios que ofrecen los Centros de Tratamiento Asistenciales, la disponibilidad existente, la descripción de los profesionales, técnicos y operadores, los lineamientos teóricos y las actividades complementarias.

La segunda edición de este informe se publicará en el Suplemento Actos de Gobierno N° 62 (el 16 de noviembre de 2009) y se referirá a la cuarta, quinta, sexta y séptima parte, donde se resaltarán principalmente los siguientes temas: la cobertura según el sexo, según los grupos etarios, según poblaciones específicas, la derivación de pacientes entre dispositivos de atención, las necesidades identificadas por los Centros de Tratamiento Asistenciales, las características generales y específicas de los alcohólicos anónimos y los narcóticos anónimos, y finalmente, las conclusiones.

I. INTRODUCCION

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través del Observatorio Argentino de Drogas (OAD), realizó durante el último trimestre del 2008, el Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento Asistenciales.

Por Centro de Tratamiento se entiende a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, que brindan atención a las personas que acuden con una demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas, como un centro especializado en el tratamiento de las adicciones y los hospitales generales que brindan atención a esta problemática se consideraron en el Censo. Dispositivos como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA), en su modalidad ambulatoria o grupal, también fueron censados, sin embargo, al contar éstos con características particulares, se analizaron por separado, presentándose los resultados en un capítulo específico.

El Area de Investigaciones del OAD trabajó articuladamente con los encuestadores designados por las autoridades provinciales del Consejo Federal de Drogas (COFEDRO), quienes previamente capacitados, fueron los responsables de la implementación del Censo en cada provincia.

El análisis de los datos permite estimar por provincia la distribución de los centros existentes y sus características, constituyéndose en un diagnóstico necesario sobre la oferta sanitaria en la República Argentina para la atención de la población con problemas de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general del presente estudio es conocer la cantidad y calidad de dispositivos de tratamiento destinados a personas con problemas de abuso sustancias.

Objetivos específicos

- Conocer el perfil de los centros de tratamiento, según sus características institucionales, modalidades de atención, servicios ofrecidos y tipo de población atendida.
- Conocer la distribución territorial de los dispositivos de tratamiento, según provincias y regiones.
- Evaluar la disponibilidad de camas para tratamientos residenciales y la composición de los equipos profesionales responsables de la evolución de los tratamientos.
- Conocer la capacidad de cobertura de los centros y las características de las poblaciones objetivo. Evaluar en función de la existencia de poblaciones diferenciales.
- Indagar acerca de las actividades complementarias al tratamiento realizadas en los centros, según sus contenidos, objetivos y temáticas.
- Indagar acerca de las perspectivas teóricas de abordaje de las psicoterapias.
- Diferenciar las principales necesidades de los centros y los motivos frecuentes de derivación o no admisión de pacientes.
- Reconocer la zona de influencia del centro y su relación con otras instituciones.
- Conformar un sistema de registro de datos unificados para su posterior utilización en análisis e investigaciones.
- Alcanzar una evaluación aproximada de resultados (satisfacción de la demanda).
- Conocer el costo y duración aproximada de un tratamiento, según perfil de la institución y modalidad de tratamiento brindada.

SECRETARIA DE PROGRAMACION PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCION
Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFICO
OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS

Censo Nacional de Centros de Tratamiento Asistenciales (Primera Parte)

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico por intermedio del Observatorio Argentino de Drogas elaboró el Censo Nacional de Centros de Tratamiento Asistenciales. Este organismo desarrolló este documento con la colaboración de investigadores y especialistas de la temática; teniendo como misión analizar mediante un enfoque científico integral, el conocimiento cuantitativo y cualitativo de los dispositivos de tratamiento destinados a personas con problemas de abuso de sustancias.

PALABRAS PRELIMINARES

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, por intermedio del Observatorio Argentino de Drogas, elaboró el Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento Asistenciales.

La participación institucional de este organismo en el proceso de conformación de este estudio se desarrolló a partir de una exhaustiva división temática para poder abordar de manera complementaria e integral la totalidad del objeto de estudio que se analizó.

En este contexto es importante destacar que este documento se estructuró en siete partes. La primera parte se refiere a la introducción, la segunda, a la distribución geográfica

En el presente informe, no se incluyen todos los análisis que refieren a los objetivos específicos, que serán objeto de informes adicionales.

Metodología

La metodología empleada para realizar el censo fue la técnica bola de nieve a partir de un listado original de centros, que reunía los datos del Primer Censo Nacional del 2003 y los centros registrados en la SEDRONAR, tanto de aquellas instituciones prestadoras como la información provista por el Programa de Redes Asistenciales Provinciales, de la Dirección Nacional de Asistencia.

La elaboración del cuestionario fue participativa, es decir, colaboraron profesionales de diferentes áreas de la SEDRONAR (Asistencia, Subsidios), con el objetivo de lograr un instrumento que reuniera las variables necesarias para recolectar una información integral, que cumpla con las necesidades de conocimiento de las distintas áreas de la SEDRONAR y que también sea un insumo para otros estudios del Observatorio, como el Estudio de Costos.

El cuestionario finalmente indagó en los datos de localización geográfica, tipo de centro, tenencia de subsedes, identificación de los responsables de cada institución, tipo de establecimiento, modalidad de tratamiento brindado y cantidad de pacientes existentes en cada modalidad, servicios ofrecidos, tipo de lineamiento teórico, población atendida y tipo de población actual, actividades de producción de conocimiento, cantidad de pacientes atendidos en el último año, datos sobre la infraestructura edilicia y personal de trabajo.

Además se preguntó sobre las razones más frecuentes de derivación de pacientes y lugares de derivación para poder establecer una red integrada de centros.

A ello se sumó preguntas respecto de las necesidades actuales de cada institución y la situación legal de las mismas, y el valor y duración promedio de cada tratamiento, así como también las formas y frecuencia de pago.

El trabajo de campo se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2008, en una estrategia conjunta con el Consejo Federal de Drogas, quienes designaron a las personas responsables del trabajo de campo en las provincias.

Los encuestadores designados fueron capacitados para el trabajo de campo por los investigadores del OAD.

El cuestionario se aplicó al director o responsable del centro o quien sea designado por ellos.

Las entrevistas debían ser pautadas previamente vía telefónica y/o electrónica según el listado original de centros y a partir de allí y de otras fuentes de información, se localizan otros dispositivos asistenciales existentes en cada provincia y que no estuvieran en el listado original.

Se censaron todos los dispositivos existentes en el territorio nacional, un total de 592 instituciones de atención a pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, las cuales incluyen cualquier tipo de dispositivo de tratamiento, ya sea que esté incluido en un establecimiento general de salud o fuera un dispositivo específico para el tratamiento de esta problemática.

En el OAD se realizó la coordinación del trabajo de campo, la edición de los cuestionarios, carga de base de datos, procesamiento y análisis de datos y la elaboración del presente informe.

II. DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y CARACTERISTICAS GENERALES

El Censo Nacional en Centros de Tratamiento relevó un total de 592 dispositivos de atención a pacientes con problemas de abuso de sustancias psicoactivas en todo el país.

En el presente acápite se hará referencia a su distribución en el territorio nacional, según provincias y regiones y a sus características generales.

Por características generales se comprende aquellas dimensiones que permiten realizar cortes al interior de este universo, delimitando diferencias que hacen a una mejor comprensión de las características de la oferta de tratamiento en el país: distinguiendo entre dispositivos de atención general de la salud o específicos de atención de esta problemática, datos referidos al tipo de gestión y/o financiamiento que estos poseen, es decir público o estatal, mixto o privado, y por último si se trata de establecimientos únicos, casas centrales que poseen sucursales, o sedes que responden al menos administrativamente a una casa central que la nuclea con otras.

Distribución de los centros de tratamiento en el territorio nacional

A continuación se presentan los datos referidos a la distribución de los dispositivos de atención en la República Argentina, por provincias y por regiones.

Para ello deberá tenerse en cuenta que la región centro incluye la provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe; la región NEA está compuesta por Misiones, Corrientes, Chaco y Formosa; NOA por Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca; Cuyo por La Rioja, San Juan, San Luis y Mendoza; y la Patagonia por La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Cuadro 1: Distribución de los centros de tratamiento por provincia.

Provincias	Casos	%
Buenos Aires	173	29.2
Catamarca	2	0.3
Chaco	10	1.7
Chubut	15	2.5
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	65	11

Provincias	Casos	%
Córdoba	33	5.6
Corrientes	9	1.5
Entre Ríos	16	2.7
Formosa	4	0.7
Jujuy	16	2.7
La Pampa	18	3.0
La Rioja	12	2.0
Mendoza	26	4.4
Misiones	23	3.9
Neuquén	34	5.7
Río Negro	21	3.5
Salta	13	2.2
San Juan	20	3.4
San Luis	8	1.4
Santa Cruz	16	2.7
Santa Fe	32	5.4
Santiago del Estero	6	1.0
Tierra del Fuego	5	0.8
Tucumán	15	2.5
Total	592	100

Del cuadro N° 1, se desprende que tanto Buenos Aires, Ciudad Autónoma, Córdoba, Neuquén, como Santa Fe, son las provincias que cuentan con la mayor cantidad de centros de tratamiento.

Asimismo, hay que tener en cuenta que, excepto Neuquén, estas jurisdicciones son las que tienen mayor cantidad de habitantes.

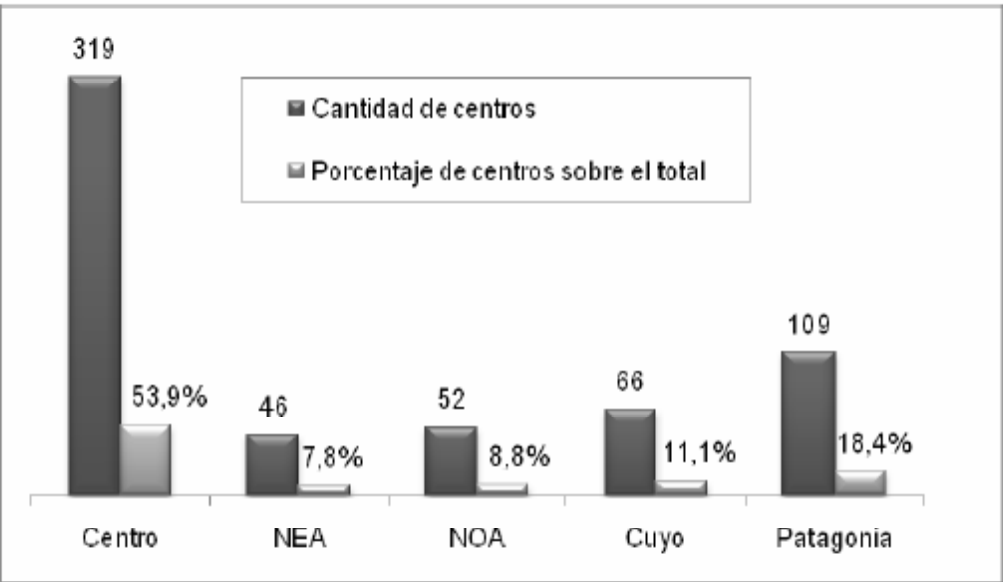
Cuadro 2: Distribución de los centros de tratamiento por región.

Región	Casos	%
Centro	319	53.9
NEA	16	7.8
NOA	52	8.8
Cuyo	66	11.1
Patagonia	109	18.4
Total	592	100

Del cuadro N° 2 se desprende que más de la mitad de los centros de tratamiento se encuentran en la Región Centro.

En la Patagonia se encuentra el 18.4% de los centros, pero es la región más extensa de la Argentina. El 11.1% de los centros se encuentran en Cuyo y las regiones NEA y NOA representan el alrededor del 8%.

Gráfico N° 1: Distribución de los centros de tratamiento por región (en absolutos y en porcentajes).



Características Generales de los Centros de Tratamiento

El análisis que se presenta a continuación es el referido a las características generales de los dispositivos de atención.

Esta caracterización del universo es de suma importancia en tanto establece las líneas de análisis a partir de las cuales se profundizará la descripción de la oferta de atención en la Argentina en los próximos apartados.

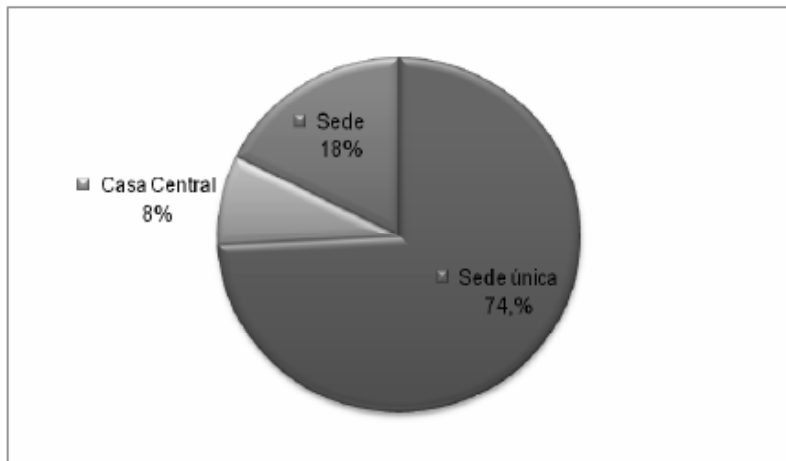
Cuadro 3: Distribución de los centros de trata según sean Casa Central, Sede o establecimientos únicos.

Tipo de centros	Casos	%
Establecimiento único	439	74.2
Casa Central	18	8.1
Sede	105	17.7
Total	582	100

* 10 sin información

El 74.2% de los centros censados son centros que no poseen más establecimientos que el declarado, es decir que concentran todas sus actividades en la misma sede. El 25.8% restante, brinda atención en distintos establecimientos, siendo que el 8.1% de ellos son las casa centrales y el 17.7% sedes que responden a éstas.

Gráfico N° 2: Distribución de los centros de tratamiento según sean Casa central, Sede o establecimientos únicos.



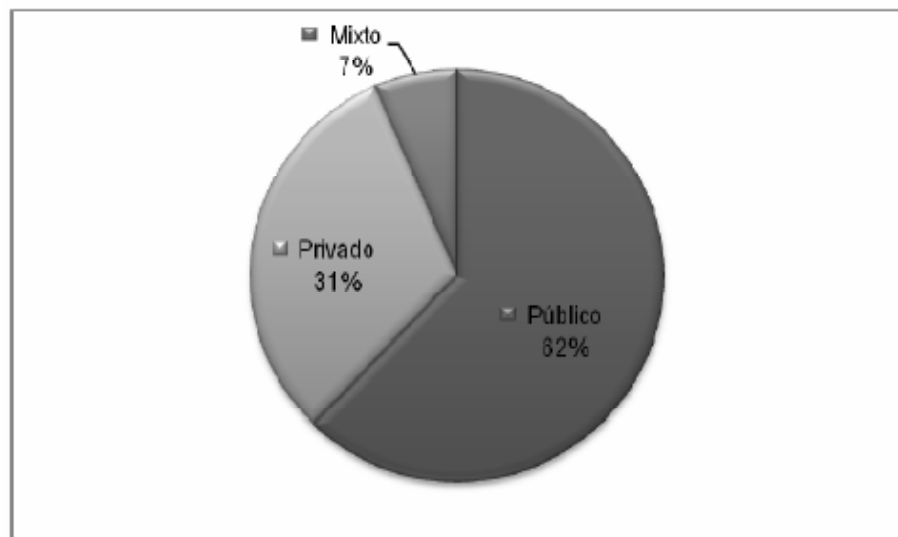
Cuadro 4: Distribución de los centros de tratamiento según tipo de gestión y/o financiamiento.

Tipo de gestión y/o financiamiento	Casos	%
Público	366	62.2
Privado	184	31.3
Mixto	38	6.5
Total	588	100

* 4 sin información

El 62.2% de los centros asistenciales registrados son financiados por el sector público, el 31.3% por el sector privado y el 6.5% posee una condición mixta al respecto.

Gráfico N° 3: Distribución de los centros de tratamiento según tipo de gestión y/o financiamiento (en porcentajes).



Cuadro 5: Distribución de los centros de tratamiento según tipo de dispositivo de atención.

Tipo de dispositivo de atención	Casos	%
General de Salud	193	32.6
Específico de atención de Abuso de sustancias	399	67.4
Total	592	100

Dentro de la oferta nacional de atención a pacientes con problemas de abuso y uso de sustancias, el 66.7% de los centros registrados son establecimientos específicos para el tratamiento de esta problemática.

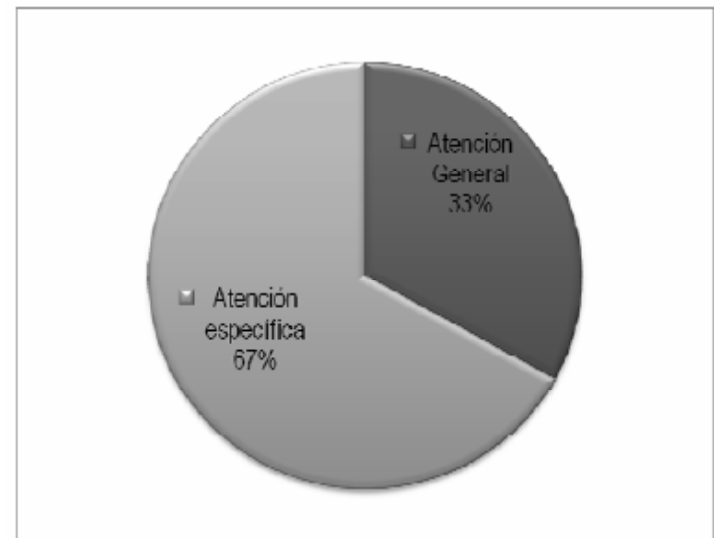
Estos pueden ser Organizaciones de la Sociedad Civil (fundaciones, ONG's, etc.), comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda (excluidos los grupos específicos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos), dispositivos específicos dentro de unidades

penitenciarias, dispositivos municipales y/o provinciales específicos para la atención de las adicciones y otros tipos de dispositivos específicos para la atención de las adicciones.

Por otro lado, el 32.6% de los tratamientos se dan en el marco de establecimientos generales de salud, que tratan la problemática del consumo de sustancias psicoactivas dentro de un abordaje general de la salud.

Entre ellos se puede encontrar dispositivos generales de atención de salud y salud mental, como hospitales generales o centros de salud mental, centros de atención primaria o de integración comunitaria, hogares/centros de permanencia y otros tipos de dispositivos generales de atención de salud.

Gráfico N° 4: Distribución de los centros de tratamiento según tipo de dispositivo de atención (en porcentajes).



A continuación se presenta una distribución de los centros de acuerdo con sus definiciones específicas, a fin de profundizar las diferencias al interior de este universo y al interior de las categorías de atención general de salud y específico de abuso de sustancias, estableciendo de este modo un sistema de categorías que posea mayor grado de exhaustividad.

Cuadro 6: Distribución de los centros de tratamiento según definición específica del tipo de establecimiento.

Tipo de establecimiento		Casos	%
Dispositivos de Atención General	Dispositivo general de atención de salud y salud mental (hospitales generales, hospitales de agudos, clínicas psiquiátricas, centros de salud mental)	152	25.8
	Centro de atención primaria de salud, centros de integración comunitaria (CAPS/CESAC/CIC)	24	4.1
	Otros tipos de dispositivos generales de atención de salud (centros vecinales, comedores, centro integral de la mujer, etc.)	9	1.5
Dispositivos de Atención Específica	Organizaciones de la sociedad civil (fundaciones, ONG, asociaciones civiles)	110	18.6
	Comunidad terapéutica	38	8.5
	Grupo de autoayuda (Excluye los grupos AA y NA)	30	5.1
	Centros de rehabilitación y tratamiento en unidades penitenciarias/institutos de menores	15	2.5
	Establecimientos religiosos	14	2.4
	Dispositivos específicos para la atención de las adicciones municipales/provinciales (CPA, IPAD y otros centros locales o direcciones provinciales)**	177	30.1
	Hogares/centros de permanencia	8	1.4
	Otros tipos de dispositivos específicos para la atención de las adicciones (conserjerías familiares, centros de estudios, servicio de profesionales de asistencia, etc.)	15	2.5
Total		592	100

*CAPS: Centros de Atención Primaria de Salud, Cobertura en todo el país.

CESAC: Centros de Salud y Acción Comunitaria, Cobertura en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CIC: Centros de Integración Comunitaria, Cobertura en todo el país.

**CPA: Centros Provinciales de Adicciones, Cobertura en la Provincia de Buenos Aires.

IPAD: Instituto Provincial del Alcoholismo y la Drogadicción, Cobertura en la Provincia de Córdoba.

Del cuadro se desprende que dentro de los dispositivos de abordaje general de la salud, la mayoría son dispositivos generales de atención a la salud y la salud mental como hospitales generales, hospitales de agudos, clínicas psiquiátrica y centros de salud mental. Estos a su vez representan el 25.8% de la totalidad de los dispositivos de tratamiento censados.

Por otra parte, dentro de los centros específicos de tratamiento de la problemática, los dispositivos específicos para la atención de las adicciones municipales y/o provinciales

tienen el mayor peso (30.1%), en tanto las ONG’s representan el 18.6% de la totalidad de los centros.

Es oportuno aclarar que las provincias en donde hay un mayor despliegue de dispositivos de atención municipal o provincial, son en primer lugar Buenos Aires, y luego Mendoza y Chubut.

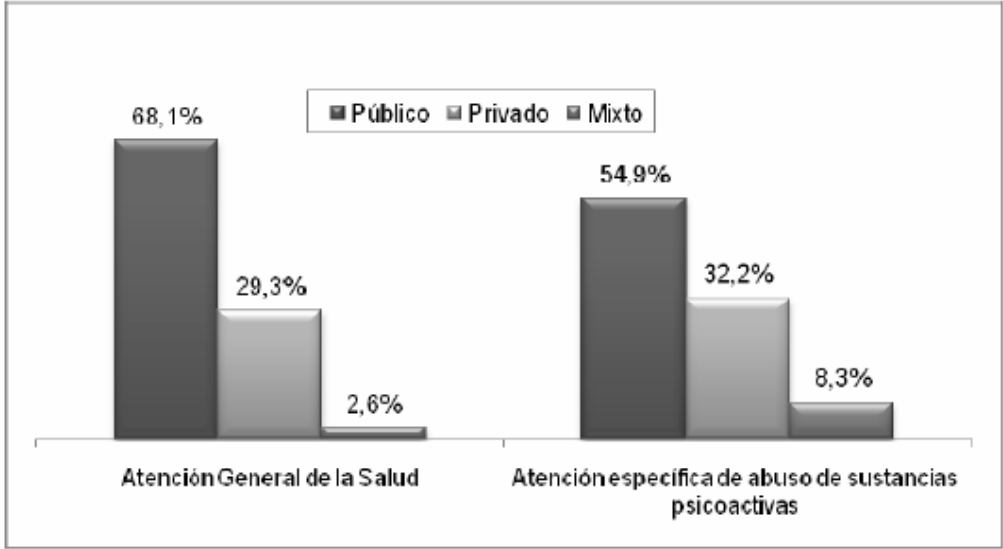
Cuadro 7: Tipo de establecimiento según tipo de gestión y/o financiamiento (en porcentajes).

Tipo de establecimiento	Tipo de gestión y/o financiamiento			Total
	Público	Privado	Mixto	
General de Salud	68.1	29.3	2.6	100 N=191
Específico de atención de Abuso de sustancias	54.9	32.2	8.3	100 N=397
Total	62.2	31.3	6.5	100 N=588

Se observa a partir del cuadro N° 7 que cerca del 70% de los establecimientos generales de salud, posee una gestión y/o un financiamiento de carácter público.

Respecto del los dispositivos específicos, sucede lo mismo pero en menor proporción, ya que si bien el 54.9% de los centros es de carácter público, el peso del sector privado y mixto es más significativo que entre los establecimientos generales de salud.

Gráfico N° 5: Tipo de establecimiento según tipo de gestión y/o financiamiento.



III. CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA OFERTA DE ATENCION

El siguiente capítulo presenta la información relevada acerca de las características específicas de los tratamientos ofrecidos por los dispositivos de atención.

Para ello, se incluyen en esta oportunidad datos referidos a las diferentes modalidades de tratamiento que se brindan en los centros, y a los diferentes servicios o actividades que funcionan a modo de complemento del tratamiento o como acciones para un abordaje integral de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, se hará referencia a la disponibilidad de camas para internación con la que se cuenta en la Argentina y una descripción de la cantidad y tipo de profesionales que son responsables del desarrollo de los tratamientos.

Para complementar este análisis, se presentará la información referida al lineamiento teórico a partir del cual los profesionales del centro disponen las acciones terapéuticas, y se indagará en todas aquellas actividades de carácter teórico intelectual que se realizan en el marco del dispositivo.

Modalidades de Tratamiento

El cuestionario indagó sobre todas las modalidades de posibles tratamientos que ofrecen los dispositivos de tratamiento censados.

Se entiende por modalidad de tratamiento el tipo de abordaje terapéutico que se dará al paciente según el diagnóstico inicial, teniendo en cuenta que la modalidad recomendada puede variar de acuerdo con la línea de trabajo de cada dispositivo.

Cada tipo de modalidad se define a partir de los elementos que se detallan a continuación.

Consultorio Externo

Son dispositivos profesionalizados que brindan la posibilidad de realizar consultas de tipo diagnóstica y de orientación, así como también se brinda atención psicológica o psiquiátrica.

Ambulatorio

Son dispositivos donde los pacientes asisten con una frecuencia estipulada a tratamiento. El tratamiento cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran terapias individuales, familiares y grupales.

Hospital de Dia

Son instituciones que brindan tratamiento diurno de Lunes a Viernes (4 horas diarias si es de medio día o Jornadas de 6 a 8 horas con almuerzo) a las que los pacientes de-

berán concurrir diariamente. Pueden asistir también feriados y fines de semana, pero en todos los casos deberán pernoctar fuera de la institución.

Hospital de Noche

Son instituciones que brindan asistencia nocturna, donde el paciente mantiene actividades diurnas fuera de la institución pero todas las noches regresa a la institución para pernoctar allí.

Tratamiento Residencial

Es aquella modalidad que brinda atención las 24 horas del día.

Grupo de Autoayuda

Estos grupos tienen por objetivo compartir experiencias, fortalezas y esperanzas relativas al proceso de recuperación permitiendo establecer una red de apoyo para mantener la recuperación de sus miembros.

Los grupos pueden estar formados por profesionales o por adictos en proceso de recuperación que, coordinados o no por profesionales, sostienen reuniones regularmente.

Tratamiento de Rehabilitación

Por lo general son residencias externas indicadas en pacientes en la última etapa de tratamiento. Están incluidos los dispositivos previos a la internación y aquellos que con un programa prefijado se incluyan en los objetivos de reducción de daño.

Desintoxicación

Es un proceso mediante el cual los individuos son apartados sistemáticamente de las drogas adictivas en ambientes dentro y fuera del hospital, normalmente bajo el cuidado de un médico.

A veces se la considera como una modalidad de tratamiento específica pero más apropiadamente, la desintoxicación es un precursor del tratamiento porque está diseñada para tratar los efectos agudos fisiológicos del cese del uso de drogas.

Comunidad Terapéutica (CT)

Son programas residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social.

Las CT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio.

Tratamiento de sustitución farmacológica

Es un programa de tratamiento donde el objetivo es lograr la disminución y eliminación de los síntomas de abstinencia y el deseo por el consumo de la sustancia a través de la sustitución por un fármaco de la misma clase, de duración más prolongada y que permita una reducción paulatina de la misma.

Estos medicamentos al actuar sobre los mismos lugares del cerebro que la droga a la que sustituyen, bloquean los efectos de la misma, suprimen los síntomas del síndrome de abstinencia y alivian el deseo de consumo. Esto ayuda a los pacientes a abandonar la búsqueda de la droga.

A continuación se presentan los datos referidos a las modalidades de tratamiento ofertadas en el país. Debido a que un mismo centro de tratamiento puede ofrecer más de una modalidad, los porcentajes que muestra el cuadro siguiente reflejan el peso de cada tratamiento sobre el total de centros.

Cuadro 8: Distribución de los centros de tratamiento según la modalidad de tratamiento que ofrecen. Porcentajes en relación al total de centros*.

Modalidad de Tratamiento	Casos	%
Consultorios externos	387	65.4
Ambulatorio	422	71.9
Hospital de día	161	27.4
Hospital de noche	49	8.3
Residencial	172	29.3
Grupo de autoayuda	217	36.8
Rehabilitación	50	8.5
Desintoxicación	135	23.0
Comunidad terapéutica	108	18.5

* Se consideran el total de centros con respuestas para cada variable.
Los datos presentados indican que el tratamiento ambulatorio es la modalidad de tratamiento que tiene mayor oferta en la Argentina: un 71.9% de los dispositivos censados brin-

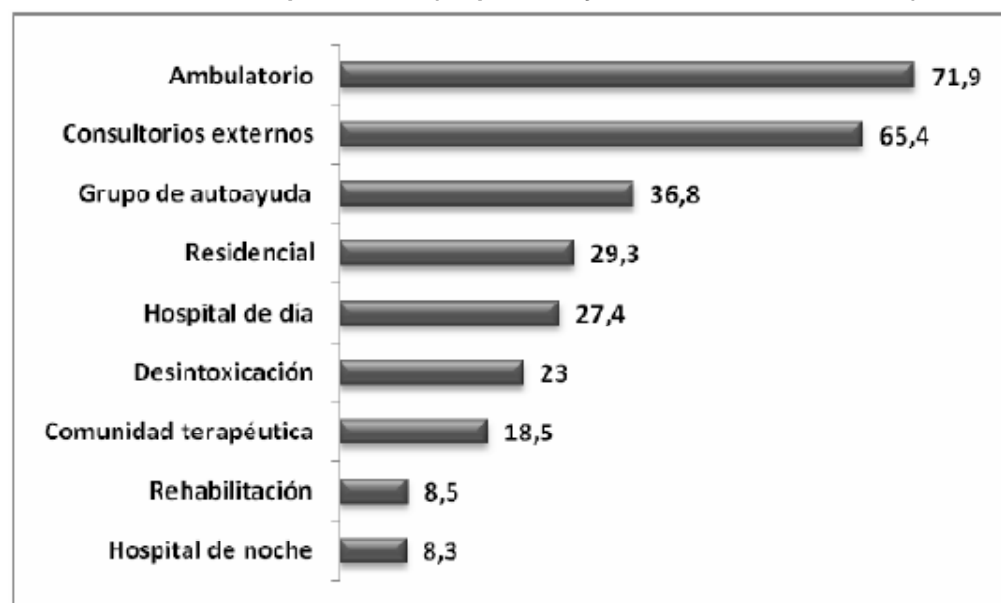
da esa modalidad de tratamiento. Los consultorios externos aparecen en segundo lugar como la modalidad más frecuente: el 65.4% de los dispositivos cuenta con este abordaje.

La modalidad de tratamiento que presenta la menor oferta son los tratamientos de rehabilitación y el hospital de noche, que representan el 8%.

Alrededor del 30% de los centros ofrece tratamiento de Hospital de día y Residencial.

Alrededor del 20% ofrece el tratamiento de desintoxicación y comunidad terapéutica. En tanto que ofrecen una modalidad de grupo de autoayuda el 36.8% de los centros censados.

Gráfico N° 6: Distribución de los centros de tratamiento según la modalidad de tratamiento que ofrecen (en porcentaje sobre el total de centros).



Cuadro 9: Tipo de dispositivo de atención según modalidad de tratamiento (en porcentajes sobre el total de centros en cada tipo de dispositivo).

Modalidad de tratamiento	Tipo de dispositivo		Total (N=588)
	Establecimiento General (N= 192)	Establecimiento específico (N= 396)	
Consultorios externos	70.3	63.6	65.8
Ambulatorio	67.0	74.2	71.9
Hospital de día	22.0	30.1	27.4
Hospital de noche	8.4	8.3	8.3
Residencial	41.9	23.2	29.3
Grupo de autoayuda	32.8	38.8	36.8
Rehabilitación	9.4	8.1	8.5
Desintoxicación	40.8	14.4	23.0
Comunidad terapéutica	5.3	24.7	18.5

Si se observa las modalidades de tratamientos que brindan los prestadores de acuerdo al tipo de dispositivo de atención, se puede establecer que los específicos para el abordaje de pacientes adictos tienen, en mayor medida que los establecimientos generales de salud, modalidad tipo comunidad terapéutica. En cambio, esta relación se invierte cuando se trata de modalidades residenciales y desintoxicación.

En términos generales, entonces, se observa que en ambos dispositivos se encuentran ofertas similares de tipos de tratamiento, lo cual indica que los establecimientos generales han desarrollado condiciones de infraestructura y de recursos humanos necesarios para brindar tratamientos específicos para la problemática de las adicciones.

Cuadro 10: Tipo de gestión y/o financiamiento modalidad de tratamiento según (en porcentajes sobre el total de centros de cada categoría).

Modalidad de tratamiento	Tipo de gestión y/o financiamiento			Total N=584
	Público N=363	Privado N=183	Mixto N=38	
Consultorios externos	73.3	56.3	42.1	65.9

Modalidad de tratamiento	Tipo de gestión y/o financiamiento			Total N=584
	Público N=363	Privado N=183	Mixto N=38	
Ambulatorio	77.3	66.7	44.7	71.9
Hospital de día	15.7	47.3	42.1	27.3
Hospital de noche	4.7	13.2	15.8	47
Residencial	17.7	46.4	52.6	29
Grupo de autoayuda	36.8	35.5	39.5	36.6
Rehabilitación	6.6	10.4	15.8	8.4
Desintoxicación	23.8	20.2	28.9	23.0
Comunidad terapéutica	5	37.4	55.3	18.4

Del cuadro se desprende que las modalidades de tratamiento de comunidad terapéutica, residencial y hospital de día, tienen mayor presencia cuando se trata de instituciones cuya gestión y/o financiamiento es de carácter mixto o privado.

En cambio, cuando se trata de la oferta de tratamientos de consultorios externos y en menor medida los tratamientos ambulatorios, tienen mayor incidencia los dispositivos de tipo público.

De una lectura que combine la información brindada por el cuadro N° 9 y el cuadro N° 10, se puede inferir diversas consideraciones que se enuncian a continuación.

Las comunidades terapéuticas son comúnmente dispositivos de atención específica que poseen una gestión y/o financiamiento de tipo privado y/o mixto.

La modalidad de tipo residencial corresponde en la mayoría de los casos a dispositivos de tipo general y de carácter privado o mixto, dentro de lo cual se destaca fundamentalmente la presencia de sanatorios y clínicas.

Las modalidades de consultorios externos y tratamiento ambulatorio no muestran diferencias significativas cuando se trata del tipo de dispositivo general o específico, pero son principalmente de carácter público.

En este cruce de categorías se destaca la presencia de centros de salud municipales y provinciales y Hospitales generales.

A continuación se presentan datos referidos al modo en que se combinan las distintas modalidades de tratamiento en un mismo establecimiento. Para ello se seleccionó las modalidades más frecuentes en los centros censados y observamos su distribución respecto de las modalidades restantes.

Cuadro 11: Modalidad de tratamiento principal según modalidades de tratamiento asociadas (en porcentajes según cada modalidad de tratamiento).

Modalidad de tratamiento	Principales modalidades de tratamiento			
	Consultorios Externos N=378	Ambulatorio N=421	Residencial N=165	Hospital de día N=161
Consultorios externos	-	80.8	64.0	76.4
Ambulatorio	88.3	-	64.0	83.2
Hospital de día	31.8	31.8	41.5	-
Hospital de noche	10.1	9.7	25.1	22.4
Residencial	26.2	26.1	-	-
Grupo de autoayuda	33.9	33.9	37.8	34.8
Rehabilitación	8.0	7.8	16.9	17.4
Desintoxicación	25.9	23.0	47.1	23.6
Comunidad terapéutica	12.8	14.8	44.4	31.2

El 88.3% de las 378 instituciones que tiene consultorio externo tienen también tratamiento ambulatorio, cerca de un 30% Hospital de día y grupo de autoayuda.

Esta composición de oferta tratamientos se mantiene en valores similares para aquellos centros que brindan tratamiento ambulatorio.

Aquellos centros que brindan tratamiento residencial, en un 64% brindan también tratamiento ambulatorio y consultorio externo. El 83.2% de los centros que brindan el tratamiento bajo la modalidad de hospital de día tienen además tratamiento ambulatorio y un 76.4% consultorio externo.

Del análisis anterior se desprende que el consultorio externo y el tratamiento ambulatorio son las modalidades que se presentan en mayor medida simultáneamente con otros tipos de tratamiento.

Servicios que ofrecen los centros

A continuación se presenta el análisis de la diversidad de servicios que componen la oferta de tratamiento que brindan los dispositivos de atención.

Los servicios son todas aquellas actividades que tienen por objetivo general abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas de un modo integral, lo cual supone actividades orientadas al paciente específicamente a modo de complemento terapéutico, pero también orientadas a la comunidad en general, con el propósito de trabajar las redes sociales del paciente y difundir y prevenir la problemática.

Es importante aclarar que la información que se presenta en este acápite refiere a la disponibilidad de servicios con la que cuenta cada dispositivo, aunque eso no implique necesariamente su actual aplicación o funcionamiento.

Para clarificar la exposición, se presentarán los servicios de acuerdo con sus objetivos generales:

- Diagnóstico y psicoterapia.
- Atención médica y psiquiátrica.
- Capacitación y formación.
- Seguimiento y prevención de recaídas.
- Servicios para poblaciones específicas.

Debido a que un mismo centro de tratamiento puede disponer de varios servicios, los porcentajes se expresan en cada categoría o tipo, en relación al total de centros.

Diagnóstico y psicoterapia

Cuadro 12: Proporción de centros según Servicios de diagnóstico y psicoterapia*.

Servicios	Casos	%
Primera consulta	546	92.9
Psicoterapia	507	86.5

*Se consideran el total de centros con respuestas para cada variable.

El 92.9% de los centros censados ofrece el servicio de primera consulta de orientación y diagnóstico, previa a la derivación o al inicio de tratamiento. En promedio, este servicio dura 2.7 sesiones consecutivas.

El 86.5% de las instituciones brindan psicoterapia, ya sea de tipo individual, vincular, grupal o multifamiliar. De ellos, el 92.4% brinda la modalidad de terapia individual, el 74.2% psicoterapia vincular y el 68.5% psicoterapia grupal.

La modalidad que se brinda en menor medida es la psicoterapia multifamiliar, la cual es ofrecida por el 46.8% de estos centros.

Atención médica y psiquiátrica

Cuadro 13: Proporción de centros según servicios de atención médica y psiquiátrica.

Servicios	Casos	%
Desintoxicación	192	32.8
Tratamiento de patologías duales	294	50.3
Servicio de emergencia toxicológica	104	17.8
Servicio de emergencia psiquiátrica	151	25.8
Servicio de salud general	193	33.0
Diagnóstico de patologías psiquiátricas asociadas	404	69.1
Diagnóstico de patologías médicas asociadas	354	60.5

*Se consideran el total de centros con respuestas para cada variable.

De los servicios relacionados con atención específicamente profesional, se observa que en casi un 70% los centros se realizan diagnóstico de patologías psiquiátricas asociadas, y en un 60.5% diagnósticos de patologías médicas asociadas. Los exámenes que se realizan con mayor frecuencia son examen completo, análisis de HIV, VHB, VHC y TB.

De aquellas instituciones que realizan diagnóstico psiquiátrico, el 75.9% realiza también el seguimiento de sus pacientes con este tipo de patología. Por otra parte, la mitad de los dispositivos brinda tratamiento a los pacientes que poseen patologías duales. Un cuarto de los dispositivos cuenta con un servicio de emergencia psiquiátrica.

En lo que respecta a la atención médica, de los centros que realizan diagnóstico médico, el 76.2% realiza seguimiento cuando los pacientes sufren alguna problemática relacionada con la salud.

Por otra parte, alrededor del 30% de los dispositivos cuentan con servicios de salud general y/o con servicios de desintoxicación. El 17.8% cuenta con un servicio de emergencia toxicológica.

Capacitación y formación

Los servicios de capacitación y formación pueden estar dirigidos a los pacientes en tratamiento o a los profesionales y a la comunidad en general. Teniendo en cuenta lo dicho, se presentarán las características de los servicios para cada población.

Servicios de capacitación y formación para los pacientes en tratamiento

Cuadro 14: Proporción de centros según los servicios ofrecidos para pacientes en tratamiento*.

Servicios	Casos	%
Talleres de capacitación técnica (artes, oficios, educación)	310	52.4
Actividades recreativas, lúdicas y/o deportivas	362	61.1
Reinserción social	294	50.9

*Se consideran el total de centros con respuestas para cada variable.

Respecto de las actividades formativas dirigidas a los pacientes, el 61.1% de los dispositivos de tratamiento cuenta con actividades recreativas, lúdicas y/o deportivas. Por otro lado, la mitad de los centros censados cuenta con talleres de capacitación técnica en artes, oficios, o educativos.

Respecto del servicio de reinserción social, este se brinda en la mitad de los dispositivos, y tiene una duración promedio de 7 meses y medio.

En su mayoría, se trata de capacitaciones laborales (38.2%) y laborales y educativas (18.4%), aunque en muchas oportunidades se basa en el apoyo terapéutico y el acompañamiento de los pacientes en la etapa final del tratamiento (15.6%). Otros tipos de reinserción social hacen mayor hincapié en el fortalecimiento de los vínculos sociofamiliares, muchas veces combinando esta tarea con capacitaciones laborales o educativas.

Servicios de capacitación y formación dirigidos a los profesionales y la comunidad en general

Cuadro 15: Proporción de centros según los servicios ofrecidos a los profesionales y la comunidad en general*.

Servicios	Casos	%
Capacitación abierta a la comunidad	377	64.6
Orientación a padres, familiares y/o la comunidad	492	84.2
Capacitación interna a los profesionales del centro	385	65.8
Apoyo para capacitaciones externas de profesionales propios	356	60.9
Actividades de prevención	454	77.9

*Se consideran el total de centros con respuestas para cada variable.

Se observa que más del 60% de los establecimientos cuenta con actividades de capacitación, formación y orientación para la comunidad, los profesionales y familiares de los pacientes. Para estos últimos, el 84% de los centros cuenta con actividades de orientación. Por otra parte, el 77.9% de los dispositivos realizan actividades de prevención, destinadas a la concientización y la difusión de la problemática dirigida a diferentes grupos poblacionales.

Servicios de seguimiento y prevención de recaídas

Cuadro 16: Proporción de centros según los servicios vinculados al seguimiento y la prevención de las recaídas*.

Servicios	Casos	%
Servicio de atención telefónica (orientación y contención)	183	31.3
Grupos de prevención de recaídas	183	31.3
Grupos de Autoayuda	217	36.8

Servicios	Casos	%
Servicio de ayuda legal	196	33.4
Seguimiento de pos alta	383	65.9

*Se consideran el total de centros con respuestas para cada variable.

Alrededor del 30% de los centros de tratamiento cuenta con un servicio de atención telefónica las 24 horas, atendido por profesionales idóneos para poder brindar orientación y contención frente a posibles recaídas.

Asimismo, en la misma proporción los centros cuentan con grupos de prevención de recaídas, técnica dirigida a reforzar la capacidad de mantener la recuperación y tratar de evitar las reincidencias.

El 65.9% de los dispositivos de tratamiento cuenta con servicios de seguimiento del paciente luego de que estos se han dado de alta. En promedio, este seguimiento dura alrededor de 9 meses.

Entre los métodos que utilizan para realizarlo, la mayoría (83%) realiza entrevistas en el establecimiento con los pacientes dados de alta. En segundo lugar, la mitad de los centros establecen vínculos con las familias, a través de entrevistas periódicas. El recurso telefónico se realiza en un 48% de los casos cuando se trata de comunicaciones con el paciente, y en un 40.2% con un familiar.

Las entrevistas periódicas en el domicilio se realizan en un 35.2% de los casos, y los análisis de laboratorio en un 23.7%.

Por otra parte, de la totalidad de los centros registrados, el 36.8% tiene funcionando en su interior grupos de autoayuda de diferentes tipos. El 65% de ellos, son de carácter profesionalizado, es decir, están coordinados por personal capacitado profesionalmente para esta tarea.

En cambio, el 22.9% son de tipo no profesionalizado, es decir que su conducción no posee supervisión profesional. La dinámica de trabajo de los grupos de autoayuda restantes, posee lineamientos de tipo religioso.

Servicios especiales para poblaciones específicas

Por poblaciones específicas se entiende aquellos grupos poblacionales que por sus características particulares exigen la adecuación del tratamiento al tipo de demanda específica, con el objetivo de viabilizar el curso del tratamiento.

Cuadro 17: Proporción de centros según servicios especiales para poblaciones específicas*.

Servicios	Casos	%
Servicios especiales para niños de hasta 12 años	127	21.7
Servicios especiales para adolescentes (entre 13 y 17 años)	374	63.8
Servicios especiales para jóvenes (entre 18 y 21 años)	379	65.1

*Se consideran el total de centros con respuestas para cada variable.

Respecto de poblaciones que requieren tratamientos especializados según la etapa de la vida que se encuentran transcurriendo y las necesidades que esto implica, el 21.7% de los dispositivos cuenta con recursos específicos para tratar niños menores de 13 años con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a los adolescentes y jóvenes en general, en cambio, existen servicios específicos en más del 60% de los centros de tratamiento.

Información complementaria respecto de los servicios más frecuentes

A continuación se profundizará algunas características generales respecto de los servicios que se brindan con mayor frecuencia en los centros de tratamiento censados.

Cuadro 18: Proporción de centros según Servicios por tipo de dispositivo de atención.

Servicios	Tipo de dispositivo		Total N=588
	General N=193	Específico N=395	
Primera consulta	89.1	94.7	92.9
Psicoterapia	78.1	90.6	86.5
Seguimiento de pos alta	67.2	65.3	65.9
Talleres de capacitación	41.4	59.1	53.4

Servicios	Tipo de dispositivo		Total N=588
	General N=193	Específico N=395	
Evaluación y seguimiento Psiquiátrico y médico	61.2	64.4	63.3
Servicio de reinserción social	44.9	53.7	50.9
Orientación a padres, familiares y/o la comunidad	71.2	90.6	84.2
Actividades de prevención	66.8	83.2	77.9

En términos generales, ambos dispositivos declaran contar con la infraestructura necesaria para brindar los diferentes servicios en relación al tratamiento de pacientes con problemas de consumo de sustancias.

Los servicios de primera consulta y psicoterapia son los de mayor oferta tanto en los dispositivos generales como específicos.

Los servicios destinados a tareas de orientación a padres, familiares y a la comunidad y de prevención tienen mayor presencia entre los dispositivos específicos.

Cuadro 19: Servicios según tipo de gestión y/o financiamiento.

Servicios	Tipo de gestión y/o financiamiento			Total N=584
	Público N=365	Privado N=182	Mixto N=37	
Primera consulta	94.2	91.2	86.5	92.8
Psicoterapia	86.5	86.8	83.3	86.4
Seguimiento de pos-alta	59.1	77.9	73.0	65.9
Talleres de capacitación	41.9	71.5	75.7	53.3
Evaluación y seguimiento Psiquiátrico y médico	59.4	67.2	78.4	63.1
Servicio de reinserción social	40.2	67.4	70.3	50.7
Orientación a padres, familiares y/o la comunidad	84.8	81.7	89.2	84.1
Actividades de prevención	81.8	68.7	82.9	77.7

La distinción entre gestión y/o financiamiento público, privado o mixto no diferencia significativamente la oferta de servicios vinculados a los tratamientos.

Sin embargo en la gestión pública se observa una menor oferta de talleres de capacitación y servicios de reinserción social, seguramente vinculado a la presencia de hospitales generales de salud en esta categoría.

Disponibilidad de camas y descripción de los profesionales, técnicos y operadores

En este apartado se presenta una descripción sobre la disponibilidad actual de camas para pacientes con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y que requieren tratamientos de carácter residencial, haciendo especial referencia a su distribución geográfica y su relación con la cantidad de centros disponibles.

También se hará referencia a la cantidad y tipo de profesionales y técnicos que trabajan en los centros de tratamiento.

Para realizar este tipo de análisis, se seleccionaron los dispositivos de atención específicos de la problemática, ya que la incorporación de los establecimientos generales incluiría datos de camas destinadas al abordaje de la salud en general, distorsionando las características de la oferta específica para este perfil de paciente.

De los 592 centros censados, 399 serán incorporados a este análisis.

Cuadro 20: Distribución de camas, centros de tratamiento y tasa de camas cada 100 mil habitantes, según provincias.

Provincias	Centros		Camas		Tasa por 100mil habitantes*
	Casos	%	Casos	%	
Buenos Aires	36	33.0	1100	36.9	7.96
Catamarca	-	-	-	-	-

Provincias	Centros		Camas		Tasa por 100mil habitantes*
	Casos	%	Casos	%	
Chaco	3	2.7	103	3.4	10.46
Chubut	2	1.8	52	1.7	12.56
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	13	11.9	379	12.7	13.65
Córdoba	6	5.5	130	4.3	4.24
Corrientes	1	0.9	22	0.7	2.36
Entre Ríos	3	2.7	144	4.8	12.43
Formosa	1	0.9	24	0.8	4.93
Jujuy	-	-	-	-	-
La Pampa	1	0	56	1.8	18.71
La Rioja	3	2.7	74	2.4	25.52
Mendoza	2	1.8	51	1.7	3.23
Misiones	4	3.6	166	5.5	17.19
Neuquén	3	2.7	48	1.6	10.12
Río Negro	3	2.7	50	1.6	9.04
Salta	4	3.6	73	2.4	6.77
San Juan	2	1.8	68	2.2	10.97
San Luis	4	3.6	88	2.9	23.92
Santa Cruz	-	-	-	-	-
Santa Fe	15	13.7	291	9.7	9.70
Santiago del Estero	-	-	-	-	-
Tierra del Fuego	3	2.7	61	2.0	60.35
Tucumán	-	-	-	-	-
Total	109	100	2980	100	8.22

*Referencia: último Censo Nacional de Población 2001, INDEC.

Del total de 399 dispositivos de atención específica que fueron censados, solo 109 declararon contar con camas disponibles para los pacientes en tratamiento. Esto representa al 27.3% de los centros de este sub universo, con lo cual, más del 70% de los centros específicos de atención a pacientes por abuso de drogas no disponen de camas para realizar un tratamiento.

Se cuenta en toda la República Argentina con un total de 2980 camas, concentradas principalmente en la provincia de Buenos Aires (36.9%), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (12.7%) y Santa Fe (9.7%).

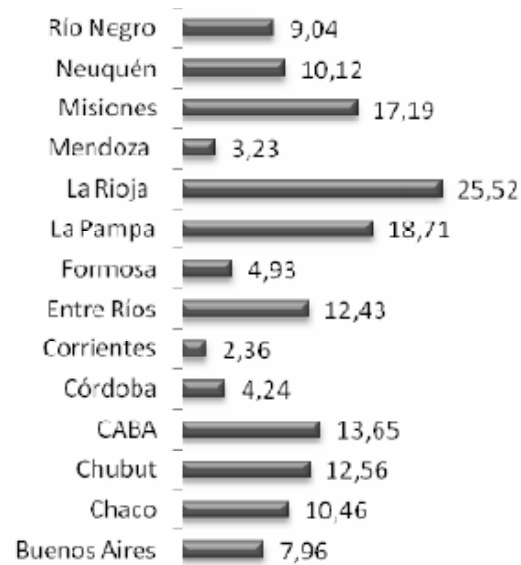
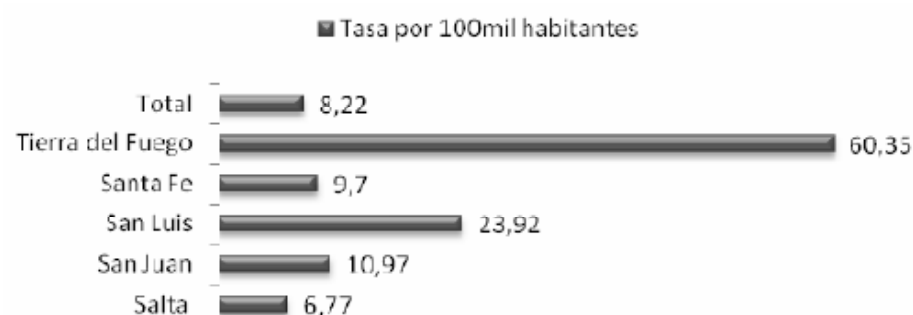
Esta distribución debe contrastarse para una mejor comprensión con la cantidad de habitantes por provincia y la cantidad de centros disponibles que tienen camas.

En el caso de Buenos Aires, existe un promedio de 35.6 camas por centro y de 7.9 camas cada 100.000 habitantes. En el caso de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hay un promedio de 29.1 camas por centro y de 13.6 camas cada 100.000 habitantes. En Santa Fe, hay disponibles 19.4 camas promedio por centro de tratamiento y 9.7 camas por 100.000 habitantes.

Si se toman los datos de provincias con menos disponibilidad de camas pero con menor cantidad de centros, por ejemplo Entre Ríos, este nos da una disponibilidad de 58 camas promedio por dispositivo y 12.4 camas cada 100.000 habitantes.

Asimismo, teniendo en cuenta la disponibilidad de camas según la cantidad de habitantes, se observa que Tierra del Fuego en primer lugar es la que posee mayor cobertura (60.3 camas cada 100.000 habitantes) y La Rioja y San Luis en segundo lugar, teniendo alrededor de 24 camas cada 100.000 habitantes.

Gráfico 7: Disponibilidad de camas cada 100 mil habitantes por provincias y total país.



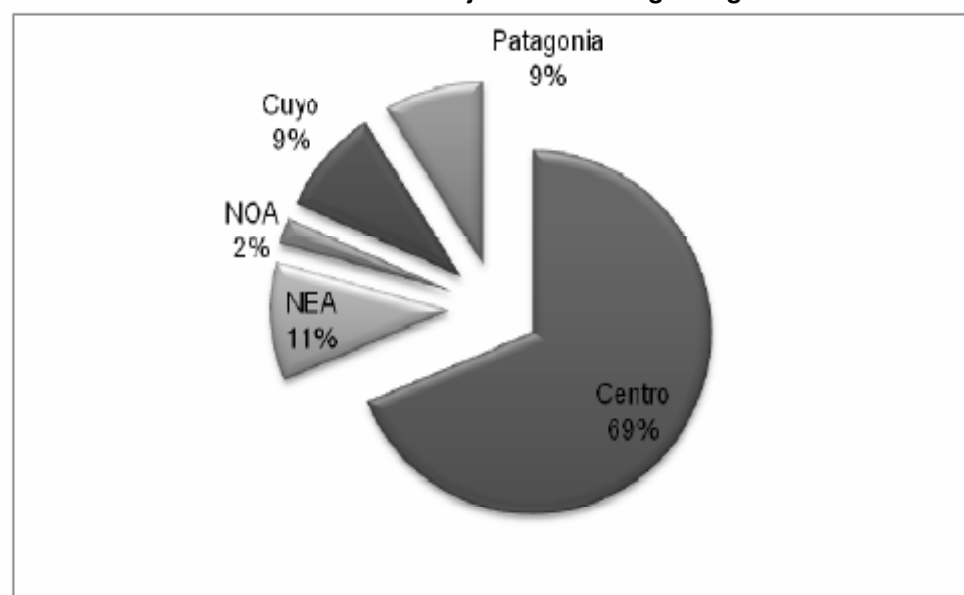
Cuadro 21: Distribución de centros, camas y tasa cada 100 mil habitantes, según regiones.

Regiones	Centros		Camas		Tasa de camas por 100 mil habitantes
	Casos	%	Casos	%	
Centro	73	67.0	2044	68.5	8.57
NEA	9	8.2	315	10.5	9.35
NOA	4	3.6	73	2.4	1.75
Cuyo	11	10.0	281	9.4	9.83
Patagonia	12	11.0	267	8.9	13.10
Total	109	100	2980	100	8.22

De la lectura del cuadro se desprende que es la región Patagonia la que tiene una mayor disponibilidad de camas por habitantes: en tanto la tasa nacional es de 8.22 camas cada 100.000 habitantes, en esta región la tasa asciende a 13.1.

En el otro extremo, la región NOA es la que región con menor disponibilidad de camas para tratamientos residenciales, en tanto cuenta con 1.75 camas cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 8: Porcentaje de camas según región.



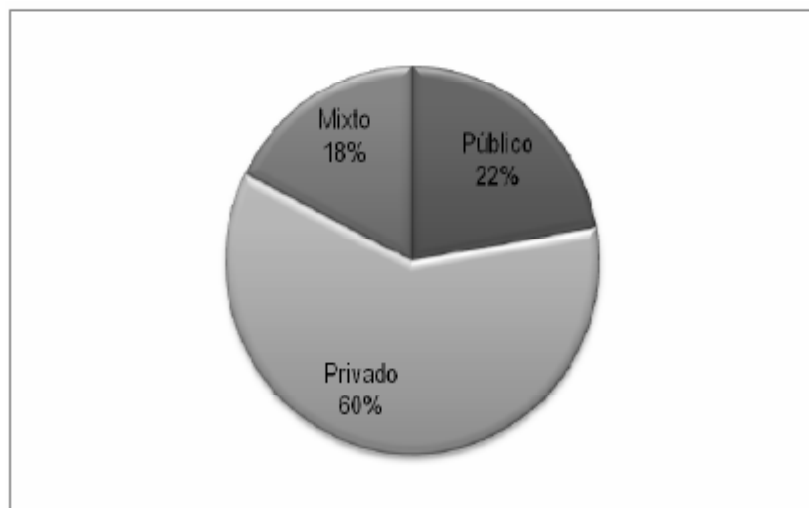
Cuadro 22: Distribución de centros con camas según gestión y/o financiamiento.

Tipo de gestión y/o financiamiento	Casos	%
Público	24	22.2
Privado	65	60.2
Mixto	19	17.6
Total	108	100

*un caso sin información

De los 109 dispositivos específicos que declararon contar con camas disponibles para el tratamiento de pacientes, el 60.2% tienen una gestión y/o financiamiento de carácter privado.

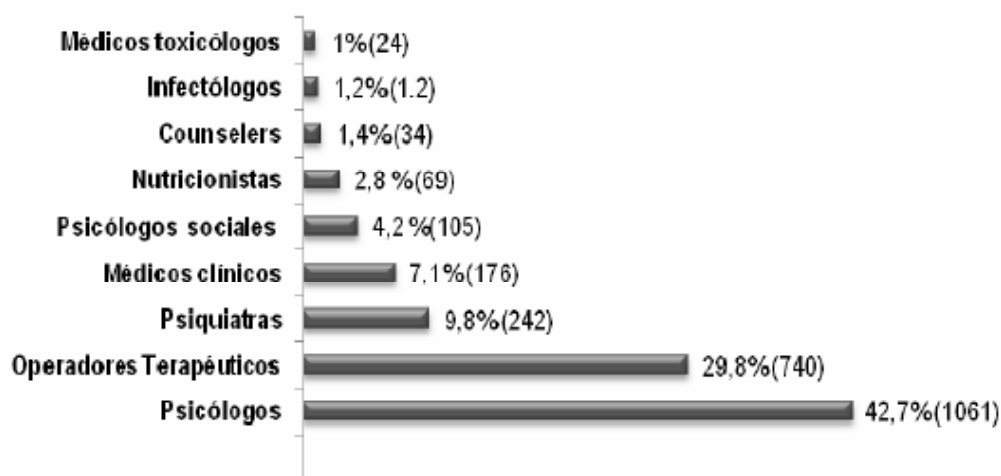
Los dispositivos restantes son el 22.2% públicos y el 17.6% mixtos.

Gráfico N° 9: Distribución de los centros específicos con camas según gestión y/financiamiento.**Cuadro 23: Distribución de centros específicos con disponibilidad de camas por Regiones según gestión y/financiamiento de centros con camas (en porcentaje).**

Regiones	Tipo de gestión y/o financiamiento		
	Público (N=24)	Privado (N=65)	Mixto (N=19)
Centro	45.8	70.8	78.9
NEA	12.5	9.2	-
NOA	4.2	4.6	-
Cuyo	20.8	6.2	10.5
Patagonia	16.7	9.2	10.5
Total	100	100	100

De los dispositivos que disponen de camas cuya gestión o financiamiento es privada o mixta, más del 70% se encuentra en la región centro. En cambio, entre los dispositivos de gestión estatal o pública que tienen camas destinadas al tratamiento, si bien la mayoría se encuentra en la misma región, es significativa su concentración en la región Cuyo y Patagonia.

Un dato sobre la cantidad de profesionales involucrados en el tratamiento de pacientes, se deriva de información específica que dieron 370 instituciones que pertenecen a dispositivos específicos de atención a pacientes. La cifra total de profesionales en todo el país sería de 2482 profesionales. El siguiente gráfico muestra su distribución según especialidad médica y disciplinas que están involucradas en los tratamientos.

Gráfico 10: Distribución de profesionales/técnicos (en porcentajes) en los centros específicos con información, según especialidad.

Se observa a partir del gráfico, que hay una mayor presencia de psicólogos y operadores terapéuticos (42,7% y 29,8% respectivamente) en el total de profesionales dedicados a la atención de pacientes.

Lineamiento teórico

En el marco de la psicología como disciplina, existen diferentes posiciones teóricas que ofrecen un amplio panorama sobre los diversos puntos de vista para abordar críticamente al sujeto.

Las diferentes orientaciones teóricas en las que se posicione el terapeuta tienen un correlato directo sobre el modo de abordaje del paciente y el tipo de psicoterapia que se establezca.

Por ello, en esta oportunidad se ha indagado acerca de las orientaciones psicológicas que caracterizan las acciones terapéuticas de los dispositivos de atención, en tanto esta información resulta significativa para evaluar las características de los tratamientos ofertados.

A continuación se presenta la información relevada.

Cuadro 24: Lineamiento teórico para el tratamiento psicoterapéutico.

Adhesión a línea terapéutica definida	Casos	%
Posee línea terapéutica definida	341	59.0
No posee línea terapéutica definida	207	35.8
La línea terapéutica está en proceso de definición	30	5.2
Total	578	100

*14 casos sin información

Del total de los centros censados, el 59% tiene línea terapéutica definida para el tratamiento psicoterapéutico. De ellos el 71,5% definieron para su tratamiento una línea terapéutica, el 17,5% se manejan con 2 tipos de psicoterapias, el 9,7% con 3 y el 3,8% combinan 4 teorías psicológicas.

Las corrientes teóricas más frecuentes en los centros que respondieron haber definido o estar en proceso de definición de la línea terapéutica de tratamiento son la psicodinámica (38,5%), ecléctica (26,7%), cognitiva (19,7%), sistémica (18,6%) y conductual (16,4%).

La orientación psicodinámica, o psicoanálisis, consiste fundamentalmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias (sueños, fantasías, etc.) a través de la interpretación controlada de la resistencia, transferencia y el deseo.

El objetivo terapéutico es el hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se logra con el vencimiento de la resistencia. La relación terapéutica en sí misma constituye el principal elemento curativo del psicoanálisis.

La terapia de la conducta parte de la idea que la mayor parte de la conducta es aprendida, así centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma.

Por lo general los tratamientos son breves y tienen un número limitado de sesiones.

Se considera que la eficacia del tratamiento depende enteramente de las técnicas utilizadas y no de la relación terapéutica. Al terapeuta se lo considera un reforzador social y un modelo, quien instruye al paciente en la tecnología conductual apropiada para resolver el problema.

Las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración. Surge como una reacción ante el conductismo. Crítica que la persona sea algo más que una respuesta, el cognitivismo piensa que entre el estímulo y la respuesta hay un proceso mental. No cree en el inconsciente, por lo tanto define la psicología como la ciencia que se apoya sobre el comportamiento pero esencialmente sobre las estructuras mentales que posibilitan. Proponen una colaboración abierta del paciente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución.

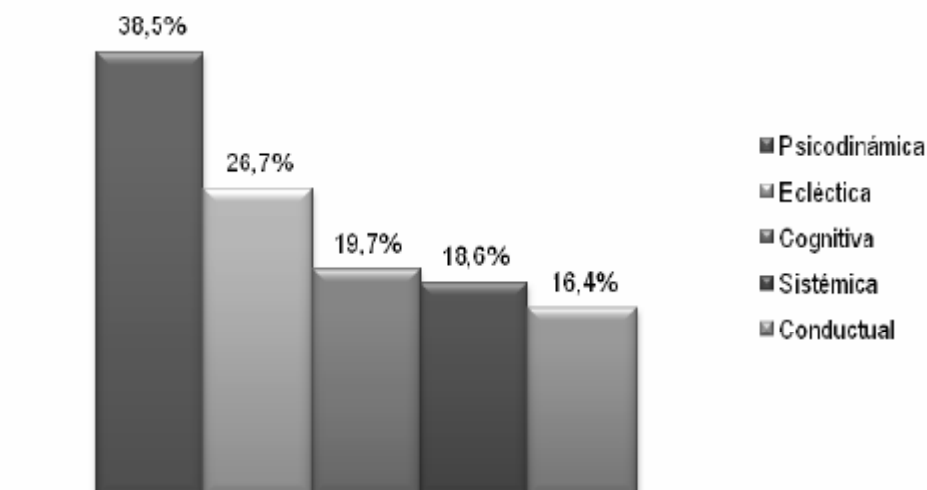
El objetivo de estos tratamientos es el cambio de las estructuras cognitivas (incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, emociones, pensamientos, etc.) que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto.

El concepto básico de esta teoría sistémica es el concepto de sistema, conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado.

En consecuencia, para entender el comportamiento de un sistema es necesario tener en cuenta no solo sus elementos y propiedades, sino también las interacciones entre ellos y las propiedades que resultan de su totalidad.

La familia es entendida como un sistema, y el miembro de la familia que presenta un problema se considera como una expresión de la disfunción familiar. Por tanto, la resolución del problema se supedita al cambio de la estructura familiar. El objetivo terapéutico es la modificación de patrones de interacción interpersonal.

La línea ecléctica es un modelo de integración teórica que aborda al paciente desde la corriente que más se adecúe a la problemática del mismo⁽¹⁾.

Gráfico 11: Distribución de las corrientes terapéuticas.

(1) Fuente: G.Feixas/M.T. Miró. Aproximaciones a la psicoterapia. Ed Paidós. Buenos Aires, 1997.

Cuadro 25: Tipo de establecimiento y tipo de gestión según línea terapéutica.

Línea terapéutica	Tipo de establecimiento		Tipo de gestión y/o financiamiento		
	General N=193	Específico N=399	Público N=366	Privado N=184	Mixto N=38
Psicodinámica	48.7	33.7	43.3	32.1	32.0
Sistémica	20.0	17.9	14.4	25.0	16.0
Cognitiva	20.0	19.4	15.9	23.6	28.0
Ecléctica	38.3	21.4	23.9	31.4	24.0
Conductual	15.7	16.7	10.4	22.9	28.0

Aquellos centros que aplican psicoterapia desde la perspectiva teórica del psicoanálisis, en su mayoría son establecimientos generales de carácter público. Por otra parte las terapias de tipo sistémica, cognitiva y conductual se brindan en mayor proporción en establecimientos cuya gestión y/o financiamiento es privado o mixto, pero sin diferencias significativas respecto del tipo de dispositivo (general específico). Asimismo, la línea teórica ecléctica es más frecuente en los establecimientos generales y de carácter privado.

Actividades complementarias

Uno de los objetivos del censo fue conocer sobre la existencia de actividades de tipo teórico intelectual, relacionadas con la producción de conocimiento acerca de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y/o cuestiones generales de la salud. Para ello se preguntó, en cada uno de los centros censados que declararon contar con estas acciones complementarias al tratamiento, sobre el tipo y las características de las actividades que realizan, los objetivos de la misma, el tema específico que tratan y los productos obtenidos. A continuación se presentan los datos obtenidos.

El 47.7% de los centros, es decir, 278 centros, declararon realizar en la actualidad algún tipo de actividad relacionada con un abordaje de tipo teórico intelectual acerca de la problemática de la salud en general, y/o el consumo de sustancias psicoactivas en particular.

Al indagar acerca de las características que asumen las actividades en cada uno de los centros, se obtuvo la siguiente información.

Cuadro 26: Distribución de los centros según tipo de actividades realizadas.

Características de las actividades	Casos	%
Publicación de artículos, libros, folletos, ediciones, revistas.	57	20.6
Dictado de cursos, talleres, capacitaciones, charlas y seminarios.	62	22.4
Investigaciones clínicas, epidemiológicas y estadísticas.	80	28.9
Presentación de trabajos en congresos, conferencias, jornadas y docencia	26	9.4
Diferentes publicaciones y Dictado de cursos, talleres, capacitaciones.	11	4.0
Diferentes publicaciones y presentaciones en congresos, conferencias, actividades de docencia.	6	2.2
Diferentes publicaciones y trabajos de investigación.	8	2.9
Trabajos de investigaciones y dictado de cursos, talleres, capacitaciones, etc.	13	4.7
Publicaciones, dictado de cursos y trabajos de investigación.	6	2.2
Otros (Cortos de cine, pagina web, entrevistas, diagnósticos y proyecto ocupacional)	8	2.9
Total	277	100

Se observa a partir del cuadro, que las actividades que mayormente realizan los centros son investigaciones clínicas, epidemiológicas y estadísticas, dictado de capacitaciones en sus diferentes modalidades (cursos, talleres, seminarios, etc.) así como también la publicación de libros, revistas, folletos, etc.

En su mayoría, las actividades abordan diferentes perspectivas acerca del consumo de sustancias, perfil del paciente, modalidades de tratamiento y prevención, haciendo un recorte poblacional específico y en muchas ocasiones vinculando la problemática con entorno familiar y comunitario del adicto.

Respecto de los objetivos de estas actividades, en primer lugar se trata de difundir la problemática y promocionar la salud (23.7%), en segundo lugar apuntan a brindar capacitaciones y abordar las cuestiones vinculadas a la reinserción socio laboral del paciente (alrededor de un 20% de los centros mencionó alguna de estas dos cuestiones), en tercer lugar el diagnóstico y la asistencia figuran como el objetivo principal (15.4%) y por último la difusión, prevención y capacitación fueron mencionadas en el 9.9% de los casos.

MINISTERIO DE EDUCACION

Olimpiadas Nacionales de Contenidos Educativos en Internet

El Ministerio de Educación a través del Instituto Nacional de Educación Tecnológica llama a participar en las Olimpiadas Nacionales de Contenidos Educativos en Internet. Este evento tiene la misión de estimular la cooperación de alumnos y docentes en proyectos conjuntos para desarrollar propuestas educativas innovadoras, promoviendo fundamentalmente las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

PRESENTACION

El Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET) del Ministerio de Educación de la Nación abrió la inscripción a la edición 2009 de las Olimpiadas Nacionales de Contenidos Educativos en Internet. La inscripción permanecerá abierta hasta el 21 de diciembre de 2009.

Organizadas anualmente por el INET, las olimpiadas se desarrollan ininterrumpidamente desde 1996, promoviendo la producción de contenidos educativos en castellano, aptos para ser difundidos por Internet, e intensificando la presencia de la República Argentina en la comunidad internacional.

Cada equipo concursante deberá estar formado por un máximo de ocho alumnos y un mínimo de tres, y uno o dos docentes que lo coordine.

Es importante mencionar que todos los integrantes del equipo deberán pertenecer al mismo establecimiento educativo.

EL CERTAMEN

- Los equipos concursantes presentarán sus proyectos identificando el título y una síntesis del tema elegido para desarrollar.
- Entre los proyectos presentados se seleccionarán todos aquellos que cumplan con las condiciones del reglamento vigente.
- Los docentes coordinadores recibirán capacitación y/o asistencia en la creación de publicaciones electrónicas.
- Los docentes coordinadores trabajarán con su equipo en su establecimiento educativo, en el desarrollo concreto de la propuesta.
- Los trabajos seleccionados, ya desarrollados, serán remitidos al INET para competir a nivel nacional.
- Un jurado de notables —integrado por personalidades del mundo de la cultura, el arte, la tecnología, la ciencia y la educación—, determinará los tres mejores trabajos.
- Se publicarán todos los trabajos desarrollados concursantes, ganadores y no ganadores, que cumplan con las condiciones del reglamento vigente.

¿COMO PARTICIPAR?

- Es necesario armar un equipo que tenga de tres a ocho compañeros y uno o dos docentes que los coordinen. Juntos, deben pensar un tema y elaborar una idea para desarrollar.
- Posteriormente deberán ingresar a la inscripción de proyectos y completar este apartado.
- El paso siguiente es concretar el proyecto y convertirlo en un sitio Web, que una vez terminado y enviado, se verá tanto en la República Argentina como en el resto del mundo. Si se presentan dificultades para diseñar una página Web, se recibirá ayuda al respecto. Lo importante es la investigación y el desarrollo del proyecto que se presenta.
- Para interiorizarse más sobre las características de los sitios publicados, se recomienda consultar los contenidos listados según los años de participación o por el establecimiento que los generó.
- Es recomendable solicitarle al docente coordinador que complete el formulario de inscripción.

REGLAS

I. Créditos: información de quiénes y cómo hicieron el contenido

Cada sitio deberá contener una sección de "Créditos", la cual incluirá información acerca de los autores y del proceso de investigación o experiencia realizado.

Dicha sección deberá contener obligatoriamente los siguientes ítems.

Autores del sitio:

- Escuela (nombre, dirección, código postal, localidad, provincia, teléfonos, correo electrónico institucional).
- Integrantes del equipo (nombre y apellido de alumnos y docentes).

- Agradecimientos (opcional, puede estar dentro de autores, con el reconocimiento a las personas y entidades que colaboraron en las distintas fases del trabajo).
- Fuentes (ver Regla III: todo sitio debe incluir las referencias a las fuentes de información).
- Detrás del sitio Web o Trastienda (comentar las historias, anécdotas y situaciones que tuvo que pasar el grupo creador para realizar el contenido, así como su por qué y cualquier otra información referida a la cuestión humana de los desarrolladores).

II. Referencia temporal y geográfica

Cada trabajo publicado en Olimpiadas puede ser visitado y leído tanto hoy como dentro de varios años. Para que el contenido no pierda validez se debe definir con exactitud el ámbito geográfico y temporal de la indagación que se ha hecho.

Por ejemplo, una encuesta realizada este año en la escuela, hoy representa datos de la actualidad y dentro de unos años servirá (si tiene la referencia al lugar y la fecha) para comparar con nuevos resultados o como referencia histórica.

Si no tuviera las referencias mencionadas perdería validez ya que no podría identificarse dónde y cuándo se hizo.

Es importante recordar colocar toda referencia cronológica (la fecha) y geográfica (el lugar), más cualquier otro dato que se considere aclaratoria, a cada información que lo amerite.

III. Fuentes: todo sitio debe incluir las referencias a las fuentes de información

Todos los contenidos publicados en estas Olimpiadas son fruto de trabajos de investigación, de recopilación de datos y de experiencias.

Para tal fin los equipos consultan e indagan en innumerables fuentes: libros, informes, publicaciones varias, personas, instituciones. Gran diversidad de fuentes contactadas artesanalmente o en forma virtual a través de esta fabulosa red de redes que es Internet.

Un trabajo es un esfuerzo que reúne información de otros esfuerzos.

Por este motivo, es imprescindible respaldar el contenido vertido en un sitio con la información de las fuentes consultadas.

Los trabajos presentados en las Olimpiadas deberán contener las fuentes de información en la sección. Asimismo, en caso de reproducirse un texto en forma parcial o total debe citarse, en la misma página, cual es el autor o la fuente.

Cada “contenido” presentado en el sitio, debe contar con alguna referencia a la fuente de donde fue extraído, o de quien lo ha creado. Por ejemplo: una definición, una imagen o varios datos, deben tener la referencia en forma contigua, de tal manera que no quede duda de la procedencia y la veracidad de la información. Se puede hacer del modo que lo realizan diarios y revistas, como epígrafe o colocando una nota al pie de la página.

A continuación se detallarán las indicaciones esenciales que nunca han de omitirse en esta sección.

- Libros.
 - Apellido y nombre del autor (o autores, o del que está al cuidado de la edición con eventuales indicaciones sobre seudónimos o falsas atribuciones).
 - Título y subtítulo de la obra.
 - Lugar de la edición; si en el libro no figura, se escribe: s.l. (sin lugar).
 - Editor: si en el libro no figura, se omite.
 - Fecha de edición: si en el libro no figura, se pone s.f. (sin fecha) o s.d. (sin data).
- Artículos de revistas.
 - Apellido y nombre del autor.
 - Título del artículo o capítulo.
 - Nombre de la revista.
 - Volumen y número del fascículo (e indicaciones eventuales de Nueva Serie).
- Artículos de periódicos.
 - Apellido y nombre del autor.
 - Título del artículo.
 - Nombre del periódico.
 - Nombre de la sección.
 - Fecha de publicación.
- Capítulos de libros, actas de congresos, ensayos en obras colectivas.
 - Apellido y nombre del autor.
 - Título del capítulo o del ensayo.
 - Eventualmente, nombre del que está al cuidado de la obra colectiva.
 - Título de la obra colectiva.

- Eventual número del tomo de la obra en que se halla el ensayo citado.
- Lugar, editor, fecha, número de páginas, todo como en los libros de un solo autor.
- Artículos de sitios Web.
 - Nombre del sitio.
 - Dirección URL.
 - Fecha en que fue consultado.
 - Agregar, si corresponde, la información solicitada en los ítems anteriores.

IV. Fuentes orales de información

Existe la posibilidad que la fuente de información sean personas consultadas por los integrantes del equipo participante de las olimpiadas. En tal caso, y según corresponda, deben acompañarse los siguientes datos:

- Reportajes.
 - Nombre de la persona reportada.
 - Edad aproximada.
 - Relación con el tema tratado.
 - Fecha de realización del reportaje.
- Encuestas.
 - Cantidad de personas encuestadas.
 - Características de la segmentación de los grupos consultados (por sexo, por rango de edad, por procedencia, etc.).
 - Ambito de desarrollo de la encuesta (escuela, región, etc.).
 - Fecha de realización de la encuesta (mes/año).

V. De Foros y Chats

La inclusión de desarrollos de comunicación como “Chats”, o “Foros”, no sólo escapa a la convocatoria sino que atenta contra la vigencia de cada proyecto publicado.

¿Por qué?

- Porque al poco tiempo (un mes, un año...) nadie atiende ni ingresa a los “foros” o “chats”, transformando a ese espacio en un lugar sin información y con la sensación de “aquí no viene nadie”.

Algo similar sucede con las cuentas de correo electrónico que se abren para colocar como contacto en sus proyectos (por ejemplo: “titulodemitrabajo@yahoo.com.ar”) que quedan desactivadas al poco tiempo.

¿Qué hacer?

Una solución óptima puede ser colocar en el sitio una referencia clara y contundente de “contacto”. Es decir los datos de la escuela: nombre, dirección, teléfono, correo electrónico institucional.

Después, desde cada establecimiento pueden armar sus propias listas de interesados y utilizar algunos de los tantos servicios gratuitos de “foros” o “chats” para, previo aviso, comunicarse con los visitantes del sitio.

VI. Programación ASP y PHP

Las páginas que conforman los desarrollos que participan en las Olimpiadas deben ser de formato HTML. Es decir, no se acepta otro tipo de programación ni extensiones como ASP, JSP, PHP o similares.

Tampoco podrán utilizarse las extensiones de FrontPage. En cambio si se permiten utilizar “javascripts” o similares.

VII. Actualización del Sitio

Durante las distintas versiones de las Olimpiadas se ha detectado que existen trabajos que necesitan de cierta actualización en sus contenidos para permanecer vigentes. También se ha encontrado escuelas que quieren complementar o enriquecer su sitio agregando nuevas páginas.

Ante estos requerimientos y considerando que no se puede cambiar el aspecto o el contenido de un trabajo que fue evaluado junto a otros trabajos dentro de un contexto, se ha decidido implementar la siguiente solución

Todo trabajo que necesite una actualización deberá contar con un botón de actualización.

Dicho botón vinculará con una página índice conteniendo un listado de actualizaciones. En tal listado se detallará el título de la nueva información y la fecha de su publicación. La estética de las nuevas páginas debe mantener concordancia con las presentadas originalmente para respetar el criterio de la publicación.

VIII. El sitio no debe pesar más de 10 Mb

Se ha decidido para estas “Olimpiadas Nacionales de Contenido Educativo en Internet” que cada sitio completo no debe sobrepasar los 10 Mb. Esto quiere decir que la suma de la totalidad de páginas, más las imágenes, más los

elementos multimediales (video, sonido, animaciones, etc.) y los datos utilizados no debe pasar el límite de los 10 Mb.

Muchos de los sitios que han participado de las Olimpiadas pesan menos de 4 Mb.

Algunos de los problemas que se ha notado respecto al peso de los sitios es que cuando envían los archivos que lo conforman, también envían archivos sin uso y, peor aún, los archivos que usaron para generar los del sitio Web.

Se ha recibido sitios con archivos de los programas informáticos Corel, PowerPoint, PhotoShop, fuentes de Flash y hasta han enviado archivos ZIP y otros que no tenían relación alguna.

Lo ideal es poder guardar en el sitio sólo los elementos que forman parte de él. En casos excepcionales, si el proyecto lo amerita, se puede solicitar una ampliación del peso.

IX. Todo sitio se verá correctamente en modo texto

Cuando se diseñan sitios de internet se debe pensar, en primer lugar, a quién se está dirigiendo. Es decir quién va ser el receptor del mensaje.

Todos los trabajos de las Olimpiadas tienen como destinatario principal al mundo educativo de la Argentina, a los alumnos y a los docentes que van a ingresar para consultar este catálogo de recursos educativos que crece enormemente cada año.

Resulta ser que las máquinas que navegan por Internet y las conexiones que lo soportan no son de la misma calidad. Y también se conoce que existen distintos “navegadores” con diversas características.

Se ha comprobado que en algunas máquinas no se visualizan archivos que utilizan tecnología Java o Macromedia Flash, por citar dos ejemplos muy comunes.

Cómo la idea es no limitar el buen uso de recursos tecnológicos, y ante el estudio de gran variedad de casos, se ha encontrado una simple solución a los problemas mencionados: hay que agregar una versión “texto” de todos los hipervínculos y menús realizados con Flash o Java.

En el caso de presentaciones hechas en Flash (o similar) hay que poner una opción que permita saltar la misma. Pero dicha opción debe estar en la página HTM y fuera del archivo Flash.

Es muy común ver carteles tipo “saltar presentación” dentro de la misma película Flash. En el caso de computadores que no soportan Flash jamás podrán ingresar al sitio Web.

Similar situación ocurre con botones y efectos de Java. Hay menús íntegramente realizados en Java que con máquinas no habilitadas a su visualización quedan inutilizados y por lo tanto los sitios Web quedan sin posibilidad de navegación.

NOTA: Para solicitar mayor información, se recomienda dirigirse personalmente a Saavedra 789, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; comunicarse telefónicamente al (011) 4129 2000 o enviar un correo electrónico a: olimpiadas@inet.edu.ar.

MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACION PRODUCTIVA
AGENCIA NACIONAL DE PROMOCION CIENTIFICA Y TECNOLÓGICA

Convocatoria para la Presentación de Propuestas para el Financiamiento de Proyectos de Desarrollo Tecnológico Certificados por el Programa IBEROEKA

La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, por intermedio del Fondo Tecnológico Argentino, convoca a participar en la Presentación de Propuestas para el Financiamiento de Proyectos de Desarrollo Tecnológico Certificados por el Programa IBEROEKA. Este llamado tiene como objetivo financiar proyectos que procuren perfeccionar las estructuras productivas y la capacidad innovadora de las empresas generadoras de bienes y servicios de distintas ramas de actividad, que posean la certificación del programa IBEROEKA.

INTRODUCCION

La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, a través del Fondo Tecnológico Argentino (FONTAR), llama a la presentación de Proyectos de Innovación Tecnológica para la adjudicación de Aportes No Reembolsables (ANR) destinados al financiamiento de proyectos de desarrollo tecnológico presentados por empresas PyMEs que acrediten certificación del Programa IBEROEKA.

Los recursos para los ANR serán administrados en el marco del Programa de Modernización Tecnológica III (PMT III), financiado mediante el Contrato de Préstamo BID 1728 OC-AR.

La convocatoria permanecerá abierta hasta el 17 de diciembre de 2009 a las 12:00 horas.

Los beneficiarios de las subvenciones no reembolsables las empresas productoras de bienes y servicios que satisfagan la condición PyMEs, constituidas como tales al momento de la presentación de la solicitud y radicadas en el territorio nacional.

Dichas empresas deberán funcionar en un todo de acuerdo a las leyes nacionales que rigen la tipificación de las mismas y de las resoluciones de los organismos de contralor pertinentes.

Los recursos administrados en el marco de la presente convocatoria consistirán en Aportes No Reembolsables de hasta pesos seiscientos mil (\$600.000). En ningún caso estas subvenciones podrán exceder el 50% del costo total del proyecto, debiendo la empresa beneficiaria aportar el resto.

En ningún caso podrá asignarse a una empresa subsidios por un monto mayor a pesos seiscientos mil (\$600.000), pudiendo la misma empresa presentar más de un proyecto, siempre y cuando la sumatoria de los montos de ANR solicitados no exceda este monto.

El pliego de bases y condiciones y la documentación respectiva podrá retirarse en la sede de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (Agencia-FONTAR), Av. Córdoba 831, Piso 5°, solicitarse por correo electrónico a: anr-iberoeka@mincyt.gov.ar, por fax al (011) 48918700, por correo postal indicando la dirección a la cual debe remitirse la información, personalmente en las sedes de las Autoridades de Aplicación Provinciales de la Ley N° 23.877 de Promoción y Fomento de la Innovación Tecnológica o de la página Web de la ANPCyT.

La presentación deberá instrumentarse mediante sobre cerrado, en cuyo frente se escribirá la dirección citada, la leyenda “ANR IB 2009” y la identificación de la empresa. Dentro del mismo se incluirán dos juegos completos de los formularios y de la documentación anexa, firmados en todas sus páginas, y dos copias de los formularios en soporte informático (CD).

Junto a la presentación de la propuesta se deberá acreditar comprobante de depósito de pesos seiscientos (\$600) en la cuenta corriente en pesos N° 2542/79, Denominada “MCTeIP-7100/336-Modern. Tecnol-BID 1728” del Banco de la Nación Argentina, Sucursal Plaza de Mayo. Dicho depósito podrá hacerse personalmente en dicha sucursal bancaria, previo retiro de la boleta de depósito correspondiente en la sede la Agencia, sita en Av. Córdoba N° 831, Piso 5°, Ciudad Autónoma de Buenos Aires o mediante transferencia electrónica. A tal efecto se hace saber que el CBU de dicha cuenta es el N° 01105995-20000002542793 y el CUIT N° 30-57191007-8. Este monto será utilizado para los costos de pliego y gastos técnicos que genere este llamado y en ningún caso será devuelto. Los proyectos que resulten financiados podrán incluirlo como gasto de contraparte.

Bases del Llamado para la Adjudicación de Aportes No Reembolsables para el Financiamiento de Proyectos Innovativos en PyMEs con Certificación IBEROEKA ANR IB/2009

La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, a través del Fondo Tecnológico Argentino (FONTAR), llama a la presentación de Proyectos de Innovación Tecnológica para la adjudicación de Aportes No Reembolsables (ANR) destinados al financiamiento de proyectos de desarrollo tecnológico presentados por empresas PyMEs⁽¹⁾ que acrediten certificación del Programa IBEROEKA.

Los recursos para los ANR serán administrados en el marco del Programa de Modernización Tecnológica III (PMT III), financiado mediante el Contrato de Préstamo BID 1728 OC-AR.

1. Objetivos

El llamado tiene como objetivos financiar parcialmente proyectos que tengan como meta mejorar las estructuras productivas y la capacidad innovadora de las empresas productoras de bienes y servicios de distintas ramas de actividad, que cuenten con la certificación del programa IBEROEKA.

Para el logro de estos objetivos, es importante articular los impulsos emprendedores de las empresas, con la capacidad y desarrollo de las instituciones científico tecnológicas de todo el país.

Por este motivo, se considera relevante para el presente llamado, promover aquellos proyectos cuya ejecución, exija de manera total o parcial la vinculación tecnológica con dichas instituciones.

2. Beneficiarios

Podrán ser beneficiarios de las subvenciones no reembolsables las empresas productoras de bienes y servicios que satisfagan la condición PyME, constituidas como tales al momento de la presentación de la solicitud y radicadas en el territorio nacional. Dichas empresas deberán funcionar en un todo de acuerdo a las leyes nacionales que rigen la tipificación de las mismas y de las resoluciones de los organismos de contralor pertinentes.

En el caso que los solicitantes fueran más de una empresa, las mismas deberán acreditar documentalmente y con las formalidades legales vigentes, el tipo de asociación entre ellas (UTE, Agrupación de Colaboración, etc.).

El incumplimiento de las formalidades requeridas en el párrafo precedente, será causal de no admisión de las propuestas presentadas.

Las empresas solicitantes deberán estar adscriptas al Programa IBEROEKA y haber obtenido la certificación respectiva al momento de la presentación del proyecto.

No podrán ser beneficiarios Instituciones sin fines de lucro, ni dependencias gubernamentales.

3. Proyectos elegibles

Se financiarán proyectos que se orienten a:

- Desarrollo de tecnología a escala piloto y prototipo.

(1) Disposición SEPyME N° 147/2006.

- Producción de conocimientos aplicables a una solución tecnológica, cuyo desarrollo alcanza una escala de laboratorio o equivalente.
- Desarrollo innovativo de nuevos procesos y productos a escala piloto o de prototipo.
- Modificación de procesos productivos que impliquen esfuerzos relevantes de ingeniería.

No serán financiados en el marco de la presente convocatoria proyectos destinados a la implementación de sistemas de calidad (ver Definiciones y alcances adjuntas en el Anexo A).

Los proyectos tendrán un plazo máximo de ejecución de 24 meses.

4. Financiación

Los recursos administrados en el marco de la presente convocatoria consistirán en Aportes No Reembolsables de hasta pesos seiscientos mil (\$600.000).

En ningún caso estas subvenciones podrán exceder el 50% del costo total del proyecto, debiendo la empresa beneficiaria aportar el resto.

En ningún caso podrá asignarse a una empresa subsidios por un monto mayor a pesos seiscientos mil (\$600.000), pudiendo la misma empresa presentar más de un proyecto, siempre y cuando la sumatoria de los montos de ANR solicitados no exceda este monto.

5. Pertinencia de gastos

5.1. No serán considerados gastos aceptables para el cálculo del costo del proyecto los siguientes

- Gastos generales y de administración de los beneficiarios.
- Reestructuración de deudas, pago de dividendos o recuperaciones de capital ya invertidos.
- Transferencias de activos: adquisición de acciones, de participaciones en el capital social u otros valores mobiliarios, etc.
- Pago de cesantías.
- Retiro de socios, vacaciones y Sueldo Anual Complementario (SAC).
- Capital de trabajo.
- Compras de inmuebles.
- Contribuciones en especie.
- Adquisición de bienes usados.
- Alquileres.
- Todo otro gasto innecesario e incompatible con el logro de los resultados previstos en el proyecto.

5.2. Gastos que pueden ser aceptados

- Personal de dirección, investigación y de apoyo técnico, que resulte incremental debido a la ejecución del proyecto. Se aceptarán gastos en personal propio de la empresa solo para ser imputado a los gastos de contraparte. En el caso de empresas unipersonales, podrá valorizarse por hasta un 15% del monto de aporte de la empresa el trabajo de dirección del titular de la empresa, siempre que el mismo acredite competencia para realizarlo.
- Equipamiento imprescindible requerido para la ejecución del proyecto.
- Construcción de instalaciones específicas o remodelaciones esenciales para el desarrollo del proyecto, no pudiendo superar las mismas el 20% del costo total.
- Gastos para gestión de la propiedad intelectual.
- Capacitación y reentrenamiento de recursos humanos relacionados con las actividades del proyecto.
- Adquisición de licencias de tecnología necesarias como parte del desarrollo tecnológico a realizar.
- Insumos y/o materiales necesarios para la construcción de prototipos, plantas piloto o puesta a punto.
- Gastos para formulación de proyectos se aceptarán como contraparte y hasta un monto de \$5.000.
- Gastos para gestión de proyectos por hasta un monto de \$10.000 siempre que los mismos sean realizados por UVT's.
- Costo del Pliego de las Bases, solo como contraparte.

5.3. Se reconocerán gastos para la adquisición de bienes importados y/o contratación de servicios de empresas extranjeras, siempre y cuando estos sean provenientes de países miembros del BID22

5.4. Los gastos presupuestados no deben incluir el IVA

5.5 Las adquisiciones implementadas entre empresas controladas y controlantes serán objeto de particular análisis por parte de los órganos competentes de la Agencia, a fin de determinar fehacientemente las condiciones de elegibilidad. Idéntico criterio se aplicará a las adquisiciones perfeccionadas entre empresas vinculadas accionariamente

Los listados anteriores no deben considerarse taxativos, sino meramente indicativos.

Se reconocerán gastos a ser financiados por el FONTAR o por la contraparte empresarial, a aquellos realizados a partir de la fecha de dictado del acto administrativo que declara como admitido el proyecto.

6. Presentación de proyectos

El pliego de bases y condiciones y la documentación respectiva podrá retirarse en la sede de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (Agencia-FONTAR), Av. Córdoba 831, Piso 5°, solicitarse por correo electrónico (anr-iberoeka@mincyt.gov.ar), por fax al (011) 48918700, por correo postal indicando la dirección a la cual debe remitirse la información, personalmente en las sedes de las Autoridades de Aplicación Provinciales de la Ley N° 23.877 de Promoción y Fomento de la Innovación Tecnológica o de la página Web de la ANPCyT (www.agencia.gov.ar).

La presentación deberá instrumentarse mediante sobre cerrado, en cuyo frente se escribirá la dirección citada, la leyenda "ANR IB 2009" y la identificación de la empresa. Dentro del mismo se incluirán dos juegos completos de los formularios y de la documentación anexa, firmados en todas sus páginas, y dos copias de los formularios en soporte informático (CD).

Junto a la presentación de la propuesta se deberá acreditar comprobante de depósito de pesos seiscientos (\$600) en la cuenta corriente en pesos N° 2542/79, Denominada "MCTeIP 7100/336-Modern. Tecnol-BID 1728" del Banco de la Nación Argentina, Sucursal Plaza de Mayo.

Dicho depósito podrá hacerse personalmente en dicha sucursal bancaria, previo retiro de la boleta de depósito correspondiente en la sede la Agencia, sita en Av. Córdoba N° 831, Piso 5°, Ciudad Autónoma de Buenos Aires o mediante transferencia electrónica. A tal efecto se hace saber que el CBU de dicha cuenta es el No 0110599520000002542793 y el CUIT N° 30-57191007-8.

Este monto será utilizado para los costos de pliego y gastos técnicos que genere este llamado y en ningún caso será devuelto. Los proyectos que resulten financiados podrán incluirlo como gasto de contraparte.

La presentación de los proyectos y de la documentación complementaria deberá realizarse en la Sedes Provinciales de las Autoridades de Aplicación de la Ley N° 23.877 o en la ANPCyT-FONTAR.

La fecha límite de presentación de proyectos será el 17 de diciembre de 2009 a las 12 horas. Las presentaciones que se realicen por correo deberán tener sello de ingreso de Mesa de Entradas de la Agencia con fecha anterior al 16 de diciembre de 2009.

7. Admisibilidad de proyectos

Serán considerados admitidos los proyectos que cumplan con los siguientes requisitos:

- Realizar la presentación antes de la fecha y hora de cierre del llamado.
- Presentar en un sobre cerrado dos juegos de formularios completos y en el formato específico de la convocatoria, foliados y firmados por el representante legal de la empresa en cada uno de sus hojas, de la documentación que se indica a continuación y dos CD con los formularios completos identificando en el mismo el nombre de la empresa solicitante.
- Contar con una calificación positiva de riesgo crediticio, de acuerdo a la Central de Informes del Banco Central de la Republica Argentina.

Documentación a presentar en el orden siguiente:

1. Formularios Completos: Memoria A (formulario en excel), Memoria B (formulario en Word y Excel), Memoria C (formulario en Word) y Memoria D (formulario en Word). El tamaño de papel deberá ser A4, perforado con dos orificios en el margen izquierdo, no encuadernado.
2. Declaración jurada suscripta por el representante legal de la empresa solicitante del beneficio, respecto a la existencia o no de financiamiento para el mismo proyecto, por parte de otra institución.
3. Declaración Jurada Ambiental.
4. Boleta de depósito conforme lo solicitado en el punto 7 de estas bases.
5. Certificación IBEROEKA.
6. Documentación inherente al proyecto (currículum, anexo, presupuestos, etc.).
7. Información de la empresa según el caso:
 - Para Personas Jurídicas
 - Copia del Estatuto o Contrato Social.

- Copia del Acta de Asamblea, Directorio o Reunión de Socios, que se encuentre vigente, donde se resuelve la distribución de cargos del órgano de administración de la Sociedad.
- Si la presentación es firmada por apoderado, copia del poder que lo acredite como tal.
- Copia de la constancia de inscripción en la AFIP.
- Tres últimos balances, si correspondiere, suscriptos por contador publico nacional, cuya firma debe estar certificada por el respectivo consejo profesional. La certificación del Consejo Profesional respectivo debe obrar en original. Podrán aceptarse asimismo, balances de corte debidamente certificados. Si la empresa ostenta la categoría de controlada o vinculada, se deberá adjuntar la documentación correspondiente según lo establecido por la Disposición N° 147/06 de la SePyME y el Anexo incluido en la misma.
- Para Personas Físicas y Sociedades de Hecho
 - Copia de la constancia de inscripción en la AFIP, de tratarse de monotributistas copia de los últimos tres pagos realizados.
 - Tres ultimas declaraciones juradas de impuestos a las ganancias y declaración de impuestos a los bienes personales con los respectivos papeles de trabajo.
 - Ultima Declaración Jurada Anual de Ingresos Brutos.
 - En caso de no tributar Bienes Personales deberá presentar manifestación de bienes y deudas certificadas por Contador y por Consejo Profesional, en original. El total de bienes no podrá superar el mínimo no imponible del Impuestos a los Bienes Personales.
 - Si la presentación es firmada por apoderado, copia del poder que lo acredite como tal.
- Para asociaciones entre empresas, entre personas físicas o mixtas: deberán constituirse e acuerdo a los tipos y las formalidades preceptuadas en el Capitulo III de la Ley de Sociedades Comerciales
 - Agrupaciones de Colaboración: deberán constituirse cumplimentando íntegramente lo estipulado en la Sección I del Capitulo III de la Ley de Sociedades Comerciales.
 - Uniones Transitorias de Empresas: deberán constituirse cumplimentando íntegramente lo estipulado en la Sección II del Capitulo III de la Ley de Sociedades Comerciales.

En los casos que terceros se comprometan a realizar aportes al proyecto de modo de financiar los gastos de contraparte, se deberá presentar la documentación respaldatoria respectiva. Dicha documentación debe cumplir con lo indicado en los párrafos superiores para empresas y/o personas.

Se informa asimismo, que para la firma del contrato del subsidio adjudicado, serán requisitos excluyentes: la presentación del Certificado Fiscal para Contratar con el Estado (Según Resolución AFIP N° 1814) y la constitución de un Seguro de Caucción a favor de la Agencia, por el 20% del monto del subsidio otorgado, cuya vigencia será abierta.

Será causal de no admisión el incumplimiento de obligaciones por parte del solicitante, originadas en instrumentos contractuales suscriptos con la Agencia.

La admisión de los proyectos será resuelta por la Unidad de Control de Gestión y Asuntos Legales mediante el dictado de una Disposición que será notificada a los presentantes mediante correo electrónico y publicada en la pagina Web de la Agencia cuyo dominio es: www.agencia.gov.ar.

Dicha disposición será susceptible de ser recurrida mediante recurso de reconsideración, el que deberá ser interpuesto por escrito por el representante legal de la Empresa o apoderado, dentro de los cinco (5) días hábiles de notificada la disposición, de acuerdo al procedimiento descripto precedentemente.

La presentación del proyecto importa de parte de las empresas solicitantes el pleno conocimiento de toda la normativa que rige los Aportes No Reembolsables (ANR), la evaluación de todas las circunstancias asociadas, la previsión de sus consecuencias y la adhesión incondicional a las presentes Bases y Condiciones.

Cuando la documentación presentada resulte incompleta de acuerdo a las condiciones de admisión de proyectos (Punto 8) y en consecuencia no sea posible su evaluación de acuerdo a los criterios de selección de proyectos (Punto 9), los mismos serán considerados no admitidos o rechazados, según el caso.

8. Criterios de selección y evaluación

A los efectos del presente llamado, se creará una Comisión ad-hoc de evaluación. Para que un proyecto pueda ser ingresado al sistema de evaluación, deberá satisfacer requisitos mínimos, de índole general, que configuran los criterios de admisibilidad.

Una vez admitido se procederá a evaluar la calidad, factibilidad, viabilidad técnica y económica de la solicitud.

9. Evaluación de las solicitudes de financiamiento

Las propuestas deberán contener la información necesaria para que su evaluación sea posible a través del análisis de calidad, factibilidad, pertinencia y viabilidad técnica y económica de la propuesta.



CURSO DE POSGRADO

SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE ABOGACIA PUBLICA

En los umbrales del Bicentenario Patrio se llevará a cabo el “**SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE ABOGACIA PUBLICA, La Abogacía Estatal en los umbrales del Bicentenario: Administración, Derechos Fundamentales y Justicia Social**”, en el Hotel Panamericano sito en Carlos Pellegrini 551, los días 16 y 17 de noviembre de 2009, de 8:30 a 20:00 hs.

El evento invita a la reflexión sobre el rol del derecho en el Estado como garantía de la vigencia de los derechos fundamentales y el papel del derecho administrativo en la transformación de la realidad social y política.

El Segundo Congreso Internacional de Abogacía Pública convocará a profesionales del ámbito provincial, nacional e internacional y tendrá como eje principal el análisis y la reflexión del rol de la abogacía del Estado en cuanto a las prerrogativas estatales, los derechos fundamentales y la justicia social.

La inscripción es gratuita a través de la página Web www.ptn.gov.ar, enlace “Escuela de Cuerpo de Abogados del Estado”, segundo_congreso_internacional@ptn.gov.ar. Para mayor información dirigirse a Defensa 119, 8° piso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tel. 4331-2714/4331-2720/ 4331-2368 y 4331-2712.

Hasta el 30 de noviembre se encuentra abierta la inscripción para las Especializaciones que dicta esta Escuela

ESPECIALIZACION EN ABOGACIA DEL ESTADO
ESPECIALIZACION EN CONTRATOS ADMINISTRATIVOS
ESPECIALIZACION EN DERECHO TRIBUTARIO

Podrán inscribirse los abogados que presten servicios en la Administración Pública Nacional, Provincial, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipios.

Para mayor información dirigirse a Defensa 119, 8° piso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:00 a 18:00. Tel. 4331-2714/4331-2720/ 4331-2368 y 4331-2712, o través de la página web www.ptn.gov.ar, enlace “Escuela del Cuerpo de Abogados”, donde podrá obtenerse el respectivo formulario de inscripción.

La evaluación de las solicitudes estará basada en:

- a. Factibilidad y calidad tecnológica del proyecto.
- b. Capacidad técnica de la Unidad Ejecutora (propia de la empresa o contratada).
- c. Capacidad económica y gerencial del solicitante.
- d. Evaluación económica del emprendimiento.

a. Evaluación de la factibilidad y calidad tecnológica del proyecto

Esta etapa estará a cargo de evaluadores idóneos que deberán tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a.1. Encuadramiento de los proyectos en relación con los objetivos del componente.
- a.2. Probabilidad de ejecución exitosa, desde el punto de vista de su consistencia interna, de la adecuada dotación de recursos y de las condiciones externas a las que su éxito esta supeditado.
 - a.2.1. Claridad de los objetivos.
 - a.2.2. Precisión en la definición de las etapas y tareas.
 - a.2.3. Racionalidad del cronograma y de la secuencia entre etapas.
 - a.2.4. Elegibilidad y racionalidad del presupuesto.
 - a.2.5. Creatividad y originalidad de la propuesta.

b. Evaluación de la capacidad técnica de la Unidad Ejecutora

A los efectos de la evaluación de la aptitud técnica de la Unidad Ejecutora para la realización del proyecto, se evaluará:

- b.1. Antecedentes de la Unidad Ejecutora.
- b.2. Composición del personal involucrado en el proyecto.
- b.3. Equipamiento e infraestructura que se afectará a la ejecución del proyecto.

c. Evaluación de la viabilidad económica del proyecto

La evaluación incluye un análisis de la viabilidad económica del proyecto. Esta evaluación tomará en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- c.1. Razonabilidad económica de los resultados del proyecto y su impacto en la empresa.
- c.2. Capacidad de la empresa para implementar los resultados del proyecto.

10. Unidad Ejecutora

La Unidad Ejecutora, que podrá ser propia de la empresa o contratada ad hoc, deberá estar conformada por profesionales que cuenten con antecedentes curriculares en los temas asociados a la ejecución del proyecto y con la infraestructura necesaria para la ejecución del mismo.

11. Reembolsos

El beneficio se efectivizará bajo la modalidad de reembolso de pago hecho, previa verificación y aprobación técnica de la etapa y/o actividad prevista en el plan de trabajo definitivo y aprobación de la rendición de gastos que debe acompañar el informe técnico.

Los reembolsos se realizarán de acuerdo con el cronograma que forma parte del proyecto aprobado.

12. Reconsideraciones

El solicitante contará con la posibilidad de recurrir contra una resolución desfavorable, debiendo para ello interponer el representante legal de la empresa o apoderado un recurso de reconsideración por escrito, en el que exprese los fundamentos de su desacuerdo, antes de transcurridos diez (10) días hábiles de notificada la Resolución que se intente impugnar. La ANPCyT resolverá haciendo lugar o rechazando las impugnaciones presentadas.

13. Rescisión

La ANPCyT podrá declarar unilateralmente la rescisión del contrato de promoción en caso de existir causas imputables al beneficiario, las cuales figurarán en el contrato. El beneficiario deberá rembolsar los importes recibidos hasta la fecha de rescisión en los plazos y condiciones establecidos contractualmente, y se procederá a ejecutar la Póliza de Caución constituida por la empresa a favor de la Agencia.

14. Aviso legal

La presentación del proyecto importa de parte de las empresas solicitantes el pleno conocimiento de toda la normativa que rige el Aporte No Reembolsable (ANR), la evaluación de todas las circunstancias asociadas, la previsión de sus consecuencias y la adhesión incondicional a las presentes bases y condiciones.

Las operaciones realizadas por la empresa deberán cumplir con la legislación vigente según el tipo de empresa que se trate.

ANEXO A

Definiciones y alcances

Prototipo

Es un modelo original que posee todas las cualidades técnicas y todas las características de funcionamiento del nuevo producto. Puede darse el caso en que se precisen varios prototipos para hacer comprobaciones. Si los resultados de éstas no son satisfactorios, los mismos pueden emplearse en nuevos trabajos de desarrollo del prototipo. Pero una vez realizadas todas las modificaciones necesarias en el (los) prototipo(s) y efectuadas satisfactoriamente las pruebas pertinentes, se alcanza la frontera de la I+D. La construcción de varias copias de un prototipo después de haber experimentado con éxito el prototipo original, no constituye la I+D. Sin embargo, pueden encuadrarse en el presente llamado en la medida que constituya una etapa demostrativa precomercial.

Planta piloto

La construcción y utilización de una planta piloto forman parte de la I+D, siempre y cuando el objetivo principal sea el de adquirir experiencia y obtener datos técnicos o de otro tipo que puedan utilizarse en:

- La evaluación de hipótesis.
- La elaboración de nuevas fórmulas de productos.
- El establecimiento de nuevas especificaciones de producto terminado.
- El diseño de equipo especial y de estructuras necesarias para un nuevo proceso.
- La redacción de instrucciones de funcionamiento o manuales sobre el proceso.

Finalizada la fase experimental, la planta piloto funciona como una unidad normal de producción, por ende, a partir de ese momento no puede considerarse que su actividad sea I+D, aunque la planta continúe denominándose “planta piloto”.

Puesto que el objetivo fundamental de una planta piloto no es de carácter comercial, en principio importa poco el hecho de que una parte o la totalidad de su producción pueda acabar siendo vendida.

Proyectos de generación de conocimientos aplicables a una solución tecnológica

Comprenden actividades de I+D, definiéndose como tal a trabajos sistemáticos basados en los conocimientos existentes, derivados de la investigación y/o la experiencia práctica, dirigidos a la producción de nuevos materiales, productos o dispositivos; al establecimiento de nuevos procesos, sistemas y servicios; o a la mejora sustancial de los ya existentes, con aplicaciones específicas para la resolución de problemas o necesidades tecnológicas.

Proyectos de desarrollo de innovación de productos y procesos

La innovación en productos puede tomar dos formas. La primera es la de un producto tecnológicamente nuevo.

Es decir, un producto cuyas características tecnológicas difieren significativamente de las correspondientes a los productos anteriores. También puede implicar tecnologías radicalmente nuevas o la combinación de tecnologías existentes con nuevos usos, como así también, un desarrollo a partir de un nuevo conocimiento.

La segunda forma es la de un producto existente tecnológicamente mejorado. Esto se puede lograr mediante el uso de componentes o materiales de mejor desempeño, o por un producto complejo compuesto de un conjunto de subsistemas técnicos integrados que pudo haber sido mejorado a través de cambios parciales en alguno de los subsistemas que lo conforman.

Innovación en procesos

Es la adopción de métodos tecnológicos nuevos o mejorados. Estos métodos tecnológicos pueden ser aplicados para producir o despachar productos tecnológicamente mejorados, lo cual no sería posible usando métodos convencionales de producción o, esencialmente, mejorando la producción o despacho de los productos ya existentes.

Introducción de tecnologías de gestión

Comprende la introducción o mejora de tecnologías de gestión a partir de necesidades específicas que surjan del impacto de actividades de innovación tecnológica en las mismas, implicando un esfuerzo previo o paralelo de innovación tecnológica.

FUENTES

- Manual de Bogotá. Normalización de Indicadores de Innovación Tecnológica en América Latina y el Caribe-RICYT/OEA/CYTED/COLCIENCIAS/OCYT. Marzo 2001.
- Manual de Frascati. Medición de las Actividades Científicas y Tecnológicas, Propuesta de Norma Práctica para Encuestas de Investigación y Desarrollo Experimental. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. 1993.