

# Argentina: Efectos socio-sanitarios de la crisis, 2001-2003

57

Año | 2003



REPRESENTACIÓN OPS/OMS ARGENTINA



ARGENTINA: EFECTOS SOCIOSANITARIOS  
DE LA CRISIS, 2001-2003



# ARGENTINA: EFECTOS SOCIOSANITARIOS DE LA CRISIS, 2001-2003

**José Luis Zeballos**

— Consultor  
— Sistemas de Salud  
— Atención a las Emergencias y Desastres

Representación de la OPS/OMS Argentina

---



R2            Zeballos, José Luis.  
ZEB            Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003 /  
                  José Luis Zeballos.- 1ª. ed. – Buenos Aires: Organización  
                  Panamericana de la Salud, 2003.  
                  108 p.; 22x16 cm.  
  
                  ISBN 950-710-079-2  
  
                  I. Título II. Salud Pública

© Organización Panamericana de la Salud, 2003

I.S.B.N: 950-710-079-2

Primera edición: 1.000 ejemplares

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

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

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

# Índice

|   |     |
|---|-----|
| Presentación .....  | vii |
| Agradecimiento .....  | ix  |
| Prefacio .....  | xi  |
| Capítulo 1. Aspectos políticos .....  | 1   |
| Capítulo 2. Aspectos económicos .....   | 15  |
| Capítulo 3. Aspectos sociales .....   | 27  |
| Capítulo 4. Aspectos de salud .....   | 51  |
| Capítulo 5. Respuestas y acciones de la OPS .....   | 75  |
| Anexo. Cronología de la participación de la OPS<br>en el período de la emergencia socio sanitaria ..... | 87  |
| Bibliografía .....  | 93  |



# Presentación

La República Argentina, que durante largo tiempo, por su notable desarrollo cultural, económico y social, ha servido de referencia para muchos países de América Latina y del mundo, se halla hoy sumergida en una de las crisis económicas más graves de su historia y sufre fuertes aumentos de sus niveles de pobreza y desempleo, así como muchos otros efectos sociales negativos. Para hacer frente a tan serias dificultades, los diversos escalones de gobierno —federal, provincial y municipal— y todos los sectores de la sociedad argentina procuran esforzadamente concertar las medidas políticas y económicas que permitan superar la crisis y reencaminar el país hacia un futuro más promisorio.

El comienzo de la actual crisis sociosanitaria se sitúa en la convulsión política de diciembre de 2001 que motivó la renuncia del presidente Fernando de la Rúa. Le tocó entonces a su sucesor, Eduardo Duhalde, elegido por ambas cámaras del Congreso Nacional para completar el mandato trunco, afrontar el período más difícil, que abarcó todo el año 2002 y solo en el año en curso comienza a mostrar algunos indicios de recuperación.

El colapso económico repercutió severamente sobre el funcionamiento, la calidad y la eficacia de los servicios públicos de salud, que se vieron súbitamente exigidos y rebasados en su capacidad de respuesta por la quiebra de muchas instituciones encargadas de asegurar la salud de la población argentina, las llamadas “obras sociales”, generalmente de origen y administración gremial, con una tradición de eficiencia operativa que se remonta a más de medio siglo atrás. A ello se sumó la de no pocos servicios privados de salud, debido a que las penurias económicas y la elevada tasa de desempleo afectaron sobremanera los ingresos de la población y su capacidad para seguir contribuyendo al sostén de esas prestadoras de salud.

Ante tal situación, y el riesgo de que numerosos sectores de la población quedasen sin la más elemental cobertura de salud y se deteriorasen o perdiesen los logros alcanzados en materia de prevención de enfermedades y atención a los habitantes, en particular a los más vulnerables, niños y ancianos, el gobierno argentino, por intermedio del Ministerio de Salud de la Nación, los gobiernos provinciales mediante sus respectivos ministerios provinciales de Salud, y las organizaciones civiles emprendieron una verdadera cruzada para fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. De hecho, la



declaración por decreto presidencial de la Emergencia Sanitaria Nacional posibilitó la adopción de disposiciones excepcionales para afrontar la crisis sanitaria.

La Representación en la Argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha seguido de cerca esta crisis, ha sido testigo de las medidas tomadas en materia de política sanitaria y de los esfuerzos desarrollados para mantener el funcionamiento eficaz del sector público de salud. Ha acompañado y apoyado solidariamente las iniciativas de las autoridades sanitarias del país para responder a la emergencia y ha decidido documentar y difundir los esfuerzos realizados.

Pero no podrían explicarse con frialdad las repercusiones de la crisis sobre la salud sin hacer referencia a los factores condicionantes o determinantes de la situación. Por eso el autor ha procurado abordar de manera integral la crisis sociosanitaria, hilvanando sus propios aportes sobre la diversa documentación y estadísticas existentes, para exponer los aspectos políticos, económicos, sociales y sanitarios, la respuesta gubernamental a las demandas más apremiantes y las acciones solidarias realizadas por la OPS. Es así como esta publicación se propone presentar a los lectores interesados en conocer el desarrollo de la crisis sociosanitaria en la Argentina un panorama sucinto pero orgánico de los acontecimientos más relevantes ocurridos en los momentos más difíciles que atravesó este país.

Esta crónica concluye con la asunción del Dr. Néstor Kirchner el 25 de mayo de 2003, como nuevo presidente de la Nación elegido democráticamente por el pueblo argentino. Su gobierno deberá sin duda afrontar todavía peligrosos desafíos y riesgos considerables antes de alcanzar las metas que las grandes expectativas de toda la población le han confiado.

La Representación de la OPS/OMS ha incorporado este libro a la serie de publicaciones OPS/OMS en la Argentina, cuya finalidad es contribuir a la difusión de trabajos significativos realizados en el país en el campo de la salud, vinculados con la cooperación técnica de esos organismos internacionales.

Dr. Juan Manuel Sotelo  
*Representante OPS/OMS*

# Agradecimiento

El autor agradece al Dr. Juan Manuel Sotelo por su invaluable apoyo a esta iniciativa, a la Lic. Karina Sánchez, por su aporte al análisis económico y social, al Dr. Enrique Vázquez por su aporte y la revisión del capítulo sobre la salud, y a las licenciadas Lorena Pereira y Catalina Iannello por su colaboración en el acopio y análisis de la documentación utilizada.



# Prefacio

Los dramáticos efectos sociales de la crisis económica y política que ha afectado recientemente a la República Argentina han despertado enorme interés en la opinión pública internacional, que sigue atentamente la situación del país y los esfuerzos de su pueblo y gobierno por superar las dificultades sufridas. Si bien en la historia argentina de los últimos decenios fueron recurrentes las crisis económicas y políticas, nunca antes habían tenido un impacto social tan demoledor como el de la presente crisis, caracterizada por elevados niveles de pobreza, indigencia y desempleo.

Por mucho tiempo la Argentina fue tomada como un país digno de emular, con riqueza económica, exportador de alimentos, impulsor de la industria y de la tecnología, un considerable bagaje intelectual e incuestionables éxitos en la ciencia, las letras y las artes; en suma, por su extensión y diversidad geográficas, así como por las condiciones recién enumeradas, una nación de enormes potencialidades para el mejor desarrollo económico y social. Por todo ello, llama poderosamente la atención que un país así dotado de recursos tanto humanos como naturales haya llegado casi al extremo de la insolvencia, y que en pocos años cerca de la mitad de su población se haya sumido en la pobreza, que se manifiesta cotidianamente con su rostro más amargo, agravada por la falta de empleo y de un salario digno que permita sostener con decoro a una familia.

Al igual que otras naciones en crisis, la Argentina no escapa a otras duras realidades asociadas a la pobreza y al desempleo, como son los marcados aumentos de la mendicidad, la delincuencia y otras expresiones de patología social. Todos estos fenómenos son síntomas que denotan la severidad de la crisis, como lo son los niveles de desnutrición que afectan a importantes segmentos de población en las regiones más pobres del país.

Por otra parte, la crisis también ha despertado respuestas solidarias de la población menos castigada, y así se ha podido presenciar el desarrollo de encomiables esfuerzos en la sociedad civil en general, y en las comunidades barriales en particular, para organizar agrupaciones de apoyo a los más necesitados, posibilitando el funcionamiento de comedores populares y proporcionando albergue a los indigentes. Por su parte, el gobierno nacional puso en marcha planes de contención social para mitigar los efectos de la crisis en la población más marginada.

En el campo de la salud, la crisis ha tenido asimismo obvias repercusiones: la ansiedad, la angustia y el estrés han afectado a familias enteras, ya sea por la pérdida de sus fuentes de trabajo, por la desintegración de las parejas, por la migración de los seres queridos

en busca de oportunidades de empleo fuera del país, por la carencia de dinero para afrontar las necesidades cotidianas básicas, etc. Toda esta compleja situación ha incrementado una amplia gama de enfermedades asociadas a la ansiedad y al estrés. Por otro lado, la insuficiencia del sistema público de salud, desbordado por la sobredemanda de servicios, y la falta de dinero para cubrir el costo de los medicamentos han incentivado el florecimiento de la medicina tradicional y de otras terapias alternativas, y aun de las “santerías” y la parapsicología, en procura de alivio a tanta angustia.

En este libro se intenta describir, a manera de crónica, los aspectos más salientes de la crisis socio sanitaria que está sufriendo la población argentina por la situación que afecta al país desde diciembre de 2001. Si bien se enfatizan los aspectos del sector salud y la respuesta del gobierno argentino a las necesidades derivadas de la emergencia sanitaria, también se ofrecen sendos capítulos dedicados a sintetizar los principales aspectos políticos, económicos y sociales que enmarcan y contextualizan los impactos de la crisis sobre la salud, y otro capítulo donde se reseña el papel desempeñado por la OPS/OMS durante el período considerado.

El enfoque del capítulo dedicado a los aspectos políticos aborda los temas más salientes de la crisis de 2001, que a mediados de diciembre de ese año causó primero la renuncia del ministro de Economía, Domingo Cavallo —que había decretado el llamado “corralito”—, la reacción social y el levantamiento popular que culminaron con la renuncia del presidente De la Rúa, y luego la posterior asunción de Eduardo Duhalde como presidente interino. Comenta también las medidas de emergencia adoptadas por este último durante todo el año 2002 y su conducción del proceso electoral culminado el 25 de mayo de 2003 con la inauguración de un nuevo gobierno elegido por el pueblo y presidido por Néstor Kirchner. El capítulo sobre los aspectos económicos trata de explicar de la manera más sencilla posible la compleja génesis de la crisis. El autor contó para ello con el valioso aporte de Karina Sánchez, licenciada en Economía, y procuró centrar su análisis en la dinámica económica del decenio 1990-1999, que correspondió a los dos períodos presidenciales de Carlos Menem, con particular énfasis en los resultados de la ley de convertibilidad y de las privatizaciones.

El capítulo sobre los aspectos sociales destaca los informes de varias fuentes públicas sobre inequidad, desempleo y pobreza, describe las redes solidarias, el mercado de trueques, el accionar de los “piqueteros” y los “cartoneros”, así como otros fenómenos sociales que se han manifestado durante la crisis. El capítulo dedicado a la salud reseña los esfuerzos desarrollados por las autoridades sanitarias para satisfacer la creciente demanda de servicios públicos de salud, el alcance del decreto de Emergencia Sanitaria, y las políticas y programas impulsados por el Ministerio de Salud de la Nación desde enero de 2002. El libro concluye con las acciones desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud en su acompañamiento y aporte solidario al manejo de la crisis sanitaria.

Una de las finalidades de esta publicación es crear un espacio de reflexión sobre las repercusiones sociales de una de las crisis más complejas y graves soportadas por el pueblo de la República Argentina. Quienes, como yo, guardamos particular afecto a este país, y reconocemos su formidable potencial, abrigamos la esperanza de que políticas bien encaminadas posibiliten su pronta recuperación en todos los planos de su desenvolvimiento como nación y aseguren el bienestar y prosperidad de su pueblo.

# 1 Aspectos políticos

## **La Argentina en el siglo XX: inmigración, prosperidad y retroceso**

Una mirada retrospectiva a la historia política de la Argentina muestra que, desde su independencia y sobre todo desde que se organizó como nación, ese país ha tenido que hacer grandes esfuerzos para mantener su equilibrio y cohesión, debido a su condición de república federal con fuerte gravitación del gobierno nacional, pero también con marcada autonomía de sus gobiernos provinciales, tradicionalmente dominados por grupos o líderes políticos locales de arraigada influencia y poder.

Es un hecho admitido que la Argentina vivió un período de intenso auge económico entre 1880 y 1930. En 1916 asumió el primer gobierno elegido por sufragio universal, encabezado por el presidente Hipólito Yrigoyen, de la Unión Cívica Radical. El modelo económico vigente durante ese período era esencialmente agroexportador, según el cual la Argentina participaba en la división internacional del trabajo como productora de materias primas, complementándose con Gran Bretaña, como principal socio, desde donde importaba bienes de consumo y de capital. En ese mismo lapso se registró una intensa inmigración europea, proveniente sobre todo de Italia y España, que contribuyó al auge económico mencionado. La prosperidad así lograda, y el considerable desarrollo cultural que ella permitió, hicieron de la Argentina de esos años uno de los países más ricos del mundo.

Con la crisis mundial del 30 se generalizaron las políticas proteccionistas, y los países de América Latina se vieron forzados a adoptar el modelo de sustitución de importaciones y a incursionar en la creación y desarrollo del sector industrial. La relación con Gran Bretaña comenzó a decaer y la Argentina ya no encontró otros países con quienes establecer una relación complementaria tan privilegiada. (Aunque Estados Unidos fue cobrando un peso creciente en la región, como su economía producía los mismos bienes agropecuarios que la Argentina, nunca absorbió la proporción de exportaciones que se comercializaban en Gran Bretaña.) A partir de 1930 la Argentina se vio afectada por crisis políticas y económicas recurrentes. La normalidad institucional de la vida política en

democracia fue interrumpida por varios golpes militares, el primero de los cuales (septiembre de 1930) coincidió con la crisis mundial; el último y más grave se registró en 1976. Durante esos decenios la inestabilidad política se reflejó también en una marcada inestabilidad de las estructuras económicas.

### **El retorno a la democracia**

La vuelta a la legalidad institucional en un contexto democrático renovado ocurrió en 1983, luego de la derrota en la guerra de las Malvinas, y en parte debido a ella. En las elecciones generales de octubre de ese año triunfó Raúl Alfonsín, de la Unión Cívica Radical (UCR), quien asumió la presidencia en el mes de diciembre. Sin embargo, la crisis económica derivada de la aplicación del Plan Austral (1985) y la convulsión socioeconómica consiguiente le impidieron completar su mandato en 1989. El fenómeno de la hiperinflación y los temores que suscitó en muchos sectores ayudan a explicar el apoyo de los argentinos al llamado “plan de convertibilidad” implantado en 1991.

Carlos Saúl Menem, del Partido Justicialista (PJ), elegido presidente en 1989, asumió unos meses antes de la fecha estipulada, al renunciar Alfonsín sin haber finalizado su período constitucional. Tras impulsar en 1994 una reforma de la Constitución que le permitiera reelegirse, pudo gobernar durante dos períodos consecutivos en los que impuso una política económica de corte neoliberal, cuyas principales características fueron la transferencia de las empresas públicas a la iniciativa privada y la libre inversión y flujo de capitales. Con esas y otras medidas, el gobierno de Menem consiguió frenar la hiperinflación y modificar la estructura productiva del país, aumentando la concentración de capitales y expandiendo el sector de servicios en desmedro de la producción industrial. Los efectos de esa política económica y sus consecuencias sobre la crisis actual son materia de debate; sin embargo, parecen haber tenido una marcada influencia en la crisis que afectó al gobierno que lo sucedió.

Al cabo de diez años de gobierno peronista, en las elecciones presidenciales de 1999 triunfó Fernando De la Rúa, candidato de la Alianza, partido político nacido en 1997 de la coalición entre la Unión Cívica Radical (UCR) y el Frente para un País Solidario (Frepaso). El nuevo gobierno hubo de afrontar muy pronto condiciones sociales y financieras sumamente críticas. Las medidas económicas que impulsó suscitaban enormes presiones sociales y políticas en diversos sectores de la sociedad y desencadenaron fuertes protestas que culminaron con la renuncia del presidente De la Rúa. Que su gobierno cayera sin la intervención de las Fuerzas Armadas fue una novedad en la vida política argentina.

### **La crisis política, económica y social de 2001**

El año 2001, pues, se caracterizó por una gran turbulencia política y social que provocó la caída del gobierno. Se señalan a continuación los aspectos más sobresalientes de este período, de acuerdo con diversas fuentes:

- En el orden político, la causa fundamental de la crisis fue la falta de consenso, ya que el gobierno de la Alianza no logró llegar a un acuerdo, ni con la oposición ni con sus propios partidarios en el Congreso, para llevar a cabo las reformas estructurales consideradas necesarias para contener el gasto público.
- En el orden económico, el gobierno debió afrontar una serie de dificultades para conseguir recursos que le permitieran cumplir con sus compromisos tanto internos como externos.
- Paralelamente, en el aspecto social la tensión siguió aumentando, pues desde principios de 2001 hubo en todo el país movilizaciones y cortes de rutas por parte de grupos de personas que reclamaban trabajo y ayuda social, así como de productores rurales que demandaban apoyo financiero para enfrentar las altas tasas de interés.

En marzo renunció el ministro de Economía, José Luis Machinea. En su lugar fue designado entonces Ricardo López Murphy, que propuso un drástico programa de ajuste, con recortes al sistema educativo y a los subsidios a las economías regionales. El descontento que ello suscitó y la generalización de las protestas provocaron también la renuncia de López Murphy, que fue reemplazado por Domingo Cavallo, quien se comprometió a llevar a cabo las reformas necesarias para contener el gasto, lograr el equilibrio fiscal y afianzar la convertibilidad. Para ello el Poder Legislativo otorgó al Poder Ejecutivo facultades extraordinarias, llamadas “superpoderes” en la jerga callejera. Con el aval del Fondo Monetario Internacional (FMI), el gobierno negoció con los principales bancos extranjeros establecidos en la Argentina el otorgamiento de un crédito por 1500 millones de dólares para cumplir con los compromisos externos.

Las diferencias surgidas dentro del propio oficialismo acerca de las medidas adoptadas por Cavallo provocaron a su vez la renuncia de algunos ministros y la del presidente del Banco Central, acusado de no haber promovido la reducción de las tasas de interés para favorecer el crédito. Aumentaron los despidos y suspensiones de trabajadores en las industrias, con el consiguiente incremento de la tensión social. En mayo, durante casi diez días, más de 5000 personas cortaron los caminos en el populoso distrito bonaerense de La Matanza reclamando trabajo y ayuda social. Las dificultades para encontrar financiamiento en el exterior y la continua caída de la recaudación fiscal obligaron a las autoridades económicas a recortar en 13% los salarios del sector público nacional y los haberes de los jubilados y pensionados. En agosto el gobierno llegó finalmente a un acuerdo con el FMI, que para fortalecer el sistema financiero le otorgó un crédito por 8000 millones de dólares, condicionado al cumplimiento de un plan económico de “déficit cero”, de una nueva ley de coparticipación tributaria con las provincias y de la profundización de las reformas estructurales.

El índice de desocupación, que desde la segunda presidencia de Menem en 1995 venía en ascenso, llegó en octubre de 2001 a 18,3%, sin que el gobierno encontrara ya apoyo en ningún sector de la sociedad para las medidas económicas y sociales que anunciaba. Ante el retiro masivo de depósitos de los bancos en la última semana de noviembre, el ministro Cavallo impuso restricciones a la libre disponibilidad de fondos bancarios fijando reducidos



límites semanales a la extracción de dinero, aun de los salarios depositados, y estableciendo controles sobre el movimiento de divisas, de las cuentas corrientes y de ahorro, así como el congelamiento de plazos fijos, además de otras medidas.

Estas disposiciones provocaron una fuerte reacción de la clase media, que se sintió particularmente agredida. Surgió así, en distintos barrios de la Capital Federal, en las populosas localidades circundantes de la Provincia de Buenos Aires y en varias capitales y grandes ciudades provinciales, una respuesta indignada de diversos sectores de la sociedad argentina, que manifestaron su descontento al grito de “¡Que se vayan todos!” y mediante la ruidosa protesta que se ha dado en llamar “el cacerolazo”.

El ministro de Economía admitió que no se podría cumplir con el plan de “déficit cero”, anticipó recortes adicionales al presupuesto de 2002 y anunció el mantenimiento de la quita del 13% en los sueldos del sector público y las jubilaciones. Por otro lado, a pesar del acuerdo de agosto con el FMI para un préstamo de 8000 millones de dólares en respaldo al plan económico de Cavallo, el Fondo comunicó al gobierno argentino que, por no haberse cumplido las metas fijadas, no facilitaría un adelanto de 1250 millones de dólares.

Para poder controlar el creciente descontento social, el gobierno decretó el estado de sitio en la segunda quincena de diciembre, cuando se agudizaron las manifestaciones de protesta en la Capital Federal y otros grandes centros urbanos, con algunos saqueos de comercios minoristas en Buenos Aires, Mendoza, Rosario, entre otras ciudades. Hubo manifestaciones violentas contra los bancos céntricos y los edificios ministeriales, y la Plaza de Mayo fue escenario principal de choques entre los manifestantes y las fuerzas de seguridad, que finalmente dejaron un saldo de 27 civiles muertos, gran cantidad de heridos y daños materiales considerables. Todos estos acontecimientos fueron registrados y seguidos muy de cerca por la prensa local y la extranjera.

### **Interregno, *default* y un presidente provisional a cargo**

Como consecuencia, el 20 de diciembre renunciaron el ministro Cavallo y los demás miembros del Gabinete. Al día siguiente renunció el presidente De la Rúa, después de hacer, como último intento, un llamado a formar un gobierno de unidad nacional, que fue rechazado por los gobernadores justicialistas y otros dirigentes políticos opositores. Como la vicepresidencia de la Nación se hallaba vacante desde el año anterior, por haber renunciado el vicepresidente Carlos Álvarez ante la negativa del gobierno a investigar sus denuncias sobre corrupción en el Congreso, se hizo cargo provisionalmente del Poder Ejecutivo el presidente del Senado, Ramón Puerta, quien de acuerdo con la Constitución convocó a la Asamblea Legislativa (sesión conjunta del Senado y la Cámara de Diputados) para que eligiera a un presidente interino. Así fue designado el gobernador justicialista de la Provincia de San Luis, Adolfo Rodríguez Saá, con el mandato de llamar a elecciones nacionales en 60 días para elegir a un presidente de la Nación que gobernase hasta diciembre de 2003, cuando concluiría el período presidencial para el que había sido elegido De la Rúa.

Al parecer, las pretensiones de Rodríguez Saá de prolongar su gobierno hasta 2003, la reticencia de influyentes dirigentes peronistas de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe

y Córdoba, y el cuestionamiento popular de la trayectoria de ciertos miembros del gabinete que designó lo obligaron a renunciar después de tan solo una semana en el cargo, no sin antes proclamar oficialmente que la Argentina no iba a poder cumplir con los pagos de la deuda externa. Sobrevino en seguida la renuncia de Ramón Puerta como presidente del Senado, de modo que, según la prescripción constitucional, hubo de asumir interinamente la Presidencia de la Nación el presidente de la Cámara de Diputados, Fernando Camaño, quien procedió a convocar nuevamente a la Asamblea Legislativa. En ella se eligió presidente provisional al senador justicialista bonaerense Eduardo Duhalde, que había sido vicepresidente de Menem y luego gobernador de la Provincia de Buenos Aires durante dos períodos consecutivos. Duhalde anunció la formación de un gobierno de unidad nacional con representantes de otras agrupaciones políticas.

Concluía así un año turbulento para la Argentina, que se vio afectada además por otros males: el impacto negativo sobre su economía de la suspensión de las exportaciones de carne vacuna por brotes de fiebre aftosa; el escándalo de las llamadas “jubilaciones de privilegio”, con un costo para el Estado de más de 800 millones de dólares anuales; las investigaciones sobre lavado de dinero; el juicio a integrantes del gobierno anterior, incluido el propio Menem, por la venta ilegal de armas del Ejército Argentino a Ecuador y Croacia; la repercusión pública de un estudio del Banco Mundial según el cual cada legislador provincial cuesta mensualmente 50 000 pesos (equivalentes a 50 000 dólares según la convertibilidad entonces vigente); las protestas de la Iglesia y de los sindicatos por la política económica y los crecientes índices de pobreza, entre otros aspectos.

Aparte del desalentador escenario interno, la coyuntura internacional tampoco fue favorable a la Argentina: desaceleración de la economía mundial, estancamiento de las economías de la región, atentados terroristas en Estados Unidos y la consiguiente merma del flujo turístico en el mundo, disminución en los ingresos por exportaciones debida al alto valor del peso convertible a dólar, así como otros factores coyunturales.

### **La pesificación cierra once años de convertibilidad**

El presidente Duhalde inició su gestión en circunstancias económicas, políticas y sociales sumamente críticas. Los ahorristas intensificaban la exigencia de devolución de sus ahorros atrapados en el llamado “corralito” bancario; el país sobrellevaba un déficit enorme; la deuda externa al 31 de diciembre de 2001 había trepado a 159 000 millones de dólares (140 000 millones solo de capital), y la población sufría los crueles efectos de la crisis económica, en particular del desempleo. El 6 de enero de 2002, a propuesta del flamante Poder Ejecutivo, ambas cámaras del Congreso de la Nación Argentina aprobaron la ley 25 561 de “Emergencia pública y reforma del régimen cambiario”, que declara la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria, modificando así las condiciones fijadas por la ley de convertibilidad de 1991 y estableciendo las bases para la reestructuración de las obligaciones entre acreedores y deudores, y para el canje de títulos, así como las facultades que se otorgan al Poder Ejecutivo para la protección de los usuarios y consumidores.

Con esta ley y sus decretos complementarios se puso término al régimen de paridad nominal uno a uno entre el peso y el dólar, que había estado vigente más de diez años. Significaba de hecho la devaluación de la moneda argentina al asignar un precio referencial de 1,40 peso por cada dólar depositado, aunque se seguía manteniendo el uno a uno para ciertas categorías de obligaciones financieras, principalmente las vinculadas a créditos en dólares para viviendas. Finalmente, al resultar imposible sostener el valor de la divisa norteamericana a \$1,40, se aceptó su libre flotación en el mercado de cambios.

El impacto de estas medidas, consideradas inevitables por el gobierno de Duhalde, sacudió profundamente a la población, sobre todo a los ahorristas con depósitos bancarios en dólares que no pudieron retirar debido al “corralito” de Cavallo. Estos ahorros quedaban ahora automáticamente convertidos en pesos a razón de 1,40 por dólar, con la consiguiente merma en su valor original. La única alternativa que ofrecía el gobierno consistía en mantener el valor inicial de los depósitos en dólares si el ahorrista accedía a cambiarlos por bonos a diez años.

### **En busca de consenso: la “Mesa del Diálogo Argentino”**

Al gobierno de Duhalde, entonces, le tocó afrontar con medidas impopulares el momento más duro de la emergencia, en plena crisis económica y social que no permitía muchas alternativas, mientras procuraba ampliar un consenso político nada fácil de lograr. El 14 de enero se instaló la “Mesa del Diálogo Argentino”, proyecto destinado a buscar consensos y recuperar la confianza de la población en el futuro del país, tomando en cuenta la opinión y participación de todos los sectores de la sociedad argentina. La idea de un diálogo nacional fue promovida por el Episcopado Argentino y apoyada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Había comenzado a gestarse meses antes de la dimisión de Fernando De la Rúa, pero no pudo concretarse hasta que el presidente Duhalde convocó a dialogar a todos los sectores. La Iglesia Católica Romana se ofreció como ámbito espiritual y animador del encuentro, y el PNUD brindó apoyo técnico en la organización, gestión, análisis y logística.

En su mensaje a la Nación del 14 de enero, al inaugurar el Diálogo desde la iglesia de Santa Catalina de Siena, el presidente Duhalde expresó, entre otras cosas: “Quiero ser un servidor despojado de compromisos partidarios y de ambiciones futuras; quiero ser un trabajador más de esta convergencia que reúne a las principales fuerzas políticas empresariales, laborales y sociales para enfrentar el derrumbe que nos pone en el límite de la anarquía y de la violencia fratricidas. [...] Más allá de mi compromiso indelegable de gobernar con toda energía esta emergencia, tomando con fuerza el timón de la República, vengo a pedirles que en este ámbito encontremos las soluciones concertadas para el mediano y largo plazo.”

Representantes de los sectores políticos, económicos y sociales, después de amplios debates sobre la complejidad y severidad de la crisis argentina y las necesidades que ella plantea, en encuentros de los que participaron 75 entidades y organizaciones y más de 500 personalidades, formularon un conjunto de temas que constituyen las “Propuestas

del Diálogo Argentino”, cuyos aspectos más sobresalientes para cada una de las áreas se resumen a continuación:

### ***Plano político***

- Impulsar la reforma política para asegurar los principios de representatividad, legitimidad, proximidad y austeridad (leyes que reglamenten las campañas y el financiamiento de los partidos, tope de gastos en los órganos legislativos, tope de sueldos de funcionarios ejecutivos, etc.).
- Abogar por la libertad de los presos detenidos por reclamos sociales no violentos, en función de la paz social y la preservación de sus familias.
- Determinar que ningún funcionario político que presta servicios en el país pueda tener cuentas o fondos en el exterior, a su nombre o al de familiares directos.
- Abolir todas las jubilaciones de privilegio.
- Efectuar un censo de los beneficiarios de las pensiones graciables.
- Equiparar los jueces al resto de la ciudadanía en su obligación de pago de impuesto a las ganancias y bienes personales.

### ***Plano social***

- Precisar en los planes alimentarios los criterios de selección de beneficiarios y definir los mecanismos de auditoría social.
- Establecer severas sanciones para quien desvíe los fondos destinados a la ayuda social o a quien prometa o condicione la ayuda social a cambio de apoyo político.
- Garantizar el acceso a los medicamentos de la población excluida de toda cobertura y apoyar con insumos a la red de hospitales públicos.
- Atender prioritariamente los requerimientos financieros del Fondo de jubilados y pensionados (PAMI) y de las obras sociales, para normalizar el acceso a los medicamentos y a los insumos hospitalarios.
- Incorporar al presupuesto de 2002 los recursos que garanticen un ingreso social con criterio universal para todas las familias pobres e indigentes. Utilizar el ahorro del gasto político para reforzar este programa.

### ***Plano económico***

- Lanzar medidas urgentes de reactivación económica y generación de empleo, poniendo énfasis en el papel de las pequeñas y medianas empresas (PYMES).
- Impulsar la infraestructura social, vivienda y obras públicas mediante políticas activas financieras y productivas.
- Cancelar las deudas por salarios, aguinaldos, jubilaciones y pensiones del Estado Nacional y de las provincias.
- Respetar los derechos ciudadanos afectados por la crisis financiera, debiendo los responsables de las entidades financieras asegurar el cumplimiento de los contratos con los ahorristas y deudores, y su derecho a la propiedad, tomando en cuenta su capacidad económica.

- Comprometer a los sectores beneficiados por la devaluación cambiaria a que destinen esa renta a la inversión productiva, cuya evaluación deberá priorizar el número de puestos de trabajo que generen.
- Efectuar una convocatoria patriótica a los ciudadanos que tengan ahorros depositados en el exterior para que los retornen al país.
- Eliminar todo privilegio sectorial, ya sea impositivo o contractual.

### ***Plano institucional***

#### *Reforma del Estado*

- Establecer que todos los cargos de conducción de la administración del Estado deben ser cubiertos mediante concursos transparentes, con jurados de reconocida trayectoria.
- Promover formas de contratación que aseguren la gestión por resultados, de cuya evaluación dependa la continuidad de los funcionarios en el ejercicio de las actividades de responsabilidad.
- Renovar todos los órganos y entes reguladores y de control de los servicios públicos. Respetar el concurso de antecedentes de los aspirantes, la participación obligatoria de los usuarios y consumidores, cumplir con el régimen de audiencia pública vinculante, y prohibir que ocupen cargos quienes hayan pertenecido a las empresas prestadoras.

#### *Transparencia en la información pública*

- Determinar que todas las compras y contrataciones del Estado deben ser publicadas previamente en la Internet, así como informadas la selección de ofertas y adjudicación final.

### ***Plano sindical***

- Pactar una mesa de concertación sociolaboral y productiva, que en su agenda contemple la capacitación, los planes de emergencia laboral y programas específicos para jóvenes.

### ***Contribución a la transparencia***

Como parte del reclamo de justicia y del fin de la impunidad se propone:

- Promover que, además de los funcionarios públicos ya alcanzados por la legislación en vigencia, los referentes políticos, los dirigentes empresariales nacionales y extranjeros, los dirigentes sindicales y de otras categorías, deberán presentar sus declaraciones juradas de bienes ante el Ministerio de Justicia.

Con posterioridad a estas propuestas se formaron mesas sectoriales en las áreas siguientes: socio/laboral/productiva, mesa de Salud, mesa de Educación, mesa de Reforma Judicial,

mesa de Reforma Política. En ellas se consensuaron acuerdos para ser instrumentados en los ámbitos de los poderes ejecutivos, legislativos, judiciales, tanto nacionales como provinciales, identificando prioridades estratégicas para el mediano y largo plazo.

Después de un mes y medio de funcionamiento de la Mesa del Diálogo Argentino, su documento de coincidencias difundido a comienzos de febrero de 2002 señala, en sus partes más salientes: “La primera coincidencia [...] subraya la gravedad y la naturaleza inédita de la situación argentina. Esta se caracteriza por una profunda crisis de legitimidad de las instituciones, especialmente las políticas, cuatro años de recesión, creciente desempleo y aumento incesante de la pobreza, la indigencia y la exclusión social, hasta niveles desconocidos en nuestra historia, problemas crónicos de las finanzas públicas y una extendida ruptura de la seguridad jurídica. Es la nuestra una crisis de bien común y todos los participantes han manifestado su voluntad de contribuir a recuperar ese sentido constitutivo de toda sociedad organizada.”

Las mesas sectoriales fueron convocadas por los ministerios de Trabajo, de la Producción, de Desarrollo Social, del Interior, de Justicia y por la Jefatura del Gabinete de Ministros. La Mesa del Diálogo Argentino fue un foro de intercambios que extendió sus deliberaciones a las organizaciones de base y a toda la sociedad civil, y que generó expectativas de que sus conclusiones, y sobre todo sus recomendaciones, contribuyeran al reencontro de la sociedad argentina por un futuro mejor.

### **Prolongada negociación con el FMI: contraste de realidades**

La crisis financiera obligó a reiniciar negociaciones con el Fondo Monetario Internacional para obtener un acuerdo de préstamo que permitiese amortiguar los efectos de la crisis. El Fondo estableció una serie de precondiciones de un formato que podría calificarse como “tradicional” para ese organismo, es decir, un conjunto de exigencias en el plano político, económico y fiscal casi imposibles de satisfacer sin antes obtener un amplio consenso de todos los sectores políticos y legislativos, así como de los gobiernos provinciales.

En un principio, el gobierno de Duhalde había logrado un acuerdo con los gobernadores de las provincias, pero en la etapa de ratificación muchas legislaturas provinciales se negaron a ratificar lo acordado por sus gobiernos con el Poder Ejecutivo Nacional. Esto —amén de otras cuestiones— dio lugar a que se empantaran las negociaciones con el Fondo, que se prolongaron todo el año 2002 sin resultados concretos, hasta que finalmente, en enero de 2003, se firmó un acuerdo de transición con el FMI por el cual se postergaban hasta agosto de este año los pagos de los vencimientos de las deudas con ese organismo, con el Banco Mundial y con los otros organismos internacionales de crédito a ellos vinculados. Esto significaba trasladar al gobierno electo que sucediera al de Duhalde el cumplimiento de los compromisos suscriptos. Algunos aspectos más específicos de la negociación con el FMI se describen más adelante en el capítulo sobre los aspectos económicos de la crisis.

El proceso de negociación con el Fondo, la rigidez desplegada por este, las trabas internas y externas, así como sus consecuencias inmediatas, seguramente han de merecer la

atención de muchos especialistas, sobre todo lo que atañe a la posible corresponsabilidad por la política económica de los años noventa y el destino que tuvieron los préstamos contraídos durante ese decenio por el gobierno argentino. Desde Washington, los medios de prensa informaron que el FMI había iniciado una investigación interna acerca de su posible corresponsabilidad en la crisis argentina. Sea como fuere, lo cierto es que la mayoría de los argentinos sienten que el organismo tuvo buena parte de culpa en ese doloroso proceso.

### **La crisis social: desocupación, pobreza, marginalidad**

La crisis social causada por la elevada tasa de desempleo y la creciente pobreza generó en todo el país una enorme presión de los sectores sociales más desfavorecidos, en demanda de atención inmediata. Para mitigar en parte los efectos de la crisis, el Poder Ejecutivo sancionó los decretos 108/02, que declaraba la situación de “Emergencia alimentaria nacional”, y 165/02, donde declaró la “Emergencia ocupacional nacional” y creó un programa de subsidios para los jefes y jefas de hogar. Con el primero de estos decretos el gobierno creó un fondo de 350 millones de pesos para atender las necesidades básicas alimentarias de la población por debajo de los niveles de pobreza, mediante convenios acordados con cada gobierno provincial para la adquisición de alimentos, con la coordinación del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.

Por el decreto 165/02 y su complementario 565/02, el Poder Ejecutivo, con intervención de los ministerios de Desarrollo Social y de Trabajo, otorga subsidios de 150 pesos (unos 50 dólares) a todo jefe y jefa de hogar desempleado, a los desocupados jóvenes y a los mayores de 60 años que no perciban prestaciones previsionales. A comienzos de marzo de 2003, según fuentes oficiales, estos subsidios beneficiaban a dos millones de personas en todo el país.

La grave crisis económica y financiera afectó también severamente al funcionamiento del sistema sanitario argentino, por la aguda carencia de medicamentos e insumos hospitalarios. En consecuencia, en marzo el gobierno federal sancionó el decreto 486/02, que declaraba la “Emergencia Sanitaria Nacional”. Mediante este decreto se adoptan importantes medidas para asegurar la dotación de insumos y medicamentos esenciales, así como el acceso de la población a estos medicamentos, y para incorporar al Sistema Nacional de Seguridad Social el Paquete Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). Los aspectos más relevantes de este decreto y de su aplicación se analizan en el capítulo dedicado a la salud.

### **Las “internas” y la elección presidencial**

En el plano político, el gobierno federal no solo ha tenido que mantener una permanente negociación con los gobernadores provinciales y sostener una enconada lucha con la oposición, sino también lidiar con cierta oposición interna de sectores del peronismo alineados con las aspiraciones presidenciales de algunos destacados miembros de ese partido,

en particular el sector liderado por el ex presidente Menem, quien desde 2001 ya había manifestado su intención de postularse como presidente por tercera vez. La rivalidad entre Eduardo Duhalde y Carlos Menem, aunque conocida, se hizo aún más patente a lo largo de todo el gobierno de Duhalde, por la marcada discrepancia de enfoques tanto en el plano político como en el económico y por su enfrentamiento como máximos caudillos del peronismo. Esta división en el Partido Justicialista se fue haciendo más evidente a medida que se aproximaban las fechas de las elecciones internas en las que cada partido debía elegir a sus candidatos a las elecciones presidenciales anunciadas por Duhalde para el 27 de abril de 2003, con segunda vuelta el 18 de mayo.

Sin embargo, no llegaron a efectuarse elecciones internas en el PJ, en el que, además de la postulación de Menem como candidato a una tercera presidencia, también se proclamaron como aspirantes peronistas a presidentes de la Nación Adolfo Rodríguez Saá, gobernador de San Luis y ex presidente interino en diciembre de 2001, José Manuel de la Sota, gobernador de Córdoba, que posteriormente desistió de su candidatura, y Néstor Kirchner, gobernador de la Provincia de Santa Cruz. Duhalde procuró insistentemente conseguir un candidato que unificase tras de sí a las bases peronistas y relegase a Menem; así trató en vano de convencer al gobernador de Santa Fe, Carlos Reutemann, que en varias ocasiones declinó la invitación a postularse. Entre tanto, Menem, lanzado a hacer campaña, acusaba a Duhalde de haber dividido al peronismo para impedirle su segunda reelección.

Las elecciones internas del PJ no se llevaron a cabo pues una jueza federal falló a favor del recurso presentado en tal sentido a instancias de Duhalde, mientras, en la calle, la gente comenzaba a referirse a la elección presidencial como “la interna del peronismo”. Por efecto de esa sentencia, complementada por una posterior que prohibió a los candidatos surgidos del PJ utilizar los símbolos partidarios en su campaña electoral, por primera vez iban a competir en una elección presidencial tres candidatos peronistas: Néstor Kirchner, por la alianza Frente para la Victoria, con fuerte apoyo del presidente Duhalde; Carlos Menem, por el Frente por la Lealtad, y Adolfo Rodríguez Saá, por la alianza Frente Popular.

Las rivalidades internas no afectaron solo al peronismo sino también al radicalismo, abrumado por el fracaso de De la Rúa y su renuncia. En él se enfrentaban ásperamente los precandidatos Leopoldo Moreau y Rodolfo Terragno, hasta que finalmente se impuso el primero como candidato oficial de la UCR en reñidas elecciones internas ensombrecidas por mutuas acusaciones de fraude.

### **Nuevos candidatos, nuevas agrupaciones y fragmentación partidaria**

Según se acercaba la fecha prevista para las elecciones presidenciales, quedaron inscriptas una veintena de fórmulas presidenciales: además de los tres candidatos peronistas y del candidato radical, que representaban a las dos corrientes más tradicionales de la historia política argentina, se sumaron en esta elección el partido liderado por la diputada Elisa Carrió (“Lilita”), Alternativa para una República de Iguales (ARI), frente de centro-



izquierda cuyos votantes eran principalmente mujeres y jóvenes, en buena parte provenientes del radicalismo, y el Movimiento Federal Recrear el Crecimiento (MFR), encabezado por el economista Ricardo López Murphy, que había sido ministro de Defensa y de Economía de De la Rúa, y que convocaba sobre todo al electorado conservador, principalmente en las grandes ciudades. También presentaron candidaturas presidenciales, aunque con menor caudal electoral, el Partido Socialista, el Partido Socialista Auténtico, el Movimiento de Integración y Desarrollo (MID), la Izquierda Unida, el Partido Obrero, el Partido Unión Popular, el Partido Demócrata Cristiano, el Partido Popular de la Reconstrucción y otros.

Como puede apreciarse, bien antes de la fecha fijada para los comicios se observaba una gran fragmentación, tanto de los partidos políticos como de la intención de voto, según lo reflejaron las encuestas previas, en las que ninguna fórmula presidencial logró superar el 25 por ciento. Esto hacía prever que sería muy probable un *ballottage*, una segunda vuelta electoral. A pocas semanas de las elecciones aún era perceptible gran apatía en el electorado, y los candidatos multiplicaban esfuerzos por captar a los indecisos. Estos, por su parte, dudaban entre ejercer el llamado “voto útil” o expresar en el sufragio sus genuinas convicciones políticas. A pesar de que la mayoría de los partidos inscriptos contaban con un “sitio” o “página” en Internet y difundían su propaganda por los medios más diversos, no era fácil desentrañar en sus respectivas plataformas propuestas y planes de gobierno específicos. Los mensajes de la campaña por lo general hacían hincapié en las críticas a errores del pasado o del gobierno actual. Con todo, se esperaba que el acto electoral se desarrollase en un marco de civilidad y tolerancia.

La reciente invasión a Irak por fuerzas norteamericanas y británicas, que según funcionarios del gobierno estadounidense respondió a la “lucha contra el terrorismo”, se desarrolló entre el 20 de marzo y fines de abril ocupando cotidianamente el espacio principal en los medios tanto nacionales como internacionales. La intensidad y el dramatismo de la guerra fueron seguidos atentamente “en vivo y en directo” por la población argentina, gracias al enorme despliegue de las técnicas de comunicación satelital. El debate suscitado por las acciones bélicas de Estados Unidos y sus aliados acaparó la atención de la ciudadanía y desplazó casi a un segundo plano el interés por las elecciones presidenciales.

Concluida la guerra, y a solo dos semanas de las elecciones, los medios volvieron a ocuparse de la campaña electoral y se intensificaron las actividades de los candidatos. Finalmente llegó el 27 de abril y la votación se desarrolló con toda normalidad: los argentinos demostraron su madurez política y una fuerte vocación democrática, pues desoyeron las apelaciones a votar en blanco o a anular el sufragio (el llamado “voto bronca”) y sobre un padrón electoral de 25 479 366 habilitados para votar acudieron a las urnas 77,6% de los electores, es decir, uno de los menores porcentajes de abstención registrados en la historia argentina reciente.

### ***La primera vuelta electoral, sus derivaciones e inicio de una nueva gestión de gobierno***

En esta primera vuelta electoral resultó más votada la fórmula Menem-Romero, del Frente por la Lealtad, con 24,4% del total, seguida de cerca por la fórmula de Néstor Kirchner y

Daniel Scioli con 22,0%. Les siguieron las encabezadas por López Murphy y Carrió, representantes de nuevas propuestas políticas, con 16,3% y 14,1%, respectivamente. En sexto lugar, el candidato radical, Leopoldo Moreau, obtuvo solo 2,3% de los sufragios. En el Cuadro 1 se indican los votos totales y las provincias donde triunfaron los cinco candidatos más votados.

Los demás partidos políticos que participaron en la contienda electoral (Izquierda Unida, Partido Socialista, Confederación Para que se vayan todos, Partido Obrero, Partido Humanista, Unión Popular, Partido Socialista Auténtico, Partido Demócrata Cristiano, el MID, Partido Popular de la Reconstrucción, Unidos o Dominados, y el MODIN) obtuvieron cantidades muy inferiores de votos: desde 1,7% para Izquierda Unida hasta 0,2% obtenido por el MID, por el MODIN, el Movimiento Unidos o Dominados y el Partido Popular para la Reconstrucción.

**Cuadro 1** | Resultados electorales del 27 de abril de 2003 (primera vuelta)

| Los cinco candidatos presidenciales más votados y sus respectivas agrupaciones | Votos      | Porcentaje sobre el total de votos  | Provincias donde se impusieron   |
|--|------------|-------------------------------------|--|
| 1º. Carlos MENEM<br>Frente por la Lealtad / Unión del Centro Democrático       | 4 686 646  | 24,36                               | Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Misiones, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán |
| 2º. Néstor KIRCHNER<br>Frente para la Victoria                                 | 4 232 052  | 22,00                               | Buenos Aires, Chubut, Formosa, Jujuy, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego   |
| 3º. Ricardo LÓPEZ MURPHY<br>Recrear  | 3 144 128  | 16,34                               | Capital Federal  |
| 4º. Elisa CARRIÓ<br>Alternativa para una República de Iguales                  | 2 720 692  | 14,14                               | —  |
| 5º. Adolfo RODRÍGUEZ SAÁ<br>Movimiento del Frente Popular / Unión y Libertad   | 2 715 799  | 14,12                               | Mendoza, San Juan, San Luis  |
| Total de votantes empadronados:  | 25 479 366 | (69% de la población)               |  |
| Votos escrutados:  | 19 775 298 | (77,6% de los votantes habilitados) |  |
| Votos en blanco:   | 176 253    | (0,9% de los votos escrutados)      |  |
| Votos anulados:  | 321 252    | (1,6% de los votos escrutados)      |  |
| Votos recurridos e impugnados:   | 38 390     | (0,2% de los votos escrutados)      |  |

Fuente: *Clarín*, 29 de abril de 2003

Llamaron la atención en estos comicios la numerosa votación obtenida por Ricardo López Murphy, del Movimiento Recrear, que lo proyectó como nueva figura política, y los magros resultados del radicalismo tradicional (la UCR), que solo obtuvo el sexto puesto con apenas 2,3% de los votos.

Mientras la clase política, los medios y la ciudadanía aún se hallaban comentando los resultados de esta primera vuelta electoral, una tragedia asoló la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia homónima: una inundación sin precedentes en esa ciudad, debida al súbito desborde del Río Salado. Esta catástrofe causó la muerte comprobada de 23 personas (aunque se especuló con la posibilidad de que hubiera muchos desaparecidos), graves daños y pérdidas en infraestructura y en producción agropecuaria e industrial, y situación de desastre para casi 80 000 habitantes de la ciudad y alrededores, que vieron sus viviendas y sus bienes destruidos o inutilizados por las aguas. La inundación agravó aún más la situación socioeconómica de la provincia en plena crisis.

Los resultados de las elecciones obligaban a una segunda vuelta electoral entre los dos candidatos más votados, ambos justicialistas. La segunda vuelta, de ser necesaria, estaba prevista para el 18 de mayo. En el interregno se desarrolló una intensa campaña para atraer a los votantes independientes, cohesionar a los peronistas y explorar las posibilidades de establecer nuevas alianzas electorales. El termómetro político marcó altas temperaturas y las encuestas de opinión oscilaban cotidianamente entre Menem y Kirchner.

Los observadores y la ciudadanía en general habían esperado una dura contienda para el caso de una segunda vuelta; pero faltando apenas cuatro días (miércoles 14 de mayo) y, al parecer, ante la evidencia de las encuestas de opinión que indicaban que la mayoría de quienes habían votado a todos los otros candidatos se volcarían en su contra, Menem, tras mantener por un día entero en suspenso a la ciudadanía, desistió de presentarse al *ballottage*, actitud muy criticada por la mayoría de los políticos y por la opinión pública. Como consecuencia de esa decisión, Néstor Kirchner, el candidato que había obtenido el segundo lugar en la primera vuelta, fue declarado por el Congreso, de acuerdo con la Constitución, presidente electo de la República Argentina.

El doctor Néstor Kirchner asumió la Presidencia de la Nación por un período constitucional de cuatro años el 25 de mayo de 2003. En su mensaje inaugural a la Nación, el nuevo presidente puntualizó, entre los aspectos sustantivos de su futuro gobierno, el propósito de construir un nuevo modelo económico de producción y trabajo, de combatir la corrupción y la impunidad, luchar contra la pobreza y fortalecer los lazos con el Mercosur.

Se inicia así una nueva etapa del proceso político argentino, que plantea enormes desafíos para hallar soluciones a un complejo panorama económico y social. Al nuevo gobierno ciertamente le corresponderá, entre otras cosas, diseñar estrategias creativas que mitiguen los efectos sociales de la crisis, generar empleo, lograr amplios consensos de gobernabilidad, aplicar un plan económico que posibilite un crecimiento sostenible y, al mismo tiempo, negociar favorablemente el pago de la deuda externa.

## 2 Aspectos económicos

### La instauración del modelo neoliberal

La República Argentina entra en el siglo XXI sumida en una grave crisis; el período 1990-2002 es considerado uno de los más críticos de su historia socioeconómica. La gravitación de las dificultades económicas, políticas y sociales ha originado una compleja trama de situaciones adversas para toda su población.

Aunque las políticas adoptadas se generalizaron e intensificaron en el decenio 1991-2000, la mayoría de los analistas coinciden en que el “modelo” neoliberal imperante en la economía argentina en ese lapso tuvo sus raíces en la dictadura militar instaurada en 1976, que dispuso una liberalización indiscriminada del mercado financiero argentino. Esto desencadenó un proceso de endeudamiento especulativo totalmente desvinculado de la expansión de la capacidad productiva y del fortalecimiento de la balanza comercial. Posteriormente, con las políticas establecidas por el llamado “plan de convertibilidad” de 1991, comienzan a instrumentarse en la Argentina diversas medidas traducidas en reformas estructurales, a partir del tipo de cambio fijo con paridad uno a uno entre el peso argentino y el dólar estadounidense, la liberalización comercial y financiera, las privatizaciones y desregulaciones, etc. Estas medidas fueron apoyadas por las instituciones financieras internacionales, que a grandes rasgos las recomendaron como “receta” preestablecida a todos los países cuyas economías requerían reformas importantes, sin tomar en consideración la diversidad de circunstancias coyunturales y estructurales de cada nación.

En la Argentina, la adopción de este nuevo modelo se caracterizó por el crecimiento polarizado, es decir, un crecimiento positivo con fuerte incremento porcentual del PIB en los primeros años de su ejecución, aunque acompañado por la proliferación de otros fenómenos, tales como la concentración económica, la pauperización de vastos sectores y el consiguiente y significativo aumento de la marginalidad y la pobreza. Esta modalidad de crecimiento desigual castigó sobre todo a los productos transables, en tanto que favoreció a las actividades de la construcción (obras públicas) y de intermediación comercial, y muy especialmente al sector financiero (Cuadro 1).

| ■ Cuadro 1   Datos básicos de la economía argentina  |         |         |         |         |         |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|  | 1995    | 1996    | 1997    | 1998    | 1999    | 2000    | 2001    | 2002    |
| PIB total<br>(variación<br>porcentual<br>respecto de<br>igual período<br>del año anterior) | -2,8    | 5,5     | 8,1     | 3,9     | -3,4    | -0,8    | -4,4    | -10,9   |
| PIB total<br>(en millones<br>de dólares)   | 258 032 | 272 150 | 292 859 | 298 948 | 283 523 | 284 204 | 268 697 | 89 439  |
| Exportaciones<br>(en millones<br>de dólares)   | 20 963  | 23 811  | 26 430  | 26 441  | 23 333  | 26 409  | 26 610  | 25 403  |
| Importaciones<br>(en millones<br>de dólares)   | 20 122  | 23 762  | 30 450  | 31 304  | 25 508  | 25 243  | 20 321  | 8 988   |
| Deuda externa<br>(en millones<br>de dólares)   | 113 164 | 125 437 | 145 683 | 165 345 | 176 751 | 185 333 | 194 888 | 172 253 |
| Total reservas<br>internacionales<br>(en millones<br>de dólares)                           | 17 592  | 19 296  | 24 308  | 26 524  | 27 831  | 26 491  | 19 349  | 10 476  |
| Tasa de<br>desempleo<br>(% a octubre<br>de cada año)                                       | 16,6    | 17,3    | 13,7    | 12,4    | 13,8    | 14,7    | 18,3    | 17,8    |

Fuente: Fundación de Investigaciones para el Desarrollo (FIDE), *Coyuntura y desarrollo*, abril de 2003

En 1995 empieza a caer la producción al modificarse el comportamiento de los sectores financieros, que imponen severas restricciones a los créditos al consumo que habían sido la base del crecimiento anterior. Además, la apertura de las importaciones, sumada al tipo de cambio fijo con un peso sobrevaluado, llevó a la reestructuración del sector manufacturero, donde la mano de obra fue desplazada por capitales e insumos importados, así como por el aumento de la productividad conjunta de los factores de la producción. Por otro lado, el tipo de cambio sobrevaluado se debía en gran medida al ingreso masivo de capitales especulativos atraídos por las elevadas tasas de interés en pesos convertibles.

Todo ello alentó fuertemente a la importación perjudicando a las pequeñas y medianas empresas, a las que, debido a las elevadas tasas de interés, les resultaba imposible acceder a créditos y realizar las reconversiones necesarias para competir con los productos

importados y poder exportar. El cierre o quiebra de muchas empresas fue entonces una consecuencia lógica de todo este proceso y claramente la principal causa del creciente desempleo. Por otra parte, la exportación quedó concentrada en relativamente pocas grandes empresas de alta eficiencia, que se habían reestructurado reduciendo significativamente su fuerza de trabajo y sustituyendo así mano de obra por capital.

La apertura de las importaciones, ya mencionada, se hizo reduciendo los aranceles aduaneros y eliminando otras restricciones a la importación de todo tipo de bienes. Ello contribuyó a desestabilizar aún más a los productores nacionales, que hasta entonces industrializaban o comercializaban gran parte de estos bienes a través de empresas argentinas. Las grandes empresas fueron las que mejor se adaptaron a las nuevas circunstancias de los mercados, e, inversamente, la más perjudicada fue la pequeña y mediana producción orientada al consumo interno. De modo que, en contraste con el aumento de la producción en la etapa inicial del “modelo”, se registró una caída persistente del empleo industrial. La política llamada de convertibilidad generó una expansión productiva heterogénea, con caída del empleo, aumentos de productividad y la no transferencia de estos aumentos de productividad al salario real, que fue retrocediendo sensiblemente.

### ***Las privatizaciones y la flexibilización laboral***

Otro rasgo importante de ese período fue la masiva privatización de empresas estatales y el achicamiento del sector público mediante sucesivos recortes presupuestarios. Esto habría contribuido a incrementar el desempleo pues no se adoptaron medidas que asegurasen la reinserción laboral. Se les dio especial participación a los capitales financieros internacionales como adquirentes privilegiados de las empresas de servicios públicos y de recursos naturales; con garantías de alta rentabilidad y condiciones monopólicas aseguradas en sus prestaciones.

En lo que se refiere al mercado laboral, se fueron tomando una serie de medidas tendientes a aumentar la competitividad de la industria local, al principio mediante la reducción de los costos laborales; luego, en la segunda mitad del decenio, se hicieron esfuerzos por elevar los niveles de empleo. Se adoptaron nuevas normas que permitieron el desarrollo de puestos de trabajo precarios, sin registro, dejando al trabajador en situaciones de gran vulnerabilidad por la carencia de seguros contra riesgos ocupacionales y la pérdida de los beneficios sociales a los que tenían acceso los trabajadores del sector “formal” de la economía. Esto se debió a que se habilitaron contratos de trabajo precarios, denominados “contratos en negro”, que si bien permiten reducir las cargas laborales tienen el efecto directo de aumentar el empleo no registrado. Tales contratos desincentivaron el control estatal y municipal de las relaciones laborales y dejaron un amplio margen de acción a los empleadores sobre las condiciones bajo las cuales se llevaron a cabo las relaciones laborales, posibilitando un sinnúmero de abusos.

Con las privatizaciones, el Estado dejó de ser dueño de recursos como el petróleo, el gas, la electricidad, el acero y el carbón, y de proveer agua, energía, transporte y comunicaciones. Todos estos recursos y servicios quedaron en manos privadas argentinas y, sobre todo, extranjeras. Las privatizaciones resultaron, pues, la parte más criticable del

proceso de liberalización. Se basaron en tres rubros principales: servicios públicos, adquisición accionaria internacional y adjudicación de privatizaciones en áreas de explotación petrolera y gasífera. Estas reformas se hicieron de manera aparentemente desordenada, sin comprometerse el Estado ni los adjudicatarios a reinsertar laboralmente a la masa de trabajadores que quedaba fuera del sistema. Así fue como en los cuatro años que duró el proceso de privatizaciones de la casi totalidad de las empresas estatales productoras, industriales y de servicios se creó una gran masa de desocupados y se acentuó la inequidad en la distribución de recursos entre la población. Al parecer, no se incorporaron objetivos a largo plazo en la nueva estructura económica; solo se potenció la producción de materias primas con escaso o nulo valor agregado.

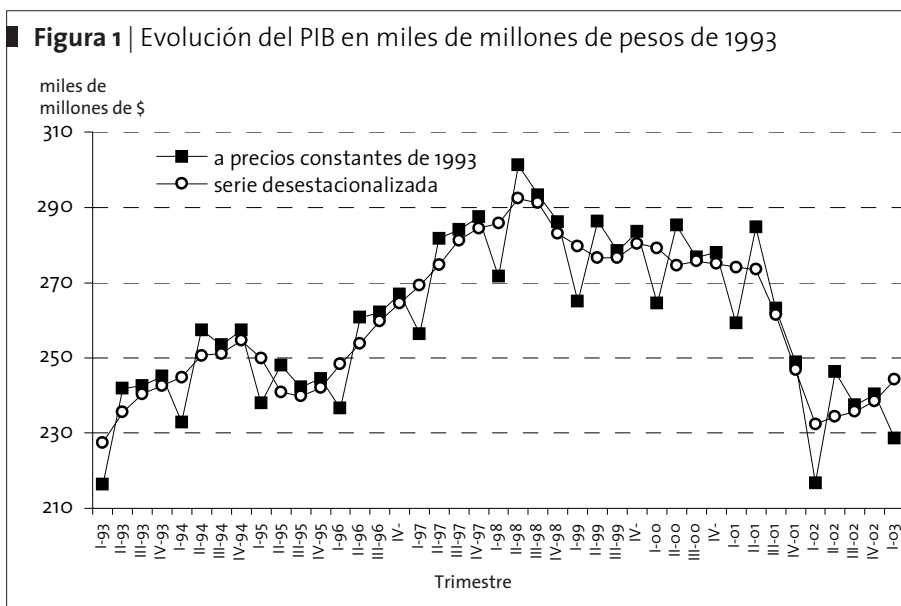
La convertibilidad pareció ser una política muy efectiva para estabilizar los precios, pero, sin embargo, una vez superado el efecto inicial, a partir del segundo semestre de 1994 todos los indicadores socioeconómicos comenzaron a deteriorarse, arrastrados por la profunda caída del empleo, que aún perdura. En síntesis, el lanzamiento de la convertibilidad, a principios de 1991, tuvo la ventaja de un contexto tanto interno como externo favorable. Los aspectos del plan que priorizaron la estabilidad lograron restablecer la confianza para inversiones y créditos tanto internos como del exterior basados en el respaldo de la Argentina como país. Asimismo, la eliminación de la hiperinflación, la abundancia del crédito internacional y los ingresos por las privatizaciones posibilitaron la recuperación de los salarios reales, la expansión de la demanda y del nivel de actividad, que a su vez se tradujeron en un fuerte aumento de la recaudación tributaria.

### **Primeros signos de deterioro**

Pero a partir de 1995, en coincidencia con la crisis económica mexicana, denominada “crisis del tequila” o “efecto tequila”, las condiciones favorables comenzaron a agotarse: fueron cesando los flujos externos (préstamos) de divisas, no hubo más empresas públicas que privatizar, con lo cual cayeron esos ingresos, se estancó la recaudación fiscal por la desaceleración de la tasa de crecimiento del PIB, empezó a aumentar el desempleo y a caer abruptamente el salario real. A su vez, la crisis del tequila, la del sudeste asiático y la de otros mercados hicieron que los inversores internacionales perdieran confianza en los países denominados “de economías emergentes” y principalmente en la Argentina, por su alto nivel de endeudamiento externo y su creciente déficit de la balanza de pagos. Ello se tradujo finalmente en una fuga casi masiva de capitales que puso en jaque al plan de convertibilidad (Figura 1).

La falta de financiamiento y la pérdida de impulso del “modelo” pusieron en evidencia la abrumadora dependencia argentina del respaldo económico externo. En ese contexto, el gobierno decidió aplicar severas disposiciones para aliviar el déficit fiscal, reduciendo el gasto público mediante fuertes recortes a los programas sociales e intensificando las medidas contra la evasión tributaria.

Desde diciembre de 1999 el gobierno de De la Rúa tuvo que afrontar la difícil tarea de mantener en esas circunstancias el modelo económico instaurado por Menem y su ministro



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

Cavallo, pues en el país no se planteaba aún la alternativa de dejar la convertibilidad. Sin embargo, las reformas estructurales necesarias para contener el gasto público no lograron consenso ni tampoco se pudo obtener el flujo de capitales necesario para cumplir con los compromisos internos y con la deuda externa, mientras la tensión social aumentaba de continuo.

### Desconfianza, retiro de depósitos y “corralito”

El otorgamiento por el Fondo Monetario Internacional (FMI) de un crédito de 8000 millones de dólares en agosto de 2001 dio breve respiro a las finanzas argentinas, pero en poco tiempo resultó evidente que seguía deteriorándose la situación económica y financiera del país. La economía ya estaba debilitada por la crisis de competitividad causada por la sobrevaluación del peso, rígidamente equiparado con el dólar.

Un mes después (mediados de septiembre) la desaceleración del comercio y la disminución de la confianza de los consumidores y de las empresas redujeron aún más la actividad económica y los ingresos fiscales. Además, la crisis de los mercados financieros impedía abastecerse de recursos en el exterior, lo cual ya se había hecho difícil en los meses precedentes.

A fines de noviembre, la creciente desconfianza en las perspectivas de saneamiento financiero y reactivación, sumada al temor a una devaluación del peso, indujo a muchos ahorristas a retirar sus depósitos bancarios comprometiendo seriamente las reservas de los bancos y disparando así una crisis de liquidez que elevó sobremedida las tasas interbancarias.



El temor de que un préstamo adicional que se esperaba del FMI pudiera postergarse o incluso no concederse, agudizó la crisis. En tan graves circunstancias, el gobierno en base a recomendaciones de la autoridad económica nacional ejercida por el ministro Cavallo adoptó una serie de medidas para salvaguardar el sistema financiero, conocidas comúnmente con el nombre de “corralito”. Las principales decisiones, establecidas en el decreto 1570 sancionado en diciembre de 2001, eran las siguientes:

- se prohibió a los bancos otorgar préstamos en pesos y operar en el mercado de depósitos a futuro;
- se dispuso que las tasas para los depósitos en pesos fueran inferiores a las de los depósitos en dólares;
- se dispuso que no se cobrara comisión por la conversión de dólares a pesos;
- se dispuso que los préstamos superiores a mil dólares estadounidenses no pudieran ser retirados en efectivo;
- se prohibió el retiro de efectivo por encima de 250 dólares semanales;
- se prohibieron las transferencias al exterior con excepción de las operaciones del comercio internacional o de obligaciones tipificadas en el decreto.

Estas medidas servían para limitar las transacciones en efectivo, en un intento por combatir la evasión fiscal, mientras de hecho se introducía como moneda de referencia el dólar estadounidense. Además, se dispuso un *swap* (canje) de la deuda interna por el cual el gobierno ofrecía, a quien deseara participar, nuevas obligaciones con una cédula inferior (un bono del 7%) a la de los títulos canjeados. Esta oferta tuvo un éxito parcial puesto que los inversores argentinos canjearon títulos por aproximadamente 50 000 millones de dólares, lo cual iba a permitir un ahorro de más de 4000 millones de dólares en 2002 y más de 10 000 millones en los tres años siguientes.

### **Caída de De la Rúa y asunción de Duhalde**

Todo ello no evitó que la situación del gobierno nacional se tornase cada vez más difícil: las elecciones de mediados de octubre habían dado el triunfo a la oposición peronista, que ganó la mayoría relativa en la Cámara de Diputados y confirmó su control del Senado. A mediados de diciembre, el enorme malestar de la población disparó grandes manifestaciones populares que llevaron primero a la renuncia de Cavallo en la madrugada del 20 de diciembre y, horas después, a la del propio presidente de la Nación.

La renuncia de De La Rúa no solo dejó al país en gravísima situación desde el punto de vista del orden público, sino que además creó un problema institucional por la falta de vicepresidente que pudiera asumir en seguida el Poder Ejecutivo. De acuerdo con la Constitución, hubo entonces que convocar a una sesión conjunta de ambas cámaras del Congreso Nacional para elegir a un presidente interino, Adolfo Rodríguez Saá, quien después de anunciar al mundo el *default* de la deuda externa argentina se vio también obligado a

renunciar al cabo de solo una semana. Lo sucedió el senador bonaerense Eduardo Duhalde, designado en una nueva sesión de la Asamblea Legislativa.

### **La pesificación, primeras medidas y reacciones**

El gobierno de Duhalde reclamó en seguida al Congreso la inmediata sanción de una ley que instituyese las ya improrrogables reformas económicas: es la ley 25 561 denominada de “Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario”, aprobada a comienzos de enero de 2002, que fundamentalmente derogó la convertibilidad, entre muchas otras disposiciones que se resumen a continuación:

- En primer lugar, se procedía a devaluar el peso estableciendo dos tipos de cambio: el comercial, para exportaciones e importaciones, a razón de \$1,40 por dólar estadounidense, y el financiero/turístico, de libre fluctuación.
- Simultáneamente, para contemplar la situación de todos los que se habían endeudado en dólares, se dispuso la pesificación, es decir, la conversión uno a uno de dólares a pesos de todas las deudas o créditos que no superaran los cien mil dólares.
- También se pesificaron y congelaron las tarifas de las empresas de servicios públicos.
- Se atenuaron levemente las restricciones a los movimientos bancarios, con la promesa de reducirlas paulatinamente hasta eliminarlas.
- Se mantuvieron nominalmente los depósitos en dólares de manera provisional, aunque no se permitía retirarlos de los bancos.

Claro está que, al poner en práctica este programa económico, el presidente Duhalde hubo de afrontar el descontento de poderosos operadores económicos: en primer lugar los bancos, que vieron transformarse en pesos sus activos, mientras que los pasivos quedaban al menos nominalmente en dólares; en segundo lugar, las grandes empresas extranjeras propietarias o concesionarias de los servicios privatizados (teléfonos, electricidad, agua potable, gas, etc.), cuyas tarifas se hallaban hasta entonces fijadas en dólares estadounidenses y se cobraban en pesos convertibles uno a uno en esa divisa, con la ventaja adicional de estar indexadas según la inflación de los Estados Unidos (a pesar de que en la Argentina había deflación desde hacía casi cuatro años); finalmente, las grandes empresas petroleras, sobre cuyas exportaciones se iba a aplicar un impuesto destinado a compensar a los bancos por las pérdidas debidas a la pesificación. El gobierno de Duhalde estaba decidido a evitar el regreso de la inflación, que durante años fue agitada como un fantasma por todos los partidarios de la convertibilidad uno a uno, pero iba a tener que resistir a fuertes presiones especulativas por parte de distintos sectores económicos.

La pesificación de los depósitos en dólares y la imposibilidad de retirarlos convirtieron el “corralito” de Cavallo en diciembre en lo que ya en enero de 2002 se llamó popularmente “el corralón”, puesto que no dejaba ninguna posibilidad de recuperar dinero de los bancos con su valor original. Multitudes de ahorristas y rentistas expresaban cotidianamente sus protestas (“¡Pusimos dólares, que nos devuelvan dólares!”) manifestando en

ruidosos y reiterados “cacerolazos” por las calles céntricas y ante las reforzadas puertas y ventanas de los bancos capitalinos, protestas que se reiteraron durante la mayor parte de 2002. Los edificios de los principales bancos blindaron sus puertas y ventanales con chapas metálicas para impedir destrozos por parte de los manifestantes. En ocasiones estas protestas masivas bloqueaban la entrada a los bancos, interrumpían la circulación de vehículos en el “microcentro” de la capital argentina y hasta llegaron a congregarse ante la sede de la Corte Suprema de Justicia. Solo hacia fines de 2002, cuando se fueron levantando gradualmente las restricciones, dejaron de ser numerosas las manifestaciones de los ahorristas.

### **La pesada sombra de la crisis**

El profundo deterioro socioeconómico, al cabo de once años de cambio fijo, pesa fuertemente sobre el gobierno y el pueblo argentino. El PNB está por debajo del valor que tenía hace un quinquenio. La cantidad de pobres va en aumento y las condiciones de vida empeoran casi ininterrumpidamente por la reducción del 13% de los salarios y de las jubilaciones. Durante la vigencia de la convertibilidad, la Argentina, de país exportador, se convirtió en país importador; de allí deriva el considerable saldo negativo de la balanza de pagos: aproximadamente 12 000 millones de dólares en 1999 y casi 8900 millones en el año 2000.

La prolongada recesión económica —con el consiguiente desempleo— y el aumento del endeudamiento fueron factores decisivos en la generalización de la pobreza. Una encuesta de mayo de 2001 puso de manifiesto que los casi 5 millones de argentinos más pobres sobrevivían con apenas 3 pesos diarios, mientras que 10% más rico de la población gastaba 95 pesos por día; todo indica que esta gran brecha se sigue profundizando, agravada por la enorme proporción que representa la población más afectada. El empeoramiento en las condiciones de vida de las franjas más vulnerables de la población explica sobradamente el generalizado malestar y frustración que prevalecen en amplios sectores, así como las fuertes tensiones sociales que pueden percibirse.

### **Las negociaciones con el Fondo Monetario Internacional**

La búsqueda de un acuerdo que permitiera reestructurar la economía argentina después del *default* y la pesificación ocupó prácticamente todo el año 2002 sin que se concretara, ni mucho menos, el objetivo inicial del gobierno argentino: un paquete de ayuda comprendido entre 15 000 y 20 000 millones de dólares. A principios de ese año se fijaron los términos para la firma de una carta de intenciones que requería del gobierno un consenso político de amplia base. El FMI no solo reiteraba las medidas ya tradicionales que exige, tales como la reducción del gasto público y el “ajuste” (eufemismo usual por “aumento”) de tarifas de los servicios privatizados, que no se liberara el “corralito” o “corralón” para resguardar las reservas de las entidades bancarias, la libre flotación del dólar, sino que entre otras cosas requería además la anulación gradual de las cuasi-monedas (es decir, los bonos de deuda emitidos por varios gobiernos provinciales y que eran utilizados como

billetes para el pago de sueldos a sus empleados y para pequeñas transacciones comerciales por la gente común) sin respaldo del Banco Central de la República Argentina. Estas cuasi-monedas tienen distintas denominaciones según la provincia emisora: Patacones, Lecops, Federales, Quebrachos, Lecor, etcétera.

Las exigencias del Fondo Monetario como condiciones previas para el acuerdo de préstamo eran en la práctica de casi imposible cumplimiento por la falta de consenso entre la población y la oposición de algunos gobernadores provinciales temerosos de lo que se dio en llamar “un estallido social”. Todo ello llevó hacia mediados de 2002 a la renuncia del ministro de Economía, Remes Lenicov, a quien Duhalde reemplazó por Roberto Lavagna.

No bastaba con las buenas intenciones del gobierno de Duhalde para alcanzar los objetivos de saneamiento de la economía. De hecho, además de la precaria situación de la economía, se consideró que la débil estructura del Estado, en especial la fiscal, y la enorme presión política y social internas, no posibilitaban un ambiente favorable para un adecuado control de los ingresos. La deuda externa es de magnitudes crecientes: la deuda pública y privada estimada para fines de 2001 alcanzaba a 198 841 millones de dólares (140 291 millones de capital solamente), que representaba aproximadamente 79,2% del PIB, y la estimada para 2002 era de alrededor de 160 000 millones de dólares (130 000 millones de capital). La proyección de la deuda externa pública y privada para fines de 2003 se estima en unos 172 000 millones de dólares. La baja del monto de la deuda en 2002 se atribuye a las operaciones de canje, la pesificación y la postergación de los plazos de vencimiento de pagos.

Hacia fines de 2002, con inminentes vencimientos de deuda con los organismos financieros internacionales por casi 2500 millones de dólares y viendo que las negociaciones con el FMI no avanzaban, las autoridades argentinas plantearon la posibilidad de una cesación de pagos (*default*) al Fondo y al Banco Mundial (BM), entre otros, si no se llegaba a un nuevo acuerdo de corto plazo. El gobierno no juzgaba prudente destinar sus escasas reservas en divisas —alrededor de 10 000 millones de dólares, techo mínimo necesario fijado por el Ministerio de Economía para las reservas internas— al pago de esos vencimientos sin un previo acuerdo de refinanciamiento.

Finalmente, tras agotadoras gestiones de negociación y tensiones entre el gobierno de Duhalde y el FMI, se suscribió a mediados de enero de 2003 un acuerdo de transición de corto plazo que permitía al país reprogramar vencimientos por 11 712 millones de dólares hasta el 31 de agosto del mismo año. A continuación se resumen los puntos acordados.

- La Argentina se comprometió a pagar en enero con sus reservas al FMI 998 millones de dólares un día antes del vencimiento, aunque este importe sería reembolsado mediante el acuerdo de refinanciamiento.
- El acuerdo incluyó la reprogramación de los vencimientos siguientes hasta el 31 de agosto: 6600 millones con el Fondo, 4400 millones con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el BM, incluidos los vencimientos impagos de 680 millones con el BID y de 805 millones con el segundo.

- El refinanciamiento incluiría también los 5112 millones que el FMI refinanció durante 2002, totalizando 16 112 millones, de los cuales 11 712 millones corresponden al Fondo y el resto a los dos bancos mencionados.
- Una parte de los vencimientos con el FMI se reprogramó a un plazo de 3 a 5 años, y el resto a un año como mínimo.

Si bien estos puntos no prevén el aporte de dinero fresco al país, esta negociación permitió destrabar una serie de créditos que el BID y el BM habían condicionado a la aprobación del acuerdo. Por su parte, la Argentina se comprometió a obtener un superávit primario del 2,5% del PIB, lograr un crecimiento del producto bruto del 3%, impedir que la inflación exceda el 22% previsto para 2003, renegociar la deuda con los acreedores privados (unos 50 000 millones de dólares) declarada en *default* a fines del 2001, y reestructurar la banca pública. Por otro lado, el FMI estipuló como condición que si la Corte Suprema de Justicia argentina redolarizaba los depósitos o se producía una suba del dólar, el acuerdo sería renegociado.

La primera evaluación del FMI sobre la marcha del acuerdo y las metas logradas hasta marzo del año en curso fue positiva. Con todo, siguen pendientes de cumplimiento algunas condiciones exigidas por el FMI, entre ellas el aumento de tarifas de los servicios públicos que ya ha motivado acciones de amparo ante los estrados judiciales por parte de particulares y representantes de los usuarios.

### **Algunos indicios de recuperación y futuros desafíos**

Desde fines de 2002 se han observado ciertos indicios de recuperación económica, atribuida sobre todo al aumento de las exportaciones agrícolas, los productos de cuero y el turismo extranjero atraído por la conveniencia del tipo de cambio. También se ve cierta reactivación de pequeñas industrias cuyos productos sustituyen las importaciones encarecidas. Asimismo se ha destacado que la cosecha de granos (sobre todo soja) estimada para 2003 probablemente se elevará a un máximo histórico de 70,6 millones de toneladas métricas.

Después de la pesificación el dólar alcanzó su máxima cotización en el mercado libre en junio de 2002, orillando los 4 pesos por dólar estadounidense, pero a partir de noviembre ha mostrado tendencia declinante, con ligeras fluctuaciones, para estabilizarse alrededor de 2,80 pesos/dólar a mediados de 2003. El PIB muestra algunos signos de recuperación, y para el primer trimestre de 2003 se ha estimado un crecimiento de 5,4% respecto del mismo período del año anterior, aunque corresponde mantenerse cauteloso en los pronósticos, dada la profundidad y complejidad de esta crisis.

A fines de marzo de 2003 el gobierno decidió abrir el “corralón”, es decir, permitir el retiro de los depósitos a plazo fijo que se hallaban congelados por la legislación de emergencia (ley 25 561). Para ello se dispuso que los depositantes pudiesen retirar libremente por ventanilla hasta el equivalente de 30 000 dólares y, para el resto, optar por diversas alternativas a mayor plazo.

Los bancos, preocupados por una posible avalancha de retiros que hicieran peligrar su disponibilidad de caja, optaron por incrementar los intereses ofrecidos a plazo fijo a los inversores para que estos mantuviesen su dinero en las cuentas. Paralelamente, las instituciones bancarias, en especial los bancos extranjeros, insisten ante el gobierno para que se les compense la supuesta descapitalización que habrían sufrido con la pesificación de los préstamos otorgados por ellos durante la convertibilidad: la disputa sigue pendiente de resolución y el monto total reclamado oscila entre 8000 y 20 000 millones de dólares, según como se lo calcule.

Por otro lado, un fallo de la Corte Suprema, que ordenó al Banco de la Nación Argentina devolver en dólares un depósito de unos 200 millones de esa moneda efectuado por la Provincia de San Luis y afectado por la pesificación, podría ser, según ciertos analistas, un precedente para que los particulares exijan judicialmente la devolución de sus depósitos en dólares. Aunque la situación no presenta un riesgo inmediato, sí es potencialmente conflictiva.

Por todo lo expuesto, tras la asunción de un nuevo gobierno como resultado de las elecciones del 27 de abril, subsisten formidables desafíos que deberá afrontar la presidencia de Néstor Kirchner, entre ellos:

- Disminuir la elevada tasa de desempleo (alrededor de 18% de la población económicamente activa).
- Reducir el elevado volumen de la deuda externa (alrededor de 172 000 millones de dólares proyectados para 2003).
- Reducir el alto índice de pobreza (que afecta a 57,5% de la población total del país).
- Crear el clima adecuado para atraer inversiones productivas y no solo especulativas.
- Detener el empobrecimiento de la clase media.

Diversos analistas coinciden en señalar que la recuperación de la economía argentina y la generación de empleo y bienestar son problemas y tareas estructurales, no coyunturales. Se subraya particularmente que no se trata de una situación transitoria de demanda insuficiente o de *shocks* externos circunstanciales: ha habido un elevado endeudamiento sistémico, ineficiente asignación de recursos, pérdida de competitividad con desfase de precios relativos, rigideces de costos derivadas de las privatizaciones, destrucción de gran parte del tejido productivo y, consecuentemente, una concentración creciente del ingreso, elevado desempleo y deterioro general de las condiciones sociales.

El modelo instaurado en los años noventa de un crecimiento sin mirar al desarrollo integrado, sumado a la erosión de los recursos existentes, no solamente habría ocasionado una grave crisis económica sino también una crisis institucional, social, sanitaria y ambiental. Muchas de las disposiciones adoptadas por el gobierno de Duhalde contribuyeron en alguna medida a paliar el deterioro económico y la presión social. Claro está, sin embargo, que la magnitud de los problemas pendientes requerirá del nuevo gobierno enormes y sostenidos esfuerzos, así como una compleja e ingeniosa planificación política y económica y un amplio consenso de gobernabilidad.



## 3 Aspectos sociales

### La pobreza

El informe sobre la situación social argentina a septiembre de 2002, publicado por el Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de los Programas Sociales (SIEMPRO), dependiente de la Presidencia de la Nación, señalaba que “La crisis 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 PIB, de -10,7% en el cuarto trimestre de 2001 y de -16,3% y -14,9% en el primero y segundo trimestre de 2002, tuvo importantes secuelas sobre el empleo. En mayo de 2002, la tasa de empleo alcanzó el umbral más bajo conocido y la pobreza el punto más alto.” En efecto, para ese mismo mes de mayo, el Instituto de Estadística y Censos (INDEC) de la República Argentina estimaba la existencia de 55,6% de pobres y una tasa de empleo de solo 32,8 por ciento. La información del SIEMPRO revelaba otros aspectos del enorme impacto social de la crisis, de los que se citan aquí los más relevantes:

- La existencia de casi 21 millones de pobres en el país y entre ellos casi 10 millones de indigentes.
- La situación de pobreza en que vivían 9 millones de niños y adolescentes, agravada por el hecho de que en el Gran Buenos Aires 7 de cada 10 de ellos nacen y viven en hogares pobres y que 4 de esos 7 sobreviven en la indigencia, pero en el cinturón (o “cordón”) más pobre de ese conurbano bonaerense 8 son pobres y casi 5 viven en la pobreza extrema (indigencia).
- La comprobación de que 16% de los jóvenes de 15 a 4 años no estudia ni trabaja.
- La destrucción de 750 000 puestos de trabajo.
- La prevalencia de una tasa de 21,5% de desempleo abierto y de 30,3% de desempleo equivalente.
- La comprobación de que el desempleo afectaba a todos los ámbitos del país pero que era más alto en los centros urbanos y las zonas más desarrolladas.



- Un fuerte aumento de la desigualdad del ingreso entre la población, de 1991 a 2000, pues la brecha entre el ingreso per cápita del decil (10%) más rico de la población y el del decil más pobre creció casi 70%, pero solo en el último semestre de 2002 esa brecha se amplió en otro 37 por ciento.
- La mitad más pobre de todos los hogares percibió en 2001 el 22% de los ingresos totales, mientras que el decil más rico concentró 32% del ingreso.
- La desigualdad de ingresos medida por el coeficiente de Gini en el Gran Buenos Aires evolucionó de 0,385 en octubre de 1980 a 0,534 en mayo de 2002.
- Tres de cuatro hogares pobres no tienen ningún trabajador con cobertura social.
- Solo 33% de los jefes y jefas de familia de hogares pobres han cursado algún tramo de educación secundaria.
- Aunque casi 75 % de los jóvenes de hogares pobres cursaron o cursan estudios secundarios, las expectativas de su futuro laboral son inciertas.
- La comprobación de que en el conurbano bonaerense el 68% de la población está por debajo de la línea de pobreza, mientras que en la ciudad de Buenos Aires la pobreza alcanza “solamente” a 19% de la población.

En el relevamiento de aglomerados urbanos efectuado en octubre de 2002 por la encuesta periódica de hogares (EPH: Encuesta Permanente de Hogares) que lleva a cabo el INDEC en mayo y octubre de cada año, y que representa a 6,99 millones de hogares, con 24 107 000 habitantes, se informó que 57,5% de la población (13 870 000 personas) se encuentra bajo la línea de pobreza,<sup>1</sup> incluido 27,5% (6 638 000 personas) bajo la línea de indigencia. Corresponde aclarar que los porcentajes de pobres e indigentes así calculados se aplican al total de la población de los aglomerados urbanos relevados por la EPH, porque esta encuesta periódica no incluye a la población rural por ser la Argentina un país con muy alta proporción de población urbana (Cuadro 1).

Según este relevamiento muestral periódico, las regiones con mayor incidencia de pobreza e indigencia son las siguientes:

<sup>1</sup> La metodología con que el INDEC mide la pobreza y la indigencia se explica sucintamente a continuación:

La línea de indigencia (LI) permite establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un mínimo de necesidades energéticas, denominada “canasta básica de alimentos” (CBA). Esta canasta básica de costo mínimo se determina en función de los hábitos de consumo de la población de referencia. A los alimentos de la CBA se asignan valores obtenidos de los precios relevados mensualmente para determinar el índice de precios al consumidor (IPC). Si el ingreso familiar del hogar es inferior al valor de la canasta básica, se considera que el hogar y las personas que lo componen se hallan por debajo de la línea de indigencia.

La línea de pobreza (LP) se mide a partir de los ingresos de los hogares, según que estos tengan o no la capacidad de satisfacer, por la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales. Para calcularla, se amplía el valor de la canasta básica (CBA) adicionándole bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.), con el fin de obtener el valor de la “canasta básica total” (CBT). En todos los casos los precios se obtienen de los relevados para la elaboración mensual del IPC. Si el ingreso total de un hogar es inferior al valor de la CBT, se considera que el hogar y las personas que lo componen viven por debajo de la línea de pobreza.

**Cuadro 1** | Incidencia de la pobreza y de la indigencia: totales urbanos de la EPH y por región estadística, octubre de 2002

| Región                 | Línea de indigencia |          | Línea de pobreza |          |
|------------------------|---------------------|----------|------------------|----------|
|                        | Hogares             | Personas | Hogares          | Personas |
| Total urbano de la EPH | 19,5                | 27,5     | 45,7             | 57,5     |
| Cuyo                   | 22,5                | 29,7     | 51,5             | 61,3     |
| Gran Buenos Aires      | 16,9                | 24,7     | 42,3             | 54,3     |
| Nordeste               | 32,3                | 41,9     | 60,8             | 71,5     |
| Noroeste               | 27,1                | 35,1     | 59,3             | 69,4     |
| Pampeana               | 19,4                | 27,2     | 45,1             | 56,7     |
| Patagonia              | 16,1                | 21,0     | 37,0             | 45,6     |

**Nota:** estas seis regiones estadísticas están formadas por el agregado de aglomerados de la EPH como se detalla: **Cuyo:** Gran Mendoza, Gran San Juan, San Luis-El Chorrillo; **Gran Buenos Aires:** Ciudad de Buenos Aires, Partidos del Conurbano; **Nordeste:** Corrientes, Formosa, Gran Resistencia, Posadas; **Noroeste:** Gran Catamarca, Tucumán-Tafí Viejo, Jujuy-Palpalá, La Rioja, Salta, Santiago del Estero-La Banda; **Pampeana:** Bahía Blanca-Cerri, Concordia, Gran Córdoba, Gran La Plata, Gran Rosario, Gran Paraná, Gran Santa Fe, Mar del Plata-Batán, Río Cuarto, San Nicolás-Villa Constitución, Santa Rosa-Toay; **Patagonia:** Comodoro Rivadavia-Rada Tilly, Neuquén-Plottier, Rawson-Trelew, Río Gallegos, Ushuaia-Río Grande, Viedma-Carmen de Patagones.

Fuente: INDEC

- Nordeste (provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones);
- Noroeste (Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago de Estero y Tucumán);
- Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis).

En síntesis, las provincias mencionadas corresponden a todo el norte y buena parte del oeste de la Argentina, donde se concentra aproximadamente 27,5% de la población total del país.

Según la metodología de la EPH, en septiembre de 2002, el precio de la “canasta básica total” era de 778,75 pesos (unos US\$ 250, a razón de 3,12 pesos por dólar) y la CBA costaba 352,38 pesos (casi US\$ 112), calculadas en ambos casos para una familia compuesta por padre, madre y tres niños menores de 6 años. Durante todo el año 2002 el costo de los alimentos básicos se incrementó en 75%, según el INDEC. Si estas mediciones del INDEC,<sup>2</sup> difundidas a fines de enero de 2003, se proyectan a la población total de la Argentina y no solo a los grandes aglomerados urbanos del país, habría 20,83 millones de personas (siempre 57,5%) viviendo en la pobreza, y 9,96 millones de ellas en estado de indigencia. Entre la encuesta de hogares de octubre de 2001 y la de octubre de 2002, 6 960 000 personas habían pasado a ser nuevos pobres y 5 040 000 se sumaron a los indigentes.

<sup>2</sup> A comienzos de febrero de 2003 el ministro de Economía objetó algunos aspectos de la metodología del INDEC utilizada para el cálculo de la pobreza y la indigencia, pero ese cuestionamiento no ha tenido mayor repercusión.

El cuadro que se presenta a continuación permite analizar los coeficientes de Gini,<sup>3</sup> calculados como promedios para todo el país, correspondientes a las brechas en la percepción de ingresos según los deciles de ingreso per cápita (siendo el 1er. decil el más pobre y el 10º el más rico) (Cuadro 2).

Del análisis de los datos de este cuadro, comparando los del final del decenio con los del comienzo, se infiere que la concentración del ingreso se duplicó en ese lapso en relación con la prevaleciente entre 1975 y 1990, de modo que esos diez años son el período de mayor regresividad en la distribución del ingreso desde que se calculan estos índices. En efecto, los estudios de años anteriores muestran que la brecha de ingresos entre el 10% más pobre y el 10% más rico se amplió en 25% entre los años 1975 y 1990, mientras que entre 1990 y 1999, esa brecha aumentó en 57,0%, y la participación del primer decil en los ingresos totales pasó de 2,1% en 1990 a distribuirse apenas el 1,5% en 1999. Por el contrario, el decil más rico pasó de percibir 33,6% del total de ingresos en 1990 a 36,7% en 1999, es decir, un crecimiento acumulado de 51,46%, a precios de mercado del PIB en igual lapso. Es preciso tener en cuenta, además, que en la primera mitad de la década del noventa

**Cuadro 2** | Coeficientes de Gini y brechas de ingreso

| Año  | Gini   | Deciles de ingresos |          |          |           | Concentración del ingreso en el 10% más rico | Crecimiento de la brecha respecto de 1990 (en %) |
|------|--------|---------------------|----------|----------|-----------|--|--|
|      |        | 1er decil           | 2º decil | 9º decil | 10º decil |  |  |
| 1990 | 0,4243 | 2,1                 | 3,0      | 15,7     | 33,6      | 15,1   | —  |
| 1991 | 0,4282 | 2,0                 | 3,0      | 15,7     | 33,9      | 16,1   | 6,6  |
| 1992 | 0,4321 | 2,0                 | 3,0      | 15,7     | 34,3      | 17,0   | 12,6   |
| 1993 | 0,4360 | 1,9                 | 3,0      | 15,8     | 34,6      | 18,0   | 19,2   |
| 1994 | 0,4450 | 1,8                 | 2,9      | 15,8     | 35,4      | 19,7   | 30,4   |
| 1995 | 0,4382 | 1,8                 | 3,0      | 15,8     | 34,8      | 19,3   | 27,8   |
| 1996 | 0,4444 | 1,8                 | 3,0      | 15,8     | 35,4      | 19,7   | 30,4   |
| 1997 | 0,4543 | 1,6                 | 2,9      | 15,8     | 36,3      | 22,7   | 50,3   |
| 1998 | 0,4564 | 1,6                 | 2,9      | 15,9     | 36,4      | 22,8   | 51,0   |
| 1999 | 0,4593 | 1,5                 | 2,9      | 15,9     | 36,7      | 23,7   | 57,0   |

Fuente: Elaboración de la Consultora Equis con datos de la EPH del INDEC correspondientes a mayo de 2002

<sup>3</sup> Los coeficientes de Gini miden la inequidad en la distribución de una variable social —en este caso el ingreso— y su valor puede fluctuar entre 0 y 1: cuando más se acerca a 0, la distribución de la variable —en este contexto el ingreso— es relativamente igualitaria; si se acerca a 1, la distribución se concentra en pocas personas y se tiene una situación de marcada desigualdad. En la práctica, en una sociedad más o menos igualitaria el coeficiente de Gini correspondiente a la distribución del ingreso alcanza valores de 0,3, aproximadamente.

se registraba el mayor crecimiento económico del decenio, a la vez que el proceso de concentración del ingreso se intensificaba en 70 por ciento.

En el siguiente cuadro se muestra el mismo análisis de la evolución de la brecha de ingresos entre el 10% más pobre y el más rico de la población, para el mismo período, pero ahora desagregado por aglomerado urbano (Cuadro 3).

Con la excepción de los aglomerados urbanos de Santa Fe - Santo Tomé y Santiago del Estero - La Banda, donde el empobrecimiento generalizado impactó con similar intensidad en todos los sectores, incluidos los de la cúspide de la pirámide social, en todos los otros aglomerados se acentuó marcadamente la desigualdad distributiva. Las regiones de mayor concentración del ingreso relativo, y consiguientemente mayor regresividad distributiva, son la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con 127% de crecimiento de la brecha, San Luis, La Plata, Gran Salta, Río Gallegos y el Gran Buenos Aires, donde la distribución del ingreso se concentró marcadamente por sobre la media nacional en el decenio 1990-1999, con crecimientos de la brecha superiores al 75% en promedio. Todos estos datos muestran cómo durante la última década del siglo XX se acentuó marcada y sistemáticamente la regresividad en la distribución del ingreso, concentrando la renta en el 10% más rico de la población.

Por otro lado, en la primera mitad de ese decenio la economía mostró un importante crecimiento del PIB a precios de mercado del orden de 51,46% acumulado, de modo que, como empeoraba significativamente la distribución, la brecha entre el decil de población más rica y el más pobre creció más que el PIB, llegando a 57%. Ello pone en evidencia que el aumento del PIB puede ser simétrico con una creciente y paralela desigualdad en la distribución del ingreso. Para que el crecimiento reduzca la pobreza resulta esencial una mayor equidad (o una menor desigualdad) distributiva. Se comprueba, entonces, que en esos años en la Argentina, a pesar del crecimiento operado, no sucedió el proclamado “efecto de derrame”; en otras palabras, el crecimiento del producto es condición necesaria pero no suficiente para disminuir la pobreza. La regresividad del ingreso impide un desarrollo genuino y exacerba las tensiones sociales.

Al continuo incremento de los índices de pobreza a lo largo de la década 1991-2000 se suman factores como el aumento de la desocupación, la precarización del empleo, la caída de los salarios reales (directos e indirectos) y el empobrecimiento de los jubilados y pensionados cuya situación se fue deteriorando cada vez más. Todos ellos fueron el caldo de cultivo de la nueva pobreza. Una continua aplicación de políticas eufemísticamente llamadas “de ajuste” de las cuentas fiscales, para ahorrar fondos destinados al pago de la deuda externa, significó que se trasladaran sobre los asalariados, la clase media y los pequeños y medianos empresarios los costos sociales de tales ajustes. Como consecuencia, fueron muy recortados los gastos en salud, educación, seguridad social, y otras necesidades básicas de la población, y ello potenció el aumento del hambre, la pobreza y la marginalidad entre sectores cada vez más numerosos de la sociedad argentina.

Se consolidó un “abanico” de nuevos pobres que se nutre principalmente de sectores provenientes de un estrato social educado pero relegado a un bajo nivel de ingreso. Algunos de los nuevos pobres son docentes, otros son ex empleados públicos que sufrieron los

**Cuadro 3 | Evolución de la brecha de ingresos por aglomerado urbano**

| Provincia o región              | Aglomerado urbano              | Brecha<br>10% 1990 | Brecha<br>10% 1999 | Evolución en %<br>1990-1999 |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Ciudad de Buenos Aires         | 39,2               | 89,0               | 127,0                       |
| San Luis                        | San Luis - El Chorrillo        | 10,6               | 20,6               | 94,3                        |
| Buenos Aires                    | La Plata                       | 9,8                | 17,7               | 80,6                        |
| Salta                           | Gran Salta                     | 18,9               | 32,4               | 71,4                        |
| Santa Cruz                      | Río Gallegos                   | 8,2                | 13,8               | 68,3                        |
| Región Metropolitana            | Gran Buenos Aires              | 15,3               | 24,1               | 57,5                        |
| Promedio del país               | Total del país                 | 15,1               | 23,7               | 57,0                        |
| Entre Ríos                      | Gran Paraná                    | 14,0               | 21,7               | 55,0                        |
| La Pampa                        | Santa Rosa - Toay              | 13,3               | 20,5               | 54,1                        |
| San Juan                        | Gran San Juan                  | 18,6               | 27,6               | 48,4                        |
| Misiones                        | Posadas                        | 17,5               | 25,9               | 48,0                        |
| Chubut                          | Comodoro Rivadavia             | 17,9               | 26,0               | 45,3                        |
| Córdoba                         | Gran Córdoba                   | 14,0               | 20,1               | 43,6                        |
| Chaco                           | Gran Resistencia               | 19,2               | 27,5               | 43,2                        |
| Mendoza                         | Gran Mendoza                   | 17,6               | 24,7               | 40,3                        |
| La Rioja                        | La Rioja                       | 14,7               | 20,1               | 36,7                        |
| Santa Fe                        | Gran Rosario                   | 12,1               | 16,1               | 33,1                        |
| Tierra del Fuego                | Ushuaia - Río Grande           | 13,2               | 17,2               | 30,3                        |
| Formosa                         | Formosa                        | 18,6               | 24,2               | 30,1                        |
| Jujuy                           | San Salvador de Jujuy          | 21,0               | 26,8               | 27,6                        |
| Buenos Aires                    | Partidos del Conurbano         | 8,6                | 10,9               | 26,7                        |
| Tucumán                         | Gran San Miguel de Tucumán     | 21,4               | 23,2               | 8,4                         |
| Catamarca                       | Gran Catamarca                 | 13,6               | 14,6               | 7,4                         |
| Corrientes                      | Corrientes                     | 12,8               | 13,3               | 3,9                         |
| Santiago del Estero             | Santiago del Estero - La Banda | 13,5               | 13,1               | -3,0                        |
| Santa Fe                        | Santa Fe - Santo Tomé          | 15,6               | 13,8               | -11,5                       |

Fuente: Elaboración de la Consultora Equis con datos de la EPH del INDEC, año 2002

efectos del achicamiento del Estado o la privatización de sus empresas, profesionales desempleados y los jubilados.

### **El desempleo, problema social grave**

Asociado a la crisis financiera casi desde el comienzo de esta, el desempleo se ha agravado sobremanera al alcanzar a mediados del año pasado (2002) su máxima proporción histórica en la Argentina, 21,5%, según las estadísticas del INDEC. La tendencia parece empezar a revertirse, con una leve mejoría registrada entre mayo y octubre de ese año en las encuestas de ese mismo organismo oficial, con una tasa de 17,8% para este último mes.

El análisis de las condiciones del empleo durante el decenio 1991-2000 permite apreciar que entre 1991 y 1994 (período de gran expansión económica), con una tasa de crecimiento del PIB de 7% anual, la tasa de desocupación abierta casi se duplicó. El “efecto tequila”, consecuencia de la crisis financiera que afectó a México hacia 1994, también contribuyó a incrementar la tasa de desempleo, que en mayo de 1995 alcanzó a 18,4%. Se registró luego un leve descenso entre 1996 y 1998, pero, al iniciarse en este último año una prolongada y creciente recesión económica, el desempleo volvió a trepar de manera sostenida. El aumento de la tasa de desempleo se atribuye sobre todo al proceso de desindustrialización durante los años noventa, que fue la principal causa de pérdida de puestos de trabajo.

La mayor parte de los empleos perdidos correspondían a la economía formal y eran relativamente estables, con mayor productividad relativa y también con mejores salarios. Fueron reemplazados por ocupaciones de menor calidad, principalmente en el sector de servicios o bien por el autoempleo. Cabe señalar que muchas de las condiciones perversas que fueron caracterizando el funcionamiento del mercado de trabajo fueron convalidadas por la eliminación de regulaciones y otras instituciones de derecho laboral desarrolladas en el país desde mediados del siglo XX.

La caída de los ingresos familiares hizo que una cantidad muy numerosa de personas saliera a buscar un segundo empleo con la intención de mejorar su ingreso o, en muchos casos, de compensar el vacío causada por la desocupación del jefe de hogar (proporción que pasó de 27% en 1991 a 35% del total de los desocupados en el año 2000). Cabe advertir que este retroceso es mucho más marcado cuando se consideran los ingresos per cápita, debido a que muchos procuraron compensar el deterioro del ingreso por trabajo con la participación de nuevos aportes al presupuesto familiar.

Estas observaciones explican en gran medida las causas que llevaron al desempleo y subempleo crecientes, entre ellas la abrupta apertura de las importaciones, la imposibilidad práctica de competir por parte de las pequeñas y medianas empresas y la consecuente quiebra de gran parte de ellas, las privatizaciones y la tecnificación (Cuadros 4 y 5).

En los datos de mayo del INDEC se puede observar que, si bien al iniciarse el llamado “plan de convertibilidad” comienza a aumentar la tasa de actividad económica, las tasas de empleo y desempleo pronto se ven afectadas desfavorablemente. El crecimiento económico, como lo muestra el siguiente cuadro, no alcanza a asegurar empleo a toda la

**Cuadro 4** | Evolución de los ingresos reales por estratos, según ingresos de la ocupación principal (variación respecto a octubre de cada año)

|               | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995  | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---------------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| Estrato bajo  | 27,0 | 9,8  | -1,9 | -1,3 | -15,0 | -6,4 | -2,0 | -0,3 | -3,5 | -2,5 |
| Estrato medio | 20,4 | 9,2  | 2,4  | -1,8 | -10,7 | -4,5 | 1,3  | 2,3  | -4,7 | -1,3 |
| Estrato alto  | 16,2 | 14,9 | 4,9  | -0,1 | -1,5  | -4,8 | -2,2 | 13,7 | -8,4 | 0,2  |

Fuente: INDEC

**Cuadro 5** | Tasa de actividad, empleo y desempleo, 1991-2001

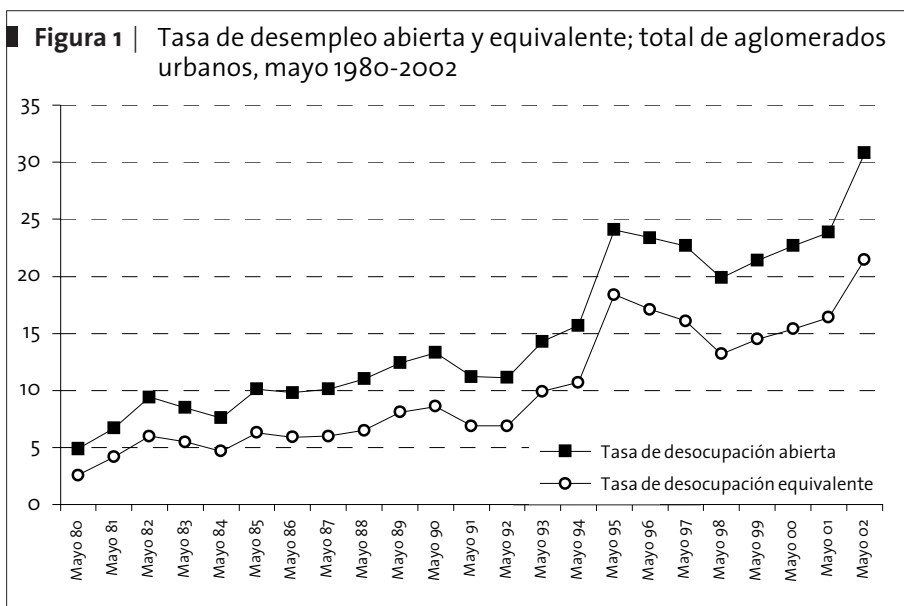
| Total de aglomerados urbanos |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Serie de mayo                | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
| Tasa de actividad            | 39,5 | 39,8 | 41,5 | 44,1 | 42,6 | 41,0 | 42,1 | 42,4 | 42,8 | 42,4 | 42,8 |
| Tasa de empleo               | 36,8 | 37,1 | 37,4 | 36,7 | 34,8 | 34,0 | 35,3 | 36,9 | 36,6 | 35,9 | 35,8 |
| Desempleo                    | 6,9  | 6,9  | 9,9  | 10,7 | 18,4 | 17,1 | 16,1 | 13,2 | 14,5 | 15,4 | 16,4 |

Fuente: INDEC

masa laboral que fue quedando desocupada a medida que adquirirían impulso los cambios introducidos en la estructura económica argentina. Incluso en los años de mayor crecimiento, que van de 1992 a 1995 y de 1996 a 1998, el proceso de crecimiento económico no fue acompañado por un aumento de las tasas de empleo (Figura 1).

Se ve, entonces, que la desocupación resulta consecuencia directa no de la estabilidad monetaria, sino de otras decisiones de política económica que promovieron la expulsión masiva de trabajadores del sector público sin preverles contención en el sector privado, acompañada esa expulsión por la desaparición encadenada de industrias de todo tamaño, en especial pequeñas y medianas, incapaces de afrontar con eficiencia un proceso de apertura económica no planificado. Al tiempo que la desocupación se hizo más intensa, también se tornaba mucho más prolongada en el tiempo.

Aún más fuerte fue el impacto de la reestructuración productiva consiguiente a las reformas estructurales —apertura, desregulación, privatizaciones—, de la reanimación de la inversión y de la apreciación cambiaria. Estos tres elementos hicieron disminuir en la economía la elasticidad empleo/producto, tanto por la sustitución de trabajo por capital e insumos importados como por la elevación de la productividad conjunta de los factores de producción. Ambos efectos se manifestaron a nivel micro y macroeconómico: en este último se observó un avance relativo de las actividades intensivas en capital (insumos importados y recursos naturales) y un retroceso relativo —con mortandad neta de empresas— de las actividades intensivas en trabajo. En el ámbito de las unidades productivas se registraron procesos de racionalización de la producción, con expulsión de mano de obra.



Fuente: INDEC

La mejora de la eficiencia obedeció, en el caso de los bienes transables, a la necesidad de responder a la mayor presión competitiva debida a la apertura comercial y la apreciación cambiaria. Tanto en la producción de bienes transables como de no transables influyó asimismo la disminución de los precios relativos de los bienes de capital y la facilidad de acceso a tecnologías modernas. Esto último tuvo importantes efectos sobre un aparato productivo que, como el argentino, se hallaba atrasado técnicamente. La concentración de la oferta en algunos mercados importantes fue otro factor que contribuyó a la significativa elevación del producto por persona ocupada (Cuadro 6).

El gráfico de barras (Figura 2) permite apreciar que los primeros cinco lugares de más alta tasa de desocupación por aglomerado urbano corresponden a Gran Catamarca (25,5%), Gran Córdoba (25,3%), Mar del Plata y Batán (24,6%), Gran Rosario (24,2 %) y Partidos del Conurbano Bonaerense (23,4%).

Según el registro cronológico que viene llevando el INDEC desde 1974, se observa que la tasa de desocupación entre 1974 y fines de 2002 varía entre una mínima de 2,3%, registrada en la medición de octubre de 1978, y una máxima de 21,5% en mayo de 2002. En esos registros se puede apreciar en general que, si bien la desocupación presenta tendencia creciente a través de los años, no alcanzó a dos dígitos hasta mayo de 1994, cuando llegó a 10,7%. La década del noventa comienza con una tasa de 8,6% (mayo de 1990) y termina con una de 14,5% (mayo de 1999). Entre 1990 y 1999 la más baja se registró en octubre de 1991, con 6,9%, y la más alta en mayo de 1995, con 18,4%. Entre 2001 y 2002 la tasa de desempleo varió de la siguiente forma: mayo de 2001, 16,4%; octubre 18,3%; mayo de 2002, 21,5% (máximo histórico) y octubre de 2001, 17,8 por ciento.



**Cuadro 6** | PIB a precios de mercado: valor agregado bruto a precios del productor (millones de pesos a precios de 1993)

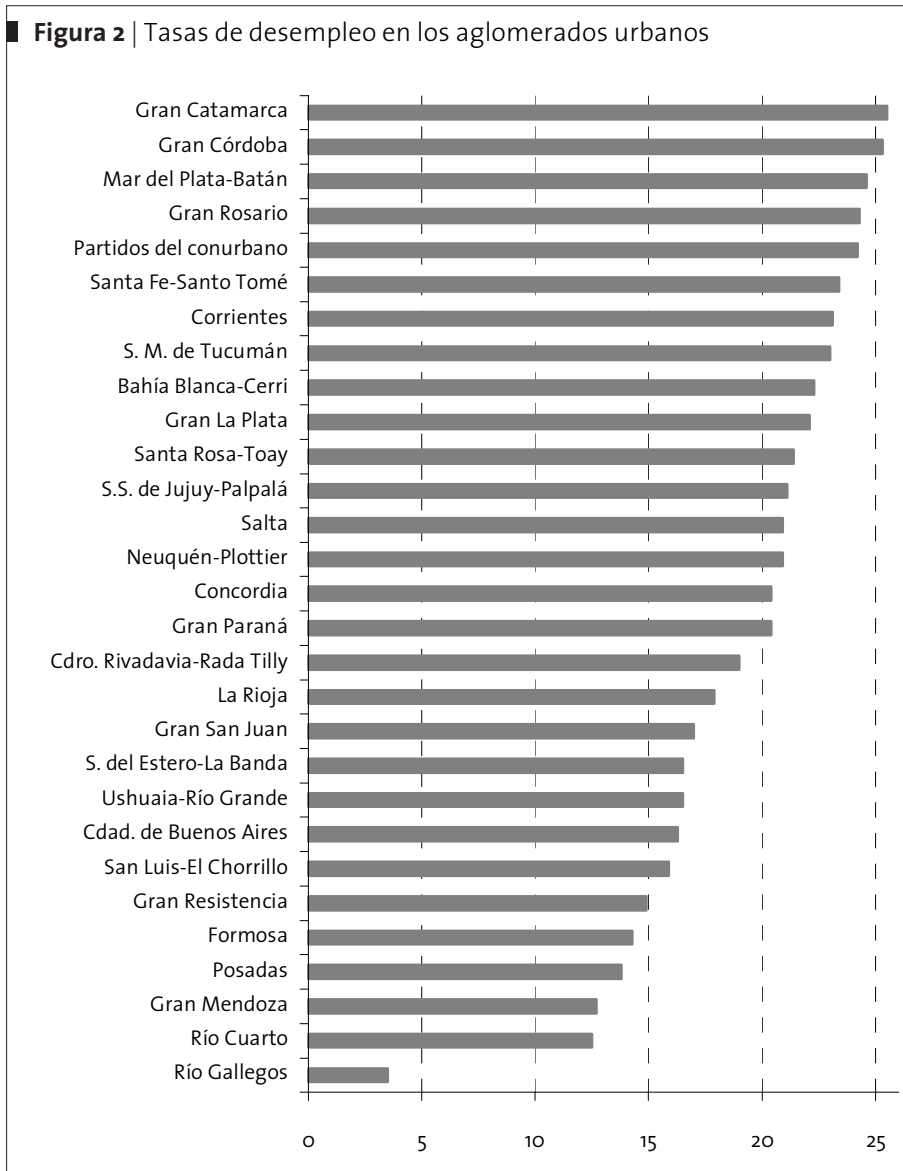
| Período | Producto interno bruto | Variación porcentual respecto del año anterior |
|---------|------------------------|--|
| 1991    | 201 806                | 10,3   |
| 1992    | 222 591                | 10,3   |
| 1993    | 236 505                | 6,3  |
| 1994    | 250 308                | 5,8  |
| 1995    | 243 186                | -2,8   |
| 1996    | 256 626                | 5,5  |
| 1997    | 277 441                | 8,1  |
| 1998    | 288 123                | 3,9  |
| 1999    | 278 320                | -3,0   |
| 2000    | 276 948                | -0,5   |
| 2001    | 268 370                | -4,7   |

Elaborado por la licenciada Karina Sánchez (datos del Ministerio de Economía de la Nación)

Otro problema adicional estriba en que 19% de la población en edad de trabajar (3,82 millones de personas) se halla subempleada, es decir, trabaja menos de 35 horas semanales. Si se suma ese porcentaje a la tasa de desempleo, se obtiene que 37,7% de la población en edad de trabajar (unos 7,6 millones de personas) tenían problemas de empleo hacia fines de 2002.

La leve tendencia a una disminución en la tasa de desempleo observada en octubre de 2002 se debía, según algunos analistas, a la oferta de empleos vinculados con mayores exportaciones, principalmente de productos agropecuarios (granos, oleaginosas, carnes y lácteos) y sus derivados, así como de la industria manufacturera, al turismo y a la sustitución de algunas importaciones por la devaluación del peso, que también hizo más competitivas las exportaciones. Otros analistas atribuyeron esa disminución de la tasa de desempleo a que se computaran como ocupadas a casi 2 millones de personas beneficiarias de los subsidios contemplados en los planes de ayuda de emergencia destinados a jefes y jefas de hogar.

El leve incremento de la demanda laboral observado a fines de 2002 y principios de 2003 se registra en ocupaciones relacionadas con la industria del calzado y productos de cuero, la actividad agropecuaria y de producción y comercialización de maquinaria agrícola, la industria textil, y otras. Estos signos positivos han despertado la esperanza de que aumente la tendencia al empleo, pero ello no resultaría suficiente para asegurar que la crisis haya sido superada aún. La preocupación por la economía persiste debido, entre otras cosas, al elevado endeudamiento externo y a la tendencia del PIB, que varió en -10,9% de enero a septiembre de 2002, si bien hay indicios de recuperación en el primer trimestre de 2003.



Fuente: INDEC

### Los piqueteros

Se ha denominado así a grupos barriales que nuclean generalmente a personas desocupadas, cuyo objetivo central es movilizar a la sociedad civil planteando reclamos de carácter social. Estos grupos, algunos de ellos ya organizados en escala nacional, son en parte una respuesta a la pérdida gradual de poder de convocatoria que experimenta la burocratizada

y escasamente renovada dirigencia sindical de la otrora masiva Confederación General del Trabajo (CGT), actualmente fragmentada en dos o tres grandes organizaciones nacionales paralelas diferenciadas ideológicamente y que compiten políticamente entre sí. Por otra parte, los sindicatos obreros y sus confederaciones, como la CGT, representan a los trabajadores asalariados, en tanto que los piqueteros representan a los desocupados y a núcleos de población marginada.

El movimiento piquetero también está fragmentado en varias ramas, como la Corriente Clasista y Combativa (CCC), el Frente Tierra y Vivienda (FTV), los Barrios de Pie, el Polo Obrero, el Movimiento Independiente de Jubilados y Desocupados (MIJD), el Movimiento Aníbal Verón (MAV), el Movimiento Teresa Rodríguez (MTR), Resistir y Vencer, y varios otros. Algunas de estas agrupaciones desarrollan acciones sociales tales como la preparación de ollas comunitarias para alimentar a los indigentes en comedores populares. Si bien la principal razón de la existencia de estos grupos es el reclamo social, buena parte de la opinión pública cree que muchas de esas agrupaciones son en realidad elementos de choque financiados por líderes o caciques políticos, o incluso que se trata de organizaciones de masas de los partidos políticos, de los que recibirían subsidios toda vez que necesitan movilizarlas para marchas o manifestaciones. Aun si así fuera, ello no bastaría para descalificar lo justificado de sus reclamos sociales.

El 26 de junio de 2002, en la etapa más aguda de sus protestas, una manifestación de piqueteros reprimida con excesiva violencia por fuerzas policiales ocasionó la muerte a balazos de dos jóvenes militantes. Esto desató una seria crisis política que agravó aún más las dificultades del gobierno de Duhalde.

Después de un período de relativa tranquilidad, las agrupaciones piqueteras han vuelto a las calles, a menudo bloqueando las principales vías de acceso a las grandes ciudades, pero sobre todo a la Capital Federal. El principal motivo de protesta es el reclamo al gobierno nacional de aumento a los subsidios para jefes y jefas de hogar desocupados, de 150 pesos a 300 pesos, y para que estos subsidios se extiendan a los desocupados mayores de 18 años e incluyan a los mayores de 60. Dada la situación económica del país, estos planteos parecen inviables por el momento; recuérdese que el país ha recibido un préstamo de 600 millones de dólares del Banco Mundial para financiar los subsidios de los llamados Planes para Jefes y Jefas de Hogar, que no obstante su modesto monto benefician hoy aproximadamente a 2 millones de familias pobres (unos 8 millones de personas).

### **Los cartoneros**

La extrema pobreza y la falta de empleo causada por la crisis ha generado un fenómeno social nunca visto hasta ahora en la Argentina, o por lo menos en algunos barrios prósperos de la Capital Federal. Diariamente, a eso de las 18 y hasta altas horas de la noche, miles de personas —hombres, mujeres y jóvenes, a menudo acompañados de niños y aun de sus hijos más pequeños—, en su mayoría provenientes de las barriadas más pobres de la ciudad y de la Provincia de Buenos Aires, ocupan literalmente las aceras de la ciudad, en especial del centro y de los barrios más prósperos, revolviendo la basura de las bolsas

de plástico dejadas cotidianamente a las puertas de los negocios y las viviendas para su recolección. Extraen de ellas las sobras de alimentos que juzgan aprovechables por ellos mismos y sus familias, y sobre todo papeles y cartones —de ahí el nombre de cartoneros—, así como cualquier otro objeto desechado que consideran pueda ser reciclado o negociado.

Seleccionan principalmente los cartones y papeles para venderlos, a razón de \$ 0,35 (unos 12 centavos de dólar estadounidense) el kilo, a intermediarios que ulteriormente negocian el material reciclable. Casi todos los cartoneros son desocupados que con esta actividad procuran mitigar su carencia de ingresos. Aunque el pago de su duro trabajo resulte ínfimo, cada cartonero llega a recaudar en promedio unos 2 pesos (US\$ 0,75) por jornada nocturna de trabajo. Por eso en la práctica participan de esta actividad cotidiana casi todos los miembros de una familia.

La prensa nacional e internacional ha dedicado varios artículos a este fenómeno social, recalcando que al revolver las bolsas de basura los cartoneros, adultos y niños, a menudo extraen sobras de alimentos para su propio consumo. La actividad de los cartoneros ha impresionado a muchos turistas extranjeros que visitan la capital argentina, hasta hace pocos años caracterizada por su elegante y europeizada arquitectura y sus múltiples atractivos culturales, artísticos y gastronómicos. Por su parte, el gobierno capitalino dispuso la utilización de bolsas plásticas que permitan separar los residuos reciclables de los no reciclables facilitando así la tarea a los cartoneros, y de paso instaurando una cultura de clasificación adecuada de los desechos sólidos, aunque esta iniciativa aún no se ha concretado por completo.

No obstante la precaria situación que afecta a las familias cartoneras, cabe resaltar la conducta solidaria demostrada por un grupo de cartoneros, denominados del Tren Blanco de la Provincia de Buenos Aires, quienes enviaron a la capital tucumana —donde se habían detectado muchos casos de desnutrición infantil— una ayuda de mil kilos consistente en medicamentos, alimentos y ropa destinados a un jardín y comedor escolar de uno de los barrios pobres de esa ciudad, el barrio Juan Pablo II. Para reunir esa ayuda, según informó la prensa local, los cartoneros recurrieron a asambleas populares en las estaciones en que se detiene su tren y, con la ayuda de estudiantes de la Universidad de Buenos Aires, pudieron recolectar la cantidad mencionada.

### **La emigración y la familia**

Una de las repercusiones de la crisis argentina ha sido el desmembramiento de las familias; en efecto, el desempleo superior al 20% de la población económicamente activa y el trabajo marginal han ejercido fuerte presión sobre la población joven impulsándola a buscar nuevos horizontes. Se ha abierto así un nuevo capítulo en la historia de la Argentina, que a fines del siglo XIX y comienzos del XX recibió a centenares de miles de inmigrantes europeos, principalmente italianos y españoles, quienes se asentaron en el país atraídos por las enormes posibilidades que les ofrecía de desarrollo personal y económico, hospitalidad que retribuyeron con su esfuerzo cimentando la prosperidad argentina en la primera mitad del siglo pasado.

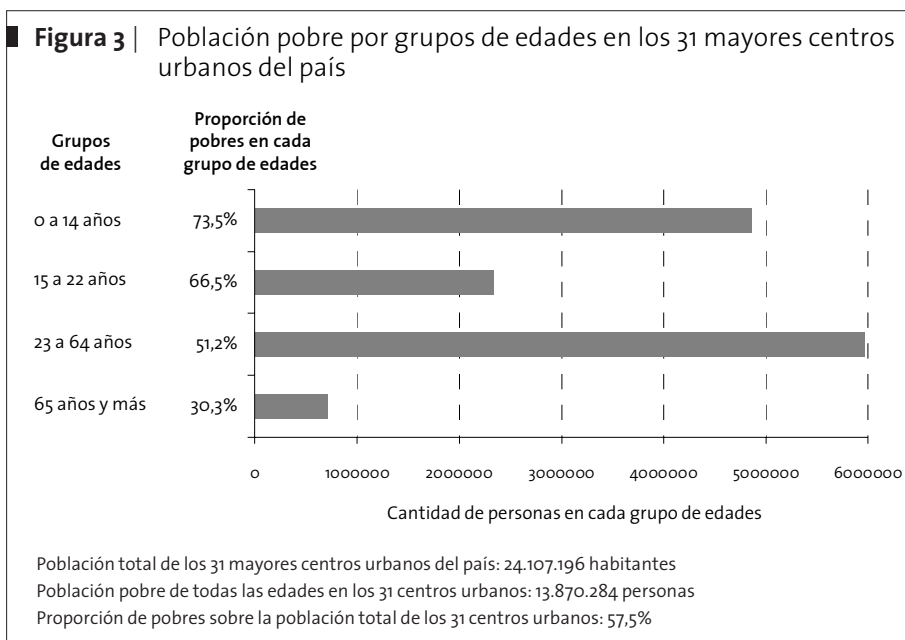
Ahora, casi 100 años después, la grave crisis económica revierte el flujo migratorio, con miles y miles de argentinos de todas las clases sociales encolumnados literalmente a las puertas de los consulados españoles e italianos en busca de visas o trámites de nacionalización, mientras algunos gestionan visas de turistas para encaminarse a otros países de la Unión Europea, así como a los Estados Unidos y al Canadá, en tanto que otros más emigran a Israel. Se estima que más de 250 000 ciudadanos dejaron la Argentina durante la crisis en pos de nuevos horizontes, aunque no solo han emigrado ciudadanos argentinos, sino también varios millares de ciudadanos de países fronterizos como Bolivia y el Paraguay, así como de otros países iberoamericanos, que habían venido a la Argentina en busca de oportunidades, pero se vieron obligados por la crisis a regresar a sus países de origen.

Una consecuencia adicional de todo esto es el desmembramiento familiar: las familias argentinas son tradicionalmente muy unidas, y ver alejarse por la situación a los hijos jóvenes con los pequeños nietos, que seguramente se criarán y educarán como extranjeros, entristece sobremanera a los padres. El efecto ha sido particularmente notorio en la clase media, cuyos ingresos fueron afectados primero por la quita del 13% de los sueldos y las jubilaciones dispuesta por el gobierno de De la Rúa<sup>4</sup> y luego por la pesificación. La pérdida de ingresos y de empleo forzó a los jefes de familia a migrar en busca de trabajo, a desprenderse de sus bienes, a cambiar sus hábitos de vida; en suma, a adaptarse a una nueva realidad restrictiva sumamente angustiada para las familias.

Merece un comentario especial la situación de la tercera edad. La expectativa de vida en la Argentina supera los 73 años, con 3 636 232 personas mayores de 65 según el último censo (realizado en noviembre de 2001), que representan a 9,70% de la población total. Buena parte de ellas vive de sus pensiones, que hasta la pesificación les permitían un tren de vida más o menos decoroso. Pero primero la quita de 13% y luego la devaluación les significaron un impacto dramático, al que cabe agregar la ansiedad por el atraso con que suelen pagárseles las pensiones mensuales. Estas se cobran por lo común tras pesados plantones en largas filas ante las puertas de las sucursales bancarias, y en alguna ocasión se ha llegado a pagarlas en lugares públicos tales como cines o estadios deportivos. El estrés suscitado por estas situaciones en los últimos meses ha causado la muerte de al menos dos ciudadanos de la tercera edad, en plena fila de cobros. Hay aún otra faceta de la crisis que perjudica a las personas de avanzada edad: muchas de ellas, debido a las altas tasas de desempleo, sencillamente no pudieron seguir efectuando sus aportes jubilatorios; o bien, al privatizarse las cajas de jubilaciones en 1994, no habían

---

<sup>4</sup> En agosto de 2002 la Corte Suprema declaró inconstitucional la reducción de 13% sobre los salarios de los empleados públicos y los pagos a los jubilados, vigente desde julio de 2001 en virtud del decreto 896/01 firmado por De la Rúa. En diciembre de 2002 el presidente Duhalde, por el decreto 1819/02, anuló el descuento y dispuso que a partir de enero de 2003 las retribuciones fuesen abonadas íntegramente sin ninguna quita, y que la reducción salarial sufrida por los empleados públicos y los jubilados se restituyese mediante la entrega de bonos de deuda pública (BODEN) que se terminarán de rescatar en 2008. Posteriormente se aprobó una excepción de pago efectivo inmediato del reintegro para todos los jubilados y pensionados que sufren enfermedad terminal, previa certificación médica.



Fuente: INDEC

aportado lo suficiente para tener derecho a una pensión. Pasaron entonces a engrosar los segmentos de población que padecen pobreza e indigencia, cuya dimensión y repercusión social merecen un estudio aparte (Figura 3).

### La asistencia social

Como respuesta a la aguda crisis social y a los críticos niveles de pobreza derivados de la coyuntura económica y financiera, en enero de 2002 el gobierno federal declaró la Emergencia Nacional en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria. Poco después, haciéndose eco de las recomendaciones de la Mesa del Diálogo Argentino, mediante el decreto 565/02 lanzó un programa de ayuda a los desocupados denominado Plan de Jefes y Jefas de Hogar, que consiste en una subvención de 150 pesos (unos 50 dólares al cambio de fines de 2002) para asegurarle a esa población un ingreso mínimo (Cuadro 7).

Según este cuadro numérico, 1 903 855 personas eran a comienzos de 2003 las beneficiarias de este programa en todo el país. Si se considera un promedio de cuatro personas por familia, el plan cubriría a unos 8 millones de habitantes, es decir, casi el total de población indigente estimado por el INDEC en enero de ese año.

Aunque el monto del subsidio no llega a cubrir el costo de la Canasta Básica de Alimentos, que supera los 350 pesos (unos 100 dólares al cambio de entonces), contribuye a aliviar en parte las carencias de las familias que padecen mayor marginación. Para percibir esa ayuda, los jefes o jefas de hogar deben cumplir con varios requisitos: demostrar que

**Cuadro 7** | Beneficiarios del Plan Jefes y Jefas de Hogar por provincia  
Liquidación de enero de 2003

| Provincia o jurisdicción | Beneficiarios del Plan | Porcentaje del total de planes |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------|
| Total del país           | 1 903 855              | 100,00%                        |
| Buenos Aires             | 707 766                | 37,18%                         |
| Santa Fe                 | 176 122                | 9,25%                          |
| Córdoba                  | 117 763                | 6,19%                          |
| Chaco                    | 102 165                | 5,37%                          |
| Tucumán                  | 84 615                 | 4,44%                          |
| Salta                    | 74 450                 | 3,91%                          |
| Jujuy                    | 65 083                 | 3,42%                          |
| Corrientes               | 62 958                 | 3,31%                          |
| Mendoza                  | 59 365                 | 3,12%                          |
| Capital Federal          | 55 966                 | 2,94%                          |
| Formosa                  | 55 645                 | 2,92%                          |
| Santiago del Estero      | 54 296                 | 2,85%                          |
| Entre Ríos               | 49 643                 | 2,61%                          |
| Misiones                 | 45 158                 | 2,37%                          |
| San Juan                 | 38 288                 | 2,01%                          |
| Catamarca                | 36 626                 | 1,92%                          |
| Río Negro                | 26 183                 | 1,38%                          |
| Neuquén                  | 20 751                 | 1,09%                          |
| La Rioja                 | 19 366                 | 1,02%                          |
| San Luis                 | 18 580                 | 0,98%                          |
| Chubut                   | 14 320                 | 0,75%                          |
| La Pampa                 | 12 002                 | 0,63%                          |
| Santa Cruz               | 4 054                  | 0,21%                          |
| Tierra del Fuego         | 2 690                  | 0,14%                          |

Fuente: Ministerio de Trabajo de la Nación, 2003

sus hijos menores estén asistiendo a la escuela, exhibir los comprobantes de vacunación que correspondan, presentar la clave única de identificación laboral (CUIL), y otros, como presentar una certificación de la preñez si la mujer estuviese embarazada y acreditar la condición de jefe o jefa de hogar desocupado (o desocupada).

El gobierno federal estableció un programa de creación de empleos que invita a las industrias y a otras empresas a dar ocupación a las personas que están percibiendo subsidios, de modo que se incorporen paulatinamente al mercado de trabajo. Además del plan de subsidios descripto, las autoridades nacionales desarrollaron varios otros programas sociales de asistencia alimentaria y sanitaria, tanto con financiamiento externo como

propio. El presupuesto de 2002 destinó un monto especial a programas sociales dirigidos prioritariamente a la población de menores ingresos y a los indigentes: entre otros, programas de emergencia alimentaria, de atención maternoinfantil, de comedores populares y de atención a los menores.

En enero de 2002 se lanzó el Programa de Emergencia Alimentaria (PEA) mediante el decreto 108/02, que declaraba la Emergencia Alimentaria Nacional, con un fondo de 350 millones de pesos (en ese entonces unos 200 millones de dólares estadounidenses). Este programa, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y que beneficia a más de 1 500 000 hogares pobres, transfiere recursos a los gobiernos provinciales en función de los respectivos porcentajes de población por debajo de la línea de pobreza y de los coeficientes de coparticipación tributaria ya establecidos por ley. Cada provincia determina la forma de distribuir los alimentos a la población necesitada, sea por medio de vales o *tickets* alimentarios, de comedores populares, o por la distribución directa de cajas o bolsas con alimentos de primera necesidad.

Durante 2002, y luego en la campaña electoral, la administración de la asistencia social fue tema de intenso debate. Algunos críticos sostuvieron que los programas sociales históricamente han sido manejados con criterio político en la mayoría de las provincias favoreciendo el “clientelismo partidario”, y además pusieron en duda que hubiese un manejo transparente de los recursos asignados; otros opinaron que el llamado “asistencialismo” ha llevado a los beneficiarios a perder las competencias y aptitudes para el trabajo, haciéndolos dependientes crónicos de esos planes y desincentivando el trabajo productivo. Cabe recordar que los programas de asistencia social alcanzaron su apogeo hace más de medio siglo durante las dos primeras presidencias peronistas (1946-1952, 1952-1955) y que casi todos los gobiernos posteriores mantuvieron esa tradición.

### Los trueques

Para paliar las penurias de la crisis, durante 2002 florecieron espontáneamente los mercados de trueque, que funcionan por lo común en espacios abiertos, en general los fines de semana, donde la gente intercambia objetos producidos o aportados por ella misma, tales como ropa, alimentos, muebles, adornos y enseres domésticos o libros, etc. y también servicios tales como peluquería, manicura, clases, arreglo de ropa y otros. Según fuentes periodísticas, en esta modalidad de intercambio llegaron a participar más de 6 millones de personas en unos 8000 nodos o “clubes de trueque” en los momentos más agudos de la crisis. El funcionamiento de esos clubes se basa en reglas sencillas: se lleva un registro de los miembros y se les entregan vales o *tickets* con cierto valor nominal, que sirven para el intercambio tanto de productos como de servicios. El trueque se realiza cuando una persona ofrece un objeto, prenda o servicio por cierto valor y se le paga con los vales; luego el vendedor, con esos vales, adquiere otros bienes o servicios que necesita, en el mismo mercado de trueque.

Esta modalidad de intercambio mitigó en alguna medida la falta de recursos para adquirir alimentos o artículos de primera necesidad. El retorno a la práctica del trueque como



intercambio de unos bienes y servicios por otros, sin que circule dinero, al parecer se remonta a mediados de 1995, pero alcanzó mucho mayor desarrollo al estallar la crisis y escasear el dinero por las restricciones del “corralito”.

Otra modalidad de trueque fue la creación de circulante por medio de la venta de unidades de valor (denominados créditos), independientemente de que se hiciera un aporte en trabajo o en especie. Esto se debió a que, con el correr de los meses, al afianzarse su popularidad, la red de clubes de trueque emitió una impresión de “créditos”, a modo de cuasimoneda con valor de cambio. Estos créditos permiten a los socios de escasos recursos de un determinado club adquirir bienes o servicios sin que medie el canje directo de bienes hasta que se hallen en condiciones de ofrecerlos.

Los clubes de trueque están organizados en redes, siendo las más conocidas la “Red global”, la “Red de trueque solidario”, la “Bernalesa”, y otras. Sin embargo, no siempre han podido desenvolverse sin tropiezos debidos a créditos falsificados y a las complicaciones ocasionadas por la inflación, por el desabastecimiento y por maniobras especulativas. Todo ello ha provocado el cierre de gran cantidad de nodos (actualmente siguen funcionando unos mil en todo el país) de modo que ya se habla de una “crisis del trueque”, que algunos atribuyen a los planes sociales del gobierno: el subsidio de 150 pesos por cabeza de familia habría alentado el alejamiento de muchas personas que de otro modo seguirían participando en esos clubes.

En opinión de Jorge Marchen, docente de la Universidad de Buenos Aires, “el auge popular del trueque fue consecuencia de la desesperación provocada por la catástrofe económica y social, el altísimo nivel de urbanización que impide la vuelta a una economía de subsistencia o autoproducción parcial, a la inexistencia de un sistema de seguro de desempleo y al hecho de que el subsidio de 150 Lecops (Letras de Coparticipación Federal, bonos emitidos como cuasimoneda ya en el año 2000) no cubría ni el 25% de la canasta de subsistencia”. Cabe señalar que se ha presentado en el Congreso Nacional un proyecto de ley para regular el funcionamiento del mercado de trueque y penalizar la falsificación de los créditos que son la cuasimoneda de los centros de intercambio, pero este proyecto de ley aún no ha sido tratado.

### **Las fábricas recuperadas**

Desde que se desencadenó la crisis, en diciembre de 2001, ha cobrado notoriedad el fenómeno de las “empresas recuperadas” como alternativa al desempleo. En realidad, ya había antecedentes a comienzos de los años setenta y en los ochenta, con el advenimiento de la democracia, pero la crisis actual ha estimulado esta práctica, surgida como reacción a la primera ola de desindustrialización. Consiste en que los obreros ocupan las instalaciones y se hacen cargo de la producción de la fábrica, generalmente clausurada por quiebra, para recuperar su fuente de trabajo.

Se ha desarrollado en forma paralela cierta presión política para conseguir aceptación y respaldo legal para esas acciones. A fines de 2002 la Cámara de Diputados de la Nación aprobó la expropiación de empresas cerradas por ser “de utilidad pública y sujetas a

ocupación temporaria”, con el compromiso de pagar alquiler a los propietarios durante dos años, transcurridos los cuales los trabajadores tendrán preferencia de compra, quedando también la maquinaria a disposición de estos. Una vez aprobada la expropiación se prevén dos alternativas: formar cooperativas de gestión o buscar la estatización de la planta industrial. Los establecimientos actualmente en tal situación se agrupan en el Movimiento Nacional de Empresas Recuperadas (MNER), que reuniría a más de 150 fábricas, con unos 15 000 trabajadores.

### **Las redes solidarias en la comunidad y en el barrio**

A pesar de la gravedad de la crisis, la solidaridad con los más necesitados ha sido un rasgo muy destacable de la sociedad argentina, que se hizo patente aun en los peores momentos: organizaciones de barrio, amas de casa, clubes deportivos, las iglesias y otras organizaciones de la sociedad civil han brindado socorro continuamente con donaciones de alimentos y la organización de comedores populares para los sin techo. Baste mencionar que la organización Cáritas por sí sola, orientada por la Iglesia Católica Romana, dispuso el funcionamiento de 5000 comedores de ayuda comunitaria en todo el país. El espíritu solidario del pueblo argentino también se manifestó en el apoyo masivo a las víctimas de la inundación de Santa Fe movilizandando cientos de toneladas de víveres, ropa, colchones, frazadas y otros elementos necesarios.

### **La delincuencia**

Otra consecuencia lamentable de las crisis sociales es el aumento del delito, y la Argentina no ha sido ajena a este fenómeno. Los índices de delincuencia, expresados en robos a mano armada, secuestros “*express*”, atracos a toda hora en la vía pública, asesinatos, creciente tráfico de drogas, explotación de redes de prostitución, y otros delitos, se incrementaron notoriamente en los principales centros urbanos durante el período que nos ocupa, creando una sensación de inseguridad colectiva que ha impulsado, e impulsa aún, manifestaciones de protesta de la población en muchos lugares. Tales hechos y reacciones han adquirido tal relevancia que llegaron a ser tema obligado de debate y propuestas durante la reciente campaña electoral, y de hecho son objeto de tratamiento prioritario por el nuevo gobierno. En efecto, el presidente Kirchner prometió en su discurso inaugural mejorar la seguridad ciudadana y luchar contra la impunidad.

### **Desnutrición infantil**

A mediados de noviembre de 2002 las primeras planas de los diarios informaban sobre la muerte “por hambre” de cuatro niños (la última de 6 años con un peso de 9 kilos) en la Provincia de Tucumán, y posteriormente hicieron saber de otras 19 muertes infantiles por la misma causa en la misma provincia. Estas informaciones desataron un verdadero escándalo nacional, con fuertes repercusiones en el exterior, particularmente en España e

Italia. Para la opinión pública interna y externa era inadmisibles que en un país tradicionalmente productor y exportador de alimentos no se hubieran tomado previsiones para garantizar el acceso permanente a los alimentos y a una nutrición apropiada y segura a toda su población, particularmente a la más vulnerable.

Subsecuentes investigaciones periodísticas revelaron otras muertes de niños por la misma causa en otras provincias, particularmente en las del norte, caracterizadas por altos niveles de pobreza aun antes de la crisis económica. En el granero del mundo había hambre y desnutrición. Poco después el Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones confirmaba que durante 2002 habían muerto desnutridos 49 niños y que en un muestreo de 1052 niños en Puerto Iguazú se había observado en 700 de ellos algún grado de desnutrición.

Posteriormente se conocieron otros datos dispersos pero muy significativos: un relevamiento efectuado en Tucumán por el Sistema Provincial de Salud informó sobre la presencia de 17 000 personas desnutridas, incluidos niños y madres (90% menores de 6 años, 4% menores de 14, con daño neurológico, y 6% embarazadas). En Mar del Plata, centro turístico de la Provincia de Buenos Aires, en una reunión del Concejo Deliberante se informó que 21% de las embarazadas tenían menor peso que lo esperado, proporción que se elevaba hasta 33,8% en las gestantes adolescentes. En el populoso municipio de La Matanza (Provincia de Buenos Aires) en las proximidades de la Capital Federal, sobre 6889 niños nacidos en tres hospitales, 1830 (26,6%) presentaban síntomas de desnutrición debido a la subalimentación de los padres. En Jujuy se observó una proporción de 24,5% de niños desnutridos de 2 a 5 años de edad. El gobernador de Buenos Aires anunció una campaña puerta a puerta para detectar nuevos casos después que un muestreo efectuado por el Ministerio de Salud provincial reveló que, sobre 800 000 niños menores de 6 años, 56 000 presentaban grado I de desnutrición. Por su parte, el Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI) estimó que la desnutrición afectaba en la Argentina a más de 20% de los niños, con tasas aún más graves en el norte del país.

Poco antes de que se conocieran estas noticias el Ministro de Salud de la Provincia de Chaco envió al Representante de la OPS en la Argentina una carta donde le expresaba su preocupación por un posible aumento de la mortalidad infantil asociado a la crisis, haciendo hincapié en las muertes hospitalarias de neonatos por falta de suministros médicos esenciales y solicitando apoyo para evitarlas. Se supo luego que notas del mismo tenor fueron remitidas al PNUD y al UNICEF. La preocupación expresada por el ministro chaqueño podría indicar que situaciones similares se dieron en otras provincias muy golpeadas por la crisis, así como en áreas periurbanas de las grandes ciudades. Esta situación planteó la necesidad de instalar y atender un sistema de alerta que vigile estrechamente la morbimortalidad neonatal y la de menores de 5 años. El Representante de la OPS compartió esta solicitud con las autoridades nacionales de salud y propuso a su vez hacer en forma conjunta una evaluación rápida de la situación para poder tomar medidas preventivas acordes.

El rápido sucederse de los acontecimientos, el enorme interés de los medios y de la opinión pública, así como la inevitable capitalización política de estos hechos en un contexto preelectoral, provocó la reacción de los niveles más altos del gobierno argentino.

Las autoridades tucumanas fueron acusadas de haber hecho un mal manejo de los planes de asistencia social, y el ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, envió una misión de evaluación encabezada por la doctora Graciela Rosso, secretaria de Programas Sanitarios del Ministerio. La propia esposa del presidente de la Nación, senadora Hilda González de Duhalde, dispuso un “rastrillaje” de los casos de desnutrición y también exigió que se asegurase la transparencia en el uso de los recursos de asistencia social transferidos por el gobierno nacional a los gobiernos provinciales.

Por su parte, el Representante residente del PNUD convocó a una reunión de los jefes de los organismos internacionales en el país, para tratar el tema, reunión a la que también asistió la Sra. de Duhalde. Después de analizar la situación, el PNUD, la OPS y el UNICEF decidieron conjuntamente apoyar las necesidades más urgentes de las provincias nortenas más pobres y elaborar un plan de emergencia financiado con aportes propios hasta una suma de 150 000 dólares. Con estos recursos se adquirieron y entregaron insumos para los hospitales pediátricos de las provincias del Chaco, Misiones y Tucumán. Por intermedio de sus embajadas, algunas naciones, tales como los países escandinavos, España e Italia, expresaron su intención de apoyar las iniciativas conjuntas antes mencionadas.

Por otro lado, el gobierno de Italia ya tenía comprometida una donación de 4 350 000 millones de dólares, parte de los cuales se destinaría a la atención primaria de madres y niños.<sup>5</sup> A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación tiene prevista la compra de equipamiento básico para la atención del programa materno-infantil con parte de un crédito italiano destinado a la salud por 25 millones de euros.

Si bien la mortalidad infantil y la de menores de 5 años obedecen a distintas causas, referirse a ellas al comentar el impacto de la desnutrición adquiere especial relevancia por haberse denunciado una situación, generalizada en una vasta región, que innegablemente vincula la desnutrición, la pobreza extrema, los embarazos de adolescentes, el bajo nivel de escolaridad, con la creciente cantidad de nacimientos de niños con bajo peso y por lo tanto alto riesgo de enfermar y morir.

Según declaraciones efectuadas a mediados de diciembre de 2002 al diario *Clarín* por la doctora Graciela Rosso, sobre un total de 701 878 nacimientos registrados en el año 2000, 15,5% de los niños habrían nacido de madres entre 9 y 19 años de edad, la mayoría de ellas pertenecientes al estrato social más pobre y con bajo nivel de escolaridad. Según la Consultora Equis, sobre datos del año 2000, la mayoría de las madres adolescentes habitan en las provincias más pobres: Chaco 24,46%, Misiones 20,5%, Formosa 20,17%, Catamarca 19,48%. Un dato adicional preocupante indica que 59% de las madres menores de 20 años no han completado la escuela primaria. Según datos del INDEC publicados a fines de enero de 2003, las 10 provincias del Nordeste y Noroeste se caracterizan por una elevada proporción de habitantes por debajo del nivel de pobreza (Cuadro 8).

---

<sup>5</sup> Debido a una elevada deuda con inversores privados peninsulares, en Italia se presentó un recurso jurídico para bloquear los créditos a la Argentina.

| <b>Cuadro 8   Porcentaje de personas bajo la línea de pobreza</b> |                   |
|---|-------------------|
| <b>Provincia</b>  | <b>Porcentaje</b> |
| 1. Corrientes   | 74,4              |
| 2. Jujuy  | 71,1              |
| 3. Chaco  | 71,5              |
| 4. Tucumán  | 70,8              |
| 5. Salta  | 70,3              |
| 6. Misiones   | 69,9              |
| 7. Formosa  | 68,7              |
| 8. Santiago de Estero   | 66,5              |
| 9. La Rioja   | 66,2              |
| 10. Catamarca   | 62,5              |

Fuente: INDEC (enero de 2003)

Debido a que la desnutrición ha suscitado en todos los ámbitos una justificada preocupación, cobra vigencia la necesidad de realizar la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, iniciativa postergada por haberse “redireccionado” su presupuesto para atender necesidades más premiosas, tales como vacunas, medicamentos, etc. A la luz de los acontecimientos reseñados, valdría la pena retomarla para tener información actualizada del estado de la nutrición en el país, tanto como herramienta de diagnóstico como de planificación a mediano y largo plazo. En todo caso, una conclusión salta a la vista: el problema existe, y afecta gravemente a una parte considerable de “la otra Argentina”, la que nunca perteneció al llamado “primer mundo” ni disfrutó de sus beneficios.

### **Crecimiento versus Desarrollo**

Diversos analistas señalan que el “modelo de la convertibilidad” de los años noventa fue solo un modelo de crecimiento y no de desarrollo. El crecimiento y el desarrollo se hallan estrechamente relacionados con la pobreza y la distribución de recursos, puesto que rara vez coexiste un desarrollo sustentable con pobreza e injusticia social.

El crecimiento puede ser definido como un agregado cuantitativo de magnitudes, mientras que el desarrollo supone una liberación de potencialidades cualitativas. Esto hace que los dos conceptos no solo difieran sino que hasta pueden llegar a ser contradictorios entre sí. Un país puede crecer a costa de empobrecerse por la sobreexplotación de sus recursos naturales o el endeudamiento. Un simple cambio cuantitativo en el PIB no indica que se esté desarrollando: el aumento del PIB puede deberse a la desmedida explotación de un recurso. Por eso el PIB por sí solo no es un indicador válido para señalar un proceso de desarrollo: deben examinarse otros indicadores que revelen cuál era el patrimonio de partida antes del aumento del producto y cuánto queda de ese patrimonio luego del salto cuantitativo. Cabe aproximarse a ambos conceptos, entonces, señalando que el crecimiento

es un aumento del producto bruto en un tiempo determinado, mientras que el desarrollo supone cambios permanentes y genuinamente beneficiosos en la estructura productiva de un país o de una región.

Por último, es oportuno referirse a la distribución de la riqueza en uno y otro modelo. Cuando se trata de una sociedad en crecimiento, se obtiene una concentración de la renta en pocas manos, mientras que cuando se trata de desarrollo genuino, la distribución de la riqueza se vuelve cada vez más equitativa. La distribución regresiva de los ingresos por el crecimiento de una economía genera la existencia de cuasi rentas de privilegio, y esto a su vez conduce a un crecimiento económico en forma de *'booms'* o *'burbujas'*, que surgen cuando las cuasi rentas no se asocian a la innovación ni a la productividad, desplazan la inversión y el aumento de riqueza, y luego se evaporan súbitamente sin dejar desarrollo tras de sí. Durante esas burbujas el valor de los activos se eleva por encima del valor sustentable a largo plazo y luego desaparece por insuficiencia de innovación o inversión.

Entre 1991 y 1996 se sostiene que la Argentina experimentó un crecimiento en burbuja. En ese período predominaron el endeudamiento, los subsidios y las privatizaciones con costos financieros de privilegio. Todo ello condujo a un estancamiento productivo y a una obsolescencia tecnológica. De aquí se deduce que el modelo de convertibilidad fue un modelo de crecimiento y no de desarrollo.



## 4 Aspectos de salud

### **Descripción del sistema: obras sociales, prestaciones privadas e impacto del desempleo**

El sistema de salud de la Argentina es complejo, fragmentado y poco solidario. Se basa principalmente en las llamadas obras sociales, modalidad de seguro de salud de larga tradición en el país establecido a comienzos de los años cuarenta. El sistema público atiende a la población no protegida por esas instituciones.

En los primeros años de la década de 1970 se institucionalizó, mediante la ley 18 610, el seguro de salud obligatorio para todos los asalariados, de alcance nacional, por rama de actividad, con un aporte de 3% del trabajador y 6% como aporte patronal, a través de instituciones administradas por los sindicatos del ramo respectivo. Posteriormente, por otras leyes se autorizó la creación de obras sociales para el personal jerárquico de las empresas y se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), comúnmente conocido por la sigla PAMI (Plan de Asistencia Médica Integral), que presta servicios preventivos y asistenciales a la población de la tercera edad.

En las provincias se crearon también obras sociales provinciales. A fines de la década del ochenta el sistema de obras sociales, con más de 300 en funcionamiento, llegó a cubrir gran parte del territorio argentino. No obstante la expansión del sistema, pocas obras sociales desarrollaron capacidad propia para atender directamente la salud de sus afiliados; la mayor parte terceriza la atención contratando con instituciones tanto públicas como privadas los servicios profesionales y de hospitalización requeridos. Esta situación estimuló el aumento de la oferta privada de prestaciones tanto de diagnóstico como de tratamiento, particularmente en los años noventa, cuando la iniciativa privada efectuó fuertes inversiones en tecnología avanzada.

Ya a mediados de los noventa creció la tasa de desempleo debilitando seriamente el sistema de obras sociales, cuyo sostenimiento se basa en las contribuciones de trabajadores y empleadores. Por otro lado, la fuerte segmentación inherente a la organización del sistema hizo peligrar su existencia por falta de financiación. Según el INDEC, el total



de beneficiarios de las obras sociales en el año 2000 sumaba 13 807 884 personas, y ese mismo año el sistema integrado de jubilaciones y pensiones por el régimen de aportes totalizaba 10 910 003 afiliados, pero con solo 4 426 464 cotizantes.

En 1996 se creó la Superintendencia de los Servicios de Salud como organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud, con el objeto de supervisar, fiscalizar y controlar a los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. A su vez fusiona la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Paralelamente, se estableció el Programa Médico Obligatorio (PMO) como el conjunto de prestaciones a que se obliga todo agente asegurador para con sus beneficiarios. Durante la actual crisis se evidencia que, al interrumpirse la cadena de pagos por las altas tasas de desempleo, muchas obras sociales y otras prestadoras de servicios quebraron o vieron severamente afectado su desenvolvimiento. Recientemente, declarada la Emergencia Sanitaria Nacional a comienzos de 2002, el PMO fue reemplazado por un nuevo paquete de prestaciones denominado Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).

Evolución similar han tenido los seguros privados, de gran auge en la primera mitad de los años noventa, pues la crisis económica y la consiguiente disminución de los ingresos de la población han repercutido negativamente sobre su financiación. Actualmente solo una escasa franja de habitantes se halla en condiciones de poder pagar atención y seguros médicos privados.

Por otro lado, los usuarios de la llamada medicina prepaga se quejan constantemente por los continuos “ajustes” o aumentos sorpresivos de las cuotas, por incumplimiento o reducción de los paquetes de prestaciones, o por incremento de los aranceles por tratamientos de enfermedades crónico-degenerativas de la tercera edad, tratamientos oncológicos y otros. A comienzos de 2003 las grandes empresas de medicina prepaga ya habían anunciado aumentos (o “ajustes”) de 7% a 12% en las cuotas que debían pagar sus afiliados por sus paquetes de prestaciones; además promovieron planes que exigían “copagos” o “coseguros”, restringiendo así el pleno acceso a sus servicios integrales a solo una estrecha franja de la población con mayor poder adquisitivo.

Históricamente el sector público ha desempeñado un importante papel en la salud de la población argentina, atendida por los hospitales públicos nacionales y provinciales, los centros de salud y los programas de promoción y prevención financiados mayormente con fondos provinciales y municipales. En muchas zonas del país el hospital público es prácticamente la única institución prestadora de servicios.

En 1993, por el decreto 578 se estableció el marco normativo del régimen de autogestión para los hospitales públicos, tendiente a que estas instituciones mejorasen su autofinanciación, su eficiencia y su capacidad de gestión. Esto hizo que, además de transferir las responsabilidades de la salud a las provincias y municipios, la financiación de los hospitales dependiese de los presupuestos autorizados por las autoridades locales o provinciales.

La crisis financiera argentina está afectando severamente la capacidad operativa de los hospitales públicos, agravado ello por la sobredemanda de servicios por parte de la población que tenía algún tipo de cobertura de salud y que ha dejado de tenerla por el

desempleo o por su escasa capacidad de pago a un seguro privado u otro prestador particular. Se estima que actualmente 53% de la población argentina considerada por el INDEC bajo la línea de pobreza depende del sistema público para el cuidado de su salud.

Las actuales autoridades del Ministerio de Salud, con el apoyo del Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne a los ministros de Salud de las provincias, están impulsando el fortalecimiento de la atención primaria de la salud y la dotación gratuita de medicamentos esenciales mediante el programa Remediar, diseñado para resolver en el primer nivel de atención por lo menos 80% de las patologías más frecuentes. El Congreso Nacional aprobó la ley de medicamentos genéricos, atinada medida sanitaria que contribuyó de manera efectiva a reducir el precio de los medicamentos. Más adelante se señalan las medidas más importantes adoptadas por el gobierno en el periodo de emergencia.

### **Marco institucional para el sector**

El modelo del sistema de salud argentino puede caracterizarse como mixto, con tres subsectores claramente delineados: el subsector público, el de las obras sociales y el privado, que abarca la llamada medicina prepaga y los servicios de los profesionales independientes, en sus diversas modalidades. El predominio de un subsector se puede medir por la extensión de su cobertura o la cuantía del gasto. Con estos criterios ninguno de los subsectores es claramente hegemónico, aunque se observa un mayor peso relativo del sub-sistema de obras sociales.

El subsector público es proveedor directo de servicios a través de los hospitales públicos y los centros de salud tanto nacionales como los que se hallan bajo jurisdicción provincial y municipal. Las obras sociales integran actualmente un sistema de seguro médico para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.

El subsector privado está compuesto por los profesionales que prestan servicios en forma independiente, ya sea a pacientes afiliados a obras sociales o a seguros voluntarios (prepagos) o a quienes están dispuestos a pagar en forma particular y directa los honorarios de la prestación médica, y a los establecimientos asistenciales contratados tanto por las obras sociales como por los seguros voluntarios sin capacidad prestacional propia.

En los últimos años ha crecido la importancia y el número de empresas de medicina prepaga, que se encuentran agrupadas en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP); esta última representa a las empresas sin servicios propios.

Ya se mencionó que el Estado actúa en el sector salud en sus tres niveles, nacional, provincial y municipal; pero la autoridad máxima en materia de salud en el país es el Ministerio de Salud de la Nación. En las provincias y municipios la autoridad sanitaria corresponde a los respectivos ministerios y secretarías. El Ministerio tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto, mediante el diseño de programas, el dictado de normas de ejecución de acciones y la coordinación entre los distintos subsectores. En la práctica, las intervenciones del Ministerio están acotadas porque maneja solo un mínimo

porcentaje del presupuesto de salud pública y porque la salud no es una atribución delegada por las provincias a la Nación, de modo que las atribuciones del Ministerio no pueden infringir la autonomía de las provincias y los municipios en sus respectivas jurisdicciones. Como el Ministerio financia directamente acciones de salud muy selectivas, las políticas que fija tienen generalmente valor indicativo, y la concreción de actividades determinadas desde su nivel depende casi siempre de coincidencias más generales de índole política.

Según información del Ministerio de Salud, basada en un estudio de los gastos en salud efectuado en 1997, se estima que 45% corresponden al ámbito privado y 55% al público, incluyendo en este las obras sociales públicas y privadas. De acuerdo con los datos de 1999, el gobierno nacional participó con 3,3% de los gastos totales en salud, los gobiernos provinciales con 17% y los municipios con 3,8%. El INSSJyP (a través del PAMI) aportó 8% para la atención de jubilados y pensionados, las obras sociales nacionales 16% y las obras sociales provinciales 8%. Los desembolsos particulares directos, los copagos y los pagos a seguros privados representaban 44% del gasto total. Antes de la pesificación el gasto en salud se estimaba en 650 dólares; con la crisis y la consiguiente devaluación del peso, según la Superintendencia de los Servicios de Salud esa cifra se ha reducido a unos 184 dólares como consecuencia de la devaluación, la baja de los ingresos de la seguridad social y el desempleo.

### **Breve análisis de la situación de salud**

Es ampliamente reconocido que la Argentina había alcanzado de manera progresiva importantes logros en materia de salud; los indicadores nacionales más relevantes al respecto señalan los siguientes valores.

Población: 36 260 130 habitantes

Tasa media de crecimiento anual de la población: 11,9 por cada 1000 habitantes

Por ciento de población urbana: 87,2

Esperanza de vida al nacer: 71,93 años (mujeres 75, 59, hombres 68, 44)

Tasa bruta de natalidad: 18,2/1000 habitantes

Tasa de mortalidad infantil: 16,3/1000 nacidos vivos

Por ciento de muertes neonatales reducibles: 58,5

Tasa bruta de mortalidad: 7,6/1000 habitantes

Por ciento de población con agua corriente: 77,0

Acceso al alcantarillado: 42,5%

*Principales causas de mortalidad general en 2001, como por ciento del total*

Enfermedades cardiovasculares: 32,9%

Tumores: 19,5%

Enfermedades infecciosas: 9,1%

Causas externas (accidentes, suicidios, homicidios): 7,0%

Estos indicadores, que expresan promedios nacionales, son ilustrativos de los logros alcanzados. Sin embargo, al analizar la situación de la salud en la Argentina por regiones y provincias, se observan enormes disparidades entre las zonas más ricas y las más pobres. Estas últimas comprenden la mayoría de las provincias del norte.

En el *Informe de la Situación de Salud. Argentina 2003*, publicado por el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS, se expone un severo análisis de las inequidades en salud y de la asociación entre pobreza, indigencia y salud. Los indicadores demográficos y de salud caracterizan a la Argentina como un país en transición epidemiológica y demográfica. En la carga de enfermedades, si bien prevalecen las cronicodegenerativas, no dejan de preocupar las infectocontagiosas y el riesgo potencial de las transmitidas por vectores, tales como el dengue, la enfermedad de Chagas y la malaria, cuyos vectores están distribuidos en grandes extensiones del país.

Resulta pertinente mencionar aquí algunos puntos del análisis y la autocrítica del Ministerio en su informe, referidos a la tarea de superar las inequidades existentes:

- Reducción constante de la tasa de mortalidad infantil en los últimos 20 años hasta llegar a 16,3 por cada 1000 nacidos vivos, pero con fuertes oscilaciones: de 9,6 por 1000 en la ciudad de Buenos Aires a 28 por 1000 en la Provincia de Formosa (Nordeste).
- La tasa de mortalidad bruta era en 2001 de 7,6 por 1000 habitantes (8,4 por 1000 para los varones y 6,9 por 1000 para las mujeres), pero con marcadas diferencias entre provincias.
- Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales.
- Podrían haberse evitado 6 de cada 10 muertes de recién nacidos con buen cuidado prenatal, atención adecuada del parto, diagnóstico y tratamiento precoz.
- Los trastornos relacionados con la desnutrición, la diarrea, las dificultades respiratorias del recién nacido y las malformaciones congénitas del corazón siguen planteando un importante reto.
- Es preocupante el aumento de la sífilis congénita, habiéndose registrado 675 casos en 2002.
- Las mujeres de las provincias con menor ingreso per cápita sufren 20% de muertes en exceso de la mortalidad correspondiente a las que habitan en provincias con más recursos.
- Con respecto a los años potenciales de vida perdidos (APVP), las mujeres de las provincias de menor ingreso padecen un exceso de 58% de mortalidad prematura (anterior a los 70 años) respecto de las que viven en las provincias más ricas.
- Las enfermedades crónicas y las causas externas representan 50% del total de los años potenciales de vida perdidos.
- Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte (231 por cada 100 000 personas), seguidas por el cáncer, las enfermedades transmisibles y las causas externas.

- En los mayores de 35 años, 16% de las muertes se deben al tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo.
- Otros factores de riesgo de alta prevalencia son la hipertensión (30%), el colesterol elevado (20 a 30%), la obesidad (20%) y la diabetes (6 a 7 %).
- Si bien las enfermedades de potencial epidémico, tales como el dengue, la enfermedad de Chagas, la malaria, las causadas por hantavirus y las leishmaniasis, se hallan bajo continua vigilancia epidemiológica, se requiere reforzar las acciones preventivas y de control.
- En relación con los servicios básicos, agua y alcantarillado, según los datos preliminares del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, en la ciudad de Buenos Aires solo 2% de la población carecía de agua potable y 4,6% no tenía cloacas, mientras que en la Provincia de Misiones, 43% de los habitantes no contaban con agua potable y 89% carecían de cloacas.

Ante el panorama así sintetizado, el Ministerio de Salud de la Nación ha establecido como política de base “revertir el patrón de inequidad en salud, como objetivo ético, humano y político”, si bien queda claramente entendido que este planteo trasciende el actual período de emergencia.

### **Efectos de la crisis en la situación de la salud**

De acuerdo con la información disponible en la OPS, se considera que la severa crisis que en 2002 agobió a la Argentina, de no mediar esfuerzos oportunos para apoyar los programas y mitigar los efectos de la carencia de insumos, afectaría la situación sanitaria con los siguientes riesgos:

- Pérdida de las ganancias en salud obtenidas durante años.
- Riesgo de aparición de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables tales como niños, mujeres embarazadas y ancianos. Este último grupo de población representa actualmente 14% de los habitantes.
- Deterioro de la infraestructura de los servicios de salud debido a la falta de mantenimiento e inversión.
- Incremento del costo social en salud al exigirse mayores gastos de bolsillo a los habitantes para poder atenderse en el sistema.
- Aumento de la exclusión social en salud de la población más deprimida económicamente.
- Creciente demanda en salud mental por la carencia de servicios comunitarios.

Los siguientes cuadros ejemplifican las limitaciones operativas que podrían hacer perder los avances alcanzados, tras años de esfuerzo e inversión, en los programas de prevención y control (Cuadros 1, 2, 3 y 4).

| <b>Cuadro 1   Programas de prevención</b> |   |  |
|---|---|--|
|   | <b>Población que vive en zonas de riesgo</b>  | <b>Escenario por la interrupción de insumos</b>  |
| Dengue                                    | 4 millones en zonas de alto o muy alto riesgo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición de grandes brotes, y epidemias en amplias regiones de la mitad norte del país.</li> <li>• Incapacidad de los servicios de salud para satisfacer la demanda.</li> <li>• Impacto sobre otras prestaciones prioritarias que deberían cumplir los servicios en estas circunstancias.</li> </ul> |
| Programa Ampliado de Inmunización (PAI)   | 1 400 000                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acumulación de susceptibles. Riesgo de epidemias.</li> <li>• Incumplimiento de los compromisos internacionales para la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles.</li> </ul>   |
| Influenza                                 | 3 500 000                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de formas graves y muertes.</li> <li>• Limitaciones para evitar entre 850 y 4200 muertes en personas de 65 o más años.</li> </ul>   |
| Chagas                                    | 5 500 000                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en la prevalencia de infectados.</li> <li>• Pérdida de logros en el control, regresión a un escenario epidemiológico de costoso abordaje a mediano plazo.</li> </ul>  |
| Tamizajes en banco de sangre              | (440 000 unidades)                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial aumento del número de enfermos por Chagas, VHB, VHC y VIH.</li> </ul>   |

VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

Fuente: estimaciones de M. Bortman

| <b>Cobertura</b> | <b>Probabilidad por cada 10 000 habitantes</b> |                |                |                |
|------------------|--|----------------|----------------|----------------|
|                  | <b>por <i>T. cruzi</i></b>                     | <b>por VHB</b> | <b>por VHC</b> | <b>por VIH</b> |
| Situación actual | 7,94   | 1,76           | 8,42           | 0,33           |
| 90%              | 14,63  | 8,62           | 13,16          | 1,83           |
| 80%              | 21,56  | 17,15          | 19,39          | 3,66           |
| 70%              | 28,49  | 25,69          | 25,62          | 5,49           |

VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

Fuente: estimaciones de M. Bortman

**Cuadro 3** | Número potencial de enfermos debido a transfusiones en el año y porcentajes de cobertura

| Cobertura        | Potencial número de enfermos por vía transfusional al año, sobre una base de 440 000 unidades en el sector público |      |      |     |
|------------------|--|------|------|-----|
|                  | <i>T. cruzi</i>  | VHB  | VHC  | VIH |
| Situación actual | 349  | 77   | 370  | 15  |
| 90%              | 644  | 379  | 579  | 81  |
| 80%              | 949  | 755  | 853  | 161 |
| 70%              | 1254   | 1130 | 1127 | 242 |

VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

Fuente: estimaciones de M. Bortman

**Cuadro 4** | Acciones directas sobre las personas

|                               | Población con tratamiento dependiente del Estado   | Escenario por la interrupción de insumos  |
|-------------------------------|--|---|
| Diabetes insulino dependiente | 125 000  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Situación de extrema emergencia.</li> <li>Complicaciones graves y muerte en días.</li> </ul>   |
| Tuberculosis                  | 12 000 casos por año; 19 millones de personas viven en provincias con tasas superiores a la media nacional | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de las tasas de complicaciones y defunciones.</li> <li>Aumento de la resistencia.</li> <li>Diseminación de cepas resistentes.</li> <li>Escenario epidemiológico muy desfavorable en el mediano y largo plazo.</li> </ul> |
| VIH/SIDA                      | 15 000   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de las enfermedades asociadas. Incremento de internaciones y terapias satélites.</li> <li>Aumento de la tasa de mortalidad a corto plazo.</li> </ul>   |
| Hemodiálisis                  | 9800   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Situación de extrema emergencia.</li> <li>Complicaciones graves y muerte en días.</li> </ul>   |
| Hemofilia                     | 1530 a 1570  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se estima una urgencia diaria a un costo promedio de 17 500 dólares.</li> </ul>  |
| Inmunosupresores              | 7000   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Situación de extrema emergencia.</li> <li>Complicaciones graves y muerte en días.</li> </ul>   |
| Cáncer                        | 31 000   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Incremento de la tasa de mortalidad por cáncer, en especial los que responden a tratamiento.</li> </ul>  |

Fuente: estimaciones de M. Bortman

### La crisis de los hospitales públicos

Según información de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud correspondiente al año 2000, en el país había 3311 establecimientos con internación, de los cuales 1271 en el sector público (nacional, provincial o municipal), 47 en el subsector de obras sociales, 1990 en el sector privado y 3 mixtos. La repercusión de la crisis económica en los hospitales públicos fue severa: en efecto, la interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la crítica pérdida de ingresos económicos de la población por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media y otros factores incidieron en un notable aumento de la afluencia de pacientes a los establecimientos públicos de asistencia médica, en busca de atención para sus dolencias. Esto se tradujo en un súbito y enorme aumento de la demanda de servicios hospitalarios, casi todos los cuales ya venían funcionando en forma deficitaria antes del colapso financiero. Las autoridades de salud nacionales, provinciales y municipales, así como el personal técnico y administrativo, tuvieron que desarrollar acciones casi heroicas para mantener a los establecimientos funcionando en las precarias condiciones prevalecientes, o para ofrecer al menos los servicios más esenciales, ante la súbita escasez y costo prohibitivo de muchos insumos hospitalarios y medicamentos que ya no podían ser provistos a los pacientes impedidos de adquirirlos.

La crisis no solo desencadenó la sobredemanda de atención hospitalaria para las patologías tradicionales sino que también hizo crecer las demandas de atención a la salud mental. Según la asociación civil que agrupa a los psicólogos y psiquiatras de la Capital Federal, durante 2002 aumentaron en 40% las consultas de salud mental, que además de referirse a una amplia gama de patologías psicosomáticas, tales como asma, gastritis, psoriasis, enuresis, etc., tuvieron como causas más frecuentes las quejas por trastornos afectivos y de ansiedad tales como depresión, ataques de pánico, miedos y fobias, crisis de angustia, dificultades de relación, problemas en las parejas y las relaciones familiares. Entre los niños, se multiplicaron los problemas de conducta y de hiperactividad, y entre los adultos mayores, el alcoholismo y la adicción a fármacos. Por otro lado, el encarecimiento de los medicamentos hizo resurgir la medicina herbolaria: se habría incrementado en 30 % el consumo de productos naturales como el tilo, la valeriana y la pasionaria, utilizados popularmente para aliviar la hipertensión, el insomnio y ciertos estados nerviosos.

Con el objeto de caracterizar mejor la repercusión de la crisis en los hospitales públicos y su capacidad de adaptación y respuesta a la grave situación, la Representación de la OPS en la Argentina, con anuencia de las autoridades nacionales de salud, remitió un cuestionario de respuesta voluntaria a los hospitales públicos de las provincias y de la Capital Federal, cuyas preguntas estaban orientadas principalmente a conocer:

- Cómo afectó la crisis económica al hospital y cuáles fueron los mayores problemas que debió afrontar.
- Qué patologías se incrementaron más.
- Qué medidas adoptaron para enfrentar la crisis.
- Las lecciones aprendidas.



Escapa a los alcances de esta reseña volcar aquí toda la abundante información recabada, pero a continuación se resumen con fines ilustrativos los aspectos más relevantes:

### ***Efectos de la crisis económica y mayores problemas afrontados***

- Resultaron notoriamente comprometidos los presupuestos, que ya eran deficitarios.
- Aumentó mucho el costo de los insumos, del instrumental y de los servicios. Los precios de los medicamentos y del material descartable aumentaron en promedio 290 y 340%, respectivamente. En algunos hospitales el rubro medicamentos llegó a representar 70% del presupuesto de la institución.
- Quedó afectado el acceso al crédito, aun para plazos breves, y el aumento de precios, que incluso fue mayor que el del dólar, limitó seriamente la capacidad de compras programadas obligando a adquirir cantidades mucho menores.
- Los proveedores exigieron el pago al contado, o el pago diferido con fuertes sobrepagos, amén de otras condiciones.
- Los medicamentos más difíciles de reponer fueron los anestésicos, los antibióticos de amplio espectro, los hemoderivados, la insulina, los antirretrovirales y otros.
- En algunos casos fue preciso retomar la práctica de volver a usar los materiales reciclables y de reutilizar prótesis previa esterilización.
- Suspensión de pruebas de laboratorio por falta de insumos y reactivos, falta de placas radiográficas. Paralización de equipos de alta tecnología con elevado costo de funcionamiento y mantenimiento.
- El deterioro del salario real y el atraso en el pago de haberes suscitaron frustración y afectaron la motivación del personal.
- La falta de presupuesto obligó a postergar la reparación y el mantenimiento de diversos equipos, tales como esterilizadores, autoclaves, nebulizadores, tomógrafos, aparatos de rayos X y ambulancias, así como los arreglos de la infraestructura física en edificios de hospitales que suelen tener más de 40 años de construidos.
- Fue preciso racionar alimentación ofrecida a los pacientes internados.
- Se percibió un aumento en la cantidad y complejidad de los trámites administrativos, especialmente en las compras, por las dificultades y nuevos procedimientos que planteaba la cambiante situación.

### ***Patologías que más se incrementaron***

- Un hospital informó que en el período crítico de la emergencia las consultas al servicio de guardia se incrementaron en 56,05% y las consultas clínicas y de especialidades en 173%. Ello prueba una vez más que ante la quiebra de muchas obras sociales, y la carencia de dinero para pagar una consulta privada, el hospital público debió afrontar una enorme sobredemanda de servicios.
- Creció el número de consultas por complicaciones del aborto.
- Aumentaron los casos de desnutrición materna y de recién nacidos con bajo peso.
- Mayor cantidad de consultas por trastornos mentales debidos a situaciones estresantes.

- Mayor cantidad de pacientes que acuden a consulta cuando su enfermedad ya se ha tornado crítica, por ejemplo diabetes descompensada.
- Se observó aumento de patologías coronarias, hipertensión, diabetes, tuberculosis, infecciones respiratorias y neumopatías estacionales.
- Incremento de enfermedades neonatales asociadas al bajo peso al nacer.
- Prolongadas listas de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes.
- Crecientes listas de espera para consultas de especialidades.
- Aumento de las enfermedades asociadas a la pobreza.

### ***Medidas adoptadas para enfrentar la crisis***

- Se efectuaron esfuerzos para mejorar los indicadores de productividad y calidad.
- Creación de comités de emergencia hospitalarios.
- Información a todo el personal sobre la nueva situación y el alcance de la crisis.
- Se confeccionaron presupuestos por patologías y por servicios, para poder contar con *stocks* mínimos y de emergencia, constituyendo reservas operativas del orden de 15% de las existencias.
- Formación de comités de crisis para unificar las compras y controlar los consumos de medicamentos e insumos esenciales.
- Se restringió la gama de prestaciones a las más básicas y urgentes reprogramando o suspendiendo las de cirugía estética, dermatología no oncológica y cesáreas por electivas.
- Se reimplantó el sistema de referencia y contrarreferencia para optimizar las derivaciones programadas a los centros de alta complejidad.
- Ajuste de los protocolos y normas de atención, tanto diagnósticas como terapéuticas, en pos de aumentar la eficiencia y optimizar el manejo de los recursos escasos.
- Se procuró normalizar sistemáticamente el tratamiento de las patologías más frecuentes de cada servicio.
- Reducción al mínimo indispensable de las prestaciones costosas.
- Reducción al mínimo indispensable, y con estrictas prioridades, de los estudios y análisis requeridos.
- Desarrollo de programas de contingencia destinados a priorizar la medicación a las urgencias, las unidades de hemodiálisis, el tratamiento intensivo (UTI), neonatología, obstetricia y pediatría.
- Control de auditoría sobre la prescripción de prácticas de laboratorio y rayos X.
- Se promovió en todos los servicios la reducción de la estancia media.
- Suspensión del comedor de sanos.
- Se restringió la permanencia de las personas acompañantes.
- Confección de vademécum mínimo y básico para residentes, internos y guardia médica.
- Restricción del uso de ambulancias solo para emergencias.
- Habilitación de salas de internación abreviada, con alta precoz.
- Venta de rifas, organización de festivales, bingos y otros medios de recaudación.

### ***Lecciones aprendidas***

Las ventajas, beneficios, practicidad y utilidad de:

- Fortalecer el trabajo en equipo y la toma de decisiones oportunas.
- Apelar a la creatividad para lograr el mejor uso del escaso presupuesto.
- Mejorar los sistemas de control de gestión.
- Trabajar en red.
- Priorizar las necesidades y la respuesta en función de las disponibilidades.
- Aumentar la eficacia organizativa.
- Tomar conciencia de que los criterios estrictos en el control del gasto son indispensables, especialmente en momentos de crisis.
- Convencerse de que en gastos generales siempre hay lugar para un ajuste más.
- Tener presente que la ausencia de insumos y medicamentos afecta de modo irreversible la calidad.
- Anticiparse a los acontecimientos en épocas de crisis planificando, organizando, sistematizando e innovando en la toma de decisiones.
- Desarrollar el ingenio para conseguir fondos complementarios provenientes de la comunidad, por ejemplo bajo la figura de fundaciones cooperadoras o de organizaciones no gubernamentales.
- Promover la participación de toda la comunidad hospitalaria en la resolución de los problemas.
- Tener presente que el ingenio se agudiza cuando es preciso resolver situaciones críticas.
- Aprender a trabajar con lo mínimo indispensable de recursos materiales.
- Comprobar que es en situaciones de crisis cuando afloran los sentimientos más nobles del ser humano: la solidaridad, el compañerismo y el compromiso con la comunidad.
- Asignar prioridad a las situaciones de urgencia y organizar los servicios para optimizar su atención.

Como se puede apreciar, la crisis de 2002 dejó varias lecciones útiles, tales como la necesidad de organizarse mejor para las contingencias y de reforzar el espíritu de cuerpo, fortalecer las buenas prácticas de gestión e imbuir en la conciencia colectiva de los profesionales lo imprescindible de practicar una medicina basada en evidencias, utilizar racionalmente la tecnología y disponer criteriosamente los exámenes y la utilización de protocolos de atención.

En su conjunto, resulta destacable la actuación y dedicación del personal profesional, administrativo y de servicios generales de los hospitales públicos argentinos, que demostraron su alta sensibilidad social y su solidaridad para mantener el funcionamiento de los servicios de consulta e internación aun, como se ha visto, afrontando grandes dificultades.

### **El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), conocido comúnmente como PAMI, fue creado en 1971 y es la institución de seguro público más grande de la Argentina: presta atención integral a 4 millones de afiliados en todo el país. El Instituto fue severamente afectado por la crisis, a tal punto que estuvo en serio riesgo de paralizar las prestaciones médicas aun más esenciales. Esto, así como las frecuentes denuncias de cortes de servicios, las largas listas de espera, la mala atención, la carencia de medicamentos, los atrasos en los pagos a las instituciones prestadoras, las denuncias sobre prácticas corruptas y un enorme déficit financiero de alrededor de 1800 millones de pesos (casi 600 millones de dólares), en diversas oportunidades ocupó la atención de los distintos medios de comunicación.

Tal situación alcanzó aún más resonancia por los perjuicios económicos causados por la crisis a la población en general y a los jubilados en especial, que ya habían visto reducidas sus pensiones en 13% durante el gobierno de De la Rúa y que, faltos de recursos para acudir a “prepagas” o a médicos particulares, no tuvieron otra alternativa que los servicios del PAMI. Por otro lado, sobre la dirección de este gravitaba tradicionalmente la sombra de manejos políticos en detrimento de la calidad e integridad de las prestaciones. Todo ello llevó al gobierno que presidía Duhalde a encarar la reestructuración del Instituto mediante la ley 26 615, aprobada por el Congreso Nacional el 3 de julio de 2002, que reforma la ley de creación del INSSJyP dotándolo de autonomía financiera y administrativa, con mayores atribuciones descentralizadas para la gestión local, y estableciendo la participación de los beneficiarios en la elección de los miembros del directorio.

Se consideran como logros de esa reorganización el haber restablecido los servicios suspendidos, tales como la internación de pacientes geriátricos, transplantes, provisión de prótesis, implantes de marcapasos, hemodiálisis y otros; el mejoramiento de la calidad de las prestaciones; la reducción de su déficit operativo; el pago de sus deudas a los hospitales y clínicas que atienden a sus afiliados, y, en suma, el haber mejorado la capacidad de gestión. No obstante esas medidas y los supuestos logros atribuidos a la reestructuración, denuncias de serias irregularidades en el PAMI ocuparon tempranamente la atención del flamante gobierno.

### **Problemas de salud comunes, aunque en diversa escala, entre los carenciados de Jujuy, Salta y Tucumán**

En un viaje de evaluación rápida efectuado a estas provincias del noroeste, conjuntamente con la cooperación de Italia, el Ministerio de Salud y la OPS, se comprobaron algunas preocupaciones comunes del personal sanitario que trabaja en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en los barrios carenciados (bolsones de pobreza e indigencia).

- Preocupante incremento del número de embarazos a edad muy temprana: 13 años o menos.

- Preocupante aumento de la cantidad de embarazadas menores de 19 años con más de dos hijos.
- Aumento de la desnutrición en los estratos socioeconómicos bajos.
- Incremento de la desnutrición (grados I y II) en las atenciones pediátricas.
- Creciente incidencia de diarreas, desnutrición, infecciones respiratorias agudas, parasitosis y traumas en los consultorios de los CAPS y como causas de internación pediátrica en los hospitales.
- Cantidades crecientes de niños con bajo peso al nacer y prematuros.
- Saturación de los servicios de neonatología por todas estas causas.
- Tendencia creciente en la mortalidad infantil por causas neonatológicas.
- Incremento de los abortos provocados (clandestinos).
- Muertes maternas por abortos sépticos.

Seguidamente se enumeran los problemas sociales más comunes identificados por los agentes sanitarios en las visitas domiciliarias:

- Hacinamiento (es común que ocho personas compartan el mismo ambiente).
- Elevado número de hijos por mujer.
- Aumento de los casos de desnutrición.
- Desempleo del jefe o jefa de familia.
- Madres solteras.
- Alcoholismo.
- Violencia familiar.
- Prostitución en edades jóvenes.
- Deficiente saneamiento básico, calidad dudosa del agua consumida.
- Bajo nivel de escolaridad.
- Exagerada dependencia de los planes sociales (reparto de alimentos por la asistencia social).
- Patrones socioculturales que influyen negativamente en los programas de salud (por ejemplo, rechazo de los hombres a usar condón).

### **El tema de la desnutrición**

Este flagelo presenta múltiples facetas cuyo análisis en profundidad excede el marco de esta reseña. Sin embargo, corresponde señalar aquí que en general se reconoce que el aumento de los casos de desnutrición obedece a factores estructurales como la extrema pobreza, el desempleo y la carencia de recursos para la adquisición de alimentos. Esto último ha influido al parecer incluso sobre la clase media, que ha tenido que modificar sus hábitos alimentarios por la crisis, aun reduciendo sus raciones diarias.

Pero, además de esos factores, hay otros en los que valdría la pena profundizar mediante investigaciones bien diseñadas, para observar las influencias culturales, particularmente en los estratos socioeconómicos carenciados; por ejemplo, la excesiva

dependencia fomentada por décadas de asistencialismo, la potencial pérdida de la cultura del trabajo de la tierra —y por ende del autosustento mediante el cultivo doméstico de alimentos y la crianza de aves de corral u otros animales de granja— y del desarrollo de proyectos agrícolas comunitarios. Cabe recomendar, entonces, que se busque financiación para realizar la Encuesta Nacional de Nutrición, de la que ya existe un proyecto bien diseñado y cuyos objetivos son:

- Obtener información sobre el estado de nutrición y salud de los niños entre 6 meses y 5 años cumplidos, las mujeres fértiles, las embarazadas y los adultos mayores.
- Evaluar los factores asociados a los distintos perfiles de estado nutricional en las poblaciones estudiadas.
- Obtener información acerca del acceso a los servicios de salud y a su utilización, así como sobre la cobertura de los programas alimentarios en esas poblaciones.

La encuesta permitirá sin duda precisar mejor la magnitud, gravedad y extensión de la desnutrición así como determinar las principales zonas geográficas afectadas.<sup>1</sup>

Para atender la emergencia sanitaria asociada a los casos de desnutrición en las provincias del norte, particularmente en Tucumán, el Ministerio de Salud de la Nación, conjuntamente con el de Desarrollo Social, promovió la distribución de alimentos básicos y leche a los grupos de extrema marginación social. La desnutrición que afecta a núcleos numerosos de población marginada, así como su impacto social y político, han de merecer seguramente atención prioritaria del gobierno nacional inaugurado el 25 de mayo de 2003, puesto que revistieron graves dimensiones en momentos culminantes de la crisis del año 2002.

### **Respuesta del Estado a la emergencia sanitaria**

#### ***El decreto de Emergencia Sanitaria Nacional***

La aguda crisis de la atención médica movió al gobierno federal a declarar la Emergencia Sanitaria Nacional (decreto 986/02), extendida luego hasta 2003, con la finalidad de garantizar a la población el acceso a los bienes y servicios básicos indispensables para la salud, con los siguientes objetivos:

- Restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas y servicios de internación.
- Asegurar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad.
- Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas.

---

<sup>1</sup> Al iniciarse la presidencia de Kirchner, el Ministerio de Salud anunció la realización de una encuesta nacional sobre nutrición en el transcurso de 2003.

- Asegurar a los beneficiarios del INSSJyP y del Sistema Nacional del Seguro de Salud el acceso a las prestaciones médicas esenciales.

Para su consecución se establecieron, entre otras medidas:

- Un fondo de 50 millones de pesos para la adquisición de medicamentos destinados a la atención primaria de la salud.
- La reasignación de créditos y préstamos del Ministerio de Salud y del Estado Nacional para financiar la compra de medicamentos e insumos médicos.
- La utilización de los recursos del fondo rotatorio regional para suministros estratégicos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, y de cualquier otro procedimiento de adquisiciones que dichas entidades pongan a disposición de sus estados miembros.
- Un mecanismo de monitoreo de precios de insumos y medicamentos del sector salud, y de alternativas de importación directa, ante eventuales alzas de precios injustificadas o irrazonables.
- La creación de un Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos, integrado por el Subprograma de Seguro de Medicamentos de uso ambulatorio para Jefes de Hogar y el Subprograma de Medicamentos Genéricos para la atención primaria de salud.
- La definición, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO), de las prestaciones básicas esenciales comprendidas en la emergencia sanitaria, que el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el INSSJyP deben garantizar con prioridad mientras subsista la situación de emergencia.
- El acudir a la cooperación de países amigos y agencias de cooperación internacional para la búsqueda de financiación complementaria para estos esfuerzos.

### **Acciones e iniciativas del Ministerio de Salud en el marco del decreto de Emergencia Sanitaria**

#### ***Programa Remediar***

Una de las iniciativas lanzadas y cumplidas durante la fase aguda de la emergencia fue el programa de medicamentos esenciales denominado “Remediar”. Por la grave carencia de medicamentos en los centros de atención, así como por el ocultamiento de existencias y el alza injustificada de precios, sumada a la escasez de recursos para adquirirlos de gran parte de la población, el Ministerio puso en marcha esta iniciativa financiada con fondos de la Nación y con la reprogramación de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto aproximado de 100 millones de dólares estadounidenses. El Programa tiene por objetivos asegurar el acceso de la población más desprotegida a la distribución gratuita de medicamentos básicos para el tratamiento de las patologías más frecuentes y fortalecer el sistema de atención primaria de la salud.

Para el lanzamiento de esta novedosa iniciativa se requirieron laboriosas negociaciones con el BID, relacionadas con el diseño, los procesos de licitación interna e internacional, los criterios de selección de los medicamentos y otros aspectos que asegurasen la viabilidad técnica y administrativa del programa en todas sus etapas. La OPS proporcionó apoyo técnico y respaldo institucional a este programa contribuyendo así a facilitar las negociaciones con el BID.

En una primera etapa del proyecto se cubrieron 2000 centros de atención primaria (CAPS) con unos 6 millones de tratamientos completos. Actualmente el programa está entrando en una segunda etapa, para expandir su cobertura a más de 5000 CAPS con medicamentos para un total de 90 millones de tratamientos, según las autoridades sanitarias. El vademécum de Remediar contiene 39 principios activos en 51 presentaciones consideradas suficientes para cubrir las patologías más comunes en el primer nivel de atención. La distribución de los medicamentos se efectúa mediante botiquines diseñados al efecto, que contienen las dosis para tratamientos completos.

Por otro lado, con este programa se procura fortalecer el primer nivel de atención aplicando estrategias de atención primaria de salud con participación comunitaria en la promoción y gestión de políticas de salud así como en los procesos de control en las etapas de implementación del programa. No cabe duda de que la distribución de estos medicamentos ha constituido un valioso aporte para mitigar las más premiosas necesidades durante la emergencia sanitaria.

### ***La ley 25 649 de prescripción de medicamentos genéricos***

En una sociedad acostumbrada al consumo de medicamentos de marca, el Ministerio de Salud ha debido sostener una dura batalla para lograr la aprobación de la ley de medicamentos genéricos, iniciativa impulsada por el ministro Dr. Ginés González García, amparado en el decreto 486/02 que declaraba la emergencia sanitaria nacional y disponía otras medidas complementarias, para ofrecer a la población una alternativa efectiva en cuanto a costos, ante la acentuada carencia de medicamentos de marca y su fuerte aumento de precios. La industria farmacéutica, los grupos de interés e incluso algunas asociaciones gremiales de médicos y otros profesionales de la salud se opusieron vigorosamente presentando un sinnúmero de argumentos tendientes a impedir o postergar la aprobación de la correspondiente ley, que fue arduamente debatida en el Congreso de la Nación. Por fin, el 28 de agosto de 2002 fue sancionada la ley 25 649, según la cual “toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de la forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración”. Esta ley, que consta de 13 artículos, faculta al Poder Ejecutivo, entre otras cosas, a establecer una política gradual de sustitución de importaciones.

Anteriormente, mediante la resolución ministerial 326/02, el Ministerio ya había establecido una serie de regulaciones para posibilitar la prescripción de medicamentos por su nombre genérico. La resistencia inicial de los médicos a prescribirlos, y la del público a



aceptar los medicamentos genéricos, se han ido desvaneciendo: hoy se puede afirmar que ya existe aceptación mayoritaria de esas disposiciones por el público y por los profesionales de la salud.

Cabe puntualizar, por otra parte, que ningún medicamento se introduce en el mercado argentino si no ha sido previamente avalado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), que es el organismo regulador estatal encargado de verificar la eficacia e inocuidad de esos productos. En un reciente informe del Ministerio de Salud se indica que a partir de junio de 2002 la curva de precios de los medicamentos registró un punto de inflexión pues comenzaron a estabilizarse, mostrando en algunos casos incrementos inferiores a los del índice de precios al consumidor, con lo cual de alguna manera se comprueba el buen éxito de esta iniciativa.

### **Programa Médico Obligatorio de Emergencia**

Por ley, las instituciones del Sistema Nacional del Seguro de Salud (obras sociales), tanto públicas como privadas, deben proporcionar a los asegurados un conjunto de prestaciones de salud obligatorias. El Programa Médico Obligatorio (PMO) tiene antecedentes en un conjunto de leyes y decretos y en las resoluciones del Ministerio de Salud 247/96 y 939/00. Esta última incluye un catálogo de prestaciones que obligatoriamente deben brindar todos los agentes del seguro de salud a sus afiliados y beneficiarios; esa nómina reemplazó el tradicional nomenclador nacional vigente hasta hace poco.

El catálogo de prestaciones del PMO aprobado por la Resolución Ministerial 939/00 establecía una amplia gama de servicios, incluidos los relacionados con patologías de baja incidencia y alto costo de tratamiento. Por otro lado, los mayores costos de los proveedores de servicios de salud y el uso creciente de tecnologías caras tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades pusieron en riesgo la viabilidad financiera de las obras sociales en un período de crisis económica. Ante la potencial descapitalización del sector por la merma de recaudaciones y evasión de aportes, el Ministerio juzgó oportuno, en el marco de la Emergencia Sanitaria, dictar medidas que regulen el funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del INSSJyP (PAMI) y aseguren a la población las prestaciones básicas imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de la salud priorizando las medidas preventivas y la atención primaria.

Para ello, mediante la Resolución Ministerial 201/02, se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y se resolvió que “Los agentes del seguro adapten todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos, a los efectos de garantizar a sus beneficiarios el PMOE”. También se dispuso que la Superintendencia de Servicios de Salud formase una Comisión revisora del Programa Obligatorio definitivo que será aplicado después del período de emergencia. A pesar de responder a una situación de crisis, el PMOE es amplio en su contenido según los términos de la resolución 201/02 y abarca los servicios y programas de atención primaria, con énfasis en prevención, atención médica especializada, incluso odontológica, programas de salud mental, rehabilitación, así como prótesis, medicamentos, hemodiálisis y otros (anexos I, II, III y IV de la Resolución).

Entre las prioridades del programa médico obligatorio figura la actualización y estandarización de los costos del catálogo de prestaciones; la OPS está proporcionando asistencia técnica para esa finalidad. La priorización de programas preventivos, la detección temprana de patologías y las intervenciones efectivas en cuanto a costo contribuirán de manera significativa al éxito del programa.

La duración y los alcances del decreto de Emergencia Sanitaria Nacional y de la resolución sobre el PMOE, inicialmente vigentes hasta fines del 2002, han sido prorrogados por el Poder Ejecutivo Nacional hasta diciembre de 2003. La aplicación del PMOE no ha estado exenta de dificultades, debido sobre todo a que varias obras sociales y las “prepagas” privadas fueron seriamente afectadas por la crisis económica: algunas se declararon insolventes y otras redujeron drásticamente sus prestaciones.

### **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**

#### ***Prevención del aumento de los embarazos precoces y la muerte materna por abortos provocados***

Ante el desalentador panorama de la salud maternoinfantil, por el elevado número de embarazos y abortos en mujeres menores de 20 años, de familias de escasos recursos, el Ministerio de Salud impulsó un programa de salud reproductiva que fue luego aprobado por el Congreso de la Nación al sancionar la ley 25 673 el 30 de octubre de 2002. Según las estimaciones estadísticas del Ministerio, la cantidad de abortos provocados habría aumentado en más de medio millón por año y las tasas de internación hospitalaria por complicaciones del aborto se habrían incrementado en 46% entre 1995 y 2000, con picos superiores a 100% en algunas provincias. La situación mencionada pone de manifiesto la urgencia de intensificar los programas de educación para la salud reproductiva y sexual y la necesidad de un abordaje intersectorial quizá buscando una alianza con la Iglesia Católica y otras instituciones de la sociedad civil. Gran parte de la mortalidad neonatal es atribuida a la brevedad del intervalo intergenésico en las madres adolescentes.

Entre los objetivos principales del programa, la ley 25 673 señala los siguientes:

- Posibilitar a la población que alcance el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, para que pueda adoptar al respecto decisiones libres de discriminación, coacciones y violencia.
- Disminuir la morbimortalidad maternoinfantil.
- Prevenir los embarazos no deseados.
- Promover la salud sexual de los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y de otras patologías genitales y mamarias.
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones referidos a la salud sexual y la procreación responsable.
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y la procreación responsable.

El alcance de esta ley beneficia a la población en general, pues prevé acciones coordinadas con los ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente para la capacitación de educadores, trabajadores y de la comunidad en su conjunto. La ley dispone, además, la distribución gratuita de anticonceptivos y de información sobre esos procedimientos a quienes lo soliciten.

### **Otros programas relacionados con la emergencia social**

El Ministerio de Salud, empeñado en priorizar la atención primaria, ha fortalecido toda una gama de programas, algunos de los cuales ya estaban en marcha desde años anteriores; los principales son:

- Programa Nacional de Salud Maternoinfantil: dirigido a fortalecer la salud de las mujeres en edad fértil, embarazadas, madres, niños y adolescentes de todo el país mediante la entrega de leche fortificada, medicamentos esenciales para la atención del embarazo, el parto y enfermedades prevalentes, con cobertura nacional.
- Programa Maternoinfantil y Nutrición (PROMIN): orientado a disminuir la morbimortalidad y la desnutrición materna e infantil, y a promover el desarrollo psicosocial de los niños menores de 6 años en áreas marginadas, mediante la provisión de medicamentos, leche fortificada e insumos para los programas provinciales de salud reproductiva.
- Programa Nacional de Inmunizaciones: ofrece cobertura nacional de vacunación a los menores de 6 años contra las enfermedades inmunoprevenibles. El programa ha incorporado, además, la dotación de vacuna contra *Haemophilus influenzae* y contra la hepatitis B.
- Atención Geriátrica: provee asistencia personal e institucional integrales en establecimientos geriátricos, con cobertura económica parcial o total, a afiliados mayores de 65 años con grave deterioro psicofísico que requieren cuidados intensivos personales y especializados.
- Programa de Asistencia a Situaciones de Crisis Sociosanitaria: prestación de servicios asistenciales u otorgamiento de recursos económicos para cubrir necesidades básicas de subsistencia y proporcionar tratamiento terapéutico o atención domiciliaria a personas de alta y mediana vulnerabilidad sociosanitaria.
- Programa Nacional de Control de Vectores: vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas, vigilancia del dengue y la malaria en zonas endémicas; provisión de insecticidas, máquinas, medicamentos y otros insumos; capacitación y desarrollo de actividades operativas.
- Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera y Enfermedades Diarreicas: tiene por objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas intensificando la vigilancia epidemiológica, con énfasis en las zonas fronterizas con movimientos migratorios. Trabaja en forma coordinada con las distintas áreas de salud y con el programa de vigilancia epidemiológica (VIGÍA) centrando

la atención en las poblaciones de regiones fronterizas, poblaciones migrantes y poblaciones con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

- Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS): orientado a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas infectadas con VIH/SIDA, así como a prevenir y reducir la incidencia de las ETS. Suministra medicamentos gratuitos a pacientes sin cobertura mediante convenios con hospitales públicos, efectúa pruebas de laboratorio para determinar la carga viral, entrega reactivos a bancos de sangre y cumple actividades de vigilancia epidemiológica.
- Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHÍ): provee atención primaria de la salud a las comunidades indígenas mediante prestaciones básicas en un marco de respeto a sus valores, creencias y tradiciones. Para ello contrata y capacita a agentes sanitarios aborígenes bajo la coordinación de las unidades sanitarias provinciales.
- Programa Federal de Salud (PROFE): proporciona asistencia médica a la población beneficiaria de pensiones no contributivas y a sus familiares a cargo carentes de cobertura asistencial, mediante convenios por capitación con la red de prestadoras públicas, o públicas y privadas, para brindar atención geriátrica de discapacidad y de salud mental. El órgano responsable de la ejecución es la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas.
- Programa de Donaciones para la Emergencia Sanitaria (REDES y MINSALUD): el Ministerio de Salud ha formado un grupo de expertos denominado Comité de Crisis, integrado por niveles técnicos y niveles de decisión, con el objeto de identificar y monitorear las necesidades derivadas de la emergencia. Una de las tareas del Comité es analizar y aceptar las donaciones de medicamentos e insumos hospitalarios siempre que cumplan ciertos requisitos establecidos en las normas nacionales. El Comité trabaja en estrecha coordinación con la Dirección de la Red de Solidaridad Social (REDES) del Ministerio de Relaciones Exteriores, responsable de autorizar el ingreso de donaciones al país.

### **La inundación de la ciudad de Santa Fe**

Debido a una temporada de intensas lluvias que afectaron a la provincia homónima desde fines de 2002 y que arreciaron en abril del año en curso, el martes 29 de abril, dos días después de las elecciones presidenciales, sobrevino una inundación sin precedentes en la historia de la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia. Las aguas cubrieron durante varios días aproximadamente un tercio de la ciudad, que tiene 489 505 habitantes según los datos censales de 2001. El desborde provenía del río Salado, que alcanzó una cota máxima de 8,5 metros causando grandes daños a las viviendas de unas 80 000 personas que debieron ser evacuadas de la parte oeste de la ciudad. La mayoría de estas tuvo que lamentar pérdidas catastróficas de sus pertenencias (mobiliario, equipos electrodomésticos, documentos, valores, ropa, etc.), arrastradas por la fuerza del agua o anegadas dentro de las viviendas.

Este desastre no solo causó la muerte de 23 personas sino también cuantiosos daños a la infraestructura de la producción agrícola e industrial, así como la pérdida irrecuperable de unas 4000 viviendas. Todo ello significa un serio perjuicio económico para la provincia, cuyas pérdidas totales, según estimación de la CEPAL, alcanzan a 2800 millones de pesos (1000 millones de dólares). En el sector de la salud quedaron fuera de servicio 14 centros de salud y hay que lamentar la pérdida de equipamiento de dos hospitales, el Vera Candiotti, de rehabilitación, y el hospital de Pediatría Orlando Alassia, que permanecieron varios días bajo el agua. Los daños en este último son particularmente sensibles por tratarse de un establecimiento de alta complejidad inaugurado en 1999 y construido con financiación del Banco Mundial a un costo de 11 millones de dólares. Se estima que las pérdidas directas e indirectas del sector salud alcanzan a 12 069 000 pesos, es decir, US\$ 4 300 000.

Además de buscar las alternativas más apropiadas para reemplazar el equipamiento de ambos hospitales, la preocupación de las autoridades sanitarias se centró en proporcionar atención oportuna a los damnificados y en prevenir y controlar potenciales epidemias asociadas a la contaminación ambiental por la acumulación de residuos sólidos y el desborde de los pozos sépticos. Ante la emergencia, el Ministerio de Salud de la Nación dispuso inmediato apoyo al Ministerio de Salud provincial aportando ayuda especializada, medicamentos y otros insumos. Se estableció así un Centro de Operaciones de Emergencia a cargo de un contingente de profesionales calificados y se puso en marcha un sistema de vigilancia epidemiológica. La detección y el oportuno tratamiento de casos contribuyeron de manera muy significativa a controlar patologías y evitar las epidemias comúnmente asociadas a las emergencias hidrometeorológicas. No obstante las acciones sanitarias desplegadas, a fines de mayo, cuando asumieron sus cargos las nuevas autoridades nacionales electas, se habían registrado ya 103 casos de hepatitis infecciosa y 60 de leptospirosis.

### **Acciones a nivel internacional**

La crisis económica no impidió el desarrollo de una nutrida agenda internacional de salud promovida por el ministro Ginés González García y sus colaboradores. En efecto, la Argentina no solo patrocinó y dio fuerte respaldo a la elección de la nueva directora de la Organización Panamericana de la Salud, doctora Mirta Roses, sino que también participó en varias importantes reuniones internacionales, en particular, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra del 13 al 18 de mayo de 2002, y la Conferencia Sanitaria Panamericana de Washington en septiembre de 2002.

Otras conferencias internacionales realizadas en 2002, en las que la Argentina tuvo intervención destacada fueron las siguientes:

- la Reunión de ministros de Salud y del Medio Ambiente (en Ottawa);
- la 1ª y la 2ª Reunión de ministros de Salud de América del Sur (en Buenos Aires y en Lima, respectivamente);

- la 4ª Reunión de ministros de Salud de Iberoamérica (en La Romana, República Dominicana);
- la 13ª y la 14ª Reunión de ministros de Salud del Mercosur (en Buenos Aires y en Brasilia, respectivamente).

En cada una de ellas la Argentina abogó por la necesidad de establecer políticas que favorezcan el acceso de los más necesitados a los servicios básicos de salud y promovió la iniciativa de los medicamentos genéricos como una experiencia muy positiva que se estaba desarrollando en este país. También impulsó el programa de cooperación entre los países, en cuyo marco, y con apoyo de la OPS, se desarrollaron proyectos conjuntos con Bolivia, Brasil, Canadá, Chile y Paraguay, en áreas de interés común.

Las negociaciones de las autoridades sanitarias argentinas con las instituciones financieras internacionales, tendientes a canalizar recursos al sector salud o a reprogramar recursos de proyectos ya existentes, en función de las prioridades planteadas por la situación de emergencia sanitaria, resultaron exitosas. Como ejemplos, citaremos aquí la canalización de 13 millones de dólares del Banco Mundial para la compra de vacunas, mediante el fondo rotatorio de la OPS, y la financiación del programa de medicamentos genéricos mediante negociación con el BID, por un monto aproximado de 100 millones de dólares. Otros proyectos exitosos encaminados por el Ministerio de Salud son la canalización de donaciones y la aprobación de créditos financieros a bajo interés para el sector, procedentes de Italia y de España, principalmente para la adquisición de equipamiento médico y el fortalecimiento de los programas de atención primaria de la salud.

### **Propuestas de la Mesa del Diálogo Argentino**

En el marco de la Mesa del Diálogo Argentino, el ministro de Salud, Ginés González García, presentó la agenda de gobierno proponiendo que las políticas sanitarias indicadas a continuación e incluidas en la propuesta fuesen objetivos de gobierno prioritarios para los próximos años y consideradas como políticas de Estado.

- Apoyar la implementación del seguro maternoinfantil, con el objeto de asegurar los servicios de salud a las madres embarazadas, las mujeres en edad fértil y los niños menores de 5 años.
- Asegurar a toda la población el acceso a los medicamentos, sosteniendo la prescripción de genéricos como un factor de competencia y transparencia en el mercado, y el programa Remediar como instrumento de acceso para la población más desprotegida.
- Asegurar la provisión de vacunas, medicamentos contra el VIH/SIDA, leche fortificada y otros insumos requeridos para prevenir o paliar las enfermedades endémicas o epidémicas, protegiendo la financiación de sus programas e instrumentando todos los medios para garantizar los recursos económicos necesarios para el mantenimiento operativo del sistema de salud.

### **El seguro maternoinfantil universal**

El Ministerio de Salud de la Nación ha lanzado la iniciativa de crear este seguro a fin de reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil, las embarazadas y los niños menores de 5 años, al principio en las siguientes provincias, identificadas como de alto riesgo y con mayores limitaciones en su desarrollo productivo: Chaco, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, San Juan y Santiago de Estero. Entre los fundamentos que justifican este seguro, el Ministerio señaló que de los 3 895 216 argentinos menores de 5 años, 74% se hallan en condiciones de pobreza y 43% en indigencia. Solo 17% cuenta con cobertura formal de obras sociales o de planes privados. Puesto que más de 70% de los trabajadores ganan menos de 500 pesos mensuales, se infiere que los hogares tienen grandes dificultades para satisfacer sus necesidades mínimas. De hecho, casi la mitad de las mujeres embarazadas llegan al parto sin haber recibido atención prenatal.

La constitución de redes de atención y la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud, así como la aplicación de modelos de gestión y control eficientes, serían las bases para el funcionamiento de este seguro, que además responde a los principios de universalidad, solidaridad y equidad. El modelo de gestión proyectado prevé una separación neta entre la financiación de la oferta de servicios y los proveedores, para lo cual se prevé establecer una combinación de prestadores públicos, privados y de la seguridad social. El Ministerio espera reducir así las inequidades existentes en salud entre las poblaciones de mayor marginalidad social y al mismo tiempo proporcionar servicios de calidad y efectivos en cuanto a costos para un paquete de prestaciones acordes con las patologías más frecuentes.

De esta reseña de las actividades desarrolladas por las autoridades sanitarias argentinas surge que sin duda han sabido responder a las exigencias planteadas por la crisis. A esos logros debe sumarse la destacable y solidaria actuación del Ministerio de Salud de la Nación, al atender con ayuda oportuna y efectiva las necesidades derivadas del desastre ocasionado por la inundación del 29 de abril en la ciudad de Santa Fe.

# 5 Respuestas y acciones de la OPS

## Introducción

El presente capítulo tiene por objeto resumir las principales acciones llevadas a la práctica por la OPS en apoyo a la situación de emergencia sanitaria declarada en marzo de 2002 por el gobierno argentino mediante el decreto 486/02. La declaración de emergencia sanitaria fue una de las consecuencias de la crisis financiera que ocasionó la ruptura de la cadena de pagos influyendo negativamente en el normal funcionamiento y en ocasiones provocando la quiebra de muchas de las aseguradoras (obras sociales) y de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta situación ocasionó una sobredemanda de los servicios públicos que ya se encontraban en estado crítico, a lo que se añadió el encarecimiento y ocultamiento de productos farmacéuticos.

En respuesta a la demanda creciente de cooperación relacionada con la emergencia sanitaria, la Oficina de la OPS/OMS en la Argentina organizó un grupo técnico de apoyo dentro de la propia Representación para fortalecer la capacidad de respuesta institucional.

Antes de la declaración de la emergencia sanitaria, la Oficina local de la OPS participó en la Mesa de Salud del Diálogo Argentino y el entonces director de la OPS, Dr. George Alleyne, durante su visita en febrero de 2002 expresó su solidaridad y comprometió el apoyo de la Organización para las necesidades de salud derivadas de la crisis económica que estaba afectando gravemente al país desde fines de 2001.

Para varias de las actividades emprendidas, la Representación de la OPS contó con la colaboración de las unidades técnicas y administrativas de la oficina central. A continuación se describen las acciones y programas más importantes.

## Iniciativas más relevantes relacionadas con la emergencia sanitaria

### ***Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS). Financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)***

En el marco de la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud impulsó un programa de dotación de medicamentos genéricos y fortalecimiento de la atención primaria de salud



para brindar cobertura a las personas más necesitadas. Con tal propósito, negoció con el BID la reprogramación de un crédito ya existente en el país a fin de orientarlo a la adquisición de medicamentos genéricos para cubrir las necesidades más urgentes de la población.

Así surgió el programa de medicamentos genéricos denominado Remediar, que dispone de alrededor 100 millones de dólares para la adquisición de medicamentos, de los cuales 6 millones han sido autorizados para la compra local; el resto de las compras se realizan mediante licitación internacional. Para este proyecto, la OPS cooperó con el Ministerio de Salud en la elaboración del listado de medicamentos, la especificación de productos, la cuantificación de las necesidades, la revisión de las licitaciones, material bibliográfico, listas comparativas de precios del mercado internacional y asesoramiento en procesos de compras y embarque.

La Representación del BID en la Argentina expresó su interés en contar con la colaboración de la OPS para este proyecto, tanto en el monitoreo técnico como en los procesos de compra, dependiendo del interés del Ministerio de Salud y de entendimientos de cooperación que podrían darse entre la OPS y el BID sobre este particular. Específicamente, se efectuaron consultas locales con el Representante de la OPS sobre la posible asesoría técnica de la OPS para la adquisición de medicamentos no aprobados en la licitación local.

Posteriormente, en una reunión conjunta efectuada en la sede de la Representación con la participación de las autoridades del Ministerio de Salud y un representante local del BID, se ratificó el interés en contar con la cooperación técnica de la OPS para el proceso de licitación internacional para la compra de medicamentos esenciales. La solicitud correspondiente fue luego oficializada ante el Representante de la OPS mediante la nota 1056/02 del Ministerio de Salud (UFI-S, Unidad de Financiamiento Internacional de Salud), en la que se incluían varios puntos específicos.

La incorporación del uso de medicamentos genéricos en la Argentina es una propuesta impulsada por el actual ministro de Salud, doctor Ginés González García, al igual que el fortalecimiento de la atención primaria de salud. Para ambas iniciativas la OPS está brindando cooperación en aspectos muy específicos. El gobierno aprobó el uso de genéricos mediante decreto, y el Congreso lo convirtió en ley. No obstante las objeciones y resistencia de los grandes laboratorios y otros influyentes grupos de interés, la iniciativa del Ministerio de Salud sigue vigente con buenos resultados.

### ***Programa Maternoinfantil (PROMIN). Financiamiento del Banco Mundial***

Este programa también ha sido renegociado por las autoridades con el Banco Mundial para atender las prioridades relacionadas con la emergencia sanitaria. La OPS cooperó con las unidades técnicas del Ministerio en la reprogramación de este crédito y en la identificación de las necesidades más urgentes, principalmente vacunas, y la cotización de productos farmacéuticos en el mercado internacional. Durante el período más agudo de la crisis, la OPS apoyó al gobierno argentino con el anticipo de 1 300 000 dólares, provenientes del fondo rotatorio que administra la OPS para la compra de las vacunas más urgentes para la población infantil de las Américas.

Asimismo, el Ministerio de Salud solicitó el apoyo de la OPS para la adquisición de vacunas, medicamentos contra la tuberculosis e insecticidas, con parte de los recursos financieros provenientes de la reprogramación del crédito del BM con el Gobierno argentino por un monto de 13 millones de dólares, mediante un acuerdo entre partes. El acuerdo, firmado el 12 de agosto de 2002, posibilitó tanto la compra de vacunas vía el fondo rotatorio como la adquisición de medicamentos contra la tuberculosis. La compra de insecticidas, que en un principio también se solicitó que fuera efectuada por medio de la OPS, se substituyó por la opción de compra local.

Otros componentes del préstamo del BM relacionados con la salud son el de vigilancia epidemiológica (VIGIA) y el de Lucha contra el Sida (LUSIDA). Ambos han sido reprogramados a la luz de las necesidades derivadas de la emergencia sanitaria. La OPS está cooperando en forma activa con estos programas, sobre todo en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para las enfermedades emergentes y reemergentes.

Posteriormente, el Ministerio de Salud solicitó a la OPS su cooperación para adquirir vía el fondo rotatorio todas las vacunas programadas para 2003 y algunos medicamentos esenciales, habiéndose transferido a la OPS para este propósito el monto de 22,5 millones de dólares procedentes de la renegociación de un crédito con el Banco Mundial, operación que se hizo efectiva en diciembre de 2002.

### ***La OPS y la cooperación de Italia***

El Gobierno de Italia, a través de la Dirección General de Cooperación para el Desarrollo (DGCS), solicitó a la OPS su apoyo en la gestión de las iniciativas que se describen a continuación:

**Crédito italiano por 25 millones de euros.** En mayo de 2002, durante la visita del vicescanciller de Italia a la Argentina se firmó el memorándum de entendimiento con la Cancillería argentina para la adjudicación de un crédito de 25 millones de euros al sector público de salud para la adquisición de bienes y servicios en plazos y condiciones muy favorables.

Para la ejecución de este crédito, la agencia de cooperación italiana solicitó la cooperación de la OPS en servicios de consultoría y asesoría técnica. Con tal propósito, el Gobierno de Italia ofreció a la Organización una subvención de 1 750 000 euros.

Anteriormente, en el mes de marzo, la oficina de Cooperación Externa de la OPS, la Representación de la OPS en la Argentina y la DGCS de Italia, representada por el Dr. Luciano Carrino, redactaron en Buenos Aires los términos de referencia para la cooperación de la OPS en la gestión de este proyecto. El Representante de la OPS los envió en su forma final al ministro de Salud de Argentina, quien expresó su acuerdo.

A mediados de junio, Luciano Carrino y un equipo de consultores de Italia vinieron a Buenos Aires con el propósito de negociar un crédito para las pequeñas y medianas empresas. Paralelamente, Luciano Carrino y De Nichilo, ambos miembros de la misión de Italia, trabajaron con el equipo de la OPS en la Argentina en la elaboración de un borrador de documento de proyecto para la gestión del crédito de los 25 millones. En aquella oportunidad, la misión italiana entregó al Representante los términos de referencia para un

acuerdo tripartito que sería firmado por la OPS, el Ministerio de Salud de la Argentina y el gobierno de Italia.

En reunión conjunta llevada a cabo con las autoridades de salud, la OPS y la misión italiana, se acordó concentrar el proyecto en cuatro programas: a) atención primaria de salud, haciendo hincapié en acciones de salud maternoinfantil, b) salud mental comunitaria, c) equipamiento de dos hospitales, uno general y otro pediátrico y d) equipamiento de bancos de sangre para el programa nacional de sangre segura. A fines de julio, el Representante de la OPS viajó a Washington para efectuar la presentación del proyecto preliminar del programa de crédito de los 25 millones.

De acuerdo con el memorándum de entendimiento, el Ministerio de Salud debe formar un equipo técnico específico para que trabaje en forma conjunta con el equipo técnico de la OPS en los detalles operativos para la elaboración del listado de compras, las especificaciones para los procesos de licitaciones, etc. A la fecha, la OPS ha mantenido reuniones de trabajo con un grupo *ad hoc* del Ministerio. Se espera que para la ejecución del proyecto ya se haya integrado un grupo multidisciplinario.

La ejecución del proyecto sufrió demoras debido a que estaba pendiente la firma de un acuerdo financiero entre los gobiernos argentino e italiano, y este acuerdo recién se firmó en abril de 2003. Entre otros aspectos, el convenio financiero fija los términos del crédito, sus mecanismos de ejecución financiera y los planes de amortización. Si bien Italia no entregó aún a la OPS los 1 750 000 euros comprometidos, adelantó una contribución voluntaria de 500 000 euros para la realización de las actividades de apoyo a la gestión del crédito.

Habiéndose cumplido con la firma del convenio financiero, queda allanada la ejecución del crédito para el cual el Ministerio de Salud ya ha efectuado trabajos preparatorios. Queda pendiente la firma del convenio específico entre Italia y la OPS que documente y legalice los términos de la participación de la institución, con aceptación de las autoridades de salud. Mientras tanto, la OPS está brindando cooperación a las autoridades de salud en todo lo que se requiere para la ejecución del crédito.

**Donación de 4,5 millones de euros.** Luciano Carrino, de la DGCS, en un viaje efectuado a mediados de julio a Buenos Aires ofreció a las autoridades nacionales de salud una donación de 4,5 millones de euros para un “Programa Sociosanitario de Emergencia”. El organismo italiano propuso que la OPS fuese la que ejecutara el donativo, con arreglo a sus propias normas. En una reunión realizada con las autoridades de salud, y atendiendo a la solicitud de Italia, se acordó que la donación se destinaría a las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe y se orientaría a dos programas: atención primaria de salud y salud mental comunitaria.

Luciano Carrino envió a la Representación un conjunto de documentos sobre la gestión de este proyecto (“Proposta di finanziamento”), junto con dos anexos (ficha operativa y ficha técnica); en ellos se establece el marco de referencia de la participación de la OPS en este proyecto. La propuesta de Carrino describe en detalle los programas, actividades, presupuesto y pautas para la participación de la OPS, incluidas las condiciones

para el eventual reclutamiento de expertos. La Representación de la OPS, que ha seguido de cerca esta nueva propuesta, ha traducido el documento al español y ha mantenido reuniones preliminares con las autoridades de salud para analizar la propuesta, que pone el acento, entre otros aspectos, en una gestión descentralizada con amplia participación de las autoridades de salud de las provincias seleccionadas, en la participación de la sociedad civil y en la programación.

Los detalles operativos se discutieron con las autoridades del Ministerio de Salud, y se solicitó que se designaran los puntos focales en las provincias y se definieran otros aspectos programáticos del proyecto así como las posibles responsabilidades que le corresponderían a la OPS como institución gestora. Esta iniciativa está pendiente de la comunicación de las autoridades italianas sobre el desembolso de los recursos financieros.

### ***Donaciones***

Se han mantenido reuniones con las autoridades del Ministerio de Salud y con la Representación Especial para Acciones de Solidaridad (REDES), organismo dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores, con objeto de obtener información sobre los trámites que deben seguirse para la aceptación de donaciones provenientes del exterior y de las prioridades para la ayuda. REDES ha entregado a la OPS copia de un documento sobre los procedimientos para seguir en el caso de donaciones, y el Ministerio de Salud le ha proporcionado la lista completa de necesidades. La Oficina Central de la OPS desarrolló una campaña promocional para interesar a potenciales organismos e instituciones en la donación de medicamentos y otros insumos esenciales.

REDES ha solicitado el apoyo de la Representación de OPS en la Argentina para el transporte de lotes de vacunas y medicamentos donados por países amigos. La Representación ha coordinado las acciones correspondientes con las Representaciones de la OPS de los países donantes.

La Oficina de la OPS/OMS en la Argentina ha mantenido estrecho contacto con organizaciones no gubernamentales interesadas en cooperar con el país, en particular con las instituciones "Brother Brothers" y "Global Links", ambas con sede en los Estados Unidos. Asimismo, ha cooperado activamente en la capacitación de funcionarios para el uso del programa SUMA (sistema de manejo de suministros). Con el auspicio conjunto del Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Salud y la OPS, se ha capacitado a un grupo importante de voluntarios estudiantes de farmacia e informática para clasificar en forma adecuada los medicamentos, insumos y suministros provenientes de diversos países en calidad de donaciones.

### ***Asistencia humanitaria. Acción conjunta interinstitucional PNUD-OPS-UNICEF***

**Apoyo a las provincias más pobres del norte argentino.** Como expresión de la solidaridad del sistema de Naciones Unidas ante las consecuencias sociales de la crisis argentina, y con motivo de las muertes de niños atribuidas a desnutrición en varias provincias del norte, a fines de noviembre de 2002 el Representante Residente del Sistema de las Naciones

Unidas en la Argentina convocó a una reunión de jefes de organismos, en la cual el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) acordaron apoyar a las provincias nortenas más afectadas con una iniciativa que respondiera a las necesidades de salud más apremiantes, y elaborar un proyecto de asistencia humanitaria con aportes de la cooperación internacional. En principio, cada uno de los organismos acordó aportar la suma de 50 000 dólares y crear un fondo común; asimismo, se acordó constituir un grupo de trabajo interinstitucional y se aprobó el siguiente plan de acción:

1. Elaborar una breve lista de las necesidades más urgentes en materia de medicamentos, haciendo hincapié en la atención neonatal y a embarazadas (sulfato ferroso con ácido fólico, antígenos para Rh y grupos sanguíneos, vacuna Rogham, antiparasitarios) y en la adquisición de insumos hospitalarios (jeringas, sondas, catéteres, agujas y guantes) al mejor costo posible. La lista que se preparó fue aprobada por las autoridades del Ministerio de Salud.
2. Contratar localmente, con apoyo del hospital Garrahan, servicios de bioingeniería para el mantenimiento de equipos de neonatología en los hospitales pediátricos de referencia (según experiencias documentadas, existen en las provincias nortenas hospitales relativamente bien equipados con tecnología apropiada, pero que no funcionan por falta de mantenimiento, en especial las bombas de infusión, los saturómetros y los respiradores).
3. Apoyar el fortalecimiento institucional y la formación de redes para la promoción de la salud y el desarrollo integral de la infancia, y mejorar la gerencia y gestión de las instituciones sanitarias.
4. Organizar campañas de comunicación social utilizando los materiales preparados por cada institución sobre control y atención del embarazo, del recién nacido y del lactante, así como sobre el cuidado de la salud, la higiene de los alimentos, el medio ambiente, etcétera.
5. Monitorear la participación del sistema de las Naciones Unidas en respuesta a la crisis humanitaria en la Argentina, así como de Cáritas y de otras instituciones de la sociedad civil.
6. Efectuar una evaluación interinstitucional de la situación de salud y de la capacidad instalada en las provincias seleccionadas y preparar un proyecto de asistencia humanitaria con contribución de agencias y países donantes.

A la fecha de elaboración de este documento, los organismos del sistema hicieron entrega a las provincias de Chaco, Misiones y Tucumán de los productos con que se habían comprometido a contribuir. La OPS se sumó a este esfuerzo aportando 50.000 dólares destinados a la adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios que se entregaron a los ministerios provinciales de salud, apoyó la producción de materiales de comunicación social y efectuó una evaluación rápida de la situación de salud de las provincias del norte argentino tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- principales problemas de salud y perfil de la morbimortalidad
- magnitud de esos problemas
- planes y programas de salud existentes
- capacidad de respuesta local y principales problemas a resolver
- características socioculturales de la población
- indicadores disponibles sobre nutrición
- capacidad de respuesta de los servicios de salud
- recursos e infraestructura disponibles en la comunidad
- ubicación de la salud como prioridad
- características principales de la población que acude a los servicios de salud
- características de la morbilidad y mortalidad infantiles
- características de la morbilidad y mortalidad en menores de 5 años
- características del programa maternoinfantil
- infraestructura existente de los servicios de salud
- flujo de pacientes a los servicios de referencia
- adecuación y nivel de suficiencia de los recursos humanos
- medicamentos e insumos
- equipamiento básico
- existencia de laboratorios básicos
- programa de seguimiento extrahospitalario y de visitas domiciliarias
- programas de nutrición
- programas de lactancia materna

La iniciativa interinstitucional probablemente exigirá de la OPS, dentro del ámbito de su competencia en la cooperación técnica, dialogar con las autoridades de salud para la elaboración de un plan operativo con un abordaje interprogramático centrado en las provincias más necesitadas del norte argentino, en el que participen principalmente los programas de nutrición, salud maternoinfantil, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), servicios de salud y vigilancia epidemiológica.

**Apoyo a la emergencia causada por la inundación de Santa Fe.** Como consecuencia de las intensas lluvias que afectaron al norte y centro de la provincia de Santa Fe durante el primer trimestre de 2003, creció y desbordó el Salado, río de escaso caudal que nace en la provincia de Salta, se dirige al sudeste para entrar por el norte en la provincia de Santa Fe, y bordea la ciudad capital antes de desembocar en el Paraná. La inundación, que anegó grandes extensiones de terreno en el norte y centro de la provincia, duró varios días y afectó al 30% de la ciudad de Santa Fe, ocasionado graves pérdidas a la agroindustria, la ganadería, la infraestructura pública y las viviendas de aproximadamente 80 000 personas.

Los antecedentes de desastres hidrometeorológicos en esta provincia están históricamente asociados a inundaciones provocadas por las crecientes del Paraná, para las que la ciudad ha adoptado medidas de prevención del riesgo, pero la magnitud de la inundación causada por el Salado no tiene precedente en los 430 años transcurridos desde la fundación de la ciudad.

La amplia actividad agrícola, ganadera e industrial hace de la provincia de Santa Fe una de las más desarrolladas de la Argentina; sin embargo, la provincia está también fuertemente afectada por la crisis social y económica que sufre el país desde fines de 2001. En un estudio efectuado en octubre de 2002, el INDEC estimó que 63,7% de la población se encontraba debajo de la línea de pobreza en el conglomerado urbano del Gran Santa Fe, con una tasa de desempleo de 23 por ciento.

La provincia de Santa Fe está ubicada en el este de la Argentina, tiene una extensión territorial de 133 007 km cuadrados y una población de 3 008 701 habitantes. La concentración poblacional está distribuida en dos ciudades: Rosario, con 1 121 441 habitantes, y Santa Fe, con 489 505 habitantes. Limita al norte con la provincia del Chaco, al este con Corrientes y Entre Ríos, al sur con la provincia de Buenos Aires y al oeste con Córdoba y Santiago del Estero. Su topografía en general se caracteriza por una extensa planicie.

Se atribuye como causa de la inundación la combinación de factores relacionados con el fenómeno del Niño, los cambios en las prácticas agrícolas, la construcción de vertederos hacia el río Salado y la construcción de viviendas en terrenos bajos al oeste de la ciudad, relativamente cerca de este río. Estudios posteriores permitirán afinar las explicaciones sobre las causas del presente desastre.

El sistema interinstitucional de las Naciones Unidas respondió a la declaración de emergencia, y ante la solicitud de las autoridades del gobierno provincial envió un equipo de expertos del PNUD, la OPS, el UNICEF y el UNDAC (Equipo de Naciones Unidas para la Evaluación y Coordinación en casos de Desastre) para la evaluación de los daños y la movilización de la ayuda más urgente. El equipo interinstitucional coincidió en apreciar que la magnitud del daño fue severa, no solamente por la pérdida de viviendas en la zona urbana de la ciudad, cuyo estimado preliminar según la Dirección de Catastro de la ciudad de Santa Fe habría afectado a 29 639 inmuebles (1296 manzanas) en una superficie de aproximadamente 3 264 947 metros cuadrados edificados con un valor catastral (no valor comercial) aproximado de 416 377 867 pesos (14 870 000 dólares). Sin embargo, a esta estimación debe añadirse la importante cantidad de viviendas (estimada en 36 000) que no están registradas en el catastro municipal. Por otro lado, la mayor parte de la población afectada pertenece al grupo social estructuralmente pobre. Las autoridades del Comité de Crisis calculan que del total de viviendas afectadas aproximadamente 4000 serían irrecuperables.

El grupo interinstitucional se puso a disposición de las autoridades provinciales y del comité de crisis al mando del Ministerio de Gobierno de la provincia y contribuyó al desarrollo de las siguientes tareas:

- Ofrecer apoyo técnico multidisciplinario a las autoridades locales y nacionales a cargo de la atención a la emergencia.
- Cooperar para la evaluación de la magnitud del desastre y la identificación de necesidades para ser canalizadas a la cooperación internacional a través del sistema de Naciones Unidas.

- Identificar las necesidades de apoyo con expertos para las etapas de emergencia, rehabilitación y reconstrucción.
- Transmitir las experiencias de los organismos especializados y difundir el material y la documentación técnica disponible.
- Respalda la organización y gestión del comité operativo (comité de crisis) para la sistematización del manejo de la emergencia y las respuestas en las diferentes etapas.
- Apoyar con expertos en manejo logístico (programa SUMA) la planificación de asentamientos de evacuados y los trabajos preparatorios para la rehabilitación y reconstrucción de las zonas afectadas.
- Elaborar proyectos para la canalización de recursos en las etapas posteriores a la emergencia.
- Preparar listas de prioridades de cooperación de los organismos del sistema y las agencias donantes.
- Identificar las áreas de capacitación para el fortalecimiento de la capacidad local del recurso humano en un ámbito intersectorial.

Además de la movilización de expertos para las tareas mencionadas, la OPS aportó su amplia experiencia en el manejo de las emergencias y desastres, y colaboró con el Consejo Económico y Social para América Latina y el Caribe (CEPAL) en la evaluación de los daños económicos directos e indirectos causados por el desastre, cuyo monto fue estimado en alrededor de 1000 millones de dólares.

Además de las 23 muertes causadas por la inundación, en lo que corresponde específicamente al sector salud, los daños fueron estimados en alrededor de 4 millones de dólares. En relación con la infraestructura física, dos hospitales de alta complejidad y diez centros de salud fueron afectados por la inundación y la morbilidad más importante estuvo asociada al incremento de casos de hepatitis A y leptospirosis. Como ya se señaló, las autoridades sanitarias de la provincia, con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación, respondieron de manera adecuada a las necesidades planteadas por la emergencia.

Para la OPS ha sido halagador que las autoridades de la provincia de Santa Fe hayan declarado por decreto gubernamental la institucionalización del programa SUMA en todos los organismos oficiales o no gubernamentales receptores de donaciones, para efectuar un inventario minucioso de la gran cantidad de donaciones que llegan tanto del interior del país como del exterior, y así contribuir al manejo transparente de estas, de acuerdo con el deseo de las autoridades de la provincia.

#### ***Plan Operativo de la Oficina de la OPS en la Argentina y apoyo a las iniciativas del Ministerio de Salud***

**Emergencia sanitaria.** A raíz de la emergencia sanitaria, la OPS organizó en la Representación un grupo de trabajo que elaboró un plan operativo e hizo recomendaciones concretas para la programación de actividades relacionadas con la emergencia en el programa



de cooperación técnica. Con arreglo a este plan, se ha instruido específicamente a los consultores para dar seguimiento, con sus contrapartes nacionales, a la implementación de las siguientes acciones específicas y áreas programáticas aprobadas:

- suministros de medicamentos
- suministros de vacunas
- suministros de insecticidas
- fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública
- comunicación social
- fortalecimiento de la atención primaria en la red de servicios
- gestión de los servicios de salud y modelos de atención
- preparativos para emergencias
- administración y logística
- promoción de donaciones

**Cooperación para el desarrollo de programas.** Durante la crisis, el programa de cooperación técnica de la OPS debió adaptarse a las necesidades emergentes del período crítico; sin embargo, las autoridades de salud y los funcionarios técnicos del Ministerio acordaron mantener en lo posible las agendas de las actividades más importantes previamente programadas en las áreas de sistemas y servicios de salud, vigilancia y control de las enfermedades, saneamiento ambiental, promoción de la salud, y otras de interés especial para las autoridades sanitarias.

La Representación de la OPS apoyó todas las iniciativas del Ministerio de Salud y los eventos internacionales patrocinados por las autoridades sanitarias, contribuyó al fortalecimiento del papel rector del Estado, apoyó las propuestas del Consejo Federal de Salud (COFESA), respaldó las actividades relacionadas con el desempeño de la Argentina como Secretaría pro t mpore del Mercosur, participó en la Mesa del Diálogo Argentino y en las iniciativas interinstitucionales del sistema de las Naciones Unidas relacionadas con el apoyo a la emergencia sociosanitaria, y promovió ante diversos interlocutores la necesidad de apoyo ante la magnitud de la emergencia sanitaria derivada de la grave coyuntura económica.

### ***Plan estratégico***

Como parte de la respuesta a la crisis política, social y económica, la OPS desarrolló un ejercicio de plan estratégico de mediano plazo para el período 2003-2007, tomando en cuenta diversos escenarios locales, adaptando la misión y los valores de la OPS para el cumplimiento de las funciones de la Representación, y efectuando el análisis de la situación de salud y la dinámica de los procesos de cambio ocurridos en el país, para de este modo adaptar su cooperación de la manera más previsible.

El ejercicio permitió verificar que las prioridades de la cooperación técnica de la OPS est n en función de las necesidades nacionales más urgentes. El plan estratégico deberá

ser aplicado a futuro tomando en cuenta la revisión de los procesos organizacionales y la capacidad de respuesta de la OPS a situaciones cambiantes.

### ***Centro de Documentación***

El Centro de Información y Documentación de la Representación de la OPS/OMS en la Argentina ha brindado apoyo constante en materia de información y documentación para las actividades de cooperación técnica que se han llevado a cabo con las contrapartes nacionales. En el período de emergencia, ha promovido la compilación de varios productos y servicios con información bibliográfica, bases de datos referenciales, recursos de información de prensa y diversos contenidos técnicos para su consulta local y virtual, y durante el período más crítico ha distribuido paquetes selectivos de información especializada en emergencias, desastres y asistencia humanitaria a los profesionales del Ministerio de Salud, diferentes órganos del Estado, organizaciones no gubernamentales, hospitales, universidades y otras instituciones académicas, así como a asociaciones de profesionales de la salud.

Este esfuerzo ha sido apoyado por las 70 bibliotecas en salud de la Argentina, que conforman la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud (RENICS).

### ***Acciones de seguimiento***

La Representación de la OPS en la Argentina, tomando en cuenta las derivaciones de la emergencia sociosanitaria, considera necesario:

- Apoyar a las autoridades de salud en el monitoreo de las condiciones de salud en el país, como consecuencia de la crisis, especialmente en las poblaciones de alto riesgo, así como en la elaboración de perfiles de salud de las provincias.
- Contribuir al fortalecimiento del sistema nacional de vigilancia epidemiológica, haciendo hincapié en las enfermedades emergentes y reemergentes.
- Continuar con el monitoreo de las donaciones llegadas al país así como las canalizadas a través de la OPS/OMS. La Representación estima que si se prolonga la crisis financiera, el mecanismo de las donaciones continuará teniendo una relevancia muy importante para mitigar las carencias.
- Explorar con las autoridades de salud la posibilidad de efectuar programas específicos de cooperación técnica con las provincias más necesitadas.
- Documentar y evaluar las acciones de cooperación relacionadas con la emergencia.
- Tomar en cuenta los efectos de la crisis económica y social para la formulación del plan estratégico para la cooperación de la OPS.
- Dar seguimiento y apoyo a la ejecución del crédito del gobierno italiano para el sector público de la salud, así como a otras iniciativas de financiación destinadas al fortalecimiento del sector salud.
- Seguir participando en las iniciativas y programas interinstitucionales del sistema de las Naciones Unidas en la Argentina.



# Anexo

## **Cronología de la participación de la OPS en el período de la emergencia sociosanitaria**

### **2002**

Enero-Febrero

*Marco institucional de la Argentina:* Aprobación de la ley 25 561 sobre Emergencia Pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria (6 de enero).

- Participación de la OPS en la Mesa del Diálogo Argentino; visita oficial del Director de la OPS a la Argentina.
- Compromiso del Director de la OPS, para apoyar solidariamente la emergencia sanitaria.
- Inicio del acuerdo, con la colaboración de la OPS, entre el Ministerio y el Banco Mundial para transferir recursos financieros por 13,5 millones de dólares para la compra de vacunas a través del fondo rotatorio y para la adquisición de medicamentos contra la tuberculosis.

Marzo

*Marco institucional de la Argentina:* Promulgación del decreto 486, declarando la Emergencia Sanitaria Nacional (12 de marzo).

- Elaboración de los términos de referencia para la cooperación de la OPS con el proyecto italiano (DEC-OPS-Arg). Se envió al Ministro de Salud con nota 15 de marzo.
- El Director de la OPS autoriza el adelanto de 1 300 000 dólares para la compra de vacunas, con recursos procedentes del “fondo rotatorio”.

## Abril

- Reclutamiento de un consultor para apoyar a la Representación en el manejo de la Emergencia Sanitaria y los proyectos OPS y el gobierno de Italia.
- Llegada de una misión de OPS/Washington, para trabajar con el Ministerio de Salud en asuntos relacionados con el acuerdo con el Banco Mundial para la compra de vacunas, licitaciones de medicamentos, procesos de compras y embarques.
- Continuación del apoyo y asesoramiento al grupo de trabajo del Ministerio de Salud en la elaboración de listados básicos de medicamentos esenciales y enlace con la oficina de compras de la OPS-Washington para monitorear cotizaciones y comparar precios. Apoyo con documentación técnica, entrega de publicaciones y bibliografía seleccionada sobre medicamentos esenciales y atención primaria de la salud.
- Apoyo en la reformulación de los proyectos PROMIN y VIGIA con financiamiento del Banco Mundial y PROAPS con financiamiento del BID.
- Desarrollo de la reunión nacional intersectorial sobre actualización y planificación de actividades relacionadas con preparativos para emergencias y atención a los desastres.
- Reuniones preliminares con el Dr. Atilio Savino (encargado del proyecto italiano) para acordar la formación del grupo de trabajo del Ministerio de Salud.
- Participación en las jornadas sobre Economía de la Salud, tema: La Seguridad Social frente a la crisis.
- Elaboración del Plan de Emergencia para la Representación de la OPS en la Argentina.
- Nota de respuesta de aceptación del Ministerio de Salud sobre los términos de referencia para la participación de la OPS en el proyecto italiano (11 de abril).

## Mayo

- Actividades conjuntas con la misión de la Fundación Instituto Oswaldo Cruz para trabajo conjunto con el Ministerio de Salud.
- Apoyo al Ministerio de Salud en la preparación de documentos para la Asamblea General de la OMS, relacionados con la emergencia sanitaria.
- Apoyo a las donaciones de medicamentos. Reunión de trabajo con la Dirección de REDES (Cancillería).

*Marco institucional de la Argentina:* Aprobación de la ley 25590 de Emergencia Sanitaria Nacional que, entre otras cosas, exime de pagos por derechos de importación e impuestos para medicamentos e insumos (15 de mayo).

- Seguimiento del apoyo a las actividades del Ministerio de Salud en relación con la emergencia sanitaria.
- Preparación de listados preliminares de necesidades y documentación para equipamiento hospitalario.

- Análisis del Paquete Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).
- Designación del Dr. Héctor Conti, Subsecretario de Regulación, como nuevo punto focal para el Crédito Italiano. Reunión de trabajo preparatoria para la llegada de la misión italiana.

#### Junio

- Visita de la misión de Italia y elaboración del primer documento de proyecto para la gestión del crédito financiero de 25 millones de euros.
- Elaboración del borrador del memorándum de entendimiento tripartito entre la OPS, el Ministerio de Salud y la Agencia de la Cooperación Italiana referido a la gestión del crédito italiano.
- Seguimiento del desarrollo del Convenio entre el Ministerio de Salud la OPS y el BM para la transferencia de recursos que permitan la adquisición de vacunas y medicamentos.
- La OPS/Argentina apoya con recursos financieros el traslado de vacunas contra la DPT donadas por el Ministerio de Salud de Brasil.
- Elaboración de la propuesta para organizar la Unidad de Gestión para el proyecto italiano, con anexo de cronograma de trabajo correspondiente al segundo semestre.
- Reunión de trabajo con el PAMI para explorar una posible cooperación técnica de la OPS.
- Reunión de trabajo con la Superintendencia de Servicios de Salud, compromiso de la División de Sistemas y Servicios (HSP) para apoyar el estudio de costos del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.
- Visita de observación a los hospitales pediátricos Garrahan y Gutiérrez para documentar experiencias del manejo hospitalario en la crisis.

#### Julio

- Participación de la OPS en el lanzamiento del programa Remediar.
- Visita de la cooperación italiana con propuesta de ayuda suplementaria de 4,5 millones de euros para la emergencia sanitaria, a ser gestionada por la OPS.
- Viaje del representante de la OPS a Washington para la presentación del documento al Grupo de Revisión de Proyectos (PRG).
- Comienzo de la elaboración de los programas técnicos y de los proyectos específicos (borrador para discusión con el grupo de trabajo del Ministerio de Salud sobre los lineamientos del PRG).

#### Agosto

- Firma del acuerdo entre la OPS y el Ministerio de Salud para la compra de vacunas y medicamentos contra la tuberculosis con fondos del préstamo del BM.
- Reunión con la Representación del BID en la Argentina, sobre posibles áreas de cooperación solicitadas por el BID.

- Solicitud del Ministro de Salud exploratoria de nuestra participación en el componente de adquisiciones del proyecto Remediar (PROAPS) financiado por el BID.
- Contacto y negociación con consultor experto en Marco Lógico para la elaboración de la versión final del Documento de Proyecto para la gestión del crédito italiano.

#### Septiembre

- Segunda visita oficial del Director de la OPS, Dr. G. Alleyne, a la Argentina.
- Reunión del Dr. Sotelo con el Dr. Alleyne para informarle acerca de la situación de emergencia sanitaria y la participación de la OPS.
- Reunión con el Director de la División de Sistemas y Servicios de Salud para revisar el documento de proyecto del crédito italiano, la cooperación de la OPS en la licitación de medicamentos y otros asuntos pendientes relacionados con la emergencia sanitaria.
- Reunión del Director de la OPS con el equipo técnico del Ministerio de Salud, presentación de la Sala de Situación y de los avances efectuados por las unidades técnicas del Ministerio en relación con el procesamiento de información crítica con enfoque epidemiológico para la toma de decisiones.
- Reunión técnica para la discusión del plan estratégico de la Representación.
- Solicitud de las autoridades del Ministerio para que la OPS apoye los procesos de licitación internacional para la compra de medicamentos dentro del proyecto PROAPS-Remediar con financiamiento del BID, así como para continuar apoyando la compra de vacunas para las necesidades del próximo año con fondos del BM.
- Conferencia Sanitaria Panamericana en Washington. Se renueva la dirección de la OPS y es elegida como nueva Directora la Dra. Mirta Roses.

#### Octubre

- Acciones de apoyo al Ministerio de Salud en sus negociaciones con el BID, en el proceso de licitación internacional para la adquisición de medicamentos.
- Participación de la OPS en la reunión conjunta entre funcionarios de la Cancillería Argentina y una misión de la Dirección de Cooperación para el Desarrollo (DGCS) del gobierno italiano.
- Reuniones técnicas entre la OPS, la misión italiana y el Ministerio de Salud, para discutir detalles programáticos relacionados con la oferta de donación del gobierno italiano.
- Participación en el Congreso Mundial sobre Discapacitados, con el tema “Las emergencias y los discapacitados”.
- Apoyo al Ministerio de Salud de Mendoza en su proyecto de descentralización.

#### Noviembre

- Presentación del Programa Sociosanitario de Emergencia a los ministros de Salud de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe.

- Reuniones de trabajo preliminares con los grupos técnicos de los Ministerios de Salud en La Plata, Rosario y Mendoza para el proyecto sociosanitario de emergencia.

*Marco situacional de la Argentina:* Los diversos medios de comunicación brindan una amplia difusión a los casos de mortalidad infantil por desnutrición en la Provincia de Tucumán.

- Participación de la OPS conjuntamente con el Ministerio de Salud en la evaluación de la desnutrición en Tucumán.
- Iniciativa interinstitucional del Sistema de las Naciones Unidas en la Argentina, con participación del PNUD, la OPS y el UNICEF para apoyar a las provincias del Chaco, Misiones y Tucumán. Se elabora un plan de trabajo aprobado por las autoridades del Ministerio de Salud.

*Marco institucional:* La senadora Hilda González de Duhalde, oficialmente a cargo de supervisar todos los programas nacionales de asistencia social, lanza un programa de asistencia inmediata para los niños desnutridos en Tucumán.

- Coauspicio y participación de la OPS en la Conferencia Latinoamericana de Secretarios Municipales de Salud, efectuada en Rosario del 25 al 27 de noviembre.

Diciembre

- Visitas de “evaluación rápida” sobre la situación sociosanitaria en el Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán.
- Por intermedio de la OPS, el Brasil envía una donación de insulina.
- Consulta efectuada por la institución estadounidense *Global Links* referida a su deseo de colaborar con donaciones de equipo hospitalario en adición a medicamentos.
- Últimos detalles acordados con la OPS para la transferencia de recursos del Banco Mundial destinados a la compra de vacunas programadas para el año 2003.
- Actos conmemorativos del Centenario de la OPS.
- Continuación de los trabajos preparatorios con el Lic. Attilio Aleotti, de la cooperación italiana, y con la Dra. Patricia Silva, del Ministerio de Salud, para el proyecto de emergencia sociosanitario.

**2003**

Enero

*Marco institucional de la OPS:* En solemne ceremonia, el 31 de enero asume en Washington la Dirección de la OPS la Dra. Mirta Roses, elegida durante la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002.



## Febrero

- Continuación de las actividades de cooperación de la OPS en el marco del plan de trabajo interinstitucional del Sistema de las Naciones Unidas para las provincias más pobres del norte argentino.

## Marzo

*Marco institucional de la OPS:* La nueva Directora anuncia su plan de reestructuración institucional.

*Marco institucional de la Argentina:* Entra en su fase final la campaña electoral para las elecciones presidenciales del 27 de abril.

## Abril

*Marco institucional de la Argentina:* El 27 de abril se realizan las elecciones para presidente y vicepresidente de la Nación.

*Marco situacional de la Argentina:* Desde el 29 de abril y durante los primeros días de mayo una inundación sin precedentes afecta a la ciudad de Santa Fe y a gran parte de la zona agrícola del centro-norte de la provincia.

- Participación en apoyo a las autoridades nacionales y provinciales como parte del grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para evaluar los daños y canalizar la ayuda internacional en respuesta a la emergencia.
- Apoyo específico por la emergencia, consistente en el envío de expertos en manejo de desastres y de un equipo especializado en manejo de suministros (SUMA), y ayuda financiera para la compra de los elementos de urgencia más necesarios.

## Mayo

- Prosecución del apoyo a la emergencia de Santa Fe y participación, a solicitud del PNUD y la CEPAL (Consejo Económico y Social para América Latina y el Caribe), en la evaluación de los daños económicos directos e indirectos.

*Marco institucional de la OPS:* Del 8 al 11 de mayo, la Dra. Mirta Roses efectúa su primera visita oficial a la Argentina como nueva Directora.

- Acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación y coordinación con la institución *Global Links* sobre los detalles finales para canalizar una importante donación de suministros, mobiliario y equipamiento médico para ser enviado por esta última al Ministerio.

*Marco institucional de la Argentina:* En solemne ceremonia efectuada el 25 de mayo asumen las autoridades nacionales electas: el Presidente de la Nación, Dr. Néstor Kirchner, y el Vicepresidente, Sr. Daniel Scioli. El nuevo Presidente ratifica al Dr. Ginés González García como Ministro de Salud.

# Bibliografía

- Bermúdez, I. Cómo se llegó a la situación de hambre en la Argentina. *Clarín*, Buenos Aires, 18 de noviembre de 2002.
- Bermúdez, I. Crisis económica y libre elección de la cobertura médica. Diez obras sociales concentran la mitad de todos los afiliados. *Clarín*, Buenos Aires, 4 de abril de 2003.
- Blustein, P. IMF Approves \$3 Billion Loan for Argentina. *The Washington Post*, Washington, D.C., 25 de enero de 2003.
- Camps, S. Informe especial, maternidad precoz. Aumentan los casos de niñas y adolescentes que tienen hijos. *Clarín*, Buenos Aires, 16 de diciembre de 2002.
- Cetrángolo, O. y F. Devoto. Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. (Documento presentado en el taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health, Toronto”, Canadá, 17 de junio de 2002).
- Diálogo Argentino. *Boletín Informativo No. 1*, enero de 2002. Secretaría Técnica. Buenos Aires, PNUD.
- Diálogo Argentino. *Boletín Informativo No. 2*, febrero de 2002. “Construir la transición”. Secretaría Técnica. Buenos Aires, PNUD.
- Elsinger, R. Son 17 mil las personas que están desnutridas en Tucumán. *Clarín*, Buenos Aires, 19 de febrero de 2003.
- Flores, M., W. B. Freire, T. González Cossío y J. Rivera Dommarco, *Creciendo en las Américas: la magnitud de la desnutrición al final del siglo*. Washington, D.C., OPS, 1997.
- Forrester, V. *El horror económico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1998.
- ISALUD/OPS. Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Informe elaborado por Federico Tobar. Buenos Aires, ISALUD, 2002.

- Guerrero Espinal, E. *Transformaciones del sector salud en la Argentina, estructura, proceso y tendencias*. Buenos Aires, OPS, Publicación No. 48, 1999.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta permanente de hogares: Indicadores socioeconómicos para los 28 aglomerados urbanos, mayo 2002. Buenos Aires, INDEC, agosto de 2002.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimación de la población urbana total, económicamente activa, ocupada y desocupada. Buenos Aires, INDEC, diciembre de 2002.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimador mensual de actividad económica. Buenos Aires, INDEC, febrero de 2003.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Incidencia de la pobreza y de la indigencia en el Gran Buenos Aires, octubre 2002. Buenos Aires, INDEC, diciembre de 2002.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos, octubre de 2002. Buenos Aires, INDEC, enero de 2003.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Valorización mensual de la Canasta Básica Alimentaria y de la Canasta Básica Total. Buenos Aires, INDEC, febrero de 2003.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Variaciones de precios según la estructura de consumo por quintil de ingresos y evolución de la Canasta Básica de Alimentos, diciembre de 2002. Buenos Aires, INDEC, enero de 2003.
- International Monetary Fund Press Release No. 03/06. *IMF Managing Director Issues Statement on Transitional Credit Support for Argentina*, <http://www.imf.org/external/np/sec/pr/2003/pro306.htm>, 17 de enero de 2003.
- La Nación online, Editorial I. El control de los planes sociales, [http://www.lanacion.com.ar/02/11/13/do\\_449517.asp](http://www.lanacion.com.ar/02/11/13/do_449517.asp), 13 de noviembre de 2002.
- La Nación online, Editorial I. Pobreza y familia, [http://www.lanacion.com.ar/03/03/05/do\\_478407.asp](http://www.lanacion.com.ar/03/03/05/do_478407.asp), 5 de marzo de 2003.
- Malaret, R. Análisis del contexto latinoamericano. ¿Desarrollo económico o con equidad social? Ponencia presentada en el seminario “La reinversión de la política y de la ciudadanía: la gobernabilidad democrática para el desarrollo humano en América Latina”, Instituto Internacional de Gobernabilidad, proyecto LAGNIKS (PNUD\_Generalitat de Catalunya), Barcelona, 22 y 23 de enero de 2001.
- Manzanal, M. Hambre en un país con abundancia de alimentos. *Clarín*, Buenos Aires, 26 de abril de 2002.
- Memorando de entendimiento entre la República Italiana y la República Argentina, “Referido a las condiciones y modalidades de concesión de un crédito de ayuda de 25 millones de Euro para un programa a favor del Sector Sanitario Público”, mayo de 2002.

- Ministerio de Economía. Reordenamiento del sistema financiero, Decreto número 214/02. Buenos Aires, 3 de febrero de 2002.
- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA). Documento de Presentación, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Buenos Aires, diciembre de 2001.
- Ministerio de Salud. *Informe de gestión 2002*. República Argentina, enero de 2003.
- Ministerio de Salud. *Informe de la Situación de Salud. Argentina 2003. Inequidad y emergencia: dos caras del mismo desafío*. Buenos Aires, 2003.
- Ministerio de Salud/OPS/OMS. *Situación de salud en Argentina 2003*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud. *REMEDIAR. Medicamentos esenciales para la atención primaria*. Buenos Aires, Argentina, <http://www.remediar.gov.ar>
- Ministerio de Salud. Salud Pública, Resolución 201/2002. Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1 de la Ley No. 23.660, Buenos Aires, Argentina, abril de 2002.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. *Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados*, <http://trabajo.gov.ar/programas/sociales/jefes/resoluciones.htm>
- Naciones Unidas. Cumbre del Milenio: Declaración del Milenio. Nueva York, 6-8 de septiembre 2000.
- Naszewski, D. ¿Podrá sobrevivir la convertibilidad? Buenos Aires, Ediciones El Cronista Comercial, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Publicación Científica y Técnica No. 587, Volumen II. Washington, D.C., OPS, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 11, 5/6, mayo-junio de 2002 (Número especial sobre Factores determinantes de la inequidad en salud).
- Organización Panamericana de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2) 2000 (Número especial sobre Reforma del sector salud).
- PNUD. *Aportes para el Desarrollo Humano de la Argentina, 2002. Un enfoque integral*, Ediciones PNUD, Buenos Aires, noviembre 2002.
- Presidencia de la Nación. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, *Principales programas sociales nacionales por ciclo de vida*, Buenos Aires, 2003.
- Presidencia de la Nación. *Emergencia Alimentaria Nacional*, Decreto 108/2002, <http://infoleg.mecon.gov.ar/txtnorma/71694.htm>, 15 de enero de 2001.

- Presidencia de la Nación. *Entidades financieras*, Decreto 1570/2001, <http://infoleg.mecon.gov.ar/txtnorma/70355.htm> , 1 de diciembre de 2001.
- Programa de Emergencia Alimentaria, *Ejecución del Programa Emergencia Alimentaria*, <http://www.desarrollosocial.gov.ar/areas/pea.html>, noviembre de 2002.
- Research Development Center. *Análisis comparativo del Programa Médico Obligatorio de Emergencia*, Buenos Aires, 2002.
- Rouquié, A. *Introducción a la Argentina*. Buenos Aires, Emecé, 1987.
- Sánchez, KA. *La economía argentina. Análisis económico desde 1990 a la actualidad*. Documento inédito.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), y Presidencia de la Nación, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. *Estructura y evolución del gasto social focalizado: 1997-2002*, agosto de 2002.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) y Presidencia de la Nación, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. *Síntesis de los principales programas sociales según magnitud de cobertura y/o presupuesto*, Buenos Aires, 2002.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) y Presidencia de la Nación, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, *Situación Social, septiembre 2002*, p. 1 a 20, [www.siempro.gov.ar/novedades/scfinalstep\\_archivos/slide0002.htm](http://www.siempro.gov.ar/novedades/scfinalstep_archivos/slide0002.htm)
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO). *Guía de Programas Sociales, Atención de la Salud, 2002*, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, [info@siempro.gov.ar](mailto:info@siempro.gov.ar)
- Show, M. G. *Fuerzas políticas en la Argentina*. Buenos Aires, Emecé, 1983.
- Sotelo, J. M. *La cooperación técnica y la ayuda financiera para la reforma*. Buenos Aires, OPS, 2003.
- Tendencias Económicas y Financieras, Business Trends, *La Economía Argentina*, Anuario 2001 y 2002.
- Verdejo, G. *Argentina: situación de salud y sus tendencias*. Buenos Aires, OPS, Publicación No. 46, 1998.
- Zeballos, J. L. *Guías de evaluación de los preparativos para desastres en el sector de la salud*. Washington, D.C., OPS, 1995.
- Zeballos, J. L. Informe de viaje, Salta, Jujuy y Tucumán, 9, 10 y 11 de diciembre de 2002. Argentina, diciembre de 2002.