



RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas

ISSN: 2250-5555

ISSN: 1852-6586

reviise@unsj-cuim.edu.ar

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

Cuello Rüttler, Lucía

La información, insumo clave para la política territorial y de salud.

Análisis de la situación en la Provincia de Mendoza, Argentina

RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas,

vol. 13, núm. 13, 2019, -Septiembre, pp. 53-67

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=553565464004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNAM 

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La información, insumo clave para la política territorial y de salud

Análisis de la situación en la Provincia de Mendoza, Argentina

Information as a key input in land and health policies

Case of study: Mendoza, Argentina

Lucía Cuello Rüttler | ORCID: orcid.org/0000-0002-5190-7484

lucuelloruttler@gmail.com

CONICET

Argentina

Recibido: 15/06/2018

Aceptado: 26/02/2019

Resumen

El objetivo del presente trabajo es establecer si existe una verdadera articulación entre las políticas de salud y las políticas territoriales en la provincia de Mendoza, poniendo énfasis en la gestión de la información como insumo clave para la definición conjunta de planes programas y proyectos.

Esto tiene su origen en que el territorio es el espacio en el que se produce una permanente interacción entre diferentes factores culturales, económicos, sociales y ambientales, que influyen en la salud de sus habitantes. El resultado de esta relación en términos de salud es analizada, en primer lugar, a través de una revisión histórica de trabajos de investigación que han llevado a establecer la veracidad de este vínculo. En segundo lugar, y entendiendo entonces la importancia de abordar esta problemática en forma integral, se hace un análisis de la política de salud, la gestión de la información que se da en ese marco y cómo se articula con la política territorial de la provincia de Mendoza, siendo ésta la primera en aprobar una Ley y un Plan de Ordenamiento Territorial que guiará las acciones territoriales en el corto, mediano y largo plazo.

Abstract

The aim of this study is to analyze whether or not the public health policy is related to the land policy in Mendoza province, with special attention on the informational system due to its importance in the coordinate definition of plans, programs and projects. This statement comes from the concept of territory as geographic space where multiple relationships are developed between cultural, economic, social and environmental factors. This article makes an historical review about different investigations that took place in order to establish this relation between health and territorial conditions. Afterward, the public health and its informational system is analyzed looking into the need for coordination between these elements and land policy. The study deepens into Mendoza's latest land policy as it is the first one in its kind all over Argentina.

Palabras clave: Política, Salud, Territorio.

Key Words: Policy, Health, Land

Introducción

Las investigaciones en epidemiología, enfocadas desde sus inicios por establecer la etiología de las enfermedades, han contribuido al conocimiento, no sólo del agente causal, sino de las condiciones asociadas a los procesos de salud/enfermedad. Estas investigaciones han buscado explicar la forma de distribución espacial de los distintos tipos de enfermedades y su forma de ocurrencia, a través de la identificación de *factores de riesgo*, lo cual ha favorecido el diseño de políticas públicas orientadas a mejorar la salud de la población.

Este paradigma epidemiológico, centrado en la identificación de factores de riesgo, ha dado paso a una perspectiva diferente que aborda los factores condicionantes de la salud de una manera más integrada. Postula que los múltiples factores que inciden en el proceso salud/enfermedad trascienden la esfera del individuo y se proyectan al colectivo social (Gomes, 2005). El acceso inequitativo a los servicios de salud, las diferentes condiciones ambientales, los desequilibrios territoriales, las diferencias en la aplicación de políticas sanitarias entre los Estados y al interior de los mismos, las variaciones en el grado de vulnerabilidad de la población frente a los problemas de salud como consecuencia de las diferencias socioeconómicas, lleva a abordar la problemática de salud desde la óptica de los *determinantes* de salud.

Se denomina determinantes de salud *al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones* (Villar Aguirre, 2011). Según la OMS se entiende por determinantes sociales de la salud a

las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Estos determinantes se agrupan en grandes áreas (Brito, 2000):

- ◊ factores biogenéticos
- ◊ factores ambientales
- ◊ servicios de salud
- ◊ estilos, condiciones y modo de vida.

De acuerdo con Solar e Irwin, (2010) estos determinantes también se pueden clasificar en:

- ◊ determinantes estructurales de inequidades en salud
- ◊ determinantes intermedios de la salud

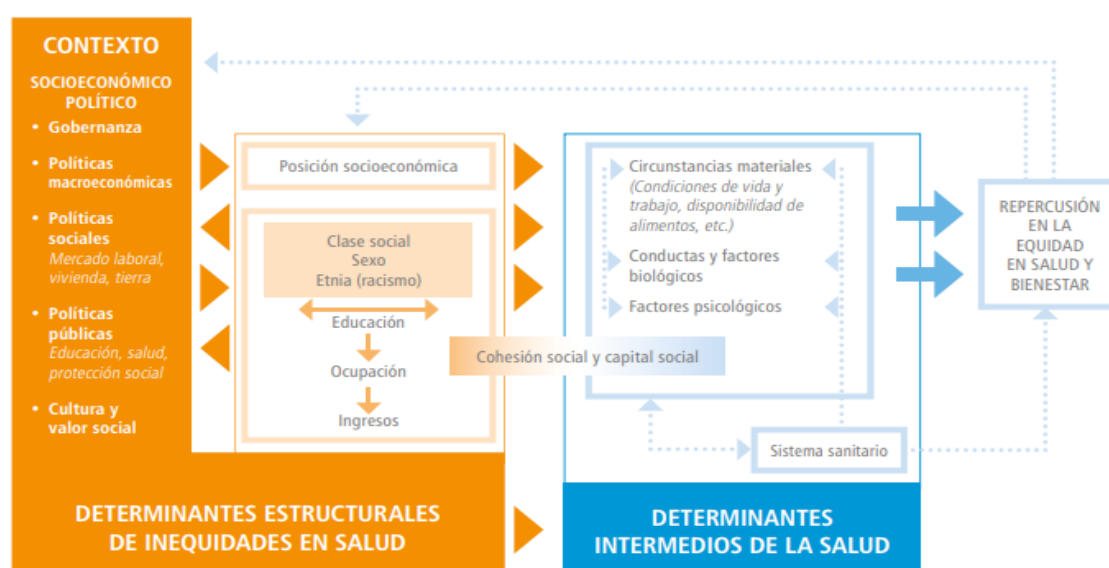


Figura N°1: Determinantes sociales de la salud.

Fuente: Solar e Irwin (2010). En *Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.

De esta forma de entender los determinantes sociales se desprende la importancia que tiene el hábitat, entendido no sólo como la vivienda sino referido a las condiciones adecuadas del entorno, el territorio y las políticas públicas relacionadas a éstos en el proceso salud/enfermedad.

El territorio es concebido en este trabajo como un sistema complejo en el que interactúan entre sí subsistemas: el físico natural, el socioeconómico y el político institucional, de cuya interrelación surgen factores que impactan en forma directa en el ambiente y por consiguiente, en la salud de las personas. De acuerdo a la OMS *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (OMS, 1948), sin embargo este concepto viene siendo revisado debido a que la salud es dinámica, por lo que no puede considerarse como un *estado*. En respuesta se refiere a la salud como un *proceso de salud-enfermedad-atención médica, en el cual las personas inmersas en un medio ambiente y en un medio social con los que interaccionan, se desplazan con un movimiento continuo hacia uno u otro lado*” (Ramírez, Torres, Fabro, Tosolini y Ferreira, 2013).

En el Foro Mundial de Salud y Urbanización organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2010, reafirmando lo anteriormente expuesto, se plantea que la ciudad es el espacio donde se concentran la mayor cantidad de amenazas para la salud, poniendo énfasis en esta relación entre el territorio, el hábitat y la salud.

Alwan (2010) afirma que *la amplia gama de problemas de salud existentes en las ciudades y sus determinantes requieren políticas coordinadas y medidas multidisciplinarias que abarquen el medio ambiente, el transporte, la educación, la planificación urbana y los parques y el ocio*. Esta estrecha relación entre territorio y salud pone de manifiesto que los problemas de salud de la población no pueden ser abordados directamente y en forma exclusiva desde el sector de la salud, sino que al ser de carácter transversal a diferentes sectores estatales; deben ser tratados a partir de

una política pública de carácter integral como es el Ordenamiento Territorial (OT).

Una política pública está conformada por actividades orientadas hacia la solución de problemas públicos en la que intervienen actores políticos con interacciones estructuradas y que evolucionan a lo largo del tiempo (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne, 2008). Oszlak (2007) plantea que el inicio de una política pública se da a partir de *cuestiones socialmente problematizadas* que han ingresado en la agenda del Estado y a partir de las cuales tanto el estado como la sociedad van tomando posición en el intento de resolverlas. En el inicio de este proceso es fundamental que exista información referida a esas *cuestiones socialmente problematizadas* sin la cual no es posible delinear acciones o se está expuesto a que aquellas que se planteen puedan tener falencias y no ser efectivas.

Para ello resulta esencial para las políticas de salud contar con información precisa sobre enfermedades, características de la población y condiciones del hábitat factibles de ser correlacionadas entre sí para facilitar el desarrollo de planes, programas y proyectos que mejoren las condiciones de vida de la población.

Este trabajo tiene como objetivo contribuir al conocimiento de la forma actual de funcionamiento del sistema de información sobre salud de la República Argentina, tomando como caso de estudio lo que sucede en la provincia de Mendoza y su articulación con la política territorial, poniendo énfasis en el recientemente aprobado Plan Provincial de Ordenamiento Territorial (Ley 8.999). En primer lugar, se hace un repaso histórico de los estudios epidemiológicos que han demostrado el vínculo entre salud y territorio. Luego se analiza la política de salud en dos escalas: nacional y provincial, para luego poder establecer el grado de vinculación que existe con la política territorial en esa última escala. Finalmente se plantean una serie de reflexiones respecto del grado de relación entre las políticas territorial y de salud en Mendoza.

Historia de una larga relación: salud y territorio

A mediados del siglo XIX, en un contexto donde la ciudad experimentaba un constante crecimiento, las condiciones de higiene del hábitat de la población no eran las adecuadas. En el año 1848, en Londres, la ciudad por ese entonces con mayor número de habitantes (Del Campo, 1996), se produjo una epidemia de cólera, registrándose en un año 1422 defunciones (Cerdeja y Valdivia, 2007). En 1854, un nuevo brote dejó 500 muertos en sólo 10 días. John Snow, médico inglés, investigó cuál podía ser la fuente de contagio de esta enfermedad, para lo cual cartografió el lugar de residencia de las personas fallecidas. Esto le permitió observar que el mayor número de muertes coincidía con un sector de la ciudad que se abastecía de una bomba de agua contaminada por los efluentes de un alcantarillado. Esta demostración fue la primera en sugerir que la fuente de transmisión del cólera era el agua de consumo (Pontius, 2003).

Estas investigaciones orientadas a describir la distribución espacial y a detectar los factores territoriales causantes de los problemas de salud contribuyen desde el siglo XIX a la planificación en el ámbito de la Salud Pública y se encuadran dentro de la ciencia epidemiológica.

El agua es uno de esos factores identificados como el medio para la rápida diseminación de enfermedades (Okun, 2003). De acuerdo a informes de la OMS, UNICEF y el Ministerio de Salud de Argentina, las enfermedades de transmisión hídrica más frecuentes son las hepatitis virales A y E, diarreas, dengue, fiebre tifoidea, cólera, rotavirus y adenovirus 40-41, y las no infecciosas, arseniasis, anemia e intoxicación por plomo.

Para prevenir y controlar este tipo de enfermedades, los Estados, e incluso las instancias de gobierno supranacional, elaboran normativas sobre el tratamiento del agua que se debe realizar, previo al consumo humano, para eliminar los vectores de las enfermedades. Sin embargo, y a pesar

de los esfuerzos desde la Salud Pública, lejos de estar erradicados, estos problemas de salud siguen produciendo brotes epidémicos como el de cólera en 1991 en Perú (Institute of Medicine, 2001), de gastroenteritis en Córdoba, Argentina, afectando a 1300 personas en 2013 (La Nación, 2013) y en 2016 en Buenos Aires, que afectó alrededor de 1500 personas (Wiñazqui, 2016). La infección por diarreas representa el 4,1% de la carga mundial de morbilidad¹ y es la causa de 1,8 millones de defunciones anuales. Alrededor del 90% de las personas afectadas por esta enfermedad son niños menores de 5 años (Prüss, Kay, Fewtrell y Bartram, 2002). En Argentina, según datos de 2017, la tasa de diarreas agudas cada 100.000 habitantes es de 1116,68. La región de Cuyo es la tercera del país con una tasa de 1729,43 (Ministerio de Salud de la Nación, 2017). En cuanto a la mortalidad infantil derivada de diarreas agudas (en menores de 5 años) en el país, las medidas adoptadas desde 1980, han logrado reducirla con una variación anual promedio de -9,1% (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Autores como Frost, Calderon y Craun (2003), Jagai, Naumova y Fefferman (2011) destacan la importancia de la vigilancia de este tipo de enfermedades por un lado para controlar su diseminación y por otro, como herramienta para el diseño de políticas orientadas a la salud pública.

En este punto, a partir de este trabajo, se plantea la necesidad de abordar estos problemas de salud que tienen una reconocida influencia de factores territoriales, no sólo desde las políticas de salud, sino en forma articulada con la política territorial.

¹ La carga mundial de morbilidad es una medición que realiza la Organización Mundial de la Salud con el fin de obtener datos globales sobre la pérdida de salud asociada a enfermedades y traumatismos.

La vigilancia en salud pública en Argentina

En salud, el término vigilancia se refiere a:

una actitud responsable sobre el estado de salud de un individuo por parte de los agentes de salud. Esta actitud requiere de observaciones sistemáticas orientadas a la toma de decisiones sobre las medidas concretas que se deben implementar, en cada caso en particular, para la prevención, atención y mejoramiento del estado de salud. (Ministerio de Salud, 2013)

Cuando se quiere hacer referencia al estudio de una población, al igual que al diseño de políticas territoriales que tengan relación con la problemática, el término utilizado es el de vigilancia epidemiológica, entendido como

la producción sistemática de información sobre el comportamiento de eventos de Salud-Enfermedad de la población y los factores que los condicionan, para orientar

el proceso de toma de decisiones dirigidas a mejorar la calidad de la Salud de la población. (Ortiz, Esandi y Bortman, 2004)

Argentina cuenta con un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que tiene sus antecedentes legales en la Ley N° 15.465 del Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria (ENO) del año 1960; su decreto reglamentario N° 3.640 de 1964 y el decreto N° 2.771 de 1979 que modifica a la mencionada ley.

Marco legal

La Ley N° 15.465 y sus decretos N° 3.640 de 1964 y N° 2.771/79 establecen para todo el territorio de la República Argentina la obligatoriedad de notificación de casos de ciertas enfermedades. Para ello las clasifica en 5 grupos con diferente periodicidad de notificación (Figura N°2).

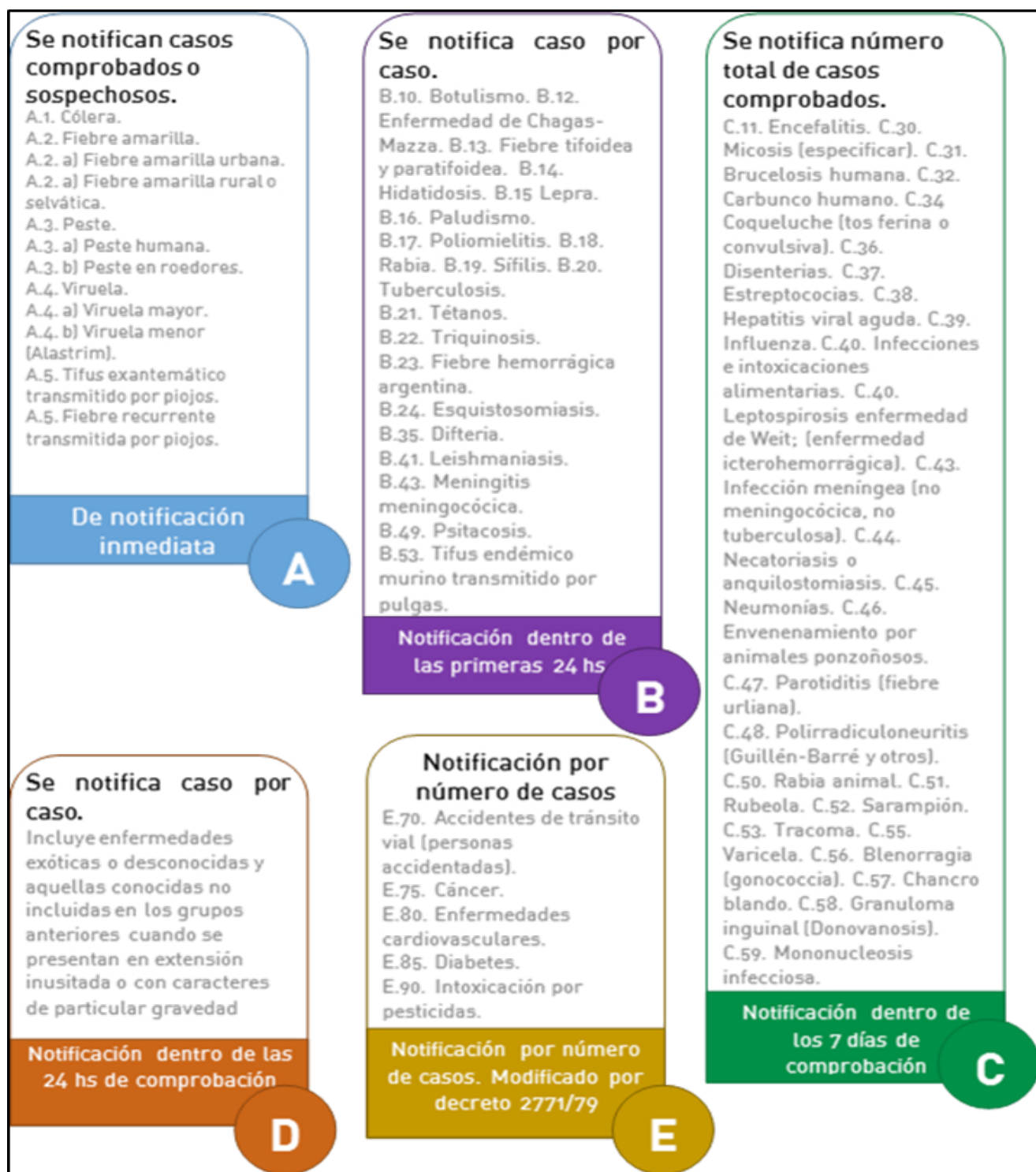


Figura N°2: Grupo de enfermedades de notificación obligatoria.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley Nacional N° 15.465 y decreto N° 2.771/79. Argentina.
 No se incluyen las enfermedades desagregadas.

Están obligados a notificar, ya sea casos sospechosos o comprobados de acuerdo a lo que establece la legislación, el médico que asiste al enfermo, los encargados de realizar los análisis que confirman la enfermedad y todo aquel profesional que ejerce alguna de las ramas de las ciencias de la salud que se encuentre frente a algún caso de las mencionadas enfermedades.

De acuerdo con el artículo 8 de la Ley Nacional N° 15.465, la notificación debe contener los datos que

permitan la localización e individualización de la persona [...] enferma y de la fuente de infección. Para ello existen fichas epidemiológicas generales y específicas para ciertas ENO que deben ser completadas por el profesional responsable y deben ser informadas a la autoridad sanitaria más próxima ya sea de carácter municipal o provincial, quienes a su vez deberán elevar la información al Ministerio de Salud nacional

En 1994, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Resolución 394/94 fija las normas de funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Funcionamiento del SINAVE

Todo sistema de Vigilancia Epidemiológica requiere de ciertas estrategias para la recolección de datos. En 2001, con el objetivo de fortalecer los Sistemas de Vigilancia a nivel nacional y provincial, se desarrolló un sistema informático denominado *Sistema Nacional de Vigilancia de*

la Salud (SNVS) con el objetivo de reunir todos los datos en un mismo sistema. El SNVS cuenta con diferentes estrategias de recolección (Fig. N° 3). La Vigilancia Clínica es la que recolecta la información sobre las Enfermedades de Notificación Obligatoria. La Vigilancia por Laboratorios (SIVILA) es la estrategia a través de la cual se descartan o confirman los casos sospechosos de las ENO además de contribuir en la identificación y caracterización de brotes y epidemias. La vigilancia a través de las Unidades Centinela tiene como objetivo monitorear ciertas enfermedades específicas; y finalmente integran el SNVS los Programas Nacionales.

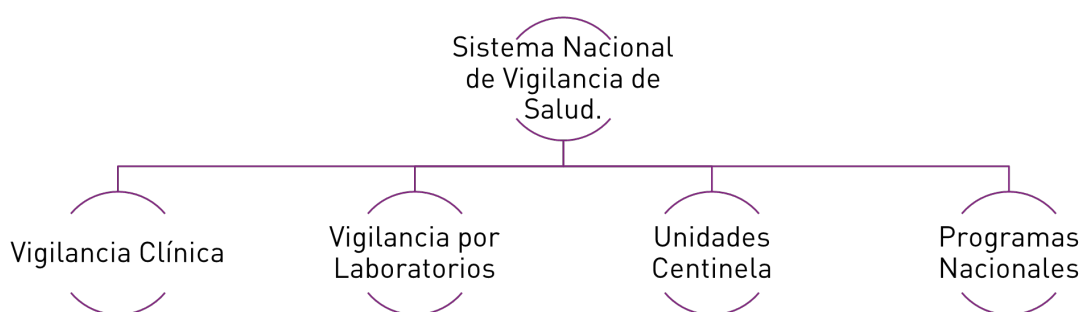


Figura N°3: Composición del SNVS. Argentina
Fuente: Elaboración propia (2018)

Por lo tanto, el SNVS unifica en una misma base la información recolectada a través de cada una de estas estrategias por los diferentes nodos que integran la red de notificación. Los nodos pueden ser establecimientos de salud, sedes administrativas departamentales, provinciales o nacionales, que en conjunto conforman la vigilancia clínica, y laboratorios públicos o privados, unidades centinelas, programas y aquellos organismos vinculados a la vigilancia de la salud (Ministerio de Salud, Argentina, 2007).

El SNVS contempla 3 niveles de información: local, central-provincial y central-nacional. El primer nivel, integrado por los profesionales que atienden a personas afectadas por alguna de las enfermedades monitoreadas, es el encargado de confeccionar las planillas, fichas de relevamiento de casos e informar al nivel inmediatamente superior.

El nivel central-provincial, integrado por el Departamento de Epidemiología Provincial, es el que recibe los datos y, entre sus responsabilidades está la de procesar, analizar y difundir la información a través de la elaboración de los boletines epidemiológicos a la vez que, entre otras actividades de igual importancia, debe coordinar

acciones de intervención cuando se está frente a una situación de alerta. Este nivel remite la información, a su vez, al nivel superior, es decir el nacional.

El nivel central-nacional, es el encargado de realizar análisis e investigaciones a partir de la información proveniente de las provincias dando como resultado boletines epidemiológicos nacionales, informes y demás. A su vez, de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud, debe asesorar, evaluar y actuar sobre los problemas de salud considerados de relevancia nacional o de aquellos imposibles de controlar en forma aislada por las provincias y cooperar científica y técnicamente con los distintos niveles sobre la adopción de medidas de control.

Funcionamiento a nivel provincial

Mendoza adhiere a través de la Ley N° 5714 de prevención, asistencia integral, control e investigación de enfermedades infectocontagiosas, a la ley nacional N° 15.465 y establece que la autoridad de aplicación de la misma es el Ministerio de Salud.

La ley 8.830 de Ministerios del año 2015 de Mendoza, crea el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Dentro del mismo, la Subsecretaría de Salud es la que tiene a su cargo los departamentos, direcciones, laboratorios y hospitales involucrados en el registro de la información provista al SNVS, dependiente del SINAVE. Específicamente los departamentos de Epidemiología y Bioestadística, junto con las direcciones de *Epidemiología, Bioestadística y Ambientes Saludables y General de Planificación y Sistemas de Información* constituyen la base de la información y de los sistemas interactivos de procesamiento de datos. La dirección General de Planificación y Sistemas de Información administra el sitio web infosalud donde se publican los boletines epidemiológicos y donde se en-

cuentra disponible para su consulta, toda la información de salud de la Provincia relevada por hospitales, centros de salud y laboratorios. Es allí donde se encuentran además los datos sobre las ENO.

Las direcciones mencionadas de la Subsecretaría de Salud apuntan a:

proveer información y conocimientos epidemiológicos y de salud ambiental oportunos, pertinentes y de calidad, apoyándose en la identificación de riesgos y datos a la salud y sistematizando la información que permita la toma de decisiones y las medidas de prevención y control. (Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, 2018)

La política de Salud en Mendoza

A partir de la información que genera el Departamento de Epidemiología y Bioestadística del Ministerio de Salud de Mendoza es posible conocer la distribución de las ENO por departamento, grupo etario y semana epidemiológica. El interrogante que surge es si esta información sirve efectivamente para el diseño de la política de salud atendiendo a la prevención y control de esas enfermedades y si esas políticas, planes, programas y/o proyectos que se desarrollan desde el ámbito de la salud, están articuladas con las políticas territoriales.

El SNVS, como se describe anteriormente, cuenta con una extensa red de generadores de información a diferentes escalas geográficas que contribuyen de manera efectiva a la planificación de la salud pública en los ámbitos municipal, provincial y nacional, respetando las competencias de sus jurisdicciones.

Sin embargo, no existe un trabajo conjunto con las áreas de gobierno con injerencia territorial. La información generada y utilizada por estos dos sectores es una muestra de la falta de articulación que existe.

La política territorial en Mendoza

La aprobación, en 2009, de la primera ley de Ordenamiento Territorial y Usos del Suelo, y en 2017, del primer Plan Provincial de Ordenamiento Territorial, posicionan a Mendoza como pionera en el desarrollo de la política territorial.

Luego de la sanción de la ley, en el año 2013, se elaboró el diagnóstico del sistema territorial de la provincia orientado a interpretar su estructura y dinámica a partir del análisis de los subsistemas

físico biológico, socioeconómico y político institucional y las relaciones existentes entre ellos. De estas interrelaciones se identificaron problemas asociados a la equidad, equilibrio y la sustentabilidad.

Esto permitió determinar una serie de problemas que guiaron la elaboración del recientemente aprobado Plan Provincial de Ordenamiento Territorial (PPOT), Ley N° 8.999 de 2017. *El plan aborda la estructura y dinámica territorial de forma integral [...] tratando de armonizar el interés público y privado, como también las competencias entre nación-provincia y municipio* (Ley 8.999, 2017). Esto sienta las bases para que el PPOT trate temas, problemáticas sociales, ambientales, de manera integral, buscando el abordaje de éstos de manera holística, superando a la política sectorial.

¿De qué manera plantea entonces la articulación con la política de salud? El plan no refiere a un trabajo coordinado puntualmente con la política de salud, aunque se proponen tres programas estructurantes que están vinculados a las temáticas planteadas en este trabajo:

- ◇ Coordinación de Políticas Públicas vinculadas al territorio
- ◇ Gestión Integrada del Hábitat
- ◇ Gestión integrada de los recursos hídricos y del territorio

Al respecto del primer programa el PPOT menciona que se *concibe una gestión transversal de la política pública con injerencia territorial dejando atrás lo sectorial, entendiendo al territorio provincial en su integralidad* (Ley 8.999, 2017). El objetivo relativo al segundo programa hace referencia a la importancia de garantizar la calidad de vida

de la población en términos ambientales y de acceso a servicios básicos y por último, el tercer programa tiene como objetivo impulsar la gestión integrada del agua apuntando al desarrollo de una política integral de acuerdo a los diferentes usos existentes del agua en el territorio y al manejo sustentable del recurso. Sin embargo, hasta el momento estos programas no han sido desarrollados por lo que han quedado como simples enunciados.

Por lo tanto, el principal instrumento de la política territorial de la provincia no ha detectado hasta el momento la importancia de un trabajo coordinado con la política de salud y menos aún un tratamiento conjunto de la información que sirva al diseño de planes, programas y proyectos.

Servicios básicos y enfermedades: buscando la fuente de infección

Tal como se viene afirmando, la información resulta un insumo clave tanto para la detección de problemáticas como para la definición de acciones orientadas a la resolución de esas situaciones.

En la provincia de Mendoza la información relacionada a la salud de la población se actualiza periódicamente por semana epidemiológica (SE), es de fácil acceso y sirve a la política de salud pública. Sin embargo surge el interrogante acerca de si estos datos son factibles y si efectivamente son correlacionados con la información territorial, aspecto clave en la detección de las causas que originan estas afecciones.

El agua es un recurso vital y en una provincia con condiciones de aridez como Mendoza resulta escaso, por lo que es fundamental la planificación territorial para garantizar un acceso equitativo a los servicios de agua potable y saneamiento a la población. Lograr equidad y equilibrio en el acceso a estos servicios, tal como lo plantea la ONU en la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, mejora las condiciones del hábitat de la población y contribuiría a la reducción de enfermedades causadas por este factor. Una de estas afecciones, con una importante carga de morbilidad a nivel mundial, son las diarreas.

Se procede entonces al análisis de los casos de diarrea en Mendoza por departamento, del año 2017, por ser el último año del que se disponen los datos de las 52 SE (Fig. N°4).

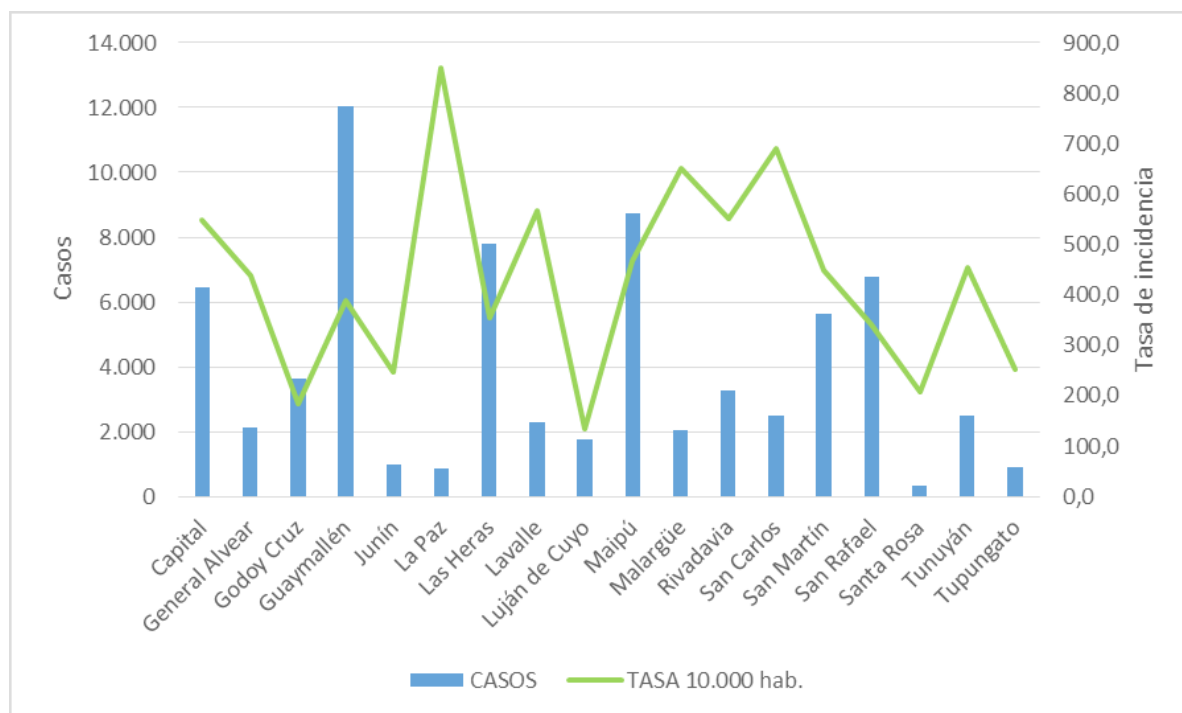


Figura N°4: Casos y tasa de incidencia de diarrea por departamento. Mendoza. Año 2017

Fuente: Elaboración propia a partir de informe epidemiológico C-2. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

Mendoza registró un total de 70.652 casos, aproximadamente el 50% se notificó en los departamentos Guaymallén, Las Heras, Maipú y Capital, mostrando una concentración espacial en el Área Metropolitana de Mendoza (AMM). Esta situación podría responder precisamente a la gran cantidad de población que allí reside (aproximadamente el 60% del total provincial), por lo que, para poder observar la frecuencia de la enfermedad en relación a la población de cada uno de los departamentos, se utiliza la *tasa de incidencia*². De este análisis se desprende que las mayores tasas de incidencia se registran fuera del AMM. En La Paz fue de 850 por 10.000

² Cálculo de tasa de incidencia de acuerdo a Tapia Grana-dos, J (1994) *Incidencia: concepto, terminología y análisis di-mensional*. Medicina Clínica. 103 (4). Pp 140-2.

habitantes³, San Carlos, 690, y Malargüe, 651.

A partir de las figuras N° 5 y N° 6 puede ob-servarse cómo varía la distribución espacial entre los departamentos de la provincia cuando se analizan casos de diarrea y cuan-do se analiza la tasa de incidencia de esta enfermedad. En la figura N° 5, los departa-mentos con mayor cantidad de casos se con-centran en el AMM y San Rafael, principal ciudad del oasis sur provincial. En la figura N° 6 se observa una distribución diferente a la anterior donde las mayores tasas de inci-dencia se registran fuera del AMM.

³ Para el cálculo de la tasa de incidencia se proyectó la po-blación por departamento a 2017 con base en el Censo Na-cional de Población Hogares y Vivienda 2010.

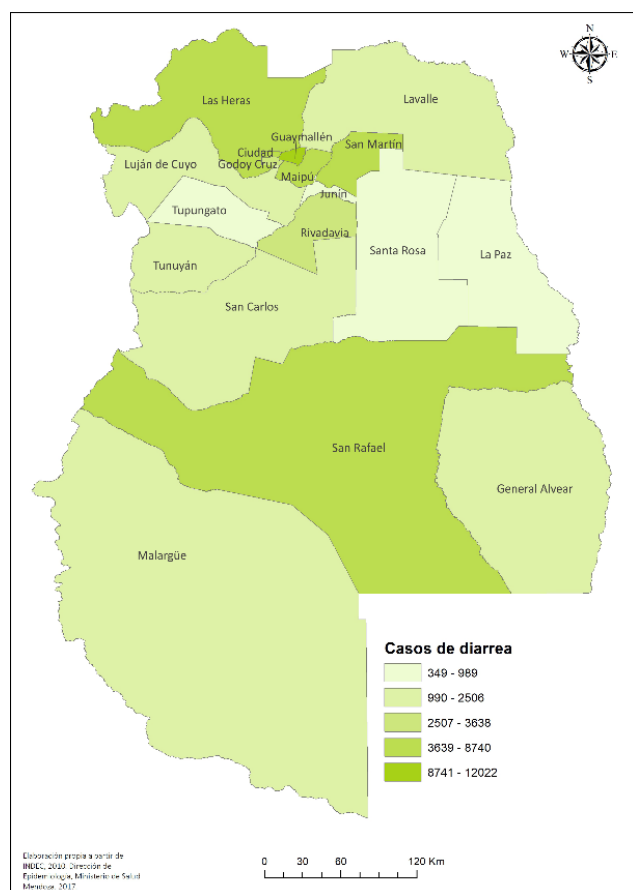


Figura N°5: Casos de diarrea por departamento. Mendoza, 2017

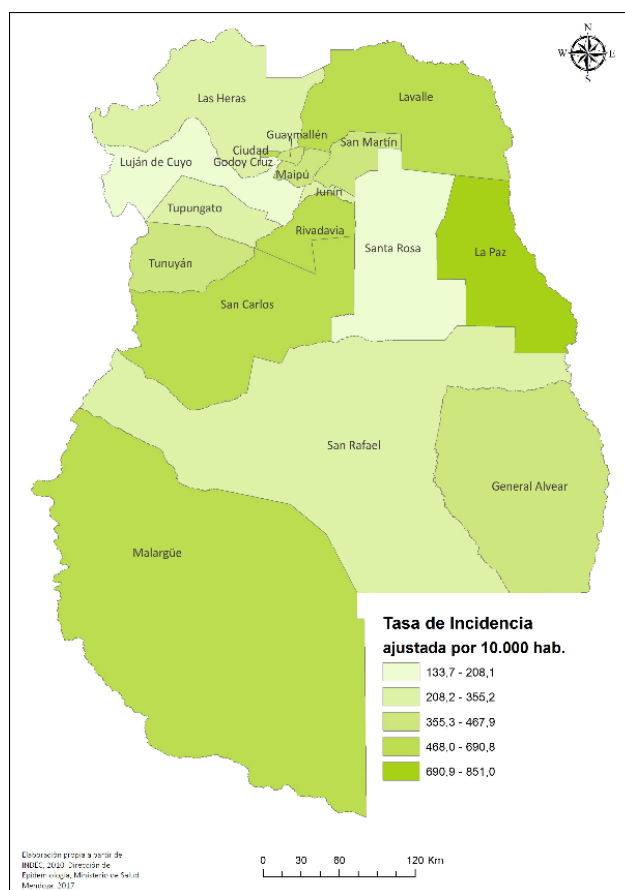


Figura N°6: Tasa de incidencia de diarrea por departamento. Mendoza, 2017.

Fuente: Elaboración propia a partir de informe epidemiológico C-2. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes.

El Estado, a través de la Salud Pública, define la forma de implementación de políticas públicas con sus correspondientes intervenciones para tratar la salud de la población. *Es el Estado el que se debe encargar de la promoción, prevención y atención de la salud de sus habitantes, permitiendo que todos gocen de los mismos derechos y brindando a todos los mismos niveles de acceso* (Ramírez, Torres, Fabro, Tosolini y Ferreira, 2013). Entre ellos, para el diseño de políticas orientadas a la disminución de la incidencia de diarreas, es necesario garantizar un acceso equitativo a los servicios de agua potable y saneamiento.

Se procede entonces al análisis de los datos sobre el acceso a estos servicios en Mendoza a partir de los datos del Censo Nacional del 2010 debido a que son los últimos datos disponibles.

En primer lugar se define la escala de análisis a nivel departamental debido a que los datos de las ENO sólo se encuentran disponibles a ese nivel, por lo que el tipo de acceso de los hogares a servicios de agua y saneamiento, también se analizan a esa escala (Fig. N° 7 y N° 8).

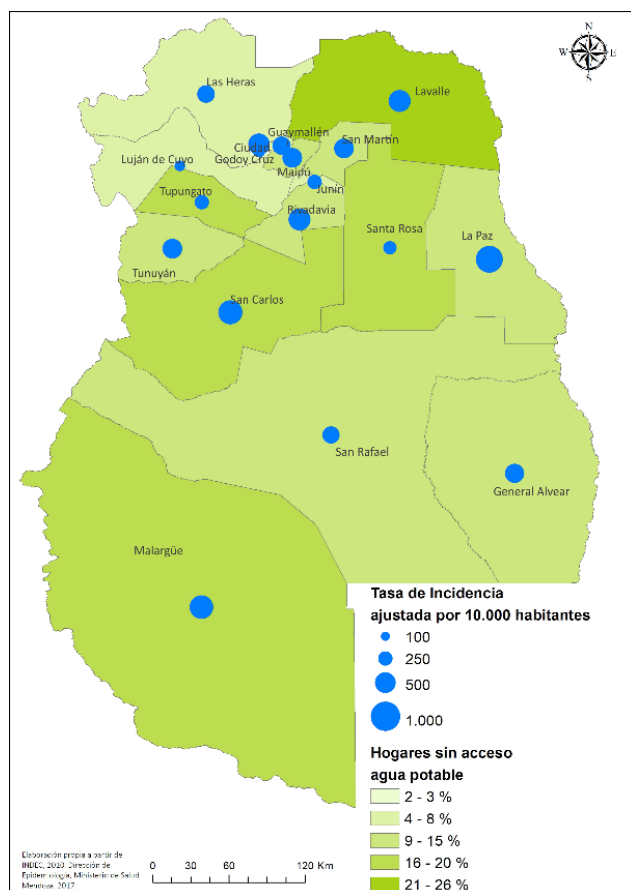


Figura N° 7: Hogares sin acceso a agua potable y tasa de incidencia diarrea por departamento

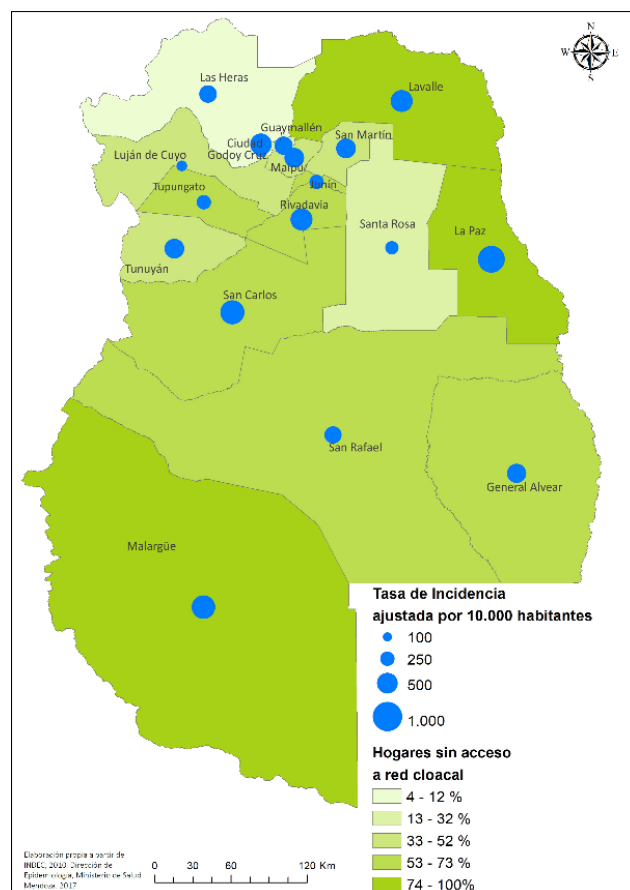


Figura N°8: Hogares sin acceso a red cloacal y tasa de incidencia de diarrea por departamento

Fuente: Elaborado a partir de INDEC Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, Gobierno de Mendoza.

Se consideran para la correlación los hogares sin acceso a la red de agua potable y sin acceso a la red cloacal debido a que son los que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad frente al posible contagio de enfermedades.

Mendoza presenta una marcada inequidad en el acceso a ambos servicios entre sus departamentos y ese desequilibrio es aún mayor en el

acceso al servicio cloacal. El servicio de agua potable tiene mayor cobertura, alcanzando, para todos los departamentos, a más del 70% de los hogares, mientras que el servicio de saneamiento se encuentra prácticamente ausente en departamentos como Malargüe, La Paz y Lavalle. Son los departamentos del AMM los que presentan las mejores condiciones.

Este primer análisis muestra cómo los departamentos más expuestos son coincidentes con los que presentan las mayores tasas de incidencia de diarrea. Sin embargo, la unidad de análisis en los indicadores de acceso a los servicios son los hogares, por lo tanto, analizar esta información a nivel de departamento lleva a la pérdida del dato, ya que no es una fiel expresión de la realidad del territorio. *Es necesario disponer de mejores datos para resolver los problemas de salud [...] y saber dónde se concentran ciertos problemas y ciertas necesidades [...] se necesitan sistemas de recogida y análisis sistemáticos de datos desglosados* (Chan, 2010). Sin embargo, pueden ser analizados a una escala de mayor detalle, solamente los datos de acceso a los servicios básicos.

El Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 provee esta información a nivel de radio censal. Se cartografiaron los hogares sin acceso a agua potable y red cloacal relacionados con los casos de diarrea a nivel departamental, utilizando este otro indicador frente a la imposibilidad de calcular la tasa de incidencia a una escala desagregada.

Debido a la cantidad de casos observados se analiza solamente el AMM, ubicado en el centro norte de la provincia y conformado por el continuo urbano de los departamentos Capital, Godoy Cruz, Las Heras, Guaymallén, Maipú y Luján de Cuyo. Se asienta en el oasis norte y es irrigada por la cuenca del río Mendoza. Esta cuenca cuenta con un sistema de regulación del agua a partir del cual se abastece a la población de los municipios mencionados, con los servicios básicos de agua potable y saneamiento.

En Mendoza, las áreas urbanas han crecido cerca de un 18,5% en los últimos cuarenta años y el AMM desde 1991 ha mantenido su peso relativo en el total de población provincial, siendo la zona donde se da la mayor concentración de habitantes (Gudiño, 2013). Este crecimiento sostenido se ha dado sin un orden, sin una planificación y, como consecuencia, quedan áreas desprovistas de los servicios básicos de agua potable y saneamiento lo que aumenta el grado de exposición de la población a enfermedades de origen hídrico. Esta situación se traduce en desequilibrios territoriales e inequidades sociales, como puede observarse en las figuras N° 9 y N° 10.

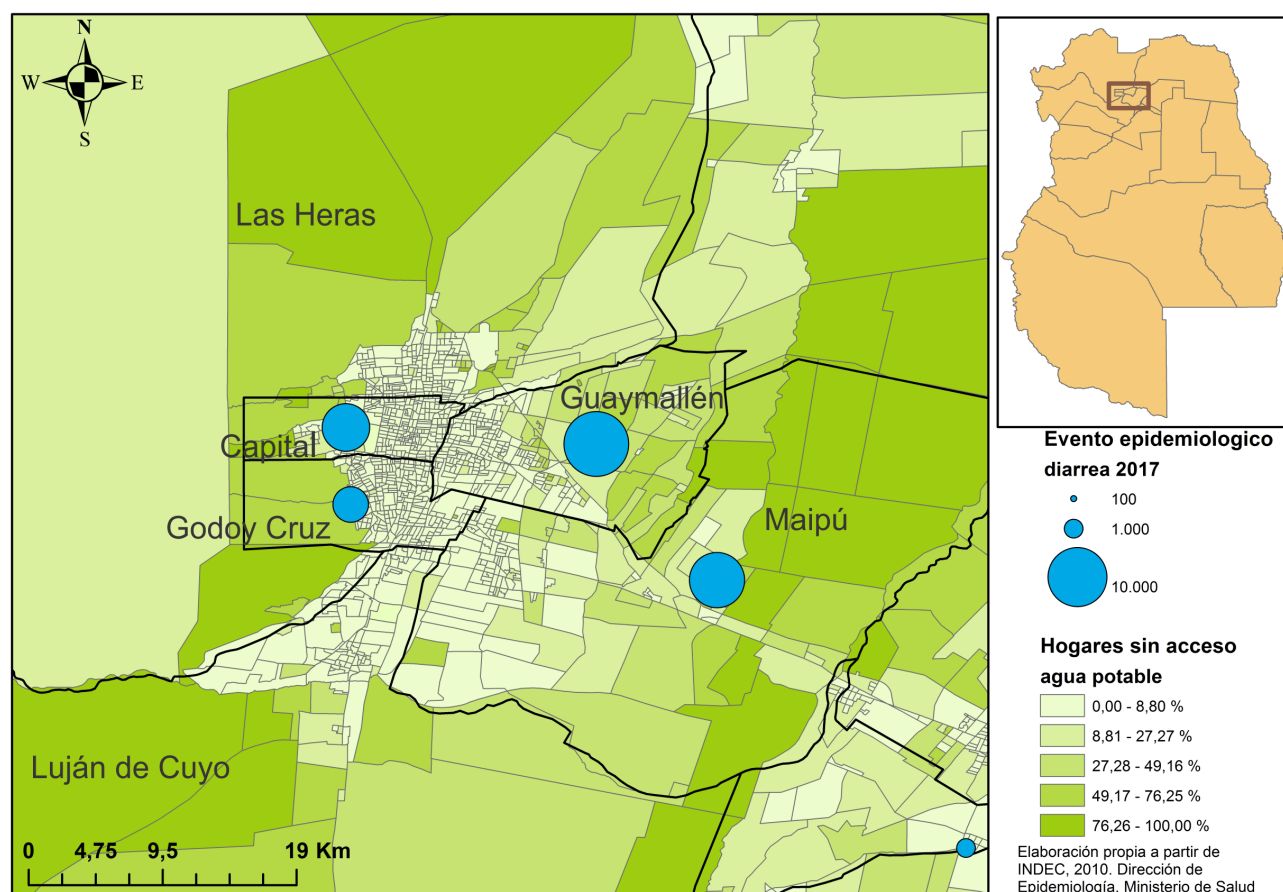


Figura N°9: Porcentaje de hogares sin acceso a red de agua potable por radio censal y eventos de diarrea por departamento. Mendoza.

Fuente: Elaborado a partir de datos del INDEC Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, Gobierno de Mendoza.

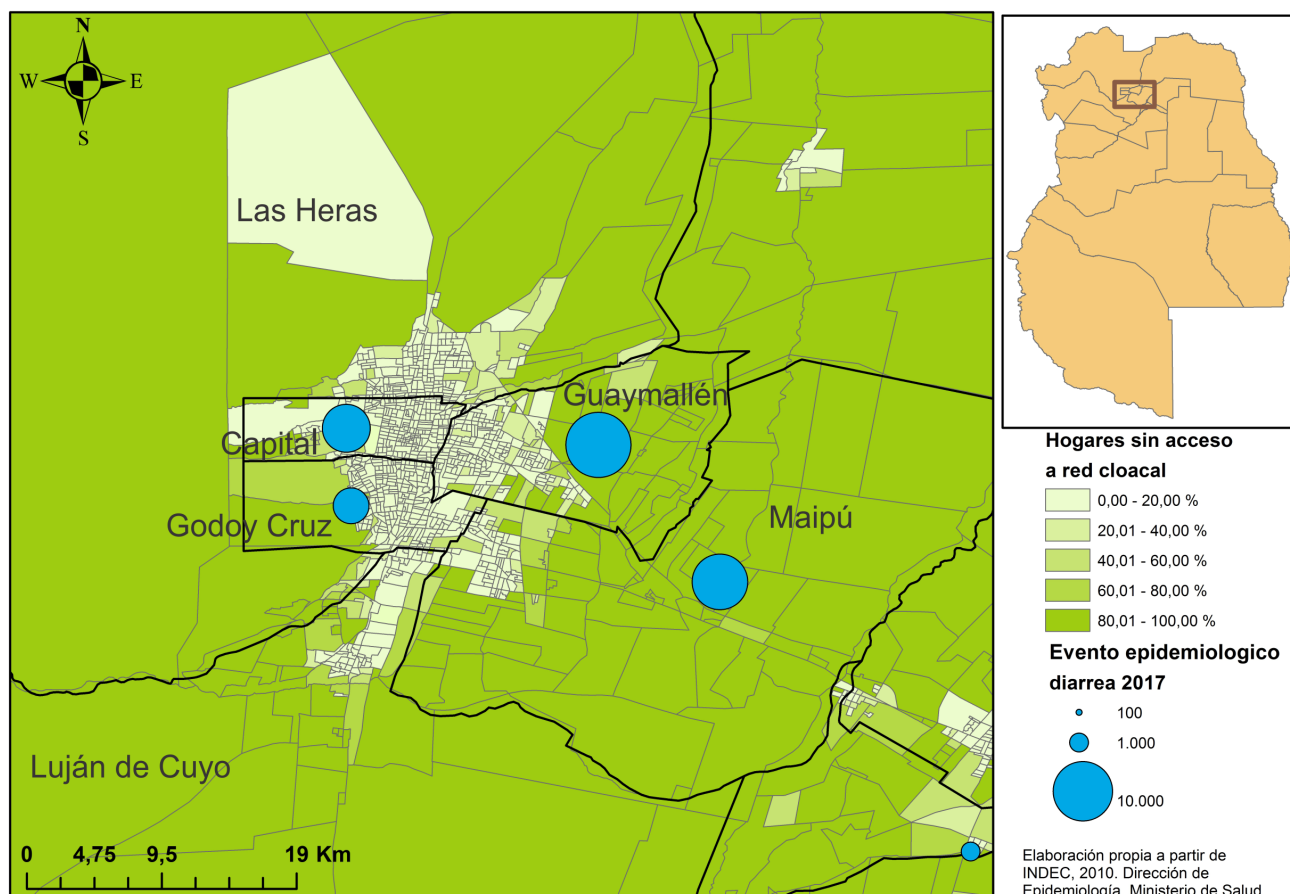


Figura N°10: Porcentaje de hogares sin acceso a red cloacal por radio censal y eventos de diarrea por departamento. Mendoza.

Fuente: Elaborado a partir de datos del INDEC Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, Gobierno de Mendoza.

Cuando se analizan los datos a nivel de radio censal se observa una variación en la situación presentada a nivel de departamento. Mientras que la información por municipio demostraba que el acceso de los hogares a los servicios básicos superaba en todos los casos el 45%, los datos a nivel de radio censal, indican que hay zonas, dentro de los departamentos que conforman el AMM, donde el acceso no alcanza al 20% (se encuentran representadas con los colores más oscuros en el mapa).

Guaymallén es el departamento donde se registró el mayor número de casos: 12.022 notificaciones. Dentro de este territorio, Capital y Maipú, tienen las mayores tasas de incidencia: de 548 y 468 casos cada 10.000 habitantes respectivamente.

Con los datos de acceso a los servicios a una escala departamental no es posible explicar las probables causas de estos indicadores. Sin embargo, cuando se analiza a una escala de mayor detalle, como puede ser a nivel de radio censal, se observa que en esos departamentos hay zonas totalmente desprovistas de estos servicios.

Sin embargo no es posible establecer con certeza esta relación debido a que los datos se presentan a diferentes escalas geográficas.

Esta incompatibilidad en los datos lleva entonces a revisar la política territorial de Mendoza en la búsqueda de un tratamiento transversal de esta problemática entre ambas áreas (Salud/Territorio).

Reflexiones finales

Trabajos a lo largo de la historia y en diferentes partes del mundo han demostrado que hay problemas de salud estrechamente relacionados con las condiciones territoriales y del hábitat de la población. En esta línea, Argentina ha desarrollado un importante sistema de vigilancia epidemiológica que incorpora diferentes niveles jurisdiccionales permitiendo contar con información actualizada sobre el estado de salud de la población. Si bien este sistema sirve a la definición de políticas, planes, programas y proyectos en salud, la escala de tratamiento de esa información no permite conocer con detalle las condiciones del entorno donde se producen esos casos, por lo tanto, resulta complejo asociarlos con las características territoriales. La localización precisa de los eventos de salud permitiría identificar las áreas de mayor incidencia contribuyendo asimismo a la identificación de factores ambientales, territoriales asociados a ellos. En el caso de Mendoza, el mismo sistema lleva a la pérdida del dato debido a que éste es relevado a la escala de mayor desglose que es la vivienda del enfermo. Sin embargo en el procesamiento de la información, todos los casos son agrupados por departamento cuando efectivamente podrían utilizarse técnicas de georreferenciación para localizar los puntos de procedencia de la población y así poder determinar con mayor precisión las causas de la enfermedad.

No puede dejar de mencionarse la información referida a la población, los hogares y viviendas de la que se dispone para llevar adelante no sólo investigaciones sino políticas públicas. Los censos nacionales, actualizados cada 10 años, si bien son una fuente de información muy valiosa pierden vigencia rápidamente y más aún cuando se los analiza junto a procesos tan dinámicos como es el proceso salud/enfermedad. A pesar de que existen otras fuentes, como la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), éstas se encuentran orientadas sólo a las áreas más pobladas, y en Mendoza sólo se disponen de datos del denominado “Gran Mendoza”, formado por los departamentos que conforman el AMM.

Por otra parte, el incipiente desarrollo de la nueva política territorial de Mendoza a través del Ordenamiento Territorial como política de Estado, que subordina las políticas sectoriales a la política territorial, sienta las bases para el trabajo articulado entre los diferentes sectores estatales y avanza, con programas específicos, sobre temas relacionados al hábitat y al agua. Sin embargo el PPOT no trata específicamente temas relacionados a la salud pública.

Por lo tanto y a partir de lo expuesto, puede afirmarse que hasta el momento no existe una verdadera articulación en la provincia de Mendoza entre las políticas territoriales y de salud, a pesar de que es el territorio el espacio en el que se conjugan las condiciones del proceso salud-enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Alwan, A. (2010). *La planificación urbana es esencial para la salud pública*. Disponible en <https://www.who.int/>.
- Borja, J., y Castells, M. (1997). *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. Barcelona: Santillana.
- Brito, A. E. (2000). “¿Epidemiología clínica o epidemiología para clínicos?”, *Ateneo*, pp. 64-71.
- Cerda, J., y Valdivia, G. (2007). “John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento”. *Revista Chilena de Infectología*, 24(4), pp. 331-334.
- Chan, M. (2010). “Poner la salud en el centro de las políticas urbanas”. *Foro mundial sobre urbanización y salud*. Kobe: Organización Mundial de la Salud.
- Del Campo, S. (1996). *Estado actual de la población mundial*. México D.F.: UNAM.
- Gomes, M. A. (2005). *Monitoreo y Analisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud*. Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud.
- Gudiño, M. E. (2013). *Modelo Territorial Actual del Subsistema Socioeconómico. Provincia de Mendoza-Argentina*. Mendoza.
- Institute of Medicine. (2001). *Global Issues in water, sanitation and health*. Washington DC: National Academic Press.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”; Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS); Ministerio de Salud. (2016). *Mortalidad por Enfermedades Infecciosas Intestinales en Menores de 5 Años. Argentina. Actualización 2014*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- La Nación (2013). *Un brote de gastroenteritis afecta al 10 por ciento de un pueblo de Córdoba (28 de junio)*. Recuperado el 2 de febrero de 2017 de <http://www.lanacion.com.ar>.
- Ley 8.999 (2017). Plan Provincial de Ordenamiento Territorial. Mendoza.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017). *Boletín integrado de vigilancia*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Salud, Argentina. (2007). *Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud, D. (2013). *Guía para el fortalecimiento de la vigilancia de la Salud en el nivel local*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. (2018). *Misión Dirección de Epidemiología, Bioestadística y Ambientes Saludables*. Disponible en www.salud.mendoza.gov.ar.
- Okun, D. (2003). “Drinking water and public health protection”. En Pontius, F., *Drinking water regulation and health*. Nueva York : John Wiley & Sons Inc. .
- OMS. (1948). *Official Records of the World Health Organization*. Nueva York: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en https://www.who.int/topics/social_determinants/es/.
- Ortiz, Z., Esandi, M., y Bortman, M. (2004). *Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de salud - Banco Mundial.
- Pontius, F. (2003). *Drinking water regulation and health*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Prüss, A., Kay, D., Fewtrell, L., y Bartram, J. (2002). “Estimating the Burden of Disease from Water, Sanitation, and Hygiene at a Global Level”. *Environmental Health Perspectives*, 110(5), pp. 537-542.
- Ramirez, A., Torres, P., Fabro, G., Tosolini, L., y Ferreira, M. (2013). *Epidemias y Salud Pública*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. . Génova: OMS.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., y Varonne, F. (2008). *Análisis y Gestión de las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.
- Wiñazqui, N. (2016). *Comprobaron que el agua de Berazategui está contaminada*. Todo Noticias, 12 de octubre. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016 de <http://tn.com.ar>.
- Zhou, N., Zhang, H., Lin, X., Hou, P., Wang, s., Tao, Z., y Xu, A. (2016). “A waterborne norovirus gastroenteritis outbreak in a school, eastern China”. *Epidemiology and Infection*, 144(6), pp. 1212-1219.