

Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina

56

Año | 2003

Una introducción



Representación OPS/OMS Argentina



Organización y Financiamiento
de los Servicios de Salud en Argentina.
Una introducción

Año : 2003

353.6 Mera, Jorge A.
MER Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción / Jorge A. Mera y Julio N. Bello.- 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS, 2003.
224 p.; 22x16 cm.
ISBN 950-710-078-4

I. Bello, Julio N. - 1. Servicios de Salud Pública

© Organización Panamericana de la Salud, 2003

I.S.B.N. 950-710-078-4

Primera edición: 1.000 ejemplares

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Impreso en Argentina
Gráfica Laf S.R.L.
Loyola 1654, Ciudad de Buenos Aires, Argentina
en el mes de agosto de 2003

Diseño y diagramación: Rosario Salinas

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción

—

Jorge A. Mera

Julio N. Bello

Representación OPS/OMS Argentina



Autores

El presente documento fue elaborado por Jorge A. Mera (Univ.Torcuato Di Tella) y Julio N. Bello (Univ.Maimónides) con la supervisión técnica de Antonio C. de Azevedo (OPS/OMS)

Colaboraciones

En la redacción de diferentes capítulos del documento prestaron especial colaboración:

Recursos Humanos: Rosa María Borrell (OPS/OMS)

Provincia de Entre Ríos: Lucía Peirano Klein (Isalud)

Financiación: Federico Tobar (M. de Salud)

Situación de Salud: Enrique Vázquez (OPS/OMS)

Indice

Prólogo	11
Introducción	13
Características generales de Argentina respecto de salud ..	17
<i>Contexto demográfico</i>	17
<i>Contexto económico</i>	19
<i>Mortalidad general y por causas</i>	25
<i>Desigualdades en mortalidad</i>	26
<i>Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)</i>	27
<i>Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP)</i>	28
<i>Mortalidad Infantil y Materna, las muertes más injustas</i>	30
Estructura del sector salud	37
<i>El subsector público</i>	37
Ministerio de Salud de la Nación	37

■ La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT),	39
■ El Centro Nacional de Reeducación Social (CE.NA.RE.SO)	39
■ El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)	39
■ La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" (ANLIS)	39
■ La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	40
■ El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)	41
■ El Proyecto de Desarrollo del Sector Salud en las Provincias (PRESSAL)	42
■ La Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S)	42
■ El Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGI+A)	43
■ El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica	43
■ El Programa Remediar	44
■ El Programa Federal de Salud (ProFe)	45
■ El Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitaria para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)	45
Análisis general de las Funciones Esenciales de Salud (FES)..	45
Los servicios de salud en las fuerzas armadas.....	47
Autoridades de Salud Provinciales	50
■ Federalismo y sistema de salud	50
■ Diagnóstico provincial sintético	51
<i>La seguridad social</i>	55
Las obras sociales del régimen nacional	55
Las obras sociales provinciales	61
<i>El subsector privado</i>	61
Recursos de salud privados.....	61
Coberturas de salud privadas	62
■ Entidades de la sociedad civil	63
■ Entidades gremiales profesionales	66
■ Colegios Profesionales de Ley	68

Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina	[9]
■ Entidades científicas	69
El ejercicio profesional en los servicios de salud	69
Recursos humanos y materiales	73
<i>Recursos humanos</i>	73
Problemas generales de Recursos Humanos que ameritan modificaciones:	74
■ Disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo en salud	74
■ Formación de Recursos Humanos en Salud	76
La planificación, gestión y regulación como mecanismos conductores de una política de Recursos Humanos en Salud....	79
<i>Establecimientos de atención médica</i>	79
<i>Equipamiento y tecnologías</i>	83
<i>Financiación del sistema de salud</i>	83
El gasto en salud	84
Proveniencia de los recursos	85
Destino del gasto en salud	89
Flujos de financiación	90
El control del gasto en salud	91
Los procesos de Reforma	95
<i>La situación de Argentina en el concierto mundial</i>	95
<i>Intentos por articular el sistema de salud argentino</i>	96
El Sistema Nacional Integrado de Salud	96
La Comisión Paritaria Nacional - Ley 19.710	97
El Seguro Nacional de Salud	98
<i>Las políticas desregulatorias</i>	100
La opción de obra social	100
El programa médico obligatorio (PMO)	101
La autogestión hospitalaria	103

La crisis	104
<i>La Seguridad Social</i>	107
<i>El subsector público</i>	109
<i>El subsector privado</i>	111
Referencias bibliográficas	113
Anexos	119
I Decreto de Emergencia.....	121
II Mesa de Diálogo Sectorial de Salud	133
III Provincia de Chaco	137
IV Provincia de Entre Ríos	171
V Provincia de Neuquén.....	183
VI Provincia de Santa Fe	201
VII Siglas Institucionales	217

Prólogo

La Representación en Argentina de las Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), presenta con gran satisfacción la publicación *Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción*, de los Dres. Jorge A. Mera y Julio N. Bello y la incorpora en la serie de publicaciones de esta Representación con el N° 56.

La organización y el financiamiento de los servicios de salud son los ejes más destacables de los movimientos reformistas de los servicios de salud en el Hemisferio. La visión que los autores nos presentan, como lo señala el título de la obra, apenas una introducción, toma estas categorías de análisis en los últimos años de la realidad de Argentina.

A lo largo de sus 100 años, la OPS ha acompañado y participado activamente en el desarrollo de la salud en las Américas. La presencia de la Organización en los países representa una situación de privilegio que permite, a veces, tener algún protagonismo y, otras veces, adoptar una ubicación de observador, de ninguna manera indiferente. Dependiendo del contexto, la justa medida parecería la conveniente a una institución que es de los propios Estados Miembros que la conforman y hacen posible su funcionamiento.

A los procesos en curso, tanto en organización como en financiamiento de los servicios de salud en Argentina durante el periodo que cubre esta obra, hay que entenderlos con la atención que un contexto de cambio tan acelerado representa, con la apertura a la diversidad de un país que ejerce su federalismo de modo muy singular y con la confianza en los excelentes recursos humanos e institucionales con que cuenta el país.

Los Dres. Mera y Bello, distinguidos autores, antiguos conocidos y amigos de la Organización y del suscrito, presentan información relevante y oportuna. Su obra fluye en forma natural a partir del análisis de la situación nacional y nos lleva con habilidad y sencillez hacia temas de fondo vinculados a la organización y financiamiento de los servicios de salud. Destaco asimismo los Anexos que se refieren a la emergencia sanitaria y a la necesaria búsqueda de consensos a través de la mesa de diálogo sectorial de salud. Figura también, entre ellos, una mirada más fina a cuatro provincias argentinas.

Para la OPS ha sido muy interesante interactuar con los autores en la conformación de esta publicación, particularmente a través de la entusiasta participación del Dr. Antonio de Azevedo, hasta hace poco Consultor en Servicios de Salud.

Con el apoyo a esta publicación, cuyo contenido es de responsabilidad de sus autores, OPS/OMS hace una contribución al registro de hechos y temas significativos para la salud y sus desarrollos.

Dr. Juan Manuel Sotelo
Representante OPS/OMS en Argentina

Introducción

La República Argentina es un país federal donde, dentro del subsector público, comparten responsabilidades sobre salud el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y municipalidades de grandes agregados urbanos, todos los cuales proveen a la población atención médica, *legalmente gratuita*, a través de una vasta capacidad instalada de hospitales y otros servicios de salud, cuya dimensión y características se describen más adelante.

Asimismo, el país cuenta con un importante sistema de seguridad social médica (las entidades que lo integran se denominan “*obras sociales*”), separado del régimen de jubilaciones y pensiones, que financia servicios de salud a sus trabajadores beneficiarios y a sus familias, prestados en su casi totalidad por profesionales y establecimientos privados.

El subsector privado, por otra parte, no solo atiende a los afiliados de las obras sociales y otros aseguradores mediante prestadores independientes que cubren todo el país, sino que también brinda sus servicios de salud a la población en general, que los financia con pago directo del bolsillo, y ofrece en el mercado *programas de medicina prepaga* orientados principalmente a los sectores urbanos de mayor nivel de ingresos.

Finalmente, opera en el país un heterogéneo conjunto de organizaciones intermedias (científicas, profesionales, gremiales, etc.) que reproducen dentro del sector salud la compleja trama de la sociedad civil argentina.

El plan de este documento comienza con una descripción de la situación general del país en materia de salud, considerando con criterio epidemiológico indicadores demográficos, socioeconómicos, de morbimortalidad y de cobertura.

Sigue luego una presentación de los organismos y entidades que forman la estructura institucional del sector salud. La descripción se inicia con el Ministerio de Salud de la Nación, incluyendo sus organismos descentralizados y programas especiales, así como los Ministerios o Secretarías de Salud de las provincias (en los Anexos se detallan en particular algunas de ellas, a título de ejemplo). La descripción también abarca otros organismos públicos que brindan servicios de salud, como las fuerzas armadas.

Como síntesis de este primer apartado se considera el cumplimiento por parte de Argentina de las Funciones Esenciales de Salud (FES) elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud, sobre las cuales se realizó un ejercicio de validación y análisis en el país.

El segundo punto del análisis institucional describe las características que en la Argentina posee el subsector seguridad social, compuesto por las obras sociales del régimen del Seguro Nacional de Salud (reorganizado en 1988 por las leyes 23.660 y 23.661), por las demás obras sociales nacionales no incluidas en el régimen de dichas leyes (por ejemplo Poder Judicial, Fuerzas Armadas, etc.) y por las obras sociales de las provincias, incluyendo datos sobre la evolución histórica del sistema.

El subsector privado en su vertiente institucional se describe en función de las entidades de medicina prepaga —tanto empresas comerciales y entidades gremiales como mutuales y otras sin fines de lucro. En este subtítulo quedan también incluidas la red de Clínicas, Sanatorios y Centros de Diagnóstico y Tratamiento privados, así como las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que brindan servicios de salud. Como rubro diferenciado, no incluido en análisis o descripciones anteriores de este tipo, se incorporan otras entidades de la sociedad civil —distintas de las ONGs prestadoras de servicios de salud— que participan activamente en espacios de concertación de acciones de salud o como foros de discusión y estudio en la materia.

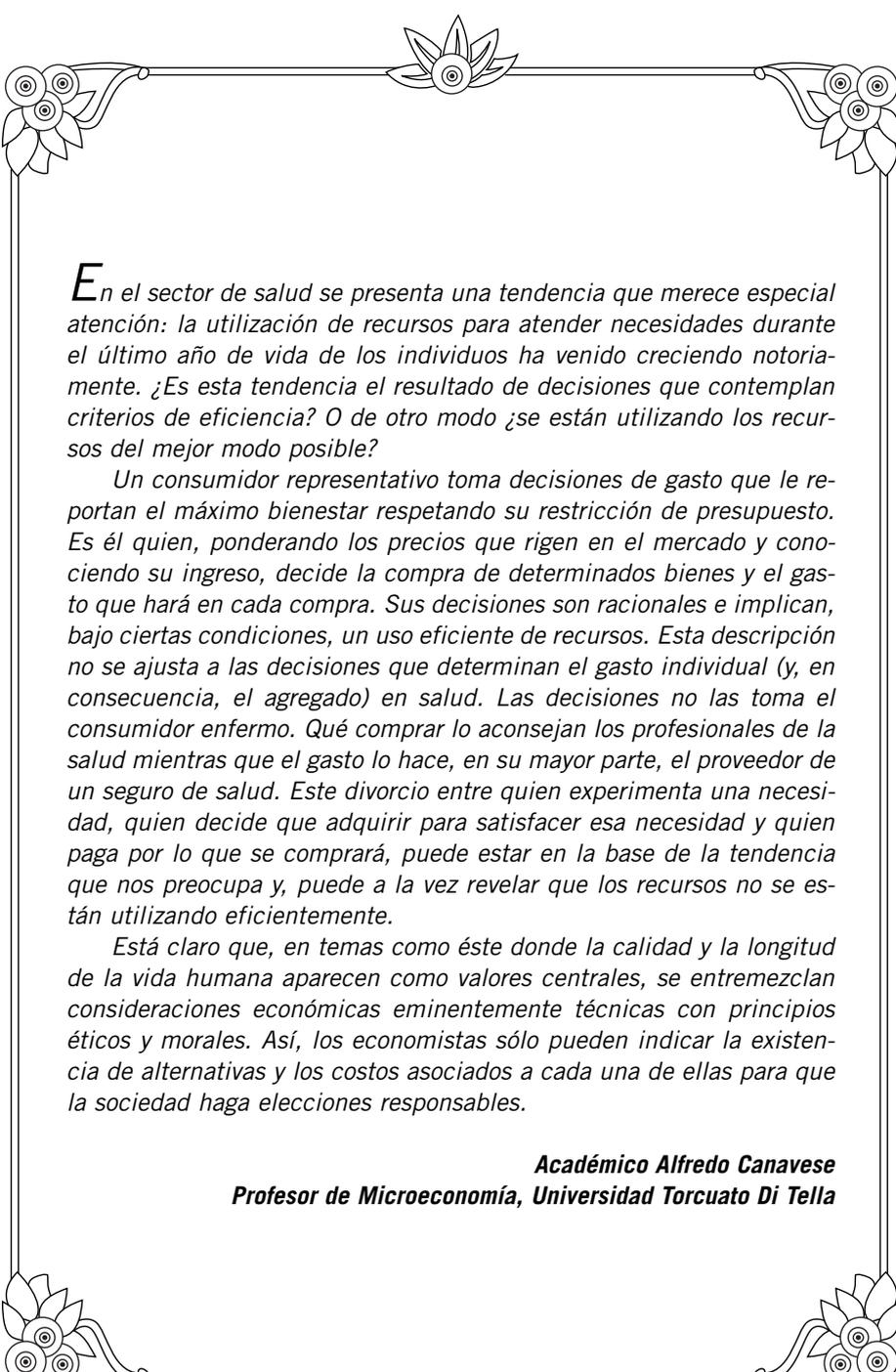
El tercer segmento del documento, después de la situación sanitaria y del análisis de la estructura del sector, se refiere a los recursos con que cuenta el país en el campo de la salud, tanto de personal como de instalaciones físicas y de equipamiento técnico. Dentro de esos recursos, el tema de la financiación del sistema de salud ocupa un apartado individual que analiza las fuentes y usos de los fondos.

Completado el cuadro de situación del sistema, se analizan los procesos de reforma del sector, con especial señalamiento respecto del último quinquenio (1997-2002). Este apartado comprende una descripción de las iniciativas emprendidas previamente y la de los componentes principales de la política de desregulación ejecutada en los tiempos más recientes.

La crisis de salud —producto de la situación socioeconómica que atraviesa la Argentina a partir de 2002— se considera, debido a la magnitud del problema, en un capítulo aparte que trata las medidas adoptadas para superar o al menos paliar la emergencia sanitaria.

A título de innovación respecto de los trabajos anteriores de actualización del perfil de los servicios de salud en la Argentina, se incorporan en recuadros especiales y bajo la firma de sus respectivos autores, perspectivas y opiniones de protagonistas destacados dentro del sistema de salud, sea por su trayectoria, sea por las funciones que desempeñan en organismos y entidades del sector.

Una bibliografía de referencia directa a los contenidos del volumen, así como un listado de las siglas usadas en el texto, cierran el documento.

A decorative border with floral motifs in the corners and a central flower at the top, framing the text.

En el sector de salud se presenta una tendencia que merece especial atención: la utilización de recursos para atender necesidades durante el último año de vida de los individuos ha venido creciendo notoriamente. ¿Es esta tendencia el resultado de decisiones que contemplan criterios de eficiencia? O de otro modo ¿se están utilizando los recursos del mejor modo posible?

Un consumidor representativo toma decisiones de gasto que le reportan el máximo bienestar respetando su restricción de presupuesto. Es él quien, ponderando los precios que rigen en el mercado y conociendo su ingreso, decide la compra de determinados bienes y el gasto que hará en cada compra. Sus decisiones son racionales e implican, bajo ciertas condiciones, un uso eficiente de recursos. Esta descripción no se ajusta a las decisiones que determinan el gasto individual (y, en consecuencia, el agregado) en salud. Las decisiones no las toma el consumidor enfermo. Qué comprar lo aconsejan los profesionales de la salud mientras que el gasto lo hace, en su mayor parte, el proveedor de un seguro de salud. Este divorcio entre quien experimenta una necesidad, quien decide que adquirir para satisfacer esa necesidad y quien paga por lo que se comprará, puede estar en la base de la tendencia que nos preocupa y, puede a la vez revelar que los recursos no se están utilizando eficientemente.

Está claro que, en temas como éste donde la calidad y la longitud de la vida humana aparecen como valores centrales, se entremezclan consideraciones económicas eminentemente técnicas con principios éticos y morales. Así, los economistas sólo pueden indicar la existencia de alternativas y los costos asociados a cada una de ellas para que la sociedad haga elecciones responsables.

Académico Alfredo Ganavese
Profesor de Microeconomía, Universidad Torcuato Di Tella

Características generales de Argentina respecto de la salud

La cobertura de salud en la Argentina presenta algunos rasgos peculiares que condicionan todo lo que pueda intentarse para modificarla: las características de la distribución de la población, las fuentes y usos de los fondos para la salud, las modalidades de cubrir financieramente los servicios de salud, la plétora médica y la disociación entre el hospital público y las obras sociales.

Contexto demográfico

Hacia 1940, Alejandro Bunge (1) describió la Argentina como un “país abanico” dispuesto en tres semicírculos o cinturones con centro en la Capital Federal, a orillas del río de la Plata, y separados por unos 500 kilómetros entre sí: a medida que el observador se aleja de Buenos Aires, las características de esa población y de los recursos que la sirven son distintas y, por tanto, requieren del planificador criterios y estrategias también distintas para tratar con ellas.

Años más tarde el chileno Francisco Mardones Restat (2), consultor por entonces de la Oficina Sanitaria Panamericana, encontró dos regiones bien diferenciadas en cuanto a sus indicadores socioeconómicos y de salud: una compuesta por la Capital y las provincias “ricas” de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe, con aceptables o buenos niveles de salud y de recursos para atenderla, y otra que comprendía el resto, “pobre” y con un perfil semejante a los países subdesarrollados.

Sin embargo, visto desde la perspectiva de la atención de la salud de la población argentina, parece más apropiado distinguir tres tipos de regiones:

- a) La primera está constituida por las *zonas de población dispersa y ámbito rural*. Desde este punto de vista, la puna jujeña no difiere mayormente del bosque chaqueño ni de la meseta patagónica. En casi todos los casos se trata de zonas sin mayor cobertura médica y con pocos o nulos recursos humanos y físicos propiamente de salud, que requieren para su atención servicios de “penetración”, esto es, aquellos que activamente van en busca del poblador —donde quiera se encuentre— para hacerle llegar los beneficios de la medicina moderna, sin perjuicio de la utilización de personal, instrumentos y procedimientos de carácter tradicional y arraigo comunitario (léase curanderos, herbalistas, etc.).

Es difícil imaginar otra fuente de cobertura para estas regiones remotas y despobladas que la responsabilidad directa del Estado, aun cuando la ejecución de las acciones —incluso por su propia naturaleza— tenga un altísimo grado de descentralización operativa.

- b) La segunda zona está constituida por los *grandes aglomerados de población*, tanto el núcleo urbano central como su corona periurbana. El proceso de concentración urbana en América Latina —se sabe— es dramático y el siglo XXI verá que dos de los mayores agregados poblacionales del mundo (Ciudad de México y San Pablo) estarán situados en esta región. Uno de esos agregados es el que corresponde al Área Metropolitana de Buenos Aires de la cual el ejido municipal de la ciudad es su núcleo principal. En todos estos casos, que incluyen las ciudades de Córdoba, Rosario, Mendoza, etc., se llega a la máxima complicación del sistema actual, apareciendo en toda su magnitud los problemas de multiplicidad de efectores y de pluralidad de centros de decisión sanitaria que afectan al sector salud de muchos países.

- c) La tercera zona, casi una categoría residual, comprende las *ciudades medianas y pequeñas* (por ejemplo: Laboulaye, Chilecito, San Martín de los Andes, Goya) en general con un relativo aislamiento entre sí aunque las vinculen rutas pavimentadas. Este conjunto heterogéneo de localidades se distingue, sin embargo, por su capacidad potencial de autoabastecerse de la mayor parte de los servicios médicos de uso corriente y solo depende del resto de la región o provincia para cierta atención especializada y para la alta complejidad.

Puede verse así que los tres tipos de regiones se distinguen por algún rasgo substantivo en relación con la salud de la población, de

allí la utilidad de describir la realidad usando este criterio. También es indispensable admitir que la aplicación de este esquema deja zonas grises entre las tres categorías e incluso dentro de ellas, por ejemplo la exacta ubicación de las ciudades de Salta y Neuquén, la efectiva condición rural de algunas porciones del sur de Santa Fe y el tratamiento de ciertos núcleos periurbanos.

Tabla 1
Población total estimada, según grupos de edad,
período 2000-2010 (años de inicio de cada quinquenio)

Edad/años	2000	%	2005	%	2010	%
0-4	3.498.802	9.4	3.570.190	9.1	3.580.516	8.6
5-9	3.421.723	9.2	3.498.060	8.9	3.567.110	8.6
10-14	3.344.391	9.0	3.426.604	8.7	3.500.060	8.4
15-19	3.296.966	8.9	3.357.402	8.5	3.433.424	8.3
20-29	6.178.923	16.7	6.671.930	17.0	6.669.810	16.1
30-64	13.701.766	37.0	14.895.365	35.9	16.465.059	39.7
65 y más	3.592.474	9.7	3.880.509	9.9	4.213.507	10.2
Total	37.035.045	100.0	39.300.060	100.0	41.429.486	100.0

Fuente: INDEC. Estimaciones de Población.

Contexto económico

El país ha sufrido un proceso recesivo en su economía en los últimos años. Esta situación trajo como consecuencia una crisis que impacta principalmente a los sectores productivos y se expresa, entre otros indicadores, en las bajas en el consumo y en el aumento de los niveles de desocupación (Tabla 2).

Sucesivas medidas de ajuste: rebaja de sueldos públicos, aumento de los impuestos, rebajas de sueldos y jubilaciones, propuesta de déficit presupuestario cero, renegociación de la coparticipación federal, son algunas de las medidas tomadas a esos efectos. La deuda externa se ha multiplicado y, concretado el llamado “megacanje” que redefinió montos y fechas de vencimiento, se ha planteado frente a los organismos de crédito y los tenedores de títulos de la deuda pública la reestructuración de la deuda en busca de limitar los aportes que el pago de esas obligaciones produce.

Debe destacarse que pese a la venta y privatización de empresas y bienes del Estado el gasto público se incrementó. Las provincias por su

Tabla 2
Indicadores Socioeconómicos
Argentina, Grandes Aglomerados Urbanos, año 2000

PROVINCIA	AGLOMERADO	TASA DE ACTIV 2000 (%)		TASA DE EMPLEO 2000 (%)		TASA DE DESOCUP 2000 (%)	
		mayo	octubre	mayo	octubre	mayo	octubre
BUENOS AIRES	Bahía Blanca	40.3	41.2	33.7	34.2	16.5	17.0
	Gran La Plata	44.7	45.6	38.1	38.5	14.8	15.6
	Mar del Plata y Batán	43.9	47.2	37.5	37.4	14.6	20.8
CATAMARCA	Gran Catamarca	37.7	37.1	30.3	30.9	19.6	16.8
CORDOBA	Gran Córdoba	41.0	40.9	35.5	35.8	13.4	12.5
	Río Cuarto	37.0	37.5	35.2	33.4	13.2	11.1
CORRIENTES	Corrientes	35.5	34.8	30.8	29.0	13.4	16.6
CHACO	Gran Resistencia	33.6	34.5	30.1	30.6	10.4	11.3
CHUBUT	Comodoro Rivadavia	39.7	40.1	34.9	34.8	12.1	13.3
ENTRE RIOS	Paraná	39.6	38.6	32.8	33.4	17.2	13.5
	Concordia	37.1	35.2	28.8	28.9	22.4	17.9
FORMOSA	Formosa	30.5	31.0	27.4	27.6	10.3	11.1
JUJUY	S.S.de Jujuy y Palpalá	34.9	35.7	28.4	28.9	18.8	19.1
LA PAMPA	Santa Rosa y Toay	43.5	42.6	38.8	37.8	10.8	11.2
LA RIOJA	La Rioja	38.9	38.2	34.8	33.6	10.7	12.1
MENDOZA	Gran Mendoza	36.1	39.4	34.3	35.5	9.8	10.0
MISIONES	Posadas	34.0	36.2	31.4	33.6	7.7	7.1
NEUQUEN	Neuquén	41.3	43.0	34.0	37.0	17.7	14.0
RIO NEGRO	Alto Valle	41.6	40.3	37.5	33.6	9.8	16.7
SALTA	Salta	39.3	38.9	33.9	33.1	13.8	14.9
SAN JUAN	Gran San Juan	39.6	38.5	33.6	33.6	15.1	12.8
SAN LUIS	San Luis y El Chorrillo	35.2	40.2	32.5	36.5	7.5	9.4
SANTA CRUZ	Río Gallegos	39.3	39.4	38.5	38.6	1.9	1.9
SANTA FE	Gran Rosario	39.1	41.7	31.8	34.3	18.5	17.8
	Santa Fe y Santo Tomé	38.1	39.1	31.9	33.0	16.1	15.7
SGO.DEL ESTERO	Sgo.del Estero y La Banda	31.7	34.5	28.9	30.9	8.6	10.5
T.DEL FUEGO	Usuhaia y Río grande	38.5	39.9	34.7	34.8	9.8	12.8
TUCUMAN	G.S.M.T. y Tafi Viejo	39.1	40.0	31.4	32.6	19.9	18.4
Total aglomerados del interior		39.0	40.0	33.4	34.1	14.5	14.6
	Gran B.A.	45.3	45.1	38.1	38.5	16.0	14.7
	Cuidad de B.A.	49.5	51.0	44.0	45.7	11.2	10.4
	Partidos del Conurbano	43.8	43.1	36.0	36.0	17.9	16.5
Total aglomerados urbanos		42.4	42.7	35.9	36.5	15.4	14.7

parte arrastran sus propios problemas estructurales que hacen que la mayoría dependa de la ayuda de la Nación, como suplemento a la coparticipación federal, para el pago de sus obligaciones, incluyendo los sueldos del personal. Esta situación es fuente de problemas crónicos, con protestas y huelgas de los empleados públicos, incluidos salud y educación, que repercuten en los servicios a la población, y con enfrentamientos entre las provincias y la Nación por los fondos disponibles.

A partir del 20 de diciembre de 2001, comenzó una etapa de transición, con sucesivos cambios de presidente a cargo de la Asamblea Legislativa—dentro del marco constitucional vigente— que culminaron en el gobierno cuya gestión finalizó el 25 de mayo de 2003. En la actualidad persiste el tema del pago de la deuda, luego de la declaración formal y unilateral de “default” y el sistema financiero se halla sometido a sucesivas normas y adecuaciones tendientes a orientar la economía. Incluyeron las mismas, el término de la convertibilidad, o sea la relación uno a uno entre dólares estadounidenses y pesos; la consiguiente devaluación y todas las medidas destinadas a regular el sistema bancario y la relación entre ahorristas, deudores y acreedores.

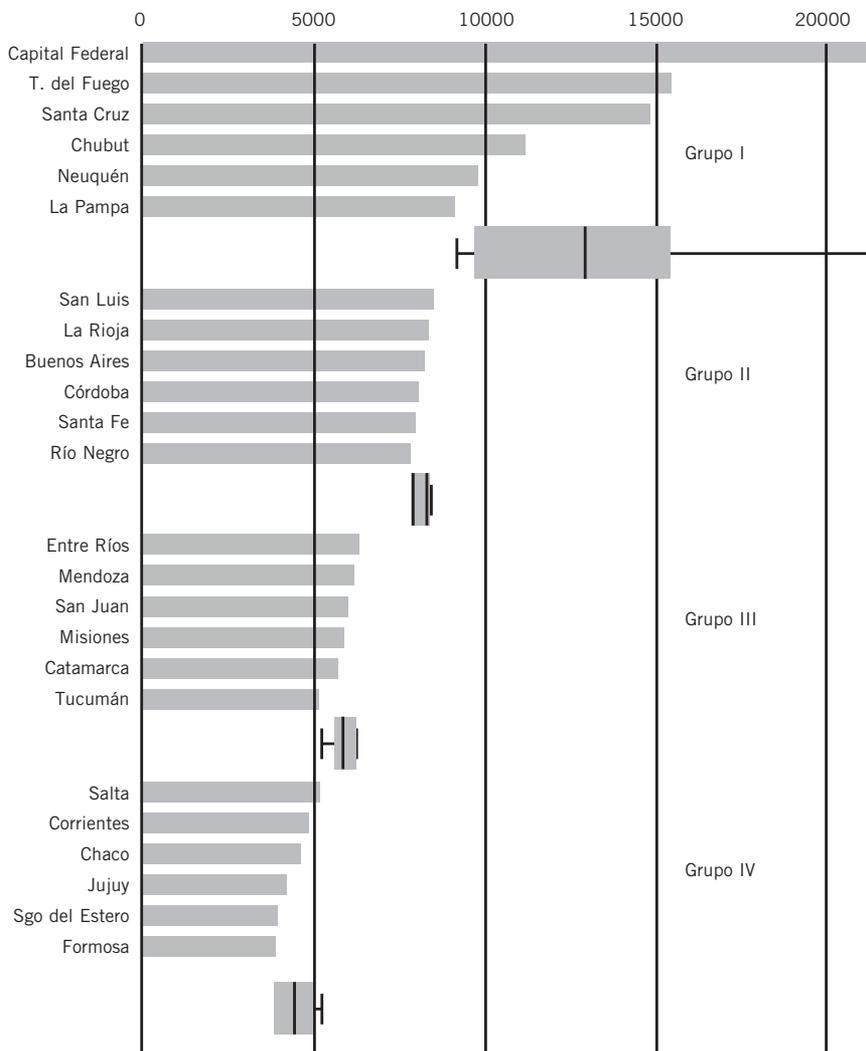
Completan el marco referencial, la dificultad para hacer efectiva la recaudación de impuestos; los desajustes en el Mercosur, donde la devaluación de la moneda en Brasil y las medidas proteccionistas son continuo motivo de rispideces e impacto en industrias tales como la alimentación. La persistencia de barreras proteccionistas a la producción agropecuaria, con la expansión de subsidios agrícolas desde los países centrales, agravadas por la reaparición de focos de fiebre aftosa finalmente suprimidos, son otros elementos negativos que han caracterizado la actual realidad. La voluntad de extender el ALCA a toda la región y la actitud del FMI son circunstancias que condicionan el futuro.

Esta realidad no es homogénea entre las distintas jurisdicciones, con un ingreso per capita de más de \$21.000 en la Ciudad de Buenos Aires mientras que Formosa supera escasamente los \$3.700. El incremento del ingreso en los años comparados no oculta que, al interior de las jurisdicciones, se repitan estas diferencias, habiéndose acentuado en los últimos años la concentración de la riqueza y la pauperización de amplios sectores medios y bajos de la población. Por otra parte la devaluación de la moneda (peso) a partir de 2002 condiciona la realidad actual de las cifras registradas en los años anteriores.

En el gráfico 1 pueden observarse las diferencias por jurisdicciones y el agrupamiento en segmentos de las mismas en relación a su ingreso. Las regiones del Noroeste y Nordeste del país, con clima subtropical y las mayores cifras de morbimortalidad claramente se distinguen de aquellas de la pampa húmeda y Cuyo. Las provincias patagónicas se distribuyen

entre los niveles superiores influyendo en ello la baja población y el impacto de las industrias extractoras. Esta descripción completa la simple distribución por niveles de ingreso y permite una mejor comprensión de la realidad en la búsqueda de caracterizar su perfil de salud.

**Gráfico 1. Niveles de ingreso por provincia.
Argentina, año 1996**

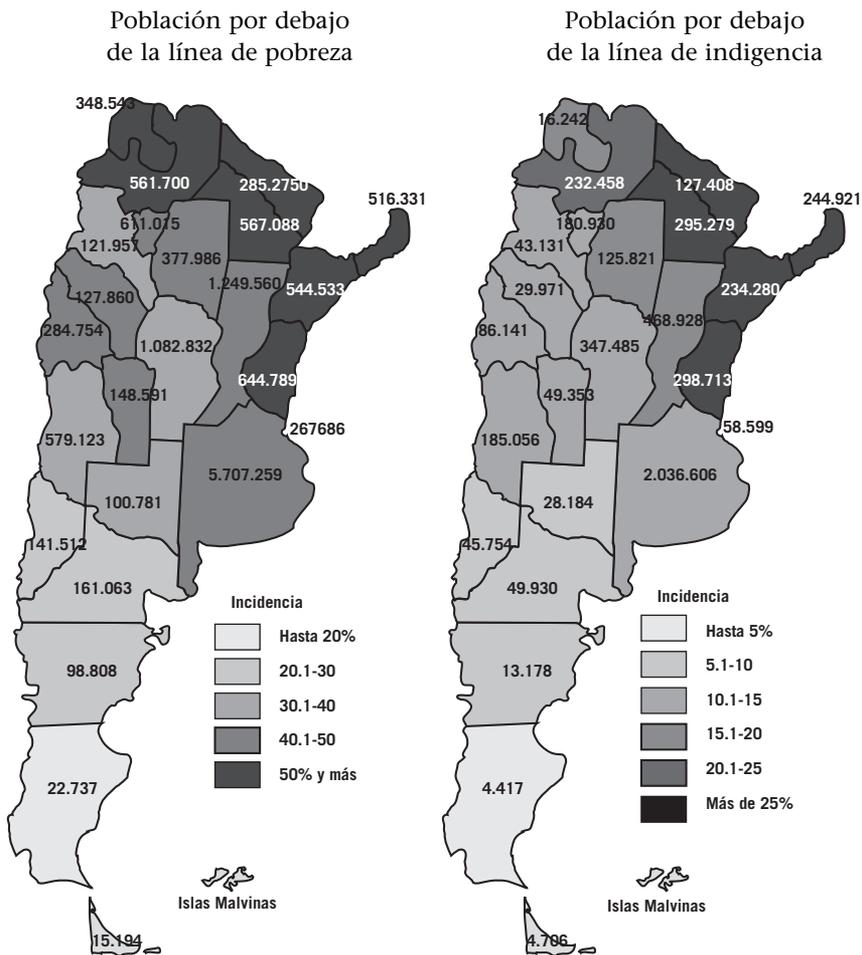


	1991		1996	
	Ingresos U\$\$ per capita	Grupo	Ingresos U\$\$ per capita	Grupo
Total País	5120		8498	
Capital Federal	5233	I	21332	I
T. del Fuego	5225	I	11126	I
Neuquén	5170	I	9732	I
La Pampa	5057	I	9078	I
San Luis	3811	II	8369	II
La Rioja	4121	I	8279	II
Buenos Aires	4733	I	8268	II
Córdoba	4859	I	8045	II
Santa Fe	4609	I	7811	II
Río Negro	4195	I	7794	II
Entre Ríos	3610	II	6234	I
Mendoza	4254	I	6141	I
San Juan	3072	IV	59.8	I
Misiones	3525	II	5829	I
Catamarca	3976	II	5647	I
Tucumán	3850	II	5157	I
Salta	3619	II	5096	IV
Corrientes	3145	IV	4747	IV
Chaco	3438	IV	4540	IV
Jujuy	3146	IV	4135	IV
Sgo del Estero	3293	IV	3871	IV
Formosa	3137	IV	3762	IV

Fuente: Procesamiento propio en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Una visión más actualizada de la situación de pobreza e indigencia de la población en nuestro país, por provincia, la expresan los mapas siguientes, en donde se consignan por jurisdicción los niveles de población ubicada bajo la línea de pobreza y bajo la línea de indigencia. En términos generales esta distribución confirma que se mantiene la distribución relativa por niveles de ingreso expuesta en el Gráfico 1 con un agravamiento en cuanto a la magnitud de la población en situación de pobreza o indigencia.

Gráfico 2
Situación de pobreza e indigencia, República Argentina,
por provincias, octubre de 2001



Nota: 1. La estimación en base a datos de los aglomerados de la EPH en cada jurisdicción y extrapolando al total provincial.
 2. En Río Negro se estimó promediando los indicadores de Neuquén, Chubut y La Pampa.

Fuente: SIEMPRO elaboración propia en base a datos de CNP, INDEC

Una idea más acabada del impacto en la población de la distribución y magnitud del ingreso lo da la información disponible en relación a hogares y población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Así, considerando como universo a la población en su conjunto, se destaca que en el Nordeste el 36.6% de la población vive en hogares con NBI, cifra que se eleva a casi el 50% en los menores de cinco años (Tabla 3).

Tabla 3
Porcentaje de personas con necesidades básicas insatisfechas
Por grupos de edad. Grandes Regiones Urbanas, mayo 2000

Región	0 a 2 años	3 a 5 años	6 a 12 años	13 a 17 años	18 años y más	TOTAL
Metropolitana	36.5	36.9	34.7	29.6	16.6	30.9
Pampeana	29.0	34.2	25.7	21.9	12.7	24.7
Noroeste	36.1	38.7	32.5	26.8	19.9	30.8
Cuyana	38.0	35.4	27.5	21.1	12.9	27.0
Nordeste	45.0	48.2	43.5	35.9	25.6	39.6
Patagonia	17.8	23.1	20.4	11.5	12.4	17.0

Fuente: UNICEF, en base a la Encuesta Permanente de Hogares. INDEC.

Mortalidad general y por causas

Según los indicadores básicos elaborados por el Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad bruta fue de 7,6 por mil en 2001 (8,4 por mil en varones y 6,9 por mil en mujeres), sin apenas variaciones respecto a 2000. Así visto, el descenso ha sido constante desde el 8,2 por mil de 1986. Esta tasa varió de forma importante entre las jurisdicciones, con valores que van desde 11,8 por mil habitantes en Ciudad de Buenos Aires a 2,3 en Tierra de Fuego. Ahora bien, para poder comparar las tasas de mortalidad es necesario eliminar el efecto que producen sobre la misma la distinta estructura de edad de las poblaciones. Así, al ajustar las tasas por edad vemos que mientras Neuquén presenta una tasa ajustada de 6,1 por mil, en Chaco llega a 8,9 por mil.

La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas fue de 72,71 x 100.000 hbts en hombres y de 66,23 en mujeres. También fue mayor la mortalidad por tumores, cardiovasculares y causas externas en los hombres que en las mujeres. Estas diferencias de mortalidad entre sexos se acrecientan al ajustar las tasas por edad (Tabla 4).

Tabla 4
Tasas de mortalidad brutas y ajustadas, según grandes grupos de causas y sexo. Argentina, año 2001

	Hombres		Mujeres		Total	
	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada
Infeciosas	72.71	86.20	66.23	57.11	69.42	69.51
Tumores	163.38	189.80	134.02	119.87	18.50	148.68
Cardiovasculares	261.23	312.99	238.97	201.81	249.98	250.35
Causa externa	79.98	82.42	24.54	23.43	51.75	51.77

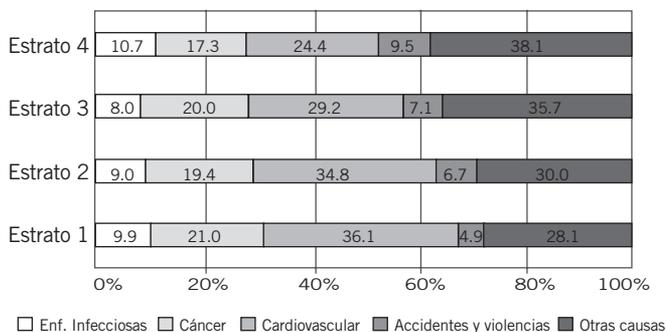
Fuente: Argentina 2001 Indicadores básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2002.

Desigualdades en mortalidad

Mortalidad Proporcional

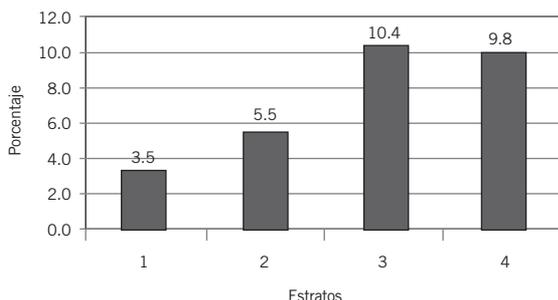
Los perfiles de mortalidad son diferentes según los estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. Así vemos (Gráf. 3) que las enfermedades cardiovasculares ocasionan el 36.1% de las muertes en las jurisdicciones de más alto nivel mientras que en las del estrato 4 sólo ocasionan el 24,4% de las defunciones. Dirección inversa presenta la mortalidad por causas externas (4.9% en el estrato 1 frente a 9.5 % en el 4) . El porcentaje de causas mal definidas es mayor en los estratos 3 y 4 que en los 1 y 2 (Gráf. 4).

Gráfico 3
Mortalidad proporcional por estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. Grupos de causas. Argentina 2001



Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

Gráfico 4
Proporción de defunciones mal definidas por estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. Argentina 2001



Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)

Las diferencias observadas entre las tasas de APVP por estratos son importantes, ver Tabla 5, aumentando dichas tasas cuanto más desfavorecido es el estrato. Al ajustar las tasas de APVP por edad la brecha se acrecienta.

Tabla 5
Tasas de APVP brutas y ajustadas por edad, por jurisdicciones agrupadas en estratos socioeconómicos, por 10.000 habitantes. Argentina 2001

Estratos	APVP	Tasa de APVP por 10.000 hab.	
		Cruda	Ajustada
I	258.656	600.8	550.1
II	1.402.086	733.7	755.3
III	516.011	769.3	764.9
IV	457.679	925.7	898.5
Total	2.659.737	758.5	---

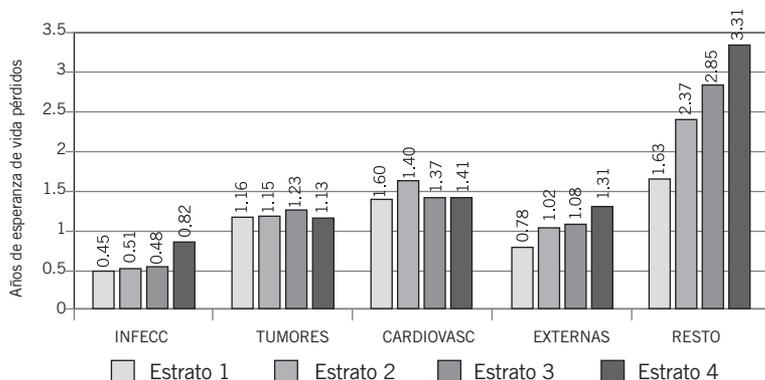
Nota: La suma de APVP por estratos no coincide con el total debido al grupo de defunciones con provincia de residencia desconocida

Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP)

Este método de análisis permite cuantificar cuanto aporta cada causa o grupo de causas y a qué edades para que la población en su conjunto no alcance una determinada esperanza de vida, en este caso 80 años (ver nota técnica).*

En los hombres, la esperanza de vida temporaria entre 0 y 80 años fue de 70.04 en el estrato 1 y de 67.86 en el 4. Las enfermedades infecciosas supusieron un 8.31% del total de AEVP en el estrato 1 frente al 9.96% en el 4. Sin embargo, como puede observarse en la Gráf. 5 en los tumores se invierte la situación presentando en el estrato 1 un 22.18% del total de AEVP frente al 14.63% en el 4.

Gráfico 5
AEVP según grupos de causas. Mujeres. Argentina 2001



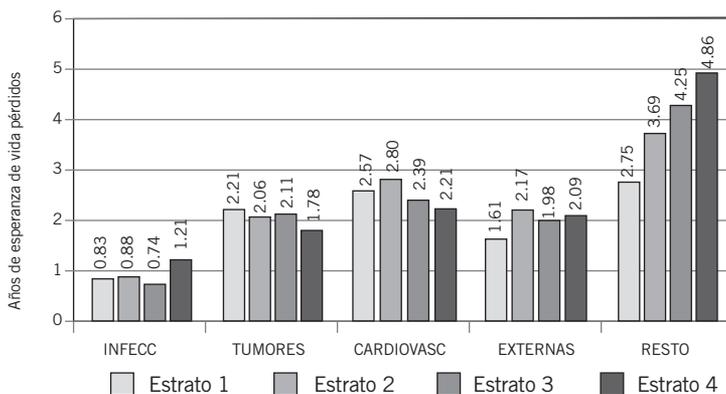
Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

* Años de Esperanza de Vida Perdidos: corresponden a la diferencia entre la esperanza de vida máxima biológicamente alcanzable y la actualmente alcanzada. La contribución en AEVP de cada causa de muerte refleja el nivel de la mortalidad por dicha causa (i.e., la cantidad de años de esperanza de vida que podrían ganarse si se redujera la mortalidad por dicha causa). Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 587, Vol I, 2002.

Nota: En dicha publicación se presenta el límite de 85 años como vida máxima biológicamente alcanzable, mientras que el presente informe utiliza, debido a la disponibilidad de datos, el límite de 80. Esta diferencia afectaría a comparaciones entre las publicaciones pero no a las conclusiones obtenidas en cada una de ellas.

Entre las mujeres la esperanza de vida temporaria entre 0 y 80 años fue de 74.72 en el estrato 1 y de 72.03 en el 4. Las enfermedades infecciosas totalizan casi el doble de AEVP en las mujeres que viven en las jurisdicciones agrupadas en el estrato 4 que en las que viven en las del estrato 1: 0.82 frente a 0.46, (Gráf. 6). Situación similar ocurre con las causas externas que contribuyen a una pérdida del 16.44% de AEVP en el estrato más pobre frente al 14.45% en el de mayor nivel de ingreso. Sin embargo las pérdidas de años de esperanza de vida por tumores son homogéneas entre los estratos.

Gráfico 6
AEVP según grupos de causas. Hombres. Argentina 2001



Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

Tanto en hombres como en mujeres las causas que ocasionan más pérdidas de años de esperanza de vida son las cardiovasculares y esto ocurre en todos los estratos. El peso porcentual de este grupo de enfermedades disminuye progresivamente del estrato 1 al 4, tanto en hombres como en mujeres.

Mortalidad Infantil y Materna, las muertes más injustas

La tasa de mortalidad infantil en 2001 fue de 16.3 muertes por 1000 nacidos vivos y mantiene el ligero descenso observado desde principios de los años 80. Ahora bien, se manifiestan importantes diferencias entre ju-

risdicciones y estratos de éstas. Así en la ciudad autónoma de Buenos Aires la tasa fue de 9.6 mientras en Tucumán llegó a 24.5 y en Formosa a 28.9 defunciones por cada 1000 nacidos vivos (Tabla 6). En la misma tabla se presenta la tasa de defunciones maternas por cada 10.000 nacidos vivos, donde se observa una tasa para todo el país de 4.3 que varía entre el 0.9 de capital federal al 19.7 de Jujuy.

Gráfico 7
Tasa de mortalidad infantil según residencia de la madre.
Argentina 2001

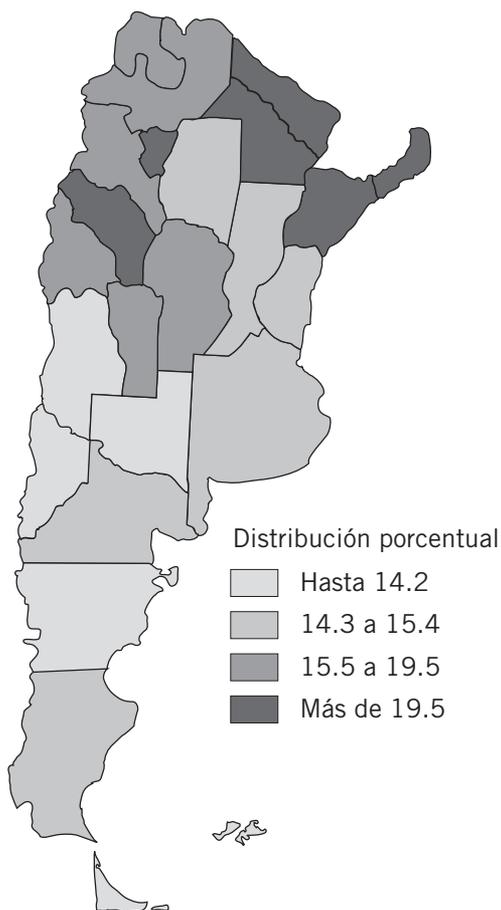


Tabla 6
Tasa de mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos
y maternas por 10.000 nacidos vivos, según provincia y estr.

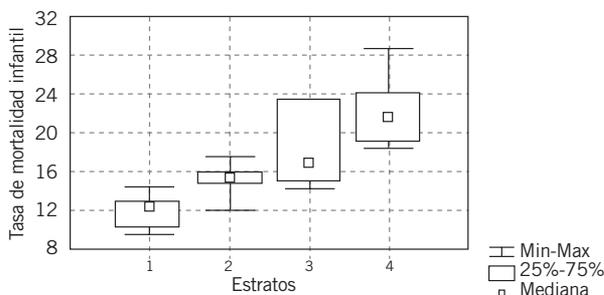
División político territorial de residencia	Tasa de mortalidad infantil x 1.000 N.V.	Tasa de mortalidad materna x 10.000 N.V.
REPÚBLICA ARGENTINA	16.3	4.3
ESTRATO 1		
Ciudad Aut. de Buenos Aires	9.6	0.9
Chubut	13.1	2.4
La Pampa	12.4	7.5
Neuquén	13.0	1.0
Santa Cruz	14.5	7.1
Tierra del Fuego	10.1	-
Total	10.9	1.9
ESTRATO 2		
Buenos Aires	15.0	2.1
Catamarca	15.5	3.7
Córdoba	16.2	2.4
Mendoza	12.1	3.9
San Luis	17.8	6.0
Río Negro	14.7	3.6
Total	15.0	2.5
ESTRATO 3		
La Rioja	23.5	3.4
Santa Fe	14.3	4.7
Entre Ríos	14.9	5.2
Tucumán	24.5	5.8
San Juan	18.8	8.7
Santiago del Estero	14.8	7.1
Total	17.4	5.6
ESTRATO 4		
Corrientes	23.5	5.4
Chaco	24.0	15.9
Formosa	28.9	13.9
Jujuy	18.4	19.7
Misiones	19.6	5.3
Salta	19.1	6.5
Total	21.7	10.0

Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

Hay que destacar que la razón entre la mortalidad infantil en las jurisdicciones menos favorables y las de mejor nivel socioeconómico es de 2, mientras que para la mortalidad materna asciende a 5.3.

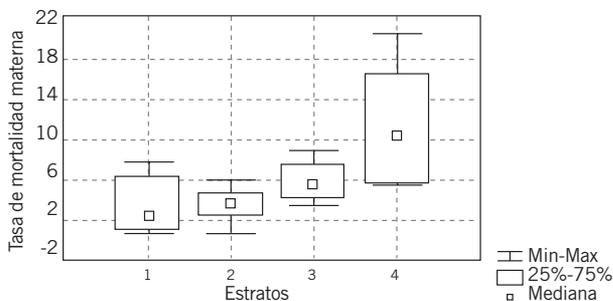
En las Gráf. 8 y 9 se representan las tasas medianas de cada estrato con los valores mínimos y máximos y el rango entre cuartiles superior e inferior, que abarca el 50% de las jurisdicciones del estrato, tanto para la mortalidad infantil como para la materna. Ambas ponen de manifiesto la fuerte desigualdad existente entre las distintas jurisdicciones y una mayor dispersión entre las jurisdicciones del estrato 4.

Gráfico 8
Tasa de mediana mortalidad infantil por estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. Argentina 2001



Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

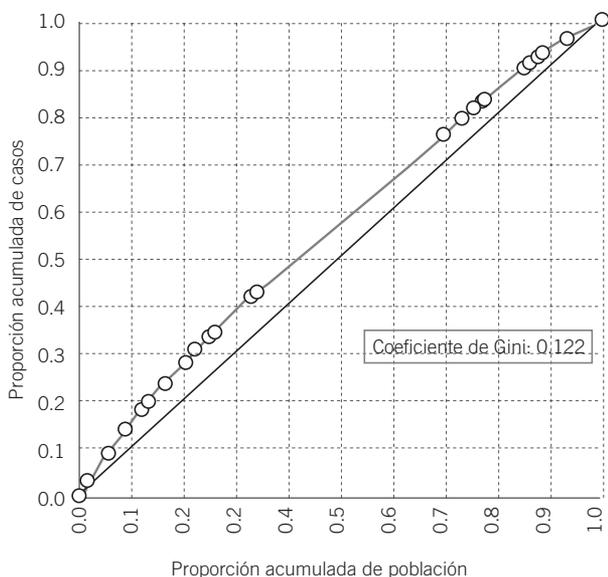
Gráfico 9
Tasa de mediana mortalidad materna por estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. Argentina 2001



Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

Otro modo de medir y representar la desigualdad son el índice de Gini y la curva de Lorenz* (Gráf. 10 y 11). Es mayor la desigualdad en la distribución de la mortalidad materna que en la infantil, con coeficientes de Gini de 0.401 y 0.122 respectivamente.

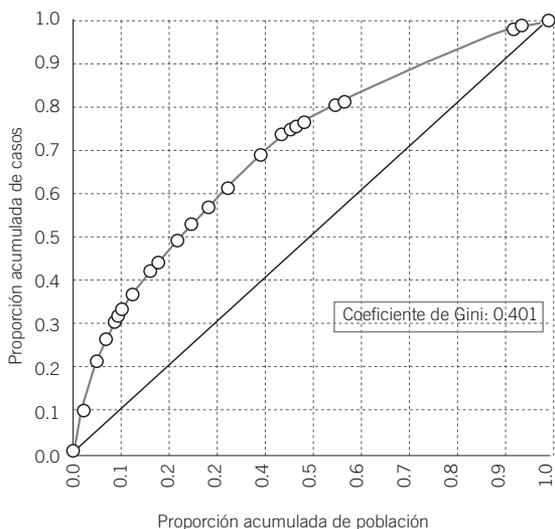
Gráfico 10
Curva de Lorenz y coeficiente de Gini.
Mortalidad infantil según jurisdicción. Argentina 2001



Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

* La curva de Lorenz y el coeficiente de Gini, aplicados a la distribución de la mortalidad infantil y materna, miden el grado de desigualdad en la distribución de dichos indicadores. En el eje de las "X" se representa al 100% de los nacidos vivos y en el eje de las "Y" al 100% de de las defunciones infantiles o maternas según el caso. Las curvas representan la acumulación de nacimientos y defunciones con los aportes de cada una de las 24 jurisdicciones, representadas por los intervalos entre punto y punto. La curva de Lorenz se construye ordenando a las jurisdicciones según sus tasas de mortalidad de mayor a menor. El coeficiente de Gini representa la superficie delimitada por la curva y la diagonal. Cuanto mayor sea esta superficie, mayor será la inequidad de la distribución del indicador que se está midiendo. Interpretación de la curva de Lorenz: obsérvese el gráfico de mortalidad materna; del 100% de los nacimientos, el 40% (0.4 eje X) que ocurre en las provincias con peores tasas de mortalidad materna genera el 70% (0.7 eje Y) de las muertes maternas.

Gráfico 11
Curva de Lorenz y coeficiente de Gini.
Mortalidad materna según jurisdicción. Argentina 2001



Fuente: Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2003.

Hay que considerar que si bien las tasas de mortalidad infantil y materna descendieron entre 1990 y 2001, ésta última se estabilizó desde 1994 en torno de las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos.

A su vez, puede considerarse que la tasa de mortalidad infantil todavía es alta (16.3 por mil), si se la compara con países como Chile (10.1 por mil), Costa Rica (10.2 por mil) y Cuba (7.2 por mil).

¿De qué se mueren los niños argentinos? Las principales causas se mantienen a lo largo de los años: trastornos relacionados con la duración del embarazo, dificultades respiratorias del recién nacido, malformaciones congénitas del corazón, desnutrición y diarrea.

Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales. En el año 2000, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos podrían haberse evitado con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoz. En todas las jurisdicciones argentinas, por lo menos la mitad de las muertes de niños podría evitarse.*

* Mortalidad infantil 1990-2000. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud, noviembre 2002.



Debe establecerse algún tipo de relación entre los problemas de Salud regionales y nacionales y los programas de formación del recurso humano vinculados a las disciplinas con ellos relacionados? Cuando las facultades definen sus currícula y sus estrategias educativas, deben buscar un acercamiento, una coordinación, una complementación o aún una integración con los servicios de salud y los ejecutores de sus planes? Entiende el Estado que la calidad de la atención que puede brindar a las comunidades a su cargo está en gran parte relacionada con la calidad de la formación de los estudiantes de grado y la capacitación de sus egresados, buscando alcanzar niveles de excelencia?

En términos de grado, el hecho de la habilitación automática de los recién egresados para el ejercicio profesional, sin que medie una formación postítulo obligatoria, exige de la Universidad asumir responsabilidades que le son indelegables.

Al compromiso académico inexcusable, hacia el interior de las Universidades, que asegure la calidad científico técnica de sus estudiantes y graduados, se suma otro, vinculado a la sociedad, a la que se debe garantizar su idoneidad para un desempeño profesional eficiente en determinados espacios y funciones de la estructura sanitaria.

En términos de posgrado, parece conveniente la existencia de una coordinación entre educación y salud que oriente la formación de especialistas hacia aquellas necesidades más perentorias de los planes del Estado.

La evaluación de las facultades y carreras del área salud y la acreditación que surge como su consecuencia, son una especie de reaseguro mediante el cual el Estado asume, junto con una serie de otras medidas, su responsabilidad sobre la salud y la vida de las personas, derechos que están por encima de las prerrogativas universitarias.

Esta enumeración señala responsabilidades que a mi criterio son comunes a educación y salud y debieran formar parte de definidas y coordinadas políticas de estado en procura de mejorar las condiciones de vida y salud de la sociedad en su conjunto.

Dr. Carlos Fernández
Vicerrector, Universidad Nacional de Tucumán



Estructura del sector salud

El subsector público

Ministerio de Salud de la Nación

El Ministerio de Salud es la máxima autoridad sanitaria nacional (ASN) y está organizado con dos Secretarías y cuatro Subsecretarías:

Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias
Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización
Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud

Secretaría de Programas Sanitarios
Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción
Subsecretaría de Coordinación

De acuerdo con el Decreto 355/02, que reformó la Ley de Ministerios, son funciones específicas del Ministerio de Salud de Nación, entre otras:

- Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social;
- Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odon-

tología y profesiones afines y en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica;

- Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado, en la fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales y en las relaciones y normativa de la medicina prepaga; e
- Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, así como en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en su mercado interno;

La articulación institucional adquiere especial relevancia para alcanzar los acuerdos necesarios en los distintos escenarios de acción. El Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por las autoridades sanitarias de todas las provincias y la ciudad autónoma de Buenos Aires, es el espacio natural para recrear un foro de construcción de consenso, concertación y acuerdo federal entre los distintos sectores y las jurisdicciones. El COFESA es el espacio para la definición de metas de salud y la articulación de planes y programas para el país en su totalidad, así como para el tratamiento de las diferentes temáticas sustantivas que requieren decisiones compartidas, con el objetivo de construir una política nacional de salud.

Por otra parte, el Gobierno Nacional tiene presencia en el espacio provincial a través de las delegaciones del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Servicios de Salud, de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y de la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. La intención es profundizar la descentralización y articular localmente a estos organismos, a fin de facilitar la construcción con las provincias de un modelo integrado de salud.

Como objetivos gubernamentales destacados en el Plan de Desarrollo Estratégico aparecen la consecución de un Acuerdo Federal de Salud con las Provincias; la articulación regional en el MERCOSUR; el desarrollo de un marco normativo para que las distintas jurisdicciones provean al Sistema Nacional de Información para la Salud; la instrumentación de un "Sistema de Cuentas de Salud", con información sobre gasto y financiamiento del sector; el fortalecimiento y desarrollo de una estrategia de comunicación social en materia de salud, con el fin de reforzar la información y la educación de la ciudadanía sobre aspectos vinculados al sistema de atención y sus derechos, así como al cuidado y desarrollo, tanto en el ámbito público como el privado, de aquellas prácticas generadoras de salud.

Dentro de los múltiples organismos y programas que integran el Ministerio de Salud de la Nación, cuya enumeración detallada superaría el objetivo de este documento, es interesante destacar los siguientes:

- La *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT)*, cuyo objetivo es controlar la calidad de todos los productos que hacen a la salud humana a cuyo efecto la ANMAT tiene competencia en todo lo referido al control y fiscalización sobre la sanidad y calidad de los productos que puedan afectar la salud humana. Esto comprende:
 - Drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías médicas.
 - Alimentos acondicionados, incluyendo los insumos específicos, aditivos, colorantes, edulcorantes e ingredientes utilizados en la alimentación humana, como también de los productos de uso doméstico y de los materiales en contacto con los alimentos.
 - Productos de higiene, tocador y cosmética humana y las drogas y materias primas que los componen.

- El *Centro Nacional de Reeducación Social (CE.NA.RE.SO)* que es un organismo descentralizado, creado en 1973 por la Ley 20.332.

Su finalidad es brindar tratamiento médico, psicológico y social a personas comprometidas en el uso de drogas y a sus grupos familiares a fin de promover la reinserción social. Asimismo, desarrollar tareas preventivas, de acción comunitaria y de formación de recursos humanos especializados, docencia e investigación.

Desde el punto de vista asistencial, su diseño comprende dos grandes ejes: el clínico (que incluye todas las acciones médicas y psicológicas individuales, grupales y familiares) y el social (que comprende las acciones socioterapéuticas y de servicio social).

- El *Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)* que es la autoridad nacional responsable del desarrollo del Programa Nacional de Trasplantes de Organos.

- La *Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán"* (ANLIS) tiene por objetivos entender en la política científico-técnica y de aplicación, en la asignación de fondos, en la promoción, aprobación y evaluación de proyectos de los Institutos y Centros de su dependencia, supervisar la elaboración y el control de calidad de productos biológicos y la realización de investigaciones y

desarrollos para mejorarlos o para generar nuevos y coordinar la investigación de los agentes etiológicos, las enfermedades con base genética y sus consecuencias en el medio ambiente y social.

Dependen de la ANLIS, entre otros, el Instituto Nacional de Epidemiología, el de Producción de Biológicos, el Centro Nacional de Red de Laboratorios, el Instituto Nacional de Parasitología y el Centro Nacional de Genética Médica.

- La *Superintendencia de Servicios de Salud (sss)*, es un organismo descentralizado creado en 1996 por el Decreto N° 1615. Por esa norma se fusionaron el Instituto Nacional de Obras Sociales, creado por la Ley 18.610, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), creada por la Ley 23.661, y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), creada por la Ley 23.660, constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud, con personalidad jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera en calidad de *ente de supervisión, fiscalización y control* de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Por el artículo 4° de dicho decreto 1615/96, la sss ha asumido la competencia, objetivos, funciones, facultades, derechos y obligaciones de las entidades fusionadas, a las cuales se suman como nuevas misiones la fiscalización del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (art. 5°), el control de los artículos 15 y 16 del decreto 578/93 referidos al Hospital Público de Autogestión (art. 6°), el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (art. 7°) y la supervisión del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios de las obras sociales.

En su carácter de ente de regulación y control tiene el deber de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para “la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación”.

Los puntos de fiscalización pueden esquematizarse básicamente en tres aspectos:

- a) *médico-prestacional*, abarcando: el Programa Médico Obligatorio, los demás planes médico-asistenciales y el Programa de Garantía de Calidad;
- b) *económico-financiero*, abarcando: controles sobre las estructuras presupuestarias de las entidades fiscalizadas y su ejecución, las relaciones de gastos médicos y administrativos, el mantenimien-

to de un adecuado equilibrio entre las contrataciones de servicios médico-asistenciales y los recursos de los agentes del seguro, el seguimiento de los capitales mínimos, fondos de reserva y encajes técnicos y la atención del débito automático respecto del hospital público de autogestión;

- c) *derechos y garantías*, abarcando el libre ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios de los agentes del seguro y la atención al usuario de los servicios.

- El *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)* fue creado por la Ley 19.032 el 13 de mayo de 1971. Dicha ley estableció en su artículo segundo que la obra social tenía por objeto principal “la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud”.

En septiembre de 1971, ante la presentación de un planteo sobre la naturaleza jurídica de la entidad, la Procuración General del Tesoro señaló que el INSSJP era una “persona de derecho público no estatal” y, en el marco de una controversia sobre el sistema de pago por cápita en lugar del pago por prestación, el Instituto comenzó a instrumentar el *Programa de Atención Médica Integral*, cuyas siglas (PAMI), se convertirían en la denominación distintiva de la obra social de los jubilados.

Pueden afiliarse al PAMI los titulares de un beneficio de jubilación o pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Ley 24.241) y/o del Régimen Nacional de Previsión (Ley 18.037 y 18.038), los copartícipes de un beneficio de pensión de dichos regímenes, los veteranos de guerra, las personas mayores de 70 años (solamente tendrán acceso a las prestaciones médico-asistenciales), como así también sus familiares a cargo: grupo familiar primario y grupo familiar no primario.

El origen de los ingresos del INSSJP proviene de lo indicado en la Ley 19.032. Allí se establece que percibirá en concepto de Aportes Personales de los trabajadores Activos del 3% de su remuneración y contribuciones patronales del 1.5% sobre el mismo monto. En el caso de los ingresos en concepto de Pasivos, se aplica un aporte del 3% del haber previsional en los primeros \$ 150 y superado este monto asciende al 6%. El presupuesto del PAMI para el año 2001, incluyendo aportes del Tesoro Nacional, fue de 2142.4 millones de pesos.

El PAMI, que es la obra social de mayor tamaño que existe en el país, financia prestaciones médicas (consultas, internaciones, me-

dicamentos, prótesis, marcapasos, programas de vacunación, etc.) y otras prestaciones de bienestar social (recreación, turismo, etc.) para una cantidad aproximada de 3.400.000 beneficiarios en todo el país. Su personal se compone de alrededor de 11.000 personas entre profesionales, administrativos y cuadros de conducción.

En el momento de redactarse este informe, el Instituto está eligiendo nuevas autoridades por efecto de la Ley 25.615, que modificó en el año 2002 su estructura y funcionamiento.

- El *Proyecto de Desarrollo del Sector Salud en las Provincias (PRESSAL)* es un proyecto del sector salud con financiamiento del Banco Mundial que tiene como marco institucional a nivel nacional al Ministerio de Salud.

El PRESSAL pretende contribuir a la reforma del sector salud en los subsectores público y de obras sociales reformulando los mecanismos de gestión e interrelación, generando un modelo que promueva la complementariedad y proporcione las herramientas necesarias para lograr mayor eficiencia y equidad, asegurando la calidad. Está destinado a colaborar con las autoridades provinciales a fin de acompañar los procesos de reforma en el sector.

A nivel provincial el marco institucional está determinado por la máxima autoridad en materia de salud (Ministerio, Secretaría, etc.) de las Provincias beneficiarias de la asistencia técnica y de cada una de las tres jurisdicciones —Mendoza, Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires— seleccionadas para llevar adelante la experiencia piloto de los Hospitales de Autogestión (HPA).

- La *Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S)* tiene por objetivos:
 - Orientar y coordinar con las distintas Secretarías y Subsecretarías del Ministerio y de otras jurisdicciones de orden nacional y provincial y con las Agencias y Organismos Internacionales, la gestión de los programas y proyectos de cooperación técnico financiera del Ministerio.
 - Vincular estos programas y proyectos de financiamiento externo con los programas estables y permanentes de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación, estimulando entre ellos la comunicación, la interacción y el intercambio.
 - Controlar el cumplimiento de los compromisos asumidos y evaluar la oportunidad y conveniencia del desarrollo de nuevos emprendimientos con esta modalidad, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

La UFI-S desarrolla actividades de asistencia técnica, en aspectos como el trabajo en red, la programación y la evaluación de proyectos; en lo referente a inversiones en arquitectura y equipamiento; en materia administrativa, financiera, presupuestaria y contable de los proyectos; y cuenta con el apoyo legal e informático requerido para su accionar.

La UFI-S está conducida por un Directorio, integrado por el Ministro de Salud de la Nación, con carácter de Presidente, por el Secretario de Atención Sanitaria y el Secretario de Políticas y Regulación Sanitaria, ambos en calidad de Vocales.

■ *El Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGI+A)* tiene por objetivos:

- Fortalecer y modernizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en sus distintos niveles.
- Fortalecer los Programas Nacionales de Control de Dengue, Tuberculosis e Infección Nosocomial.
- Fomentar la participación social en los procesos de vigilancia en Salud y de control y prevención de las enfermedades.

En el contexto de los objetivos destinados a reforzar la vigilancia y el control de las enfermedades, se ha puesto en funcionamiento este proyecto para colaborar en la toma de acciones en el ámbito de la salud pública a través de la información necesaria para la toma de decisiones, sobre estructura y funcionamiento de los servicios, daños y riesgos para los distintos grupos y áreas de la población.

El Programa VIGI+A encara, a través de sus objetivos, el fortalecimiento de un sistema de vigilancia en salud respecto de un grupo de enfermedades transmisibles y no transmisibles y acciones tendientes a reforzar programas de divulgación en la población de los criterios de prevención, que mejoren la calidad de vida de la misma.

■ *El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica* fue creado por Resolución Secretarial 432/92 y refrendado por el Decreto 1424/97.

En el Programa se agrupan todas las actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar el mejor nivel de calidad posible, al menor costo económico y social, así como aquellas acciones destinadas a actualizar y adecuar la normativas vigentes.

El Programa tiene como finalidad incorporar o desarrollar los recursos normativos, organizativos, instrumentales, de gestión y

fiscalización de los distintos aspectos relacionados con el proceso global de los servicios de salud y constituirse en un instrumento movilizador, convocante, coordinador y articulador de todos los actores del sector salud en conjunto: jurisdicciones provinciales, instituciones formadoras del recurso humano, entidades científicas, gremiales, deontológicas, prestadoras y financiadoras del sector, para la construcción colectiva de las herramientas que garantizan la calidad de la atención en todos los servicios (subsectores Público, Seguridad Social y Privado) y para todos los usuarios.

Según la contribución de entidades que elaboran normas de atención médica, el Programa incorpora normas de distinto tipo, a saber: normas de organización y funcionamiento, guías de diagnóstico y tratamiento y guías de procedimientos.

- El Programa “Remediar” consiste en la provisión gratuita de medicamentos y actúa como componente del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS). *Remediar* asume por objetivo garantizar a la población el acceso a medicamentos esenciales para las consultas más frecuentes en atención primaria de la salud (APS), en el marco de la emergencia social y sanitaria que atraviesa el país. Por ese motivo, el Programa apunta preferentemente a la población bajo la línea de pobreza o sin cobertura de seguridad social en salud.

Al mismo tiempo, es propósito del Programa fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa. A partir del Decreto 808/02 se planteó para una duración de 30 meses.

Remediar provee medicamentos esenciales a todos los centros de atención primaria de la salud (CAPS) del país, durante 30 meses, para que sean prescriptos y suministrados en forma gratuita a la población objetivo. Se distribuirán botiquines integrados por 26 medicamentos genéricos, en un total de 34 presentaciones, para dar respuesta a aproximadamente un 60% de los motivos de consulta en el primer nivel de atención. Durante el primer mes del Programa, iniciado durante 2002, llegaron a los CAPS 21 medicamentos. Los 13 medicamentos que completan los 34 llegarán a los centros de salud a partir del segundo mes del Programa.

El Ministerio cuenta con el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para financiar las acciones que involucra la emergencia sanitaria. En ese marco, se acordó el redireccionamiento parcial de los recursos asignados al Programa de Apoyo a la Reforma de Atención Primaria de la salud (PROAPS) destinándolos

al Programa Remediar. De esta forma, el BID aporta alrededor de U\$S 110 millones, a través de los préstamos 1134/OC y 1193/OC, que son complementados con la contrapartida de recursos nacionales.

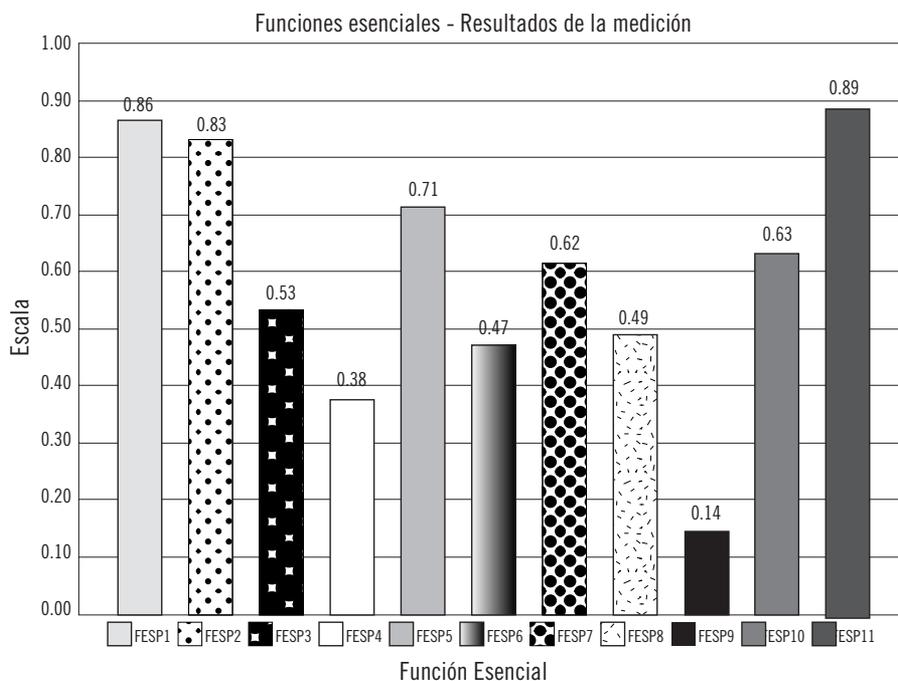
- El *Programa Federal de Salud (ProFe)* que tiene a su cargo el financiamiento, la implementación y coordinación de la atención médico-social de los titulares de pensiones no contributivas y familiares a su cargo.
- El *Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)*, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de poblaciones indígenas, desarrollando actividades permanentes de prevención y promoción de la salud y acciones en conjunto de atención primaria que aseguren su accesibilidad, respetando sus valores y creencias propias y los principios de la medicina indígena
- Finalmente, dependen directamente del Ministerio de Salud el *Hospital Nacional Alejandro Posadas*, hospital polivalente general de agudos, público, de alta complejidad, descentralizado y de referencia regional y provincial, el *Hospital Nacional Baldomero Sommer*, destinado principalmente a la atención de las personas enfermas de lepra y la *Colonia Nacional Montes de Oca* que actúa como referencia nacional y regional como hospital de psiquiatría y salud mental, especializado en oligofrenia

Análisis general de las Funciones Esenciales de Salud (FES)

Con respecto a la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria Nacional en la República Argentina se consideran aquí los resultados del *taller de aplicación del instrumento* llevado a cabo en Buenos Aires, del 13 al 15 de noviembre de 2001. El gráfico 12 permite apreciar el comportamiento de cada una de las once FESP en lo que fue un ejercicio y *no un estudio completo y exhaustivo*.

Se puede apreciar en la visión preliminar del desempeño de las once FESP que las funciones (1) *Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud*, (2) *Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública* y (11) *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud* tienen los resultados más altos respecto a todas las demás funciones; lo cual puede ser el resultado del énfasis que ha puesto el país en

Gráfico 12
Resultados del ejercicio de medición de las FESP, por función



el tema de vigilancia de la salud tanto en actividades de capacitación como de funcionamiento.

Al otro lado del espectro, son muy pobres los resultados provisionales obtenidos en la función (9) referida a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*. En tal sentido se destaca un grado de avance en los procesos de normatización mientras que los procesos de fiscalización se reservan exclusivamente a los niveles subnacionales. Por otra parte si bien se registran esfuerzos por parte del subsector privado y la seguridad social en la medición del grado de satisfacción del usuario de los servicios, en el subsector público, en cada uno de sus niveles, no se ha desarrollado aún un esfuerzo sistemático al respecto.

También, la función (4) *Participación de los ciudadanos en salud*, tiene un desempeño realmente deficiente (0.30), y se convierte en una de las áreas a reforzar en el corto tiempo. Se relaciona mucho con el bajo desempeño de la función de *Calidad de los servicios*, donde la percepción de los usuarios es fundamental.

Las funciones (3) *Promoción de la salud*, (6) *Fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización en salud pública*, y la (8) *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*, reciben un puntaje medio en su desarrollo, siendo las siguientes a atender y desarrollar en el corto plazo, según su desagregación por indicadores.

Igualmente, la función (6) quedó calificada en el mismo nivel de desempeño medio inferior, lo que explica la preocupación manifestada por incluir algunos aspectos adicionales de regulación.

También la función (10) *Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública*, obtuvo un puntaje que la ubica en el cuartil de desempeño medio, lo que puede significar preocupación por la aparente baja atención al tema en términos de la inexistencia de una agenda nacional/provincial común, que involucre a todos los actores del tema, dentro y fuera del Ministerio de Salud.

La función (7) *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios* alcanza un desarrollo también mediano, que demuestra la necesidad de estudiar más en profundidad esta función, para que permita aclarar la situación en su conjunto, y determinar las falencias, a fin de lograr un sistema más equitativo en toda la Nación.

En general, el resto de las funciones obtuvieron puntajes que las ubican en el cuartil de desempeño medio superior, que no es el óptimo que se plantea como la imagen objetivo del proceso.

Debe observarse, como se describe en el siguiente apartado sobre federalismo sanitario, que las FES están referidas a una Autoridad Sanitaria Nacional, responsabilidad que en los países federales, particularmente Argentina, está compartida por la Nación y las Provincias. De allí que los datos mencionados deben ser tenidos como una *primera aproximación al tema* que requiere un tratamiento acorde con la organización político institucional del país según la refleja su sistema de salud.

Los servicios de salud en las fuerzas armadas

Dentro de los servicios de salud de las FFAA. conviene reconocer dos segmentos diferentes en objetivos y organización, aunque *en condiciones operativas sea prácticamente imposible distinguir uno de otro*: la sanidad militar y las obras sociales.

Para brindar atención de salud a su personal militar, el país creó una red de servicios propios, sea directamente en contacto con las unidades de combate (cuarteles, buques, bases aéreas) o en grandes centros urbanos; ambos tipos de servicios configuran la *Sanidad Militar propiamente dicha*. Además, para cubrir al personal militar fuera de esos lugares fijos,

así como a los retirados, personal civil y las familias de todos ellos, se constituyeron servicios de Bienestar u *Obras Sociales*.

A la Sanidad Militar le corresponde cubrir la asistencia sanitaria integral de todo el personal militar en actividad. Para ello, y a fin de satisfacer las hipótesis de conflicto previstas por las autoridades correspondientes, cuenta con una estructura y dotación (fija o expansible), financiada mediante las correspondientes partidas del Presupuesto Nacional.

Las Obras Sociales cubren la asistencia sanitaria (también, de hecho, otras acciones de bienestar) de los agentes civiles de las Fuerzas Armadas, así como de familiares tanto de militares como de civiles y —a veces, con carácter de adherentes voluntarios— a militares en retiro y sus familias. De hecho, las obras sociales atienden también a personal militar activo en ocasiones en que la sanidad militar no puede hacerlo, y reciben compensaciones monetarias de esta última por encargarse de esas tareas. Como las demás entidades de su tipo en nuestro país, las obras sociales castrenses se financian con aportes de los empleados y contribuciones del Estado en cuanto empleador, aparte del recupero de costos (bonos, coseguos, etc.).

Cabe anotar, por otra parte, que las Fuerzas Armadas prestan servicios de salud a los miembros y sus familiares de distintas fuerzas de seguridad (Ejército a Gendarmería, Armada a Prefectura, Fuerza Aérea a Policía Aeronáutica), por los cuales reciben la debida financiación a través de convenios específicos.

Las actividades de Salud en las FFAA, tanto de Sanidad Militar propiamente dicha como de Obra Social, son prácticamente iguales para las tres armas. Quizás puedan calificarse de excepciones los temas de alta montaña y monte en el Ejército, los de salud aeronáutica y espacial en la Fuerza Aérea y los problemas de sumergimiento en el caso de submarinos y buzos de la Armada. Finalmente, en tiempos de paz, la actividad médico-asistencial cotidiana de los servicios de salud militar no se diferencia para nada de la de aquellos servicios de salud que atienden una población civil de igual composición por sexo y edad, excepto su obligación de promover en sus beneficiarios un estado de salud apropiado para el desarrollo de operaciones bélicas.

Incluso, acompañando el fenómeno universal de feminización de actividades tradicionalmente reservadas a los varones, la incorporación de mujeres a los cuadros militares, la presencia de empleadas civiles y de las esposas e hijos de todo el personal de las FFAA, han otorgado importancia como servicios de salud del ámbito castrense a los materno-infantiles, aun cuando parezcan alejados de las necesidades derivadas del combate.

En función de las responsabilidades que debe cumplir, la Sanidad Militar de cada Fuerza (Ejército, Armada, Fuerza Aérea) posee dos tipos de servicios:

- a) Aquellos, por lo general de baja complejidad, en relación directa con el personal militar destinado en cuarteles, buques o bases que, según las armas, dependen directamente de la respectiva Dirección de Sanidad (*enfermerías navales, escuadrones de sanidad aeronáuticos*) o de las unidades de combate a las cuales sirven (caso de las *compañías de sanidad* ubicadas en Brigadas del Ejército). Dichos servicios prestan asistencia directa al personal militar en actividad y, en diversas ocasiones, se encuentran aislados y lejos de servicios civiles que puedan remplazarlos.
- b) Hospitales militares, de tamaño y complejidad mediana o alta, que sirven como *establecimientos de referencia, derivación o evacuación*, por lo general ubicados en grandes centros urbanos.
El funcionamiento de estos establecimientos no difiere mayormente del de otros hospitales públicos de similar tamaño. En cambio, solo una porción —a veces muy escasa— de su producción se destina al personal militar en actividad, que es el objeto primario de su razón de ser. El resto está destinado a retirados, empleados civiles y los varios grupos de familiares, financiados generalmente por las respectivas obras sociales. Asimismo suelen prestarse servicios a terceros ajenos al personal de las FFAA, a través de diferentes convenios de prestación celebrados con entidades de cobertura médica (obras sociales y prepagas).

La dependencia de dichos hospitales es cambiante. En el Ejército y la Fuerza Aérea los establecimientos dependen de las respectivas Direcciones de Sanidad. En la Armada, los tres hospitales navales (Central Pedro Mallo, Puerto Belgrano y Ushuaia) dependen de la obra social (Dirección de Bienestar de la Armada).

Cada Fuerza posee una obra social, independiente de las demás militares y expresamente excluida del régimen general de obras sociales del país (Ley 23.660 y 23.661 y legislación relacionada). La del Ejército (IOSE) tiene la particularidad de contar con una ley propia de creación como entidad autárquica (Ley 18.683).

La operación cotidiana de las obras sociales castrenses es similar a la de cualquier otra entidad de la misma naturaleza, sea ésta sindical, de personal superior, provincial, etc., aunque —de hecho— derivan el máximo posible de la asistencia a los hospitales militares de la Fuerza, donde los hay. Por lo demás, las obras sociales de las FFAA usan la red de prestadores privados existente y emplean los procedimientos e instrumentos habituales en la materia (nomencladores, vademécum, autorizaciones, coseguros, etc.) si bien cada fuerza suele tener los suyos propios, salvo alguna excepción que confirme la regla.

Autoridades de Salud Provinciales

■ *Federalismo y sistema de salud*

Según el Artículo N° 1 de la Constitución Nacional, la Argentina es una República Representativa Federal. Esto quiere decir que cada una de las provincias que conforman el país guarda para sí la capacidad de decidir y elaborar políticas públicas sobre aquellas áreas que no sean jurisdicción del Estado Nacional. La salud es una de aquellas áreas no delegadas por las provincias en la Nación al tiempo de la reorganización nacional a mediados del siglo XIX. Por eso, constitucionalmente, las provincias de la República Argentina gozan de autonomía en materia de salud.

Vale la pena aclarar que dicha autonomía nunca es completa — ni en la teoría ni en la práctica— y que la discrecionalidad es limitada por la influencia y control del poder político nacional. Pero, a diferencia de los países unitarios y otros federales en los que la relación entre las jurisdicciones subnacionales y el Estado central es de subordinación, en la Argentina la interdependencia de los poderes locales y el poder central es la característica principal. Es decir, Nación y Provincias se comportan como “socios” y no como “soberanos y súbditos”.

Por otra parte, la práctica totalidad de la capacidad instalada pública de salud en la Argentina pertenece a las jurisdicciones provinciales, por las distintas políticas de descentralización hospitalaria que han mantenido los sucesivos gobiernos a lo largo del tiempo.

Así, las provincias son los agregados óptimos para desarrollar una política de salud. Son las responsables de la propiedad y administración de todos los servicios públicos de salud ubicados en su territorio —aun considerando aquellos que reconocen una jurisdicción municipal. Ejercen la policía sanitaria en materia de habilitación y control de los establecimientos de atención médica así como del personal universitario y técnico de salud, respecto del cual tienen la potestad de habilitarles el ejercicio profesional lo mismo que autorizarlos a anunciarse como especialistas. También las provincias son el agregado poblacional de las estadísticas vitales y los denominadores naturales para seguir el desenvolvimiento de los indicadores de salud.

Por otra parte, las entidades prestadoras de servicios se agrupan en federaciones cuyo ámbito de influencia coincide con la jurisdicción de las autoridades sanitarias provinciales. Finalmente, una provincia tiene poder jurisdiccional o sea que su legislación abarca

y obliga a todas las personas y entidades que la integran y, por tanto, ejerce el poder de policía para regular a los prestadores de servicios de salud, tanto profesionales y técnicos como instituciones y establecimientos.

Durante mucho tiempo, la capacidad de ejercer la autonomía y el autogobierno quedó sin efecto. Por un lado, durante el periodo 1946-1954 se produjo un proceso de planificación estatal centralizada muy profundo que resultó de hecho en la nacionalización de todos los hospitales. A su vez, por definición, durante las dictaduras militares se perdió todo derecho de ejercicio de autonomía política y administrativa. Por otro lado, dado que el autogobierno guarda una relación muy estrecha con el estado financiero de las provincias, la situación económica y la incapacidad para recaudar impuestos de muchas de ellas ha conducido muchas veces a una virtual delegación de poder en el Estado Nacional.

Como se ve, que la Constitución establezca que Argentina es un país federal y que en materia de salud las provincias gocen de autonomía política y administrativa no implica, necesariamente, que la realidad siempre lo refleje así. Por lo demás, el proceso de descentralización de los servicios de salud que comenzó en los '60 y continuó en los '90 no tuvo como objetivo la efectiva federalización del sistema —es decir, el ejercicio efectivo por las provincias de la autonomía política y administrativa en un contexto de interdependencia entre los distintos niveles de gobierno— sino más bien la disminución del gasto público del Estado Nacional.

■ *Diagnóstico provincial sintético*

La estructura de los servicios de salud de las provincias presenta los tres subsectores tradicionales en toda la organización sanitaria de la Argentina: público, privado y de la seguridad social. Cada provincia, como ya ha sido señalado en la descripción general, coordina sus acciones con el nivel nacional manteniendo su autonomía. El área tiene habitualmente categoría ministerial, la preside el Ministro de Salud, con distintas subsecretarías, para los temas de atención médica, promoción de salud y administración, etc.

Es habitual la presencia de programas y planes nacionales que operan a través de acuerdos con las jurisdicciones y en ocasiones en forma directa. Es así que el Ministerio de Salud de la Nación financia y opera programas sobre diversos temas, tales como Salud Materno Infantil, Nutrición o SIDA y además tiene actividades propias



La relación de la riqueza con la salud es una preocupación que viene desde lejos en el tiempo. Pero en el mundo globalizado en que vivimos, esa relación se encara en el marco de las desigualdades sociales y su relación con la salud. Las investigaciones emprendidas en países ricos y pobres, han demostrado esa estrecha relación, al punto que Michael Marmott ha podido decir que un joven negro de Harlem tiene una expectativa de vida menor que un habitante de Bangladesh. Amartya Sen, ha confirmado este mismo fenómeno al comparar a países o regiones como China, Sri Lanka o la provincia india de Kerala, con Brasil o Sud Africa, hallando en los primeros más altos índices de expectativa de vida, a pesar de su menor PB per cápita, a la inversa de los dos últimos. Es inevitable pensar en el alto valor de esta idea ante la situación de exclusión y pobreza de la mitad de la población con que la Argentina empobrecida inaugura el siglo XXI.

El fondo de la cuestión, tiene que ver con las Desigualdades Sociales de la gente, expresada en el hiato, que se ensancha constantemente, entre ricos y pobres, tal como se constata no sólo en países del mundo subdesarrollado, sino también en los del más alto desarrollo.

También la comparación, dentro de cada país, entre provincias o regiones, revela esas diferencias. En la Argentina, los datos oficiales para 1999 sobre mortalidad infantil —al fin es el indicador que disponemos para todas las jurisdicciones, tanto nacional como de la Capital Federal y provinciales— para una tasa promedio de 17.6 ‰, el rango va desde 30 para el Chaco hasta 12.4 para el Neuquén, provincia que se mantiene por debajo del promedio nacional desde que inició su reforma del sistema de salud, con marcado carácter social, en 1971.

Permítaseme concluir con un pensamiento de Amartya Sen, quien finaliza su trabajo Economic progress and health expresando que ... "Puede no haber sabiduría en buscar la permanencia en esta Tierra; pero hay una permanencia en la búsqueda de la Sabiduría".

Carlos García Díaz
Presidente Honorario, Medicina y Sociedad



como es todo lo referente a Sanidad de Fronteras. Otros organismos nacionales, en especial el Ministerio de Desarrollo Social también tienen programas vinculados a problemas sociales, incluyendo nutrición, menores madres o adicciones. Otras jurisdicciones vinculadas al área de agricultura, ganadería y pesca intervienen con distintos niveles de control de sustancias alimenticias o de apoyo al productor rural, como pueden ser los programas de extensión del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA). La Secretaría de Prevención de Drogas y Control del Narcotráfico (SEDRONAR) cubre programas de capacitación y financia distintas formas de atención de adictos mayores de 21 años. El Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia financia la atención de jóvenes adictos, menores de 21 años y desarrolla planes y programas referidos a temas como violencia familiar y abuso sexual. De hecho se establece una compleja trama de planes, programas y organismos financiadores que de una u otra forma operan en el ámbito de las provincias, coordinando habitualmente su acciones con las mismas.

Por otra parte hay actividades vinculadas a la salud, tales como control bromatológico, recolección de basura o eliminación de excretas, que se mantienen preferentemente en el nivel municipal. Algunos de los principales municipios tienen a su vez servicios de salud propios. Como ejemplo pueden señalarse los Municipios de Bahía Blanca, Mar del Plata o Avellaneda, en la Pcia. de Buenos Aires, Rosario en la de Santa Fe y las ciudades de Buenos Aires y de Córdoba. Esta situación se repite en numerosas jurisdicciones más pequeñas, agregando un componente de complejidad a la comprensión y coordinación del sector Salud argentino.

Las organizaciones comunitarias, ONGs u otros miembros de la sociedad civil tienen una fuerte presencia provincial, ya sea a través de organizaciones propias de la jurisdicción o como miembros de organizaciones nacionales.

Esta realidad suele manifestar una fragmentación programática y operativa, en la medida que los recursos de planes y programas que hacen a la salud de las personas y el ambiente no siempre se canalizan por el organismo provincial de salud. En ocasiones, la misma colaboración internacional llega directamente a instituciones locales, vía municipios, ONGs u otras vías circunstanciales sin estructurarse en una respuesta integrada.

Las Universidades Nacionales tienen presencia en las provincias y en ocasiones servicios propios de atención de salud, vinculados a sus facultades de medicina, odontología o escuelas de enfermería. Asimismo poseen institutos de investigación. Así, por

ejemplo, en el Nordeste están ubicados el Hospital Universitario y el Instituto Nacional de Parasitología, en la ciudad de Corrientes, y el Instituto de Medicina Regional en Resistencia, Pcia. de Chaco. La Facultad de Medicina y su Escuela de Salud Pública, son un referente obligado para caracterizar el equipamiento sanitario del NOA, en la Pcia. de Tucumán. En Santa Fe la Facultad de Medicina, con sede en Rosario, con sus institutos y servicios de asistencia, son recursos de valor en el equipamiento sanitario.

Un elemento central para la comprensión de la realidad sectorial es conocer que en el subsector de la seguridad social cada provincia suele tener un organismo de la seguridad social destinado a dar cobertura de salud a los empleados públicos provinciales y sus familias. Por otra parte la mayoría de las obras sociales nacionales tiene población beneficiaria residente en las provincias, con diversa magnitud y complejidad, en cuyo caso es habitual que el PAMI sea la que mayor presencia tiene en las jurisdicciones.

Para cuatro provincias seleccionadas, se ofrece en los Anexos una información detallada sobre diversos aspectos de la situación sanitaria local que sirva de ejemplo de lo que ocurre en el sector y pueda ilustrar mejor al lector en la comprensión de nuestra realidad nacional en materia de servicios de salud. Para la presentación de la información se ha buscado, más que una exhaustiva caracterización de cada provincia, presentar una visión global de la complejidad del sector salud argentino y de la gama de interrelaciones institucionales y programáticas.

El criterio de selección de las provincias cuya descripción se incluye en los Anexos trató de reflejar realidades disímiles pero de alguna manera representativas del resto del país.

La Provincia del Chaco (Anexo III), de prolongada tradición sanitaria —en 1956 fue base de un Plan de Salud de la OPS— aparece como vinculada a las provincias “pobres”, reflejado tanto en su estructura como en su nivel de ingresos y con un correlato demográfico y epidemiológico que expresa las carencias y patologías propias de su situación.

La Provincia de Entre Ríos (Anexo IV) tiene una ubicación intermedia en cuanto a su desarrollo y estructura. Cercana a Buenos Aires y en gran parte integrante de la “pampa húmeda”, no posee las características de concentración poblacional que se encuentra en Santa Fe, con la Ciudad de Rosario, aunque su estructura y producción rural tienen importancia como característica poblacional y sanitaria.

La Provincia de Neuquén (Anexo V) es tradicionalmente el ejemplo de superación de una deficiente realidad sanitaria en pocos años y de vigencia de planes y programas innovadores (3), que

en la actualidad, pese a perder en parte sus características originales, dada la transformación demográfica y económica de la misma, sigue siendo un referente necesario en toda caracterización sanitaria de la Argentina.

La Provincia de Santa Fe (Anexo VI), es clara representante de las provincias “ricas” con su propia realidad de áreas de pleno desarrollo, frente a otras en condiciones deficientes, y grandes concentraciones urbanas, en este caso la ciudad de Rosario, con características institucionales y sanitarias diferentes a la población rural dispersa o a localidades menores.

La seguridad social

Las obras sociales del régimen nacional

La evolución de la seguridad social ha seguido en Argentina, como en muchos otros países del mundo, las líneas de solidaridad propias de la sociedad civil.

Así, en un primer momento, se produce la creación de entidades mutuales generadas por la solidaridad étnica de distintas comunidades de inmigrantes, permanentes o transitorios. El antecedente más remoto es la sociedad filantrópica establecida por comerciantes británicos en 1827.

Luego, la oleada inmigratoria de fines del siglo XIX y comienzos del XX generó múltiples asociaciones basadas en el socorro mutuo de sus integrantes, que dieron lugar a los Hospitales de Comunidad (Hospital Italiano, Español, Francés, etc.) que aún hoy persisten en Buenos Aires y otras grandes ciudades del interior (Rosario, Córdoba, etc.). Estos hospitales, que en su origen brindaron servicios solo a los miembros de la respectiva comunidad, fueron progresivamente abriéndose a la población general, actuando entonces como prestadores de las obras sociales y demás aseguradores de salud. Finalmente, la mayor parte de los establecimientos desarrollaron planes de atención médica propios, ingresando así en el campo de las entidades de medicina prepaga.

Paulatinamente, la solidaridad étnica que dio lugar a esas entidades fue reemplazada por la solidaridad laboral y así comenzó la primera etapa de las entidades que hoy se conocen como “obras sociales”, o sea la manifestación en Argentina de las organizaciones de seguridad social médica que se encuentran en otras partes del mundo (“krankencassen” en Alemania, Fondos de salud en Holanda o Bélgica, etc.).

Esta primera etapa fue *voluntaria* y espontánea. Las asociaciones de

trabajadores (sindicatos) empezaron a ofrecer a sus afiliados servicios sociales de diferente tipo: pensiones, turismo, recreación y, entre todos ellos, salud. La financiación de estos servicios, por lo general contratados con médicos y clínicas privadas, se hace en ese momento sobre la base de las cuotas societarias que voluntariamente abonan los afiliados y, más tarde, se consiguen subsidios y subvenciones por la vía de los convenios colectivos de trabajo pactados con los empleadores.

Con el correr del tiempo, el Estado comienza a participar de este movimiento y en 1944 el Poder Ejecutivo Nacional sanciona el Decreto 30655 por el que se constituye una Comisión de Servicio Social cuya finalidad es "...propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presen tareas retributivas".

Con esta medida el Estado inicia una segunda etapa, que llamaremos *mandatoria*, donde se alienta el movimiento preexistente de crear servicios sociales, incluyendo salud, en ámbitos laborales. A corta distancia, el gobierno avanza un paso más y, directamente, constituye "obras sociales" tomando como base las estructuras creadas en torno a los sindicatos, pero dándoles individualidad jurídica y financiera. El primer ejemplo es la Dirección General de Asistencia Social para el Personal Ferroviario (origen de la hoy Obra Social para el Personal Ferroviario) establecida por Decreto 9644/44 tomando para sí los preexistentes servicios de la Unión Ferroviaria y de la Fraternidad, este último el sindicato más antiguo de vida ininterrumpida de la Argentina (agrupa al personal de conducción de trenes). A este ejemplo siguen otros donde, incluso, la institución de obras sociales se hace prácticamente desde cero, agrupando a empleados del Estado (Decreto 41321/47, Ministerio del Interior; Decreto 39715/48, Ministerio de Educación, hoy Obra Social para la Actividad Docente-OSPLAD, etc.). Por último es el Congreso Nacional el que asume esta función de dar marco y sustento legal a servicios de salud y otros sociales correspondientes a distintas ramas de la actividad laboral y así surgen las obras sociales para Bancarios (Ley 13987 y 14171), para Trabajadores del Vidrio (Ley 14056), de Seguros (Ley 14057), etc.

La etapa mandataria culmina con el dictado de la Ley 18610 (t.o. 1971), que extiende el régimen de obra social a todos los trabajadores en relación de dependencia del ámbito nacional (los provinciales se canalizan por otra vía, ver apartado sobre obras sociales provinciales). La ley además, consagró la vinculación sindical que se vio en el origen del proceso de gestación de las obras sociales, al establecer que solo los sindicatos signatarios de convenios colectivos de trabajo podrían constituir una. Si bien se crearon otras obras sociales no relacionadas con sindicatos, el hecho de conformarse un vínculo muy estrecho entre la estructura sindical y la seguridad social médica ha determinado que las obras so-

ciales se organizaran por rama de actividad laboral (textiles, metalúrgicos, bancarios, etc.) y que se desarrollara en la dirigencia sindical un fuerte sentimiento de propiedad que ha coloreado las iniciativas de reforma referidas al sector, afectando así al conjunto del sistema de servicios de salud del país.

Por otra parte, dicha Ley 18.610 creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo estatal con funciones de normalización, apoyo financiero y contralor general de las obras sociales. La entidad, que manejaba un fondo destinado a equiparar las distintas capacidades financieras de las obras sociales, fue remplazada por la Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL) y hoy es la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que conserva, ampliadas y perfeccionadas, las facultades y atribuciones del INOS-ANSSAL como organismo estatal de control del sistema de obras sociales y tiene a su cargo la administración del Fondo Solidario de Redistribución, constituido por un porcentaje de los aportes y contribuciones destinados a las obras sociales, según se analiza más adelante.

Cobertura de los servicios de salud

En la Argentina, por definición, todos los habitantes están cubiertos por los servicios públicos de salud, a los cuales tienen un acceso irrestricto, salvo razones de distancia física o de capacidad económica para desplazarse hasta ellos. Independientemente de esa cobertura pública, los trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar cuentan por ley con la cobertura de una "obra social".

Por un lado, debiera decirse leyes porque las provincias tienen regímenes similares para sus empleados, así como los tiene el personal de las fuerzas armadas y de seguridad. Por otro lado, en Argentina el ingreso a los servicios sociales, entre ellos la cobertura de salud, se hace a través del empleo y, por ende, solo pueden recibir dicho beneficio quienes poseen un trabajo, de allí que las cifras de población efectivamente cubierta por una obra social varíen según las épocas y las regiones.

El primer estudio de la cobertura de la Seguridad Social, por entonces parcialmente voluntaria, fue realizado por la Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales (Decreto 2318/67) y la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales (Ley 17.230) hacia 1967-68 y mostró que más de un tercio de la población tenía cobertura de obra social. Años más tarde, con el régimen en funcionamiento pleno, el INOS informó una cifra del 75%, seguramente abultada por doble cobertura e informes sobreenumerados de las obras sociales, y el último censo (1991) recogió un porcentaje del 57.6 que, en el grupo de población de 65 y más

años alcanzaba al 85,3% como resultado de la expansión de la obra social que cubre a los jubilados y pensionados (PAMI). En los últimos años se ha dado un decrecimiento de la cobertura poblacional de las obras sociales, vinculable a los problemas del mercado laboral en el país en la década de los '90 (Tabla 7).

Tabla 7
Personas cubiertas por obra social. Argentina, varios años

Año	Personas Cubiertas	% Sobre Población
1967/8 (1)	8.306.500	35.5
1984 (2)	22.580.700	75.0
1991 (3)	18.799.590	57.6
1997 (4)	19.302.504	54.4
2001 (5)	14.873.864	46.7

Fuentes:

- (1) INOS. Las Obras Sociales en la República Argentina.
- (2) INOS. Boletín N°35, 1986.
- (3) INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.
- (4) SIEMPRO - INDEC. Encuesta de Desarrollo Social, 1999.
- (5) SIEMPRO - INDEC. Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

Las Obras Sociales cubren una población cercana a los 19 millones de personas, distribuidas en casi trescientas instituciones de distinto tipo. Así, la legislación prevé la existencia de obras sociales sindicales (Ley 23.660, art. 1°, inc. A), obras sociales del personal de dirección y empresarios (ídem, inc. E), obras sociales por convenio con empresas (ídem, inc. F), etc.

Por otra parte, es muy variable y asimétrica la dimensión de dichas entidades. Las 20 mayores obras sociales, alrededor del 7% de los agentes del seguro de salud, cubren 7.626.534 personas o sea algo más del 40% de los beneficiarios. Las primeras 43 obras sociales en tamaño, alrededor del 15% de las entidades, agrupan a 9.446.015 personas, esto es, más del 50% de los beneficiarios.

Los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores previstas por la legislación (Ley 23660 y 23661) fueron 3% y 6% respectivamente de la hoja de pagos o salarios de los trabajadores formales. Durante los años noventa en Argentina la alícuota de las contribuciones del empleador fue reducida del 6% al 5% (Decreto 492/95). En 2002, con la declaración de Emergencia Sanitaria, se restablecieron las contribuciones definidas originalmente por la Ley 23.660. La restitución original-

mente fue establecida por decreto y luego fue incorporada en la Ley del Presupuesto Nacional (artículo 80).

Asimismo, la mencionada Ley 23.660 previó que un porcentaje (10%) de esa recaudación por aportes y contribuciones fuera directamente destinado al Fondo Solidario de Redistribución, fijando la alícuota en 15% para el caso de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios. La legislación de emergencia (Decreto n° 486/02) incrementó dichos montos en cinco puntos porcentuales para las retribuciones que superaran los \$1.000 mensuales.

Como evidencia indirecta del crecimiento de la Seguridad Social puede señalarse que, a partir del dictado de la Ley 18610, que generalizó a todo trabajador del régimen nacional la afiliación a obra social, cambiaron dramáticamente en pocos años los mecanismos de financiación de los principales servicios de salud, tal como la Tabla 8 lo muestra para internaciones. Puede apreciarse, a medida que pasa el tiempo, un notorio incremento en la financiación de las prestaciones a través de las obras sociales, una franca y sostenida caída del gasto del bolsillo (cuenta propia) y una disminución de la importancia del sector público que, sin embargo, repunta notablemente en 1989, época de hiperinflación, hasta alcanzar valores similares a los del comienzo de la serie.

Tabla 8
Porcentaje de internaciones (toda causa), según vía de financiación
Argentina, Area Metropolitana, varios años

Financiación	Años		
	1970 (1)	1980 (2)	1989 (3)
Obra Social	20.3	49.7	48.2
Sector Privado	13.2	9.6	8.4
Sector Público	40.0	29.9	40.7
Cuenta Propia	26.5	10.8	2.7
Total	100.0	100.0	100.0

Fuentes:

- (1) MBS, OPS y AFACIMERA Encuesta de Salud y Educación Médica.
- (2) MS PyMA Area de Recursos Financieros.
- (3) INDEC. Encuesta Permanente de Hogares.

Este crecimiento de la población cubierta por obras sociales y la utilización de las mismas para la atención de su salud cambia de sentido a partir de mediados de los '90 en función del aumento de la desocupación

Tabla 9
Población que utilizó servicios de atención de la salud clasificada
según condición y tipo de afiliación a algún sistema de atención de la salud. Área
metropolitana. Año 2001

Utilización	Condición y tipo de afiliación							
	Afiliada a						No afiliada	
	Sólo Obra Social		Sólo Prepago		Otros sistemas y combinaciones			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total(1)	6447399	100,0	1934349	100	708842	100,0	3435497	100,0
Consultantes al médico	1447821	22,5	447962	23,2	* 151291	21,3	564511	16,4
Consultantes al dentista	564832	8,8	171768	8,9	* 103491	14,6	284322	8,3
Consultantes a otros profesionales	384240	6,0	172951	8,9	* 50203	7,1	* 162156	4,7
Consumidores de medicamentos	2679997	41,6	801324	41,4	316409	44,6	1948000	56,7
Usuarios de estudios y tratamientos	995630	15,4	253458	13,1	* 68132	9,6	345521	10,1
Internados en el último año	374878	5,8	* 86886	4,5	* 19316	2,7	* 130988	3,8

(1) El total es la suma de usuarios (o consumidores de servicios de salud).

Es interesante notar que la estructura de utilización de servicios de salud es bastante similar independientemente de la afiliación a Obras Sociales o a sistemas Prepagos. Entre los no afiliados se observan algunas diferencias: consultan en menores proporciones al médico y exhiben mayores proporciones de consumidores de medicamentos.

La pauta de comportamiento de los usuarios de los servicios de salud —incluido medicamentos—, no se diferencian según afiliación a Obras Sociales o a Sistemas Prepagos. La no afiliación, por su parte, tiende a estar vinculada a consultas al médico en menores proporciones y a exhibir mayores porcentajes de consumidores de medicamentos.

* Este valor no alcanza el nivel de confiabilidad razonablemente esperado.

Fuente: Ministerio de Salud, Secretaría de Políticas de Regulación y Relaciones Sanitarias, Encuesta sobre utilización y gasto en servicios de salud. Área Metropolitana año 2001.

y el incremento de personas y familias que al perder su relación de dependencia se separan de la cobertura de las obras sociales. Por otra parte la crisis económica hace que disminuya la pertenencia de la población a prepagos privados de salud ya sea por pérdida de su empleo o por no poder mantener sus cuotas de afiliación al día. En el cuadro siguiente se observa la distribución de la utilización de servicios según condición y tipo de afiliación a algún sistema de atención de la salud, en el área metropolitana.

Las obras sociales provinciales

Las obras sociales provinciales (OSP) tienen un origen y una dependencia diferentes a las del sistema de las leyes relativas al Seguro Nacional de Salud (23660 y 23661) al cual no están sujetas, salvo que voluntariamente adhieran a ese régimen.

Las OSP fueron creadas por leyes o decretos de los respectivos gobiernos provinciales para atender los requerimientos de bienestar social de los empleados públicos de su ámbito, junto con sus familias, incluyendo también los trabajadores de las municipalidades existentes en el territorio provincial. Hacia 1999 el conjunto de las OSP contaba con una cobertura de 5.2 millones de personas, o sea alrededor del 14% de la población del país. A su vez, el caudal de afiliados voluntarios era muy reducido, oscilando entre el 2% y el 8% de los beneficiarios contribuyentes (4).

En algunas ocasiones (el IOMA en la Provincia de Buenos Aires, el IPAM en la de Córdoba) las OSP están dedicadas solo a salud, desligadas de la prestación de otros servicios sociales como jubilaciones y pensiones. En otros casos (Chaco, Jujuy, Misiones) un mismo Instituto de Seguridad Social agrupa tanto la atención de la salud como la previsión social. En su funcionamiento interno, sin embargo, las OSP no difieren mayormente del resto de las entidades de su tipo: se financian con aportes de los trabajadores y contribuciones del Estado Provincial en cuanto empleador, carecen prácticamente de servicios propios y brindan sus prestaciones a través de profesionales y establecimientos del sector privado, con escasas conexiones con servicios públicos de salud, no obstante tener éstos la misma dependencia.

Por cierto, la dispersión del conjunto es muy grande y reproduce la variación del tamaño y recursos que caracteriza a las provincias a las cuales pertenecen. En 1999 el IOMA de la Provincia de Buenos Aires abarcaba más de 400.000 personas cubiertas mientras el ISST de Tierra del Fuego solo alcanzaba las 7777. Esta obra social, en cambio, presentaba el más alto ingreso promedio mensual por beneficiario (\$57), en tanto Salta, Tucumán y Catamarca no superaban los \$15 mensuales, para un promedio del sistema de OSP de \$ 25,60 (4).

El subsector privado

Recursos de salud privados

Si bien la descripción de los recursos humanos, físicos y materiales con que cuenta Argentina se detallan más adelante en el respectivo capítulo,

conviene señalar brevemente cómo se define su inserción dentro del subsector privado.

En relación con los recursos humanos, importa destacar que la mayoría de los profesionales y técnicos de la salud comparten tareas en el subsector público o la seguridad social con actividades en el subsector privado. La dedicación exclusiva a una función es excepcional, salvo en la etapa formativa de la residencia, y aun dentro de ella no siempre, por lo cual se incursiona en actividades rentadas dentro del subsector privado en la medida de las oportunidades que se ofrezcan. Esto consolida el círculo vicioso del pluriempleo, originado en salarios relativamente escasos.

Respecto de los recursos materiales, el sector privado ha sido tradicionalmente el introductor de nueva tecnología (5) y, a favor de su asociación con las obras sociales, ha ido incrementado el número de camas hospitalarias por encima de los servicios públicos de salud.

En este último caso, corresponde distinguir el desarrollo de los pequeños sanatorios y clínicas, nacidos habitualmente como una extensión de la práctica de uno o más profesionales, respecto de los grandes establecimientos —algunos de verdadero lujo— que abastecen, ya como empresas de salud, los requerimientos de la población de mayores recursos, especialmente en los principales agregados urbanos.

El comportamiento de los establecimientos privados es muy diverso. Los hospitales privados de comunidades extranjeras y los de origen confesional (sin fines de lucro), menos de 20 instituciones, son en general los de mayor solidez económica y se encuentran agrupados en ACAMI. Los privados con fines de lucro, con mayor capacidad para acumular capital y reconvertirse como empresas de servicios, constituyen unos 800 y están agrupados en ADECRA-ConfeSalud, con un promedio de más de 60 camas por institución. El resto, unidades en promedio de menos de 30 camas, funcionan como semi-cooperativas de médicos, aunque jurídicamente constituyan formas societarias diferentes. Son los que tienen su viabilidad más comprometida y suman unos 1.200 establecimientos. Se nuclean en CAES-CONFECILISA.

Coberturas de salud privadas

Según datos de la Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP) correspondientes al año 2001, el total de personal cubiertas por entidades de seguro médico privado ascendía a 2.694.463, de las cuales el 71.2% estaba asociada a empresas de medicina prepaga, el 15.5% a obras sociales de personal de dirección en calidad de adherentes voluntarios y el 13.3% a hospitales de comunidad.

Hasta el presente, la inserción de las entidades de medicina prepaga dentro del sistema de salud ha revestido una de varias formas:

- a) son individualmente contratantes de seguros médicos voluntarios, en forma individual o colectiva, para lo cual deben cumplir ciertas restricciones, aun cuando el mercado está teóricamente desregulado, por ejemplo, que siempre deban brindar el Programa Médico Obligatorio.
- b) convienen, en esa función de contratantes colectivos, la atención de la salud de la población beneficiaria de una obra social, utilizando sus propias cartillas de prestadores y su capacidad de gerenciamiento de los servicios. Esta alternativa se ha difundido al punto que la existencia de un acuerdo obra social-entidad prepaga es una ventaja tendiente a estimular transferencias de afiliados entre obras sociales (6), (7).
- c) resultan una elección alternativa a las obras sociales como destinatarias de los aportes y contribuciones que marca la ley y responsables de la atención médica que dicha ley prescribe. Esta posibilidad, planteada en las propuestas del Banco Mundial y en algunos programas gubernamentales no ha sido puesta en marcha hasta el momento por la resistencia encontrada entre algunos de los protagonistas del mercado de salud (8).

En cambio, las entidades prepagas no han desarrollado actividades como organizaciones básicamente destinadas a ofrecer servicios complementarios o suplementarios de los que obligatoriamente brinda la seguridad social, proveyendo atención de prestaciones no incluidas en la cobertura del PMO o servicios con “amenidades” no contempladas en el esquema de prestación básica.

En cuanto a prestaciones brindadas, en el año de referencia (2001) se contabilizó un promedio de 7.2 consultas por persona y por año y 9.8 internaciones anuales por cada 100 beneficiarios.

La estimación de ingresos por cuotas, tanto individuales como grupales o corporativas, en dicho año fue de 2.8 millones de pesos, de los cuales el 74,4% fue destinado a sufragar gastos médicos.

Entidades de la sociedad civil

La sociedad civil

En el sistema de salud argentino, el protagonismo de la sociedad civil es una realidad de larga tradición y presencia protagónica que ha colabora-

do en asegurar el acceso a la atención de la salud de la población y con ello consolidar la afirmación del derecho a la salud. Su concepción ha evolucionado a lo largo del tiempo. En su fundamentación ha pasado desde un origen vinculado a la caridad, con el protagonismo de las organizaciones religiosas, y luego a la beneficencia —la Sociedad de Beneficencia se creó en las primeras décadas del siglo XIX, en plena consolidación de la Argentina como país— y a expresiones de solidaridad étnica vinculadas con las distintas corrientes inmigratorias que dieron origen al movimiento mutualista y cooperativo.

Estas concepciones concurrieron para la consolidación de un movimiento social, de base solidaria, que se expresó en las Cooperadoras Hospitalarias, tradicionales recaudadoras de fondos y generadoras de apoyo a los hospitales públicos, o con las distintas modalidades de voluntariado hospitalario. También esta colaboración comenzó a organizarse en torno a determinadas patologías: Liga de Profilaxis Social; Liga Argentina de Lucha Contra la Tuberculosis; Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI); Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC); Alcohólicos Anónimos (ALANON); FUNDALEU, respecto de la leucemia; FEN-DIN, para discapacitados mentales; EMA, para esclerosis múltiple; etc.

Un cambio importante se ha dado en la última década del siglo XX y que se ha consolidado hacia el 2000. Estas instituciones van progresivamente incrementando su participación y protagonismo en el funcionamiento del sector, siendo el vehículo habitual de integración de lo que se ha dado en llamar el tercer sector. Un elemento de cambio a destacar es la progresiva profesionalización de estas instituciones en lo que hace a la generación y administración de los recursos, en donde la capacitación gerencial, ocupa un lugar creciente. Esta presencia, importante por su magnitud y su cobertura en toda la geografía del país, ha llevado a estas instituciones a organizarse en federaciones o asociaciones de mayor complejidad organizativa que les ha permitido asumir su protagonismo frente a la actual crisis, como interlocutores válidos en diversas instancias, tal como ocurrió en el “Diálogo Argentino” y en el ejercicio de actividades de programas de auditoría y control, especialmente en orden a los programas sociales gubernamentales y con apoyo financiero internacional. Así dentro del Foro del Sector Social, organización voluntaria que nuclea instituciones de la Sociedad Civil es reconocida la “Comisión de Salud” que reúne a aquellas especialmente vinculadas con el ámbito sectorial. Existen otros nucleamientos que surgidos de un crecimiento progresivo y espontáneo buscan una creciente coordinación con otras organizaciones similares.

Es posible afirmar que el voluntariado y sus organizaciones de la sociedad civil constituyen un recurso inestimable y de efectiva presencia

en el sector. El Ministerio de Salud tiene un área especial para la relación con estas instituciones y las mismas participan efectivamente en programas de promoción, prevención y también asistencia. En el área del Ministerio de Desarrollo Social, el CENOC (Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad) existe un registro de instituciones (Gráfico 13) y el Banco Mundial ha hecho un relevamiento sistemático dentro de la sociedad civil, siendo habitual la oferta de espacios de capacitación sobre el tema.

■ *Entidades gremiales profesionales*

Los miembros de las profesiones vinculadas con la salud se hallan en Argentina agrupados por jurisdicciones políticas, desde el nivel establecimiento (asociaciones profesionales por hospitales), pasando luego a asociaciones locales por municipalidad, partido o departamento, federaciones provinciales y, finalmente, entidades confederales con ámbito nacional. Como ejemplo, podemos mencionar en ese orden de creciente inclusividad entidades correspondientes a los médicos, así: *Asociación de Médicos Municipales* (agrupa a los profesionales que se desempeñan en establecimientos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), *Círculo Médico de Villa María* (agrupa a los médicos de ese Departamento de la Provincia de Córdoba), *Federación Médica de Entre Ríos* (reúne a todas las asociaciones médico-gremiales de la Provincia de Entre Ríos) y *Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)*, entidad gremial de tercer grado que agrupa a todos los médicos del país. Con este mismo ámbito nacional pueden mencionarse la *Confederación Odontológica Argentina (CORA)*, la *Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA)*, etc., también integradas por federaciones provinciales y entidades locales de primer grado.

Así como los sindicatos están asociados en el campo de la salud con su papel excluyente en el manejo de las obras sociales, las entidades gremiales profesionales de salud tienen como rasgo predominante su comportamiento como prestadoras de servicios.

Esta definición de las entidades médicas por su perfil prestador nos lleva a una característica que, históricamente, ha sido central para explicar su inserción en el sistema de salud argentino y de la cual han derivado varias conductas concretas. En rigor, se trata de un rasgo de las profesiones de salud en el mundo, y se manifiesta por una defensa de la actividad como una profesión liberal, de allí el énfasis en el pago a través de honorarios regulados directamente por el médico y el rechazo a cualquier tipo de injerencia del poder

político y también de otros grupos sociales en el desenvolvimiento del sector. Una consecuencia, de importancia substancial para la configuración de un modelo prestador moderno, ha sido la insistencia en privilegiar el sistema de libre elección abierta como el más apropiado —por no decir el único aceptable— a la naturaleza del vínculo médico-paciente. Por cierto, la evolución de la realidad no ha sido ajena a las postulaciones de las entidades profesionales que, sin resignar tal vez el pensamiento de fondo sobre el tema, han adaptado su prédica a las múltiples formas de ejercicio de la actividad, buscando para cada una de ellas —como cualquier otro gremio— las mejores condiciones de trabajo y remuneración posibles.

La necesidad de defender sus intereses frente a contratantes monopsónicos de servicios de salud como las obras sociales, llevó a los gremios profesionales de salud a desarrollar instrumentos que luego se hicieron clásicos en el medio, cuyo ejemplo más conocido son los Nomencladores Nacionales de Prestaciones, que listan en forma individual y discriminada cada uno de los actos médicos susceptibles de ser cobrados a los pacientes y establecen el respectivo precio de referencia. De este modo las entidades gremiales profesionales han sabido afirmar tres principios de seguimiento obligatorio para sus asociados: el pago por acto profesional, un arancel mínimo que evite la competencia desleal del colega y un sistema de convenios (contratos colectivos de trabajo) con las obras sociales y empresas de seguros de salud a ser firmados por las entidades colegiadas [El término de “colegio”, usado por algunas asociaciones médico-gremiales, debiera tal vez restringirse a las entidades creadas por ley, en las cuales las provincias delegan atribuciones como el control de la matrícula profesional y otras funciones deontológicas.]

Desde que las federaciones médicas de Buenos Aires y Santa Fe comenzaron a firmar convenios con diferentes prestatarias hacia fines de los años '40 el sistema se generalizó y fue con mucho el predominante en la seguridad social; sin embargo, las entidades médicas solo esporádicamente consiguieron un reconocimiento reglamentario y su correspondiente inscripción como prestadores habilitados en el respectivo Registro Nacional de Prestadores que llevaron primero el INOS, luego la ANSSAL y hoy la SSS.

De simples *empleados* colectivos de las obras sociales, las entidades profesionales pasaron a ser *socios* a través de la aplicación del régimen de pago en bloque por la atención de una población definida, que implica compartir con la obra social el riesgo financiero del sobreconsumo. Más aún, los gremios médicos comenzaron luego a organizar sus propios sistemas de prepago, abiertos al público en ge-

neral, constituyéndose en *patrones* y cerrando así la parábola de su actuación como prestadores. De hecho, la COMRA es hoy sede de una Red Argentina de Salud, que agrupa los planes de medicina prepaga de sus entidades miembros y tiene representación en todo el país.

Paralelo a su función de prestadoras de la seguridad social —y como consecuencia lógica de ella— las entidades profesionales de salud tuvieron siempre un especial interés en concertar con los prestatarios y el Estado remuneraciones, condiciones de trabajo y los instrumentos de ese trabajo, de los cuales los Nomencladores no son los únicos. Así, fueron protagonistas de la instancia de concertación abierta por la Ley 19.710 (Comisión Paritaria Nacional) y de la Comisión Permanente de Concertación creada por el decreto 353/83 y reclamaron insistentemente un sitio en la mesa de negociación cada vez que los mecanismos reglamentarios estuvieron suspendidos o anulados.

Finalmente, además de la contratación y la concertación, los gremios profesionales han buscado participar en la conducción de la seguridad social en particular y del sistema de salud en general. No obstante, pese a estas solicitudes de participación, las entidades no han alcanzado posiciones en los cuerpos colegiados de gobierno del sector, lo que algunos dirigentes entienden beneficioso pues alejan a la profesión organizada de responsabilidades que —por la lógica de la conducción— conllevan el riesgo de conflictos de intereses con los afiliados, que son prestadores del sistema.

■ *Colegios Profesionales de Ley*

Como se vio al considerar el ejercicio profesional, dicha función gubernamental está muchas veces delegada en entidades conocidas como “colegios de ley” que tienen a su cargo la matriculación y la autorización para anunciarse como especialistas, incluyendo también un control sobre las transgresiones éticas de los respectivos profesionales. El profesional matriculado es un miembro automático del respectivo colegio y tiene derecho a participar como elector y como candidato en el gobierno de la entidad.

En el caso de la medicina, que nos sirve siempre de ejemplo por ser la más numerosa y estructurada, pero cuyas características se repiten en las otras profesiones de salud, existen colegios de ley en distintas provincias (en Córdoba se llama Consejo), de los cuales actualmente hay doce en funcionamiento: Agrupados en la Confederación de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO).

■ *Entidades científicas*

Asimismo, los profesionales de la salud se agrupan en sociedades científicas independientes, según la especialidad que practican. Estas entidades tienen por objeto el cultivo de dicha especialidad mediante cursos, jornadas, publicaciones y demás actividades de tipo académico, las que no abarcan —en algunos casos incluso prohíben— el ejercicio de funciones gremiales o la prestación de servicios de salud. Ejemplos de este tipo de asociaciones en el campo de la medicina son la *Sociedad Argentina de Pediatría*, la entidad científica de especialidad más numerosa y activa que tiene el país, la *Academia Nacional de Medicina* —que por su naturaleza de organismo superior cuenta con el apoyo gubernamental a través del Ministerio de Cultura y Educación— la *Asociación Médica Argentina (AMA)*, con sus sociedades filiales, y una larga nómina de sociedades científicas que, recorriendo el listado alfabético del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM), van desde la *Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología* hasta la *Sociedad Argentina de Urología*.

Estas entidades también suelen tener programas de reconocimiento de la calidad de los respectivos especialistas que se denominan de “certificación” aunque no tienen valor legal como en el caso de los colegios de ley. Muchas de ellas se nuclean en el CCPM, auspiciado por la Academia Nacional de Medicina y, a su vez, existen otros programas independientes como el de la AMA y el de la Sociedad Argentina de Cardiología.

El ejercicio profesional en los servicios de salud

En Argentina, la regulación pública de las profesiones que tienen que ver con la salud (médicos, odontólogos, kinesiólogos, enfermeras, etc.) está atribuida a las provincias, como se puntualizó más arriba, por cuanto no la delegaron en el gobierno central al constituirse en unión nacional como un país federal.

Por ello, los médicos (odontólogos, bioquímicos, etc.) necesitan —como paso previo al ejercicio profesional— obtener la respectiva licencia o “matrícula” en la jurisdicción, sea una Provincia o la Capital Federal, donde piensan desarrollar su práctica. Si luego se quiere ejercer públicamente una especialidad cualquiera (Pediatría, Ortopedia, Endocrinología, etc.) el profesional debe solicitar una “autorización para anunciarse como especialista” a la misma entidad u organismo que otorgó la matrícula, la cual también se conoce como “certificación”.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede de la Capital Federal, ha sido tradicionalmente el Ministerio de Salud de la Nación el que otorga ambos permisos, luego de cumplidos trámites que acrediten la idoneidad del postulante. En muchas provincias, el gobierno local ha delegado esas funciones en “entidades médicas de ley”, habitualmente llamadas Colegios, de las cuales están en funcionamiento los de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Misiones, Río Negro, Salta, Santa Cruz, Santa Fe 1^a. Circ., Santa Fe 2^a. Circ. y Santiago del Estero.

Independientemente de esos requisitos legales, diversas sociedades científicas, actualmente integradas con el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM), auspiciado por la Academia Nacional de Medicina, y otras como la AMA, han puesto en marcha mecanismos de evaluación profesional, voluntarios y realizados por sus pares, que se denominan “certificación”. Estas certificaciones “académicas” equivalen a lo que en Estados Unidos llaman un médico “board certified”.

Por otra parte, en varios casos, el otorgamiento se hace en forma conjunta por un colegio de ley y una sociedad científica, por lo cual la “certificación” cumple al mismo tiempo dos funciones: la legal y la académica.



La característica principal de la profunda y constante crisis del sector salud es la insuficiencia de recursos, el incremento insostenible de la demanda tanto en calidad como en cantidad, el crecimiento de la tecnología y la insuficiente contención del gasto.

El Estado debe ser muy sensible con el sector privado de salud, considerar sus impuestos, atender su problemática, los beneficios que el privado le aporta en la baja de costos del sector público y a las fuentes de trabajo que genera. No debe soslayar, asimismo, que el sector dispone de una importante infraestructura que pudiendo elevar la calidad asistencial está en muchos casos subutilizada.

El sostenimiento de los sistemas de salud pasará por la convivencia y complementación de un mix público-privado mediante la integración de los subsectores. Cada participante debe reconocer su interdependencia con los demás.

Las soluciones al sistema de salud deberán ser pensadas y desarrolladas conjuntamente por prestadores, financiadores y beneficiarios.

No existe una salud pública y otra privada, es la asistencia la que puede ser brindada por uno u otro. El paciente lo que necesita es un buen servicio de mantenimiento de su salud, sea quien sea el que se lo brinde.

Las mejoras del nivel sanitario de la población depende de otros sectores sociales y económicos que exceden al Ministerio de Salud, ya que Salud en su concepción moderna significa: agua potable, ambiente sano, cloacas, condiciones de vida seguras, educación, trabajo y vivienda digna.

El sector privado puede entregar en forma costo efectiva, servicios médicos que proporcionen mayores niveles de satisfacción a los usuarios y una salud más oportuna que la que ofrece el sistema público.

El financiamiento del sector salud no puede generarse a través de un impuesto al trabajo, sino que finalmente deberá provenir de los impuestos generales de la Nación.

Dr. Pablo Giordano
Presidente, Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP)

Recursos humanos y materiales

Recursos humanos

En el campo de los Recursos Humanos en Salud existen en Argentina diversos referentes institucionales: universidades, escuelas técnicas, grandes empleadores como Ministerios y Secretarías de Salud, la Seguridad Social, el sector privado, etc. Sin embargo, la constitución de un espacio que articule estos referentes institucionales en una unidad conceptual y técnica, sobre la cual se desarrollen estudios globales —y se prevean acciones también globales y específicas por problemas— no está claramente definida. Persisten algunos problemas fundamentales como la escasez de políticas consolidadas de recursos humanos en salud y las divergencias entre los ministerios de salud y educación u otros organismos interesados en el control y evaluación de la formación profesional y técnica.

La fragmentación que existe en este campo se sustenta en la variedad de actores sociales (instituciones formadoras, instituciones prestadoras, gremios y asociaciones profesionales) que lo componen, en la que cada uno trabaja a partir de ópticas muy diversas, lo que hace difícil la gobernabilidad y la rectoría del mismo. La naturaleza intersectorial e interdisciplinaria imprime complejidad al campo de los recursos humanos, tanto por la diversidad de los actores sociales que interactúan como por la magnitud del sector. En Argentina, esta fragmentación es particularmente especial por su condición de país federal, con un sistema de salud descentralizado en 24 ministerios o secretarías de salud, la proliferación de instituciones de formación, las innumerables agrupaciones de profesionales y los entes reguladores estatales.

Problemas generales de recursos humanos que ameritan modificaciones:

Algunos problemas de este campo son parte de lo denominado la “vieja” agenda de la gestión de los recursos humanos, en el entendido de que constituyen problemas identificados en décadas anteriores y que todavía subsisten. Otros problemas son aquellos ubicados dentro de la “nueva” agenda, surgidos a partir de determinados cambios en las políticas públicas (tales como la descentralización del Estado y su achicamiento), las políticas de salud y en la nueva gestión de las mismas. Dentro de esta nueva agenda hay que considerar las posibles repercusiones de la crisis económico-política del año 2002, en la que seguramente los recursos humanos se han visto afectados. Algunos de los problemas resaltan, con documentación precisa, la magnitud de los mismos:

■ Disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo en salud:

Los primeros resultados obtenidos de la Red Nacional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Argentina indicaron que en 1998 existía una estimación parcial de 440.100 trabajadores en el sector salud, lo que representaba un 3% de la población económicamente activa (9).

Un estudio reciente de cálculo de personal ocupado, realizado por Novick y Galín (10) muestra una variación según fuentes y registros. Así, para la Encuesta de Gastos de Hogares (ENCGH) de 1996/97 con una cobertura del 95%, del total urbano, la cifra de trabajadores en el ámbito de salud y servicios sociales alcanzaría a 614 mil ocupados. En cambio, para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) con una cobertura del 66% de las áreas urbanas, la totalidad ascendería a 465 mil en el año 2000.

Considerando el primer estudio la estimación para 1998 de la fuerza de trabajo sectorial, para algunas categorías profesionales, se observan en la Tabla 10 las categorías profesionales y su representación en porcentaje: los médicos ocupan el 25% de la fuerza de trabajo sectorial, el 13% las auxiliares de enfermería y empíricos y el 10% los psicólogos.

En un análisis realizado de la base de datos del catastro de Establecimientos y Recursos de Salud elaborado por el Ministerio de Salud en 1998 (11) se pueden observar otros datos sobre las principales tendencias en la composición de los cargos del sector salud, en las que se corroboran el alto porcentaje de médicos: para trece provincias el 62% de los profesionales son médicos. A su vez, los mé-

Tabla 10
Categorías profesionales en la fuerza de trabajo sectorial de salud

Categoría	Número	Porcentaje
Médicos	108.800	24.7%
Odontólogos	28.900	6.6%
Farmacéuticos	15.300	3.5%
Bioquímicos	11.100	2.5%
Psicólogos	43.000	9.8%
Kinesiólogos	9.800	2.2%
Dietistas/Nutricionistas	5.300	1.2%
Enfermeros	29.000	6.6%
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000	13.0%
Ingenieros sanitarios*	1.000	0.2%
Trabajadores sociales*	3.300	0.7%
Veterinarios	13.000	3.0%
Técnicos (excluidos profesionales)	11.100	2.5%
Administrativos y Servicios generales	103.500	23.5%
Total	440.100	100.0%

dicos constituyeron el 60% de los profesionales para los establecimientos de salud en Mendoza y el 62% para los de la ciudad de Buenos Aires. Del total de cargos (263.356) relevados en el estudio, 78.064 son ocupados por los médicos, lo que representa un 30%. De la misma fuente, surge que existen 71.734 cargos de enfermería, correspondiente al 27% de los cargos totales, de los cuales, los auxiliares constituyen el 73% de ellos. En cambio, sólo el 2.4% de los cargos de enfermería corresponden a licenciados y el 4.3% a enfermeros universitarios. Por otra parte, este valor indica que la relación enfermero por médico para el conjunto de los cargos relevados es de 0.9.

Por otra parte, *la distribución de los recursos humanos en el área de salud* dista mucho de ser homogénea en el país. Si bien en la Argentina en 1998 existía un médico cada 332 habitantes, esta relación era de un médico cada 95 habitantes en la Ciudad de Buenos Aires y más de diez veces inferior en Tierra del Fuego (un médico cada 962 habitantes). Mayores disparidades podían verse con otros recursos como en el caso de los odontólogos, donde el promedio nacional era de un odontólogo cada 1267 habitantes, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires había un odontólogo cada 367 habi-

tantes y en Tierra del Fuego uno cada 4.279 habitantes (casi 12 veces inferior).

Son muchas las preguntas surgidas a partir de estos datos que merecen respuestas de políticas construidas a partir de acuerdos básicos entre los distintos actores, tales como si la cantidad y distribución resulta congruente con los requerimientos actuales; si son adecuados en vista de las transformaciones y reformas requeridas hoy día en el sector; si es ésta la cantidad y distribución de profesionales, técnicos y auxiliares requeridos en todo el territorio nacional y en cada una de las provincias y zonas aisladas, considerando las necesidades y demandas de salud de la población y el tipo de sistema y los servicios de salud, así como otras preguntas que requieren de estudios especiales para determinar el porcentaje de empleo, desempleo, pluriempleo, igual que las modalidades de trabajo flexible de los profesionales de la salud que se viene desarrollando en los últimos años.

■ Formación de Recursos Humanos en Salud

La formación de grado

Todas las carreras de formación de profesionales en salud se han incrementado significativamente en la última década a partir de la apertura de nuevos cursos en universidades privadas (Tabla 11). De manera especial se observa un incremento importante en el número de escuelas y facultades de Medicina, en especial de establecimientos privados, aunque cabe señalar que estas nuevas carreras no son las que contribuyen precisamente a mantener el alto número de egresados en Medicina (en comparación con otras profesiones) ya que sus cupos de ingresos son generalmente restringidos. Durante el período 1993 a 1998, egresaron de 12 universidades un total de 23.762 médicos, con un promedio de 3.960 nuevos médicos cada año. En el mismo período, egresaron 12.438 psicólogos (2.073 al año), 5.319 farmacéuticos (886 al año) y 3.962 bioquímicos (660 al año). (12) Los últimos datos disponibles indican para 1999 una disminución del número de egresados médicos respecto del año anterior, es decir, egresaron 3.867, esto es, un 11% menos que en 1998 (4.345) (13).

En concordancia con la pirámide de fuerza de trabajo, la *pirámide de egresados* de las facultades en Argentina muestra alguna desproporción en relación al número de médicos/enfermeros y en proporción a los equipos de salud de los diferentes niveles de atención,

Tabla 11
Instituciones educacionales y carreras en ciencias de la salud
Argentina, 1992-1998

Carrera/Dependencia	Instituciones					
	Públicas		Privadas		Total	
	1992	1998	1992	1998	1992	1998
Medicina	7	8	6	13	13	21
Odontología	7	7	2	4	9	11
Enfermería	64	46	31	72	95	118
Psicología	6	7	7	20	13	27
Nutrición	4	4	0	7	4	11
Farmacio y Bioquímica	11	11	3	5	14	16

Fuente: Secretaría Planificación, UBA con base en datos de Abramzón M., "Recursos Humanos en Salud" elaborado para *Las condiciones de Salud en las Américas*, 1994, OPS, marzo 1993 y de la Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Cultura y Educación, 1998, datos completados a través de las nóminas de Carreras de la CONEAU.

aun considerando que el sistema de salud Argentino se ha ido conformando desde hace muchos años a partir de la alta especialización.

La formación de postgrado

Uno de los problemas que tiene el país es la ausencia de un sistema de información que contenga los datos de todos los especialistas formados e incorporados dentro de la fuerza laboral del sistema de salud. De la información obtenida hasta el momento, recopilada por Abramzon y colaboradores, pueden extraerse algunas ideas que muestran hacia dónde se inclina el balance de las especialidades en el país, cuales son las prioridades y a qué tipo de sistema de salud responde.

En relación a los médicos, aproximadamente la mitad de los que egresa cada año, realizan estudios de postgrado a través del *sistema de residencias de salud*. En 1998 existían 1251 residencias que eran desarrolladas en 309 instituciones. Se calcula que cada año, entre el Ministerio de Salud, la Provincia de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se invierten 105 millones de pesos (tomando en consideración los años 1997, 98 y 99 respectivamente)

en el desarrollo de estas residencias de salud. Para el año 2002, las mismas instituciones invirtieron 20, 34 y 43 millones respectivamente, lo que hace un total de 107 millones de pesos. Por otro lado, un estudio sobre Residencias Médicas que retoma, entre otros temas, 22 años de financiamiento de las mismas, muestra que el promedio de áreas de especialidades apoyadas por el Ministerio de Salud de la Nación en dicho período ha recaído en las especialidades de: Pediatría, Medicina General, Clínica Médica, Tocoginecología, Cirugía General, Psiquiatría, Bioquímica y Anestesiología. (14)

El mismo estudio muestra que en 1977 se financió un solo cargo de residencia en Medicina General, en 1985 la prioridad se traslada a esta área de especialidad, observándose una disminución paulatina en el área de la Psiquiatría y el aumento a partir de 1985 en Psicología; el apoyo a cargos en residencia de Enfermería desde 1992 y la tendencia constante al apoyo de cargos en Pediatría y Clínica Médica (15).

Para el año 2002, entre el Ministerio de Salud y el resto de las Jurisdicciones se ofrecieron 7.011 plazas para residentes, 1.640 por parte del primero y 5.371 el resto*. Un alto número de plazas se otorgaron a las áreas de Pediatría (1.155), Clínica Médica (737), Medicina General (737), Tocoginecología (621), Cirugía General (424), Psicología (268), Psiquiatría (208) y Terapia intensiva de adultos (192). (16)

Los aspectos cuantitativos de la formación de profesionales y especialistas también requieren de una serie de respuestas relacionadas con los requerimientos del país en el marco de la situación actual y las transformaciones futuras: la relación adecuada entre generalistas y especialistas; las tendencias recurrentes de los perfiles de especialistas, la necesidad de otros perfiles que tengan en cuenta las características epidemiológicas de la población, las posibilidades de trabajo de los médicos de reciente egreso, la composición de los equipos de salud y la carencia de enfermeras universitarias, entre otras.

Además de los aspectos cuantitativos, se requiere considerar aspectos importantes como la orientación adecuada en la formación de los profesionales de salud, si se continúa formando para un sistema basado en la especialidad y el fraccionamiento o para un sistema con orientación en la atención primaria, la prevención y la promoción, y otras preguntas relacionadas con aspectos de regulación de la formación.

* Algunas provincias reportaron los datos correspondientes al 2001.

La planificación, gestión y regulación como mecanismos conductores de una política de Recursos Humanos en Salud.

No existe en Argentina una política nacional de Recursos Humanos en Salud que acompañe los procesos de reforma sectorial que en los últimos diez años se han realizado y que promueva determinados cambios en cuanto a la composición, distribución y perfiles de los mismos. Paralela a esta situación, los sistemas de información “inteligentes” han permanecido ausentes dentro de las instituciones rectoras y todavía no se cuenta con una “cultura” de la información para la toma de decisiones y la planificación consciente.*

Muchas de las legislaciones establecidas para las distintas regulaciones no cuentan con el acompañamiento técnico suficiente para ofrecer seguimiento, evaluación periódica, análisis de su continuidad-discontinuidad, contraposiciones entre las distintas jurisdicciones, estudios y reflexiones particulares, que funcionan como parte de mecanismos normativos que controlan algunos aspectos específicos y no como parte de una política de recursos humanos.

Establecimientos de atención médica

El país vivió dos épocas de crecimiento acelerado de la capacidad instalada de servicios de salud: la relacionada con la acción de Domingo Cabred en la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales-Ley 4953 (Año 1906) y la que tuvo por protagonista a Ramón Carrillo desde el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública entre 1946 y 1954 (17). Esa curva ascendente termina hacia comienzo de los años 50 por dos razones: una, el rápido desarrollo de las obras sociales, que nacen y crecen fuera e incluso lejos del hospital público y, como se ha visto, se relacionan funcionalmente con el subsector privado; otra, la crisis financiera de la época (18), que yugula el flujo de fondos requeridos para conservar el ritmo de crecimiento e incluso para garantizar un adecuado mantenimiento físico y tecnológico de los hospitales ya en uso.

La Tabla 12 enumera las camas de hospitalización de que dispone el país, discriminadas según jurisdicción y propiedad de los establecimientos.

* Recién en 2002 el Ministerio de Salud de Nación inició el Observatorio de Recursos Humanos que tiene por objetivo la creación de un sistema de información permanente sobre aspectos cuali- cuantitativos de los recursos humanos que permita en el futuro la construcción de políticas de recursos humanos.

Tabla 12
Camas hospitalarias según propiedad de los establecimientos,
por Provincia. Argentina, año 2000.

División Política	Total Gral.	Sector Público					Sector Obra social	Sector Privado	Mixtas
		Total	Nac.	Prov.	Munic.	Mixto			
Total del país	153065	81816	5113	54556	21733	414	3947	67233	69
Ciudad de Buenos Aires	21944	10703	2110		8179	414	1336	9905	
Buenos Aires	51517	27730	2530	14335	10865		814	22931	42
Catamarca	1470	867		867				603	
Córdoba	17718	8114	425	5749	1940		276	9328	
Corrientes	3525	2309		2082	227			1216	
Chaco	3537	1824		1824				1713	
Chubut	2148	980	24	956			96	1072	
Entre Ríos	6751	4186	4182	4			25	2540	
Formosa	1680	1005	1005					675	
Jujuy	2823	1752	1752					1071	
La Pampa	1179	795	795					384	
La Rioja	1260	748	748				63	449	
Mendoza	4142	2250		2240	10		328	1564	
Misiones	3125	1573		1573				1552	
Neuquén	1660	1064		1064			75	521	
Río Negro	1930	1234		1234			54	642	
Salta	3805	2463		2463			6	1309	27
San Juan	1742	1123		1123			201	418	
San Luis	1218	731		731				487	
Santa Cruz	1041	659		659				382	
Santa Fe	11011	5451		4943	508		450	5110	
Santiago del Estero	3033	1682		1682				1351	
Tierra del Fuego	286	216	24	192				70	
Tucumán	4520	2357		2357			223	1940	

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadística.

A su vez la Tabla 13 indica la variación ocurrida en la dimensión, tipo y propiedad de establecimientos hospitalarios y camas de internación, cuyos datos merecen un comentario especial. El primero es que el número total de camas de internación disponibles se ha mantenido más o menos estable a lo largo del periodo considerado (variación +6.8%) por

Tabla 13
Establecimientos de Atención Médica y Camas de Internación
Argentina 1980 y 1995

Establecimientos y Camas	Años				Variación
	1980		1995		
	Nº	%	Nº	%	
Establecimientos:					
Con Internación	3.013	33.3	3.310	20.6	9.9
Sin Internación	6.038	66.7	12.775	79.4	111.6
Total	9.051	100.0	16.026	100.0	77.7
Camas Disponibles:					
Públicas	91.034	62.5	84.094	54.0	-7.6
Obras Sociales	8.045	5.5	4.375	2.8	-45.6
Privadas	46.611	32.0	67.198	43.1	44.2
Mixtas			82	0.1	
Total	145.960	100.0	155.749	100.0	6.8
Camas c/1.000 hab.	5.21		4.55		-13.7

lo que, con el crecimiento paulatino de la población, ha disminuido ligeramente la tasa desde 5.21 (1980) a 4.55 camas por 1.000 habitantes (1995). Asimismo puede apreciarse que la enorme mayoría de los hospitales públicos está hoy en manos de las provincias.

El segundo es que la propiedad de los establecimientos ha variado por efecto de la fuerte asociación obras sociales - sector privado que se analizó más arriba: se han incrementado las camas del sector privado (+44.2%) y han disminuido las camas disponibles en los hospitales públicos (-7.6%) y en efectores propios de las obras sociales (-45.6%).

El tercero se refiere la variación del tipo de establecimiento, ahora por efecto del cambio tecnológico, que ya no requiere tanto del hospital con internación porque muchos procedimientos, por ejemplo quirúrgicos, se completan ambulatoriamente y liberan camas que devienen ociosas y terminan por ser eliminadas.

En un orden diferente, el tema de los hospitales públicos ofrece dos vertientes. La descentralización jurisdiccional (vinculada a la asignación de potestades de gasto entre distintos niveles de gobierno) y su desconcentración administrativa o descentralización microeconómica o auto-

gestión, como prefiera llamársela (relacionada con la asignación de mayores potestades decisorias a nivel de cada efector).

La idea de llevar la responsabilidad por el funcionamiento de los hospitales tan cerca de sus usuarios como sea posible es antigua en nuestro país y en el mundo. Los antecedentes argentinos se remontan a los años posteriores al derrocamiento del Presidente Perón en 1955. En rigor, la política de transferir hospitales de la Nación a las provincias ha sido común a todos los gobiernos, civiles o militares y de cualquier signo partidista que fueran.

Con el correr del tiempo, además de razones de ordenamiento de los servicios de salud, aparecieron razones fiscales de equilibrio del presupuesto nacional, que así descarga responsabilidades financieras en las provincias (19). La progresiva derivación a motivaciones no necesariamente de política sanitaria culmina en la transferencia que se realiza por el artículo 25 de la Ley de presupuesto del ejercicio 1992 (Ley 24.061) invocándose en el Mensaje como base de la transferencia una “mayor dotación de recursos financieros [en las jurisdicciones] que se originan por un nuevo régimen de coparticipación federal”.

Resultado de esa sostenida política de transferencias es que, al presente, la casi totalidad de la capacidad instalada pública en materia hospitalaria esté en mano de las provincias y municipalidades.

A su vez, se aplicaron en el país modalidades de desconcentración administrativa que permiten al hospital manejar su personal y presupuesto, y la búsqueda de fuentes adicionales de financiación. De allí la simultánea indicación de que los servicios hospitalarios sean facturados a terceros pagadores (obras sociales, prepagos privados, seguros de accidentes de trabajo, etc.).

En esa línea de organización se inscriben distintas experiencias: los Hospitales de Reforma de la Provincia de Buenos Aires (Mar del Plata y Gonnet); la autonomía hospitalaria en el marco de un plan provincial de salud (Neuquén); hospitales autónomos con intentos de coordinación provincial (Mendoza); el régimen de descentralización hospitalaria en la Provincia de Buenos Aires (SAMO, decreto-ley 8.801/77 y la Ley 11.072/91, denominada “Nuestro Hospital”); autarquías hospitalarias parciales (Municipalidad, hoy Gobierno, de la Ciudad de Buenos Aires) y amplias (Hospital de Clínicas, UBA) y el sistema de hospitales públicos de auto-gestión creado por Decreto 578/93, con su complemento de pago obligatorio de las obras sociales.

Seguramente el más conocido ejemplo de establecimiento público enteramente descentralizado es el Hospital de Pediatría Garrahan, que se organizó reactivando la Ley 17.102 de Atención Médica de la Comunidad (20) el cual, si bien contó con el hecho favorable de empezar desde

cero, sin rémoras de tiempos anteriores, se ha convertido en un hospital modelo no sólo para Argentina sino para toda Latinoamérica.

Aun cuando los resultados empíricos de esas experiencias no puedan ser evaluados con rigor estadístico —en más de un caso por falta de una línea de base para comparar— se mantiene el consenso sobre su conveniencia y aplicabilidad en nuestro medio.

En cambio, el propósito de encargar de la conducción política de los hospitales públicos a su comunidad circundante no ha arraigado en la misma medida que las disposiciones administrativas. Por el momento, las únicas instituciones públicas de la Argentina con entera autogestión siguen siendo las Universidades Nacionales.

Equipamiento y tecnologías

El gasto en equipamiento médico importado, en función de los valores disponibles a través del registro de aduanas, señala un incremento constante con cierta desaceleración en los últimos años, sin relación aparente con las propuestas de estímulo a la atención primaria o la vigencia del PMO, ni a la crisis financiera del sector.

Tecnologías de punta para diagnóstico y tratamiento se han incorporado en el sector privado tanto lucrativo como no lucrativo (21). El equipamiento del sector público se expresa en los nuevos establecimientos financiados por crédito internacional y en las remodelaciones y refuncionalizaciones de los establecimientos incluidos en los programas del PRESSAL.

Financiación del sistema de salud

La problemática del financiamiento de la salud se puede sintetizar a través de tres grandes cuestiones:

- a) *La cuestión del gasto.* Que se puede asociar a la pregunta: *¿Cuánto se gasta en salud?*
- b) *La cuestión de las fuentes de financiación.* Que se puede asociar a la pregunta: *¿De dónde provienen los recursos?*
- c) *La cuestión de los flujos de financiación.* Que se puede asociar a las preguntas: *¿En qué se gasta? ¿Cuánto de ese gasto es controlable?*

El gasto en salud

Los argentinos gastaron alrededor de 22 mil millones de pesos en salud en 2001 (22). Si esto es mucho o es poco depende de cómo se lo mire.

Cuando se toma el gasto en salud como porcentaje del PBI, Argentina se sitúa entre los países donde la salud representa una porción significativa de la economía (entre 8 y 9%), aproximándose a la media europea. Sin embargo, vale alertar que este indicador es muy sensible al denominador (el producto bruto), por lo cual puede subir o bajar sin que varíen los niveles de gasto absoluto. Por ejemplo, como se observa en la Tabla 14, entre 1998 y 2001 el gasto en salud en Argentina se retrajo en casi 2.4 mil millones de pesos, pero como fueron años de recesión, el PBI del país se retrajo otro tanto. Por lo cual aunque en términos absolutos el gasto disminuyó un 10%, en lo que respecta a su participación en el ingreso nacional no se registraron modificaciones.

En el 2002 el gasto por habitante en salud en Argentina fue de \$ 608.* Esta cifra representa más del doble del promedio de toda América Latina, pero es muy inferior al de los países desarrollados.

Tabla 14
Argentina. Evolución del gasto en salud 1995-2001

Año	Gasto en millones de \$	% del PBI	Gasto por habitante \$
1995	22.105	8,6%	635.8
1996	22.205	8,2%	630.5
1997	23.701	8,1%	652.9
1998	24.472	8,2%	677.4
1999	24.840	8,7%	678.7
2000	24.193	8,5%	653.3
2001	22.060	8,2%	609.0

Fuente: Tobar, F y colaboradores. "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". Ediciones Isalud N° 5. Buenos Aires. 2002.

¹⁷ Hasta enero del 2002 rigió en Argentina la Ley de Convertibilidad por la cual un peso argentino equivalía a un dólar estadounidense. Por ese motivo, todos los valores aquí expresados pueden considerarse indistintamente en ambas monedas.

Proveniencia de los recursos

En Argentina los recursos públicos para el financiamiento de la salud constituyen algo más de la mitad del total de fondos disponibles. Entre 1995 y 2001 la participación del gasto público y privado sobre el total fue en promedio de 57% y 43% respectivamente.

Sin embargo, en los últimos años se produjo un cambio en la composición entre los componentes público y privado del gasto en salud, donde la importancia del sector privado aumentó, pasando del 42% del total de las erogaciones en 1995 al 45% en 1999. Esta distribución entre público y privado es similar a la que se observa en Colombia dentro de América Latina pero cuando se lo compara con los países de la OCDE la tendencia es opuesta dado que el peso del gasto público es mucho mayor.

Dentro del promedio nacional se esconden diferencias provinciales muy grandes. Hay jurisdicciones que tienen una relación entre recursos públicos y privados del orden 80% *versus* 20% como lo es el caso de Santa Cruz y otras donde la relación es de 50/50 como provincia de Buenos Aires o Ciudad de Buenos Aires. También el volumen de recursos cambia en cada caso. Cuando esta participación público-privado es llevada a valores per cápita, se encuentra que la media de Argentina es de \$31 mensuales para el gasto privado pero existen jurisdicciones como Ciudad de Buenos Aires que tiene un gasto de \$76 per cápita/mes y en el otro extremo el caso de Misiones o Corrientes con un gasto per cápita mensual de \$20.

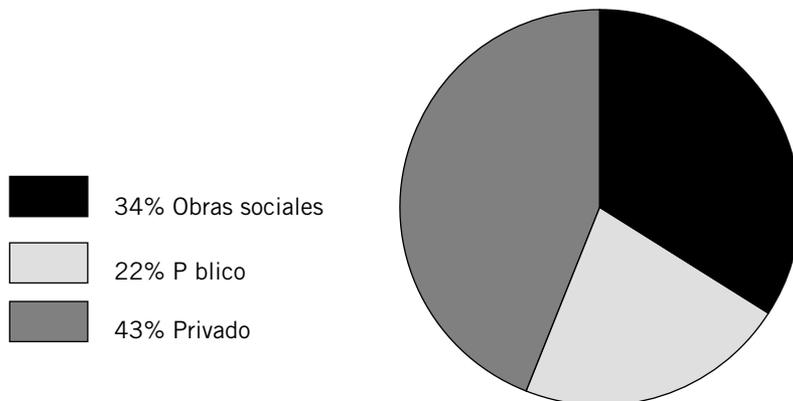
El análisis de la relación Gasto Público versus Gasto Privado en salud es también importante a la hora de realizar comparaciones. En Argentina, tanto por el carácter autónomo del sistema de obras sociales, como por el volumen de recursos con que operan, la distinción tradicional en dos categorías (público y privado) fue abierta a tres categorías diferenciadas: recursos públicos, recursos privados y recursos de la seguridad social.

Cuando se analiza la composición de los recursos de salud según las tres categorías se verifica que el componente mayor es el privado (gráfico 14).

En síntesis, desde esta perspectiva, el sistema de salud argentino involucra al menos tres subsistemas claramente diferenciados, con sus propios esquemas de financiamiento y con una población destinataria específica.

Los *recursos fiscales* constituyen los ingresos del sector público, tanto nacional como provincial y municipal e involucran tanto impuestos directos como indirectos. Los primeros involucran los ingresos provenientes de impuestos que se aplican sobre la renta o la riqueza (Ganancias, Bienes Personales, etc.). Los Impuestos Indirectos involucran los ingresos provenientes de impuestos que se aplican sobre la producción, circulación y consumo de bienes o servicios (IVA, Impuestos Internos, etc.).

Gráfico 14
Argentina. Composición del Gasto en Salud. Promedio 1995-2001



Fuente: Tobar, F y colaboradores. *Op. Cit.* 2002.

Las *contribuciones sociales* también conocidas como cotizaciones salariales, son los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores. Corresponden a un monto que se descuenta de la hoja de pagos o salarios de los trabajadores formales y que es destinada a los agentes del seguro social de salud (obras sociales). Durante los noventa en Argentina la alícuota de las contribuciones del empleador ha sido reducida del 6% al 5% (decreto 492/95). El monto que dejó de ingresar a las Obras Sociales Nacionales y el INSSJyP por este motivo entre el año 1995 y el 2000 se ha estimado en torno a los \$15 mil millones (23). El desfinanciamiento resultante terminó por afectar la población, en especial la de menores recursos, que tuvo que hacerse cargo en forma creciente de los gastos de salud directamente de su bolsillo. También acrecienta la presión sobre el subsector público de Salud.

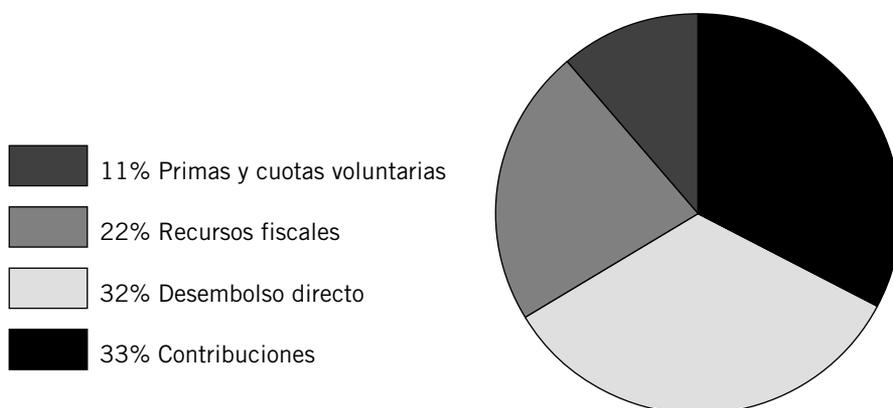
En 2002 con la declaración de Emergencia Sanitaria se restablecen las contribuciones definidas originalmente por la Ley 23.660. Esto implica recuperar en un punto porcentual las contribuciones patronales a favor de las obras sociales nacionales, incluido el PAMI: Esta restitución originalmente fue incluida en el Decreto 4867/02 y luego fue incorporada en la Ley del Presupuesto Nacional (artículo 80).

El gasto privado se divide en dos categorías básicas. La primera es el desembolso directo de las personas o las familias, que generalmente es imprevisto o no programado. El segundo es el pago de cuotas de seguros de

salud de afiliación voluntaria. En términos generales tales cuotas son consideradas *primas*, aunque en Argentina la modalidad predominante de seguros privados se corresponde con la denominada medicina prepaga y no involucra reembolsos al paciente sino pagos a prestadores contratados.

La composición del total de recursos que ingresan al sector salud cada año según la apertura de fuentes expuesta se presenta en el Gráfico 15. Como se puede observar, el principal componente es el desembolso directo, que es el más regresivo, es decir aquel por el cual los más pobres deben destinar una parte más significativa de sus Ingresos para financiar los bienes y servicios de salud. Le siguen en importancia las contribuciones sociales y sólo luego los recursos fiscales. Por último cabe observar que si bien el monto que representan las cuotas de prepagos y seguros privados de salud ha crecido durante la década del noventa, el mismo ha sufrido importantes bajas en los últimos dos años debido a desafiliaciones y el pase a planes de menor costo.

Gráfico 15
Argentina. Composición de los recursos de financiación de la salud, según fuente. 1997



Fuente: Tobar, F y colaboradores. *Op. Cit.* 2002.



Si se realizara un análisis de la situación de salud del pueblo argentino seguramente se concluiría que, desde que se creó la repartición específica a nivel nacional en la década de los 40, se han enunciado políticas, adoptado programas, desarrollado acciones de distinta naturaleza y en diferentes áreas de aplicación que modificaron sustancial y favorablemente el cuadro sanitario del país. Consecuencia de ello y de los beneficios de un desarrollo general que progresivamente fue tomando cuerpo, el cuadro epidemiológico de nuestra sociedad lentamente se fue modificando, asemejándose al presente en los países desarrollados.

Sin embargo, siendo el país latinoamericano con mayor gasto en salud per capita, según los Indicadores Básicos 2001, OPS/OMS, (u\$s 881,9; 11,4% del PBI), los índices de morbimortalidad están lejos de ser los mejores. Es cierto que pueden esgrimirse algunos factores condicionantes que escapan a las responsabilidades del sector salud y que pueden dificultar el logro de mejores resultados. Las explicaciones del desajuste deben ser buscadas en otras áreas del quehacer sanitario que han sufrido las consecuencias de la politización y desjerarquización del sector.

Las deficiencias que evidencia el sector salud en el país reconocen un ingrediente común a todas como es la falta de verdaderas Políticas de Estado, acordadas, respetadas y decididamente apoyadas por todos los grupos políticos.

Un enunciado tan "al correr de la pluma" evidencia que las falencias que nuestro sistema presenta solo pueden ser ignoradas por quien no quiere ocuparse del tema. Por el contrario, es una invitación a comenzar ya a trabajar, reconociendo como punto de partida que solo se lograrán resultados sólidos y duraderos si los enunciados que se formulen reconocen un fundamento científico y técnico, respetuoso de la realidad sanitaria nacional, acordado entre todos los sectores actuantes políticos nacionales y provinciales, universitarios, profesionales, gremiales y usuarios.

Dr. Ezequiel A.D. Holmberg
ex Presidente, Acción Defensa del Consumidor (ADELCO)



Destino del gasto en salud

Además de contemplar de dónde provienen los recursos es necesario preguntarse hacia dónde van. En ese sentido la primer distinción debe ser entre *acciones de salud pública* (como por ejemplo acciones de prevención, promoción y regulación) y *acciones asistenciales*.

De acuerdo a estudios anteriores se ha considerado que aunque algunas obras sociales y prepagas desarrollan unas pocas actividades de prevención las mismas no resultan significativas en términos de recurso empleados (24). Sólo el 20% del gasto público sectorial (gubernamental) se destina a acciones de prevención y regulación que pueden ser consideradas íntegramente como bienes públicos. Esto significa que en el 2001 se destinaron alrededor de 1.020 millones de pesos a acciones de salud pública, lo cual representa un 4.6% del gasto total o un monto por habitante año del orden de los \$28.17. El 96% de los recursos restantes es destinado a bienes y servicios asistenciales, esto significa un monto del orden de los \$21.040 millones en 2001 o un valor por habitante al año del orden de los \$580.

Una segunda distinción de los destinos finales del gasto es aquella que discrimina entre *recursos operativos* (gastos corrientes) e *inversiones* (gastos de capital). La diferencia substantiva es que mientras los primeros se consumen en el período bajo análisis (generalmente un año o ejercicio fiscal), los segundos incrementan el patrimonio del país y con ello su capacidad instalada. Estudios anteriores consideraron que por cada \$4 destinados a equipamiento médico se destina \$1 a obras e instalaciones (25). Además, se verificó que durante la década del noventa por cada \$7 destinados a la adquisición de equipamiento médico importado se destinó \$3 a la adquisición de equipamiento médico de producción local. En función de estos datos y a partir de la información relativa a la importación de equipamientos médicos, se obtuvo el monto total en inversiones de salud en Argentina que rondaría los \$400 millones, esto representó un 1,8% de los recursos sectoriales en el 2001 o alrededor de \$11 por habitante al año.

Una tercer categoría distinguiría *mercados* específicos en el sector salud. En este sentido, el antecedente más importante en Argentina es un trabajo de Jorge Katz y Alberto Muñoz. A finales de la década del ochenta estos autores estimaban que cuatro mercados se disputaban el total de los recursos: un mercado de servicios de internación, un mercado de servicios ambulatorios (médicos), un mercado de aseguramiento y un mercado de medicamentos e insumos. Los autores señalaban que: "... es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por par-

te de la autoridad pública” (26). En ese entonces cada uno de los cuatro mercados conseguía apropiarse prácticamente la misma porción del mercado equivalente a un 25% de los recursos totales.

Flujos de financiación

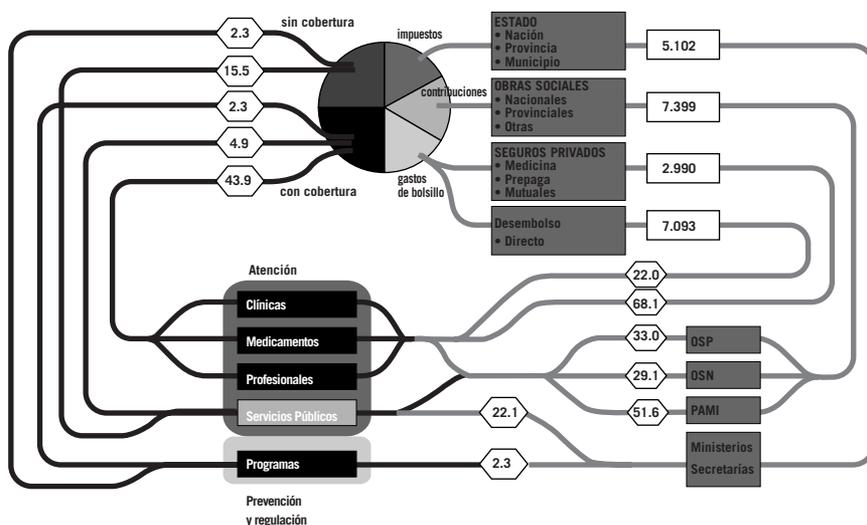
El análisis del financiamiento del sistema de salud argentino involucra también estudios sobre la circulación de los flujos, tanto financieros como de servicios. Para ello es importante distinguir cuáles son los principales flujos financieros que circulan en el sector y quiénes son sus destinatarios y beneficiarios.

El Gráfico 16 representa los flujos de financiación sectorial partiendo de los siguientes supuestos:

Los beneficiarios del subsector público no son solo los pertenecientes al segmento de la población que no tiene cobertura de obras sociales ni prepagas.

Existen subsidios indirectos del subsector público al privado y de la seguridad social. Los mismos se producen cuando una persona que cuen-

Gráfico 16
Organización y flujos financieros del Sistema de Salud
Argentina 2001



ta con cobertura de obras sociales o medicina prepaga se atiende en un servicio público. Se ha estimado que el 30% de los recursos de los servicios públicos es destinado a la asistencia de personas con cobertura (27). Esto involucra un subsidio del orden de los \$4.9 por persona por mes.

En algunos casos ese subsidio es recuperado a través del cobro a la seguridad social por las prestaciones. Se trata de los descuentos realizados a través de la figura del Hospital Público de Gestión Descentralizada.

El control del gasto en salud

Este último aspecto del análisis del financiamiento en salud permite evaluar alternativas de reforma. En ese sentido cabe desagregarlo en relación a: a) las fuentes, y b) los objetos, ítems o funciones del gasto.

- a) En lo que respecta a las fuentes, la tendencia durante los noventa ha sido transferir parte de la financiación a los usuarios. Esto se refleja en la participación creciente del gasto privado directo sobre el gasto total del sector. La medida de política más fuerte consistió en la reducción de 1% en las contribuciones patronales que financian las obras sociales.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), que es la mayor obra social del país tanto en cantidad de afiliados como en presupuesto, fue incorporada al presupuesto nacional a principios de la década pasada. Esto involucra la posibilidad de una sustitución de fuentes, puesto que su presupuesto podría ser cubierto de forma parcial con recursos fiscales recaudados vía impuestos. Sin embargo, en la práctica este aporte fiscal no se concretó y el presupuesto del PAMI ha venido disminuyendo de forma sostenida.

Existen hoy muy reducidas oportunidades de definir nuevas fuentes para la financiación sectorial. En primer lugar, la posibilidad de transferir cargos al usuario a través de copagos y coseguros se ha limitado mucho luego de una profunda y sostenida recesión que colocó a más de la mitad de la población por debajo de la línea de pobreza. En segundo lugar, aumentar las alícuotas de aportes y contribuciones patronales puede tener un efecto negativo sobre el nivel de actividad y, en especial sobre los niveles de morosidad. La restitución del punto perdido durante los noventa ya es de por sí un logro significativo. En tercer lugar, los mecanismos de recaudación que la experiencia internacional presenta como más adecuados ya han sido instrumentados en el país pero no fueron capta-

dos por el sector salud. Se trata del impuesto a las transacciones financieras (operaciones bancarias) que en Brasil es responsable por la mayor parte de la financiación del Sistema Único de Salud, y de los denominados “impuestos saludables”. Estos últimos involucran el gravamen de actividades que perjudican la salud para captar recursos que permitan financiar acciones de salud. En Argentina el mayor potencial recaudador consistiría en una contribución específica sobre el tabaco.

- b) En lo que respecta a los destinos del gasto las posibilidades son algo mayores. En ese sentido la crisis financiera del sector opera como una oportunidad, ya que al retraerse los recursos se estableció un nivel muy bajo de financiación para casi todos los servicios. En el contexto de emergencia sanitaria el Ministerio de Salud de la Nación ha definido a la provisión de insumos (en particular medicamentos) y a las acciones de atención primaria como prioridades absolutas.

Otro tema asociado es quién puede controlar este gasto. Es de señalar que el carácter descentralizado del sistema de salud ha disminuido la capacidad del Estado nacional para controlar el gasto y los flujos sectoriales. Así, en 2001, el Ministerio de Salud Nacional operó con un presupuesto equivalente al 3.4% del gasto total del sector. Esto implica que diseñar y poner en práctica un cambio en las modalidades de financiación del sistema requiere de una fuerte articulación política y de la construcción de consenso entre los diferentes actores que integran el sector.



Consecuentemente a la aplicación de las políticas neoliberales los reiterados ajustes presupuestarios produjeron un agravamiento de la situación social, política, e institucional no solo en nuestro país sino en toda la Región.

Se han ido deteriorando gradualmente los servicios sanitarios, está disminuyendo el gasto público en salud en términos de proporción de la renta per cápita y los escasos recursos se fueron condicionando a esta escasez privilegiando las acciones curativas por sobre la prevención.

Al mismo tiempo se fueron introduciendo cambios en la forma de financiación con tendencia creciente a la privatización y traslado de los costos de funcionamiento a los bolsillos de los usuarios.

La condición de desmantelamiento en infraestructura e insumos del sector público pone a los profesionales médicos en un grave estado de indefensión ante los pacientes, que no solamente exigen una asistencia que el médico por sí solo no puede brindar sino que cada vez con mayor frecuencia accionan legalmente en su contra llegando en oportunidades a la agresión física.

A estas desgraciadas situaciones debemos agregar la proletarización del médico, que responde a varias causales:

- Plétora profesional que muestra una proporción de aproximadamente 1 médico cada 360 habitantes con algunos lugares-grandes centros urbanos- de 1/120.
- Crecimiento de la matrícula de hasta 5 veces más rápido que la población.
- Ausencia de planificación en la distribución geográfica.
- Alto porcentaje de especialistas (80%, y de estos el 70 % en los grandes centros urbanos)

La profundización de la crisis impone una reforma del sistema de salud que responda a una política de estado con un amplio consenso de todos los actores.

Dr. Jorge Carlos Jañez
Presidente de la Confederación Médica
de la República Argentina (COMRA)



Los procesos de reforma

La situación de Argentina en el concierto mundial

El Informe de la OMS, cuyos datos corresponden al año 1997,(28) confirmó las críticas que observadores locales habían hecho sobre el sistema de salud del país. En general, la ubicación de Argentina en las distintas tablas de posición y según los indicadores elegidos es desfavorable

Por ejemplo, en cuanto al nivel global de salud alcanzado, medido en EVAD, Argentina se encuentra en el puesto 39° sobre 191 países considerados. El país baja al 60° lugar cuando se evalúa la distribución de ese nivel de salud (medido esta vez en términos de sobrevida infantil después de los cinco años) entre los diferentes estratos sociales.

En cuanto a la capacidad de respuesta, medida sobre la base de encuestas a informantes clave, Argentina se encuentra en el puesto 40° y, en materia de distribución de ese indicador, comparte el tercer puesto con otros 37 países.

Con respecto a la equidad de la financiación, Argentina desciende, junto con otros seis países, al 89-95° lugar. Por último, considerando el indicador de logro —resumen de los tres indicadores mencionados— Argentina se ubica 49° en el mundo pero, cuando entra en juego la relación con los recursos de que dispone (desempeño), baja al puesto 75°, lo que confirma la mala utilización de sus potencialidades, frecuentemente señalada,(29) en el sentido que Argentina con indicadores económicos y sociales por lo general superiores a los de otros países de América Latina como Chile, Costa Rica o Cuba, muestra sin embargo indicadores de salud uniformemente por debajo de ellos.

Intentos por articular el sistema de salud argentino

El sistema de salud de nuestro país se caracteriza por un fuerte grado de desagregación de sus componentes. Esta situación fue reconocida desde hace ya bastante tiempo por lo cual el país cuenta con una frondosa —bien que contradictoria a veces— legislación sanitaria que ha intentado lidiar con estos problemas.

En las últimas décadas, desde distintas perspectivas y a través de diferentes estrategias, se plantearon tres políticas públicas tendientes a corregir la fuerte fragmentación del sistema y reordenar los recursos para alcanzar los objetivos de mejorar la cobertura de la salud de la población: el *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), los acuerdos de la *Comisión Paritaria Nacional-Ley 19.710* y el *Seguro Nacional de Salud*. Dejamos para un apartado posterior considerar la estrategia de *mercado interno competitivo* que se aplicó en los años noventa y aún no se ha abandonado por completo.

Los reclamos que se suceden con respecto a la reforma del sistema de salud o a la desregulación de las obras sociales son prueba fehaciente de que ninguna de aquellas estrategias tuvo éxito pleno en lograr su cometido. Por tanto, es oportuno reseñar las características del fracaso de las tres primeras iniciativas y tratar de arrojar luz sobre sus causas y las enseñanzas que aportan para el futuro.

El Sistema Nacional Integrado de Salud

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), fue aprobado en 1974 junto con la Carrera Sanitaria Nacional (Ley 20.748 y 20.749). El SNIS declaró a la salud como derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina y al Estado Nacional como responsable de efectivizar ese derecho “como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos”. La propuesta básica se vinculaba entonces con la integración y coordinación de las políticas de salud, que vinculara a los prestadores públicos, privados y de obras sociales.

En rigor, el régimen creado sólo era de aplicación obligatoria en las jurisdicciones bajo un mandato federal: la Ciudad de Buenos Aires y el entonces Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Para las provincias y los sectores privados, incluyendo las obras sociales, se preveía la firma de convenios de adhesión. Por tanto, los instrumentos inmediatamente disponibles eran los establecimientos de atención médica todavía en manos de la administración central.

Solamente cuatro provincias realizaron acciones dentro del SNIS: Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis; la oposición frontal de los grupos profesionales y de los dirigentes sindicales hizo el resto. La iniciativa no consiguió arraigo y la asunción del gobierno militar cerró la experiencia frustrada con la final derogación de las leyes y sus respectivos decretos reglamentarios.

La Comisión Paritaria Nacional - Ley 19.710

La Comisión Paritaria Nacional creada por la Ley 19.710 tenía a su cargo “la concertación de los convenios tarifarios de aplicación obligatoria a las actividades referidas a los servicios de atención médica”. Su campo de acción fue regular las relaciones entre los prestadores privados y las obras sociales con respecto a los servicios médicos brindados a los beneficiarios de estas últimas, lo que implica un cambio de rumbo respecto al proceso anterior, ya que ahora el propósito se relaciona claramente con el creciente sector prestador privado.

A fines de 1975 la Comisión Paritaria Nacional llegó a una serie de acuerdos por primera vez en su historia; el principal de todos fue el hecho mismo de haber llegado a un acuerdo. La mayor parte de las veces anteriores, las discusiones entre los representantes de los prestadores (Confederación Médica, de Sanatorios y Clínicas, etc.) y la C.G.T. (como delegada de las obras sociales) habían terminado en la elevación por parte de prestadores y prestatarios de sendos memoriales que el laudador (el INOS, apelable ante el Ministerio de Bienestar Social) consideraba luego según su arbitrio.

Dicho acuerdo comprendió no sólo “valores tarifarios” sino también —en lo más importante desde el punto de vista del sistema— un conjunto de normas de funcionamiento sobre el régimen de prestaciones (Actas N° 23, 24 y 25 de 1975) y el hecho novedoso de que se aceptaba el papel de las entidades profesionales (federaciones médicas, odontológicas, etc.) como prestadores legítimos de las obras sociales, capaces de ser inscriptas en el respectivo Registro Nacional.

Dichas normas estaban dirigidas sobre todo a ordenar un régimen prestacional todavía joven (la Ley 19.710 que lo regía, aunque había recogido las experiencias de la legislación anterior, no tenía ni un lustro de aplicación). No fue así: los acuerdos no se efectivizaron y tampoco se pusieron en vigencia las normas de procedimiento para la regulación del sistema de prestaciones asistenciales elaboradas por el INOS para ejecutar los mencionados acuerdos. Las autoridades surgidas del golpe militar de 1976 cancelaron la iniciativa.

Vale la pena remarcar aquí un elemento vinculable al fracaso de las experiencias recién comentadas. Básicamente nos encontramos frente a

situaciones que muestran la dificultad del gobierno nacional de articular a los distintos miembros del sistema en una organización coherente o al menos lograr cierta integración de los mismos. Estos hechos son compatibles con un sector salud que experimentó grandes cambios durante la década del '70 y la primera mitad de los '80, y que algunos caracterizan como "modelo pluralista de planificación descentralizada".(30)

El esquema que se configuraba marca la consolidación de las entidades intermedias, tanto del lado de la demanda (obras sociales) como de la oferta (federaciones de los distintos prestadores), el fuerte crecimiento del sector prestador privado y la cada vez menor injerencia del sector público, por la pérdida de capacidad regulatoria y el paulatino deterioro de su oferta prestacional.

En esta situación, que se daba de la mano con un crecimiento sostenido de los recursos disponibles, fue el sector de la oferta de servicios privados el que mostró mayor capacidad de influencia en el sistema (traducido en precios de prestaciones y formas de pago por prestación).

El Seguro Nacional de Salud

El SNIS había planteado al hospital público como columna vertebral del sistema para, a partir de él, unificar la organización y financiamiento de la salud. Diez años después se prefirió continuar la dinámica del crecimiento del conjunto de las obras sociales y constituir un seguro nacional de salud. La nueva estrategia se impuso por su propio peso: el crecimiento explosivo de las obras sociales luego del dictado de la legislación (Ley 18.610) que generalizaba el sistema, según fue referido en el capítulo de la Seguridad Social, las había convertido a comienzos de la década del '80 en el componente más dinámico y eje del desarrollo de todo el sector salud. En definitiva se optó por una política de coordinación que pudiera vincularse con las características dominantes de dicho "modelo pluralista de planificación descentralizada".

Por otra parte, al gobierno nacional le quedaban pocos establecimientos de salud en su poder, en razón de las políticas de descentralización que el país había mantenido por mucho tiempo, y la red hospitalaria pública, mayoritariamente en manos de las provincias, se hallaba además deteriorada, destacándose los problemas de falta de mantenimiento de la infraestructura edilicia, la desinversión en tecnología e insumos, la pérdida de recursos humanos y la escasa programación o planificación de los servicios.

Como en el caso anterior del SNIS, la discusión del seguro nacional de salud no contó con el apoyo ni de la dirigencia sindical ni de las aso-

ciaciones profesionales. La legislación finalmente aprobada (Ley 23.660, de "Obras Sociales" y 23.661, de "Seguro Nacional de Salud") sufrió serios recortes pero mantuvo bastantes postulados del proyecto original y, de haber sido puesta en ejecución plena, habría producido cambios profundos en el sistema. Ello no sucedió: sólo entraron en vigencia las cláusulas referidas a los incrementos en materia de financiación de las obras sociales.

Otro punto central del Seguro, la firma de convenios para su aplicación en las provincias, no fue siquiera considerado aunque, transcurrido más de un año, se reglamentaron las dos leyes aprobadas (Decretos N° 358 y 359, del 22/02 de 1990). Tampoco entonces se tuvo en cuenta el Capítulo VIII correspondiente a las provincias y, si bien no habría sido imprescindible para aplicar el substrato federal de la ley, el hecho da la pauta de una permanente voluntad del poder central de no transferir atribución alguna en la materia a las jurisdicciones provinciales. Una tardía respuesta fue dada por el Decreto N° 576 de abril de 1993 —que corresponde ya al conjunto de reglamentaciones "desregulatorias"— el cual tampoco incluyó dicho capítulo; recién los Decretos 292 y 492/95 pusieron en marcha una disposición clave: la asignación automática del Fondo Solidario de Redistribución en función inversa al potencial económico de las obras sociales.

Este Fondo, ya presente aunque con diferente gerencia en la primitiva Ley 18610, tenía y tiene como objetivo aliviar las diferencias existentes en el nivel efectivo de cobertura prestacional entre las distintas obras sociales, debidas a su diferente capacidad de recaudar recursos causada por los distintos niveles salariales de cada rama de actividad.

Existen otros elementos que pueden ayudar para el análisis. El crecimiento continuo del sector prestador privado llevó a una situación de paulatina saturación y posterior sobreoferta de servicios, que ya no pudo ser financiada por un sistema de seguridad social cuyos recursos dejaron de crecer en la segunda mitad de la década del '80. Si a este panorama se le agregan elementos presentes a partir de fines de la década de los '90, como la evasión de aportes y la caída de las remuneraciones salariales, junto con al aumento de los costos de los diferentes servicios prestacionales (característico del sector salud), eran esperables fuertes problemas financieros en las obras sociales. En este marco resultaba de muy difícil aceptación la propuesta de reasignar recursos del sistema para financiar a las obras sociales más pobres, como estaba planteado en el esquema del Seguro Nacional de Salud.

Las políticas desregulatorias

Las últimas reformas se refieren a la introducción de “mecanismos competitivos dentro de un mercado interno”(31) usando como base nominal el régimen de las leyes de Obras Sociales (23.660) y del Sistema del Seguro Nacional de Salud (23.661).

La estrategia central de dicha reforma ha sido desregular las obras sociales en el sentido de que los beneficiarios puedan optar por aquella que más los satisfaga. Así el trabajador se libera de la cautividad que implica que deba *afiliarse* obligatoriamente (y su empleador *contribuir* obligatoriamente) a la obra social que le corresponde por el tipo de trabajo que realiza (rama de actividad).

La opción de obra social

Este tipo de modalidad de elección de la cobertura se da en un marco completamente distinto al que caracterizó al “modelo” anterior, ya que el mismo se transformó seriamente debido, entre otras causas, al desfinanciamiento del sistema de aportes, los bajos salarios, la caída de la población cubierta y los problemas de gestión y asignación de recursos de las obras sociales, acrecentados por la sobreoferta del sector prestador privado. En ese momento es claro el predominio de la demanda de servicios de salud, siendo la reducción de costos prestacionales el rasgo fundamental en las innovaciones observadas en el sector: cápitras, valores globalizados o módulos, mecanismos de “managed care”, prácticas de cirugía ambulatoria, internación domiciliaria, médicos de cabecera, etc.(32)

Habida cuenta de la relación de los sindicatos con las obras sociales y del poder político de que disponen para hacerla valer, el proceso de desregulación siguió una trayectoria en zigzag, sobre todo respecto del tipo de entidades entre las cuales puede efectuarse la transferencia (por ejemplo, las prepagas privadas) y de los procedimientos administrativos para hacer operativa la opción*.

Asimismo se debe destacar el carácter parcial del proceso analizado, ya que involucra a trabajadores enrolados en obras sociales sindicales que se encontraban en la órbita de la ex ANSSAL (hoy Superintendencia de Servicios de Salud), dejando fuera del mismo tanto a afiliados a obras sociales ajenas a la esfera de ésta, como a aquellos sin cobertura de obra

* Ver Casanovas, *op. cit.*

social, por lo que se alcanza a sólo 1/4 de la población y 1/6 del gasto total en salud del país.(33)

Sobre la base de información de dicha Superintendencia, se realizó un análisis de las características salientes del proceso de traspaso en el período comprendido entre mayo de 1998 y febrero de 1999, respecto a la concentración de los traspasos en relación con el tamaño de las obras sociales y la recaudación de las mismas*. Allí se muestra que dos terceras partes de las *bajas* registradas en esos meses se produjo en 15 obras sociales “medianas o grandes” (ninguna con menos de 25.000 y varias con más de 100.000 beneficiarios) que concentraban casi la mitad (45.8%) de la población beneficiaria del sistema, mientras que el 85.2% de las *altas* se produjo en 15 entidades pequeñas (únicamente cinco superaban los 5.000 y sólo dos con más de 100.000 beneficiarios) cuya cobertura al comienzo del proceso sólo alcanzaba el 5.7% de la población total.

Junto a esto, se hace notar que las 15 entidades que *recibieron* más altas de afiliaciones tenían en febrero de 1999 un ingreso promedio de \$43.3; mientras que las 15 organizaciones que *perdieron* más beneficiarios registraban un ingreso per cápita de sólo \$21.2. Esto muestra a las claras la relación positiva entre la atracción de nuevos aportantes desde obras sociales “pobres” y el alto ingreso promedio de las obras sociales receptoras.

Desde mayo de 1998 hasta el 30/IV/03 hubo 865.182 traspasos, algo más del 20% de los afiliados titulares del sistema (S.S.S.)

El programa médico obligatorio (PMO)

Para uniformar la cobertura mandatoria y, por tanto, garantizar a los beneficiarios que no se encontrarían con sorpresas en cuanto a los servicios de salud brindados por los “agentes del seguro”, las autoridades definieron un paquete estandarizado de prestaciones, pendiente desde la Ley 18610, el *Programa Médico Obligatorio (PMO)*, que fue elaborado conforme a lo dispuesto por el Decreto 492/95 y aprobado en su configuración por Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social.

La idea central del PMO (mantenida en el PMO de Emergencia, PMOE, determinado por el decreto 486/02) es establecer mínimas condiciones de equidad, haciendo más transparentes las condiciones de competencia entre las obras sociales. En la realidad, esta canasta básica de prestaciones engloba una serie muy amplia de especialidades, sin definir clara-

* Ver Facioni, *op. cit.*

mente qué está incluido en cada rubro, lo que dificulta su interpretación, en particular para el usuario. Al mismo tiempo, las obras sociales receptoras de afiliados están obligadas legalmente a ofrecer solo las prestaciones incluidas en el PMO para aquellos trabajadores de aportes menores al promedio de sus propios afiliados que pretendan ingresar a las mismas, mientras pueden seguir brindando planes más completos a sus beneficiarios originales. Esta posibilidad de selección adversa por parte las obras sociales de “mejores servicios” funcionó como un desincentivo al traspaso de afiliados.(34)

Por estas razones, es posible afirmar *al nivel de hipótesis* que, en definitiva, se han generado condiciones para una mayor fragmentación en la cobertura prestacional y pérdida de solidaridad del sistema, que es lo que en principio se pretendía resolver. Así, desde el momento de lanzamiento de la posibilidad de traspaso, se generó una estrategia de acuerdos entre obras sociales “chicas” y empresas de medicina prepaga u obras sociales de personal de dirección, con el propósito de atraer nuevos afiliados mediante el acceso a los planes ofrecidos por estas organizaciones. Esto ha determinado la opción de traspaso de buena parte de los beneficiarios; en efecto, de las 15 entidades que más altas tuvieron entre Mayo de 1998 y Febrero de 1999, nueve tenían convenios de este tipo y concentraron el 64.8% del total de altas en ese período, desempeñando en los hechos el papel de “gestoras de padrones”.

Esta situación contradictoria encuentra su explicación en el camino ambivalente desarrollado por la legislación, que evidencia el variable poder de presión de los distintos actores involucrados (obras sociales sindicales, obras sociales de personal de dirección y empresas de medicina prepaga) en las distintas etapas de este proceso de desregulación. Sin embargo este es un proceso en marcha de poca data, por lo que sólo podrá hacerse una evaluación ajustada cuando, luego de un tiempo mayor, la experiencia de cambiar de obra social entre en estado de régimen y sus resultados estén en condiciones de ser evaluados sobre más datos empíricos. Máxime que la emergencia sanitaria, tal como se describe en el capítulo sobre “La Crisis”, implicó un quiebre profundo en el desarrollo del sector y una reorientación de las políticas de salud seguidas hasta ese momento.

Como ya se afirmó, la desregulación buscó introducir la noción de competencia pero al mismo tiempo, acompañada por el Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS), con fondos del Banco Mundial, se ha producido una importante concentración de las entidades que componen el sector: por el efecto de la búsqueda de eficiencia y racionalización de gastos se han suprimido obras sociales y se han fusionado otras, a la vez que se han producido reordenamientos internos con re-

ducciones de servicios y personal ociosos. De acuerdo al INDEC, en 1994 había 312 obras sociales, mientras que a fines de 1999 existían 275. A su vez, la Superintendencia de Servicios de Salud en su Información General del Sistema⁽³⁵⁾ apunta que, partiendo de un total de 361 entidades en 1994, se registraron 26 altas de obras sociales y 97 bajas, por lo cual el número total de ellas se redujo a 290 entidades a principios de 1999, esto es en un 20%.

La autogestión hospitalaria

Como se analizó más arriba la descentralización y desconcentración hospitalaria tienen en Argentina importantes antecedentes que, por lo menos, se remontan a la experiencia de los Hospitales de Reforma de la Provincia de Buenos Aires, a comienzos de los años '60.

Sobre esa base histórica se puso en marcha el Régimen del Hospital Público de Autogestión, creado por Decreto 578 de fecha 1° de abril de 1993, y luego repetido en su similar N° 939/2000, con prácticamente la sola particularidad de modificar la designación a "Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada".

Los dos propósitos de dicho régimen, tal como lo dispuso la legislación y luego se manifestó en la práctica concreta, fueron otorgar a los establecimientos una mayor flexibilidad en el manejo de personal y presupuesto, lo que ha variado según la jurisdicción de la cual dependa el hospital, y permitir el cobro de las prestaciones brindadas a beneficiarios de entidades aseguradoras, tanto las obras sociales como los prepagos médicos privados. De hecho, las normas prevén que el pago de las obras sociales tenga carácter automático y que la Superintendencia de Servicios de Salud, como garante de dicho procedimiento, aplique fondos de su presupuesto para la cancelación de las facturas impagas.

Los resultados de la autogestión han sido dispares. Por un lado sus opositores han calificado al régimen como de hospitales de "autofinanciación" en razón de un supuesto retaceo estatal de fondos genuinos para solventar los gastos hospitalarios lo cual, por haber coincidido el proceso con graves restricciones presupuestarias en el sector público, es difícil de corroborar. Por otra parte, los hospitales han percibido bastante menos de lo que podría haberles correspondido, por tres razones principales. Una es la dificultad en identificar a pacientes que no manifiestan, incluso ocultan, su calidad de beneficiarios de un seguro de salud público o privado, atentos a que la atención de los hospitales públicos es nominalmente gratuita para todos los habitantes. Otra es que los procedimientos administrativos para el registro y facturación de las prestacio-

nes no están debidamente afianzados de los establecimientos incorporados del régimen. Finalmente, las obras sociales demoran o esquivan todo lo posible el pago de lo que se les pueda facturar por obvias razones de ahorro de fondos.

El mejor desempeño en relación al cobro de sus prestaciones a terceros es el que muestra el Hospital de Pediatría Garrahan, cuyas ventajas señalables para este logro son el constituir un establecimiento especializado y de la más alta complejidad. En alrededor de un 35% de sus pacientes se identifica la pertenencia a alguna obra social u otro asegurador, a los cuales se les factura prácticamente el cien por cien de las prestaciones recibidas en el establecimiento. De esa facturación el hospital logró cobrar en el año 2002 el 60%, lo que representó un total de \$13.500.000, cifra a ser comparada con su presupuesto público de \$89.000.000.

La crisis*

Un componente especial de la realidad argentina en lo que a salud se refiere es su comportamiento ante la crisis y la forma en que la misma influyó en la realidad sectorial.

El marco referencial se integra con la crisis política y económica que a partir de episodios de violencia del 20 de diciembre de 2001 se expresan en una sucesión de presidentes interinos, cinco en poco más de una semana, la decisión de no pagar la deuda externa (“default”), el abandono de la paridad cambiaria con el dólar de 1 a 1 y las distintas medidas destinadas a controlar el ahorro y su utilización por parte de los depositantes.

La crisis económica actual, la más prolongada e intensa desde 1900, produjo en el último período un fuerte aumento de la pobreza, de la desigualdad del ingreso y del desempleo. La fuerte caída del PBI —10.7% en el 4° trimestre de 2001, 16.3% y 14.9% en el 1er y el 2° trimestre de 2002, respectivamente— tuvo importantes secuelas sobre el empleo. Los niveles de desempleo, que ya eran elevados (18.3% en octubre de 2001), saltaron al 21.5 por ciento según los indicadores oficiales para mayo de 2002. Además, la destrucción de puestos de trabajo ha sido importante, especialmente para la mano de obra de menor calificación.

* En la redacción del presente acápite se ha tomado en cuenta principalmente el informe Producido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay El sector salud argentino en medio de la crisis. Juan Pablo Uribe Nicole Schwab – Banco Mundial Noviembre de 2002.

En mayo de 2002 la tasa de empleo alcanzó el umbral más bajo conocido, y la pobreza el punto más alto(36). Esta situación hizo más aguda la recesión económica, de ya larga duración, y se expresó con rudeza en el primer semestre de 2002. Así la inflación alcanzó un 70% y la proyección de caída del PBI equivale a pasar de u\$s 8.210 per cápita en 1998 a u\$s 2.850 en la actualidad (37).

Se estima que el 53% de la población vive en condiciones de pobreza dado que casi la mitad de los hogares sufrió una reducción en sus ingresos nominales mientras que algo más del 40% de los hogares no ha tenido cambios en sus ingresos. Debe subrayarse, no obstante, que alrededor del 8% de los hogares informaron aumentos en sus ingresos. (38)

Si se considera el nivel de educación del jefe/jefa de hogar, el mayor impacto aparece ubicado entre los grupos de clase media (aquellos encuestados con estudios secundarios completos) mientras que los sectores con primaria incompleta, supuestamente los de menor ingreso, representan al grupo con menor decrecimiento del mismo. Esta información sugiere que las clases medias podrían haber sido las más seriamente afectadas por la crisis económica.

Tanto la encuesta realizada por el Banco Mundial, como la proveniente de la Encuesta Permanente de Hogares, del INDEC, plantean niveles de pobreza superiores al 50%, para mayo/ junio del 2002, muy superiores a los niveles de octubre del 2001.

En base a la información sobre ingresos correspondiente al mes de junio de 2002, se ha estimado la incidencia de la pobreza usando cuatro líneas diferentes. Primero, se han usado las líneas oficiales de "pobreza" e "indigencia" estimadas por el INDEC para ese mes. Para las áreas rurales, se usó la línea de pobreza correspondiente al centro urbano de la misma región. Por supuesto, de esta manera no se reconocen las potenciales diferencias entre los precios rurales y los urbanos, pero al menos se controlan las diferencias regionales. Además, se construyó una línea

Tabla 15
Pobreza e indigencia en Argentina. Octubre 2001- Junio 2002

	Encuesta BM Junio 02	EPH	
		Mayo 02	Octubre 01
Pobreza	53.7	53.0	38.3
Indigencia	23.8	24.8	13.6
PPP (U\$1)	9.9	9.5	7.5
PPP (U\$2)	24.6	20.8	17.1

de pobreza de un dólar y dos dólares por día (Tabla 15), usando la metodología estándar del Banco Mundial para el total país.

Esta situación se hace más dramática en relación a la población infantil, pues los hogares pobres albergan más niños que los no pobres. En Argentina más de siete de cada diez niños nacen en hogares pobres y cuatro viven en la indigencia. Así, en los dos últimos años casi el 80% de los menores de 18 años transitó alguna vez en la pobreza y el 16% de los jóvenes de 15 a 24 años no estudia ni trabaja, lo que señala un creciente grado de vulnerabilidad social para este grupo etéreo.

La crisis del sector salud es reconocida y proclamada por sus principales protagonistas y sufrida por la mayoría de la población. Rota la cadena de pagos, los seguros públicos y privados enfrentan graves problemas financieros, incrementos en los costos de sus insumos y caída en el número y calidad de sus aportantes. Así, la población se siente desprotegida.

Los hospitales públicos sostienen lo mejor que pueden los requerimientos crecientes, habida cuenta de que el desempleo significa pérdida de la cobertura de la seguridad social y de que el empobrecimiento general torna más difícil afrontar los aranceles privados. La crisis social y económica influye en las condiciones de salud, acentuando patologías y generando nuevas demandas.

El Gobierno declaró la Emergencia Sanitaria (ver Anexo I) y asumió el liderazgo en la adopción de soluciones de urgencia y en la gestación de medidas a mediano plazo. Otras instituciones han convocado a la refundación del sistema y ordenan sus intereses y acuerdos.

En el Diálogo Nacional salud ha logrado acuerdos generales que pueden ser un aporte que enmarquen futuras propuestas y soluciones (ver Anexo II).

La actual crisis se inscribe sobre la realidad sanitaria cuyas características se han señalado más arriba y es evidente que no es solución reconstruir lo que ya fue, existe la necesidad de construir algo nuevo. El Gobierno puede y debe seguir liderando la emergencia, pero la tarea de construir un sistema de salud para todos los argentinos es tarea de toda la sociedad.

El impacto de la crisis sobre el sector salud puede explicarse según lo expresa la oficina local del Banco Mundial, por cuatro factores principales: (39)

- Deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas.
- Aumento en los costos en medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación

- Incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria
- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población.

La seguridad social

Los ingresos de las obras sociales nacionales, que cubren mas de 11 millones de beneficiarios, sin incluir al PAMI, sufrieron un descenso del orden del 12% comparando los primeros semestres de 2001 y 2002. La recaudación directa de las OOS y los aportes al Fondo Solidario de Redistribución cayeron de 249 a 220 millones de pesos por mes. Las deudas acumuladas por las entidades para agosto de 2002 alcanzaban a más de 1000 millones de pesos (Tabla 16).

Tabla 16
Pasivo prestacional corriente consolidado del SNSS
(Proveedores y prestadores)

Fecha	En millones de pesos
Dic. 2000	894.5
Dic 2001	980.6
Julio 2002	973.0
Agosto 2002	1040.8

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2002.

La Administración de Prestaciones Especiales alcanza una deuda de alrededor de 1.000 millones de dólares. El Fondo Solidario de Redistribución acumula un déficit crónico que se agrega al total del subsector. A fines de agosto del 2002, la APE había gastado prácticamente la totalidad (96%) de los recursos traspasados por la SSS para el actual año fiscal, lo que representaba solo un 48% de las solicitudes de las OS.

En este contexto es que 38 Obras Sociales, que debieran cubrir a mas de un millón de beneficiarios, el 10% de la población bajo seguro público nacional, se encontraron en “procesos de crisis” por las dificultades para hacer frente a sus deudas y 17 de ellas se presentaron en convocatoria de acreedores y homologaron su concurso preventivo.

Estas realidades se expresan en la efectiva prestación de los corres-

pondientes servicios de salud. Para enero de 2002 el 62% de los agentes del seguro, en el área metropolitana de Buenos Aires, no cumplían con las normas del PMO. Este incumplimiento llegó en otras regiones al 80%. Cabe señalar que la aceptación de hecho del bajo cumplimiento del PMO por parte de los agentes del seguro se convirtió en una modalidad operativa habitual. En ese contexto la aparición de amparos judiciales obligando a los agentes a cubrir a los beneficiarios, significó una modalidad explícita de intervención en el sistema con consecuencias aún no valoradas en cuanto al impacto económico y a la fijación de prioridades.

Ante esta situación se delinearon algunas respuestas por parte de la autoridades nacionales:

- Se reformuló un PMO de emergencia, que busca proteger servicios básicos en armonía con las realidades del país.
- En marzo de 2002, se elevaron los aportes de las OOS al Fondo Solidario de Redistribución del 10% al 15%, y del 15% al 20%, de acuerdo con el nivel salarial del trabajador y la naturaleza de la obra social. Esta medida, sumada al incremento en los aportes patronales significó un incremento del 67% en la recaudación mensual promedio del FSR entre el primer semestre del año 2002 y los meses de julio y agosto, revirtiendo la caída en los ingresos anuales, producida desde 1997, según se observa en la Tabla 17.

Tabla 17
Recaudación del Fondo Solidario de Redistribución.
Años 1997-2002 En millones de pesos

Año	Recaudación FSR	Transferencias a OSNs, SSS y APE	Saldo Déficit anual	Déficit Total Acumulado
1997	383	394	-12	-12
1998	360	360	0	-11
1999	356	342	14	3
2000	364	441	-77	-75
2001	331	405	-74	-149
2002 1er semestre	168	184	-16	-165
2002 julio/agosto	98	88	10	

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2002

Nota: No incluye las transferencias del PSR al MSN que son del orden de \$ 10 - \$ 15 millones de pesos anuales.

A su vez, la recaudación del PAMI cayó cerca de un 40% durante los últimos meses del 2001 y principios de 2002, acumulando un déficit total de u\$s \$1.867 millones al 31 de mayo 2002.

Este déficit representa más del 75% del total de su presupuesto operativo anual. Los beneficiarios del PAMI han sufrido cortes periódicos a lo largo del territorio nacional a partir de los retrasos en los pagos y reiterados incumplimientos en acuerdos con los prestadores. Así 806 millones de dólares de la deuda acumulada en 2001, correspondían a prestadores (*incluyendo u\$s 150 millones con la red de farmacias*)

La Ley 25615 de julio de 2002 aprobada por el Congreso Nacional aumentó la contribución de los empleadores al PAMI del 1.5% al 2% y estableció que la deuda acumulada al 30 de junio de 2002, por aproximadamente \$1,550 millones de pesos (no incluyendo la deuda judicial, pero sí la deuda no exigible), fuera cancelada con aportes del Tesoro y con los eventuales superávit futuros del organismo. En la actualidad se ha regularizado la conducción de la institución, finalizado la intervención y designado los representantes previstos por la nueva ley.

Las obras sociales provinciales presentan en general un panorama similar, con desfinanciamiento por disminución del número de aportantes, y el aumento de los insumos. En ellas la evasión no juega un papel fundamental, pero sí la postergación o adeudamiento de los aportes de los gobiernos provinciales.

El subsector público:

En su mayor parte la capacidad instalada asistencial, que es dependiente de las provincias, enfrenta simultáneamente, un retraso en el flujo normal de fondos y el incremento en la demanda de servicios. Las dificultades en la recaudación, los problemas con la coparticipación federal y el retraso en el envío de fondos provinciales a los establecimientos en la mayoría de las jurisdicciones trastornan su financiamiento, lo que dificulta la cobertura de la creciente demanda generada en parte por la progresiva caída de la cobertura social y privada y por el incremento del gasto de bolsillo de la población.

En la mencionada encuesta del Banco Mundial aparecen estas conclusiones: “ De los hogares que informaron haber reemplazado la cobertura privada por los servicios públicos como reacción a la crisis económica, el 60% ha experimentado alguna forma de pérdida o limitación de la cobertura ofrecida por sus prestadores”.

En términos más específicos, el 16% perdió totalmente su cobertura, 5% tienen deudas pendientes que no les permiten usar su cobertura,

13% no puede costear los copagos, 8% experimentó una reducción en los servicios ofrecidos por los aseguradores, y el 13% son jubilados que experimentan dificultades con los servicios ofrecidos por PAMI.

Cuando se analiza el cambio de la cobertura en salud de la población (Tabla 18) se observa cómo mientras los quintiles que agrupan a la población con menor ingreso aparecen perdiendo su cobertura, los del quintil V solo realizan cambio del tipo de cobertura. Por otra parte el Ministerio de Salud Nacional ha incrementado sus recursos para programas prioritarios entre 2001 y 2002. (Tabla 19).

Tabla 18
Cambios en la cobertura médica (% de aquellos individuos que experimentaron un cambio de cobertura)

Quintiles	I	II	III	IV	V	Total
Pérdida de toda forma de cobertura	76.0	61.1	78.6	52.6	33.6	61.4
Cambio de cobertura	24.0	38.9	21.4	47.4	66.4	38.7

Tabla 19
Recursos para programas prioritarios.
Años 2001 y 2002. (en millones de pesos)

Programas	2001*	2002#
Programa materno-infantil	29.5	72.3
Programas Nacionales	279	752

Referencias: *ejecutado 2001
#crédito vigente

Fuente: Elaboración Propia, sobre datos de Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay

Esto significa más que una duplicación en el financiamiento nacional para estos programas durante ese último año, en términos de su participación respectiva en el PIB nominal.

El subsector privado

La actual crisis ha modificado esta situación al generar (i) un deterioro en los balances financieros de los aseguradores privados, (ii) un atraso en el pago de servicios a su red de prestadores, que pasó a realizarse a más de 180 días (contra un patrón previo de pago inferior a 45 días), y (iii) una reducción en sus tasas de afiliación por deserción o migración de los usuarios (hacia planes más económicos o hacia otros subsectores)". Entre octubre del 2001 y junio del 2002, la cobertura de la población cayó entre un 8 al 12% ya sean los datos de la encuesta del Banco Mundial o lo informado por las cámaras de medicina prepaga.

Las deudas por cobrar por los prestadores privados superaban los u\$s 2.000 millones previamente a la caída de la convertibilidad. Para la red de farmacias, esta suma se acercaba a los u\$s 600 millones sólo con entidades de la seguridad social, incluyendo u\$s 150 millones de deuda contraída por el PAMI.

A este conjunto de situaciones debe agregarse el incremento sostenido de los insumos y el aparentemente creciente riesgo de las demandas judiciales por mala praxis. Esta situación de crisis se expresa en mayores demandas al hospital público y la aparición de algunas conductas y patologías relacionadas con las circunstancias de la crisis. No están disponibles datos fehacientes en relación a problemas de salud vinculados con la crisis, pero es notable el incremento de madres menores de edad, los problemas vinculados a la desnutrición infantil, y la violencia familiar, así como la aparición de demandas vinculadas con problemas psicológi-

Tabla 20
Cambios porcentuales del estado emocional de la población
Octubre 2001 ("antes") - 2° semestre 2002 ("ahora")

	Se siente desanimado		Siente desesperanza sobre el futuro	
	Ahora %	Antes octubre 2001 %	Ahora %	Antes octubre 2001 %
Nunca	26.8	47.8	21.1	45.5
A veces	34.2	37.3	33.2	36.2
Frecuentemente	24.8	9.6	27.5	11.3
Siempre	13.5	4.0	16.7	4.8
Sin respuesta	0.6	1.3	1.5	2.2
Total	100	100	100	100

cos o tensionales. En este sentido es ilustrativa la encuesta sobre el punto realizada por el Banco Mundial a principios del segundo semestre del año 2002 (Tabla 20).

Debe destacarse, en este punto, el impacto positivo que las medidas tomadas en la emergencia por parte del Estado Nacional van teniendo en la realidad sanitaria del país, por ejemplo la Ley 25.590 de exención de pago de derechos de importación, IVA y demás gravámenes a productos críticos destinados a diagnóstico y tratamiento de la salud humana.

También la progresiva instrumentación del Plan Remediar, la baja en los precios de medicamentos esenciales en razón de la política de genéricos y la incipiente recuperación de la cadena de pagos son indicios fehacientes de una recuperación.

Otro hecho importante dentro del marco de las respuestas a la crisis y como parte de la política de consensos implementada por el Ministerio de Salud de la Nación, es la constitución de un órgano consultivo integrado por representantes de instituciones de larga trayectoria sanitaria y del quehacer nacional, así como personalidades del sector. Bajo la denominación de "Comité de Crisis" se integraron autoridades del Ministerio de Salud de la Nación, diputados y senadores de la nación, ex Ministros de Salud de la Nación, representantes de obras sociales nacionales, provinciales y del personal de dirección, prestadores de servicios de salud y entidades de medicina prepaga, organizaciones de defensa al consumidor, asociaciones profesionales y académicas. Los temas tratados se han caracterizado por su importancia en cuanto a su impacto sectorial y su urgencia en el tratamiento (Anexo II).*

* Integrantes del Comité de Crisis: Daniel Alvarado; Julio Bello; Enrique Beveraggi; Santiago de Estrada; Francisco Díaz; Aldo Giusti; Pablo Giordano; Rodolfo Hernández; Ezequiel Holmberg; María Ines Insaurralde; Norberto Larroca; Alberto Mazza; Jorge Mera; Aldo Neri, Carlos West Ocampo; Luis Pérez; Abraam Sonis y Enrique Tanoni.

Referencias bibliográficas

- (1) Bunge, Alejandro. *Una nueva Argentina*. Kraft, Buenos Aires, 1940.
- (2) Mardones Restat, Francisco. *Informe de Consultor Temporal*. Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 1959.
- (3) Fernández, Mariana. *Kerala y Neuquen: dos oasis de desarrollo*. Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires, 2002 (mimeo).
Gorosito, J.O. y Heller, H. "El sector salud de la Provincia del Neuquén". En: Katz, Jorge. *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993.
- (4) Maceira, Daniel. *Obras sociales provinciales: Análisis comparativo sobre organización, financiamiento y administración*. CEDES, Buenos Aires, 2002 (mimeo).
- (5) Canitrot, Carlos H. *et al. Evaluación de políticas de tecnología médica*. OPS/OMS, Buenos Aires, 1990.
- (6) Casanovas, Federico. *Desregulación del Sector Salud*. Instituto Superior de Economistas de Gobierno, Buenos Aires, 1999 (mimeo).
- (7) Facioni, Eliana. *El sistema de salud en Argentina: Las obras sociales y el proceso de reforma*. Universidad de San Andrés, Victoria (Bs.As.), 1999.
- (8) Mera, Jorge A.; Ruíz del Castillo, Ramiro. *La reforma de salud en el Tercer Milenio*. Dunken, Buenos Aires, 2000.
- (9) Abramzón Mónica, Airoidi, Susana, Cadile, María del Carmen y Fe-

- rro, Laura. "Argentina: Recursos Humanos en Salud" en *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001, Observatorio de Recursos Humanos en salud*. OPS/OMS. Representación OPS/OMS en Argentina, Publicación N° 53. 2001.
- (10) Novick, Marta y Galin Pedro. *Empleo y Modalidades de contratación en el sector salud de la Argentina*. Trabajo presentado para OPS en Septiembre de 2001.
- (11) Abramzón Mónica. *Elaboración de datos sobre Recursos Humanos en Salud tomando como base el Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud de 1998*. Ministerio de Salud de Nación. 2002.
- (12) Abramzón y colaboradores. *Op. Cit.*
- (13) Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitario, Ministerio de Educación (PMSIU).
- (14) Borrell, Rosa María. "Apreciaciones sobre las Residencias Médicas en la Argentina" en *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001: Observatorio de Recursos Humanos en Salud*. OPS/OMS. Argentina. 2001.
- (15) Borrell, Rosa María. *Op. Cit.*
- (16) Dobruskin, Mauro. La Gestión de las Residencias: el gerenciamiento en la tormenta. Ministerio de Salud Pública. *Jornadas sobre Residencias en Salud*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- (17) Veronelli, Juan C. 1975. *Medicina, Gobierno y Sociedad*. El Coloquio, Buenos Aires.
- (18) Gerchunof, Pablo; Vicens, Mario. 1989. *Gasto público, recursos públicos y financiamiento en una economía en crisis: el caso argentino*. Instituto Torcuato Di Tella, Buenos Aires (mimeo).
- (19) Bisang, Roberto; Cetrángolo, Oscar. 1997. *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. CEPAL, Buenos Aires.
- (20) Dal Bo, Luis A. 1989. *Un nuevo modelo de efector público de salud*. Medicina y Sociedad, vol. 12, N° 5/6.
- (21) Canitrot, C. H.; Grula, S.; Séneca, A. *Evaluación de políticas en tecnología médica*. OPS-OMS, Buenos Aires, 1990.
- (22) Tobar, F. y colaboradores. "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". *Ediciones Isalud* N° 5. Buenos Aires. 2002.
- (23) Ventura, Graciela. *Impacto de la reducción de los costos laborales sobre*

- el sistema de salud*. PIA-Isalud. Disponible *On line* en: <http://www.isalud.com/htm/index3.htm>
- (24) González García, Ginés; Tobar, Federico (1999). *Más salud por el mismo dinero*. Ediciones Isalud. Buenos Aires.1999.
- (25) Ver: Tobar, Federico y González García, Ginés. *Inversiones en salud en la República Argentina*. En: AES. *Equidad, eficiencia y calidad ; el desafío de los modelos de salud*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1995.
Ver también: Bolsinger, Carlos; González García, Ginés; Tobar, Federico. *Análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud en Argentina Serie estudios PIA 29*. OPS-OMS, Washington, 1995.
- (26) Katz, Jorge; Muñoz, Alberto. *Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*. CEAL-CEPAL, Buenos Aires, 1988
- (27) Ver: González García, Ginés; Tobar, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. Ediciones Isalud. Buenos Aires.1999.
- (28) World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. WHO, Geneva, 2000.
- (29) García Díaz, Carlos J. *Reflexiones acerca de Estrategias y Políticas de Salud*. Edit. Medicina y Sociedad, Buenos Aires, 2000.
Mera, Jorge A. (edit.). *Los Servicios de Salud en Argentina*. Edit. Docencia, Buenos Aires, 2ª. ed., 1995.
Neri, Aldo. *Política Social y de Salud*. Hachette, Buenos Aires, 1982.
- (30) Arce, Hugo E. *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina*. CEPAL-GTZ, Buenos Aires
- (31) Jérôme-Forget, Monique; White, Joseph; Wiener, Joshua M. 1995. *Health care reform through internal markets*. The Brookings Institution - Institute for Research on Public Policy, Washington.
- (32) Báscolo, Ernesto; Vasallo, Carlos. 1998. *Una mirada económica institucional del proceso de cambio del Sector Salud en Argentina*. Fundación ISALUD, Buenos Aires.
- (33) Tobar, Federico. 1998. *Desregulación de Obras Sociales*. Fundación ISALUD, Buenos Aires.
- (34) Cetrángolo, Oscar; Devoto, Florencia. 1998. *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*. Serie Estudios N° 27. CECE, Buenos Aires.
- (35) Superintendencia de Servicios de Salud. *Información General del Sistema*. Buenos Aires, s/f.

- (36) SIEMPRO. Situación Social en Septiembre 2002.
- (37) Juan Pablo Uribe, Nicole Schwab, "El Sector Salud argentino en medio de la crisis" Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Buenos Aires noviembre 2002.
- (38) Banco Mundial. La Crisis Argentina y su impacto en el bienestar de los hogares. Noviembre de 2002.
- (39) Uribe y Schwab. *op. cit.*



La República Argentina tiene instaladas en todo su ámbito territorial arriba de 150.000 camas hospitalarias, de las cuales algo más de la mitad son de propiedad pública y el resto privadas. El Subsector Privado atiende a más del 60% de los casos médicos agudos del País (afiliados a la Seguridad Social y en algunos casos a pacientes sin cobertura a través de convenios con el Estado).

La Seguridad Social como consecuencia del desempleo, trabajo no registrado, trabajo precario, evasión y morosidad, etc., se desfinanció en los últimos cinco años en alrededor de 15 mil millones de dólares. Esto llevó a que se cortara la cadena de pagos de las obras sociales y a que, en la actualidad, se adeuden a los prestadores más de 2500 millones de pesos. Más del 50% de las obras sociales son inviables o tienen serios problemas para seguir funcionando: sus ingresos financieros se vinculan a un salario congelado y, en contraposición, sus egresos aumentaron por incremento en los costos de los insumos sanitarios en más de un 200% promedio en lo que va del año (devaluación, aumento en el precio de los medicamentos, insumos dolarizados, etc.).

La falta de ajuste de los valores de las prestaciones, la alta carga impositiva por no estar tipificada la actividad como de "bien público", el acoso por los juicios por mala praxis, la imprevisibilidad en los cobros de los servicios prestados a la Seguridad Social y la carencia de créditos para la reconversión, motivaron el cierre de muchos establecimientos o la disminución de su stock de camas.

De continuar este proceso de destrucción de la estructura privada de internación, no sólo se vería limitado el acceso a la salud de la población (los hospitales públicos no pueden absorber el aumento de la demanda), sino que también se eliminarían fuentes de trabajo con aumento del desempleo (el sector de la salud es una de las actividades económicas que ocupa más mano de obra) y se vería afectada la formación médica de postgrado (más del 50% se forma en el subsector privado)

Dr. Gustavo C. Mammoni
Presidente, Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios
y Hospitales Privados (CONFELISA)



Anexos

Anexo I

Emergencia sanitaria

Decreto 486/02 / Bs. As., 12/3/2002

VISTO las Leyes N° 25.561, de Emergencia Pública y de la Reforma del Régimen Cambiario, N° 23.660 del Sistema Nacional de Obras Sociales, N° 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud, N° 19.032 de creación del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y su modificatoria N° 23.568, N° 24.901 y los Decretos N° 50 del 8 de enero de 2002, N° 9 del 7 de enero de 1993, N° 576 del 1° de abril de 1993, N° 436 del 30 de mayo de 2000 y N° 1023 del 13 de agosto de 2001, y la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 939 del 24 de Octubre de 2000, y

Considerando:

Que la actual situación económica y financiera de la República Argentina, de altísimo contenido crítico, torna institucionalmente obligatorio instrumentar las herramientas necesarias y adecuadas para enfrentar la difícil situación de excepción.

Que son de público y notorio conocimiento la gravísima coyuntura, los intolerables niveles actuales de pobreza, la crisis que afecta al mercado de la salud, la profunda parálisis productiva con su consecuente desorden fiscal y su correlato de crisis política, que alcanza a los estados provinciales, en cuanto miembros de la organización nacional.

Que tal cuadro de situación hizo necesario declarar, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 76 de la CONSTITUCION NACIONAL, a través de la Ley N° 25.561, la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.

Que distintos centros asistenciales del país han visto afectado el flujo normal de suministro de productos, especialmente los de procedencia extranjera.

Que, en tal sentido, se encuentra afectado el sistema de provisión de medicamentos para pacientes internados o ambulatorios, ante la imposibilidad de acceder a éstos, así como a insumos esenciales para la salud.

Que, por lo tanto, se torna necesario modificar los procedimientos administrativos de las contrataciones en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD, a efectos de lograr una mayor agilidad para la provisión de los insumos críticos del área, sin afectar su espíritu de transparencia.

Que también resulta necesario asegurar a los jefes y jefas de hogar que carecen de toda otra cobertura y se encuentran bajo la línea de pobreza, la provisión de medicamentos cuando se trate de enfermos ambulatorios, a través de la implementación de un seguro, que se estima alcanzará a fin de año a CUATRO MILLONES (4.000.000) de personas.

Que, como es de dominio público, el Sistema Nacional de Obras Sociales, que cubre a casi ONCE MILLONES (11.000.000) de personas, y el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS atraviesan una grave crisis económica, financiera e institucional que, en el caso del INSTITUTO, está próxima al quebranto financiero y al colapso institucional.

Que tan aguda situación en el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS ha afectado seriamente la prestación de servicios médicos y sociales a aproximadamente TRES MILLONES QUINIENTOS MIL (3.500.000) afiliados, que dicha institución tiene a su cargo.

Que la crítica situación imperante en dicho INSTITUTO y la especial vulnerabilidad de su población beneficiaria exigen adoptar urgentes medidas que optimicen la aplicación de sus recursos y permitan restablecer las prestaciones esenciales que el mismo debe brindar a sus beneficiarios.

Que, como resultado de la grave crisis económica que atraviesa nuestro país, se ha registrado una sensible merma en la recaudación del Sistema Nacional de Obras Sociales, incluyendo al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, lo que dificulta el cumplimiento de la totalidad de las prestaciones comprendidas en la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 939/ 00 (Programa Médico Obligatorio-PMO) y sus modificatorias.

Que resulta procedente facultar al MINISTERIO DE SALUD para definir las prestaciones esenciales que, por el lapso que dure la emergencia sanitaria, deberán brindar los Agentes del Seguro de Salud, con arreglo a sus recursos, a fin de no profundizar el actual endeudamiento y deterioro institucional, con la finalidad de garantizar a sus beneficiarios los servicios esenciales para su vida y la atención de sus enfermedades.

Que, a los efectos de facilitar la rápida y efectiva implementación del nuevo programa prestacional, resulta conveniente facultar al Interventor Normalizador del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS para renegociar los contratos vigentes y fijar unilateralmente los pliegos de contrataciones, como así también para efectuar las nuevas contrataciones que resulten necesarias.

Que, para propender a la recomposición de la crítica situación financiera que atraviesan el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y los Agentes del Seguro de Salud, resulta menester suspender por el lapso que

de la emergencia la ejecución de las sentencias que los condenen al pago de sumas de dinero.

Que, con el objeto de precisar el estado de endeudamiento de dicho INSTITUTO, es imperioso realizar un profundo relevamiento y control de las deudas que el mismo mantiene con terceros, en la forma y dentro de los plazos que establezca el Interventor Normalizador.

Que los principios básicos de equidad y justicia social exigen que los sacrificios implícitos en las medidas que se adoptan por el presente Decreto alcancen y sean compartidos adecuadamente por todos los sectores involucrados, adoptando las medidas que tiendan a evitar el detrimento patrimonial de los actores del Sistema de Salud.

Que la crítica situación que atraviesa el sector salud configura una circunstancia excepcional que hace imposible seguir los trámites ordinarios previstos por la CONSTITUCION NACIONAL para la sanción de las leyes, resultando imperioso el dictado de este acto.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que el presente Decreto se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1 y 3, de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello, EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA EN ACUERDO GENERAL DE MINISTROS DECRETA:

CAPÍTULO I: DE LA EMERGENCIA SANITARIA

Título I DECLARACION DE EMERGENCIA SANITARIA

Artículo 1° - Declárase la Emergencia Sanitaria Nacional, hasta el 31 de diciembre de 2002, a efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, con fundamento en las bases que seguidamente se especifican:

- a) Restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas con servicios de internación.
- b) Garantizar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social.
- c) Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas.
- d) Asegurar a los beneficiarios del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD el acceso a las prestaciones médicas esenciales.

Título II

ATRIBUCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

Art. 2° - Facúltase al MINISTERIO DE SALUD para instrumentar las políticas referidas a la emergencia sanitaria declarada por el artículo 1°, así como para dictar las normas aclaratorias y complementarias para la ejecución del presente Decreto.

Art. 3° - El MINISTERIO DE SALUD promoverá la descentralización progresiva hacia las jurisdicciones provinciales y la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES de las funciones, atribuciones y facultades emanadas del presente Decreto, que correspondieren, mediante la celebración de los convenios respectivos.

Art. 4° - Créase en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD el COMITE NACIONAL DE CRISIS DEL SECTOR SALUD para la organización y coordinación de la utilización de los recursos disponibles en esa Jurisdicción, destinados a la atención de la emergencia sanitaria declarada por el artículo 1° del presente.

CAPÍTULO II:

DEL SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS A INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD CON SERVICIOS DE INTERNACIÓN

Título I

ATRIBUCIONES DEL CONSEJO FEDERAL DE SALUD

Art. 5° - El CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA) establecerá los criterios de uso racional y asignación de los medicamentos e insumos y de evaluación y control durante la emergencia sanitaria que se declara por el artículo 1° del presente Decreto, respecto al suministro de insumos y medicamentos a instituciones públicas de salud con servicios de internación.

Art. 6° - Los medicamentos e insumos o los recursos para su adquisición serán distribuidos por el MINISTERIO DE SALUD de acuerdo a los indicadores de asignación que determine el CONSEJO FEDERAL DE SALUD.

Título II

FINANCIAMIENTO

Art. 7° - Aféctase, con destino a la Emergencia Sanitaria, una partida del presupuesto asignado al MINISTERIO DE SALUD - SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS - ATENCION SANITARIA - SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE PREVENCION Y PROMOCION - DIRECCION NACIONAL DE TRAUMA, EMERGENCIA Y DESASTRES - Programa 30 - Emergencia Sanitaria, para la compra de medicamentos e insumos sanitarios de uso hospitalario y atención primaria de la salud, de hasta un monto de PESOS CINCUENTA MILLONES (\$ 50.000.000.-).

Art. 8° - Podrán afectarse además a los programas y planes derivados de la emergencia sanitaria, con los destinos que específicamente determine el MINISTERIO DE SALUD:

- a) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que reciba el PODER EJECUTIVO NACIONAL a través de sus distintas Jurisdicciones, vinculados con la emergencia sanitaria.
- b) Las reasignaciones de créditos o préstamos internacionales que administra el MINISTERIO DE SALUD o los que determine el PODER EJECUTIVO NACIONAL en el marco de la presente emergencia sanitaria.

Los nuevos préstamos que se gestionen y obtengan en ocasión y con motivo de la emergencia sanitaria.

Título III

REGIMEN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

Art. 9° - El MINISTERIO DE SALUD, para las contrataciones que realice en el marco de la emergencia sanitaria, podrá optar, además de los medios vigentes de compra y sin perjuicio de la intervención que le compete a la SINDICATURA GENERAL DE LA NACION, por alguna de las siguientes modalidades:

- a) Los mecanismos previstos en el artículo 25, inciso d), apartado 5 del Decreto N° 1023/01, independientemente de monto de la contratación, dándose por acreditada la grave y notoria crisis por la cual atraviesa el sistema de salud argentino.
- b) La utilización de los recursos del FONDO ROTATORIO REGIONAL PARA SUMINISTROS ESTRATEGICOS DE SALUD PUBLICA de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD y de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD y cualquier otro procedimiento de adquisiciones que dicha entidad ponga a disposición de sus miembros.
- c) Otros medios que ofrezcan alternativas a través de organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, u otros países.

A fin de garantizar la transparencia en las contrataciones previstas en el inciso a), se deberá invitar a la mayor cantidad de potenciales oferentes, de acuerdo a los registros actualizados existentes en la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT). Asimismo, se deberá prever la difusión a través de la página de Internet de la Oficina Nacional de Contrataciones. En los casos en que se contrate a través del FONDO ROTATORIO REGIONAL PARA SUMINISTROS ESTRATEGICOS DE SALUD PUBLICA de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD y de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, se aceptarán los mecanismos de contratación previstos por ambas Organizaciones, autorizándose al MINISTERIO DE SALUD a emitir las respectivas órdenes de pago aún sin haberse cumplido la recepción parcial definitiva de los medicamentos o insumos adquiridos. Ello sin perjuicio de la aplicación de los mecanismos de contralor vigentes.

Título IV

MONITOREO DE PRECIOS E IMPORTACION. LISTADOS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS. PRECIOS DE REFERENCIA. PRESCRIPCION POR GENERICOS Y SU SUSTITUCION

Art. 10. - Facúltase al MINISTERIO DE SALUD para establecer un mecanismo de monitoreo de precios de insumos y medicamentos del sector salud y de alternativas de importación directa, frente a posibles alzas injustificadas o irrazonables, que afecten el acceso de la población a los mismos de manera que puedan poner en riesgo su salud. Asimismo facúltase al MINISTERIO DE SALUD para dictar normas complementarias tendientes a implementar:

- a) listado de medicamentos e insumos a ser adquiridos, con los recursos a que se refiere el artículo 7º del presente, los del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y los del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD,
- b) precios de referencia de insumos y medicamentos críticos,
- c) prescripción de medicamentos por su nombre genérico y
- d) sustitución en la dispensación, por parte de profesional farmacéutico, del medicamento recetado con marca registrada, por un medicamento que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y menor precio.

El MINISTERIO DE SALUD creará una Comisión Técnica destinada al análisis de la sustitución de medicamentos por profesional farmacéutico.

CAPITULO III: PROGRAMA NACIONAL DE UNIVERSALIZACION DEL ACCESO A MEDICAMENTOS

Título I

CREACION Y FUNCIONAMIENTO

Art. 11. - Créase en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD el PROGRAMA NACIONAL DE UNIVERSALIZACION DEL ACCESO A MEDICAMENTOS, que estará integrado por el SUBPROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO PARA JEFES DE HOGAR y el SUBPROGRAMA DE MEDICAMENTOS GENERICOS PARA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.

Art. 12. - La implementación, coordinación y supervisión del PROGRAMA NACIONAL DE UNIVERSALIZACION DEL ACCESO A MEDICAMENTOS estará a cargo del MINISTERIO DE SALUD, quedando facultado para designar a los responsables de su organización y administración.

Art. 13. - El SUBPROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO PARA JEFES DE HOGAR, creado por el artículo 11, será financiado con los recursos que pro-

vendrán de la aplicación de la suma de PESOS TRES CON CINCUENTA CENTAVOS (\$ 3,50) por beneficiario a deducir de la Jurisdicción 75, Programa 16 - Política de Empleo y Capacitación Laboral, Subprograma 3 - Plan de Jefes de Hogar del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL.

Facúltase al Jefe de Gabinete de Ministros a introducir las modificaciones presupuestarias necesarias en el Presupuesto General de la Administración Nacional para efectuar al Subprograma 3 - Plan de Jefes de Hogar del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL las deducciones destinadas al SUBPROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO PARA JEFES DE HOGAR del MINISTERIO DE SALUD, como Actividad 2 en el Programa 30 - Emergencia Sanitaria.

El MINISTERIO DE SALUD podrá variar el valor del importe a deducir de cada subsidio de jefe de hogar, a fin de garantizar la viabilidad y sustentabilidad económica financiera del SUBPROGRAMA, con intervención de la Comisión prevista en el artículo 14 del presente.

Art. 14. - La aplicación de los recursos destinados al SUBPROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO PARA JEFES DE HOGAR será supervisada por una Comisión integrada por un representante, con jerarquía no inferior a Subsecretario, de cada una de las siguientes jurisdicciones: MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL y MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, y por UN (1) representante seleccionado por las organizaciones no gubernamentales que convoque el MINISTERIO DE SALUD, con probada trayectoria y representatividad. nacional.

Art. 15. - El SUBPROGRAMA DE MEDICAMENTOS GENERICOS PARA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD estará destinado a garantizar la provisión de insumos y medicamentos críticos a través de centros de atención Provinciales o gubernamentales.

Art. 16. - El SUBPROGRAMA DE MEDICAMENTOS GENERICOS PARA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD tendrá financiamiento del BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID) mientras dure la emergencia.

Art. 17. - El MINISTERIO DE SALUD fijará, a través de las normas que dicte al respecto, las condiciones de acceso a los medicamentos, insumos y/o recursos asignados al SUBPROGRAMA a que se refiere el artículo precedente.

CAPITULO IV: SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

Título I *GARANTIA DE LAS PRESTACIONES BASICAS ESENCIALES*

Art. 18. - Facúltase al MINISTERIO DE SALUD para definir, dentro de los TREINTA (30) días de la vigencia del presente, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución del citado Ministerio N° 939 del 24 de octubre de 2000 y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que compren-

de la emergencia sanitaria. A esos fines se considerarán prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades, las que deben garantizar como prioridad el SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, mientras subsista la situación de emergencia.

Art. 19. - Las respectivas autoridades de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, quedan facultadas para programar en forma independiente, el orden de prioridades de la cobertura de aquellas prestaciones no alcanzadas por la definición a que se refiere el artículo precedente, conforme evolucione la situación de emergencia.

Art. 20. - La incorporación de nuevos medicamentos, procedimientos terapéuticos y tecnologías médicas a cargo del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD queda sujeta a la autorización por Resolución Conjunta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y de la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), de conformidad con lo que determine la normativa que dicte, en el plazo de TREINTA (30) días, el MINISTERIO DE SALUD.

Título II

FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION

Art. 21. - Sustitúyese los incisos a) y b) del artículo 19 de la Ley N° 23.660 por los siguientes:

- a) A la orden de la Obra Social que corresponda, el NOVENTA POR CIENTO (90%) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta Ley, cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta PESOS UN MIL (\$ 1.000.-) inclusive, y del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) cuando dichas remuneraciones superen los PESOS UN MIL (\$ 1.000.-). Para el caso de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, dicho porcentaje será del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta PESOS UN MIL (\$ 1.000.-) inclusive, y del OCHENTA POR CIENTO (80%) cuando superen ese tope.
- b) Conforme los niveles remunerativos mencionados, el DIEZ POR CIENTO (10%) o el QUINCE POR CIENTO (15%), respectivamente, de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta Ley, y cuando se trate de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, el QUINCE POR CIENTO (15%) o el VEINTE POR CIENTO (20%), respectivamente, de la suma a depositarse se destinarán al Fondo Solidario de Redistribución, a la orden de las cuentas recaudadoras que determine la reglamentación.

Art. 22. - Sustitúyese el inciso a) del artículo 22 de la Ley N° 23.661 por el siguiente:

- a) EL QUINCE POR CIENTO (15%) o el DIEZ POR CIENTO (10%), respectivamente, de la suma de las contribuciones y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 —según se supere o no el tope de las remuneraciones brutas mensuales de PESOS UN MIL (\$ 1.000.-) inclusive—. Para las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios el porcentaje mencionado precedentemente será del VEINTE POR CIENTO (20%) o del QUINCE POR CIENTO (15%), respectivamente, según se supere o no la retribución mencionada.”.

Título III *COLEGIOS PROFESIONALES*

Art. 23. - Déjense sin efecto las restricciones que limitan la libertad de contratación a las entidades comprendidas por los artículos 5° y 7° del Decreto N° 9 del 7 de enero de 1993, e incisos 1), 2) y 3) del artículo 27 del ANEXO II del Decreto N° 576 del 1° de abril de 1993.

Título IV *SENTENCIAS CON CONDENAS DE PAGO*

Art. 24. - Suspéndese hasta el 31 de diciembre de 2002 la ejecución de las sentencias que condenen al pago de una suma de dinero dictadas contra los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, incluyendo al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, a partir de la entrada en vigencia del presente. Quedan contemplados en el régimen del presente artículo las ejecuciones por cobro de honorarios y gastos. Las sentencias que se dicten dentro del plazo establecido en el presente artículo no podrán ejecutarse hasta la expiración de dicho plazo.

CAPITULO V: EMERGENCIA SANITARIA Y SOCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

Título I *ATRIBUCIONES DEL INTERVENTOR NORMALIZADOR*

Art. 25. - Instrúyese al Interventor Normalizador del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS para que proponga al MINISTERIO DE SALUD un PROGRAMA DE EMERGENCIA DE PRESTACIONES MEDICAS para dicho INSTITUTO, tendiente a garantizar las prestaciones esenciales del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 939/ 00 y sus mo-

dificatorias, dentro de los QUINCE (15) días de vigencia del presente Decreto.

Título II

CONTRATACIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

Art. 26. - Exceptúase al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS del cumplimiento de las disposiciones de los Decretos Nros. 436 del 30 de mayo de 2000 y 1023 del 13 de agosto de 2001.

El procedimiento de contratación a implementar por el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS mientras subsista la emergencia sanitaria deberá atender la urgencia y celeridad que cada situación requiera, a fin de garantizar los principios de transparencia, libre concurrencia e igualdad de los oferentes.

Art. 27. - Facúltase, por el plazo de SESENTA (60) días, al Interventor Normalizador del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS a fijar unilateralmente los plazos de rescisión de los contratos de prestación de servicios, obra, consultoría y provisión de bienes e insumos, celebrados por dicho INSTITUTO con anterioridad a la vigencia del presente Decreto.

Art. 28. - Facúltase al Interventor Normalizador del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS a renegociar los contratos mencionados en el artículo precedente, previo acuerdo entre las partes que deberá sustentarse en el principio del sacrificio compartido. Dichas recomposiciones deberán contemplar una reducción de las obligaciones dinerarias a cargo del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS compatible con la disponibilidad financiera de éste y con el PROGRAMA DE EMERGENCIA DE PRESTACIONES MEDICAS previsto en el artículo 25 del presente.

Título III

RELEVAMIENTO Y CONTROL DE DEUDAS

Art. 29. - Instrúyese al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS para la realización de un relevamiento y control de las deudas que el INSTITUTO mantiene con personas físicas y jurídicas del sector público y privado correspondientes al período comprendido entre el 1º de agosto de 1996 y el 1º de enero de 2002.

Art. 30. - Las personas a que se refiere el artículo anterior deberán documentar sus créditos. en los plazos y a través de los procedimientos que establezca el Interventor Normalizador del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS. Dicha normativa deberá dictarse dentro de los TREINTA (30) días contados a partir de la vigencia del presente Decreto.

Art. 31. - Todo pago que efectúe el INSTITUTO con anterioridad a la vigencia de la pertinente normativa será considerado a cuenta y sujeto a posterior revisión.

Art. 32. - Dentro del plazo de TREINTA (30) días contados a partir de la entrada en vigencia del presente, el Interventor Normalizador del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS deberá presentar ante el PODER EJECUTIVO NACIONAL un Plan Estratégico de reforma estructural de dicho INSTITUTO, que garantice la sustentabilidad de sus prestaciones, que contemple los principios de integralidad, equidad, eficiencia y solidaridad.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Art. 33. - La ADMINISTRACION NACIONAL DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) deberá dictar y/o armonizar las normas sobre reesterilización y reutilización de marcapasos y otros implantes, aplicables en los organismos bajo jurisdicción del MINISTERIO DE SALUD, incluyendo al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y a la propia ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), tomando como base la experiencia nacional e internacional en la materia y el afianzamiento de los mecanismos vigentes, debiendo procurar la disminución de los costos.

Art. 34. - Facúltase al MINISTERIO DE SALUD para definir, dentro de los TREINTA (30) días contados a partir de la vigencia del presente Decreto, las prestaciones básicas esenciales, previstas en la Ley N° 24.901, considerando aquéllas necesarias para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades, que deban garantizarse como prioridad por las personas obligadas en dicho texto legal, mientras subsista la situación de emergencia.

Art. 35. - Suspéndense por el lapso que dure la emergencia sanitaria las disposiciones de los Decretos N° 446/00, N° 1140/00 y N° 1305/00 en todo aquello que se oponga al presente.

Art. 36. - Dése cuenta al HONORABLE CONGRESO DE LA NACION en cumplimiento del artículo 99, inciso 3 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Art. 37. - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. - DUHALDE. - Jorge M. Capitanich. - Ginés M. González García. - Rodolfo Gabrielli. - José I. De Mendiguren. - Jorge Remes Lenicov. - Alfredo N. Atanasof. - Graciela Giannettasio. - María N. Doga. - Jorge R. Vanossi. - Carlos F. Ruckauf. - José H. Jaunarena.

Anexo II

Mesa de diálogo argentino

Consenso de la Mesa de Diálogo Argentino

Es necesario:

- i. priorizar la prevención y promoción de la salud, a fin de reducir el riesgo sanitario y epidemiológico, protegiendo especialmente a los grupos más vulnerables, como el materno-infantil y los ancianos;
- ii. establecer los instrumentos adecuados para resolver la emergencia sanitaria;
- iii. garantizar la continuidad de los servicios públicos y privados;
- iv. asegurar la accesibilidad a los medicamentos e insumos críticos. El Estado debe garantizar la vigencia de un sistema integrado de salud, con un adecuado marco regulatorio, que asegure cobertura universal y calidad de atención con independencia de la capacidad contributiva de cada ciudadano, que armonice la libertad y la solidaridad y que aumente la transparencia y eficacia de todos los agentes del sistema: centros de salud y hospitales públicos, obras sociales y entidades privadas.

Acuerdo:

Entre las entidades representativas del sector salud por una parte, integradas por: Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), Confederación Farmacéutica de la República Argentina (COFA), Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y

Hospitales Privados (CONFECILISA), , Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME), Confederación General del Trabajo de la República Argentina (CGT), Movimiento de Trabajadores Argentinos (MTA), Central de Trabajadores Argentinos (CTA), Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA), Consejo Federal de Salud (COFESA) Asociación de Clínicas de la República Argentina (ADECRA), Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), Colegio Oficial de Bioquímicos y Farmacéuticos de la Capital Federal , Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGBA), Cámara Argentina de Proveedores de Insumos Hospitalarios, Asociación Médica Federal (AMF), Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA), Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), Confederación de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA), Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA), Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA), Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA), Federación de Obras Sociales de Dirección, Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Confederación General de Profesionales de la República Argentina, Federación Médica de Capital Federal (FEMECA), Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Foro Regional de Salud, Cámara Argentina de Distribuidores e Importadores de Equipos Médicos (CADIEM), Sociedad Rural Argentina, Red Solidaria de Profesionales de la Salud, Federación de Cooperativas Farmacéuticas, Confederación Argentina de Mutualidades, Federación Argentina de Graduados en Nutrición, Federación de Psicólogos de la República Argentina, Federación de Obstétricas de la República Argentina, en adelante LAS ENTIDADES, y el Ministerio de Salud de la Nación por otra, representado en este acto por su titular Dr. Ginés González García, en adelante EL MINISTERIO, y bajo el auspicio y supervisión de las Comisiones de Salud de la Honorable Cámara de Diputados y Senadores de la Nación y de los siguientes organismos internacionales: UNICEF, OPS, y Naciones Unidas, quienes a tal efecto suscriben la presente, se conviene establecer un ACTA ACUERDO DE COMPROMISO SECTORIAL DE SALUD en el marco de la Mesa del Dialogo Argentino que propone el Gobierno Nacional y DECLARAR que:

La situación sanitaria nacional no escapa a la profunda crisis económica y social por la que atraviesa nuestro país. La extrema gravedad con la cual se ha presentado este particular escenario para los actores del sector y la sociedad en su conjunto, esta llevando a un virtual colapso del sistema que, en la última década mantenía aún su funcionamiento, si bien de manera desarticulada, fragmentada y disarmónica.

La velocidad y complejidad de la crisis, la profunda regresión social en la que se encuentran sumidos miles de argentinos y la fragmentación del poder en el sistema sanitario compromete la viabilidad del mismo, la prestación de servicios y amenaza con el deterioro de las condiciones de salud de la población llenándola de incertidumbre.

A pesar de la importante red de recursos sanitarios públicos y privados del país, la dispersión de objetivos y esfuerzos ha impedido que el conjunto presta-

cional alcanzara el carácter sistemático que requiere toda acción ordenada y eficiente.

Este hecho cobra mayor evidencia en este momento histórico donde todos los actores del sistema atraviesan serios problemas.

La mayoría de los actores del sector coincide en la necesidad de buscar espacios confiables y efectivos de acuerdo que permitan superar la coyuntura y promover los cambios necesarios en el mediano y largo plazo. En tal sentido, se hace impostergable reproducir en este ámbito la concertación sectorial que propone el Gobierno Nacional en el marco de la Mesa de Diálogo Argentino.

En tiempos de crisis, surge como necesidad estratégica en el campo sanitario el rol del Ministerio de Salud Nacional para delinear políticas que aseguren la protección de la salud de todos nuestros conciudadanos. De la misma forma, resulta imprescindible el compromiso de los actores del sistema para cristalizar estos objetivos. En ese sentido, el Ministerio de Salud cree firmemente que la participación fortalece los consensos y da pertenencia al encuadre, formulación y aplicación de políticas.

La Mesa Sectorial de Salud se convertirá así en el marco político para viabilizar los consensos, en el camino propicio para legitimar la búsqueda de una mayor racionalidad económica y social del sector, y en una herramienta para responder de la mejor manera posible a las necesidades de salud de la población así como a los intereses particulares de los actores involucrados en ello.

Sabemos que el presente es consecuencia de todas nuestras acciones e inacciones pasadas y que el futuro será aquél que seamos capaces, entre todos, de construir.

Un futuro saludable se modela entre todos y para todos. Es ese nuestro desafío y nuestro testimonio para más y mejor salud.

Es por ello que LAS ENTIDADES y EL MINISTERIO ACUERDAN:

Primero: Considerar la persona humana como sujeto del sistema de salud, y a la salud como un derecho inalienable.

Jerarquizar las Políticas sanitarias como políticas de Estado, recuperando el rol del Ministerio de Salud de la Nación.

Segundo: Comprometerse a sostener y mejorar las actividades del sistema de salud tendientes a evitar el impacto sanitario de la crisis socioeconómica.

Tercero: Promover estrategias y acciones destinadas a reducir el riesgo sanitario y epidemiológico para el conjunto de la población y proteger especialmente a los grupos más desfavorecidos y/o vulnerables. A tal efecto se impulsaran aquellas actividades que prioricen la promoción y prevención de la salud, especialmente aquellas relacionadas con la salud materno infantil, que permitan reducir la morbilidad por enfermedades nutricionales e infectocontagiosas y otras prevenibles, fomentando la participación activa de las entidades y sociedades que solidariamente aporten a este objetivo. Asimismo, se avanzara en la implementación compartida de políticas activas para aquellas patologías no transmisibles de alto impacto sanitario y social.

Cuarto: Establecer los instrumentos adecuados para resolver la emergencia sanitaria, a fin de garantizar la continuidad de los servicios públicos y privados de atención de la salud, y a promover los marcos específicos que permitan hacer sustentables los actuales modelos financiadores y prestadores asegurando la continuidad de los servicios y garantizando el cumplimiento de sus objetivos.

Quinto: Promover acciones destinadas a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, tendientes a recomponer el acceso al medicamento y al insumo crítico para la atención médica, así como rever las prestaciones que deben ser aseguradas en el Programa Médico Obligatorio, teniendo en cuenta la emergencia sanitaria actual.

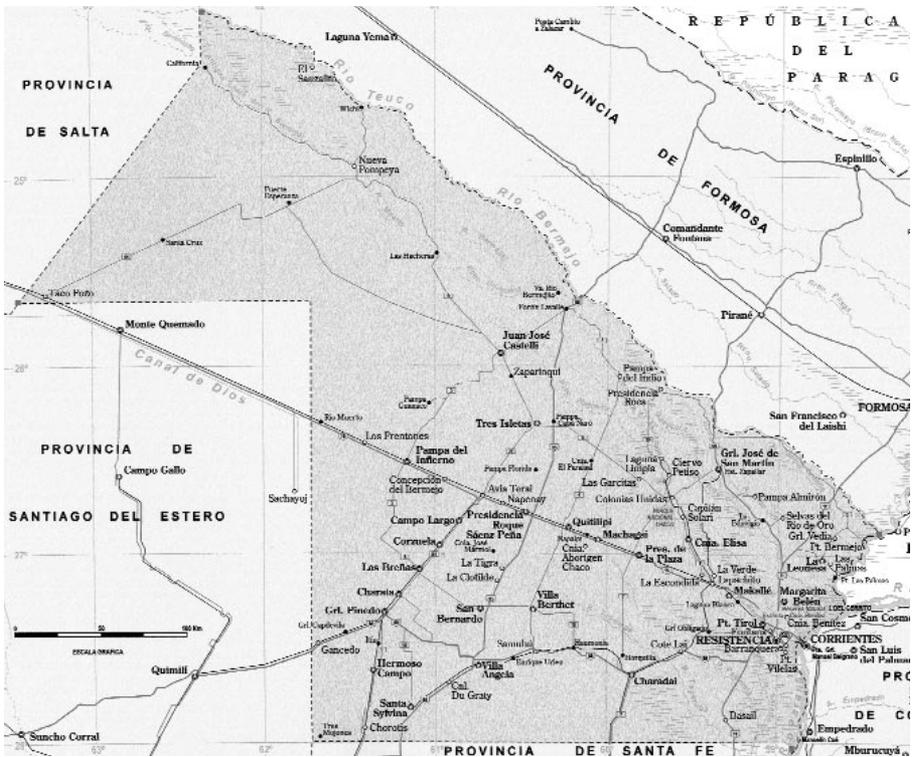
Sexto: Comprometer esfuerzos para lograr una mayor racionalidad económica y social del sector, promoviendo los cambios necesarios en el mediano y largo plazo que permitan consolidar un sistema integrado entre sus distintos niveles y componentes de salud en el territorio argentino y reconvertir los servicios de salud a fin de dotarlos de mayor eficiencia y eficacia en su accionar.

Séptimo: Establecer una Comisión Permanente de Enlace entre las Mesas de Trabajo de: a) Prestadores y Financiadores, b) Recursos Humanos en Salud, c) Medicamentos, Insumos y Tecnología y d) Financiamiento y gasto en salud y el Ministerio de Salud para analizar y proponer alternativas que permitan elaborar políticas para el mediano y largo plazo, convocando para ello a todos los actores del sector a producir acciones a favor de la calidad de vida de los argentinos sin distinciones ni exclusiones.

Para tal fin se firman cuatro (4) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto para ser entregados a: el Gobierno Nacional, La Iglesia, Naciones Unidas y el Ministerio de Salud en el Colegio Jesús María, sito en la calle Talcahuano 1260 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 22 días del mes de febrero de 2002.

Anexo III

Provincia del Chaco*



* La información que da base a la elaboración de este documento proviene de Siempro; Anuario Estadístico Provincial e información estadística del Ministerio de Salud de la Nación.

Población

La provincia de Chaco tiene 983.087 habitantes (datos provisionales Censo 2001) y es la provincia más poblada de la región del Noreste Argentino (NEA). La población de la provincia ha crecido a un ritmo superior (1.6% anual) al del conjunto del país (1.05%). Este resultado puede relacionarse, fundamentalmente, con las tasas natalidad observadas, superiores a la media nacional en toda la década. Las tasas de mortalidad, también superiores a la media y saldos migratorios negativos habrían operado moderando este nivel de crecimiento poblacional. La población urbana muestra un importante crecimiento en la década: en 1991 representaba el 69%, en 2001 el 79% de la población de la provincia.

Población y Tasa de crecimiento intercensal.
Provincia de Chaco, región NEA y total país.1980, 1991, 2001

	Chaco	NEA	Total país
Población total			
1980	701.392	2.247.710	27.949.480
1991	839.677	2.822.599	32.615.386
2001	983.087	3.361.892	36.223.947
Tasa de crecimiento intercensal			
1980/91	1.65	2.09	1.41
1991/01	1.59	1.76	1.05

Fuente: SIEMPRO elaboración propia en base a datos de CNP, INDEC

Estructura Económica*

La estructura productiva de la provincia se compone principalmente de actividades primarias y agroindustriales. Se destacan el algodón como principal cultivo, además de la soja, el maíz y el girasol. También cabe mencionar la actividad ganadera y la forestal. Entre las agroindustrias se destacan: la preparación de fibra de algodón, las plantas frigoríficas y la obtención de extracto de quebracho.

El Producto Bruto Geográfico (PBG) de la provincia representa aproximadamente el 1,25% del PBI nacional. Dentro del PBG provincial, la actividad terciaria es la que hace el mayor aporte (70%) superando al promedio nacional (66%). El sector secundario contribuye con un 20% y al primario le corresponde un 10%.

* Este acápite se basa en información de la Dirección Nacional de Programación Económica Regional. Subsecretaría de Relaciones con las Provincias. Secretaría de Hacienda. Ministerio de Economía de la Nación.

Empleo

La falta crónica de oportunidades de empleo le da un rasgo peculiar al mercado de trabajo de Resistencia (ciudad principal de la Provincia). Esta circunstancia, que induce a un fuerte desaliento de la población para insertarse en el mercado laboral, ha llevado a que la participación laboral de la población sea inferior y tenga menos oscilaciones que la de los grandes centros urbanos.

En la estructura del empleo tienen un fuerte peso las actividades de servicios. Estas daban cuenta de más del 64% del empleo total en octubre de 2001, superando ampliamente la participación de este sector en el conjunto urbano (56.4%). La participación de la industria es menor (6.9%) a la que se observa a nivel del total de aglomerados y de la región NEA a la que pertenece. La construcción, que tenía una participación significativa al inicio del período (11.7%), perdió presencia pasando a representar sólo el 5.3% del empleo en octubre de 2001.

La importante participación del sector público, que concentraba algo más del 28% del empleo en 2001, permitió acotar la caída del empleo pleno, que se mantuvo por encima del promedio urbano y de la región NEA. Por otro lado evitó que siguiera aumentando la precariedad laboral. Sin embargo, no pudo evitar la caída de la tasa de asalarización, el aumento del peso del sector informal en la ocupación y de la subocupación, que afectó de manera particular a los sectores de población de menores ingresos.

Desempleo

En el año 2001 se registra un fuerte aumento —del orden del 40%— del desempleo, que se ha mantenido en todo el período por debajo de los niveles del promedio urbano. En octubre del 2001 el 34.7% de los jóvenes activos de Gran Resistencia no encontraba empleo.

Del total de jefes de hogar desocupados (27.800 aproximadamente) algo más del 88% tienen menores a cargo. Por su parte, el 93% de los hogares pobres con jefe desocupado (23.000) cuenta con menores de 18 años.

La proporción de jóvenes de 15 a 24 años que no estudia ni trabaja ha crecido en el último período. En 1998 estaban en esa condición el 15.8% de estos jóvenes mientras que en el 2001, el 19,5% de los jóvenes de esas edades estaban excluidos del mercado de trabajo y del sistema educativo.

Distribución del Ingreso

Además de encontrarse entre las provincias con tasas de pobreza e indigencia más altas del país, la provincia muestra una gran desigualdad en la distribución del ingreso. En Octubre de 2001, el 50% de los hogares más pobres recibían el 22,6% del ingreso, en tanto que el 10% más rico acumulaba el 30,7% del ingreso total. Los ingresos de éste último grupo representaba 44 veces los ingresos del

10% más pobre, superando lo observado en el conjunto urbano (32,5 veces). Si se toma como referencia años anteriores, se observa que esta brecha se amplió fuertemente en la provincia: en 1998 la diferencia entre el 10% más rico y el 10% más pobre de la población era de 33,3 veces.

**Indicadores de distribución del ingreso.
Aglomerado Gran Resistencia. Octubre 1998 –2001.**

Gran Resistencia	Distribución del ingreso en los hogares		Decil 10/1	Coeficiente de Gini
	50% inferior	10% superior		
Octubre 98	23.2	33.0	33.3	0.538
Octubre 99	22.1	32.5	36.2	0.528
Octubre 00	22.9	32.3	42.7	0.546
Octubre 01	22.6	30.7	44.1	0.561

Fuente: SIEMPRO en base a datos de EPH, INDEC

Pobreza

En octubre de 2001 esta condición afectaba 117 mil hogares, que representaban el 45.6% del total de hogares de la provincia, más de medio millón de personas estaban bajo la línea de pobreza (58% de la población). Chaco es la jurisdicción con la mayor proporción de hogares indigentes del país: el 21.5% —más de 55.000 hogares—. De ese total más de 48.000 estaban integrados por niños y adolescentes menores de 18 años.

**Indicadores de pobreza en hogares
Provincia de Chaco, región NEA y total país.
Octubre 1998 - 2001. En porcentajes**

Provincia del Chaco

Hogares	Oct. 98	Oct. 99	Oct. 00	Oct/ 01
Pobres	44.8	42.8	42.9	45.6
Indigente	15.1	15.5	16.6	21.5
Carenciado	29.7	27.2	26.3	24.1
En riesgo	12.5	6.9	7.9	8.1
Pobres con menores de 18 años	57.7	54.0	54.0	59.4
Indigentes con menores de 18 años	19.9	20.9	20.9	28.9

Región NEA

Hogares	Oct. 98	Oct. 99	Oct. 00	Oct/ 01
Pobres	39.7	39.4	41.7	44.9
Indigente	12.9	12.7	15.1	19.0
Carenciado	26.8	26.7	26.6	25.9
En riesgo	11.3	8.1	8.6	9.1
Pobres con menores de 18 años	50.0	51.4	54.9	57.6
Indigentes con menores de 18 años	17.0	17.1	19.6	25.3

Total país

Hogares	Oct. 98	Oct. 99	Oct. 00	Oct/ 01
Pobres	23.9	24.0	25.8	30.1
Indigente	6.4	6.5	7.6	10.4
Carenciado	17.5	17.5	18.2	19.7
En riesgo	9.2	8.9	8.2	7.9
Pobres con menores de 18 años	35.4	35.5	38.0	44.3
Indigentes con menores de 18 años	9.9	9.5	11.2	15.5

(*) expandido al total provincial en base a las incidencias de los respectivos aglomerados.

Fuente: SIEMPRO en base a datos de EPH, INDEC

El Sector Salud

El nivel central integra las estructuras habituales con áreas específicas para la atención médica, administración de recursos, epidemiología, educación para la salud, saneamiento ambiental. Está dividida en regiones, con relativo grado de descentralización.

El gobierno nacional actúa a través de servicios propios: Sanidad de Frontera y por intermedio de convenios especiales de coordinación. Otros organismos nacionales tienen sede en la Provincia. Así la Universidad Nacional del Nordeste sostiene entre otras a la Facultad de Medicina, en la vecina ciudad capital de la Pcia. de Corrientes y al Instituto de Medicina Regional, con sede en Resistencia. Las fuerzas armadas tienen su cobertura específica y en ocasiones realizan tareas sanitarias en coordinación con la Provincia.

Cobertura de salud

Según datos de la EDS, en 1997 el 48.22% de la población de la provincia contaba con cobertura de obras sociales, fundamentalmente la obra social provincial.

Una proporción menor (3.9%) contaba con cobertura de empresas de medicina prepaga y un porcentaje poco significativo (1.1%) contaba con doble cobertura privada y de obra social. El 49% de la población de la provincia estaba sólo tenía acceso a la atención en el sector público.

Población según tipo de cobertura.
Provincia de Chaco, región NEA y total país. 1997. En porcentajes.

Cobertura de salud	Chaco	NEA	Total
Obra social	47.1	47.5	50.2
Mutual o prepago	2.8*	2.8	7.9
Prepago y Obra social	1.1*	1.2	4.2
Solo hospital público (incl. solo emerg)	49.0	48.3	37.7
Ignorado	0.0	0.2	0.1
Total	100.0	100.0	100.0

(*) Valor con coeficiente de variación mayor al 10%

Fuente: EDS; SIEMPRO; 1997

Recursos Asistenciales

El cuadro adjunto permite visualizar los recursos asistenciales disponibles (médicos, camas y establecimientos) y su relación con el total del país.

JURISDICCION	Total de médicos	Total camas	Total establec. Asistenc.	Total establec. con internación	Total establec. sin internación	Establec. oficiales con internación	Establec. oficiales sin internación
	1998	2000	2000	2000	2000	2000	2000
TOTAL PAIS	108.800	153.065	17.845	3.311	14.534	1.271	6.456
CHACO	1.630	3.537	519	115	404	54	320

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas de la Salud.

Subsector público

El subsector público, con servicios provinciales cubre la asistencia espontánea de la población. Su mayor concentración y complejidad se encuentra en la Capital, la ciudad de Resistencia, y en Sáenz Peña, ubicada en el centro de la Provincia.

**Promedio de camas disponibles en establecimientos asistenciales
del subsector público, por provincia.
Total del país y Pcia. del Chaco 1997-1999**

JURISDICCION	Años		
	1997	1998	1999
Total del país	77.005	76.142	76.363
Chaco	1.816	1.840	1.825

Fuente: Anuario Estadístico 2001, Pcia del Chaco.

Es ilustrativo conocer la distribución de recursos por zona sanitaria y sus indicadores de rendimiento.

Indicadores hospitalarios, Provincia del Chaco 2001

ESTABLECIMIENTOS	CAMAS DOTACION	DIAS CAMAS DISPON	PACIENTES DIAS	INDICE OCUP. BASE C	TOTAL EGRESOS	DEFUNCIONES	TASA DE MORT. HOSP.	PASES A:	GIRO DE CAMAS DISPONIBLES	DIAS ESTADIA EGRES.	PROMEDIO DIAS DE ESTADA DE EGRESOS	PARTOS	CESAREAS	CIRUGIAS
SERVICIOS														
Total Provincia	1.821	670.937	310.816	46.3	80.154	1.519	1.9	6.714	43.6	254.681	3.2	17.748	2.277	11.543
Total Zona I	618	232.525	126.009	54.2	24.746	646	2.6	5.621	38.8	97.902	4.0	6.099	738	5.154
Total Zona I Metropolitana	480	185.418	111.536	60.2	20.199	607	3.0	5.562	39.8	89.183	4.4	5.457	738	5.102
Total Zona I Interior	138	47.107	14.473	30.7	4.547	39	0.9	59	35.2	8.719	1.9	642	0	52
Total Zona III	141	52.621	15.685	29.8	7.288	70	1.0	0	50.6	14.566	2.0	1.876	211	741
Total Zona IV	195	74.489	22.638	30.4	7.287	61	0.8	288	35.7	17.807	2.4	1.325	100	503
Total Zona V	167	61.292	22.276	36.3	7.514	111	1.5	61	44.7	18.946	2.5	1.696	179	954
Total Zona VI	188	72.600	35.333	48.7	10.701	107	1.0	104	53.8	29.726	2.8	2.253	227	750

Informacion faltante:

1. Hospital J. Perrando:

- * Servicio de Cirugía Quemados: meses de enero a marzo.
- * Servicio de Oncología: meses de febrero a julio y de octubre a diciembre.
- * Servicio de Psiquiatría: meses de junio a diciembre.

* Servicio de Neonatología: mes de diciembre.

2. SAENZ PEÑA: mes de diciembre.
3. COMANDANCIA FRIAS: mes de setiembre.
4. EL PALMAR: mes de diciembre.
5. CAMPO LARGO: mes de diciembre.

**Nacidos vivos según local de ocurrencia, persona que atendió el parto y residencia de la madre por zonas sanitarias y áreas programáticas
Provincia del Chaco - Año 2001**

Es ilustrativo a modo de caracterización de la complejidad y modalidad de atención médica en la provincia conocer la distribución de los nacimientos, según lugar de atención y tipo de profesional que atendió el parto, completando esta información el estudio sobre atención de partos y cesáreas.

Area	Total Provincia	Local de ocurrencia											
		Estab. Asistencial	Domicilio particular									Otros Locales de Ocurrencia	
			Sub Total	Atendido por (*)							Sin atención	Se ignora	
				1	2	3	4	5	6	7			
Total Provincia	21.339	20.403	918	42	32	13	21	420	41	55	117	177	18
Total Zona I	7.667	7.525	137	10	5	1	5	44	15	12	17	28	5
Total Zona I-M	6.072	6.004	68	1	2	0	2	21	13	8	13	8	0
Total Zona I-I	1.595	1.521	69	9	3	1	3	23	2	4	4	20	5
Total Zona II	4.948	4.669	274	6	17	3	1	179	9	8	29	22	5
Total Zona III	2.359	2.235	121	20	5	3	1	47	0	11	18	16	3
Total Zona IV	1.681	1.613	67	0	1	3	2	37	2	7	4	11	1
Total Zona V	2.134	2.049	84	3	1	1	2	14	2	2	36	23	1
Total Zona VI	2.547	2.309	235	3	3	2	10	99	13	15	13	77	3
Ignorado	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Ministerio de Salud Pcia. del Chaco, Anuario 2001

*Referencias:

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. Médico | 4. Otro agente sanitario |
| 2. Partero/a | 5. Comadre |
| 3. Enfermero/a | 6. Comadrona |
| | 7. Otros |

La seguridad social, esencialmente financiadora del sistema de atención médica tiene su estructura básica en el Instituto Provincial del Seguro, orientado principalmente a dar cobertura en salud a los empleados de administración pública provincial. En la provincia a su vez hay delegaciones de las obras sociales nacionales, especialmente el INSSJYP (PAMI), dado que la Provincia fue Territorio Nacional hasta la década del 50. El número de afiliados de las demás organizaciones nacionales es variado y es habitual la falta de cobertura efectiva de los mismos en razón de problemas de financiamiento con los efectores privados. El principal caudal de afiliados provienen del Instituto Provincial, que cubre a los empleados públicos provinciales y el PAMI, del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados. El resto se distribuye entre diversas OS nacionales

El subsector privado, por su parte está conformado por profesionales que cubren la mayor parte de la oferta profesional en salud y atienden en sus consultorios o en establecimientos sanatoriales. Los de mayor complejidad se concentran en la capital Resistencia y en Sáenz Peña, la principal ciudad del interior. Los profesionales se encuentran organizados a través de sus instituciones representativas, tales como la Federación Médica del Chaco o la Asociación de Bioquímicos y los sanatorios se nuclean en una Federación que defiende organizadamente sus intereses. Estas organizaciones se encuentran vinculadas a sus pares nacionales integrando las respectivas confederaciones. Son habitualmente contraparte de los convenios de prestación de servicios a las Obras Sociales.

Provincia del Chaco - Establecimientos Privados

	Total	Con internación	Sin internación
Establecimientos	93	60	33
Camas	1713		

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, 2000.

Es ilustrativa la composición del gasto donde puede observarse el peso de las OS Nacionales, junto con el PAMI y el Instituto Provincial, que constituyen el principal aporte para el subsector. Puede destacarse el peso relativo del componente privado, y los estatales provincial y municipal, en su carácter de agentes financiadores del sistema.

Composición del gasto en salud según agentes Chaco. 2000(en millones de pesos)

Nacional	O. S. N.	Pami	Provincial	Insep	Municipal	Privado	Total
13	60	47	104	64	24	94	405

Fuente: Elaboración Dra. Peirano de Klein en base a datos de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo" de Tobar, Montiel y Falbo.

Nivel de Salud

El análisis de la mortalidad presenta una primera aproximación al nivel de salud provincial.

Indicadores de Mortalidad TBMG y TMAPE. Año 2000. Pcia. de Chaco

Indicador Jurisdicción	Tasa bruta mortalidad general x 0/000habitantes			Tasa de mortalidad ajustada por edad		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
R. Nordeste	5.86	6.74	4.97	8.29	10.17	6.61
Pcia. de Chaco	6.61	7.50	5.72	8.82	10.98	6.91
T. País	7.48	8.32	6.68	7.48	9.76	5.73

Fuente: Argentina 2001 Indicadores básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2002.

El análisis según grupos seleccionados de causas permite una visualización mas acabada de la realidad provincial.

Tasas de Mortalidad Brutas(B) y Ajustadas por edad (A) según grupos de causas (x 100.000 hab) Pcia. de Chaco, (base indec 2000

Jurisdicción	Cardiovasculares		Tumores		Infecciosas		C. Externas		Resto	
	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A
R. Noreste	149.71	237.25	103.43	152.13	53.87	76.41	51.91	58.26	227.47	305.2
Chaco	154.23	241.10	111.68	162.68	60.20	89.43	54.74	61.29	241.54	327.50
T. País	247.07	246.83	149.85	149.73	63.32	69.23	51.37	51.13	236.79	231.49

Fuente: Argentina 2001, Indicadores básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS.

La distribución del número de defunciones por grupo de causas y en relación a los Años de Vida Potencial Perdidos ilustran sobre el impacto de las mismas en el nivel de salud.

**AVPP según causas por 10.000 hab, Cardiovasculares. Tumorales. Infecciosas
Accidentes y violencias. Totales. Chaco 2000**

Jurisdicción	% Mal definidas	C.Cardíacas	C. Tumorales	C.Infecciosas	Acc. Violentos	Todas las causas
R. Nordeste	10.8	80.3	97.2	101.4	166.8	981.7
Chaco	9.4	91.8	103.8	84.0	187.4	1006.6
Tot. País	6.7	94.2	101.9	63.9	151.2	723.1

Fuente: Argentina 2001, Indicadores Básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS.

En el siguiente cuadro se observa la evolución en el decenio de la mortalidad infantil y la natalidad, comparada con el promedio nacional.

**Tasa de natalidad y tasa de mortalidad infantil
Provincia del Chaco y total del país. 1990-2000**

Años	Tasa de natalidad*		Tasa de mortalidad*	
	República Argentina	Chaco	República Argentina	Chaco
1990	21.0	26.8	25.6	35.8
1991	21.3	32.2	24.7	32.3
1992	20.5	29.3	23.9	33.5
1993	19.8	26.7	22.9	34.3
1994	19.7	26.4	22.0	31.4
1995	18.9	24.8	22.2	32.8
1996	19.2	24.0	20.9	34.4
1997	19.4	26.2	18.8	28.2
1998	18.9	24.0	19.1	31.8
1999	18.8	24.1	17.6	29.0
2000	19.0	25.8	16.6	21.9

Referencias:

(*) Por mil habitantes

(**) Por mil nacidos vivos

Fuente: SIEMPRO, en base a datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social.

En el año 2000, la tasa de mortalidad infantil llegaba a 21.9 por mil nacidos vivos. Debe destacarse que, si bien es aún una tasa muy alta cuando se la compara con los valores nacionales (16,6 por mil), la mortalidad infantil en la provincia registra un importante descenso en la última década, del orden del 38%.

La información sobre hechos vitales en 2001, completan la información precedente. Debe destacarse que aunque las cifras son provisorias aparece un aumento en la mortalidad infantil que quiebra la tendencia de los últimos años, pareciendo expresar el impacto de la crisis en la población de la Provincia.

Tasa de hechos vitales Provincia del Chaco. Año 2001

NACIDOS VIVOS	GENERALES		INFANTILES		DE 0 A 6 DIAS		NEONATALES		POSTNEONATALES			1 AÑO		2 A 4 AÑOS		DEFUNCIONES FETALES		DEFUNCIONES MATERNAS		
	Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o	%o Def.	Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o	
21.339	22,2	5.967	6,2	502	23,5	273	12,8	349	16,4	153	7,2	30,5	55	2,4	55	0,8	332	15,6	34	1,6

Fuente: Argentina 2001, Indicadores Básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS.

Si se analiza la mortalidad infantil según período de ocurrencia (neonatal y postneonatal) se destaca el importante descenso (casi un 50%) de las muertes ocurridas después de los 28 días de vida, que se asocian más directamente a condiciones de vida desfavorables para el desarrollo infantil. Sin embargo es aún significativo su peso, dando cuenta de un tercio de las muertes infantiles en la provincia. Chaco es la provincia que registra el más alto porcentaje de maternidad adolescente del país para el año 2000. El 24,5% de los nacimientos de la provincia corresponden a madres de hasta 19 años.

En la tabla adjunta puede observarse la distribución de los nacidos vivos según la edad de la madre, para 2001, que mantiene las magnitudes señaladas.

**Nacidos vivos según peso al nacer y edad de la madre
Provincia del Chaco - Año 2001**

EDAD DE LA MADRE	TOTAL PROV.	MENOS DE 1000	DE 1000 A 1499	DE 1500 A 1999	DE 2000 A 2499	DE 2500 A 2999	DE 3000 A 3499	DE 3500 Y MAS	SIN ESPECIF.
TOTAL PROV.	21.339	71	128	294	1.044	3.706	8.222	7.009	865
Menos de 15 años	285	3	3	5	15	90	106	50	13
de 15 años	477	4	3	17	41	111	188	101	12
de 16 a 17 años	1.828	7	12	30	125	400	763	439	52
de 18 a 19 años	2.606	9	13	34	139	538	1.090	703	80
de 20 a 24 años	6.274	13	40	83	262	1.069	2.518	2.077	212
de 25 a 29 años	4.619	8	16	52	221	698	1.748	1.700	176
de 30 a 34 años	2.957	17	22	33	115	418	1.108	1.153	91
de 35 a 39 años	1.589	9	15	30	82	276	506	588	83
de 40 a 44 años	489	1	2	9	36	83	146	168	44
de 45 a 49 años	50		1	1	3	11	18	5	11
de 50 y mas años	8								8
Sin Especificas	157		1		5	12	31	25	83

Fuente: Anuario Estadístico 2001, Pcia. del Chaco.

Completan esta información los datos sobre defunciones infantiles en relación al peso al nacer y edad de la madre, que ratifica una relación conocida, entre peso al nacer y defunciones.

Defunciones infantiles segun peso al nacer y edad de la madre Provincia del Chaco - año 2001

EDAD DE LA MADRE	TOTAL PROV.	MENOS DE 1000	DE 1000 A 1499	DE 1500 A 1999	DE 2000 A 2499	DE 2500 A 2999	DE 3000 A 3499	DE 3500 Y MAS	SIN ESPECIF.
TOTAL PROV.	502	81	69	62	51	62	67	50	60
Menos de 15 años	7	3	1	1			1		1
de 15 años	15	4	1	4	1	1	2	1	1
de 16 a 17 años	58	14	12	14	5	3	4	3	3
de 18 a 19 años	44	7	5	7	8	8	4	3	2
de 20 a 24 años	92	12	19	13	6	14	16	8	4
de 25 a 29 años	55	7	6	6	2	8	10	9	7
de 30 a 34 años	41	11	3	6	6	2	8	3	2
de 35 a 39 años	36	8	5	4	4	2	5	6	2
de 40 a 44 años	13	1			2	3	4	1	2
de 45 a 49 años	1						1		
de 50 y mas años	0								
Sin especific.	140	14	17	7	17	21	12	16	36

Fuente: Anuario Estadístico 2001, Pcia. del Chaco.

**Defunciones maternas según causas de muerte y grupo de edad
de las fallecidas. Prov. del Chaco, 2001**

Edad materna	Total de nacidos vivos	Total defunciones maternas	Abortos	Defunciones maternas				
				Hemorragia del embarazo y del parto	Toxemia del embarazo	Otras causas obstétricas directas(*)	Causas obstétricas indirectas (**)	Tasa de mortalidad materna x 1000 N.V.
Total	21.339	34	10	6	3	6	9	1.6
Menos de 15 años	285	0						0.0
de 15 a 19 años	4.911	3	1		1	1		0.6
de 20 a 24 años	6.274	8	5	1		1	1	1.3
de 25 a 29 años	4.619	8	4		1		3	1.7
de 30 a 34 años	2.957	7		3		3	1	2.4
de 35 a 39 años	1.589	3					3	1.9
de 40 a 44 años	489	4		2		1	1	8.2
de 45 a 49 años	50	1			1			20.0
de 50 y más años	8	0						0.0
Sin especificar	157	0						0.0

Fuente: Anuario estadístico 2001, Pcia. del Chaco.

(*) Causas obstétricas directas: Comprende las siguientes causas:

- Retención de la placenta o de la membrana sin hemorragia
- Otras complicaciones del embarazo no clasificables en otra parte.
- Otras complicaciones y las no especificadas del Puerperio.
- Otras complicaciones del trabajo de Parto.
- Otros problemas fetales o placentarios que afectan la atención de la Madre.
- Sepsis Puerperal importante.

(**) Causas obstétricas indirectas: referidas a:

- Enfermedades infecciosas y parasitarias de la Madre, clasificables en otra parte, cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio.
- Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio.

Nota: Para el cálculo de la tasa de mortalidad materna no se toma en cuenta el código O96, ya que involucra las muertes ocurridas después de los 42 días del parto

Es ilustrativo conocer, a modo de ejemplo, información sobre algunos programas en desarrollo en la Provincia.

En el programa de asistencia alimentaria puede observarse la distribución de niños bajo cobertura y la relación con el grado de desnutrición, por zona sanitaria.

Programa de asistencia alimentaria materno infantil
Tabla Resumen General
Estado nutricional de los niños beneficiarios según
promedio mensual de concurrencias por zonas
Provincia del Chaco. Año 2001

Grupo etareo	Estado nutricional	Total de beneficiarios	Zona I	Zona II	Zona III	Zona IV	Zona V	Zona VI
Total provincia (0 a 5 años)		29.979	10.463	7.770	2.776	2.031	3.087	3.852
Menos de 2 años	Total menores de 2 años	25.597	8.387	6.842	2.443	1.781	2.751	3.393
	Normales	20.707	6.672	5.700	1.987	1.469	2.240	2.639
	Total desnutridos	4.890	1.715	1.142	456	312	511	754
	D. I.	4.315	1.538	995	394	271	471	646
	D. II.	514	164	127	55	33	37	98
	D. III.	61	13	20	7	8	3	10
2 a 5 años	Total desnutridos	4.382	2.076	928	333	250	336	459
	D. I.	4.062	1.945	837	309	234	315	422
	D. II.	303	129	81	23	13	20	37
	D. III.	17	2	10	1	3	1	0

Fuente: Anuario estadístico 2001, Pcia. del Chaco.

La cobertura por vacunación permite visualizar las diferencias por zona y por tipo de vacuna para la pcia.

**Cobertura de Vacunados por Grupo de Edades
y Zonas Sanitarias – Prov. del Chaco 2001**

Zona sanitaria	Pob. menor 1 año	Men. de 12 hs.		Men. de 7 días		De 6 meses	
		Antihepatitis B		B.C.G.		Antihepatitis B	
		Vac.	Cob %	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %
Total provincia	24.453	11.335	46.4	19.071	78.0	6.915	28.3
Total zona I	9.053	2.079	23.0	7.715	85.2	2.598	28.7
Total zona I - Metrop.	7.112	1.660	23.3	7.157	100.6	2.159	30.4
Total zona I - Interior	1.941	419	21.6	558	28.7	439	22.6
Total zona II	5.486	3.218	58.7	4.179	76.2	1.154	21.0
Total zona III	2.888	1.623	56.2	1.799	62.3	920	31.9
Total zona IV	2.008	1.205	60.0	1.275	63.5	466	23.2
Total zona V	2.519	1.362	54.1	1.728	68.6	1.029	40.8
Total zona VI	2.489	1.848	74.2	2.375	95.4	748	30.1

Fuente: Anuario estadístico 2001, Pcia. del Chaco.

Zona sanitaria	Menores de 1 año							
	Sabin oral		Triple bact.		B.C.G.		Cuádruple	
	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %
Total provincia	20.138	82.4	1.450	5.9	23.655	96.7	23.443	95.9
Total zona I	8.037	88.8	746	8.2	9.249	102.2	8.732	96.5
Total zona I - Metrop.	6.689	94.1	737	10.4	8.385	117.9	7.272	102.2
Total zona I - Interior	1.348	69.4	9	0.5	864	44.5	1.460	75.2
Total zona II	3.791	69.1	416	7.6	5.761	105.0	5.713	104.1
Total zona III	2.138	74.0	53	1.8	2.414	83.6	2.286	79.2
Total zona IV	1.424	70.9	30	1.5	1.445	72.0	1.564	77.9
Total zona V	2.435	96.7	127	5.0	2.027	80.5	2.457	97.5
Total zona VI	2.313	92.9	78	3.1	2.759	110.8	2.691	108.1

Fuente: Anuario estadístico 2001, Pcia. del Chaco.

Zona sanitaria	Pob. 1 año	1 año							
		Sabin oral		Triple bact.		Cuádruple		Triple Viral B	
		Vac.	Cob %	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %
Total provincia	25.633	18.943	73.9	2.629	10.3		67.5	22.543	87.9
Total zona I	9.487	7.102	74.9	1.059	11.2	7.052	74.3	8.517	89.8
Total zona I - Metrop.	7.454	5.802	77.8	1.022	13.7	5.835	78.3	7.096	95.2
Total zona I - Interior	2.033	1.300	63.9	37	1.8	1.217	59.9	1.421	69.9
Total zona II	5.752	3.612	62.8	887	15.4	3.004	52.2	5.061	88.0
Total zona III	3.029	2.052	67.7	161	5.3	1.847	61.0	2.304	76.1
Total zona IV	2.105	1.386	65.8	154	7.3	1.292	61.4	1.577	74.9
Total zona V	2.640	2.332	88.3	160	6.1	2.183	82.7	2.439	92.4
Total zona VI	2.610	2.459	94.2	208	8.0	1.914	73.3	2.645	101.3

Fuente: Anuario estadístico 2001, Pcia. del Chaco.

Zona sanitaria	5 a 9 años		Doble			
	Triple Viral		Embarazadas		Mujeres fértiles	
	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %	Vac.	Cob %
Total provincia	14.125	13.9	20.710	84.7	7.648	3.0
Total zona I	6.338	12.8	6.840	75.6	2.533	2.0
Total zona I Metrop.	5.159	12.3	5.551	78.1	2.104	1.9
Total zona I Interior	1.179	15.5	1.289	66.4	429	2.6
Total zona II	2.273	10.0	4.555	83.0	1.819	3.6
Total zona III	1.477	12.2	2.900	100.4	1.161	4.7
Total zona IV	1.231	18.4	1.445	72.0	318	2.2
Total zona V	1.402	13.6	3.216	127.7	771	3.8
Total zona VI	1.404	15.5	1.754	70.5	1.046	5.4

Fuente: Anuario estadístico Pcia. del Chaco, 2001.

El estudio sobre formas de atención de partos y cesáreas es una referencia interesante para visualizar en forma sintética las modalidades de atención médica en la Provincia.

Estudio complementario sobre partos y cesáreas*

Dado que la problemática del subregistro de inscripción de nacimientos aún subsiste, del relevamiento de los partos y cesáreas ocurridos en establecimientos asistenciales públicos y privados o de obras sociales de la Provincia durante el año 2001 surge:

1. Sector privado y obras sociales

De acuerdo a planillas de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia del Chaco, Sanatorio Femechaco de la Comunidad y Sanatorio Modelo en el período 01/01/2001 al 31/12/2001 se produjeron 4.510 partos y cesáreas de mujeres con coberturas de Obra Social, no contándose en dichas planillas con información en relación a los partos realizados en Clínicas y Sanatorios de los pacientes privados sin cobertura social y que abonaron dicho acto o prestación. Dato este que al no tenerlo representa un subregistro que será investigado por no poder mensurar su significación.

2. Sector público

En los hospitales del Ministerio de Salud Pública en igual período se realizaron 17.748 partos y/o cesáreas notificados por informes de hospitalización, cifra publicada en este anuario. A lo cual se adicionan 286 partos y/o cesáreas detectados por el cotejo entre informe de Hospitalización y libro de partos de los siguientes establecimientos: Hospital Saenz Peña, Hospital Gral San Martín y Hospital J. J. Castelli, con lo cual la cifra ascendería a 18.034 partos y/o cesáreas.

3. Partos domiciliarios

Los Nacimientos no institucionales o fuera de establecimientos asistenciales informados por las delegaciones de Registros Civiles para el año 2001 son 936 nacimientos, según consta en la presente publicación. Considerando que dicha cifra podría ser mayor dado el subregistro de inscripción.

4. Total partos y cesáreas

De acuerdo con la información relevada, el total de partos y cesáreas para el año 2.001 sería de 23.480.

* Pcia. del Chaco, Anuario estadístico 2001.

5. Defunciones fetales

En la secuencia estadística del último quinquenio, las defunciones fetales o nacidos muertos representan el 2% promedio. Aplicando este porcentaje, se obtienen 470 defunciones fetales que se deben deducir del total de 23.480 nacidos por partos y/o cesáreas; determinando un total de nacidos vivos de 23.010 aproximadamente.

6. Subregistros de nacimientos

A los 23.010 nacidos vivos estimados se debería adicionar:

- Partos sin cobertura de obra social en Clínicas y Sanatorios.
- Nacimientos múltiples de gemelares o mellizos que de acuerdo con parámetros nacionales e internacionales se producen en el 1% de los casos.

7. Tasa estimada de mortalidad infantil

Defunciones infantiles $\frac{502}{23.010} \times 1.000 = 21.8 \%$
 Nacidos Vivos

Morbilidad

Es ilustrativa la información disponible sobre algunas patologías seleccionadas

Meningitis Provincia del Chaco - año 2001

TOTAL	LIQUIDO CLARO	T.B.C.	BACTERIANAS				NEUMOCOCO			ESTAFILOCOCO	STREPTOCOCO AGALACTIE	MENINGOCOCO			
			SUBTOTAL	SIN IDENTIF. GERMEN	CON IDENTIF. GERMEN		ENTEROBACTE-RIANA Y OTROS GRAM (-)	SP	B			C	Y		
51	17	3	31	9*	22	7	3	4	1	1	1	4	1		

* 5 casos con A.T.B. previo.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas de la Salud.

Patologías seleccionadas
Provincia del Chaco - año 2001

Áreas programáticas		Tétanos				TBC				
Área	Localidad	Recién nacido	Menor de 1 año	1 año	2 a 4 años	5 y más años	menor de 1 año	1 año	2 a 4 años	5 y más años
Total provincia		0	0	0	0	1	1	1	1	59
Total zona I		0	0	0	0	0	0	0	0	15
Total zona I - Metrop.		0	0	0	0	0	0	0	0	11
Total zona I - Interior		0	0	0	0	0	0	0	0	4
Total zona II		0	0	0	0	0	0	0	0	12
Total zona III		0	0	0	0	0	0	0	0	7
Total zona IV		0	0	0	0	0	0	0	0	6
Total zona V		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total zona VI		0	0	0	0	1	1	1	1	19

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas de la Salud.

**Control de infecciones transmitidas por transfusiones
Provincia del Chaco - año 2001**

Número de servicios de práctica transfusional controlada	Número de muestras controladas para						Número de muestras reactivas para					
	CHAGAS	HEPATITIS "B"	HEPATITIS "C"	V.I.H.	SIFILIS	BRUCELOSIS	CHAGAS	HEPATITIS "B"	HEPATITIS "C"	V.I.H.	SIFILIS	BRUCELOSIS
7*	8.233	7.011	6.914	7.273	7.930	7.929	1.298	13	14	1	92	20

*Servicios que informan:

- Servicio de Hemoterapia - Hosp. *Dr. Julio C. Perrando*. Resistencia.
- Laboratorio del Hosp. *4 de Junio*.Pcia. Roque Saenz Peña.
- Laboratorio del Hosp. *Dr. Salvador Mazza*. Villa Angela.
- Laboratorio del Hosp. *Dr. Francisco A. Pértile*. Gral San Martín.
- Laboratorio del Hosp. *9 de Julio*. Las Breñas.
- Laboratorio del Hosp. *E.V. De Llamas*. Charata.
- Laboratorio del Hosp. *Gral Güemes*. Juan José Castelli.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas de la Salud.

Mayores de 65 años

Un importante porcentaje (23.5%) de población de mayores de 65 años de la provincia vivían en octubre de 2001 en condición de pobreza. Una proporción mayor aún (29.2%) de la población de este grupo en el aglomerado de Gran Resistencia no contaba con beneficios jubilatorios. Este porcentaje es superior al nivel promedio del conjunto urbanoaglomerados (31.9%).

Se trata de población en condición de extrema vulnerabilidad, ya que a la vulnerabilidad propia de la esta etapa de la vida, se suma la falta de ingresos y de cobertura médica, cuya prestación dentro del sistema de obras sociales está asociada a la percepción de jubilación.

Es ilustrativo, para comprender la trama de las relaciones interjurisdiccionales en el sector, conocer los programas nacionales que se ejecutan por sí o por convenio en el ámbito provincial.

**Programas Sociales Nacionales y Provinciales
que se ejecutan en la Provincia de Chaco**

Area temática: Atención de la salud

Programas Nacionales

Programa	Objetivos	Población objetivo	Prestaciones
Fortalecimiento de Atención Primaria de la Salud en Comunidades Aborígenes	Promover el auto cuidado de la salud.	Comunidades aborígenes de Zonas Sanitarias II y VI.	Capacitación de agentes sanitarios.
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	Mantener la cobertura nacional de inmunizaciones en un nivel superior al 90% de las vacunas que integran el Programa.	Niños y Embarazadas.	Administración de vacunas y control epidemiológico.
Programa de Control de Lepra y Leishmaniasis	Control y prevención de la enfermedad de la lepra y leishmaniasis en la provincia.	Toda la población de la provincia.	Normatización y Supervisión. Diagnóstico. Provisión medicamentos. Control tratamiento. Capacitación y Educación Sanitaria.
Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	Control y prevención de la TBC en la provincia.	Toda la población de la provincia.	Insumos y medicamentos para tratamiento. Insumos y medicamentos para investigación.
Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas Mazza	Eliminar para el año 2.000 dentro del ámbito residencial del vector de la enfermedad del chagas por medio de acciones de control.	Población rural pobre.	Control y tratamiento de viviendas. Control del suministro de sangre y transmisión madre-hijo. Insecticidas. Medicamentos.
Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil y por aborto. • Capacitar a agentes de salud, educación y de desarrollo social para informar, asesorar en temas de sexualidad y procreación humana. • Propiciar la existencia de profesionales capacitados en reproducción y sexualidad en los centros de salud, en sus diferentes niveles de complejidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres multiparas con cuatro hijos o más. • Mujeres con antecedentes de aborto. • Mujeres menores de 19 años con 1 hijo. • Mujeres con intervalos intergénésicos menores de 2 años. • Personas HIV positivo. • Mujeres con alto riesgo social. 	Programa de Control y Prevención del Cólera

<p>Proyecto de Lucha contra el SIDA y ETS</p>	<p>Reducir la incidencia de infección por HIV y ETS. Informar a la población y estimular la prevención del HIV y ETS.</p>	<p>Población en áreas de mayor incidencia de la enfermedad. Usuarios de banco de sangre en el sector público. Embarazadas que realicen controles en servicios públicos. Población escolar a nivel primario y medio.</p>	<p>Programa de Vigilancia de Diferentes Patologías</p>
<p>Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN)</p>	<p>Reducir la morbi-mortalidad materno infantil. Mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de comedores escolares. Promover el desarrollo psico-social de los niños de 2 a 5 años.</p>	<p>Niños de 0 a 5 años y mujeres en edad fértil en áreas de alta concentración de NBI.</p>	<p>Ampliación, refacción y equipamiento de centros de salud, comedores infantiles, guarderías y jardines de infantes existentes. Transformación del modelo de atención en hospitales, centros de salud, centros de desarrollo infantil a través de asistencia técnica y capacitación. Provisión de medicamentos y alimentos.</p>

Tipo de Financiación: Nacional.

Institución responsable: Ministerio de Salud de la Nación.

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud de la Prov. de Chaco.

Fuente: SIEMPRO en base a datos de EPH, INDEC

Alimentación

PEA - Programa de Emergencia Alimentaria

Prohuerta

Atención de la salud

Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en Comunidades Aborígenes

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Programa de Control de Lepra y Leishmaniasis

Programa de Control y Prevención de la Tuberculosis

Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas – Mazza

Programa de Control y Prevención del Cólera-

Programa de Vigilancia de Diversa Patologías

Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable.

Proyecto de Lucha Contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual

Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN)
Programa Materno Infantil (P.M.I)

PEA - Programa de emergencia alimentaria

Institución Responsable: Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.

Institución Ejecutora: Secretaría de Desarrollo Social – Chaco.

Fuente de Financiamiento: Internacional.

Objetivos: Atender las necesidades básicas alimentarias de la población de la Provincia del Chaco que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad con riesgo de subsistencia.

Población Objetivo: Hogares con menores recursos que tienen el jefe/a de hogar con primaria incompleta y cuentan con alguna de las siguientes características:

- Familia numerosa.
- Niños o adolescentes hasta 17 años a cargo
- Discapacitados o
- Adultos /as mayores de 60 años sin cobertura social.

Prestaciones: Apoyo alimentario a través de la provisión de cajas de alimentos o Almuerzo en Comedores Infantiles y/o Comunitarios.

Mecanismos de Ejecución: Modalidad 1: Provisión del Almuerzo diario en Comedores Infantiles y/o Comunitarios. Modalidad 2: Distribución de bolsón de alimentos.

Criterios de Focalización: Grupo de familias con NBI, con ingresos inferiores a \$ 30 por integrante, con hijos menores de 17 años, discapacitados o adultos mayores de 60 años a sus cargo.

Requisitos de Accesibilidad: Relevamiento de beneficiarios a cargo de los municipios.

Localización Geográfica: Toda la Provincia.

Alimentación

Prohuerta - Programa huertas

Institución Responsable: Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente

Institución Ejecutora: Agencias INTA

Fuente de Financiamiento: Nacional.

Objetivos: Promover la participación comunitaria en producción de alimentos. Mejorar la calidad de la dieta y complementar la alimentación mediante la pro-

ducción. Promover pequeñas alternativas productivas y generar tecnologías apropiadas para la producción de alimentos.

Población Objetivo: Población con NBI en zonas rurales y urbanas.

Prestaciones: Asistencia técnica, capacitación y provisión de insumos críticos para huertas y granjas comunitarias, escolares y familiares.

Mecanismos de Ejecución: Las acciones se llevan a cabo en más de 3600 localidades, mediante una red interinstitucional que compromete a casi 3200 entidades gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones de base coordinadas a nivel local. Entre ellas se destacan CARITAS (200 comedores escolares y parroquiales), PAMI (actividades de autoproducción en centros de jubilados), programas de empleo como el PIT, PRENO y PROAS (promotores capacitados se incorporan vía estos programas).

La población atendida se sitúa en la región del NOA (25%), NEA (24.5%), Región Central y Cuyo (23%), área pampeana (20%), y en el sector patagónico (7.5). Del total de huertas familiares atendidas un 28% se encuentra en grandes conglomerados urbanos, un 38% en ciudades medianas y pequeñas y un 34% en áreas rurales.

Criterios de Focalización: La población objetivo del programa se define mediante la utilización del instrumento NBI, se prioriza la insuficiencia alimentaria.

Quedan comprometidos dentro de este grupo: productores minifundistas, asalariados subocupados, y grupos vulnerables en términos de seguridad alimentaria: hogares a cargo de mujeres, niños pequeños, ancianos, grupos familiares pauperizados.

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la provincia.

Fortalecimiento de atención primaria de la salud en comunidades aborígenes

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Promover el auto cuidado de la salud.

Población Objetivo: Comunidades aborígenes de Zonas Sanitarias II y VI.

Prestaciones: Capacitación de agentes sanitarios.

Mecanismos de Ejecución: Nacional

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: Dptos. Güemes, Maipú, Almirante Brown, Independencia, Comandante Fernández, Quitilipi, 25 de Mayo y Pcia. de la Plaza.

Atención de la Salud

PAI - Programa ampliado de inmunizaciones

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Mantener la cobertura nacional de inmunizaciones en un nivel superior al 90% de las vacunas que integran el Programa.

Población Objetivo: Niños y Embarazadas.

Prestaciones: Administración de vacunas y control epidemiológico.

Mecanismos de Ejecución: Nacional

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

Lepra - Programa de control de Lepra y Leishmaniasis

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Control y prevención de la enfermedad de la lepra y leishmaniasis en la provincia.

Población Objetivo: Toda la población de la provincia.

Prestaciones: Normatización y Supervisión:

Diagnóstico

Provisión medicamentos

Control tratamiento

Capacitación y Educación Sanitaria.

Mecanismos de Ejecución: Nacional

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

TBC - Programa de control y prevención de la tuberculosis

Institución Responsable: Ministerio de Salud.

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco.

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Control y prevención de la TBC en la provincia.

Población Objetivo: Toda la población de la provincia.

Prestaciones: Insumos y medicamentos para tratamiento. Insumos y medicamentos para investigación.

Mecanismos de Ejecución: Nacional

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

Chagas - Programa de prevención y control de la enfermedad de chagas-mazza

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Eliminar para el año 2.000 dentro del ámbito residencial del vector de la enfermedad del chagas por medio de acciones de control.

Población Objetivo: Población rural pobre.

Prestaciones: Control y tratamiento de viviendas. Control del suministro de sangre y transmisión madre-hijo. Insecticidas. Medicamentos.

Mecanismos de Ejecución: Nacional

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

Cólera - Programa de control y prevención del cólera

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Control y prevención de la enfermedad del Cólera en la provincia.

Población Objetivo: Toda la población de la provincia.

Prestaciones: Campañas de prevención. Adquisición de insumos y medicamentos para control de foco.

Mecanismos de Ejecución: Nacional

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

Programa de vigilancia de diversas patologías

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Identificar el perfil epidemiológico de la provincia y controlar enfermedades de riesgo epidemiológico.

Población Objetivo: Población que demanda atención a servicios públicos de salud.

Prestaciones: Análisis y publicación de la situación epidemiológica. Capacitación. Adquisición de insumos y medicamentos para control de foco.

Mecanismos de Ejecución: Nacional

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

Educación para la salud y procreación humana responsable

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco, Dirección de Epidemiología

Fuente de Financiamiento: Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF

Objetivos:

- Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil y por aborto.
- Capacitar a agentes de salud, educación y de desarrollo social para informar, asesorar en temas de sexualidad y procreación humana.
- Propiciar la existencia de profesionales capacitados en reproducción y sexualidad en los centros de salud, en sus diferentes niveles de complejidad.

Población Objetivo:

- Mujeres multíparas con cuatro hijos o más.
- Mujeres con antecedentes de aborto.
- Mujeres menores de 19 años con 1 hijo.
- Mujeres con intervalos interginésicos menores de 2 años.
- Personas HIV positivo.
- Mujeres con alto riesgo social.

Prestaciones:

- Asesoramiento y consejería en Planificación familiar y salud reproductiva.
- Estudios para evaluaciones de salud integral de la mujer.
- Detección de cáncer genito – mamario.
- Entrega gratuita de métodos anticonceptivos (anticonceptivos orales, preservativos, DIU).
- Educación sexual.

Mecanismos de Ejecución: A través de los prestadores de la Salud (Médicos Especialistas Topo ginecológicos, Obstetricias, Médicos Generalistas y Agentes Sanitarios).

Criterios de Focalización: Esta determinada por las características de las mujeres que ingresan al programa.

Requisitos de Accesibilidad: Las posibles beneficiarias se registran en los Centros Asistenciales de Salud.

Localización Geográfica: En toda la provincia.

Proyecto de lucha contra el SIDA y enfermedades de transmisión sexual

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud - Chaco

Fuente de Financiamiento: Nacional

Objetivos:

- Reducir la incidencia de infección por HIV y ETS.
- Informar a la población y estimular la prevención del HIV y ETS.

Población Objetivo: Población en áreas de mayor incidencia de la enfermedad. Usuarios de banco de sangre en el sector público. Embarazadas que realicen controles en servicios públicos. Población escolar a nivel primario y medio.

Prestaciones: Financiamiento de proyectos y campañas de prevención, producción de material informativo. Capacitación al personal de salud y a docentes.

Mecanismos de Ejecución:

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

PROMIN - Programa materno infantil y nutrición

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Unidad Ejecutora Provincial

Fuente de Financiamiento: Nacional

Objetivos: Reducir la morbi-mortalidad materno infantil. Mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de comedores escolares. Promover el desarrollo psico-social de los niños de 2 a 5 años.

Población Objetivo: Niños de 0 a 5 años y mujeres en edad fértil en áreas de alta concentración de NBI.

Prestaciones: Ampliación, refacción y equipamiento de centros de salud, comedores infantiles, guarderías y jardines de infantes existentes. Transformación del modelo de atención en hospitales, centros de salud, centros de desarrollo infantil a través de asistencia técnica y capacitación. Provisión de medicamentos y alimentos.

Mecanismos de Ejecución: El programa es ejecutado por organismos de salud y acción social, gubernamentales o ONG., de niveles provinciales y municipales. El nivel nacional asume la coordinación y seguimiento de las acciones a través de la ucp.

Se promueve la articulación de las acciones de salud, acción social y educación para la optimización de recursos y gestión, a través de la coordinación y planificación conjunta de los organismos involucrados en el programa.

Las provincias interesadas firman un convenio de adhesión. Y elevan a la ucp proyectos de acuerdo a la guía de formulación de proyectos. En caso de aprobación, la provincia debe establecer una unidad ejecutora provincial, formalizando su participación a través de un decreto ley —en caso de municipio, decreto u ordenanza—. Los fondos del promin provienen del banco mundial y el gobierno nacional. Estos se destinan a centros de salud, servicios de obstetricia, neonatología y pediatría, comedores infantiles y jardines de infantes.

Criterios de Focalización:

Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: Gran Resistencia.

P.M.I. Programa materno infantil

Institución Responsable: Ministerio de Salud

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud – Chaco

Fuente de Financiamiento:

Objetivos: Reducir los índices de morbi-mortalidad de la población materno infantil.

Población Objetivo: Niños de 0 a 5 años (eutróficos de 0 a 2 años y desnutridos de 2 a 5 años), mujeres embarazadas y nodrizas en riesgo.

Prestaciones: Leche modificada y leche fortificada.

Mecanismos de Ejecución:

Criterios de Focalización:

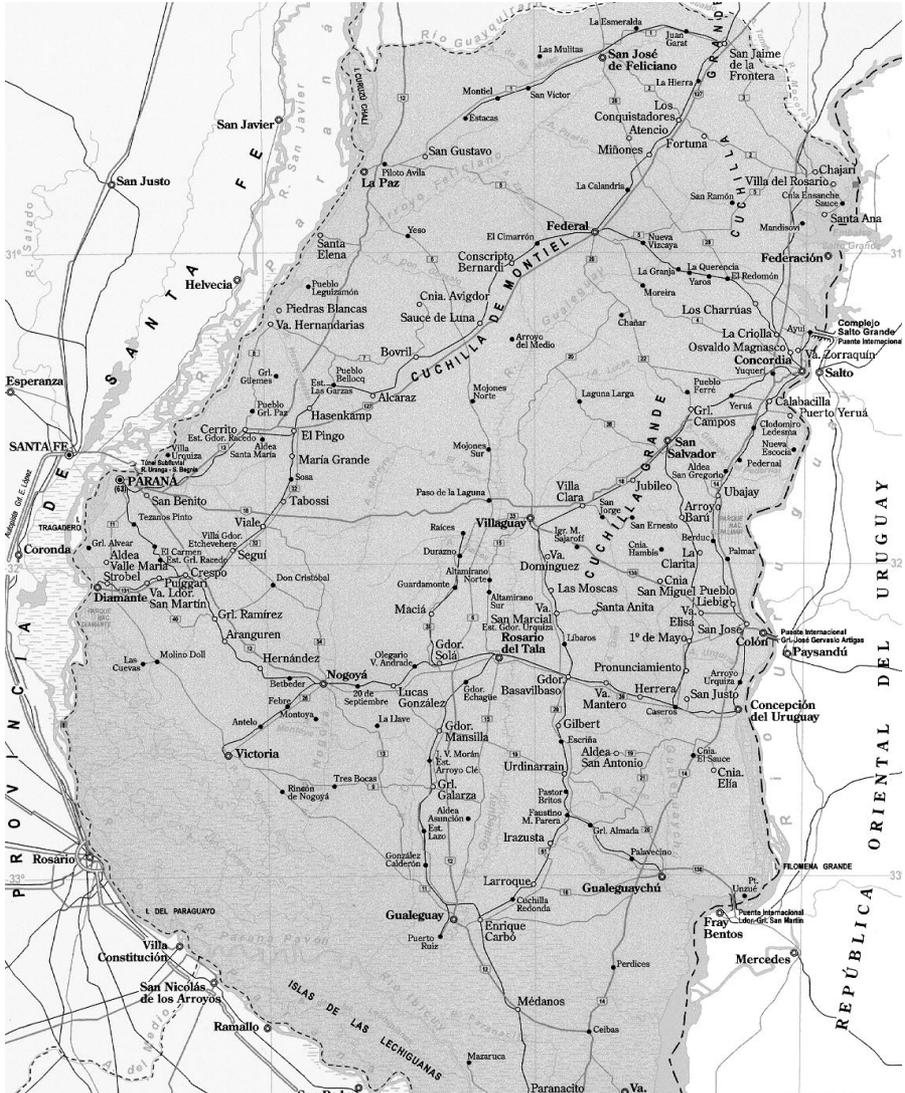
Requisitos de Accesibilidad:

Localización Geográfica: En toda la Provincia.

Fuente: SIEMPRO en base a datos de EPH, INDEC

Anexo IV

Provincia de Entre Ríos



Características Generales

La Provincia de Entre Ríos está ubicada en la región Nordeste del país, en la zona del litoral, formando parte de la Mesopotamia. Tiene una superficie de 78.781 km². Está rodeada por dos grandes ríos, el Paraná y el Uruguay, en cuyas costas se concentra la mayor parte de la población. Al norte, el río Guayquiraró, el arroyo Basualdo, el arroyo Las Tunas y el río Mocoretá constituyen el límite con la Provincia de Corrientes. El río Paraná la separa de la provincia de Santa Fe al oeste, y de la provincia de Buenos Aires al sur. Al este el río Uruguay la separa de la República Oriental del Uruguay.

El túnel subfluvial Hernandarias vincula Paraná, la capital, con la ciudad de Santa Fe. El complejo ferroviario-vial Zárate Brazo Largo comunica Entre Ríos con la provincia de Buenos Aires. Los puentes Gualeguaychú-Fray Bentos, Colón-Paysandú y la represa Salto Grande, que vincula Concordia y Salto, son los puntos de unión que tiene la Provincia con la República Oriental del Uruguay. Se encuentra en construcción el puente que unirá la ciudad de Victoria con Rosario, provincia de Santa Fe.

La provincia se extiende sobre una llanura con suaves ondulaciones denominadas cuchillas, con un suelo muy rico para el desarrollo de la agricultura y ganadería. El clima es de transición entre subtropical a templado, con abundantes precipitaciones durante todo el año.

La provincia de Entre Ríos tiene un gobierno determinado por la Constitución provincial de 1933. El gobierno se divide en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. El poder ejecutivo está encabezado por el gobernador de la Provincia, del que dependen 3 ministerios, secretarías y subsecretarías. La salud se ejecuta a través de la Secretaría de Estado de Salud. El poder legislativo es bicameral.

La provincia se divide en 17 departamentos. Cada uno de ellos tiene una ciudad cabecera. La provincia cuenta con 73 municipios que se dividen en Municipios de 1^a. y de 2^a. categoría según la cantidad de habitantes. A su vez las poblaciones rurales se agrupan en 191 Juntas de Gobierno las que se dividen en 4 categorías de acuerdo a su población.

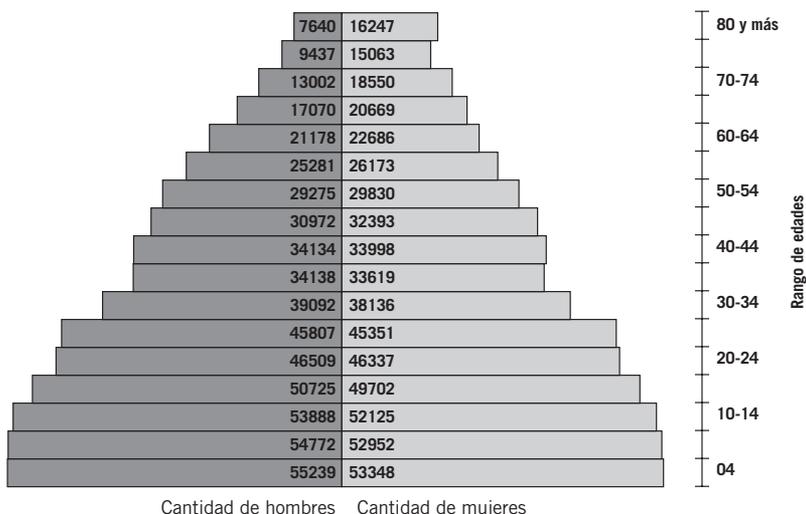
El Producto Bruto Geográfico en 1998 fue de 5.840 millones de pesos. La economía se asienta fundamentalmente en la producción agroindustrial de tipo pampeano (cereales, oleaginosas, carnes), arroz, pollos, cítricos y rollizos para exportación, principalmente de eucaliptus. La industria se centra principalmente en productos alimenticios.

Aspectos poblacionales

En 2001 la población de la provincia era de 1.154.900 habitantes. La densidad de población es de 15.1 habitantes por km² ¹. La tasa de crecimiento medio

anual se calculó en 7.26 por mil habitantes ², siendo bajo comparado con las demás provincias argentinas.

Pirámide poblacional. Provincia de Entre Ríos. Año 2001



La población menor de 15 años corresponde al 29.2% del total, mientras que las personas de 65 años y más representan 9.71%. La población entrerriana tiene entonces una importante proporción de adultos mayores, y un porcentaje de jóvenes ligeramente superior al promedio nacional.

La tasa de natalidad fue en 2000 igual a 20.8 nacidos vivos $0/_{000}^1$, mientras que la de fecundidad corresponde a 2.67 hijos por mujer en edad fértil ². Si bien estas cifras superan ligeramente la media nacional, muestran una tendencia decreciente en los últimos años. Las mayores tasas de natalidad por residencia se sitúan en los departamentos del norte entrerriano (Feliciano, Federal, La Paz) y en Islas del Ibicuy.

La población urbana corresponde a 77.6% del total ³. Más de la mitad de la población urbana se asienta en Paraná y, en la costa del Uruguay, en las ciudades de Concordia, Gualaguaychú y Concepción del Uruguay. Más de 40% de la población de las dos mayores ciudades de la Provincia provienen de otra ciudad y cerca del 6% migró en los últimos 5 años.

La esperanza de vida al nacer es ligeramente inferior al promedio nacional, y corresponde a 71.61 años ³.

Indicadores socioeconómicos

En 1991 la población económicamente activa (PEA) era 53.91% del total de entrerrianos. El 94% de la PEA estaba ocupada. La población no económicamente activa estaba compuesta por 30% de jubilados y pensionados, 20 % de estudiantes y el resto por personas en otra situación⁴.

En la provincia, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) se realiza en Paraná y Concordia. A través de ella se obtienen las tasas de actividad, empleo, desocupación y subocupación demandante. Históricamente, Concordia mostró cifras inferiores de actividad y empleo que la ciudad capital de la provincia. En los indicadores correspondientes al período 1998-2001, el dato más relevante es el aumento de la desocupación. En octubre de 2002 la tasa de desocupación en Paraná fue 15.4 % y en Concordia, de 18.3 %.

La pobreza puede considerarse con dos tipos de indicadores. Por una parte, la línea de pobreza y la línea de indigencia, que se desarrollan en base a una canasta básica de bienes y servicios en el lugar donde se efectúa la Encuesta Permanente de Hogares. En la provincia se realiza sólo en Gran Paraná y Concordia, por lo que refleja únicamente la situación de estos dos centros urbanos. Aquellos que no pueden acceder por sus ingresos al valor de ambas canastas están por debajo de la línea de pobreza y se consideran pobres. Quienes no acceden ni siquiera a la canasta básica de bienes, dado que sus ingresos no son suficientes para alcanzarla, se consideran indigentes. En estos indicadores se observa especialmente la población pauperizada, es decir los denominados “nuevos pobres”. El otro tipo de indicadores constituye el denominado índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Actualmente sólo disponemos de los índices correspondientes al Censo de 1991.

En un estudio realizado conjuntamente por organismos de los Ministerios de Desarrollo Social y de Economía se menciona que en octubre de 1995 el aglomerado Concordia presentaba 22% de hogares NBI⁵, los que para el Censo de 1991 tenían un valor de 17%, indicando un sustantivo aumento de la pobreza en el lapso 91-95. El aglomerado Paraná registraba 13.7% de hogares con NBI⁵.

Proporción de hogares y de personas bajo línea de pobreza Entre Ríos. Mayo de 2001

Jurisdicción	% de Hogares	% de Personas
Región Pampeana	24.7	33.8
Gran Paraná	30.2	40.3
Concordia	45.4	57.3

Fuente: E.P.H. Provincia de Entre Ríos. INDEC. Mayo 2001

La pobreza es un problema de gran magnitud en la provincia, y supera los valores promedio para la región pampeana determinada por el INDEC, donde se encuentra incluida Entre Ríos. Más de la mitad de los concordenses están bajo la línea de pobreza.

De la observación del índice compuesto Necesidades Básicas Insatisfechas en valores absolutos, obtenidos del Censo de 1991, se concluye que los departamentos de Paraná, Concordia y La Paz se encontraban en niveles críticos (entre los 100 departamentos con mayor índice NBI del país) ⁶.

Al relacionar porcentaje de población con NBI sobre la población total de cada departamento obtenemos valores relativos. Estos nos permiten evaluar la proporción de población NBI de cada departamento, independientemente de la densidad poblacional. Así vemos que Islas del Ibicuy, Feliciano y La Paz tienen más de 30% de su población con NBI. Federal, Concordia, Villaguay y Victoria tienen índices que oscilan entre 20 y 29% ⁶.

El Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Entre Ríos en 1996 era 0,801⁷. Hay grandes diferencias departamentales en cuanto a variables poblacionales y socioeconómicas.

Principales características epidemiológicas

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad general de la provincia fue de 7,9 por mil ⁸ en 2000. La principal causa de mortalidad son las no especificadas o mal definidas, seguidas por varias causas cardiovasculares, tumorales e infecciosas. Las tasas de mortalidad general, tanto brutas como ajustadas por edad, son superiores a la media del país y de la región centro. Al discriminar la mortalidad por causas, se observa que los tumores en la población entrerriana tienen tasas superiores al promedio nacional y regional. Las causas cardiovasculares tienen una tasa bruta similar al promedio del país, pero que es inferior cuando se determina la tasa ajustada por edad. Tanto las causas externas como las infecciosas tienen niveles bajos en relación a los nacionales y regionales ⁹.

Los años de vida potencialmente perdidos por todas las causas fueron 759 por cada 10.000 habitantes ⁹.

Años de vida potencialmente perdidos por causa de mortalidad Entre Ríos. 2000

	CARDIACAS	TUMORALES	INFECCIOSAS	ACCIDENTES	TODAS
AVPP	84,6	118,4	36,1	124,4	759

Los accidentes son los causantes de mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos. No obstante los tumores representan una causa de gran importancia al respecto, a la inversa que las patologías infecciosas.

Indicadores de salud materno infantil

La tasa de mortalidad materna fue 2.1 por diez mil nacidos vivos en el año 2000¹⁰. En el mismo año la tasa de mortalidad infantil fue de 16.9 por mil. Este indicador fue ligeramente superior al del promedio del país, a expensas de la tasa neonatal. La cifra de mortalidad posneonatal y la de 1 a 4 años son más bajas que la media nacional¹⁰. Concordia fue el departamento con tasa de mortalidad infantil más elevada durante el año 2000¹¹. La causa más frecuente de mortalidad infantil en 1998 fue sepsis del recién nacido. En el mismo año el 64% de las defunciones infantiles fue provocado por causas reducibles¹².

En el año 2000 el 99.7% de los nacidos vivos nacieron en establecimientos asistenciales. Los recién nacidos de bajo peso y de muy bajo peso tienen porcentajes menores que en el promedio del país y de la región. A la inversa, los porcentajes de madres menores de 15 y menores de 20 años son más elevados que la media nacional y regional¹⁰. Hay más de 20% de madres adolescentes de los nacidos vivos en el año 2000 en los departamentos del norte de la provincia. La mayor parte de las muertes por bajo peso al nacer corresponden a recién nacidos cuya madre es adolescente y primípara. En madres adolescentes 40.9% tienen hijos que pesan menos de 3 kg al nacer. A su vez 32% de los fetos muertos proviene de madres menores de 19 años.

Morbilidad

En el año 2000 en los establecimientos públicos sin internación se observó que la primera causa de consulta era la hipertensión arterial que, junto con la diabetes, constituyen casi 25% de causas de consultas por enfermedades crónicas. El resto pertenece a patologías triviales. En la observación por departamentos es frecuente encontrar como causa de consulta entre las 10 primeras la parasitosis. En Concordia se incluyó desnutrición entre las 10 causas más frecuentes. En los establecimientos públicos con internación las enfermedades crónicas constituyen el 20% de los motivos principales de las consultas. La hipertensión arterial es desplazada como primera causa por infecciones triviales. No se dispone de datos de consultas ni de internaciones privadas.

Al ser los partos la primera causa de egreso en la provincia en los hospitales públicos y relacionando con las tasas de natalidad y con los indicadores que se expusieron con anterioridad, se deja al descubierto un importante subregistro, o

bien insuficiencia de atención, diagnóstico o tratamiento. Se observan también causas mal definidas o que no ameritan internación

Las enfermedades de notificación compulsoria en 2001 continúan descendiendo, siguiendo la tendencia de los últimos años. La diarrea aguda en menores de 5 años aún se mantiene elevada a pesar de un descenso sufrido en el 2000. La hepatitis, endémica en algunas zonas de la provincia, ha ido disminuyendo en 2001. En 2000 y 2001 hubo gran número de casos de fiebre tifoidea en el departamento Federación. La leptospirosis, aunque en bajo número, se ha incrementado en los últimos años. Se registraron casos aislados de hantavirus desde 1997. No hubo hasta la fecha casos de dengue ni de cólera.

Cobertura de salud

En 1991 el 62% de los entrerrianos tenía algún tipo de cobertura explícita de salud. La mayor parte de la población cubierta pertenecía a obras sociales y en menor medida, al sector privado. Doce por ciento de la población tenía doble cobertura, de obras sociales y simultáneamente del sistema de mutuales o prepagas

En 1997 se realizó la Encuesta de Desarrollo Social, llevada a cabo por SIEMPRO. En ese año, hubo un incremento relativo de la cobertura de salud por parte de los sistemas de obras sociales y privado con respecto a 1991. Así, la población encuestada mostró un nivel de carencia de cobertura de salud de 36.4%, pero debe tenerse en cuenta que la población encuestada correspondía a muestras y a centros urbanos y que el cálculo sobre datos del Censo 2001 señala un 48.8% de no cubiertos sobre el total. Otra característica es la marcada disminución de doble cobertura en ese lapso, especialmente considerando que se trata de centros urbanos.

Se realizó un análisis sobre la cantidad de beneficiarios de obras sociales en la Provincia de Entre Ríos con los datos de los padrones del mes de septiembre de 2001 de la obra social provincial (IOSPER) y estimaciones del sector privado, y del mes de mayo, del de obras sociales nacionales, de PAMI y del Programa Federal de Salud (ProFe).

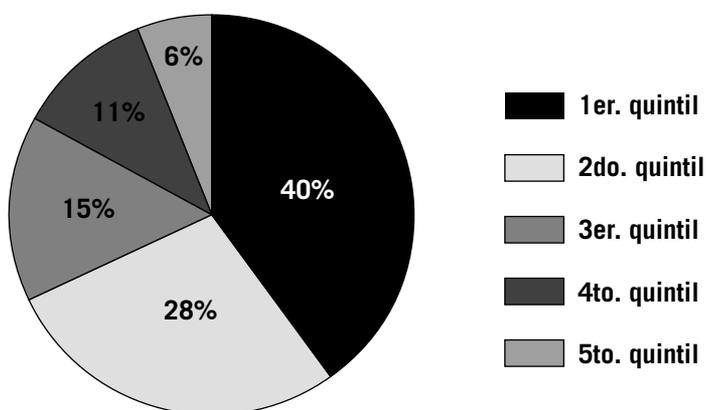
Estimaciones de población con cobertura de salud por financiador Entre Ríos 2001

Departamento	ProFe	PAMI	Iosper	O.S.Nac.	Privado	Total con cobertura	Población total	Población sin cobertura	%sin cobertura
TOTAL	9.793	108.238	229.682	220.371	23.799	591.883	1.154.991	563.108	48,8%

Fuente: Elaboración propia en base a padrones y a Resultados Provisorios del Censo Nacional de Población y Viviendas 2001

La obra social provincial, IOSPER, tiene la mayor cantidad de beneficiarios de la provincia, seguida por el conjunto de obras sociales nacionales y el PAMI. Existe una gran fragmentación de obras sociales nacionales, hay 195 con beneficiarios en la provincia. Sólo dos superan los 10.000 beneficiarios. Más de 120 tienen menos de 100.

**Población sin cobertura de salud según quintil de ingresos.
Entre Ríos. 1997**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Desarrollo Social. SIEMPRO. 1997

Al examinar los niveles de ingresos el 69.6% de la población sin cobertura corresponde a los dos quintiles más pobres. Este porcentaje llega a 83.6% si consideramos a los menores de cinco años de estos grupos. Los mayores de 65 años tienen una cobertura más amplia que otros grupos de edad debido a la acción del PAMI.

Hay departamentos que tenían más de la mitad de la población sin cobertura de salud: Islas del Ibicuy y un grupo de departamentos del noreste de la Provincia (Federación, Villaguay, Federal y Feliciano) que coinciden con una pirámide poblacional más joven, menor densidad de población, mayor proporción de población rural, menores recursos tanto en la oferta de servicios de salud como socioeconómicos, escasez o inexistencia de prestadores privados, patrones epidemiológicos asociados a pobreza y a inadecuadas condiciones de vida, diferenciándose claramente del resto de los departamentos de la provincia en cuanto a necesidades y demandas de salud y al rol del Estado.

IOSPER. Obra Social Provincial

Conforme a su norma de creación el IOSPER, Instituto de Obra Social Provincial de Entre Ríos, funciona como una persona jurídica autárquica. La conducción está a cargo de un directorio y un presidente del cual dependen la gerencia y las direcciones de Servicios Generales, Ingresos, Control de Convenios, Atención al Beneficiario y Técnico-Médico. Actualmente la conducción del Instituto está en manos de las organizaciones gremiales.

Prepagas que funcionan en la provincia

En la provincia de Entre Ríos operan varios sistemas de medicina prepaga. Cirme Salud tiene el 42% de la cartera del mercado, seguida por SAMA (Sistema de Atención Médica Adventista, que se origina en el Sanatorio Adventista del Plata), los planes de obras sociales de dirección de empresas, Con Salud, el sistema de la Acler, y el resto pertenece a múltiples coberturas (Swiss Medical, Docthos, Medical, Medicus, AMA, y otras). Cirme Salud es la empresa de medicina prepaga de la Federación Médica de Entre Ríos.

Finalmente hay muchas entidades que ejercen la medicina prepaga en forma irregular, que no cumplen con la legislación ni con las cargas impositivas, ni denuncian sus planes. La ausencia de regulación posibilita las operaciones de estas entidades, situación que sería resuelta por una ley que regule a actividad.

Utilización de servicios de salud

(Los datos que se desarrollan a continuación corresponden a la Encuesta de Desarrollo Social de SIEMPRO de 1997).

Consultas: El uso de servicios sanitarios en lo relacionado a consultas efectuadas en los últimos 30 días fue de 12.8%, correspondiente a una tasa de utilización de 1.47 consulta por habitante por año. No hubo mayores diferencias en la proporción de la población que no consultó entre los diferentes quintiles de ingresos.

La mayoría de las consultas se realizaron en consultorios particulares. En orden de importancia, el hospital público canalizó un grupo importante de consultas. Los centros de atención primaria efectúan la mitad de las consultas que los hospitales. Los establecimientos privados como clínicas o sanatorios están en cuarto lugar.

En los quintiles más pobres la utilización del sector público se da en tres cuartas partes de esta población. Por otra parte, hay una importante proporción de población del 1° quintil, y más aún del 2° quintil que realiza consultas en consultorios particulares. Los centros de atención primaria atienden mayoritaria-

mente a personas sin cobertura explícita, lo que implica más de la mitad de los pacientes atendidos. Por otra parte, quienes consultan en estos establecimientos corresponden en un 73% a los dos quintiles más pobres. La mitad de la población que consulta en hospitales no tiene cobertura. En los hospitales hay una gran proporción de pacientes de los dos primeros quintiles, pero es menor que en los centros de atención primaria.

Medicamentos: En el 86% de las consultas se prescribieron medicamentos, a los que se accedió casi en el 100% de los casos, sin mayores diferencias entre los diferentes financiadores de las coberturas de salud ni entre franjas poblacionales de distintos quintiles de ingresos. Cuando menor es el quintil de ingresos, menor es la autofinanciación de medicamentos prescritos en la consulta para poder acceder a los mismos.

Internaciones: El 6.24% de la población encuestada refirió al menos una internación en establecimientos de salud en los últimos doce meses anteriores a la encuesta. De ellos, 13% refirió dos o más internaciones en el mismo lapso. Las causas de internación son en su mayor parte quirúrgicas. El porcentaje de población con internación en los últimos doce meses fue similar entre aquellos sin cobertura explícita y quienes eran beneficiarios de obras sociales.

El porcentaje de población que sufrió internaciones en el último año llegó a 8.3% en el quintil más pobre, mientras que en el quintil más alto fue de 4.7%. De las cifras anteriores, los que refirieron dos o más internaciones correspondieron 19.6 % en el 1° quintil, mientras que en el último fue de 5.3%.

Gasto en salud El gasto en salud en la provincia es alto. En los últimos años sólo las obras sociales nacionales han disminuido su gasto. Los restantes sectores lo han aumentado.

Vemos tres sectores que aportan en similar proporción: el público, el de la seguridad social y el privado. En este último, más de la mitad del gasto corresponde a medicamentos. Del gasto provincial en salud, más de la mitad se usa en el pago del personal, que fue incrementando en los últimos años

El gasto total en salud en Entre Ríos en 2000 fue 616 millones de pesos. En 1997 equivalía a 11.7% del Producto Bruto Geográfico. El gasto total en salud representaba \$562 por habitante y por año. El gasto privado en salud en la provincia en el mismo año fue de 221.053.361 pesos, más de la mitad del corresponde a medicamentos. El gasto privado en salud mensual per cápita era de \$16.94. El gasto público en salud per cápita en 1997 fue de \$155.90¹⁴.

**Composición del gasto en salud según agentes
Entre Ríos. 2000. (en millones de pesos)**

Nacional	O. S. N.	PAMI	Provincial	losper	Municipal	Privado	Total
5	98	75	126	65	28	219	616

Fuente: Elaboración propia en base a datos de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo" de Tobar, Montiel y Falbo.

Oferta de servicios de salud

Recursos humanos

Médicos: Al 31 de agosto de 2001 había en la provincia 3.924 médicos (3.3 médicos por cada 1.000 habitantes). Estas cifras provienen de la Secretaría de Salud, organismo que expide las matrículas. Al no haber actualización de los profesionales que ejercen en este momento, y pudiendo haber menor cantidad de la informada de médicos en ejercicio, se tomó en cuenta también la cantidad de profesionales inscriptos en los Círculos Médicos departamentales, agrupados en la Federación Médica, donde se realiza la facturación de aquéllos a las obras sociales. En 2001 había 1912 médicos registrados en la Federación Médica, lo significaba 1.6 médicos cada 1000 habitantes.

Es de resaltar la inadecuada distribución de médicos, por no decir de especialistas en la provincia. Por otra parte existen especialidades que están superpobladas, así como algunas que se encuentran prácticamente desiertas.

Enfermeras: Al 31 de agosto de 2001 había en la provincia 1.970 enfermeras y 3.216 auxiliares de enfermería, con un total de ambas categorías de 5.186. Es decir 1.7 enfermeras y 2.9 auxiliares de enfermería por cada 1.000 habitantes, o sea un total de 4.6 por 1.000 habitantes.

Capacidad instalada

Camas hospitalarias: Las camas hospitalarias totales son 6176. Representan 5.5 camas cada 1.000 habitantes, de las cuales cuatro son públicas y 1.5 privadas.

En todo el ámbito de la Provincia existe un sector público y uno privado actuando en forma independiente. El sector público recurre al sector privado para las prestaciones que no está en condiciones de brindar. No existe un marco regulatorio, por lo que hay en algunas jurisdicciones exceso de efectores con superposición de los mismos.

En el sector público la Provincia cuenta con 63 Hospitales y 256 Centros de Salud, de los cuales 71 son municipales y el resto provinciales. Hay cuatro regio-

nes sanitarias cada una con un hospital de referencia nivel VI. En Paraná se encuentra también el Hospital Materno Infantil de referencia. En el sector privado actualmente existen 63 establecimientos de distinto grado de complejidad.

Organización de los prestadores: Las instituciones representativas dentro del sector son la Federación Médica (FeMER), la Asociación de Clínicas (ACLER) y el Colegio de Bioquímicos. Estas tres entidades conforman el Instituto de Prestaciones y Servicios de Entre Ríos (IPSER), que maneja el convenio de PAMI y de la mayor parte de las obras sociales. Por su parte, la FeMER tiene el prepago de mayor número de beneficiarios de la provincia (CirMe Salud), y ACLER tiene otro denominado Con Salud. Otras entidades son el Colegio de Farmacéuticos y el Colegio de Odontólogos.

Anexo V

Provincia de Neuquén*



* La información que da base a la elaboración de este documento proviene de Siempro; Anuario Estadístico Provincial e información estadística del Ministerio de Salud de La Nación.

Población

La provincia de Neuquén tiene una población de 473.315 personas según datos provisionales del Censo 2001, que equivalen al 1.3% del total nacional. El aglomerado constituido por la ciudad de Neuquén (Capital de la Provincia) y Plottier con 224.685 habitantes, concentra el 47.5% de la población provincial y más de 10% de la población de la región Patagónica. El crecimiento demográfico ha seguido un ritmo superior al del conjunto del país, a pesar de que la tasa de natalidad es inferior al promedio nacional. La tasa de mortalidad general, por su parte, equivale a la mitad de la tasa nacional, lo que es imputable al perfil relativamente joven de la población. En términos de migraciones, en los últimos años la provincia habría registrado un moderado comportamiento expulsor. Neuquén se caracteriza por un índice de urbanización (88.6%) superior al promedio nacional.

Principales actividades productivas*

El Producto Bruto Geográfico (PBG) per cápita de la provincia, cercano a 10.000 pesos anuales, resulta elevado en comparación a la mayor parte de las jurisdicciones y es superior en alrededor de 50% al PBI per cápita nacional. De acuerdo a los últimos datos disponibles, el Producto Bruto Geográfico (PBG) de la Provincia representaba, en 1998, el 1.9% del PBI nacional.

La estructura sectorial del producto señalaba al sector terciario como el de mayor significación (55%), seguido por el sector primario (34%: proporción marcadamente superior al promedio nacional) y por último el secundario, cuyo peso no superaba el 11% (a nivel nacional alcanza al 25%).

Dentro del PBG la actividad extractiva de petróleo y gas (así como la elaboración de destilados) es la que adquiere mayor relevancia, alcanzando a representar casi un tercio del total. En 1999 Neuquén generó el 37% del petróleo y el 55% del gas producidos en el país. Durante los años noventa la producción de hidrocarburos creció en la provincia a un ritmo mucho más rápido que en el conjunto del país. Su volumen se triplicó en el caso del petróleo y se duplicó en el caso del gas.



* Este acápite se basa en información de la Dirección Nacional de Programación Económica Regional. Subsecretaría de Relaciones con las Provincias. Secretaría de Hacienda. Ministerio de Economía.

En el año 2000, se localizaban en Neuquén 47% del total de las reservas comprobadas de gas natural y el 27% de las reservas comprobadas de petróleo del país*.

Turismo

La actividad turística reviste, asimismo, gran importancia en la generación de valor agregado en la provincia. El área de mayor desarrollo de esta actividad es la Zona Lacustre ubicada al sur de la provincia, donde se sitúan cuatro parques nacionales: Nahuel Huapi, Lanín, Arrayanes y laguna Blanca. También se ubican allí dos importantes centros de deportes de invierno: Chapelco y Cerro Bayo. La capacidad hotelera de la provincia se incrementó en alrededor de 30% durante la década del noventa, a través de inversiones cercanas a los 50 millones de pesos.

Energía eléctrica

Otra actividad relevante en la economía provincial es la producción de energía eléctrica. Genera más de la cuarta parte del total de energía producida en el país.

Evolución reciente del mercado de trabajo**

En la primera mitad de la década del noventa, la evolución de la tasa de actividad en Neuquén y Plottier siguió un curso muy semejante al promedio de los principales aglomerados urbanos, manteniéndose en torno a 40%. La actual recesión produjo una creciente incorporación al mercado de trabajo que la economía local no tuvo capacidad de absorber. En estas condiciones se observó un importante aumento del desempleo, en particular en los dos últimos años.

En los últimos años, los cambios de la estructura sectorial del empleo señalan, como fenómeno más notorio, el retroceso de la construcción, cuya participación declinó más de tres puntos porcentuales entre octubre de 2000 y octubre de 2001. Este descenso fue compensado por un significativo aumento en la rama de Administración Pública y Defensa (directamente vinculada al empleo en el sector público).

* Fuente: INDEC, Anuario Estadístico de la República Argentina 2001, en base a datos de la Secretaría de Energía y Minería.

** Este punto se basa en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Esta fuente releva de manera sistemática, en dos ondas anuales, información sobre población y mercado de trabajo en grandes aglomerados urbanos. Dentro de la provincia de Neuquén, la encuesta contempla el aglomerado Neuquén/Plottier.

Distribución del ingreso*

El ingreso per cápita de los hogares descendió, entre los años 1998 y 2001, en una proporción algo menor que los ingresos laborales, pasando —en promedio— de \$288 a \$259 mensuales.

La reducción de los recursos económicos disponibles para las familias operó diferencialmente sobre distintos estratos de ingreso. Mientras que los hogares situados en los estratos medios y bajos casi no experimentaron disminuciones en sus ingresos familiares, el 20% de los hogares más ricos experimentó pérdidas de entre 10 y 20% de los mismos.

Como consecuencia del mayor deterioro experimentado por los hogares situados en el extremo superior, el ingreso promedio del 10% más rico pasó de representar casi treinta veces los ingresos del 10% más pobre, a algo menos de 24 veces entre 1998 y 2001.

Pobreza

En octubre del 2001 el 22.7% de los hogares de la provincia (algo más de 31.000) y el 30% de su población (141.500 personas) se ubicaban por debajo de la línea de la pobreza, mientras el 18.5% de los hogares en la región, y el 30% de los del país eran pobres. En tanto, el 7% del total de hogares (más de 10.000) y casi el 10% de la población (alrededor de 48.000 personas) no alcanzaban a cubrir con sus ingresos el nivel mínimo de subsistencia, ubicándose en la indigencia.

El proceso inflacionario que tuvo lugar en los últimos meses, sin embargo, ha producido un agravamiento de la situación en la provincia. Es posible estimar que, manteniéndose las condiciones del mercado laboral y de los ingresos vigentes a octubre de 2001 y considerando los valores actualizados de la canasta básica de alimentos, en abril del 2002 el 31% de los hogares (casi 43.000) y el 40% de la población (188.000 personas) serían pobres. Asimismo, casi 11% de los hogares (14.500) y 14% de los habitantes (64.500 personas) estarían en situación de indigencia. El impacto inflacionario habría tenido secuelas aún más graves entre los hogares con menores de 18 años: casi 40% de estos hogares (33.800) estaría por debajo de la línea de pobreza, en tanto que el 13% se situaría en la indigencia (aproximadamente 11.500 hogares).

Salud

El nivel central integra las estructuras habituales con áreas específicas para la atención médica, administración de recursos, epidemiología, educación para la

** Fuente EPH, INDEC, ondas de octubre de 1998-2001.

salud, saneamiento ambiental . está dividida en regiones, con relativo grado de descentralización.

El gobierno nacional actúa a través de servicios propios (Sanidad de Fronteras) y por intermedio de convenios especiales de coordinación. Otros organismos nacionales tienen sede en la Provincia. Así la Universidad Nacional del Comahue forma recursos humanos sectoriales Las fuerzas armadas tienen su cobertura específica y en ocasiones realizan tareas sanitarias en coordinación con la Provincia.

La Provincia de Neuquén alcanza niveles de salud que superan el promedio nacional y es una de las jurisdicciones donde la actividad sectorial ha producido notables mejorías en sus indicadores aunque esa tendencia se ha moderado en los últimos períodos.

Recursos Asistenciales

Recursos asistenciales disponibles y su relación con el total del país. Pcia de Neuquén

Jurisdicción	Total de médicos	Total camas	Total establec. asistenciales	Total establec. con internación	Total establec. sin internación	Establec. oficiales con internación	Establec. oficiales sin internación
	1998	2000	2000	2000	2000	2000	2000
Total país	108.800	153.065	17.845	3.311	14.534	1.271	6.456
Neuquén	979	1.660	248	44	204	30	147

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas de la Salud.

Subsector público

Promedio de camas disponibles en establecimientos asistenciales del sub-sector público

Jurisdicción	Camas disponibles		
	1997*	1998*	1999*
Total del país	77.005	76.142	76.363
Neuquén	942	949	1.026

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas de Salud

Completa esta información la producción de egresos por los establecimientos según grupos de edad.

**Egresos por grupos de edad y sexo,
según división político-territorial de ocurrencia
Provincia de Neuquén 2001**

División Político Territorial	Sexo	Total	Grupos de edad										
			< DE 1	1 - 4	5 - 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y más	Sin esp.
Neuquén	Total	43479	5088	3473	3516	9495	7244	4441	3435	2770	2205	1807	5
	Varón	16895	2793	1955	1993	1737	1489	1510	1756	1631	1205	823	3
	Mujer	26584	2295	1518	1523	7758	5755	2931	1679	1139	1000	984	2

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas. 2002.

Es ilustrativo conocer los indicadores de rendimiento de los establecimientos y su distribución según zona sanitaria.

Indices de rendimiento hospitalario
Provincia de Neuquén. Año 2000

Establecimiento	Total egresos	Altas	Defun	Ptes. días	Camas dispo.	Días estada	Prom. p/días	Prom. c/disp	Prom. d/est.	% Ocup	Giro Camas	Tasa Mort
Total Provincial	43001	42450	551	190340	389422	187902	520.05	1063.99	4.37	48.88	40.41	1.28
H. Neuquén	10728	10443	285	60193	87212	59950	164.46	238.28	5.59	69.02	45.02	2.66
H. H. Heller	6498	6453	45	23924	45350	23503	65.37	123.91	3.62	52.75	52.44	0.69
H. Bouquet Roldán	2190	2172	18	11745	21986	13237	32.09	60.07	6.04	53.42	36.46	0.82
Neuquén Cap.	19416	19068	348	95862	154548	96690	261.92	422.26	4.98	62.03	45.98	1.79
Centenario	1181	1161	20	4191	10614	4046	11.45	29.00	3.43	39.49	40.72	1.69
Plottier	1447	1433	14	5529	13136	6280	15.11	35.89	4.34	42.09	40.32	0.97
Senillosa	212	208	4	691	4380	681	1.89	11.97	3.21	15.78	17.72	1.89
Rincón dl Sauces	702	702	0	1527	5124	1539	4.17	14.00	2.19	29.80	50.14	0.00
S. Patricio d Chañar	480	476	4	1671	3660	1278	4.57	10.00	2.66	45.66	48.00	0.83
El Chocón	114	114	0	7852	10287	5853	2145	28.11	51.34	76.33	4.06	0.00
ZONA I	4136	4094	42	21461	47201	19677	58.64	128.96	4.76	45.47	32.07	1.02
Zapala	3909	3878	31	14623	30007	14435	39.95	81.99	3.69	48.73	47.68	0.79
Mariano Moreno	205	203	2	743	3660	564	2.03	10.00	2.75	20.30	20.50	0.98
Las Lajas	307	299	8	1244	8418	852	3.40	23.00	2.78	14.78	13.35	2.61
Bajada del Agrio	230	230	0	1021	3294	867	2.79	9.00	3.77	31.00	25.56	0.00
Loncopué	496	492	4	2729	9516	2383	7.46	26.00	4.80	28.68	19.08	0.81
El Huacú	376	376	0	942	4392	957	2.57	12.00	2.55	21.45	31.33	0.00
Aluminé	675	674	1	2208	6954	2208	6.03	19.00	3.27	31.75	35.53	0.15
ZONA II	6198	6152	48	23510	66241	22266	64.23	180.99	3.59	35.49	34.25	0.74
Chos Malal	1986	1958	28	8579	21960	8585	23.44	60.00	4.32	39.07	33.10	1.41
Tricao Malal	158	158	0	731	4026	732	2.00	11.00	4.63	18.16	14.36	0.00
Buta Ranquil	399	399	0	1422	3660	1442	3.89	10.00	3.61	38.85	39.90	0.00
Andacollo	503	497	6	1732	6954	1734	4.73	19.00	3.45	24.91	26.47	1.19
Las ovejas	410	406	4	1391	3660	1412	3.80	10.00	3.44	38.01	41.00	1.98
El Cholar	146	145	1	710	2928	717	1.94	8.00	4.91	24.25	18.25	0.68
ZONA III	3602	3563	39	14565	43188	14622	39.80	118.00	4.06	33.72	30.53	1.08
San Martín dl Andes	3023	2994	29	11813	18673	12056	32.28	51.02	3.99	63.26	59.25	0.96
Junin de los Andes	1354	1339	15	5580	13548	5584	15.25	37.02	4.12	41.19	36.58	1.11
Villa La Angostura	528	519	9	2048	5762	2046	5.60	15.74	3.88	35.54	33.54	1.70
Las Coloradas	176	174	2	965	5124	1003	2.64	14.00	5.70	18.83	12.57	1.14
ZONA IV	5081	5026	55	20406	43107	20689	55.78	117.78	4.07	47.34	43.14	1.08
Cutral Co	3249	3231	18	10409	18300	10366	28.44	50.00	3.19	56.88	64.98	0.55
Plaza Huincul	299	299	0	1456	4026	908	3.98	11.00	3.04	36.16	27.18	0.00
Piedra de Aguila	569	566	3	1488	7687	1501	4.07	21.00	2.64	19.36	27.08	0.53
Picún Leufú	451	451	0	1183	5124	1183	3.23	14.00	2.62	23.09	32.21	0.00
ZONA V	4568	4547	21	14536	35137	13958	39.72	96.00	3.06	41.37	47.58	0.46

Fuente: Informe estadístico de hospitalización. Dirección de Estadísticas. Pcia de Neuquén.

Provincia de Neuquén – Establecimientos Privados

	Total	Con internación	Sin internación
Establecimientos	56	13	43
Camas	521	521	---

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas. 2002.

Composición del gasto en salud según agentes Neuquén. 2000. (en millones de pesos)

Nación	OO.SS. Nacional	PAMI	Provincia	OO.SS. Provincia	Munic.	Privado	Total
6	45	15	128	92	14	71	371

Fuente: Elaboración L. Periano Klein, en base a datos de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo" de Tobar, Montiel y Falbo.

Nivel de Salud

El análisis de la mortalidad presenta una primera aproximación al nivel de salud provincial

Tasas brutas y ajustadas de mortalidad general. Región patagónica, Neuquén y total del país. Año 2000

Jurisdicción	Tasa bruta mortalidad general x 0/000 habitantes			Tasa de mortalidad ajustada por edad		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Patagónica	4.74	5.68	3.78	6.78	9.08	5.04
Neuquén	3.49	4.28	2.69	6.00	8.09	4.31
Tot. País	7.48	8.32	6.68	7.48	9.76	5.73

Fuente: Argentina 2001 Indicadores básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Arg. 2002.

El análisis según causas permite una visualización mas acabada de la realidad provincial.

**Tasas de Mortalidad Brutas (B) y Ajustadas por edad (A)
según grupos de causas (x 100.000 hab) Pcia. de Neuquén, (base Indec 2000)**

Jurisdicción	Cardiovasculares		Tumores		Infecciosas		C. Externas		Resto	
	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A
R. Patagónia	126.92	202.05	112.11	164.78	36.57	55.78	49.56	54.27	148.42	211.03
Neuquen	84.89	170.94	85.07	149.82	32.28	62.23	49.94	55.89	96.84	161.12
T. País	247.07	246.83	149.85	149.73	63.32	69.23	51.37	51.13	236.79	231.49

Fuente: Argentina 2001, Indicadores básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS. Rep. Argentina 2002.

La distribución de los fallecimientos según grupo etáreo y causas agrupadas ilustra sobre el perfil de las causas de mortalidad.

**Total de defunciones por grupo etareo según causas agrupadas
Provincia de Neuquén. Año 2000**

Ambos sexos									
Orden	< de 1 año	Nº	%	1 a 4	Nº	%	5 a 9	Nº	%
1	Perinatales	59	55.14	Accidentes	13	61.90	Accidentes	9	60.00
2	Malf.congénit.	23	21.50	Tumores	5	23.81	Otras bien def	3	20.00
3	Mal definidas	7	6.54	Enf. infecciosas	2	9.52	Enf. infecciosas	1	6.67
4	Enf. infecciosas	7	6.54	Malf.congénitas	1	4.76	Sist. urinario	1	6.67
5	Accidentes	4	3.74				Mellitus	1	6.67
6	Otras bien def	3	2.80						
7	Enf. circulatorias	2	1.87						
8	Tumores	1	0.93						
9	Homicidios	1	0.93						
Total		107	100.00	Total	21	100.00	Total	15	100.00
Orden	de 10 a 14 Nº	%	15 a 19	Nº	%	20 a 44	Nº	%	
1	Accidentes	6	37.50	Accidentes	12	36.36	Accidentes	69	29.24
2	Tumores	4	25.00	Suicidios	9	27.27	Tumores	46	19.49
3	Enf. infecciosas	2	12.50	Otras bien defin.	5	15.15	Suicidios	27	11.44
4	Enf. circulatorias	2	6.25	Homicidios	4	12.12	Enf. circulat.	22	9.32
5	Otras bien defin.	1	6.25	Tumores	1	3.03	Homicidios	22	9.32

Orden	45 a 64	Nº	%	65 y más	Nº	%	Desconocidas	Nº	%
1	Tumores	163	32.80	Enf. circulatorias	328	32.19	Accidentes	7	35.00
2	Enf. circulatorias	117	23.54	Tumores	261	25.61	Homicidios	4	20.00
3	Accidentes	53	10.66	Enf. infecciosas	116	11.38	Enf. circulatorias	4	20.00
4	Enf. infecciosas	34	6.84	Otras bien defin	114	11.19	Mal definidas	2	10.00
5	Afec. Hep. Crónicas	28	5.63	Diabetes Mellitus	43	4.22	Otras bien defin	1	5.00
6	Otras bien defin	21	4.23	Respirat. crónicas	32	3.14	Enf. infecciosas	1	5.00
7	Mal definidas	19	3.82	Sistema urinario	28	2.75	Afec. Hep. Crónicas	1	5.00
8	Suicidios	15	3.02	Accidentes	25	2.45			
9	Diabetes Mellitus	14	2.82	Mal definidas	24	2.36			
10	Homicidios	12	2.41	Afec. Hep. Crónicas	17	1.67			
11	Trast. mentales	8	1.61	Def. Nutricionales	9	0.88			
12	Respirat. crónicas	7	1.41	Suicidios	8	0.79			
13	Sistema urinario	5	1.01	Trast. mentales	8	0.79			
14	Apendic. hernias	1	0.20	Apendic. hernias	5	0.49			
15				Homicidios	1	0.10			
	Total	497	100.00	Total	10.19	100.00	Total	20	100.00

Fuente: Area de información. Informe estadístico de defunción. Pcia de Neuquén.

La distribución del número de defunciones por grupo de causas y en relación a los A los Años de Vida potencial perdidos ilustran sobre el impacto de las mismas en el nivel de salud.

AVPP según causas por 10.000 hab, Cardiovasculares. Tumoraes. Infecciosas Accidentes y violencias. Totales. Neuquén 2000

Jurisdicción	% Mal definidas	C.Cardíacas	C. Tumoraes	C.Infecciosas	Acc. Violentos	Todas las causas
R. Patagónica	6.0	66.8	96.9	41.3	153.4	621.6
Neuquén	3.7	47.0	81.5	36.0	155.5	509.6
Tot. País	6.7	94.2	101.9	63.9	151.2	723.1

Fuente: Argentina 2001, Indicadores Básicos. Ministerio de Salud, OMS/OPS.

Los niños y los jóvenes

A pesar del alto desempleo en esta franja de edad, la proporción de jóvenes que no estudian ni trabajan (calculada sobre el total de jóvenes de 15 a 24 años) aumentó solamente un punto porcentual entre 1998 y 2001, posicionando a la provincia (15%) en situación muy similar a los promedios de la región Patagónica y del total urbano. Esta proporción era más baja (11%) en el grupo de 15 a 18 años, en edad de cursar la escolaridad media*. En cambio, resultaba más elevada (17.5%) entre los jóvenes de 19 a 24 años que, en gran parte, ya han abandonado el sistema educativo**.

Mortalidad infantil

En el año 2000 la tasa de mortalidad infantil alcanzaba, en la provincia de Neuquén, a 11,4‰. Esta cifra era equivalente a tres cuartas partes del promedio nacional. Sin embargo, si se analiza la evolución correspondiente al último quinquenio, se advierte que la tasa se redujo en poco menos de tres puntos por mil, mientras en el conjunto del país esa disminución alcanzó a casi seis puntos por mil.

En el cuadro siguiente puede observarse los indicadores de mortalidad general, infantil y materna.

**Indicadores de natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil
y mortalidad materna por división político territorial de residencia.
República Argentina - año 2000**

Jurisdicción	población año 2000 (*)	nacidos vivos	tasa de natalidad	defunciones totales	tasa de mortalidad	defunciones de menores de 1 año	tasa de mortalidad infantil	defunciones maternas	tasa de mortalidad materna
Rep. Argentina	37.031.795	701878	19	277.148	7,5	11.649	16,6	245	3,5
Neuquén	560.726	10.057	17,9	1.957	3,5	115	11,4	-	1,4

(*) Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2000), Dirección de estadísticas Poblacionales. Programa de Análisis Demográfico.

En el cuadro siguiente pueden observarse las cifras de natalidad y mortalidad general, de 1 a 4 y materna por localidad. En ella aparece una distribución de las mismas en cierto grado homogénea dado que los indicadores que superan el ni-

* Ya se ha señalado que la tasa de asistencia escolar de los jóvenes de esta edad alcanza, en Neuquén/Plottier a más de 80% en octubre de 2001.

** En este tramo de edad, sólo 44% de los jóvenes asistían a la educación formal en Neuquén/Plottier, en octubre de 2001.

vel promedio aparecen en poblaciones muy pequeñas en donde la ocurrencia de una muerte es causa de una fuerte variación en la tasa.

Población total, nacidos vivos, población de 1 a 4 años, defunciones generales, defunciones de 1 a 4 años, defunciones maternas y tasas por mil de mortalidad, según domicilio habitual. Provincia de Neuquén. Año 2000

Domicilio habitual	Población total	Nacidos Vivos	Población 1 a 4	Grates	Defunciones		Tasas de mortalidad o/o		
					1 a 4	Maternas	Gral.	1 a 4	Materna
Total Registrados	560726	10110	40561	1964	21	1	3.50	0.52	0.10
Total residentes	560726	9974	40561	1877	21	0	3.35	0.52	0.00
NEUQUEN CAP.	259192	4167	16923	857	7		3.31	0.41	
Centenario	35589	681	2675	131			3.68	0.00	
Plottier	27527	477	2038	82			2.98	0.00	
Senillosa	7471	143	644	21			2.81		
Rincón dl Sauces	14120	260	1039	17			1.20	0.00	
S. Patricio d Chañar	7083	178	687	23	2		3.25	0.91	
El Chocón	1022	17	71	9			8.81		
ZONA I	92812	1756	7154	283	2	0	3.05	0.28	0.00
Zapala	37025	768	3007	127	1		3.43	0.33	
Mariano Moreno	3903	66	246	10	1		2.56	4.07	
Las Lajas	5637	114	469	16	1		2.84	2.13	
Bajada del Agrio	1159	30	141	4			3.45		
Loncopué	7398	148	555	36	1		4.87	1.80	
El Huacú	2792	49	181	7			2.51		
Aluminé	6330	128	555	19	1		3.00	1.80	
ZONA II	64244	1303	5154	219	5	0	3.41	0.97	0.00
Chos Malal	14458	295	1224	53			3.67	0.00	
Tricao Malal	1705	26	110	15	2		8.80	18.18	
Buta Ranquil	3049	88	350	15			4.92		
Andacollo	4457	106	448	18			4.04		
Las ovejas	2644	53	229	11			4.16		
El Cholar	1214	21	93	4			3.29		
ZONA III	27527	589	2454	116	2	0	4.21	0.81	0.00
San Martín dl Andes	20865	500	2032	79	1	3.79	0.49		
Junin de los Andes	13060	291	1087	46			3.52	0.00	
Villa La Angostura	6090	135	506	27			4.43		
Las Coloradas	2272	33	167	9			3.96		
ZONA IV	42287	959	3792	161	1	0	3.81	0.26	0.00
Cutral Co	48446	765	3258	152	4		3.14	1.23	
Plaza Huincul	14568	241	1014	66			4.53	0.00	
Piedra del Aguila	6831	116	438	7			1.02		
Picún Leufú	4819	78	374	16			3.32		
ZONA V	74664	1200	5084	241	4	0	3.23	0.79	0.00
Otras provincias		135		82		1			
Otro país				2					
Lugar desconocido		1		3					

Fuente: Area de información. Informe estadístico de Nacido vivo y defunción. Pcia de Neuquén.

Indicadores de Salud Materno-Infantil. Provincia del Neuquén, año 2000

EDAD MATERNA	NAC. VIVOS			MORTALIDAD			
	TOTAL	BAJO PESO		INFANTIL		BAJO PESO	
		N	%	N	Tasas o/oo	N	Tasas o/oo
Total	10110	674	6.7	107	10.6	59	87.5
Menor de 17	430	32	7.4	3	7.0	2	62.5
17 – 19	1375	129	9.4	17	12.4	7	54.3
20 – 34	7085	418	5.9	64	9.0	36	86.1
35 – 40	1044	78	7.5	13	12.5	8	102.6
41 y Más	147	12	8.2				
Desconocida	29	5	17.2	10	00.0	6	00.0

Fuente: Area de Información de Salud, Provincia del Neuquén

Defunciones infantiles por peso al nacer según grupo etareo
Provincia del Neuquén - año 2000

GRUPO ETAREO	TOTAL		PESO EN GRAMOS							
	Nº	%	Menor de 1500		1500-2499		2500 o más		Ignorado	
			N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	107	100.0	40	100.0	19	100.0	44	100.0	4	100.0
0 a 6 días	58	54.2	29	72.5	8	42.1	18	40.9	3	75.0
7 a 27 días	12	11.2	3	7.5	3	15.8	6	13.6		
28 d. a 11 mes.	37	34.6	8	20.0	8	42.1	20	45.5	1	25.0

Fuente: Area de Información de Salud, Provincia del Neuquén

Los cuadros anteriores completan la información sobre mortalidad infantil, relacionando las mismas con el peso al nacer y la edad de la madre. La tasa de mortalidad infantil de los nacidos con bajo peso llega casi al 90%. De los cuales el 75% se producen dentro de los primeros 6 días de vida.

Es importante conocer el % de defunciones de 0 a 27 días, según criterio de reducibilidad.

**Defunciones de 8 a 27 días según criterios de reducibilidad.
Provincia del Neuquén - año 2000**

	N°	%
Total de muertes de 0 a 27 días	70	100.0
Total de muertes reducibles	27	38.6
Reducibles por prevención, diagnóstico o trat. oportuno en el embarazo	6	8.6
Trastornos fetales relacionados a gestación corta y con bajo peso al nacer (P07) excepto P07.2	1	1.4
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22) excepto P22.1	4	5.7
Sepsis del recién nacido debido a estreptococo de otro grupo o de grupo no especificado (P36.1)	1	1.4
Reducibles por prevención, diagnóstico o trat. oportuno en el parto	12	17.1
Feto y R.N. afectado por compl. de placenta, cumbil. y membranas (P02) excepto P02,0	2	2.9
Hiposia intrauterina (P20) excepto P20.0	1	1.4
Axfixia del nacimiento (P21)	6	8.6
Síndrome de aspiración neonatal (P24)	3	4.3
Reducibles por prevención, diagnóstico o trat. oportuno en el recién nacido	8	11.4
Trastornos del sistema digestivo del feto y R. nacido (P76-P78)	6	8.6
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	1	1.4
Neumonía congénita (P23)	1	1.4
Otras reducibles	1	1.4
Causas externas de mortalidad y morbilidad (V01-Y98)	1	1.4
Difícilmente reducibles	42	60.0

Fuente: Area de Información de Salud, Provincia del Neuquén.

**Defunciones de 28 días a 11 meses según criterios de reducibilidad.
Provincia del Neuquén - año 2000**

	N°	%
Total de muertes de 28 días a 11 meses	37	100.0
Total de muertes reducibles	21	56.8
Reducibles por prevención	5	13.5
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (B20-B24)	1	2.7
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	4	10.8
Reducibles por tratamiento	3	8.1
Otras septicemias (A41)	2	5.4
Otras afecciones de la piel específicas del feto y del recién nacido (P83)	1	2.7
Reducibles por prevención y tratamiento	9	24.3
Infección meningocócica (A39)	2	5.4
Neumonía no especificada (J18.9)	1	2.7
Otras infecciones agudas de las vías respiratoria inferiores (J20-J22)	1	2.7
Hipoxia Intrauterina (P20)	1	2.7
Sepsis Bacteriana del RN (P36)	3	8.1
Otras infecciones específicas del período perinatal (P39)	1	2.7
Otras reducibles	4	10.8
Causas externas de mortalidad y morbilidad (V01-Y98)	4	10.8
Difficilmente reducibles	10	27.0
Otras enfermedades cardiopulmonares (I27)	1	2.7

Fuente: Area de Información de Salud, Provincia del Neuquén

Los mayores de 65 años

En octubre del 2001, en el aglomerado de Neuquén/Plottier, vivían en condición de pobreza 3.600 personas de 65 años y más, lo cual equivalía al 15% de la población de ese grupo de edad. En tanto, los mayores de 65 que no contaban con beneficios jubilatorios representaban una proporción mayor: 36,6%. Se trataba de un porcentaje cercano al regional (34.8%) pero muy superior al registrado en el total de aglomerados urbanos (25.4%). Se trata de población en condiciones de extrema vulnerabilidad, ya que a las limitaciones propias de esta etapa de la vida, se suma la falta de ingresos y de cobertura médica, cuya prestación dentro del sistema de obras sociales está asociada a la percepción de jubilación.

Programas Nacionales del Ministerio de Salud, con ejecución en Neuquén

Programa REMEDIAR - Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) (2)	Asistencia en Medicamentos	CAPS a asistir en el 4to trimestre
		Personas con NBI a asistir a través de la entrega de medicamentos (proyectados para el 4 to trimestre)
Programa Federal de Salud (PROFE)	Cobertura de Atención Médica y Social	Pensionados y Grupo Familiar con atención médico social
Programa Nacional de Inmunizaciones	Vacunación	Nacidos vivos, Fuente: Departamento de Inmunizaciones
Programa Nacional de Control de Vectores	Vigilancia de Viviendas	Miembros de viviendas vigiladas
	Rociado de Viviendas	Miembros de viviendas rociadas
Programa Nacional de Salud Materno Infantil Juvenil (3)	Distribución de Leche en Polvo	Niños menores de 6 años y embarazadas que reciben leche en polvo fortificada (promedio mensual)
Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) (4)	Entrega de Leche en polvo (Emergencia Sanitaria)	Embarazadas y Niños menores de 6 años que recibirán leche fortificada
Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS	Asistencia con Medicamentos	Pacientes con HIV que reciben medicamentos
	Determinación de Carga Viral	Pacientes con HIV que hicieron estudios de determinación de carga viral
	Distribución de reactivos para bancos de sangre	Bancos de sangre
	Consultas a la línea 0800 "Disque Salud pregunte SIDA"	Población en General Informada mediante Línea 0800
PAMI – Programa Probienestar de los Mayores	Asistencia alimentaria	Mayores de 70 años con Alto Riesgo Social que recibieron bolsones de alimentos
PAMI - Atención Geriátrica	Atención en RAM (Residencia para adultos mayores con control psiquiátrico ambulatorio)	Pensionados con control psiquiátrico ambulatorio
PAMI - Programa de Asistencia a Situaciones de Crisis Socio-sanitaria	Entrega de subsidios Mensuales	Afiliados con ingresos mínimos y alta vulnerabilidad socio-sanitaria que recibieron subsidios mensuales
	Entrega de Subsidios Otorgados por única vez	Afiliados con Alta Vulnerabilidad Socio-sanitaria Atendidos en Guardia de Emergencia Social que recibieron un subsidio por única vez
Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)	Prevención y Promoción de la Salud	Miembros de la comunidad aborígen a atender
	Capacitación de Agentes Sanitarios Aborígenes	Agentes Sanitarios Aborígenes a capacitar
Programa VIGI+A -Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades	Contratación de Recursos Humanos y Profesionales	Técnico de la Dirección de Epidemiología de Nivel Provincial y Nacional contratado.
	Capacitación	Técnicos y profesionales del sector público capacitados
	Financiamiento de proyectos de investigaciones operativas	Entidades públicas y privadas financiadas para la realización de investigaciones operativas
	Equipamiento informático	Entidad pública equipada

Fuente: SIEMPRO, en base a datos de la EPH, INDEC.

**Nacidos vivos, defunciones de menores de 1 año,
tasa específica de mortalidad y riesgo relativo de morir entre los expuesto
al bajo peso al nacer según peso al nacer. Provincia de Neuquén - Año 2000**

Peso al nacer	Nacidos vivos			Defunciones	Tasa	Riesgo
	Cant.	%	% Acum		específica	relativo
					%	
Total	10110	100.0		107	10.6	
Menor de 500 grs. (*)	3	0.0	0.0	4	1333.3	281.4
De 500 a 999 grs	40	0.4	0.4	28	700.0	147.7
De 1000 a 1499 grs	65	0.6	1.1	8	123.1	26.0
De 1500 a 1999 grs	131	1.3	2.4	8	61.1	12.9
De 2000 a 2499 grs	435	4.3	6.7	11	25.3	5.3
De 2500 y más grs	9287	91.9	98.5	44	4.7	1.0
Ignorado	149	1.5	100.0	4	26.8	

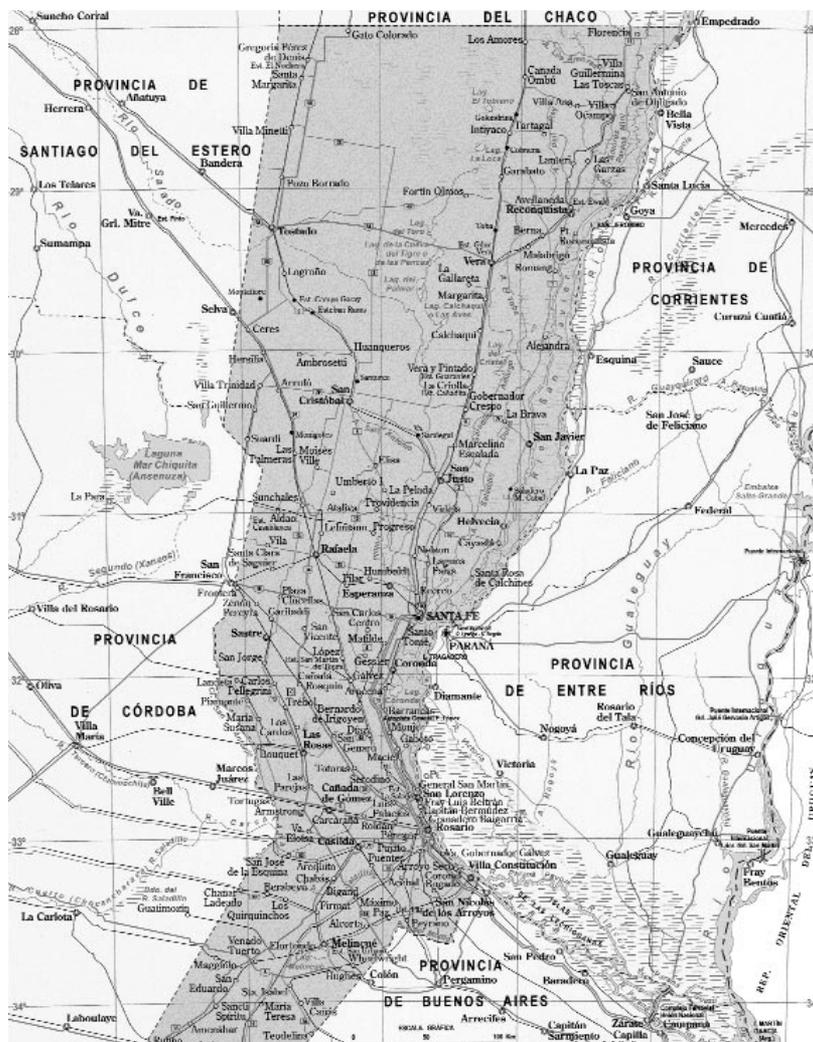
Fuente: Área de información. Informe de nacidos vivos y defunción.

(*) No se contabiliza un nacimiento porque el certificado correspondiente no fue presentado en el R.C.

Nota de los autores: De contabilizar el nacimiento el riesgo relativo sería de 105.5

Anexo VI

Provincia de Santa Fe*



* La información que da base a la elaboración de este documento proviene de Siempre; Anuario Estadístico Provincial e información estadística del Ministerio de Salud de La Nación.

Población

La provincia de Santa Fe tiene 2.997.376 habitantes (datos provisionales Censo 2001), lo cual representa el 8.3% de la población del país. Los aglomerados de Gran Rosario y Santa Fe-Santo Tomé representan el 53.7% de la población provincial. El ritmo de crecimiento poblacional de Santa Fe ha sido muy inferior (0.69% anual) al del conjunto del país (1.05%). Este resultado puede relacionarse con el nivel de la tasa de natalidad provincial, que se ha mantenido por debajo de la tasa promedio nacional y con saldos migratorios negativos durante la última década. La provincia se caracteriza por un índice de urbanización alto (88.2%), sólo levemente inferior al del total del país (89.3%).

Desempleo

En el año 2001 se agudizó el desempleo en los principales aglomerados de la provincia de Santa Fe. Gran Rosario, con una población desocupada de alrededor de 111.000 personas alcanzó la tasa de desempleo (22.8%), la más alta de las hasta ahora conocidas. El aumento de los trabajadores desocupados estuvo, en este caso, más ligado a la incapacidad de absorber a los numerosos trabajadores que recientemente se incorporaron al mercado de trabajo, que a la pérdida de puestos de trabajo. En Santa Fe - con casi 30.000 desocupados- la destrucción de puestos de trabajo fue el principal factor que dio origen al aumento de la tasa de desempleo (20.3%).

Población y Tasa de crecimiento intercensal.
Provincia de Santa Fe, región Pampeana y total país. 1980, 1991, 2001.

Jurisdicción \ Años	Santa Fe	Pampeana	Total país
1980	2.465.546	19.778.110	27.949.480
1991	2.798.422	22.405.735	32.615.386
2001	2.997.376	24.101.695	36.223.947
Tasa de crecimiento intercensal			
1980/91	1.16	1.14	1.41
1991/01	0.69	0.73	1.05

Fuente: SIEMPRO elaboración propia en base a datos de CNP, INDEC

De manera común, en ambas jurisdicciones el desempleo afectó en mayor medida a las mujeres, a la población con niveles educativos bajo y medio, a la población menor de 25 años, a los trabajadores secundarios y a los trabajadores de los estratos más bajos.

Ingresos laborales

La caída de los salarios nominales fue un rasgo permanente del mercado de trabajo entre 1998 -2001. En Gran Rosario la declinación de las remuneraciones fue mucho mayor (17%) que en Santa Fe (5%) y más aproxima a la registrada en el promedio de los aglomerados del país (13%), durante este período. En el 2001, la remuneración media mensual de los trabajadores de Santa Fe (\$498) y Gran Rosario (\$466) eran casi 20% más bajas que la del promedio de los trabajadores urbanos (\$575).

Distribución del ingreso

La evolución del IPCF indica que en el Gran Rosario, el peso de la crisis se manifestó en todos los estratos de ingreso. Si bien el 40% más pobre acumuló la mayor pérdida, lo hizo en una magnitud relativa similar el 10% de mayores ingresos. En Santa Fe-Santo Tomé, la pérdida es inversamente proporcional a la posición en la escala de ingresos, mientras el promedio de ingresos del 20% más pobre disminuye un 22%, el del quintil de mayores ingresos sólo lo hace en algo menos del 3%.

Indicadores de distribución del ingreso Aglomerado Santa Fe y Santo tomé y Gran Rosario Octubre 1998-2001

Aglomerado Santa Fe y Santo Tomé

	Distribución del ingreso en los hogares		Decil 10/1	Coefficiente de Gini
	50% inferior	10% superior		
Octubre 98	28.3	25.3	22.3	0.468
Octubre 99	27.3	26.1	23.2	0.479
Octubre 00	26.6	28.6	27.0	0.466
Octubre 01	25.0	30.5	28.5	0.499

Aglomerado Gran Rosario

	Distribución del ingreso en los hogares		Decil 10/1	Coeficiente de Gini
	50% inferior	10% superior		
Octubre 98	28.2	27.7	22.9	0.466
Octubre 99	31.1	20.7	14.1	0.415
Octubre 00	26.6	25.8	20.4	0.457
Octubre 01	25.1	28.2	22.6	0.481

Fuente: SIEMPRO en base a datos de EPH, INDEC

Pobreza*

En octubre del 2001, el 32% de los hogares (288.574) y el 42% de las personas (1.250.000) de la provincia se ubicaban por debajo de la línea de la pobreza. En tanto, el 10.58% de los hogares (94 mil) y el 15.8% de la población (470 mil personas) no alcanzaban a cubrir con sus ingresos el nivel mínimo de subsistencia, ubicándose en la indigencia. La evolución entre 1998 y el 2001 da cuenta de una agudización del problema de la pobreza en la provincia, ya que aumentó en cerca de un 21% la población afectada y creció el peso de la indigencia al interior del universo de pobres.

Si bien la incidencia, tanto de la pobreza como de la indigencia, era en octubre del 2001 similar en los aglomerados de la provincia, la evolución observada entre los extremos del período (1998-2001) da cuenta de un proceso de deterioro mayor en el Gran Rosario.

* Este punto se basa en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). A partir de información de esta fuente y la del Censo 2001, se han estimado valores provinciales.

**Indicadores de pobreza en la población. Santa Fe y Santo Tomé
y Gran Rosario. Octubre 1998-2001. En porcentajes**

Santa Fe y Santo Tomé

Población	Oct. 98	Oct. 99	Oct. 00	Oct/ 01
Pobres	40.5	42.5	35.7	44.6
Indigente	12.7	12.8	10.8	16.1
Carenciado	27.8	29.7	24.8	28.5
En riesgo	7.6	6.7	6.1	7.5
En hogares pobres con menores de 18 años	51.1	53.5	46.4	57.0
En hogares indigentes con menores de 18 años	16.5	16.2	13.5	21.4

Gran Rosario

Población	Oct. 98	Oct. 99	Oct. 00	Oct/ 01
Pobres	32.9	29.3	33.8	41.2
Indigente	11.2	10.2	12.1	15.6
Carenciado	21.7	19.1	21.7	25.6
En riesgo	14.1	15.4	14.9	9.9
En hogares pobres con menores de 18 años	43.8	38.6	44.1	52.9
En hogares indigentes con menores de 18 años	15.3	13.7	16.2	22.1

Santa Fe

Población	Oct. 98	Oct. 99	Oct. 00	Oct/ 01
Pobres	34.8	32.5	34.3	42.0
Indigente	11.5	10.8	11.8	15.8
Carenciado	23.3	21.6	22.5	26.2
En riesgo	12.5	13.3	12.7	9.3
En hogares pobres con menores de 18 años	46.0	43.2	45.3	53.9
En hogares indigentes con menores de 18 años	15.8	14.6	15.6	21.9

Fuente: SIEMPRO, en base a datos de la EPH, INDEC.

En octubre del 2001, en la provincia de Santa Fe vivían en condición de pobreza:

- 158 mil niños menores de 5 años (57.1%),
- 225 mil niños de 6 a 12 años (63.9%),
- 180 mil adolescentes de 13 a 18 años (56.8%) y el
- 155 mil jóvenes de 19 a 24 años (41.6%).

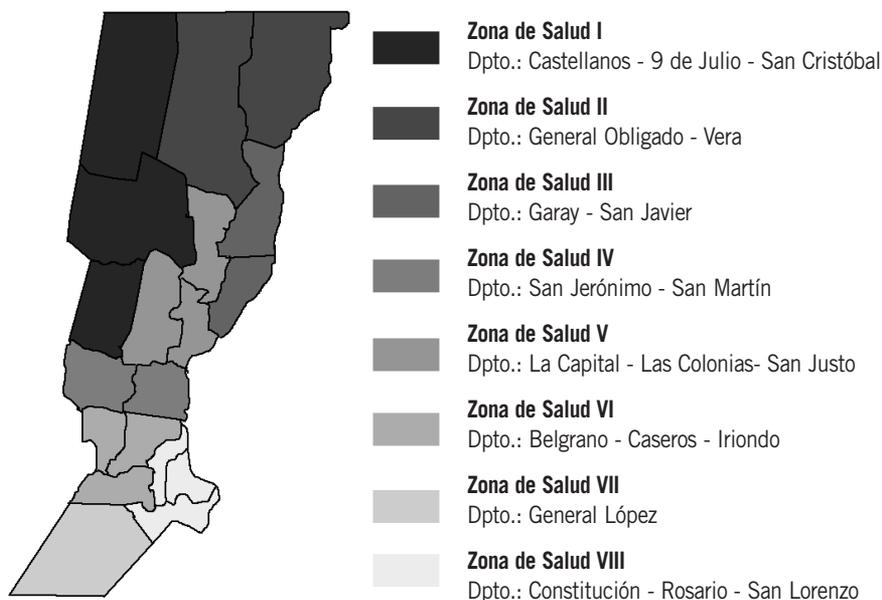
Salud

El nivel central integra las estructuras habituales con áreas específicas para la atención médica, administración de recursos, epidemiología, educación para la salud, saneamiento ambiental. Está dividida en regiones, con relativo grado de descentralización.

El gobierno nacional actúa a través de servicios propios (Sanidad de Fronteras) y por intermedio de convenios especiales de coordinación. Otros organismos nacionales tienen sede en la Provincia. Así las Universidades Nacionales del Litoral y la de Rosario tienen servicios propios que incluyen la Facultad de Medicina en Rosario y la Escuela de Salud Pública de Santa Fe. Las fuerzas armadas tienen su cobertura específica y en ocasiones realizan tareas sanitarias en coordinación con la Provincia. Las Obras Sociales cubren a su población de afiliados siendo la de mayor envergadura la Obra Social provincial y la del INSSJP (PAMI).

Recursos Asistenciales

Zonas de Salud, Provincia de Santa Fe



**Cantidad de establecimientos de la Provincia de Santa Fe
Según Dependencia Administrativa y Modalidad de Atención**

Total de Establecimientos Provinciales:	507
Total de Establecimientos Provinciales —Con Internación—	130
Total de Establecimientos Provinciales —Sin Internación—	377
Total de Establecimientos Comunes y/o Municipales:	77
Total de Establecimientos Comunes y/o Municipales —Con Internación—	-
Total de Establecimientos Comunes y/o Municipales — Sin Internación—	77
Total de Establecimientos Municipalidad de Rosario:	56
Total de Establecimientos Municipalidad de Rosario —Con Internación—	7
Total de Establecimientos Municipalidad de Rosario — Sin Internación—	49

Fuente: Ministerio de Salud, Pcia de Santa Fe, 2002.

Es particularmente significativo la presencia en la Provincia de establecimientos incluidos en los llamados servicios de Atención Médica a la comunidad, de larga tradición en la provincia y que presta servicios a los tres subsectores. El SAMCO es un antecedente importante en la estructura asistencial y precursos de experiencias tales como los Hospitales de Autogestión o de gestión Descentralizada.

Totales por Zona de Salud

Zona de salud					Régimen Jurídico				Camas	
	Efectores	Con Intern.	Sin Intern.	H.P.G.D.	S.A.M.Co.	Pcial.	Descentralizado	Dep. de S.A.M.Co.	Agudos	Crónicos
I	83	15	68	12	46	20	-	17	299	20
II	68	17	51	17	20	44	1	3	455	80
III	26	7	19	6	6	12	1	7	145	-
IV	42	17	25	18	37	2	-	3	318	125
V	120	20	100	18	44	55	7	14	965	315
VI	38	21	17	21	27	7	3	1	251	575
VII	38	13	25	13	25	8	-	5	290	120
VIII	93	20	73	18	43	40	5	5	668	370
Total										
Prov.	508	130	378	123	248	188	17	55	3391	1605

Fuente: Ministerio de Salud, Pcia de Santa Fe.

Establecimientos por Zona de Salud

Zona de salud	Nivel de Complejidad										
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Especializados	S/E
I	20	46	11	3	-	1	-	-	-	-	1
II	33	17	13	3	1	1	-	-	-	-	-
III	16	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-
IV	4	21	11	6	-	-	-	-	-	-	-
V	29	67	10	2	3	-	-	2	-	5	2
VI	-	17	17	3	-	-	-	-	-	1	-
VII	1	22	10	2	-	1	-	-	-	-	2
VIII	6	66	11	-	-	2	-	2	1	3	2
Total Prov.	109	256	89	20	4	5	-	4	1	9	7

Fuente: Ministerio de Salud, Pcia de Santa Fe, 2002

Los establecimientos privados se concentran especialmente en instituciones medianas y pequeñas, salvo en la ciudad de Rosario, donde ofrecen atención de alta complejidad.

Provincia de Santa Fe - Establecimientos Privados

	Total	Con internación	Sin internación
Establecimientos	697	210	487
Camas	5051	1522	3529

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Los egresos informan sobre la producción de los establecimientos.

Según datos de la EDS de 1997, el 49.5% de la población de la provincia de Santa Fe estaba afiliada en el sistema de obras sociales. Un porcentaje del 19.9%, cuenta con cobertura privada. El 30,5% sólo cuenta con cobertura del hospital público. La crisis de los hospitales públicos y de las obras sociales que ha afectado a las instituciones de la provincia, permite prever que en el período bajo análisis (1998-2001) se habrían dado las condiciones para una mayor restricción en el acceso y un deterioro en la calidad de las prestaciones afectando a quienes cuentan con tales coberturas.

Egresos por grupos de edad y sexo, Santa Fe 2000

División Político Territorial	Grupos de edad												
	Sexo	Total	< DE 1	1 - 4	5 - 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y más	Sin esp.
Santa Fe	Total	148716	12810	11670	11121	80987	22534	4543	13141	12678	10171	7523	1538
	Varón	57529	7426	6464	6044	5371	4552	4472	6175	7205	5694	3396	730
	Mujer	91181	5383	5205	5077	25616	17982	10071	6965	5473	4476	4126	807
	Ignorado	6	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1

Fuente: Ministerio de Salud, Provincia de Santa Fe.

Población según tipo de cobertura
Provincia de Santa Fe, región Pampeana y total del país
1997 en porcentajes

Cobertura de salud	Santa Fe	Pampeana	Total
Obra social	49.5	50.2	50.2
Mutual o prepago	13.8	9.2	7.9
Prepago y Obra social	6.1	4.4	4.2
Sólo hospital público (incl. solo emerg)	30.5	36.1	37.7
Ignorado	0.1	0.1	0.1
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas. 2002.

Es interesante conocer el aporte de cada uno de los agentes sectoriales en la Provincia.

Composición del gasto en salud según agentes
Santa Fe. 2000(en millones de pesos)

Nacional	O. S. N.	Pami	Provincial	Insep	Municipal	Privado	Total
14	322	227	201	153	77	773	1.766

Fuente: Elaboración en base a datos de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo" de Tobar, Montiel y Falbo.

Situación de Salud

La información sobre mortalidad plantean una primera información sobre nivel de salud

Indicadores de Mortalidad TBMG y TMAPE. Año 2000. Provincia de Santa Fe

Indicador Jurisdicción	Tasa bruta mortalidad general x 0/000habitantes			Tasa de mortalidad ajustada por edad		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Región Centro	8.26	9.11	7.46	7.32	9.76	5.56
Santa Fe	8.25	9.10	7.44	7.26	9.62	5.51
T.Pais	7.48	8.32	6.68	7.48	9.76	5.73

Fuente: Argentina 2001 Indicadores básicos. Ministerio de Salud/ OMS/OPS . Rep Arg´2002

En su ajuste por edad y sexo la mortalidad de la Provincia aparece con niveles inferiores al promedio regional y de país.

Un análisis sobre las principales causas seleccionadas de muerte permiten una mejor caracterización de la realidad.

Tasas de Mortalidad Brutas (B) y Ajustadas por edad (A) según grupos de causas (x 100.000 hab)

Jurisdicción	Cardiovasculares		Tumores		Infecciosas		C. Externas		Resto	
	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A
Centro	293.01	254.23	170.65	151.29	67.91	69.23	51.37	51.13	236.79	231.49
S. Fe	265.89	228.48	191.63	170.23	44.54	39.23	61.03	58.25	262.21	231.81
País	247.07	246.83	149.85	149.73	63.32	69.23	51.37	51.13	236.79	231.49

Fuente: Argentina 2001, Indicadores básicos. Ministerio de Salud/OMS/OPS. Rep Arg. 2002.

El análisis de los AVPP, totales y por causas seleccionadas permite una mejor caracterización de la realidad provincial.

**AVPP por grupos de causas por 10.000 hab. y % de mal definidas.
Provincia de Santa Fe, 2000**

Jurisdicción	% Mal definidas	C. Cardíacas	C. Tumorales	C. Infecciosas	Acc. Violentos	Todas las causas
R. Centro	5.4	101.6	107.0	63.9	151.2	723.1
S. Fe	7.0	76.9	114.0	40.4	154.1	655.7
Total País	6.7	94.2	101.9	63.9	151.2	723.1

Fuente: Argentina 2001, Indicadores básicos. Ministerio de Salud/OMS/OPS. Rep Arg. 2002.

Los niños y los jóvenes

La mortalidad infantil de la provincia (14.4 por mil) se ubicaba por debajo del valor promedio nacional (16.6 por mil) en el año 2000. Su tendencia descendente ha superado el ritmo de reducción observado para el promedio nacional. Su tasa de natalidad también aparece como menor al promedio nacional. Estos hechos son propios de una provincia que se encuentra, aún con sus problemas, entre las más ricas del país.

**Tasa de natalidad y tasa de mortalidad infantil
Provincia del Santa Fe y total del país. 1990-2000**

Años	Tasa de natalidad*		Tasa de mortalidad*	
	República Argentina	Santa Fe	República Argentina	Santa Fe
1990	21.0	16.8	25.6	28.3
1991	21.3	20.9	24.7	22.2
1992	20.5	19.3	23.9	20.9
1993	19.8	18.5	22.9	19.8
1994	19.7	18.3	22.0	17.8
1995	18.9	18.1	22.2	17.6
1996	19.2	18.5	20.9	15.7
1997	19.4	17.7	18.8	16.3
1998	18.9	17.4	19.1	16.2
1999	18.8	17.3	17.6	15.2
2000	19.0	16.9	16.6	14.4

Referencias:

(*) Por mil habitantes

(**) Por mil nacidos vivos

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social.

En lo referido a mortalidad materna se observa que los niveles de la provincia son superiores al promedio nacional. Pese al escaso número de casos es posible que esta cifra promedial provincial oculte diferencias importantes al interior de la geografía provincial.

**Indicadores de natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil
y mortalidad materna por división político territorial de residencia
República Argentina y Provincia de Santa Fe - Año 2000**

Jurisdicción	población año 2000 (*)	nacidos vivos ¹	tasa de natalidad	defunciones totales	tasa de mortalidad	defunciones de menores de 1 año	tasa de mortalidad infantil	defunciones maternas	tasa de mortalidad materna
Rep. Argentina	37.031.795	701878	19	277.148	7,5	11.649	16,6	245	3,5
Santa Fe	3.098.661	52.367	16,9	25.573	8,3	755	14,4	23	4,4

(*) Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2000), Dirección de estadísticas Poblacionales. Programa de Análisis Demográfico.

¹ Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior. Las tasas de Natalidad y de Mortalidad son por 1000 habitantes, la de Mortalidad Infantil por 1000 nacidos vivos y las de Mortalidad Materna por 10000 nacidos vivos.

La atención del parto se realiza casi en su totalidad en establecimientos de salud. El mayor peso de las menores madres, en relación al promedio nacional puede relacionarse con el nivel de muertes maternas.

**Indicadores de salud materno-infantil, por división político territorial
de residencia. República Argentina y Provincia de Santa Fe. Año 2000**

Jurisdicción	Tasa bruta de natalidad	% Nac. vivos Est. oficiales	% Nac. vivos Bajo peso	% Nac. vivos Madre menor 20
Total País	19	97,9	7,2	15,2
Santa Fe	16,9	99,1	7,3	18,3

Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes) (2000) - MS Serie 5 N°43/00.

Porcentaje de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales con relación al total de nacidos vivos (2000) MS Serie 5 N° 43/00.

Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (2000) (de peso conocido) MS Serie 5 N° 43/00.

Morbilidad

Indicadores de morbilidad. Provincia de Santa Fe, años 2000/2001

Leptospirosis		Hanta virus		Chagas, agudo vectorial		SIDA		Tuberculosis	Tétanos, no neonatal	Sífilis congénita		Sarampión	
2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2001	2001	2000	2001	2000	2001
28	63	6	3	0	0	102	58	635	0	0	51	39	0

Fuente: Argentina 2001, Indicadores básicos. Ministerio de Salud/OMS/OPS. Rep Arg. 2002.

Los mayores de 65 años

Un importante porcentaje de población de mayores de 65 años de la provincia (12.8%) vivían en condición de pobreza en octubre de 2001.

**Incidencia de la pobreza en la población de 65 años y más.
Provincia de Santa Fe, región Pampeana y total país.
Octubre 1998 - 2001. En porcentajes**

Jurisdicción	Octubre 98	Octubre 99	Octubre 00	Octubre 01
Santa Fe	15.3	13.8	12.6	12.8
R. Pampeana	13.9	13.3	11.2	14.1
Total país	14.9	13.8	13.7	15.3

Fuente: SIEMPRO, en base a datos de la EPH, INDEC.

Una proporción aún mayor de esta población no cuenta con beneficios jubilatorios.

**Población de 65 años y más sin cobertura jubilatoria
Aglomerado Santa Fe y Santo Tomé
y Gran Rosario, región Pampeana y total país
Octubre 1998 - 2001. En porcentajes**

Jurisdicción	Octubre 98	Octubre 99	Octubre 00	Octubre 01
Santa Fe y Santo Tomé	30.1	30.4	29.4	33.6
Gran Rosario	27.8	27.8	33.5	34.5
R. Pampeana	31.2	30.1	31.8	34.4
Total país	27.3	28.0	30.3	30.0

Fuente: SIEMPRO, en base a datos de la EPH, INDEC.

Programas Nacionales en ejecución en la Provincia de Santa Fe*

Atención de la salud

Programa	Institución responsable	Población objetivo	Prestaciones	Fuente de financiamiento
Programa Federal de Salud (PROFE)	Ministerio de Desarrollo Social	Personas beneficiarias de las Pensiones no Contributivas.	Atención médica.	Nacional
Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN)	Ministerio de Salud de la Nación	Embarazadas y niños menores de 6 años.	Remodelación y equipamiento de Centros de Desarrollo Infantil. Fortalecimiento institucional de las áreas provinciales de maternidad e infancia. Distribución de medicamentos y leche fortificada.	Nacional Crédito externo
Plan Materno Infantil	Ministerio de Salud de la Nación	Mujeres en edad fértil, niños y adolescentes.	Provisión de leche fortificada para embarazadas, niños de 0 a 2 años y niños desnutridos. Provisión de medicamentos. Capacitación.	Nacional/ Provincial

Programa	Institución responsable	Población objetivo	Prestaciones	Fuente de financiamiento
REMIEDIAR	Ministerio de Salud de la Nación	Se atiende en los centros de atención Población sin seguro de salud y de bajos ingresos que primaria.	Provisión de medicamentos genéricos a las salas de atención primaria de la salud.	Nacional
Programa Nacional de Control del Chagas	Ministerio de Salud de la Nación	Población rural en situación de mayor vulnerabilidad.	Control y tratamiento de viviendas. Control del suministro de sangre y transmisión madre – hijo. Medicamentos.	Nacional
Programa Nacional de SIDA		Población afectadas por la enfermedad. Población en situación de riesgo de contraer la enfermedad.	Actividad de prevención. Actividades de capacitación. Actividades Asistenciales (entrega de medicamentos y tratamientos de enfermos de SIDA).	Nacional
VIGIA	Ministerio de Salud de la Nación	Comunidad en general.	Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Capacitación en epidemiología e instalación de unidades centinelas. Prevención y control de enfermedades.	Nacional

Fuente: SIEMPRO, en base a datos de la EPH, INDEC.

Anexo VII

Indice de siglas institucionales

ACAMI Asociación Civil de Actividades Medicas Integradas
ACLER Asociación de Clínicas de Entre Ríos
ADECRA Asociación de Clínicas de la República Argentina)
ADEMP Asociación de Entidades de Medicina Prepaga
AFACIMERA Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina
AMA Asociación Médica Argentina
AMF Asociación Médica Federal
AVPP Años de vida potencial perdidos

CADIEM Cámara Argentina de Distribuidores e Importadores de Equipos Médicos
CADIME Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico
CAEME Cámara Argentina de Especialidades Medicinales
CCPM Consejo de Certificación de Profesionales Médicos
CGT Confederación General del Trabajo de la República Argentina
CILFA Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos
CIMARA Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina
COFA Confederación Farmacéutica de la República Argentina
COFESA Consejo Federal de Salud
COMRA Confederación Médica de la República Argentina
CONFELISA Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados
CONFEMECO Confederación de Entidades Médicas Colegiadas
COOPERALA Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos
CORA Confederación Odontológica de la República Argentina

COSSPRA Confederación de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina

CTA Central de Trabajadores Argentinos

CUBRA Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina

EDS Encuesta de Desarrollo Social

EPH Encuesta Permanente de Hogares

EVN Expectativa de vida al nacer

FAMSA Federación Argentina de Mutuales de Salud

FEMECA Federación Médica de Capital Federal

FeMER Federación Médica de Entre Ríos

INTA Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria

IOMA Instituto de Obra Médica Asistencial (Provincia de Buenos Aires)

IOSE Instituto de Obra Social del Ejército

IOSPER Instituto de Obra Social Provincial de Entre Ríos

IPAM Instituto Provincial de Atención Médica (Provincia de Córdoba)

IPSER Instituto de Prestaciones y Servicios de Entre Ríos

ISST Instituto de Seguridad Social de Tierra del Fuego

MTA Movimiento de Trabajadores Argentinos

NBI Necesidades Básicas Insatisfechas

NEA Nordeste Argentino (región geográfica)

NOA Noroeste Argentino (región geográfica)

NU Naciones Unidas

OISS Organización Iberoamericana de Seguridad Social

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

OSP Obras Sociales Provinciales

OSPLAD Obra Social para la Actividad Docente

PAMI Programa de Atención Médica Integral (*Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*)

PBG Producto Bruto Geográfico

PBI Producto Bruto Interno

PEA Población Económicamente Activa

ProFe Programa Federal de Salud

PROS Programa de Reconversión de las Obras Sociales

SAMA Sistema de Atención Médica Adventista

SAMCO Servicios de Atención Médica a la Comunidad (Santa Fe)

SAP Sociedad Argentina de Pediatría

SEDRONAR Secretaría de Prevención de Drogas y Control del Narcotráfico

SIEMPRO Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales

SOGBA Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires

SRA Sociedad Rural Argentina

SSS Superintendencia de Servicios de Salud

UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*) Fondo de las Naciones Unidas para los Niños.