

**ARGENTINA · CONDICIONES
DE SALUD 1985 - 1988**
Informe para el documento de OPS/OMS
Condiciones de salud en las Américas
1985 - 1989 *

PWR / Argentina

* La preparación de este tipo de informes, que posteriormente integran la publicación oficial de OPS/OMS Condiciones de Salud en las Américas, constituye una disposición de la Organización Panamericana de la Salud para todas las Representaciones de País. El presente documento fue producido durante el cuatrienio 1985-1988. En su elaboración participaron Américo Migliónico (coordinador), Consultor Internacional en Sistemas de Información (OPS/OMS), Nilton Arnt, Consultor Internacional en Epidemiología (OPS/OMS), Pedro Brito, Consultor Internacional en Desarrollo de Recursos Humanos (OPS/OMS), Carlos Canitrot, Consultor Nacional en Tecnología Médica (OPS), Susana Espino de Alayo, Consultora Internacional en Desarrollo de Recursos Humanos (OPS/OMS), Susana Grula, Consultora Nacional en Tecnología Médica (OPS), Amanda Galli, Consultora Nacional en Tecnología Educacional (OPS), Stella Garrido, Consultora Nacional en Comunicación Social (OPS), Alicia Kurlat, Consultora Nacional en Administración (OPS), Francisco Leone, Consultor Nacional en Sistemas de Salud (OPS), Dante Muñoz, Consultor Internacional en Saneamiento Ambiental (OPS/OMS), Carlos Pérez Hidalgo, Consultor Internacional en Nutrición (OPS/OMS), Mario Róvere, Consultor Nacional en Planificación (OPS), Roberto Tafani, Consultor Nacional en Economía de la Salud (OPS), Hugo Villar, Consultor Internacional en Administración Hospitalaria (OPS/OMS) y Henri E. Jouval, Consultor Internacional de Sistemas de Servicios de Salud. Merece reconocimiento el trabajo de procesamiento del texto de Cristina Sánchez y Marcela Sabbag (secretarías), así como la labor editorial de Haydée Valero (editora).

Carlos A. Vidal
Representante OPS/OMS en Argentina



Publicación N° 18

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional
de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1989

© Organización Panamericana de la Salud, 1989

© Organización Mundial de la Salud, 1989

INDICE

		Página
Capítulo I.	SITUACION SOCIOECONOMICA	5
	Introducción y síntesis	5
	Producción y empleo	6
	Precios y remuneraciones	6
	El sector externo	8
	La deuda externa	8
	La crisis y la coyuntura, significado e implicaciones	9
Capítulo II.	CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	11
	Población	11
	Estadísticas vitales	14
	Nacimientos	14
	Mortalidad	14
	Integridad del registro de defunciones	14
	Calidad de la certificación médica	14
	Análisis de mortalidad	16
	Mortalidad por edad y sexo	16
	Mortalidad por causas	18
	Años de vida potencial perdidos (AVPP)	20
	Tablas de vida	24
	Mortalidad infantil	26
	Esperanza de vida al nacer	30
	Anexo	32
Capítulo III.	CONDICIONES DE SALUD	33
	Problemas epidemiológicos de la población en general	33
	Salud de los menores de 5 años	34
	Población	34
	Mortalidad (1-4 años)	35
	Inmunizaciones	36
	Salud de la población de 5 a 14 años	36
	Salud de los adolescentes y adultos (15 a 64 años)	37
	Población	37
	Mortalidad	38
	Agrupamiento de causas seleccionadas	38
	Salud de la tercera edad (65 años y más)	46
	Salud de la mujer	48
	Salud y medio ambiente	50
Capítulo IV.	ALIMENTACION Y NUTRICION	53
	Producción y disponibilidad de alimentos	53
	Nivel de nutrición	56
	Carencias nutricionales específicas	57
Capítulo V.	CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD	61
	Estructura	61
	El subsector público	61
	El subsector de obras sociales	62
	El subsector privado	63
	Síntesis	63

	Políticas y planes	64
	Reorientación política de la salud	64
	Coincidencias programáticas	66
	Objetivos	66
	Principios	66
	Seguro Nacional de Salud	67
	Federalización/descentralización del sector salud	69
	Programas	70
	Atención Primaria de Salud (APS)	70
	Rehabilitación de la infraestructura de salud	71
	Programa de Tecnología Médica (PROTEMA)	72
	Programa Alimentario Nacional (PAN)	73
	Fondo de Asistencia en Medicamentos (FAM)	74
	Salud mental	75
	Servicios de laboratorio	76
	Administración de alimentos y fármacos	77
	Cobertura	79
	Capacidad instalada	79
	Indicadores hospitalarios de establecimientos del subsector oficial	83
	Situación de los sistemas de planificación en Argentina	100
Capítulo VI.	ECONOMIA Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD	103
	Financiamiento de la salud	103
	Gasto público nacional en salud	108
Capítulo VII.	DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	117
	Introducción	117
	La fuerza de trabajo del sector salud	117
	Médicos	119
	Personal de enfermería	120
	Otros profesionales	123
	Personal técnico, administrativo y de servicios generales	123
	Personal de la industria químico-farmacéutica y de producción de tecnología	123
	Gastos, ingresos y salarios	124
	Formación y capacitación	126
	La formación de pregrado	126
	La formación de médicos	128
	La formación de enfermeras	129
	Otros profesionales	130
	La formación de posgrado. Residencias médicas	131
	La formación en Salud Pública y Administración de Salud	132
	El mercado de trabajo médico	133
	La utilización de los recursos humanos	135
	El proceso de federalización/descentralización y el desarrollo de los recursos humanos	136
	BIBLIOGRAFIA GENERAL	139

Capítulo I

SITUACION SOCIOECONOMICA¹

Introducción y síntesis

En 1988 la crisis económica de Argentina, al igual que la de la mayoría de los países de la Región, se agravó. El producto bruto por habitante disminuyó (-0,8%) después de años de aumento (4,4% en 1986 y 0,3% en 1987), con una variación acumulada para el período 1981-1988 de -15,2%. La inflación más que se duplicó con respecto a la registrada el año anterior (1988: 372%; 1987: 174,8%; 1986: 81,9%; 1985: 385,4%) y las remuneraciones reales disminuyeron. En consecuencia, se alejó aún más la meta de reiniciar un crecimiento económico sostenido y con estabilidad que permita paliar los ingentes problemas sociales acumulados.

Esta evolución desfavorable pone de relieve que, sobre un trasfondo de problemas estructurales de larga data, los recurrentes desajustes macroeconómicos asociados al servicio de la deuda, a la crisis fiscal y a la escasez de divisas han adquirido ya una dinámica propia que se refleja en las crecientes presiones inflacionarias, el debilitamiento del proceso de inversión y la reducción de la capacidad de maniobra de la política económica. Es este contexto el que explica en gran parte los magros resultados que, una vez más, se registraron en 1988 en materia de crecimiento y estabilidad.

El aumento del valor de las exportaciones, derivado del alza de los precios internacionales de los productos básicos no energéticos y de la considerable expansión de los volúmenes exportados, no impulsó un mayor crecimiento económico, ya que una proporción reducida del aumento de las ventas externas se destinó a incrementar las importaciones, en tanto que el grueso fue utilizado para financiar el aumento de transferencia de recursos al exterior.

Sin embargo, no fue tanto la falta de divisas lo que limitó el crecimiento en 1988, sino las dificultades de bregar con los desequilibrios macroeconómicos agudizados por la crisis. En particular, las consecuencias negativas de los fuertes desequilibrios de las finanzas públicas y de la aceleración inflacionaria, o de los intentos para controlarlos, desempeñaron un papel preponderante en la pérdida de dinamismo económico.

De igual manera que en 1987, la pérdida de dinamismo del crecimiento económico y la aceleración de los procesos inflacionarios coincidieron con un mejoramiento del comercio exterior. En efecto, a raíz de las alzas que experimentaron las cotizaciones internacionales de numerosos productos primarios y del vigoroso crecimiento de las exportaciones de manufacturas en varios países, y pese al descenso del precio del petróleo, el valor total de las ventas externas de bienes subió 35%.

Las importaciones desde 1982 habían sido menores que las exportaciones, dando lugar a un balance de comercio exterior favorable al país: 2.400, 1.000 y 3.300 millones de dólares para 1986, 1987 y 1988 respectivamente. Esta am-

¹ Para la elaboración de este capítulo se toma como base el Balance preliminar de la economía latinoamericana. Santiago de Chile, CEPAL, 1988.

pliación del superávit comercial no permitió financiar los pagos netos de intereses y utilidades que fueron de 4.400, 4.500 y 4.600 millones de dólares para los mismos años. Gracias al mayor superávit comercial, el déficit de la cuenta corriente se reduce de -4.300 a -2.000 millones en 1987 y 1988 respectivamente.

En contraste, se verifica un claro aumento de ingresos netos de capitales (2.000, 2.600 y 3.500 millones de dólares en 1986, 1987 y 1988). Debido a ello, el resultado global del balance de pagos se vuelve positivo en 1988 (1.500 millones de dólares) después de dos años en que había sido negativo (-900 y -1.700).

Producción y empleo

En Argentina la expansión de la economía en el período 1985-1988 fue muy lenta. El producto interno bruto, que en 1987 se había incrementado débilmente, aumenta apenas 0,5% en 1988, con lo cual su nivel resulta aun 5% inferior al registrado en 1980. El virtual estancamiento de la actividad económica global deriva de la conjugación de un importante aumento de las exportaciones de la producción agropecuaria, con bajas en la industria (-3%) y la construcción (-8%). Estas últimas estuvieron asociadas a la contracción de la demanda interna, en un contexto caracterizado hasta agosto de 1988 por la agudización de la inflación y el deterioro de las remuneraciones y, con posterioridad, por los ajustes puestos en práctica para controlar el proceso inflacionario, que afectaron en particular a la inversión. No obstante, el incremento del volumen físico de las exportaciones industriales contribuyó a atenuar la caída de la producción de las actividades con mayor acceso a los mercados externos.

El sector agropecuario creció 7% gracias a la recuperación de la oferta agrícola que el año anterior se había visto perjudicada por condiciones climáticas muy desfavorables. Ello permitió aprovechar las oportunidades abiertas por la brusca elevación de los precios internacionales de las exportaciones tradicionales que produjo como consecuencia el alza de los ingresos reales agrícolas. A raíz del debilitamiento de las principales actividades urbanas, la tasa de desocupación aumentó por segundo año consecutivo, alcanzando su nivel más alto en los últimos doce años; con todo, continúa siendo una de las más bajas de la Región (gráfico 1).

Precios y remuneraciones

Después del récord de 1984, año en que la inflación es del 688%, gracias al Plan Austral aplicado en junio de 1985 esta se reduce a 385 en 1985 y 82% en 1986 (valor más bajo de la década), para luego volver a subir: 175 en 1987 y 370 en 1988. Aun cuando la misma se moderó hacia fines de 1988, las perspectivas estiman un alto porcentaje de inflación en el año electoral de 1989. En el gráfico 2 se presentan las variaciones mensuales de los tres últimos años.

Las remuneraciones medias reales expresadas a partir de los salarios medios mensuales de la industria manufacturera siguen deteriorándose, ya que, con base 100 en 1980, se llega a 127,1 en 1984, 107,8 en 1985, 109,5 en 1986, 103 en 1987 y 97,9 en 1988.

Gráfico 1

ARGENTINA: EVOLUCION DEL DESEMPLEO. ALGUNAS CIUDADES PRINCIPALES

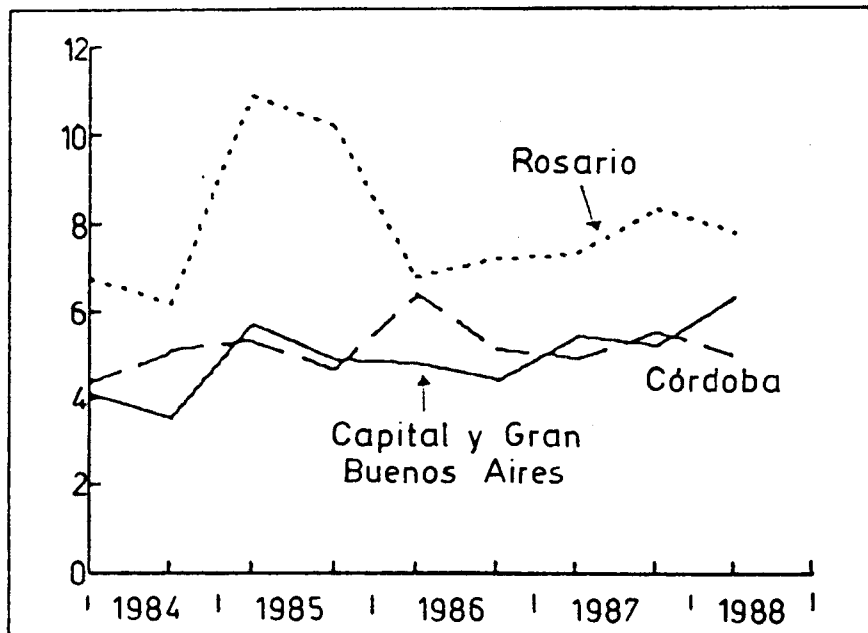
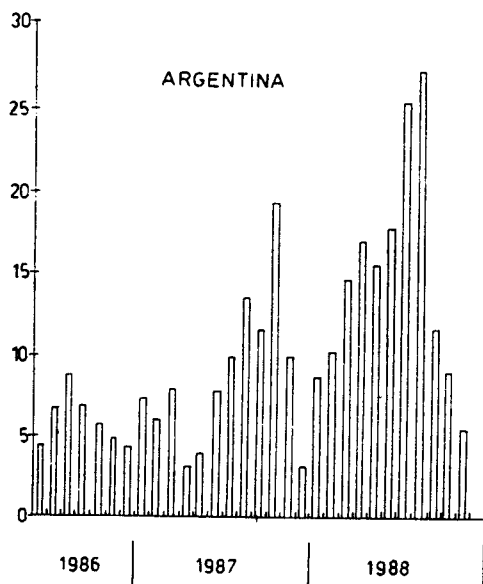


Gráfico 2

VARIACIONES MENSUALES DEL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR



El sector externo

En 1988 las exportaciones de Argentina se incrementan a una tasa de 35% debido al aumento de los precios internacionales de algunos granos, el incremento del volumen de las exportaciones agrícolas y la creciente colocación de manufacturas. Así, ellas se recuperaron con creces de su abrupta caída de los dos años anteriores y alcanzaron su monto más elevado desde 1981. El virtual estancamiento de la actividad económica y la atonía de la inversión se reflejaron en ligeras reducciones de las importaciones.

Dado que el valor de las exportaciones aumentó mucho más que el de las importaciones, el saldo positivo del comercio de bienes se amplió por segundo año consecutivo. El superávit en el comercio de bienes subió de 1.000 millones de dólares en 1987 a 3.300 en 1988, revirtiendo de ese modo su aguda contracción de los dos años anteriores.

La deuda externa

A pesar de que en 1988 culminó la desaceleración de crecimiento de la deuda externa en América Latina y el Caribe iniciada en 1982, pues se verificó el primer descenso absoluto de las obligaciones regionales (en efecto, el monto de la deuda cayó en 9.000 millones de dólares bajando a 401.000 millones de dólares al término del año), en Argentina la deuda continuó subiendo:

1984: 46.900 millones de dólares
1985: 48.300 millones de dólares
1986: 51.400 millones de dólares
1987: 54.700 millones de dólares
1988: 56.800 millones de dólares

Una de las fuentes más importantes de la expansión de la deuda fueron los préstamos involuntarios impuestos a los acreedores privados y oficiales por los atrasos en el pago de intereses.

Un hecho distinto ocurrido en el transcurso de 1988 fue la actividad desplegada por el Tesoro de los Estados Unidos en la organización de préstamos de enlace para algunos de los principales deudores en América Latina. En efecto, el Tesoro estadounidense movilizó 550 millones de dólares en febrero y 500 millones de dólares en agosto para Argentina, que fueron reembolsados por esta durante el curso del año con recursos derivados de nuevos créditos otorgados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Al elevarse las exportaciones, el coeficiente deuda/exportaciones disminuyó de 673 en 1987 a 571 en 1988 (481 en 1985 y 610 en 1986); no obstante, superó con creces la cifra de 200% que algunos analistas consideran el umbral de solvencia.

Argentina contó con un activo programa de conversión. Las operaciones oficialmente registradas de conversión de deuda en capital y de recompra redujeron la deuda en moneda extranjera en 1.000 millones de dólares en 1988, a un descuento medio de 55%. Junto con ello, se estima que otras operaciones de recompra llevadas a cabo por el sector privado harían aumentar el monto total de la deuda convertida este año.

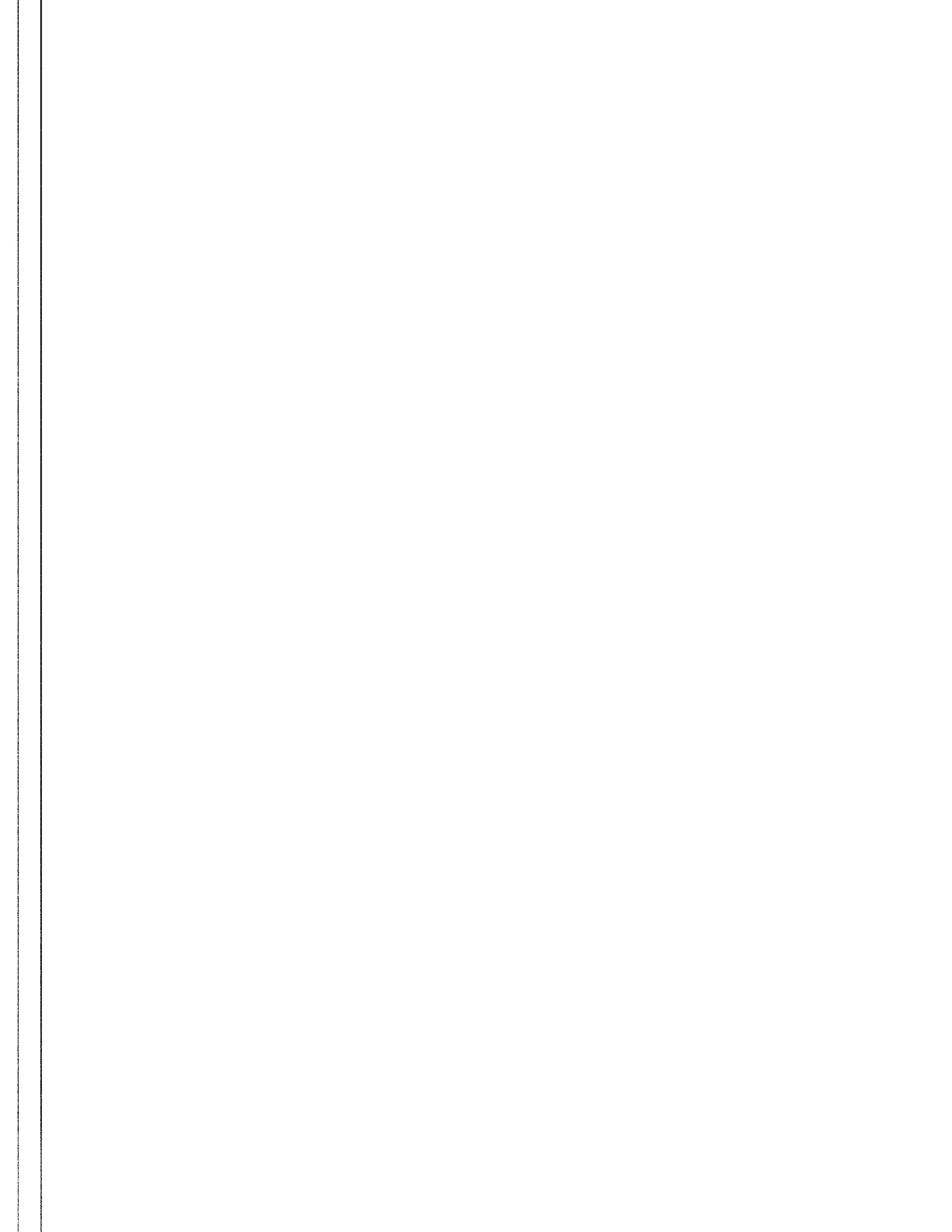
La crisis y la coyuntura: significado e implicaciones

En el transcurso del decenio, y en especial del cuatrienio 1985-1988, la gestión de política económica se vuelve cada vez más difícil en el país. Las finanzas públicas enfrentan tendencias a la contracción de los ingresos, junto con presiones sobre los gastos, en especial aquellos asociados al servicio de la creciente deuda pública. Por otra parte, la caída en las remuneraciones reales, asociada al agravamiento de los procesos inflacionarios, no solo nutre el panorama recesivo interno, sino que origina considerables tensiones sociales y políticas.

Asimismo, resulta cada vez más difícil abordar obstáculos seculares y de tipo estructural que se oponen al desarrollo —por ejemplo, sistemas de educación anticuados, estructuras agrarias ineficientes, escasa aplicación del progreso técnico al proceso productivo, sistemas financieros y tributarios anacrónicos— conforme se restringe el margen de maniobra para enfrentarlos y los problemas de la coyuntura exigen creciente atención. Junto con ello, los costos sociales de la recesión, además de la inflación y el deterioro de los servicios sociales públicos, suman una pesada carga de inequidad a las desigualdades históricas.

La mayor disponibilidad de divisas no significó necesariamente una mayor percepción de ingresos fiscales, pues los sistemas impositivos no fueron capaces de captar una proporción creciente de las ganancias de los exportadores. Si bien la mejoría de los precios de las exportaciones naturalmente fortaleció el balance comercial, la falta de mecanismos que permitieran al Estado captar una fracción importante de las ganancias de los exportadores no dejó que la mayor holgura externa se tradujera en una reducción apreciable del déficit público.

En este contexto, la deuda externa adquiere una muy alta prelación; por sus efectos sobre el sector externo y las finanzas públicas, el servicio de la deuda se convierte en una especie de nudo gordiano, tanto para la recuperación de la actividad económica en el corto plazo como para el financiamiento de las transformaciones que permitan crecer en el mediano y largo plazo.



Capítulo II

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Población

A partir de 1980 la fecundidad en Argentina retoma su tendencia histórica quebrada en torno a 1970. La tasa global de fecundidad (TGF) que en 1970-1975 llega a 3.15 hijos por mujer, sube a 3.36 en 1975-1980, baja a 3.15 en 1980-1985 y las proyecciones para el quinquenio 1985-1990 la establecen en 2.96.² Este cambio en la fecundidad es el que ha motivado las nuevas proyecciones de población.

El cuadro 1 presenta las estimaciones de población total según sexo para el período 1980-1992.

Cuadro 1

POBLACION TOTAL SEGUN SEXO Y AÑO
(1980-1992)

Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1980	28.237.149	14.045.471	14.191.678
1981	28.663.477	14.248.687	14.414.790
1982	29.086.348	14.450.403	14.635.939
1983	29.505.467	14.650.528	14.854.940
1984	29.920.543	14.848.938	15.071.605
1985	30.331.283	15.045.534	15.285.749
1986	30.736.804	15.239.879	15.496.925
1987	31.137.301	15.432.044	15.705.257
1988	31.534.098	15.622.683	15.911.415
1989	31.928.519	15.812.450	16.116.069
1990	32.321.887	16.001.997	16.319.890
1991	32.712.929	16.190.719	16.522.211
1992	33.100.763	16.378.179	16.722.584

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025. Buenos Aires, INDEC-CELADE, en prensa.

El cuadro 2 muestra la población total por sexo y grupos de edad para 1985 y 1990.

En lo que respecta a las tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento medio anual, en el cuadro 3 aparecen las estimaciones recientes para el período 1970-2000.

² Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025. Buenos Aires, INDEC-CELADE, en prensa.

Cuadro 2

POBLACION 1980, 1985, 1990 (TOTAL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD)

Grupo de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1985	1990	1985	1990	1985	1990
Total	30.331.283	32.321.887	15.045.534	16.001.997	15.285.749	16.319.890
0- 4	3.240.064	3.229.187	1.645.921	1.640.677	1.594.163	1.588.510
5- 9	3.223.835	3.224.866	1.636.470	1.637.494	1.587.375	1.587.372
10-14	2.776.709	3.216.719	1.408.454	1.632.281	1.368.255	1.584.438
15-19	2.447.327	2.768.145	1.239.982	1.403.243	1.207.345	1.364.903
20-24	2.322.527	2.435.478	1.175.279	1.232.480	1.147.248	1.202.999
25-29	2.257.199	2.308.283	1.141.770	1.166.312	1.115.429	1.141.971
30-34	2.162.398	2.240.283	1.092.138	1.131.345	1.070.260	1.108.938
35-39	1.949.263	2.140.245	985.738	1.078.311	963.525	1.061.933
40-44	1.709.938	1.920.302	858.388	967.049	851.549	953.254
45-49	1.557.734	1.672.561	773.901	833.512	783.833	839.048
50-54	1.493.267	1.507.347	728.129	739.834	755.138	767.513
55-59	1.394.398	1.414.030	673.025	681.252	721.373	732.778
60-64	1.195.786	1.299.840	563.702	610.071	632.084	689.770
65-69	957.260	1.075.280	433.509	486.993	523.752	588.287
70-74	752.631	815.675	325.824	349.898	426.807	465.778
75-79	521.475	589.349	217.164	238.826	304.311	350.523
80 y+	379.443	464.296	146.141	172.421	233.302	291.875

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025, cit.

Cuadro 3

NATALIDAD, MORTALIDAD, MIGRACION Y CRECIMIENTO ANUAL MEDIO (1950-2025)

Quinquenios	Tasas ‰			
	Natalidad	Mortalidad	Migración	CreCIMIENTO anual medio
1970-75	23,38	9,01	2,32	16,69
1975-80	24,95	8,85	0,00	16,10
1980-85	23,02	8,71	0,00	14,31
1985-90	21,35	8,64	0,00	12,71
1990-95	20,28	8,62	0,00	11,66
1995-2000	19,81	8,62	0,00	11,19

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025, cit.

Nota: se trabajó con hipótesis de saldo migratorio nulo para 1975 en adelante.

El envejecimiento lento de la población se puede observar en el cuadro 4.

Cuadro 4

EDAD MEDIANA DE LA POBLACION PARA AÑOS SELECCIONADOS
SEGUN SEXO

Años selec.	Edad mediana		
	Total	Varones	Mujeres
1950	25,7	26,0	25,3
1970	27,4	27,0	27,8
1985	27,6	26,8	28,3
2000	28,4	27,5	29,3
2025	32,6	31,6	33,6

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025, cit.

Del cuadro 4 se infiere que mientras en 1950 la mitad de la población tenía 25 años o menos, para 2025 ese porcentaje baja a la tercera parte.

El proceso de urbanización que viene desarrollándose en Argentina desde hace varias décadas, seguirá en el futuro como lo indica el cuadro 5.

Cuadro 5

PROYECCION DE LA POBLACION URBANA Y RURAL.
AÑOS SELECCIONADOS

Años selec.	Población			Porcentaje urbano (2)/(1) 100
	Total(1)	Urbana(2)	Rural(3)	
1970	23.962.314	18.797.174	5.165.140	78,4
1980	28.237.161	23.435.153	4.801.995	83,0
1990	32.321.889	27.761.245	4.560.644	85,9
2000	36.237.532	31.917.842	4.319.690	88,1

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025, cit.
Nota: de acuerdo con la definición que dan los censos de población de Argentina, población urbana es aquella que vive en localidades de 2.000 o más habitantes.

Estadísticas vitales

Nacimientos

En base a un estudio realizado a partir de los censos de población de 1970 y 1980 y de los nacimientos registrados, el INDEC calcula en un 2% el subregistro de nacimientos para el quinquenio 1975-1980.³ No existen estimaciones más recientes ni estudios parciales que indiquen la mejoría o deterioro de ese valor. Se concluye de lo anterior que la incidencia del subregistro de nacimientos en la estimación de las tasas de natalidad, fecundidad, y especialmente de mortalidad infantil, en el nivel nacional, es mínima.

Para 1985, la masculinidad en los nacimientos (porcentaje de nacidos varones sobre el total de nacimientos) fue de 51,38%. En el mismo año, el 93,4% y 5,4% de los nacimientos ocurrieron en establecimientos asistenciales y domicilios particulares respectivamente.

La posibilidad de hacer estimaciones de los valores de subregistro en el nivel de divisiones geográficas menores que el país, se dificulta en extremo dadas las migraciones internas y, para muchas provincias, las inmigraciones provenientes de países fronterizos con los cuales Argentina tiene un saldo netamente favorable, es decir que son más los que vienen que los que se van.

Mortalidad

Integridad del registro de defunciones

De acuerdo con el estudio del INDEC antes citado el subregistro de mortalidad total para 1975-1980 es del 2%. El comportamiento del subregistro no es homogéneo según grupos de edad; es así que para el grupo de menores de 5 años el subregistro es, en el período 1980-1981, del 3%⁴ para el total del país, y de valores superiores al 10%, en provincias como Formosa, Jujuy, La Pampa, San Luis, Santa Cruz y Santiago del Estero.⁵ De lo anterior se concluye que la incidencia del subregistro no afecta un análisis global (país) de la mortalidad, aunque sí podría hacerlo cuando se pasa, en algunos casos, al nivel provincial.

Calidad de la certificación médica

Sobre un total de 233.071 defunciones registradas en 1982 en el país, el 99,3% fueron certificadas por médico; este indicador es superior al 99% en 12 jurisdicciones. De ese total de muertes, 2,4% se adjudicaron a "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos"; hay, sin embargo, notables diferen-

³ Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025, cit., p. 25.

⁴ Tablas de mortalidad 1980-1981. Buenos Aires, INDEC, 1988, p. 125.

⁵ Indicadores de mortalidad como componentes de los perfiles de salud. Buenos Aires, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección de Estadísticas de Salud, 1988, p. 3.

cias entre las jurisdicciones: ese porcentaje en Capital Federal, Buenos Aires, La Pampa, Mendoza y San Juan no alcanza al 1% pero en Jujuy y Salta supera el 10% y en Santiago del Estero es virtualmente el 25%. Si, además de las defunciones por las causas que comprende ese grupo, se incluyeran los rechazos por inconsistencias entre causa, edad y sexo, y códigos que no figuran en la clasificación de enfermedades, ese porcentaje superaría el 3%.

Otro aspecto que merece destacarse en la certificación de la causa de muerte es el peso de algunas categorías que, si bien en la CIE-9 no corresponden a las categorías de enfermedades mal definidas, son estados terminales que podrían ser consecuencia de diversas patologías. Entre ellas, se encuentra una que aparece informada como causa única en el certificado de defunción: paro cardiorrespiratorio. Este se adjudica a la categoría 427 de la CIE-9 (disritmia cardíaca). El porcentaje de muertes atribuidas a este código varía en 1980 según jurisdicción entre el 2,7% y el 13,4%. También la categoría 428 (insuficiencia cardíaca) tiene un peso importante (entre 5% y 11,7% según jurisdicción).⁶

El cuadro 6 demuestra claramente cómo el cambio de la octava a la novena CIE afecta el análisis.

Cuadro 6

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL CORAZON, POR SEXO (%)

Tipo	1969/70 (8a)		1978 (8a)		1979 (9a)		1984 (9a)	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Reumáticas	2,10	2,97	-	-	-	-	0,33	0,53
Hipertensivas	6,97	10,13	-	-	-	-	3,83	4,87
Isquémicas	62,91	56,20	53,54	47,58	44,18	36,39	35,97	28,98
a) Infarto	-	-	-	-	(30,24)	(20,49)	(24,37)	(16,14)
Otras del corazón	28,02	30,70	-	-	-	-	59,87	65,02
a) Disritmia	-	-	-	-	-	-	(24,98)	(28,29)
b) Insuficiencia cardíaca	-	-	-	-	-	-	(28,78)	(30,95)

Fuente: elaboración propia a partir de Anuarios y Estadísticas Vitales.

⁶ Indicadores de mortalidad 1980-1981, cit., p. 4.

Los diagnósticos 427 y 428 cubren más del 50% y casi el 60% (para hombres y mujeres respectivamente) de toda la mortalidad por enfermedades del corazón; considerando que ellas dan cuenta de casi el 40% del total de la mortalidad, se tiene que entre el 20 y 25% de toda la mortalidad posee como causa estas dos enfermedades. El aumento de la importancia relativa y absoluta de ambos diagnósticos se debió básicamente al infarto en primer lugar, aunque también a las enfermedades hipertensivas y reumáticas.

El valor alto del porcentaje de enfermedades mal definidas en Santiago del Estero parece deberse a que gran cantidad de los códigos 427 y 428 se codificaron como mal definidas.

Otro elemento, ya citado anteriormente, que puede afectar el análisis y que corresponde al tema de la calidad de la certificación, es el de muertos sin edad. Los valores para los años 1982 a 1985 son: 7.229, 7.951, 4.040 y 4.451, respectivamente. Si se reparten esas muertes según la estructura de los diagnósticos a las cuales están asignadas, el aumento verificado oscila entre el 5% y 10% de la tasa de mortalidad infantil, según el año.

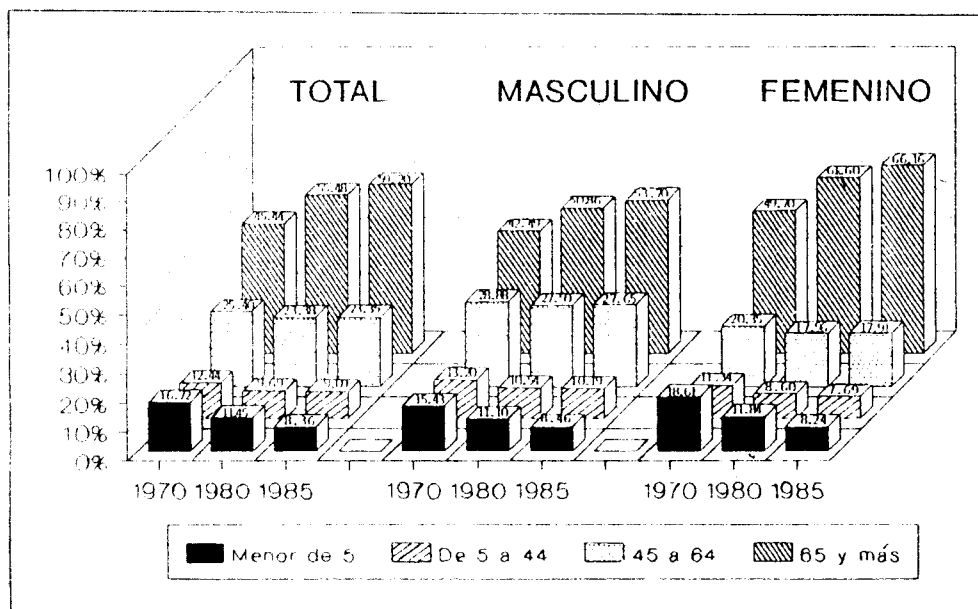
Análisis de mortalidad

Mortalidad por edad y sexo

El gráfico 3 muestra la estructura de la mortalidad para el total de la población y, por separado, para los dos sexos. Las cifras correspondientes aparecen en el cuadro 7. Se han considerados tres años: 1970, 1980 y 1985.

Gráfico 3

MORTALIDAD PROPORCIONAL POR EDAD Y SEXO



Se nota en el gráfico que continúa la tendencia observada en el pasado, ya que sigue aumentando el peso de la mortalidad de 65 y más, y disminuyendo la de los primeros años de vida (menores de 5 años). Es así que, en el caso de este último grupo de edad, su porcentaje baja aproximadamente la mitad entre 1970 y 1985 (este año es el último sobre el cual existe información completa relativa a edad, sexo y causa de muerte).

Cuadro 7

MORTALIDAD PROPORCIONAL POR EDAD Y SEXO

Año/sexo	Grupos de edad			
	Menor de 5	5 a 44	45 a 64	65 y más
Total				
1970	16,72	12,44	25,40	45,44
1980	11,45	9,69	23,38	55,48
1985	8,36	9,09	23,35	59,20
Masculino				
1970	15,43	13,20	28,88	42,49
1980	11,10	10,54	27,50	50,86
1985	8,46	10,19	27,65	53,70
Femenino				
1970	18,61	11,34	20,35	49,70
1980	11,84	8,60	17,96	61,60
1985	8,24	7,69	17,91	66,16

Fuente: elaboración propia a partir de Anuarios y Estadísticas Vitales.

Cuadro 8

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD. GRANDES GRUPOS DE CAUSAS

Grupos de causas	1970	1980	1985
A	37,70	45,12	46,12
B	16,28	16,71	18,07
C	13,12	8,0	6,10
D	6,21	6,31	6,40
E	4,56	5,54	4,84
F	7,70	6,56	6,16
G	8,37	7,79	9,04
H	6,69	3,97	3,27

Fuente: elaboración propia a partir de Anuarios y Estadísticas Vitales.

Los otros dos grupos (5 a 44 y 45 a 64) también disminuyen sus porcentajes aumentando, como es obvio, el valor correspondiente a 65 y más; en este último caso, dos de cada tres mujeres que mueren lo hacen después de cumplir 65 años. Es posible inferir que el aumento de la esperanza de vida tiene un componente de importancia derivado de la postergación de la muerte en edades maduras.

Mortalidad por causas

En lo que respecta a la estructura de la mortalidad por causas, se sigue observando la tendencia advertida anteriormente.⁷ Se conserva el mismo agrupamiento que presenta la publicación mencionada y se desagrega el último grupo para diferenciar las enfermedades mal definidas. El agrupamiento es el siguiente:

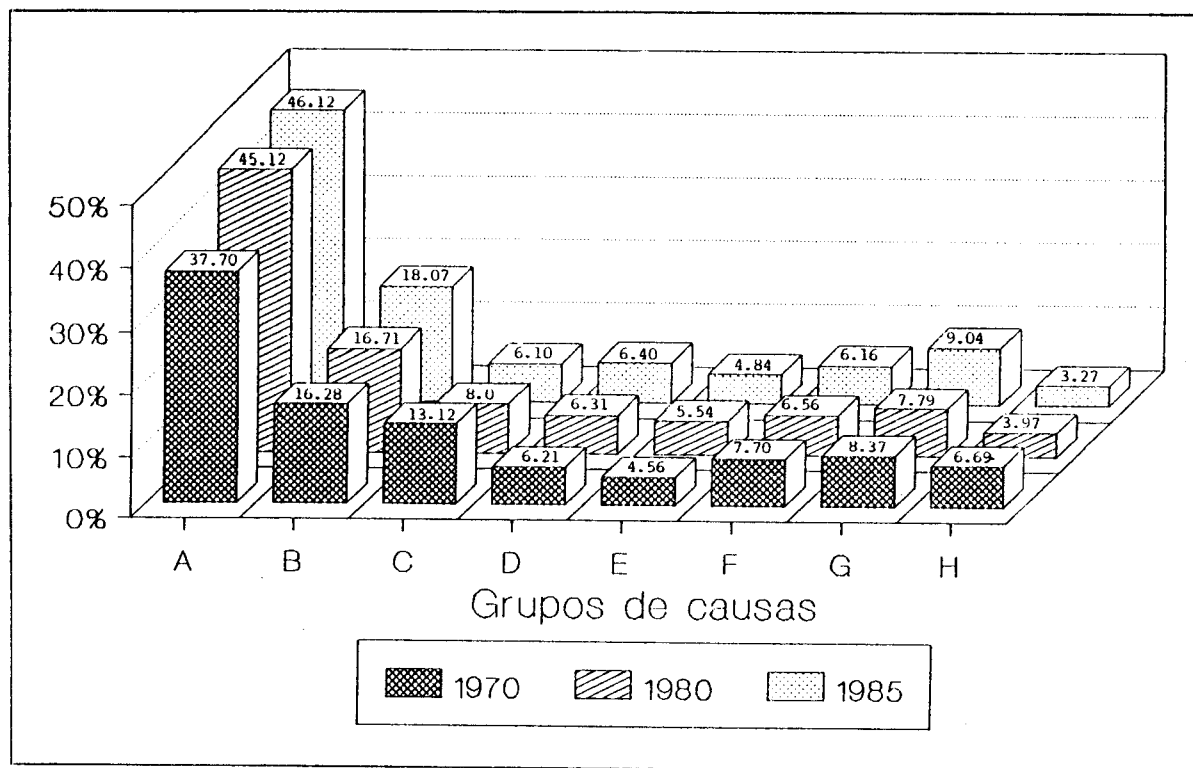
- A: Aparato circulatorio (390-459)
- B: Tumores (140-239)
- C: Infecciosas y Parasitarias (001-139), Nutricionales (260-269), Influenza y Neumonía (180-487), Meningitis (320-322)
- D: Otras crónicas y/o degenerativas: Diabetes (250), Úlceras (531-533), Cirrosis (571), Bronquitis, Enfisema, Asma (490-493), Nefritis y Nefrosis (580-589)
- E: Anomalías congénitas y Perinatales (740-779)
- F: Accidentes y Violencia (E 800-E 999)
- G: Resto de bien definidas
- H: Mal definidas (780-796)

El gráfico 4 muestra la estructura de la mortalidad por las causas mencionadas para tres períodos (1970, 1980 y 1985). Las cifras correspondientes aparecen en el cuadro 8. Se observa que persiste la disminución del grupo C, relacionada con las condiciones ambientales. Se advierten, asimismo, pequeños aumentos en Tumores y Aparato circulatorio (A y B) -que llegan al 64,19% del total de muertes- y un grupo estable en su importancia relativa (D: otras crónicas y/o degenerativas). El grupo E, ligado a la primera infancia (Anomalías congénitas y Perinatales), presenta una disminución porcentual que si bien no es muy grande (0,7% entre 1980 y 1985) puede indicar el comienzo de la disminución de la mortalidad neonatal. Esta reducción se comprueba al observar el número de muertes antes de los 28 días.

⁷ Argentina: descripción de su situación de salud. Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1985.

Gráfico 4

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD.
GRANDES GRUPOS DE CAUSAS



El valor en 1980 representaba el 18,66 y en 1985, el 16,77 por 1.000 nacidos vivos, para la mortalidad neonatal. Es decir que se produjo una disminución del 10%. Al respecto cabe destacar que durante la década de 1970, la mortalidad por Perinatales y Anomalías congénitas se mantuvo casi constante.

El grupo F (Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras causas de origen violento) continúa bajando lentamente, aunque, como se verá, la disminución es más notoria en la población masculina que en la femenina. Este fenómeno (disminución de la mortalidad causada por Accidentes y Violencia), desmiente lo que comúnmente se dice y escribe respecto a estas causas.

Es necesario estudiar estos aspectos con mayor profundidad y establecer diagnósticos más específicos, a fin de encontrar en qué causas se verificó con mayor intensidad la disminución y si existe también un problema de calidad del certificado de defunción (total de suicidios: en 1980, 1.985 casos; en 1985, 2.048 casos y en 1970, 2.370 casos); en el grupo de edad de 55 años y más, sin embargo, los valores son: 1970: 763, 1980: 820 y 1985: 214.

Respecto al grupo G, considerando su aumento y el hecho de que se trata de una categoría residual (Resto de bien definidas), si bien con un valor apreciable (9,04% en 1985), hay que analizarlo más específicamente dada la heterogeneidad de las causas allí incluidas.

Años de vida potencial perdidos (AVPP)

Una manera complementaria de hacer el análisis de mortalidad es utilizar la técnica de los AVPP, que introducen, para el ordenamiento de las causas de muerte, la edad al morir. Del estudio realizado en Argentina⁸ se presentan aquí los cuadros 9 y 10, que muestran las diez primeras causas y la estructura por grupos de edad (total del país y por jurisdicción) para las muertes ocurridas entre 0 y 64 años y entre 1 y 64 años.

Al analizar ambos cuadros pueden inferirse algunos diferenciales geográficos: a pesar de que para el total del país la primera causa de muerte es Perinatales con el 23,6% del total de AVPP, en 6 provincias (Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, Salta y Santiago del Estero) la primera causa es ciertas enfermedades infecciosas (básicamente diarreas y enfermedades inmunoprevenibles), con porcentajes que oscilan entre el 23% y 31% del total de AVPP. La importancia de este grupo de causas se sigue apreciando al notar que aparece como segunda causa en ocho jurisdicciones más.

Por otra parte, comparando el cuadro de AVPP de 0-64 con el de 1-64, se observa que el grupo de enfermedades infecciosas, de ser la segunda causa con el 15,5% del total de AVPP entre 0 y 64 años, pasa a ser la cuarta entre 1 y 64 con 10,7%, es decir que estas causas son de importancia para los menores de 1 año.

La estructura etérea y su mejor desarrollo relativo hacen que para la Capital Federal las enfermedades del corazón aparezcan en primer lugar, y tumores en el tercero, quedando ciertas enfermedades infecciosas relegadas al cuarto.

Los tres primeros lugares están ocupados por cuatro causas (Infecciosas, Perinatales, Accidentes y Corazón), con la excepción de Capital Federal. La causa enfermedades del corazón es la que menos aparece (un primer lugar en Capital Federal, dos segundos lugares en Buenos Aires y Entre Ríos y dos terceros lugares en La Rioja y Santiago del Estero). La clasificación que se puede hacer atendiendo a que Perinatales no esté en el primer lugar o ciertas enfermedades infecciosas no esté en los dos primeros lugares, es la siguiente:

Grupo 1: Capital Federal.

Grupo 2: Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe.

Grupo 3: Catamarca, Corrientes, Chaco, Chubut, La Rioja, Mendoza, Misiones, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tucumán.

Esta misma ordenación es la que habría resultado si se hubiera agrupado a las provincias de acuerdo con el porcentaje de AVPP según grupos de edad (cuadro 9), con la excepción de Mendoza y Chubut, ya que Capital Federal aparece claramente diferenciada del resto con el 31,1% del total de AVPP, explicado por las muertes de menores de 1 año, el otro grupo con valores entre 43 y 51% y un último grupo con valores superiores al 52%.

Es obvio que si solo se considera las muertes entre 1 y 64 años, el perfil cambia (cuadro 10) ya que Accidentes pasa al primer lugar y Tumores al segundo; la primera causa explica el 21% y la segunda un 18% del total de AVPP.

⁸ Indicadores de mortalidad como componentes de los perfiles de salud. Buenos Aires, Dirección Estadísticas de Salud, mayo, 1988.

Cuadro 9

DIEZ PRIMEROS GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE SEGUN AVPP
ENTRE 0-64 AÑOS, POR JURISDICCION (1980-1982)

JURISDICCION	1er.	%	2do.	%	3er.	%	4to.	%	5to.	%	6to.	%	7mo.	%	8vo.	%	9no.	%	10mo.	%
TOTAL PAIS	PER	23,6	INF	15,5	ACC	12,4	COR	10,6	TUM	9,5	CGN	6,2	CRV	3,1	DSN	2,2	SUI	1,3	CIR	1,3
Cap. Fed.	COR	18,8	PER	18,6	TUM	17,0	ACC	9,1	INF	7,1	CGN	6,5	CRV	4,8	SUI	2,6	CIR	1,3	URI	1,1
Buenos Aires	PER	22,7	COR	13,0	ACC	12,1	INF	11,6	TUM	11,5	CGN	5,7	CRV	3,6	SUI	1,4	SUI	1,4	CIR	1,3
Catamarca	PER	29,6	INF	22,9	ACC	13,4	COR	9,4	TUM	6,0	CGN	2,8	CRV	1,5	SUI	1,2	APN	1,1	DSN	1,0
Córdoba	PER	20,7	ACC	15,9	INF	13,4	COR	11,7	TUM	11,4	CGN	7,5	CRV	3,8	CIR	1,4	URI	1,2	APN	1,1
Corrientes	INF	27,1	PER	22,2	ACC	10,7	COR	7,2	TUM	5,3	DSN	4,4	CGN	4,0	CRV	2,7	SUI	1,4	HOM	1,3
Chaco	INF	31,1	PER	24,4	ACC	8,0	COR	5,5	CGN	5,3	TUM	5,0	DSN	4,4	CRV	1,9	URI	1,2	EPO	0,9
Chubut	PER	26,6	INF	16,5	ACC	15,1	COR	9,2	TUM	6,7	CGN	4,3	SUI	2,9	HOM	2,1	CIR	2,0	MNT	1,6
Entre Ríos	PER	35,1	COR	11,1	INF	10,7	SUI	10,3	TUM	9,2	CGN	5,9	CRV	3,4	SUI	1,8	CIR	1,2	URI	1,0
Formosa	INF	27,9	PER	27,9	ACC	9,7	COR	7,0	TUM	5,6	CGN	3,9	DSN	3,8	CRV	2,0	MNT	1,3	HOM	1,3
Jujuy	INF	26,4	PER	19,6	ACC	13,9	DSN	8,0	TUM	4,9	CGN	4,6	COR	4,1	CIR	1,5	CRV	1,3	MNT	1,3
La Pampa	PER	24,4	ACC	14,3	INF	12,7	TUM	12,4	COR	10,0	CGN	7,1	CRV	2,8	SUI	1,8	CIR	1,6	URI	1,2
La Rioja	PER	31,1	INF	20,1	COR	11,6	ACC	10,2	TUM	5,2	CGN	2,5	CRV	2,2	URI	1,6	DSN	1,4	EPO	1,0
Mendoza	PER	26,8	INF	16,1	ACC	15,7	TUM	8,2	COR	7,3	CGN	6,8	CRV	3,0	SUI	1,7	DSN	1,6	URI	0,9
Misiones	PER	25,7	INF	22,9	ACC	11,2	DSN	6,1	COR	5,5	CGN	5,2	TUM	4,3	CRV	1,6	HOM	1,5	URI	0,9
Neuquén	PER	22,3	ACC	21,3	INF	13,2	TUM	7,2	CGN	7,0	COR	6,3	DSN	3,7	CRV	2,2	SUI	2,0	CIR	1,9
Río Negro	PER	20,8	ACC	19,5	INF	16,6	COR	8,9	TUM	6,7	CGN	6,3	DSN	2,5	SUI	2,4	CIR	2,2	CRV	2,1
Salta	INF	27,3	PER	22,7	ACC	10,4	COR	5,2	DSN	4,8	TUM	4,1	CGN	3,2	URI	1,7	CRV	1,4	MNT	1,3
San Juan	PER	27,1	INF	17,4	ACC	17,3	TUM	7,3	CGN	7,1	COR	6,5	CRV	2,6	DSN	1,9	CIR	1,8	URI	1,0
San Luis	PER	33,5	INF	18,7	ACC	11,0	COR	9,0	TUM	5,7	CGN	5,4	CRV	1,8	CIR	1,7	SUI	1,6	DSN	1,2
Santa Cruz	PER	21,9	ACC	21,1	INF	10,9	COR	9,8	TUM	6,4	CGN	5,1	CIR	4,0	SUI	2,7	CRV	2,6	HOM	2,5
Santa Fe	PER	26,0	ACC	13,9	INF	13,3	TUM	11,6	COR	8,5	CGN	6,7	CRV	3,7	DSN	2,3	CIR	1,3	SUI	1,1
S. del Estero	INF	23,5	PER	14,6	COR	13,3	ACC	10,7	TUM	6,1	DSN	4,7	CGN	3,2	CRV	2,9	MNT	1,3	CIR	1,3
Tucumán	PER	23,7	INF	21,7	ACC	10,6	COR	8,7	TUM	5,6	APN	5,5	DSN	4,2	CRV	2,5	CIR	1,5	URI	1,4

Nota: el significado de las siglas se encuentra en el Anexo, al final de este capítulo.

Cuadro 10

DIEZ PRIMEROS GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE SEGUN AVPP
ENTRE 1-64 AÑOS, POR JURISDICCION (1980-1982)

JURISDICCION	1er.	%	2do.	%	3er.	%	4to.	%	5to.	%	6to.	%	7mo.	%	8vo.	%	9no.	%	10mo.	%
TOTAL PAIS	ACC	20,9	TUM	17,4	COR	17,7	INF	10,7	CRV	5,8	SUI	2,6	CIR	2,5	HOM	2,0	URI	1,9	APN	1,5
Cap. Fed.	COR	26,4	TUM	12,5	ACC	24,6	CRV	7,8	INF	4,4	SUI	3,8	CIR	1,8	EPO	1,5	URI	1,4	HOM	1,4
Buenos Aires	TUM	20,4	COR	19,4	ACC	19,7	INF	7,3	CRV	6,3	SUI	2,5	HOM	2,4	CIR	2,3	URI	1,7	CGN	1,6
Catamarca	ACC	25,2	COR	14,6	INF	18,8	TUM	12,8	CRV	3,3	SUI	2,6	CIR	2,0	EPP	1,9	URI	1,8	APN	1,8
Córdoba	ACC	23,5	TUM	18,2	COR	19,7	INF	7,9	CRV	6,6	CIR	2,5	URI	1,8	CGN	1,6	SUI	1,5	APN	1,3
Corrientes	ACC	20,7	INF	12,8	COR	19,4	TUM	11,3	CRV	5,5	SUI	3,0	DSN	2,6	HOM	2,4	CIR	2,1	URI	2,1
Chaco	INF	28,8	ACC	16,6	COR	16,6	TUM	11,4	CRV	4,2	DSN	3,5	URI	2,5	EPP	2,0	SUI	1,9	HOM	1,6
Chubut	ACC	24,1	COR	14,7	TUM	14,7	INF	12,8	SUI	5,7	CIR	3,8	HOM	3,7	MNT	3,0	CRV	2,2	EPP	1,5
Entre Ríos	COR	19,7	ACC	18,1	TUM	19,0	INF	10,0	CRV	6,7	SUI	3,6	CIR	2,3	URI	1,9	HOM	2,4	CGN	1,3
Formosa	INF	20,6	ACC	13,5	COR	18,9	TUM	12,2	CRV	4,4	DSN	3,2	EPP	3,0	HOM	2,9	URI	2,7	SUI	2,0
Jujuy	ACC	31,7	INF	8,2	COR	21,6	TUM	7,2	DSN	6,3	CIR	4,1	SUI	2,4	CRV	2,3	MNT	1,5	APN	1,5
La Pampa	TUM	24,3	ACC	18,6	COR	22,3	CRV	5,6	INF	5,0	SUI	3,5	CIR	3,1	URI	2,0	APN	2,0	MNT	1,7
La Rioja	ACC	23,9	COR	12,4	TUM	21,0	INF	11,3	CRV	5,2	URI	2,7	SUI	2,3	CIR	1,7	EPO	1,3	HOM	1,0
Mendoza	ACC	34,8	COR	13,1	TUM	14,3	INF	8,5	CRV	5,3	CIR	3,3	SUI	3,0	HOM	1,8	URI	1,6	CGN	1,4
Misiones	ACC	23,6	INF	11,1	TUM	18,3	CRV	10,4	DSN	5,2	CRV	3,4	HOM	3,0	CGN	2,0	URI	2,0	CIR	1,8
Neuquén	ACC	32,9	TUM	9,5	INF	13,5	COR	9,0	CRV	4,0	SUI	3,9	CIR	3,8	URI	2,5	CGN	2,4	DSN	2,0
Río Negro	ACC	29,5	COR	12,7	TUM	13,4	INF	11,5	SUI	4,6	CIR	4,2	CRV	3,9	HOM	2,4	DSN	1,9	CGN	1,8
Salta	INF	24,0	ACC	9,6	COR	9,6	TUM	9,1	DSN	4,9	CRV	3,1	EPP	3,0	URI	2,9	CIR	2,8	APN	1,8
San Juan	ACC	39,2	COR	14,1	TUM	14,1	INF	7,7	CRV	4,9	CIR	4,5	URI	1,8	DSN	1,4	URI	1,4	APN	1,4
San Luis	ACC	22,3	CRV	19,7	INF	19,7	TUM	12,1	ATR	3,8	CIR	3,7	SUI	3,7	URI	2,5	HOM	2,3	EPP	1,9
Santa Cruz	ACC	30,7	COR	15,0	TUM	15,0	INF	7,1	CIR	6,9	SUI	4,7	CRV	4,5	HOM	4,1	MNT	2,9	APN	1,9
Santa Fe	ACC	23,2	TUM	21,5	COR	21,5	INF	8,2	CRV	7,0	CIR	2,5	SUI	2,1	CGN	1,8	URI	1,5	DIB	1,3
S. del Estero	ACC	18,2	COR	17,2	INF	16,4	TUM	11,1	CRV	5,2	DSN	2,6	EPP	2,5	CIR	2,5	SUI	2,3	HOM	2,3
Tucumán	ACC	21,9	COR	15,7	INF	15,7	TUM	12,0	CRV	5,3	CIR	3,3	DSN	3,0	URI	2,9	HOM	2,1	EPP	1,8

Nota: el significado de las siglas se encuentra en el Anexo.

Cuadro 11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS AVPP POR GRUPOS DE EDAD
 PARA LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE,
 POR JURISDICCION DE RESIDENCIA (1980-1982)

JURISDICCION (*)	TOTAL AVPP	%	GRUPOS DE EDAD (PORCENTAJE)				
			- 1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64
TOTAL PAIS	8.747.222	100,0	48,1	8,0	4,5	22,9	16,5
Jujuy	245.075	100,0	57,2	15,9	3,8	16,5	6,6
Salta	395.637	100,0	57,2	14,8	3,8	17,0	7,2
Chaco	396.469	100,0	56,8	13,7	4,6	16,8	8,1
Santa Cruz	44.407	100,0	43,1	4,4	6,0	32,0	14,3
Misiones	325.160	100,0	56,8	13,3	5,4	17,1	7,4
Corrientes	311.695	100,0	54,6	11,1	4,5	19,7	10,1
S. del Estero	202.862	100,0	49,0	11,1	5,5	22,6	11,8
Formosa	142.491	100,0	55,0	12,9	4,7	19,5	7,9
Chubut	110.667	100,0	49,6	7,7	4,4	26,2	12,1
Catamarca	86.650	100,0	56,5	11,0	6,1	17,3	9,1
La Rioja	70.438	100,0	62,0	9,0	4,1	16,1	8,8
Tucumán	392.034	100,0	55,2	10,0	4,3	19,1	11,4
Río Negro	150.531	100,0	51,4	8,7	4,8	23,9	11,2
San Juan	152.325	100,0	52,4	8,3	5,3	20,5	13,5
Neuquén	88.548	100,0	51,7	8,5	4,9	25,5	9,4
San Luis	71.932	100,0	55,8	5,7	3,2	20,7	14,6
La Pampa	59.612	100,0	49,3	5,5	3,6	22,4	19,2
Entre Ríos	291.205	100,0	49,8	6,7	4,2	23,7	21,6
Buenos Aires	2.985.968	100,0	44,5	5,8	4,8	25,4	19,5
Santa Fe	664.614	100,0	47,5	6,0	4,3	23,1	19,1
Mendoza	342.093	100,0	48,7	8,7	4,3	22,2	16,1
Córdoba	597.521	100,0	44,2	6,0	4,4	25,4	20,0
Cap. Fed.	493.564	100,0	31,1	3,7	3,5	28,1	33,4

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Dirección de Estadísticas de Salud.

(*) Ordenadas según el indicador esperanza de vida al nacer (orden ascendente).

Tablas de vida

Para completar el análisis de la mortalidad, se presentan a continuación los resultados provenientes de la aplicación de tablas de vida para el estudio de la incidencia de la mortalidad por sexo, edad y causa en la esperanza de vida al nacer. Se toman dos períodos: 1969-1970 y 1982-1983 (las modificaciones no serían sustantivas respecto al período posterior a 1982-1983). En dicho lapso la población masculina aumentó 5,225 años (1.908 días) su esperanza de vida al nacer y la población femenina 4,652 años (1.698 días). En el cuadro 12 aparece la descomposición de dicha ganancia según grupos de edad.

Cuadro 12

ESTRUCTURA DE LA GANANCIA. EXPRESADA EN DIAS. DE LA ESPERANZA DE VIDA, ENTRE PERIODOS. POR GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad	Período Entre 1969/70 y 1982/83	
	M	F
Menores de 1 año	809	819
Entre 1 y 4 años	155	180
Entre 5 y 14 años	66	52
Entre 15 y 24 años	96	83
Entre 25 y 34 años	122	90
Entre 35 y 44 años	119	69
Entre 45 y 54 años	127	80
Entre 55 y 64 años	165	123
Entre 65 y 74 años	220	209
75 Y + años	29	-7
Total	1.908 -5,225 años	1.698 -4,652 años

A efectos de una mejor comprensión, esa ganancia se expresa en días. Así, se aprecia que de los 1.908 y 1.698 días de ganancia según se trate de la población masculina o de la femenina, 809 y 819, respectivamente, se logró por

la reducción de la mortalidad infantil, lo cual representa el 42,4% y 48,2%, respectivamente, del total ganado.

Respecto a este cuadro, es necesario destacar, además de la incidencia de la disminución de la natalidad infantil, otros dos hechos de importancia: el primero es la mayor ganancia verificada en la población masculina frente a la femenina, que disminuye la brecha entre ambas, y el segundo, la postergación

Cuadro 13

GANANCIA EN ESPERANZA DE VIDA AL NACER, EXPRESADA EN DIAS, 1969/70 Y 1982/83 (TOTAL, POR GRUPOS DE CAUSAS Y POR SEXO)

Causas	Población femenina	Población masculina
Total	1.698	1.908
Infecciosas y Parasitarias (001-139)	439	453
Tumores malignos (140-208)	137	147
Diabetes (250)	43	147
Deficiencias nutricionales (260-269)	55	61
Enfermedades del corazón (390-429)	-28	51
Cerebrovasculares (430-438)	92	67
Influenza y Neumonía (480-487)	264	245
Hígado y Cirrosis (571)	26	43
Accidentes y Violencia (E800-E999)	58	210
Anomalías congénitas (740-759)	4	9
Perinatales (760-779)	24	19
Resto bien definidas	204	257
Signos, síntomas y estados mal definidos (760-796)	380	322

de la edad de muerte expresada por la ganancia considerable experimentada por los grupos de 55-64 y 65-74 años en ambas poblaciones. Al descomponer dicha ganancia por grupos de causas, surgen los valores que muestra el cuadro 13 para ambos sexos. Así, Infecciosas y Parasitarias e Influenza y Neumonía y Deficiencias nutricionales explican 759 y 758 días, según se trate de población masculina o femenina, lo que representa el 40% y 45% de toda la ganancia.

Los perfiles por sexo presentan variadas similitudes, estableciéndose diferencias en Enfermedades del corazón respecto a las cuales hubo ganancia para los hombres, pero pérdida para las mujeres, y una clara diferencia a favor de los primeros en virtud de la reducción del grupo de causas externas (Accidentes y violencia). Estas diferencias explican la mayor ganancia masculina.

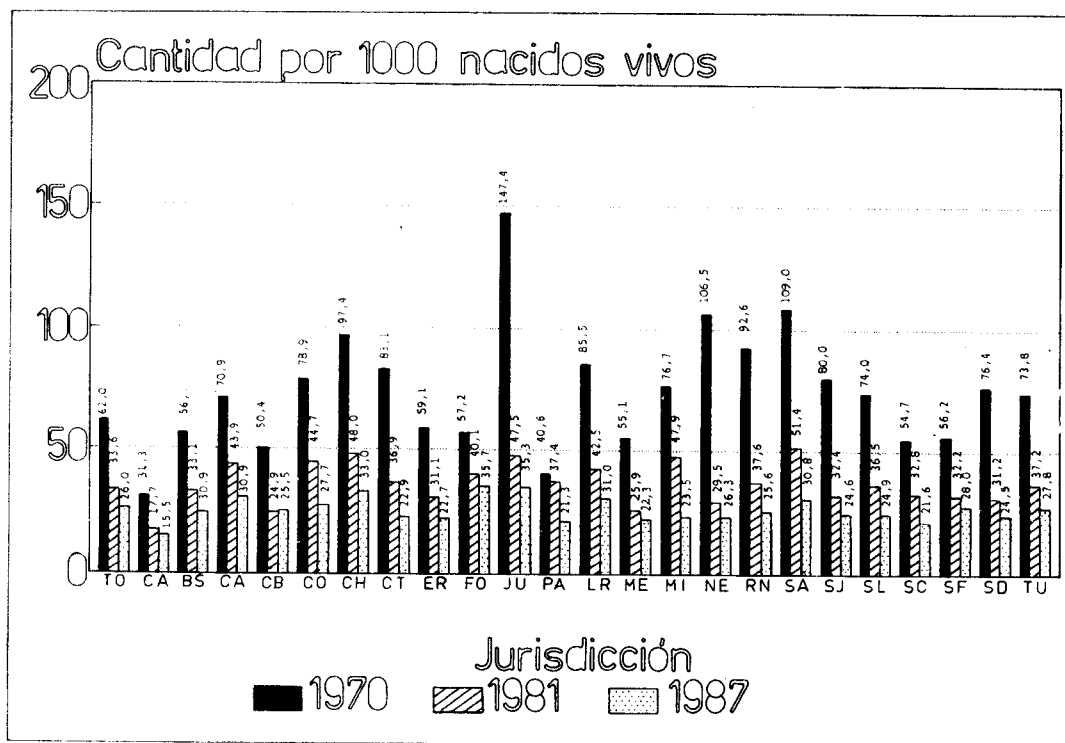
Es de notar la pequeña ganancia observada en Anomalías congénitas y Perinatales, hecho que refleja -como se adelantó- el estancamiento, en el período analizado, de las tasas de mortalidad durante los primeros años de vida (en especial en los menores de un año). Por último, hay ganancias claras en Tumores malignos, también en Cerebrovasculares (para ambos sexos), y pequeñas en enfermedades crónicas como diabetes y cirrosis.

Mortalidad infantil

En el gráfico 5 aparecen los valores de este indicador para 1970, 1981 y 1987.

Gráfico 5

MORTALIDAD INFANTIL. TOTAL DEL PAIS Y POR JURISDICCION



La mortalidad infantil sigue disminuyendo, aunque a menor ritmo en esta década que en la anterior. Esto último es bastante razonable, dado que el nivel al cual se había llegado vuelve más lenta la disminución (cuadro 14).

Cuadro 14

MORTALIDAD INFANTIL.
TOTAL DEL PAIS Y POR JURISDICCION

Total de la República	1970	1981	1987
	62,0	33,6	26,0
Capital Federal	31,3	17,7	15,5
Buenos Aires	56,8	33,1	24,8
Catamarca	70,9	43,9	30,9
Córdoba	50,4	24,9	25,5
Corrientes	78,9	44,7	27,7
Chaco	97,4	48,0	33,0
Chubut	83,1	36,9	22,9
Entre Ríos	59,1	31,1	22,7
Formosa	57,2	40,1	35,7
Jujuy	147,4	47,5	35,3
La Pampa	40,6	37,4	21,3
La Rioja	85,5	42,5	31,0
Mendoza	55,1	25,9	22,3
Misiones	76,7	47,9	23,5
Neuquén	106,5	29,5	23,6
Río Negro	92,6	37,6	25,6
Salta	109,0	51,4	30,8
San Juan	80,0	32,4	24,6
San Luis	74,0	36,5	24,9
Santa Cruz	54,7	32,8	21,6
Santa Fe	56,2	32,2	28,0
Santiago del Estero	76,4	31,2	24,5
Tucumán	73,8	37,2	27,8

Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud. Secretaría de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social, 1989.

Mientras que en 1970 el rango (valor máximo-valor mínimo) es de 116,1 (Jujuy 147,4, Capital Federal 31,3), en 1981 baja a 33,7 (51,4 Salta y 17,7 Capital Federal), para alcanzar un valor de 20,2 en 1987 (35,7 Formosa y 15,5 Capital Federal).

En el cuadro 15 aparece la descomposición de la ganancia en esperanza de vida al nacer (expresada en días), por la reducción de la mortalidad infantil, según grandes grupos de causas, en el período de 1969/1970-1982/1983, separando por sexo. No existen casi diferencias en los perfiles por sexo.

Cuadro 15

GANANCIA DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER
1969/70-1980/83 EN MENORES DE UN AÑO

Causas	Población femenina	Población masculina
Total	809	819
Infecciosas y Parasitarias (001-139)	313	314
Tumores malignos (140-208)	1	1
Deficiencias nutricionales (260-269)	54	49
Enfermedades del corazón (390-429)	-14	-8
Cerebrovasculares (430-438)	9	7
Influenza y Neumonía (480-487)	192	195
Accidentes y violencia (E800-E999)	-13	-6
Anomalías congénitas (740-759)	3	-4
Perinatales (760-779)	17	23
Resto bien definidas	168	164
Signos, síntomas y estados mal definidos (760-796)	79	94

Nota: la disminución de Infecciosas y Parasitarias se debe a:

- Diarreas 50%
- Septicemia 25%
- Sarampión y Tos ferina 10%

Dejando aparte los dos últimos grupos (Resto de bien definidas y Estados mal definidos), cuyo análisis debe profundizarse, la reducción se ha dado por disminución en: Influenza y Neumonía, Diarrea, Septicemia, Deficiencias nutricionales, Sarampión y Tos ferina, en ese orden, con una clara supremacía de las dos primeras categorías.

Si el cuadro 15 indica la ganancia real observada en el período 1969/70-1980/83, el cuadro 16 expresa lo que se ganaría si las diversas categorías de

Cuadro 16

GANANCIA POSIBLE POR REDUCCION DE LA MORTALIDAD, POR CAUSA,
EN LOS MENORES DE 1 AÑO, A PARTIR DE LOS DATOS DE
1982-1983 (EN DIAS DE ESPERANZA DE VIDA)

Causas	Población femenina	Población masculina
Infecciosas y Parasitarias (001-139)	75	73
Tumores malignos (140-208)	2	2
Deficiencias nutricionales (260-269)	25	25
Enfermedades del corazón (390-429)	30	25
Cerebrovasculares (430-438)	1	1
Influenza y Neumonía (480-487)	58	50
Accidentes y violencia (E800-E999)	31	27
Anomalías congénitas (740-759)	97	96
Perinatales (760-779)	401	337
Resto bien definidas	81	76
Signos, síntomas y estados mal definidos (760-796)	102	81

causas de mortalidad infantil redujeran sus tasas a 0. Los perfiles de ganancia potencial en ambos sexos son casi idénticos, con la única excepción de Perinatales, que es claramente mayor en hombres. La situación es significativamente distinta a la del cuadro anterior, pues se observa con claridad la importancia que tiene Perinatales, y bastante lejos, como segunda causa, las anomalías congénitas (dentro de las bien definidas). Sin embargo, todavía es posible una reducción apreciable mediante causas que son reducibles o evitables, como es el caso de Infecciosas y Parasitarias, Influenza y Neumonía, y Deficiencias nutricionales.

En lo que hace a la estructura de la mortalidad infantil, en el cuadro 17 se presentan los valores y porcentajes, según edad, en 1980 y 1985.

Cuadro 17

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDAD AL MORIR

Años	Total	Menos de 1 d	1-6 d	7-13 d	14-27 d	28 d - 3 m	4-6 m	7-11 m
1980	23.167	4.874 21,04	5.352 23,10	1.386 5,98	1.404 6,06	4.702 20,30	2.752 11,88	2.697 11,64
1985	19.307	4.250 22,01	4.724 24,47	1.147 5,94	1.098 5,69	3.985 20,64	2.124 (18,00)	1.979 10,95

Aunque el número de muertos según edad disminuye en todas las edades, y por lo tanto bajan todas las tasas por esas edades, la estructura en términos de neonatales (menor de 28 días) y posneonatales (28 días-11 meses) cambió poco, pues neonatales representaba el 56,18% del total de muertes en 1980 y el 58,11% en 1985 (en 1970 este porcentaje era el 41,4%).

Esperanza de vida al nacer

En el gráfico 6 aparecen los valores de este indicador sintético de la mortalidad por provincia, para dos períodos: 1959-1961 y 1980-1981.⁹

De la misma manera que para la mortalidad infantil, los diferenciales geográficos han disminuido. En el primer período la brecha era de 20.92 años (Capital Federal 71.29 y Jujuy 50.37), mientras que en 1980-1981, bajó a 8.46, siendo las provincias las mismas. Llama la atención el escaso aumento en Capital Federal durante ese período, pues solo subió 1 año. La razón es que la metodología utilizada para la construcción de tablas de vida en los dos perío-

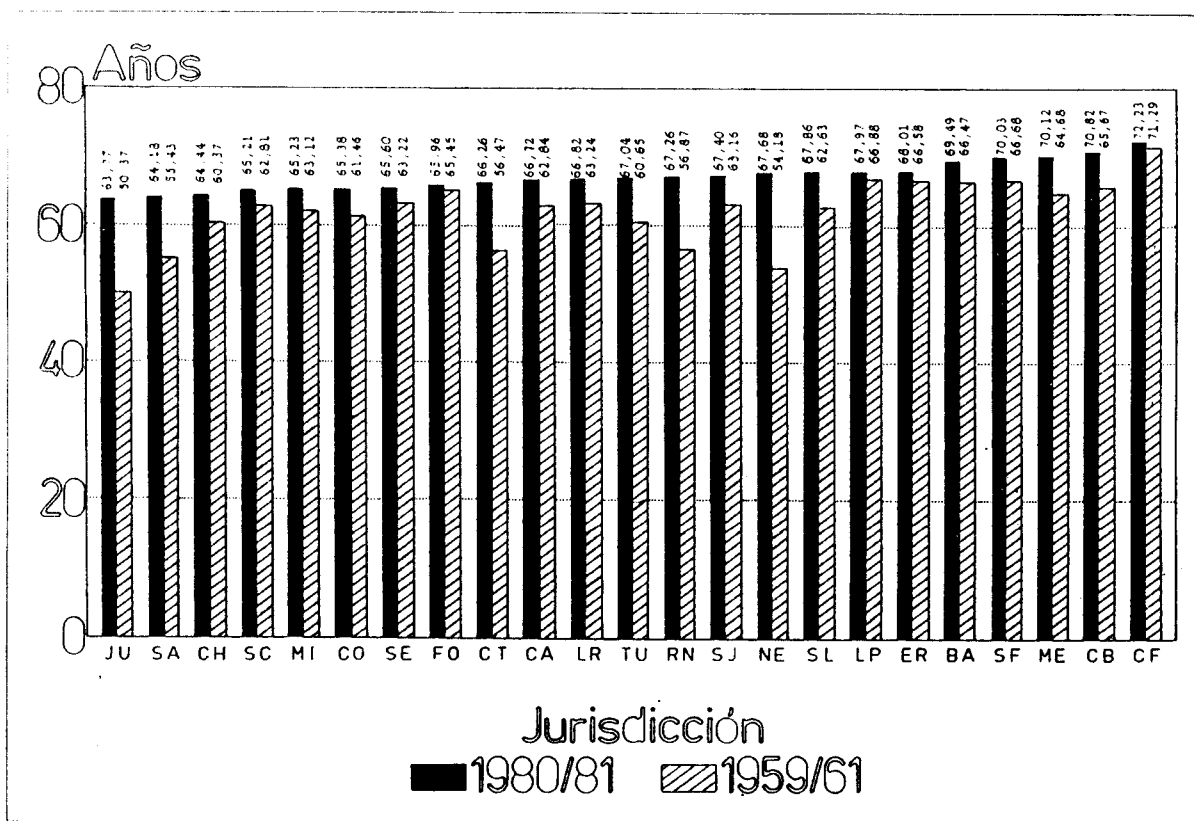
⁹ Tablas de mortalidad 1980-1981, cit. Tablas de vida, Serie 3, núm. 1. Buenos Aires, Departamento de Estadística de Salud, Salud Pública, 1970.

dos difiere en el tratamiento del último grupo de edad, tendiendo a subvaluar el valor de la esperanza de vida al nacer en 1980-1981. La provincia que mayor aumento de años registra en el período es Neuquén (13.50), luego Jujuy (13.40), Río Negro (10.39), Catamarca (9.79) y por último Salta (8.71).

Dado que la principal fuente para el aumento de la esperanza de vida al nacer sigue siendo la tasa de mortalidad infantil y que, como se ha visto, esta siguió descendiendo en las jurisdicciones que se encontraban más desprotegidas, es posible inferir que si se calculara la esperanza de vida para los últimos años (1985-1988), la brecha disminuiría aún más.

Gráfico 6

ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR JURISDICCION



ANEXO

GRUPOS DE CAUSAS	SIGLA (**)	CODIGO CIE-9	GRUPOS DE CAUSAS	SIGLA (**)	CODIGO CIE-9
1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Enfermedades infecciosas intestinales Tuberculosis Difteria Coqueluche Tétanos Septicemia Poliomelitis aguda Sarampión Meningitis Tripanosomiasis Hepatitis viral	INF	001-009 010-018 032 033 037 038 045 055 320;322;036 047;049 086 070	6. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Enfermedad hipertensiva Enfermedad isquémica del corazón Disritmias cardíacas Insuficiencia cardíaca Las demás enfermedades del corazón	COR	401-405 410-414 427 428
2. TUMORES Tumor maligno del estómago Tumor maligno de colon, recto y de la porción resctosigmoide y del ano Tumor maligno del hígado y de los conductos biliares intrahepáticos Tumor maligno del páncreas Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón Tumor maligno de la mama de la mujer Tumor maligno del cuello del útero y cuerpo del útero Todos los demás tumores malignos, carcinoma in situ y de evolución incierta Tumores benignos y de naturaleza no especificada	TUM	151 153;154 155 157 162 174 182	7. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 8. ATROSCLEROSIS 9. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, NEUMONIA E INFLUENZA	CRV ATR IRA	430-438 440 460-466; 480-487
3. DIABETES MELLITUS 4. DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION Y ANEMIAS CARENCIALES	DIB	210-239 250	10. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA Y AFECCIONES AFINES 11. ENFERMEDAD DEL ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO 12. APENDICITIS, HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y OTRAS AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y DEL PERITONEO 13. CIRROSIS Y ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO 14. ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO 15. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO 16. ANOMALIAS CONGENITAS 17. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL 18. ACCIDENTES Accidentes de tránsito de vehículos de motor Ahogamiento y sumersión accidental Los demás accidentes Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas	APN CIR URI EPP CGN PER ACC	540-569 571 580-589 630-676 740-759 760-779
5. ENFERMEDADES MENTALES Síndrome de dependencia del alcohol Los demás trastornos mentales	DSN MNT	260-269,280 281,285 303 290-302 304-319	19. SUICIDIO 20. HOMICIDIO	SUI HOM	E810-E819 E910 E980-E989 E950-E959 E960-E969

Capítulo III

CONDICIONES DE SALUD

Problemas epidemiológicos de la población en general

Las epidemias que más han despertado la atención de la población y de los servicios de salud en los últimos cuatro años, han sido brotes de toxiinfección alimentaria, infecciones hospitalarias en servicios de neonatología, varios brotes de hepatitis viral en instituciones cerradas, coqueluche, psitacosis, y una epidemia combinada de sarampión y rubeola. Además de las epidemias crónicas de abuso de tabaco y alcohol, la población se vio afectada por un notable incremento en el abuso de marihuana y cocaína. Sin embargo, ninguna epidemia ha tenido más repercusión que la introducción del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su consecuencia final, el SIDA. El número de casos anuales de la enfermedad notificados a partir de 1985 fue 29, 27, 72, y 174. Los estudios serológicos no permiten extrapolar la distribución del VIH en la población general, pero apuntan a señalar un incremento en los drogadictos intravenosos y sus parejas sexuales.

El grupo de patologías infecciosas de notificación más frecuente en el período 1985-1988 fue el de diarreas, seguido por influenza y hepatitis viral. A continuación se situaron la blenorragia, la sífilis, y el sarampión.

De las grandes endemias parasitarias, la enfermedad de Chagas es la más notificada en el país. Encuestas serológicas realizadas en segmentos de la población argentina indican que disminuye la velocidad de transmisión del Chagas. El paludismo sigue en la misma tendencia del cuatrienio anterior, sin registrar ocurrencia en las fronteras con Brasil y Paraguay. Los casos se concentran en la frontera noroeste y continúan estrechamente vinculados a la situación laboral de migrantes involucrados en las cosechas agrícolas. La leishmaniasis ha reaparecido en forma epidémica en las provincias del noroeste, y las causas del fenómeno se están investigando. El número anual de casos identificados en el país a partir de 1985 ha sido 228, 340, 335 y 165. Los casos de fiebre hemorrágica argentina notificados en el mismo período han sido 402, 324, 535 y 339. El dengue no ha penetrado en el territorio nacional durante el cuatrienio, pero el *Aedes aegypti* fue detectado en 1987 en las provincias de Misiones y Formosa. La hidatidosis ha sido identificada en humanos en todas las provincias excepto una, y el último caso de rabia humana registrado en el país ocurrió en 1985.

Los desastres naturales más frecuentes en el país son las inundaciones que con cierta regularidad afectan las jurisdicciones de Formosa, Chaco, Entre Ríos, Corrientes, Santa Fe, Capital Federal y Buenos Aires. Se estima que entre 1985 y 1988 más de 200.000 personas han sido evacuadas y 17 muertes han sido causadas directamente por las inundaciones.

Por otra parte, el territorio nacional se vio afectado por una extensa y prolongada sequía durante 1988 con consecuencias adversas para la producción agropecuaria y para la generación de energía hidroeléctrica. El impacto sobre la salud de la población aún no está evaluado. En 1985 la provincia de Mendoza sufrió un terremoto de intensidad 6,5 en la escala de Richter, resultando 6 muertos, 100 heridos y cerca de 100.000 evacuados. En el cuatrienio se registraron, asimismo, múltiples incendios forestales que afectaron extensiones

variadas en las provincias de Córdoba, Chubut, San Juan, San Luis, Mendoza y Neuquén.

La patología bucal es una de las más prevalentes en la Argentina, ya que ocho de cada diez niños de 12 años tienen o han tenido caries dentales. Solo el 35% de los jóvenes de 18 años de edad poseen todas sus piezas dentarias naturales. Uno de cada cinco habitantes a los 50 años de edad es desdentado total del maxilar superior. El cáncer bucal representa el 5% del total de cánceres. En cuanto a las anomalías ortodóncicas, solo el 14% de los niños entre 6 y 14 años no las posee; el 17% tiene anomalías que desde un punto de vista social no necesita tratamiento, mientras que el 69% tiene maloclusiones que requieren tratamiento.

Durante el cuatrienio, la nación ha sido conmocionada por la inminencia de conflictos armados en la comunidad militar, en las localidades de Campo de Mayo (1986), Monte Caseros (1987) y Villa Martelli (1988); este último involucró un limitado grupo de manifestantes civiles entre los cuales se registró una muerte.

Salud de los menores de 5 años

Población

En el cuadro 18 se presentan los volúmenes de población para este grupo de edad. La disminución de la fecundidad, después del leve incremento de la década de 1970, conduce a una estabilización del volumen poblacional y a una pequeña disminución de su importancia relativa (-0,4% para el total de la población). No hay cambios en el índice de masculinidad. Dado el aumento del total de la población en el período 1980-1990, y en especial de la de adultos mayores y tercera edad, es clara la pérdida de importancia relativa de este grupo etáreo.

Cuadro 18

POBLACION DE MENORES DE 5 AÑOS (1980-1985, 1990)
TOTAL Y POR SEXO

Pobl.	1980		1885		1990		Crec.80-90 %
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Total	3.241.127	11,48	3.240.084	10,68	3.229.187	9,99	-0,4
M	1.645.984	11,72	1.645.921	10,94	1.640.677	10,25	-0,3
F	1.595.143	11,24	1.594.163	10,43	1.588.510	9,73	-0,4
Indice de masc.	103	-	103	-	103	-	-

Nota: los porcentajes se calcularon sobre el total de la población del año correspondiente.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Mortalidad (1-4 años)

La mortalidad infantil se consideró específicamente en otro lugar (capítulo II), de manera que aquí solo se analizará el grupo de 1 a 4 años. En el cuadro 19 aparecen los valores de las tasas de mortalidad por sexo.

Cuadro 19

TASAS DE MORTALIDAD (1-4 AÑOS) (POR 100.000)

Sexo	1969-70	1982-83	1984	1985
M	314,6	144,4	135,4	103,0
F	301,9	124,4	122,5	94,5

Fuente: 1969/70 y 1982/83: elaboración propia a partir de los datos del PNES; 1984 y 1985: *Anuario OMS*.

La evolución en 1969-1985 es favorable ya que es posible deducir, para ambos sexos, que la mortalidad se redujo a la tercera parte. La reducción de la mortalidad entre 1969-1970 y 1982-1983 se debe sobre todo a la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias (en primer lugar, diarreas) e Influenza y Neumonía; ambas causas dan cuenta del 60% de la reducción.

El cambio en el perfil epidemiológico de la mortalidad se observa cuando se aprecia que Accidentes y Violencia pasa al primer lugar como causa de muerte en este grupo, para ambos sexos por igual, en 1982-1983, después de ocupar un tercer lugar distanciado, detrás de Infecciosas y Parasitarias e influenza y neumonía, en ese orden. En el caso del hombre es más notorio, considerando que el número de muertes por Accidentes y Violencia en 1982-1983 supera a las otras dos causas juntas. La estructura de la mortalidad por sexo se observa en el cuadro 20.

Cuadro 20

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS Y SEXO (1-4 AÑOS). 1982-83

Grupo de causas	M (%)	F (%)
Accidentes y Violencia	28,5	17,8
Infecciosas y Parasitarias	14,5	15,7
Influenza y Neumonía	7,3	9,0
Deficiencias nutricionales	6,9	8,4
Anomalías Congénitas	5,1	6,7
Corazón	6,0	5,8
Tumores malignos	5,1	4,2
Resto bien definidas	14,1	20,5
Estados mal definidos	12,5	11,9

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del PNES.

Immunizaciones

Para el período 1985-1988 las coberturas en menores de un año, con dosis completas, son las que muestra el cuadro 21.

Cuadro 21

COBERTURA DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Vacunas	1985	1986	1987	1988*
Polio	68,6	79,0	85,4	
DPT	62,6	67,0	75,1	
Sarampión	67,1	87,0	79,7	
BCG	88,5	89,8	94,2	

*Para 1988 no se dispone de datos completos referidos a todas las provincias y, por ende, a todo el país; en relación con las provincias que informaron hasta octubre o noviembre (50% de ellas) los valores mínimos comunicados fueron los siguientes: polio 56,2%; DPT 52,7%; sarampión 64,2% y BCG 70,4%. Como estos valores están calculados respecto al total de nacidos vivos en todo el año, es claro que la cobertura al cabo de todo el año se ve mejor que dichos valores.

Fuentes: Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (OPS/OMS) y Programa Nacional de las Inmunizaciones.

En cuanto a la polio, en 1987 se registraron dos provincias con coberturas menores que 65% (62,3% y 61,2%) (Corrientes y San Juan); para DPT, con valores menores que 65, el número de provincias es mayor: Corrientes (38,4); Santa Fe (57,4), Santiago del Estero (43,3), Tucumán (53,7), San Juan (54,9) y San Luis (64,3).

Salud de la población de 5 a 14 años

La disminución de las tasas de mortalidad (por 100.000) se ha dado en ambos sexos para el período en análisis, llegando en 1985 a casi la mitad de los valores de 1969-1970 (de 58,5 a 30,2 para mujeres y de 81,4 a 43,7 para hombres). A partir de esta edad se aprecia en forma clara la sobremortalidad masculina, cuya causa fundamental radica en el grupo de causas externas (Accidentes y Violencia). La diferencia de tasas por esta causa en 1982-1983 es 12,2, mientras que la diferencia entre las tasas para todas las causas es de 13,6.

Las tasas por enfermedades bien definidas bajan para todas las causas concentrándose en Infecciosas, Influenza, Neumonía y Accidentes y Violencia. Esta última representa casi el 50% de la mortalidad masculina, reduciéndose al 31% en la población femenina.

Salud de los adolescentes y adultos (15 a 64 años)

Población

En el cuadro 22 aparecen los volúmenes de población (total y por sexo) de este grupo etáreo, dividido en dos subgrupos: 15-44 y 45-64, para el año censal de 1980 y las estimaciones para 1985-1990.

De estos dos grupos de edad, el de 15-44 años ha crecido y crecerá más por un cierto período; eso significa que, salvo cambios notorios en la fecundidad (grupo femenino de 15-44 años), no es esperable una disminución clara de la tasa bruta de natalidad ni del número de nacimientos.

Como es de prever, el índice de masculinidad desciende a partir de los 45 años (95 hombres por 100 mujeres) en el grupo de 45-64 para los tres años considerados.

Cuadro 22

POBLACION DE 15 A 64 AÑOS

(15-64)	1980		1985		1990		Crec. 80/90
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Total	17.449.611	61,80	18.479.836	60,93	19.706.516	60,97	12,93%
Masc.	8.725.455		9.232.052		9.843.409		12,81%
Fem.	8.724.156		9.247.784		9.863.107		13,06%
Indice de masc.	100		100		100		-
15-44							
Total	12.091.058	42,82	12.848.651	42,36	13.812.738	42,73	14,24%
Masc.	6.111.127		6.493.295		6.978.740		14,20%
Fem.	5.979.931		6.355.356		6.833.998		14,28%
Indice de masc.	102		102		102		-
45-64							
Total	5.358.553	18,98	5.631.185	18,57	5.893.778	18,24	9,99%
Masc.	2.614.328		2.738.757		2.864.669		9,58%
Fem.	2.744.225		2.892.428		3.029.109		10,38%
Indice de masc.	95		95		95		95

Total de
la pobla-
ción

28.237.149

30.331.283

32.321.887

14,47

Nota: los porcentajes se calculan sobre el total de la población.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Mortalidad

El estudio de Licciardi¹⁰ se basa en un análisis de los fallecidos de 15 a 64 años, con causa básica de muerte definida y reconocible nosológicamente. Se excluyen las enfermedades mal definidas y las aglutinantes o Resto (resto de bien definidas u otras). Se trabajó con grupos quinquenales y por sexo.

Se identificó en cada grupo (edad y sexo) las causas de muerte que más defunciones produjeron en cada año del trienio. Se ordenaron las magnitudes en forma decreciente y se depuró la lista con las exclusiones previstas. El ordenamiento definitivo se estableció a partir de la mortalidad del trienio.

Una vez establecidos los listados para cada sexo y edad, se fijó el número de causas a trabajar en el análisis. Se definieron 30; con una cantidad menor de causas, en algunos casos se obtenía una mortalidad proporcional del 1% en la última causa, pero se limitaba el análisis al incluir pocas causas y la tendencia evolutiva de algunas entidades en estudio que se desplazan abruptamente hacia las primeras causas en grupo de edad subsiguientes. Reconocidas las 30 primeras causas de muerte para cada categoría de edad y sexo, se identificaron 60 causas de muerte. Las mismas se agruparon por capítulos.

Agrupamiento de causas seleccionadas

CAPITULO	CAUSA SELECCIONADA
1) Infecciosas	Tuberculosis. Neumonía. Septicemia. Meningitis. Tripanosomiasis.
2) Tumores comunes	Cáncer de labio, boca, faringe, esófago, estómago, colon, recto, hígado, páncreas, laringe, tráquea, bronquiopulmonar, hueso, encefalo, Hodkin, otros linformas. Leucemia. Vejiga.
Tumores propios	
a) Sexo masculino	Próstata. Testículo.
b) Sexo femenino	Mama. Cuerpo, cuello y otras partes del útero y ovario.
3) Metabólicas	Diabetes.
4) Nutricionales y Anemias	Anemia, desnutrición.
5) Psiquiátrico-mentales	Suicidio. Homicidio. Síndrome de dependencia alcohólica. Lesiones de origen ignorado autoinfringidas o intencionales.
6) Neurológicas y órganos de los sentidos	Epilepsia.
7) Cardiocerebrovasculares	Cardiopatía isquémica. Arritmia. Hipertensión. Arterioesclerosis. Enfermedad cardiopulmonar aguda. Fiebre reumática aguda y

¹⁰El análisis de mortalidad se realiza tomando como base el trabajo de Licciardi L., Salud del adulto. República Argentina 1981-83. Informe de investigación, 1989.

- | | |
|--|---|
| 8) Respiratorias | crónica. Hemorragia intracraneana. Hemorragia subaracnoidea. Infarto cerebral. |
| 9) Digestivas | Bronquitis. Enfisema. Asma. |
| 10) Urogenitales | Cirrosis. |
| 11) Tocoginecológicas maternas | Síndrome nefrítico. Síndrome nefrótico |
| | Aborto. Hemorragia embarazo. Hipertensión embarazo. Complicación puerperio. Causas obstétricas directas. |
| 12) Dermatológicas-Articulares y Oseas | Artritis. Artropatías. |
| 13) Accidentes | Ferrocarril. Vehículo motor y carretera. Envenenamiento. Contratiempos atención médica. Caídas accidentales. Accidentes por fuego. Ahogamiento. Accidente maquinarias. Accidente armas de fuego. Efectos tardíos. |

En el cuadro 23 aparece el número de defunciones por causas seleccionadas.

Cuadro 23

NUMERO Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES SEGUN GRUPOS DE CAUSAS SELECCIONADAS
(15-64 AÑOS) (1981-1983).

Grupo de causas	Núm.	%	Orden
1) Infecciosas	10.242	6,3	6
2) Tumores propios	11.348	7,0	5
Tumores comunes	33.669	20,7	2
3) Metabólicas	4.225	2,6	9
4) Nutricionales y Anemias	873	0,5	12
5) Psiquiátrico-mentales	11.761	7,2	4
6) Neurológicas y órganos de los sentidos	624	0,4	13
7) Cardiocerebrovasculares	53.740	33,1	1
8) Respiratorias	2.046	1,3	10
9) Digestivas	7.826	4,8	7
10) Renales	4.234	2,6	8
11) Tocoginecológicas	1.275	0,8	11
12) Dermatológicas-Articulaciones-Oseas	583	0,4	14
13) Accidentes	20.008	12,3	3
Total	162.454	100	

Fuente: el análisis de mortalidad se realiza tomando como base el trabajo de L. Licciardi, Salud del adulto. República Argentina 1981-1983. Informe de investigación, 1989.

Las 162.454 muertes ocurridas por las causas seleccionadas se distribuyeron por edad y sexo como se presenta en el cuadro 24. Se observa que la mitad

de las mismas suceden entre los 15 y 54 años, y el otro medio en el decenio subsiguiente. En los cinco primeros intervalos de edad, se concentra solo la quinta parte de las defunciones, acumulándose en los ulteriores la proporción restante (80%).

El punto de eclosión crítico al aporte de mortalidad en el adulto se produce a partir de los 50 años. El capítulo de enfermedades cardiocerebrovasculares aporta la tercera parte de la mortalidad proporcional. Los tumores comunes representan la quinta parte de la mortalidad proporcional, los accidentes ocupan el tercer lugar, con algo más del 10%. El cuarto, quinto y sexto lugar

Cuadro 24

NUMERO Y PORCENTAJE ACUMULADO POR EDAD DE DEFUNCION
POR CAUSAS SELECCIONADAS SEGUN SEXO (1981-1983)

Edad	Sexo						Total		
	Masculino			Femenino			Nº	%	% ac.
	Nº	%	% ac.	Nº	%	% ac.			
15-19	2.983	2,7	2,7	1.560	2,9	2,9	4.493	2,8	2,8
20-24	3.854	3,5	6,2	1.917	3,6	6,5	5.771	3,6	6,4
25-29	3.973	3,7	9,9	2.175	4,0	10,5	6.148	3,8	10,2
30-34	4.528	4,2	14,1	2.820	5,2	15,7	7.348	4,5	14,7
35-39	5.805	5,3	19,4	3.608	6,7	22,4	9.413	5,8	20,5
40-44	8.293	7,6	27,0	4.412	8,2	30,6	12.705	7,8	28,3
45-49	12.202	11,2	38,2	5.726	10,6	41,2	17.928	11,0	39,3
50-54	17.947	16,5	54,7	8.208	15,2	56,4	26.155	16,1	55,4
55-59	22.885	21,1	75,8	10.422	19,3	75,7	33.307	20,5	75,9
60-64	26.161	24,1	99,9	13.025	24,2	99,9	39.186	24,1	100,0
TOTAL	108.581	99,9		53.873	99,9		162.454	100,0	

Fuente: el análisis de mortalidad se realiza tomando como base el trabajo de L. Licciardi, *Salud del adulto*. República Argentina 1981-1983. Informe de investigación, 1989.

corresponde a las psiquiátrico-mentales, tumores propios e infecciones, con porcentajes mayores al 5%. El séptimo grupo de causas es el de las enfermedades digestivas, pero este capítulo solo está representado por una sola causa, la cirrosis, a diferencia de las categorías anteriores que involucran más de cuatro causas.

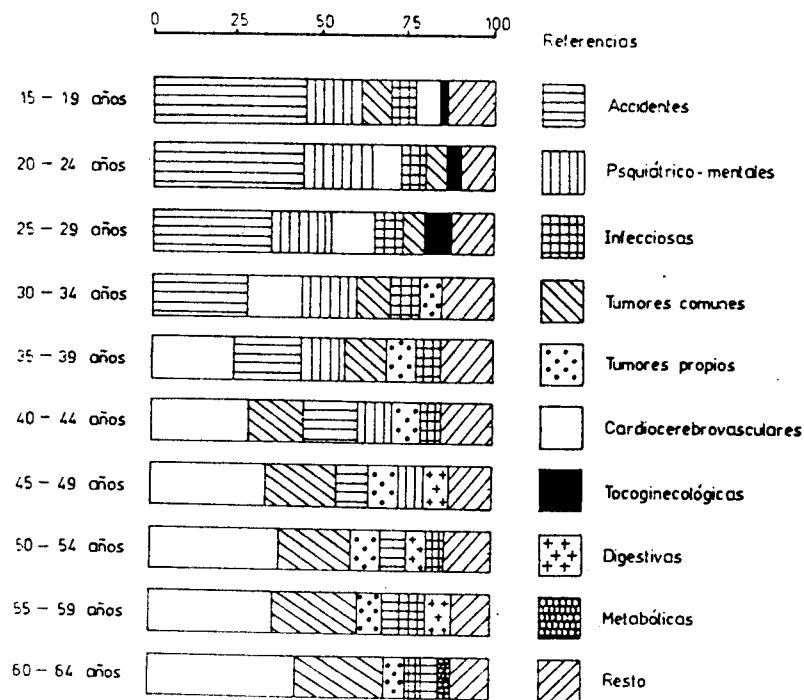
El perfil de mortalidad por edad presenta diferenciales de interés (gráfico 7). Como se observa en este gráfico, desde los 15 años de edad hasta los 30, los accidentes (primera causa) y las enfermedades psiquiátrico-mentales (segunda causa) superan el 50% de la mortalidad proporcional, siendo accidentes la causa responsable de más del 40% hasta los 24 años.

De los 30 a los 44 años se produce un perfil transicional en el que se verifica un desplazamiento de las enfermedades cardiocerebrovasculares al primer lugar, pero, a diferencia del primer tramo (15-29, adulto joven con predominancia de accidentes y enfermedades mentales), en el grupo del adulto intermedio se observa que el 50% de la mortalidad se logra con más de dos grupos de causas.

A partir de los 45 años (tercer tramo) las enfermedades cardiocerebrovasculares y los tumores generales (primera y segunda causa) conforman un perfil inamovible que aporta más del 50% de las defunciones; además, el porcentaje aumenta progresivamente en los grupos subsiguientes aportando casi un 70% de las muertes en el último grupo de estudio.

Gráfico 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PRIMEROS GRUPOS DE CAUSAS SELECCIONADAS DE MORTALIDAD EN EL ADULTO SEGUN EDAD PARA AMBOS SEXOS (1981-1983)



Es importante destacar que las defunciones maternas y los tumores propios del sexo femenino tienen tal peso que aparecen en el perfil de mortalidad general por edad. Los segundos representan la quinta causa a partir de los 35 años, se ubican en tercer lugar desde los 50 años y conservan esa situación hasta la última categoría en estudio.

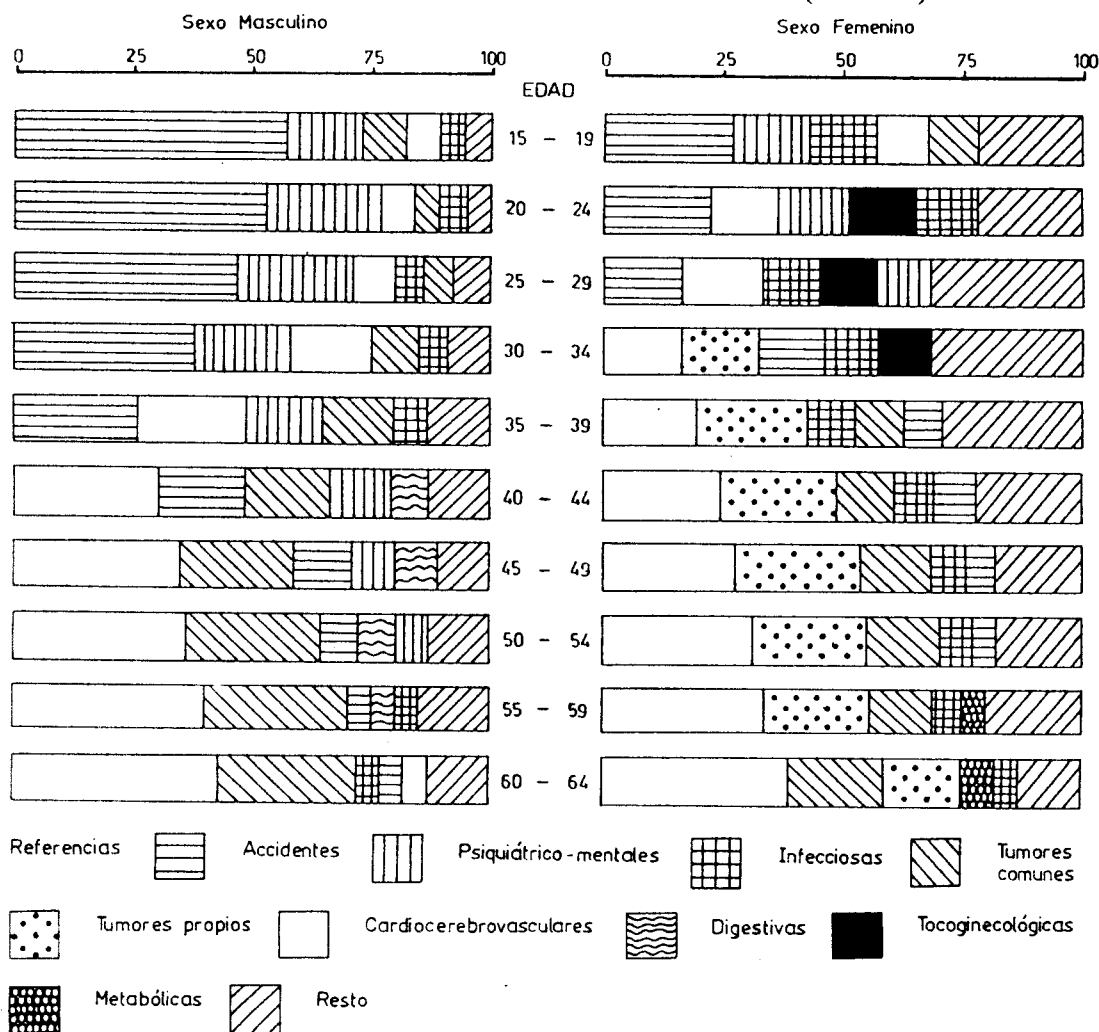
La distribución porcentual de las defunciones agrupadas en capítulos para las 60 causas de muerte indica comportamientos distintos para cada sexo (gráfico 8).

En el sexo masculino se observa que el primer grupo de causas hasta los 39 años es accidentes, mientras que, por encima de esa edad en términos de mortalidad proporcional, la primera causa es enfermedades cardiocerebrovasculares.

Hasta los 29 años de edad, el primer grupo de causas, accidentes, y el segundo, enfermedades psiquiátricas, concentra más del 70% de las muertes. Entre los 30 y los 45 años aparece una suerte de perfil de transición donde surgen capítulos que se desplazan entre los grupos de edad conservando una distribución porcentual más homogénea (adulto intermedio); así, cardiocerebrovasculares se ubica en primer lugar y, proporcionalmente, avanzan en forma progresiva los tumores comunes. Desde los 45 años el perfil es homólogo al esquema general antes mencionado.

Gráfico 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CAPITULOS DE CAUSAS SELECCIONADAS
SEGUN SEXO Y EDAD EN EL GRUPO DE 15 A 64 AÑOS (1981-1983)



En la mujer la graficación del comportamiento no se presenta tan definida. En ninguna franja de edad el primer grupo de causas supera el 35%, a excepción de las enfermedades cardiocerebrovasculares a los 60 años. Solo a partir de los 45 años los dos primeros grupos superan el 50%. En todos los grupos el 75% de las defunciones se logra con no menos de los cuatro primeros grupos de causas. En la mujer se perfilan tres gráficos de mortalidad por edad:

1) 15 a 24 años: el primer grupo, accidentes, y el segundo, salud mental, alcanzan el 40% de la mortalidad proporcional con un perfil idéntico al del hombre, aunque en este, para los mismos grupos de edad, ambas causas superan el 75% de la mortalidad proporcional.

2) 25 a 39 años. En muchos grupos se encuentra la menor proporción de defunciones para los cinco primeros grupos y una distribución porcentual similar para cada uno (grupo de transición con preponderancia nula).

3) A partir de los 40 años y hasta los 59 las enfermedades cardiocerebrovasculares, los tumores propios, los comunes y las enfermedades infecciosas, en ese orden, constituyen un perfil inamovible, con aumento progresivo del primer capítulo y estabilidad del segundo. El último grupo (60-64) muestra un desplazamiento de los tumores comunes al segundo lugar, pero sin diferenciales de interés con los tumores propios.

Llama la atención el peso de la mortalidad por enfermedades infecciosas desde los 15 años hasta casi el final del período reproductivo.

El grupo de causas considerado podría enmascarar causas propias del comportamiento reproductivo y otras ligadas a problemas ginecológicos dependientes de mala calidad del registro de defunción. No se justifican diferenciales de tal magnitud asociados exclusivamente con el sexo.

Es también de interés señalar el rápido desplazamiento de las enfermedades cardiocerebrovasculares como primera causa en la mujer, y la no aparición para este grupo del capítulo de las digestivas. En el hombre tampoco se identifica la presencia de las metabólicas. Obsérvese que la impronta en el perfil general por edad de Accidentes está determinada por el peso de estos en el sexo masculino.

De las muertes seleccionadas (162.454), la tercera parte se produjo en el sexo femenino (gráfico 9 y cuadro 24).

Los cuatro capítulos de causas que mayor predominancia porcentual tienen en el sexo masculino son accidentes, enfermedades psiquiátrico-mentales, digestivas y tumores comunes, con más del 75% de mortalidad proporcional para este sexo. El hombre aporta entre el 60 y 74% de las muertes de los capítulos de enfermedades infecciosas, cardiocerebrovasculares y respiratorias. Con similar peso proporcional para ambos sexos se encuentran las metabólicas, nutricionales y anemia, neurológicas y renales.

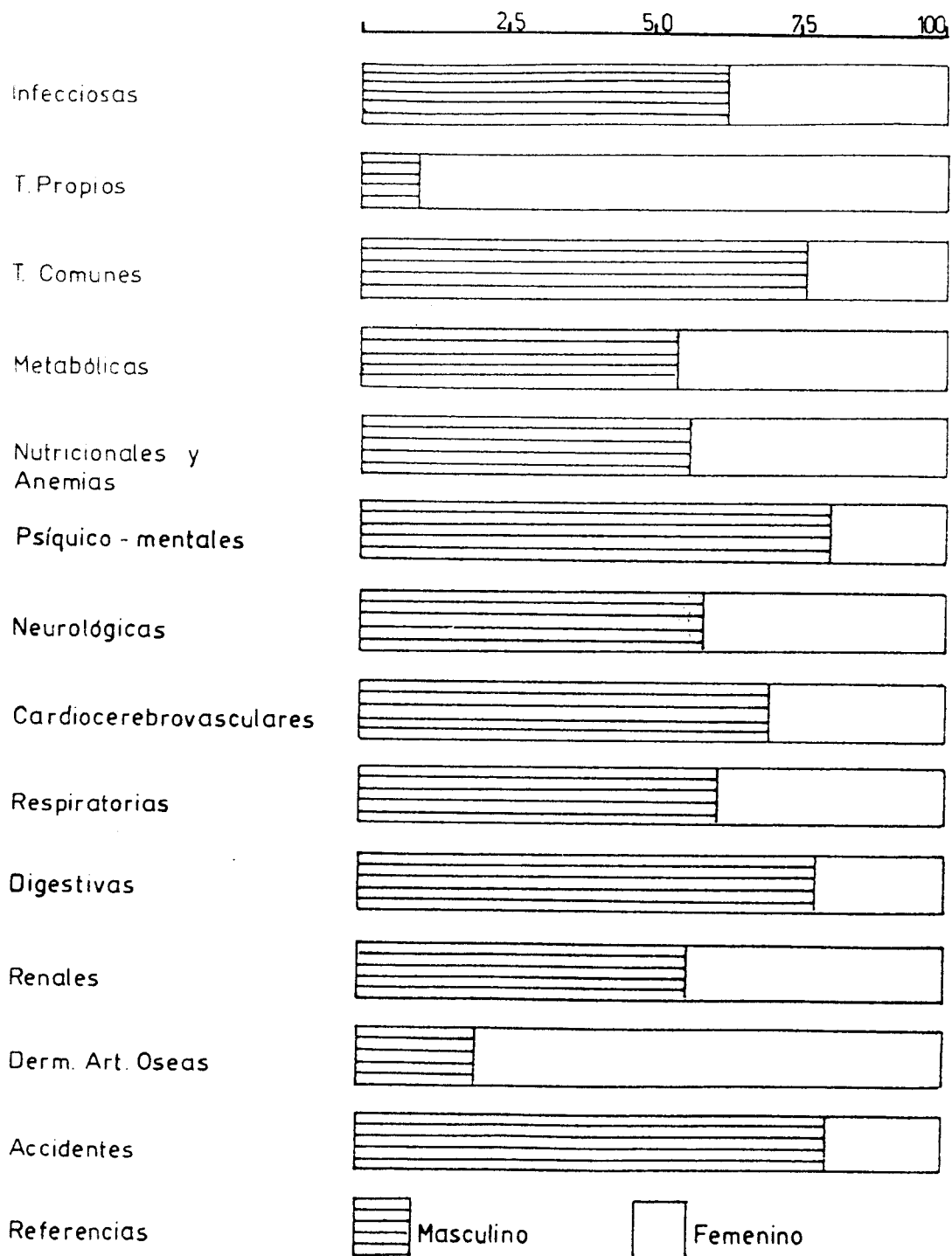
Una altísima predominancia en el sexo femenino se observa en tumores propios y dermatológicos, enfermedades articulares y óseas, con el 90 y el 80% de la mortalidad proporcional respectivamente.

El total de muertes del grupo de 15 a 64 años representó el 32,6% del universo completo de muertes, 37% en hombres y 25% de mujeres; los anteriores porcentajes reflejan la importancia distinta que tiene en términos de mortalidad proporcional el grupo de edad, pues muestra la mortalidad más temprana del hombre comparada con la de la mujer.

El total de muertes masculinas es de 152.141 y el de femeninas, 76.885, en el grupo 15-64 y en el trienio 1981-1983. Al excluir las causas mal defini-

Gráfico 9

DISTRIBUCION DE DEFUNCIONES POR CAPITULO DE CAUSAS SELECCIONADAS SEGUN SEXO
(15-64 AÑOS) (1981-1983)



das, los valores anteriores bajan a 146.740 y 73.580 respectivamente; esto significa que las causas seleccionadas representan el 74% de la mortalidad bien definida en hombres y el 73% en mujeres, es decir que la cobertura por sexo es bastante parecida.

Las mal definidas (con un valor del 3% del total de muertes para ambos sexos) tienen un valor más alto en este grupo de edad, ya que representan el 46% en hombres y el 37% en mujeres (mal definidas 15-64 sobre mal definidas totales), y estos valores son claramente superiores al 37% y 25% referidos a la mortalidad proporcional antes citados.

Cuadro 25

MORTALIDAD PROPORCIONAL GENERAL POR CAPITULOS DE CAUSAS SELECCIONADAS EN EL SEGMENTO 15-64 AÑOS POR SEXO Y TOTAL (1981-1983) (PORCENTAJES)

Total	%	Sexo masculino	%	Sexo femenino	%
Tocoginecológicas	98,7	Neurológicas y	80,0	Tocoginecológicas	98,7
Neurológicas y	79,6	órg. de los sent.	76,2	Neurológicas y	72,5
órg. de los sent.	75,4	Psiquiátrico-ment.	68,8	órg. de los sent.	65,8
Psiquiátrico-ment.	67,3	Digestivas	66,1	Psiquiátrico-ment.	62,6
Digestivas	62,6	Accidentes	52,0	Dermat.-Artic.-Os.	62,6
Dermat.-Artic.-Os.	58,9	Dermat.-Artic.-Os.		Digestivas	56,5
Accidentes				Tumores propios	
Tumores propios	47,6	Tumores comunes	46,6	Accidentes	40,9
Tumores comunes	43,2	Renales	33,9	Respiratorias	37,4
Renales	33,4	Metabólicas	33,5	Tumores comunes	35,0
Respiratorias	32,9	Cardiocerebrovasc.	33,0	Renales	32,7
Metabólicas	29,3	Infecciosas	31,5	Infecciosas	25,5
Infecciosas	28,9	Respiratorias	30,5	Metabólicas	25,5
Cardiocerebrovasc.	25,7				
Anemia-Desnutrición	15,8	Tumores propios	19,4	Cardiocerebrovasc.	17,1
		Nutric. y Anemias	17,0	Nutric. y Anemias	14,6

En la medida en que la cobertura masculina es mayor que la femenina (38 *versus* 25), sería de esperar una mayor especificidad o contribución en las muertes seleccionadas masculinas que en las femeninas.

En el cuadro 25 pueden observarse perfiles un poco diferentes. En el mismo se comparó la mortalidad de las causas seleccionadas en el grupo de 15-64 con el total de la mortalidad (es decir, en toda la población) para las mismas causas.

Es obvio que las tocoginecológicas ocupan el primer lugar, ya que por su definición (mortalidad materna) están incluidas en dicho grupo, exceptuando las que puedan ocurrir en menores de 15 años. Al excluir esta causa, los dos primeros lugares en ambos sexos y con porcentajes parecidos los ocupan las

neurológicas y de órganos de los sentidos y las psiquiátrico-mentales, con valores un poco superiores para los hombres.

Si se toma como criterio de especificidad para la mortalidad de los adolescentes y adultos, en lo que a causas se refiere, el criterio de que los porcentajes del total de muertes por una causa en 15-64 respecto al total de muertes por esa causa en todos los grupos de edad (los valores de la tabla) fueron mayores a los porcentajes del total de muertes que corresponden a dicho grupo de edad (37,8% en hombres y 25% en mujeres), se tiene que la especificidad en hombres es: Neurológicas y Organos de los sentidos, Psiquiátrico-mentales, Digestivas, Accidentes, Dermatológicas/Articulaciones/Oseas y Tumores comunes. En la mujer el número de causas es mayor pues a la lista anterior se agregan las enfermedades tocoginecológicas, los tumores propios, las respiratorias y las renales.

Lo llamativo de esta comparación es la inclusión de las enfermedades respiratorias en mujeres, el claro diferencial en accidentes y el alto valor de tumores propios.

Salud de la tercera edad (65 años y más)

Los datos de población para la tercera edad son los siguientes (cuadro 26):

Cuadro 26

POBLACION DE 65 AÑOS Y MAS

Poblac.	1980		1985		1990		Crec. 80/90
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	%
Total	2.307.209	8,17	2.610.810	8,61	2.944.601	9,11	27,63
Masc.	1.016.586	7,24	1.122.638	7,46	1.248.138	7,80	22,78
Fem.	1.290.623	9,09	1.488.172	9,74	1.696.463	10,40	31,45
Ind. de masc.	79	-	75	-	74	-	

Nota: los porcentajes se calculan respecto al total de la población correspondiente.

Existe un predominio claro de mujeres, que aumenta con el tiempo (79 hombres por 100 mujeres en 1980, y 74 en 1990); un aumento de la importancia relativa de la tercera edad (de 8,17% a 9,11% en 10 años) y un incremento del volumen poblacional en la década superior al de toda la población (28% frente a 14%) y al de cualquier otro grupo de edad. Es decir, que la importancia relativa y cuantitativa va en aumento.

Según el Censo Nacional, en 1980 el país contaba con 2.300.000 personas de 65 años y más, de las cuales el 97,2% vivía en hogares particulares. En consecuencia, más de 64.000 ancianos residía en hogares colectivos: geriátricos, hospitales, pensiones.

En 1980, del total de habitantes del país, el 27,75% vivía en hogares con necesidades básicas insatisfechas, porcentaje que se reduce al 20% en mayores de 65 años, es decir, casi 454.000 individuos. Las viviendas con necesidades básicas insatisfechas constituyen el 22,6% del total de hogares particulares del país. De ellos, 1.586.697, o sea el 12,4%, están formados por un solo miembro, y el 87,6% por dos o más. En las viviendas con necesidades básicas insatisfechas habitadas por un solo miembro, 42,7% tienen más de 65 años, lo que indica que cerca de 85.000 ancianos viven las dificultades propias de la soledad en condiciones de pobreza.

En cuanto a la distribución territorial de este fenómeno, esta es desigual. Así, mientras que en la provincia de Corrientes el 42% de los ancianos viven bajo estas condiciones, en Chaco lo hace el 44%, en Formosa el 46%, en Santiago del Estero el 51%, en la provincia de Buenos Aires el 17%, y en la Capital Federal solo el 8%.

Respecto a la morbimortalidad, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSPJ) observa que el mejoramiento de la vivienda, el agua potable y el saneamiento, en algunos casos, han sido medios eficaces para reducir la incidencia de las patologías transmisibles, si bien aún se mantienen bolsones importantes de estas en zonas rurales y entre las poblaciones urbanas marginales. Por otro lado, se destaca la importancia creciente de las patologías crónicas derivadas del modo de vida que ha tenido esa población.

Las cinco principales causas de muerte para el grupo etéreo de 65 años y más en Argentina son: las enfermedades del corazón, que ocupan el primer lugar y duplican la proporción de la segunda causa de muerte, con una tasa de 2.064 por mil, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la arterioesclerosis y la neumonía e influenza, no observándose diferencias significativas por sexo.

El perfil de morbilidad del anciano ha sido trazado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a través de su Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Los estudios efectuados demuestran que en las grandes ciudades argentinas el 45,8% de las consultas están referidas a dolencias crónicas y accidentes. Las consultas por impedimentos o invalidez se reparten entre: sordera (36 por mil), malformaciones (24 por mil), parálisis (12 por mil) y falta de un miembro (8 por mil).

La percepción de dolencias y síntomas crónicos, medidos en tasas específicas por cada 1000 ancianos, muestra valores preponderantes para el aparato circulatorio (458), artrosis, artritis y reumatismo (389), aparato digestivo (213), nerviosismo, angustia, insomnio y enfermedades mentales (181).

Estudios realizados por el PAMI para el área metropolitana sobre causas de egreso (cuadro 27) revelan el predominio de enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y enfermedad de la vesícula, seguido de la fractura de fémur como principal consecuencia de accidentes. La media de edades de la internación es de 72 años, no diferenciable de acuerdo al sexo. Se destaca que el 75% de los egresos se agrupan en urgencias, lo que demuestra la baja utilización de servicios en las primeras etapas de la dolencia.

Cuadro 27

EGRESOS SEGUN DIVERSAS VARIABLES POR PATOLOGIAS SELECCIONADAS.
AREA METROPOLITANA

Causas de egreso*	Nº de casos	%	Edad media		Urgencias %
			Varón	Mujer	
Total	87.703	48,5	72,3	71,6	74,8
Enf. cerebrovascular	7.457	48,7	73,0	77,3	97,8
Insuf. cardíaca	5.185	50,2	72,7	79,0	98,2
Vesíc. y vías biliares	4.211	30,3	70,7	67,0	57,3
Fractura cuello fémur	2.898	22,0	75,3	79,0	96,5
Hernia inguinal	2.865	76,8	70,3	74,0	23,2
Hiperplasia próstata	2.002	100,0	74,0	----	15,7
Infarto ag. de miocard.	1.975	60,4	72,7	74,0	98,2
Enfermedad pulmonar obstrucción crónica	1.903	61,3	69,6	70,6	97,8
Diabetes mellitus	1.495	42,8	70,0	70,3	91,8
Tumor maligno de mama femenino	1.210	0,0	----	69,3	31,8
Tumor maligno broncopulmonar	790	82,9	70,6	73,3	73,4
Insuf. renal crónica	767	60,4	71,0	67,0	87,7
Neumonía e Influenza	718	57,7	81,7	75,6	98,3
Tumor maligno de colon	623	44,1	71,0	80,0	54,4
Tumor maligno de vejiga	461	83,7	75,3	73,3	49,4
Tumor maligno de recto-sigmoides-ano	457	49,0	72,0	68,6	41,3
Otras	52.686	45,8	71,3	70,3	73,5

* Según clasificación internacional, OMS, 9a. revisión, 1975.

Fuente: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, 1985.

Salud de la mujer

Los 14 millones de mujeres censadas en 1980 (casi el 51% de la población total del país), constituyen un universo específico de población importante. Si bien gran parte de las condiciones de salud son compartidas con la población masculina, algunas problemáticas específicas adquieren particular relevancia.

Los problemas de salud específicos vinculados en su mayor parte a su desarrollo sexual y a la maternidad, adquieren mayor importancia si se relacionan con el hecho de que el grupo etáreo 15-64 años representa casi el 60% de la población femenina del país. Las mujeres en edad adulta intermedia -50 a 64 años-, poco consideradas en los programas de salud, muestran un peso relativo

superior a la tercera edad (65 años y más), especialmente en las jurisdicciones de mayor concentración urbana.

En el otro extremo, el número de niñas menores de 15 años residentes en el área rural es significativo para algunas jurisdicciones como Corrientes, Chaco, La Rioja, Formosa, Catamarca, Santiago del Estero y Misiones.

Siendo la educación un aspecto importante en la configuración de las condiciones de vida de la mujer, es relevante señalar que el grado de analfabetismo de la población femenina es mayor que el de la masculina, sobre todo en el medio rural. Por otra parte, muchas actividades realizadas por mujeres no son reconocidas socialmente como trabajo, y, al no ser reguladas por el mercado formal, se llevan a cabo sin coberturas médico-sociales mínimas; por ejemplo, la "ayuda" femenina en las actividades rurales de carácter temporario no cuenta con ninguna cobertura.

No obstante, la mortalidad femenina es inferior a la masculina en todos los grupos de edad, y, en consecuencia, la esperanza de vida femenina es superior a la masculina y fue calculada para 1980-1981 en 72.70 (65.48 en varones), correspondiendo el valor más bajo a la provincia de Jujuy (66.52) y el más alto a Capital Federal (75.76)¹¹ aunque los diferenciales entre provincias están disminuyendo a lo largo del tiempo.

El análisis descriptivo de la mortalidad materna efectuado, pone de relieve que gran parte de las muertes (389 en total para 1983) son producidas por causas evitables con un tratamiento adecuado. Es importante señalar la incidencia elevada de la mortalidad materna en las adolescentes y en las mujeres mayores de 35 años. El subregistro de la mortalidad materna llegaría al 50%.

Algunos estudios realizados en Capital Federal y Neuquén demuestran que un alto porcentaje de las mujeres con parto institucionalizado, solo habían asistido a una consulta prenatal. Este comportamiento pone en peligro la vida fetal o neonatal, y contribuye a la incidencia de la mortalidad materna.

La mortalidad en la niñez y pubertad presenta perfiles diferenciados según edad y sexo. En las niñas de 1 a 4 años la principal causa de mortalidad son los accidentes y agentes adversos. Exceptuando los primeros cuatro años, en los que la mortalidad es por ahogamiento y sumersión accidentales, se observa que desde los 5 a los 14 años la causa de mortalidad son los accidentes de tránsito y vehículo automotor. La segunda causa en el grupo de 5 a 14 años son los tumores malignos, específicamente la leucemia.

Los tumores malignos pasan a ser la primera causa de muerte en las mujeres de 15 a 64 años. La leucemia es causa de mortalidad importante hasta los 24 años. Entre los 30 y 49 años el cáncer de mama es la segunda causa de muerte y pasa a ser primera causa hasta los 64 años de edad. Por otro lado, es sabido que algunos tumores se encuentran asociados al hábito de fumar y, al respecto, cabe señalar que en el país se ha incrementado la adopción del mismo por parte de la mujer.

Investigaciones realizadas en otros países señalan diferencias epidemiológicas según estratos sociales, área de residencia (urbana-rural), ocupación, etc. En Argentina las tasas de mortalidad por cáncer de mama son mayores que las de cáncer uterino. Algunos estudios sostienen que hay una concentración

¹¹ Tablas de Mortalidad 1980-1981, cit.

de cáncer de mama en las áreas urbanas mientras que en las rurales se comprueba una mayor presencia de cáncer de cuello uterino.

En cuanto a las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), las enfermedades cardiovasculares representan la segunda causa de mortalidad y siguen siéndolo hasta los 64 años, cuando se convierten en la primera causa para las mujeres de 65 y más.

Se ha observado que son significativas para el grupo de 15 a 49 años las defunciones femeninas por trastornos mentales (psicosis, neurosis, farmacodependencia, depresión, agresión, retraso mental), junto con las provocadas por causas de traumatismo y violencia (suicidio y lesiones autoinfligidas, homicidio y lesiones infligidas a terceros y otras lesiones de las que se ignora si fueron causadas accidentalmente).

El país no cuenta con información sobre el estado de la salud mental de su población. Estudios aislados de grupos no gubernamentales dan cuenta, en forma parcial, de los efectos provocados por la denominada "guerra sucia", por la guerra de las Malvinas, la desocupación, la falta de vivienda, las condiciones laborales inadecuadas, etc.

Salud y medio ambiente

En el período considerado, Argentina ha estudiado y puesto en marcha políticas y estrategias con objetivos y metas claras que le permiten acelerar un proceso de rehabilitación y resolución de los problemas relacionados con el medio ambiente y la salud.

En materia de servicios sanitarios, en 1984 la Secretaría de Recursos Hídricos, coordinadora de todas las entidades del sector, incluyendo la Dirección Nacional de Calidad Ambiental (DNCA) del Ministerio de Salud y Acción Social, hizo un diagnóstico de la situación de cobertura de servicios sanitarios del país. El análisis mostró un serio déficit de cobertura tanto en áreas urbanas como rurales, y, ante todo, una situación no muy clara en cuanto a los aspectos de desarrollo de una política que permita la evolución en el mediano plazo de las 24 agencias de Servicios Provinciales de Agua Urbana, de los Servicios Provinciales de Agua Rural (SPAPS), encargados de dotar de servicios a la franja poblacional 500-1.500 habitantes, y de la Dirección Nacional de Calidad Ambiental que atiende problemas de agua y letrización rural para la franja de menos de 500 habitantes (población rural dispersa).

En 1985, la Asociación Argentina de Ingeniería Sanitaria y Ciencias Ambientales (filial de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente -AIDIS-) presentó al Presidente de la República y a otras autoridades un documento de diagnóstico de situación de estos servicios. Las soluciones propuestas fueron adoptadas por las autoridades, sobre todo las de la Secretaría de Recursos Hídricos, quienes junto con el Banco Mundial, realizaron un segundo diagnóstico de situación con mayor profundidad y detalle. Dicho diagnóstico permitió en 1988 la sanción de una ley de creación de la Comisión Federal de Agua Potable y Saneamiento (COFAPYS). Además de agrupar federalmente a todas las instituciones del sector, la ley amplía las funciones del Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural (SNAP), creando un organismo para planificar, monitorear y coordinar planes y programas del subsector con fondos nacionales y/o internacionales. Al

mismo tiempo, estudia y pone en discusión un Plan Nacional de Saneamiento en el país que delinea políticas y estrategias para la evolución positiva del problema.

Las decisiones tomadas abren un amplio campo de soluciones para este subsector en materia de ordenamiento financiero, desarrollo institucional, mejoramiento tecnológico y actividades sociotecnológicas (medición del agua, tarifas sociales, etc.) que seguramente darán como resultado una mejor y más rápida cobertura de servicios sanitarios a la población del país.

Los programas de manejo y disposición de residuos sólidos son de responsabilidad exclusiva de los municipios. Puesto que constituye un problema de salud, los ministerios de esta área (nacional y provinciales) han colaborado fundamentalmente en el adiestramiento de personal a través de un curso especializado llevado a cabo en la Universidad de Buenos Aires, destinado a técnicos responsables de impulsar el desarrollo de empresas en urbes, y de cursos impartidos en diferentes puntos del país, dirigidos a técnicos municipales encargados de estos servicios. Este programa se ha llevado a cabo con persistencia y existe una mejora de estos servicios en todo el país. La Secretaría de Vivienda y Ordenamiento Ambiental del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, dentro de los créditos que para construcción de viviendas le otorgan el BID y el BIRF, considera aspectos de mejoramiento y ampliación de los servicios municipales de basuras. La construcción del Cinturón Ecológico del Gran Buenos Aires es asimismo una actividad de trascendencia.

En materia de contaminación del medio, la Dirección Nacional de Calidad Ambiental, juntamente con entidades provinciales y municipales, ha desarrollado y simplificado el sistema de evaluación del problema de la contaminación en muchas ciudades argentinas, lo que permite la implementación de programas en las mismas que tienen prioridades claramente definidas.

Por otra parte, el problema de las sustancias tóxicas, ha motivado la creación de un Comité Multiinstitucional que ha fijado políticas y ejecutado acciones en esta área; a ello se suma el estudio que está realizando el Instituto Nacional de Ciencia y Técnica Hídricas (INCYTH) sobre contaminación de las aguas superficiales del Río Negro y el efectuado por la Dirección Nacional de Calidad Ambiental sobre presencia y peligros de nitratos en aguas subterráneas en varias localidades del país.

La Dirección Nacional de Calidad Ambiental ha instalado un registro de sustancias peligrosas (tiene registradas más de 2.300) y está en coordinación con Defensa Civil y Emergencia en Salud para establecer una red de control de emergencias por la utilización de este tipo de sustancias que cuenta con la ayuda del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de Canadá. Para estos fines se emplea un Manual que han elaborado Defensa Civil y la Secretaría de Transporte.

En virtud de que los pesticidas constituyen un grave problema, en diferentes provincias se han llevado a cabo cursos para técnicos que los manejan; actualmente, se está poniendo en práctica un Manual para el trabajador rural.

La construcción de grandes obras hídricas para usos múltiples y el planeamiento de otras (Itaipú, Yaciretá Apipé, Uruguayí, Paraná medio, Salto Grande y otros) ha llevado a estudiar los impactos ambientales que causan a la salud y la forma de optimizar los positivos y neutralizar los negativos. Se han desarrollado y analizado metodologías en la Secretaría de Energía y, como generalización, en las universidades de Buenos Aires, Misiones, Córdoba y Neuquén

se han realizado cursos de divulgación que se repetirán en Morón y Tucumán, manteniendo permanentemente el estudio de casos de impactos para diferentes obras, a fin de atender este problema inherente a la realización de cualquier obra pública.

Se ha continuado el programa de monitoreo de la calidad de agua, incluyendo el GEMS/AGUA. Asimismo, se han seguido ejecutando programas de control de la calidad del aire en no menos de ocho ciudades argentinas.

El control de las radiaciones ionizantes y no ionizantes, incluyendo su uso en operaciones de medición, ha continuado su cobertura con paulatino y creciente éxito.

En Higiene y Seguridad Industrial se ha acordado continuar con la Dirección Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo y se organizaron cinco reuniones con los grupos interesados (Gobierno -áreas de salud y trabajo-, empresarios y trabajadores) en problemas específicos; asimismo, se realizaron cursos para obreros en colaboración con grupos gremiales y se elaboraron dos manuales de amplia difusión relativos a problemas del trabajador urbano y rural, así como estudios de investigación sobre el estrés y el trabajo.

Por su parte, el Instituto de Ingeniería Sanitaria de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Buenos Aires ha mejorado en forma ostensible sus programas de posgrado de la enseñanza de la ingeniería y realizado numerosos cursos de especialización. Ha firmado, asimismo, un acuerdo de intercambio con la Universidad de Buffalo (USA).

Capítulo IV

ALIMENTACION Y NUTRICION

Producción y disponibilidad de alimentos

La Argentina ha sido tradicionalmente un país de gran riqueza agropecuaria y uno de los principales exportadores de carne vacuna y trigo. En el período 1969-1980, la superficie dedicada a cultivos aumentó en relación con la destinada a pastos para el ganado, de modo que la producción de cultivos se incrementó progresivamente. En 1981, casi el 13% de la población activa se ocupaba en la agricultura. En comparación con otros países latinoamericanos, la Argentina está en mejor situación en cuanto a producción de alimentos y disponibilidad per cápita de calorías y proteínas (cuadro 28).

Cuadro 28

SUMINISTRO ALIMENTARIO (PORCENTAJE)

Suministro de energía alimentaria per cápita	Tasa media anual de aumento (%)	Parte del suministro de energía alimentaria correspondiente a											
	Suministro energ. alim. per cápita	Cereales		Raíces y tubérculos		Legumbres y nueces		Origen animal		Azúcar		Otros alimentos	
69-71 79-81 Kcal/día	desde 1969-71 hasta 1979-81	69-71	79-81	69-71	79-81	69-71	79-81	69-71	79-81	69-71	79-81	69-71	79-81
3,351 3,367	0,0	29,9	29,2	6,2	4,4	0,7	0,8	29,6	32,7	12,3	12,0	21,3	20,9

Fuente: *Quinta encuesta alimentaria mundial*, Roma, FAO, 1985.

De acuerdo con el informe de la FAO, Argentina está considerada dentro de los países en los que el suministro de energía alimentaria permaneció constante entre 1969-1971 y 1979-1981. La disponibilidad calórica media, que era de 3.351 kcal diarias en 1969-1971, aumentó a 3.367 en 1979-1981 en comparación con un consumo diario recomendado por la FAO de 2.250.

Cuadro 29

PROTEINAS POR PERSONA AL DIA (g)

Año	Total	Origen animal	Origen vegetal
1966-68	104,9	38,2	66,8
1969-71	106,1	39,4	66,7
1975-77	109,8	37,5	72,2
1978-80	111,9	37,6	74,3

Fuente: *Production Yearbook*. FAO. vol. 35, 1982 (cit. en Informe Banco Mundial).

En cuanto a la disponibilidad diaria por persona de proteínas (cuadro 29), se situaba en 111,9 gramos en 1978-1980, cantidad muy superior al requisito mínimo y con una alta proporción de proteínas de origen animal.

El informe del Secretario del Comité de Acción para la Seguridad Alimentaria Regional (CASAR) del Sistema Económico Latinoamericano (SELA), presentado en la reunión que tuvo lugar en Buenos Aires en abril de 1986, indica lo siguiente (pp. 9-11):

"Se sabe que cuando un país tiene un consumo aparente de alrededor del 100% de sus necesidades promedio, existe un sector de su población que queda necesariamente por debajo de la norma. Dicho sector será mayor o menor, de acuerdo con los patrones de distribución de los ingresos y de los alimentos en cada país. A los efectos del presente análisis se ha tomado como hipótesis (optimista para la mayoría de los países de la Región) que el consumo aparente de un 120% de las necesidades promedio sería suficiente como para satisfacer los requerimientos de toda la población en cada país".¹²

Sin embargo, el 120% de las necesidades es superado solo por dos países en 1969-1971, por uno en 1974-1976 y por cuatro en 1980-1982. Con todo, puede afirmarse que hasta comienzos de la presente década la situación alimentaria, analizada a la luz de la disponibilidad de calorías por habitante (DCH), presentaba, a nivel global, una tendencia progresiva. Se había incrementado levemente el número de países cuyo consumo aparente promedio superaba el 120% de las necesidades y había aumentado también el consumo aparente de la Región en su conjunto en un 10%, pasando de 2.400 a 2.647 kcal diarias per cápita.

No abundan los datos posteriores al comienzo de la década en lo que respecta a consumo de alimentos. Según la Quinta Encuesta Alimentaria Mundial de la FAO, en la que no se detallan datos por país sino promedios regionales, hubo un estancamiento de la disponibilidad de calorías por habitante en América Latina en 2.620 kcal diarias por habitante entre 1979-1981 y 1981-1983. Al parecer, esta información es la primera señal del quiebre de una tendencia en el crecimiento de dicha disponibilidad que, si bien no había sido muy acentuada, fue igualmente positiva durante la década anterior.

A fin de acercar una estimación más reciente sobre la disponibilidad calórica por habitante en la Región, el CASAR analizó su probable evolución hasta 1984 en 20 países, que incluyen más del 97% de la población total. El estudio, que se presenta en el cuadro 30, consistió en estimar la disponibilidad de los alimentos que en cada país representan del 80% al 85% del consumo total.¹³

¹²El optimismo de esta hipótesis se pone de todas maneras en evidencia a través de distintos estudios y encuestas poblacionales analizadas ya que en varios países, a pesar de contarse con más del 120% de los requerimientos, subsistían igualmente importantes sectores desnutridos.

¹³Los alimentos que conforman el 80-85% del consumo energético en el nivel regional son, en términos generales: cereales (maíz, trigo, arroz y sorgo en algunos países centroamericanos), raíces y tubérculos (mandioca y papa), azúcar (en todos los países), legumbres (casi exclusivamente frijol), aceites vegetales, soja, girasol y algodón, frutas (fundamentalmente, banana y plátano) y productos de origen animal (leche, carnes y, en unos pocos países, huevos).

Cuadro 30

ESTIMACIONES DE LA DISPONIBILIDAD ENERGETICA PARA LOS
PRINCIPALES ALIMENTOS EN PAISES DE LA REGION EN 1984
Y SU EVOLUCION ENTRE 1975-77 Y 1984

País	1975-77 kcal	1979-81 kcal	1984 kcal	Variación (%)		
				1979-81 1975-77	1984 1979-81	1984* 1980
Argentina	2571	2640	2400	2,6	-9,0	1,2
Bolivia	1533	1656	1629	8,0	-1,6	
Brasil	2010	2174	2021	8,1	-7,0	-7,8
Chile	2021	2175	2225	7,6	2,2	5,9
Colombia	1714	2069	1866	20,7	-9,8	-13,7
Costa Rica	2031	2132	1936	4,9	-9,2	
Cuba	2131	2273	2404	6,6	5,7	
Ecuador	1611	1615	1643	0,2	1,7	-23,2
El Salvador	1697	1753	1759	3,2	0,3	
Guatemala	1710	1793	1641	4,8	-8,4	
Haití	1664	1498	1410	-10,0	-5,8	
Honduras	1746	1809	1931	3,6	6,7	
México	2160	2404	2626	11,2	9,2	
Nicaragua	2019	1961	1635	-3,3	-16,6	
Panamá	1867	1849	1869	-0,9	1,0	0,9
Paraguay	2270	2281	1939	0,4	-15,0	
Perú	1809	1713	1715	-3,0	-2,1	
Rep. Dominicana	1661	1719	1937	3,4	12,6	
Uruguay	2430	2363	2474	-2,3	4,6	
Venezuela	1951	2094	1872	7,3	-10,6	-19,0
A. Latina y Caribe	2018	2167	2112	7,4	-2,5	

*Estimación del CASAR basada en cuestionarios.

Fuentes: *Hojas de Balance de Alimentos Promedio 1975-77*, Roma, FAO, 1980. *Hojas de Balance de Alimentos Promedio 1979-81*, Roma, FAO, 1985. Estimación del CASAR para 1984, en base a los *Anuarios de la FAO de producción y comercio, 1984*, Roma, 1985.

El resultado final, si bien con algunas limitaciones, fundamentalmente en cuanto a la disponibilidad de datos referidos a las variaciones de stock, fue comparado con los datos relativos a la disponibilidad de kilocalorías para los mismos alimentos presentados en las *Hojas de Balance de Alimentos*, promedio 1979-1981. De la comparación surge que entre dicho período y 1984 hubo una evolución regresiva del orden del 2,5% en el consumo regional de los principales alimentos, luego de haber aumentado 7,4% entre 1975-1977 y 1979-1981. Este resultado sugiere que el consumo aparente promedio, que estaba cre-

siendo ligeramente durante la década anterior, se estancó entre 1979-1981 y 1981-1983 y disminuyó en términos absolutos entre ese último período y 1984.

Otra estimación realizada tomando como base las respuestas a los cuestionarios del CASAR a ocho países de la Región (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Panamá, Venezuela y Trinidad y Tobago) confirma en general la tendencia manifestada hasta 1984. Las diferencias significativas que surgen en el caso de Argentina y Ecuador se deben, sobre todo, a divergencias en el tratamiento de stocks y a las distintas fuentes utilizadas para los datos de disponibilidad bruta.

Conviene reiterar que estas situaciones se refieren al consumo aparente promedio en los países y en la Región calculado desde el punto de vista de la disponibilidad u oferta de alimentos y sin tener en cuenta la posibilidad económica de adquirirlos, o la posible demanda de los mismos por parte de los sectores más pobres. Aun considerando que la distribución del ingreso no hubiera empeorado, se nota una regresión de la situación general. La fuerte presunción que existe sobre la evolución negativa en la distribución del ingreso durante la década de 1970 hasta la fecha, lleva a asegurar que la situación alimentaria de los sectores más pobres ha sufrido un deterioro muy serio, sin duda mayor que el del promedio de la población.

De lo anterior se concluye que si bien en términos de disponibilidad de calorías por habitante la situación de Argentina es de privilegio dentro de la Región, puede advertirse un deterioro en los primeros años de esta década.

Nivel de nutrición¹⁴

El Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) calcula que alrededor del 30% de los niños menores de 5 años de edad sufre de malnutrición. Aunque esta estimación puede ser algo elevada, el Ministerio la aplica a las zonas rurales de las provincias del norte.

A falta de una encuesta nacional reciente, el nivel nutricional de la población de preescolares solamente puede inferirse a partir de algunos estudios aislados realizados en distintas provincias y con diferentes enfoques y metodología.¹⁵

a) En 1980 el Instituto Nacional de Investigaciones en Nutrición de Salta compiló varias encuestas por muestreo de niños menores de 14 años que se habían realizado en las provincias de Salta, Santiago del Estero, Tucumán y Jujuy. Dichas encuestas mostraban una prevalencia de malnutrición, en términos de peso según edad, de 22% entre los niños menores de 1 año, de 35% entre los de 2 años, de más de 50% entre los de 7 años y de 42% entre los de 11 años. De esos niños, el 32% padecía de malnutrición en primer grado y el 10% en segundo y tercer grados. Las mediciones del peso según la estatura mostraban que el 10% y el 20% de los niños incluidos en las encuestas evidenciaban indicios de malnutrición reciente.

b) Un análisis comparativo realizado en 1982 entre los niños en edad esco-

¹⁴ Se toma como base el Informe del Banco Mundial.

¹⁵ Morasso, M. C., Situación nutricional de la población argentina. Síntesis de estudios parciales, MSAS, DNMI, 1986.

lar de dos zonas de Catamarca encontró que, en el oeste, el 56% estaba subnutrido en términos de peso según la edad, y el 22% en términos de peso según la estatura. En comparación, en el este la prevalencia de la malnutrición era de 36% (peso por edad) y de 3% (peso por estatura).

c) Un estudio de unidades familiares realizado en Buenos Aires encontró que, en una muestra de 485 niños de menos de 2 años, el 17% de los de sexo masculino y el 15% de los de sexo femenino estaban subnutridos en términos de peso según la edad. Considerando la estatura según la edad, el 27% de los niños y el 20% de las niñas mostraban señales de malnutrición crónica.

d) Estudios sobre la ingestión de nutrientes específicos en Salta, Santiago del Estero, Catamarca, Misiones y la provincia de Buenos Aires, mostraron deficiencias significativas no solo en términos de calorías, sino también de otros nutrientes básicos, tales como calcio y vitamina A en la población en general, y hierro y calcio entre los niños de edad preescolar.

El elevado nivel sostenido de producción agropecuaria y el descenso del ingreso real de los últimos años, indican que la malnutrición en la Argentina se debe principalmente a razones de pobreza y falta de información y educación, más que a escasez de alimentos.

Todos los estudios muestran que, dentro de la misma zona y en el mismo período, hay una mayor prevalencia de malnutrición entre las familias con necesidades básicas insatisfechas que entre aquellas que poseen ingresos más elevados. Idénticas disparidades existen en las pocas zonas del nordeste donde la producción local es limitada y hay escaseces estacionales. La dieta argentina tradicional, basada en la carne vacuna, hace tiempo que cedió el puesto a una dieta menos proteica y con fuentes de calorías más económicas. Solo en algunas zonas del sur se sigue dependiendo de la carne de cordero como alimento básico.

El Gobierno ejecuta tres grandes programas de nutrición:

a) El Programa Nacional de Salud Maternoinfantil abarca los programas provinciales de distribución de leche que llegan al 40% de las mujeres embarazadas o lactantes, los bebés y los niños de menos de 4 o 5 años. Recientemente, el enfoque del programa ha cambiado, pasando de una distribución generalizada ("la leche como derecho") a otra basada en el concepto de "la leche según el riesgo", vinculada de manera más estrecha a los cuidados prenatales y posnatales y a la vigilancia del crecimiento.

b) La Secretaría de Acción Social dirige con éxito un programa de almuerzos escolares que se concentra en las zonas deprimidas. En 1985 entregó un millón de almuerzos. El programa está sujeto a evaluaciones y ajustes.

c) En 1984, los reductos de pobreza de las zonas urbanas y rurales deprimidas impulsaron al Gobierno nacional a establecer el Programa Alimentario Nacional (PAN), con el objeto de proporcionar con carácter mensual suplementos alimentarios de emergencia a las familias de bajos ingresos (este punto se amplía en el capítulo V, p. 73).

Carencias nutricionales específicas

La producción de alimentos y su disponibilidad diaria por persona satisface las recomendaciones de calorías y proteínas. Respecto a estos nutrientes, existe una población no cuantificada cuyo consumo y hábitos alimentarios se

caracterizan por la hiperalimentación, lo cual condiciona enfermedades metabólicas como obesidad, arterioesclerosis, hipertensión arterial, diabetes, aumento de ácido úrico y otras que representan un problema de salud pública sobre todo en las áreas de mayor densidad poblacional. La disponibilidad de calorías y proteínas es un promedio nacional, por lo que puede existir tanto una distribución de subconsumo como de exceso.

En lo que respecta al calcio, los estudios en los escolares demuestran un déficit del 26%, situación que indudablemente se repite en las cohortes rurales, suburbanas y urbanas.

En el censo de 1980 se encontró que el 12% de los niños de 0 a 5 años de edad (467.000 preescolares) tenían un nivel crítico de subsistencia.

En el cuadro 31 se presentan los datos de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en cuatro áreas del país y en diferentes edades.

Cuadro 31

PREVALENCIA DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

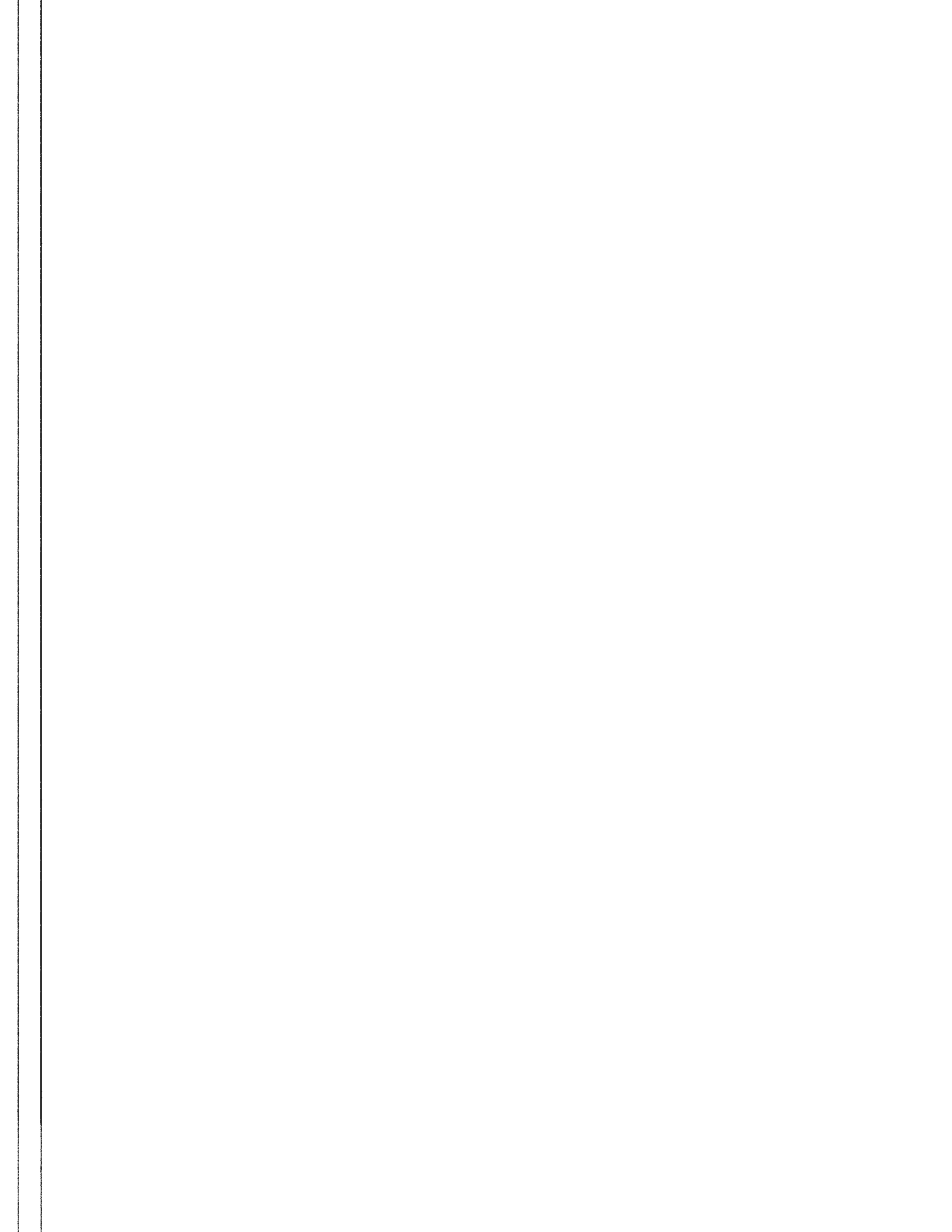
Area	Edad (meses)	Prevalencia (%)
Región Centro	6 - 18	22,4
Salta	6 - 24	35,0
Gran Buenos Aires	9 - 24	46,6
Misiones	9 - 24	55,0

Como se observa, en todas las áreas la prevalencia es significativamente alta (el rango es del 22% al 55%). Indudablemente, este es un problema de salud pública, ya que otros grupos etáreos padecen anemia nutricional, particularmente las mujeres durante el embarazo y lactancia, así como los escolares y preescolares, y muy posiblemente la población de la tercera edad.

En cuanto a la deficiencia de yodo, existe la zona endémica que abarca todas las provincias del oeste a lo largo de las estribaciones de los Andes. Las medidas profilácticas para combatir esta deficiencia se iniciaron en Mendoza en 1953 y en el nivel nacional en 1967. Ellas demostraron que la mejor profilaxis era el consumo de sal yodada, encontrándose que en 20 años disminuyó la prevalencia del bocio de 44% a 5%. Sin embargo, en el estudio con escolares realizado en departamentos de Salta en 1981 se observó bocio endémico, comprobándose que algunos de estos departamentos presentan una prevalencia superior al 30%. El estudio sobre el consumo familiar de sal demostró que el 14% de las familias consumían sal sin yodar. Las autoridades locales estiman que existe una población de riesgo de 25.000 habitantes solo en la provincia de Salta. Si bien no hay información estadística relativa a las otras provincias, la información sanitaria comunica que existen bolsones de pobladores con bocio endémico en cada una de las provincias interandinas.

Respecto a la situación nutricional de los escolares, a partir de 1985 el grupo del Centro Interamericano de Desarrollo Social junto con la Oficina Panamericana de la Salud (CIDES/OPS) realizaron un estudio con 40.000 escolares de todas las provincias y, en cifras globales, encontraron un 10% de niños con retardo en su crecimiento (desnutrición crónica).

De acuerdo a la situación socioeconómica y política del país y sus posibles consecuencias, sería loable que el gobierno estableciera las estrategias necesarias para implementar programas que contribuyan al mejoramiento de la salud y nutrición de los pobladores menos favorecidos de la Argentina.



Capítulo V

CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

El sector de la salud en Argentina es complejo. Su desarrollo ha estado determinado por una sucesión de políticas gubernamentales a menudo contradictorias, a las que se suman las acciones de los prestadores de servicios de salud y de los organismos financieros, y nunca fue objeto de integración o coordinación mediante alguna reforma o reorganización importante.

El sistema de salud es pluralista y existe una multiplicidad de prestadores de servicios de salud. Hasta el decenio de 1940 la organización del sector continuaba siendo relativamente sencilla. Durante los últimos 40 años el sistema se ha diversificado y la atención de la salud está actualmente a cargo del Gobierno Nacional, los 24 gobiernos provinciales, las municipalidades, los sanatorios de seguridad social, las Fuerzas Armadas, los hospitales privados y los médicos independientes.

Estructura

Dentro de la estructura del sector salud se identifican tres subsectores: público, obras sociales y privado. Debido a que su organización política es federal, las provincias y el poder municipal tienen gran autonomía para organizar y ejecutar acciones de salud. La combinación de estos aspectos da lugar a la configuración de un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población del país, que varía según el lugar de residencia, la inserción ocupacional y los niveles de ingreso. Por otro lado, cada subsector presenta importantes diferencias en su organización y funcionamiento interno.

El subsector público

El subsector público proporciona sus servicios a través de tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal. Hasta 1970, este subsector fue el que tuvo la mayor capacidad de resolución tecnológica de los problemas; no obstante, a partir de entonces la situación comenzó a revertirse.

El subsector público tiene la responsabilidad de atender a la población de menores ingresos y a pacientes con patología "aguda", así como las emergencias y un buen porcentaje de afecciones crónicas poco o nada asistidas por los otros subsectores.

Los usuarios del subsector público son de tres tipos: a) grupos de menores ingresos, que no están cubiertos por ningún otro sector; b) grupos que están teóricamente cubiertos por las obras sociales, pero, en la práctica, surgen trabas económicas que limitan el acceso a la atención, y c) grupos residentes en áreas geográficas donde no hay establecimientos de su propia organización o, si existen, no poseen los servicios técnicos requeridos. Estos factores hacen difícil cuantificar la población a la que este subsector atiende.

En la actualidad, una serie de problemas institucionales y operativos afectan la eficiencia de este subsector. El Ministerio de Salud tiene una capacidad técnica relativamente reducida para dirigir, coordinar y normatizar las

acciones de salud tanto en el nivel intra como intersectorial, así como para lograr la adecuada conciliación de nación y provincia dentro del contexto federal y descentralizador.

En este sentido se identifican algunos aspectos críticos: capacidad de conducción gerencial, administración del sistema financiero contable, sistema de información y estadísticas de salud, y políticas de personal. Operativamente los problemas asistenciales son más relevantes en el nivel secundario de atención (hospitales).

La infraestructura del sector público es de gran magnitud; sin embargo, hay que reconocer la pérdida del papel protagónico del hospital público en su triple vertiente: asistencia, docencia e investigación. Esta situación de deterioro se expresa a través de una serie de aspectos críticos que constituyen factores condicionantes negativos para conseguir una adecuada atención médico-hospitalaria, entre ellos: a) limitaciones en los horarios de funcionamiento de los servicios; b) insatisfactoria calidad en la entrega de las prestaciones (no suministro de medicamentos al paciente de consulta externa; escasez de materiales médico-quirúrgicos); c) bajos índices de personal por cama en hospitales provinciales y falta de capacitación del mismo; d) malas condiciones de mantenimiento del recurso físico, en particular de sus instalaciones, que suelen ser obsoletas o estar muy deterioradas; e) organización hospitalaria estructurada exclusivamente en base al internamiento del paciente, sin tomar en consideración otras modalidades promocionales preventivas y recuperadoras que pueden aumentar los rendimientos hospitalarios y producir un efecto más positivo en la salud de la población.

Uno de los problemas de la atención médica argentina reside en la falta de vinculación del hospital público con la demanda y financiamiento actualmente existente, en especial con las obras sociales. Para resolver esta situación es indispensable la rehabilitación de los hospitales provinciales.

El subsector de obras sociales

El subsector de obras sociales fue creado en 1944 gracias al impulso de la solidaridad social. En 1970 se fundó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como autoridad de aplicación de la ley de obras sociales. Este subsector está constituido por 337 entidades, de las cuales 292 (86,6%) están bajo la coordinación del INOS y las restantes 45 (13,3%) corresponden a las obras sociales provinciales, municipales, del poder judicial, del Congreso, y de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Las obras sociales cuentan con escasa infraestructura propia y, en esencia, se comportan como organismos fundamentalmente financiadores, puesto que contratan básicamente con el subsector privado casi la totalidad de los servicios que ofrecen.

El subsector de obras sociales se caracteriza por la multiplicidad de instituciones, su falta de ordenamiento y su inequidad interna. Esta situación en buena parte obedece a que las obras sociales se han estructurado por gremio profesional, y estos, por rama de producción de la economía del país, presentando las características siguientes:

a) la programación de los servicios que brindan a sus afiliados son establecidos por cada obra social;

b) la prestación de servicios es distinta debido a los diferentes recursos con que cuenta cada una y está condicionada por la jerarquía de la obra social, que a su vez depende de la importancia de su gremio y número de afiliados. Este aspecto es de suma importancia ya que permite diferenciar al menos tres grandes tipos de obras sociales: i) obras sociales con muchos recursos y numerosos afiliados (trabajadores bancarios, ferroviarios, etc.) que, por su volumen, cuentan con una significativa red propia de servicios de diferentes niveles de complejidad y que utilizan además al subsector privado; ii) obras sociales con mayores recursos económicos y un número relativamente reducido de afiliados (ejecutivos), que contratan los servicios con la infraestructura del subsector privado, especialmente en las grandes ciudades (Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Mendoza); iii) obras sociales que cuentan con un número de afiliados relativamente pequeño y de bajos ingresos, y distribuidos en distintas provincias del país. Este tipo de obras sociales cuenta con escasa capacidad de oferta y, en la práctica, la mayor parte de sus afiliados utiliza los servicios públicos (jubilados, rurales, empleados públicos, etc.);

c) otro aspecto diferenciador de las obras sociales está determinado por la dispersión geográfica de los afiliados, ya que aun cuando sean trabajadores del mismo gremio y efectúen idéntico aporte económico, pueden recibir diferente calidad de atención según la localidad donde residen.

El subsector privado

El subsector privado está configurado por dos grandes grupos: los profesionales que atienden en forma independiente a pacientes particulares afiliados a obras sociales o sistemas de prepago, y los establecimientos asistenciales contratados por las mismas. Dentro de este subsector, hay instituciones de solidaridad grupal que generalmente no poseen fines de lucro, como los hospitales de comunidades étnicas. Este subsector tiene el 31,4% de las camas del país, genera cerca del 50% del total de egresos, especialmente los de corta permanencia, y posee del 50 al 60% del equipo más sofisticado (bombas extracorpóreas, tomografías axiales, equipo de cuidado intensivo, etc.), ubicado en 2.000 establecimientos de diversa complejidad, especialmente en las grandes ciudades (Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Mendoza).

Síntesis

El sector salud cubre virtualmente la totalidad de la atención, pero presenta serios problemas de inequidad hacia los usuarios así como deficiencias en la calidad de la atención médica proporcionada. El subsector de obras sociales está constituido en esencia por entidades financiadoras. El subsector público, por su parte, atiende a la población carente de recursos y a la afiliada a obras sociales, sin facturar a estas los servicios proporcionados. La situación descrita hace que el subsector público atienda población de los otros subsectores, ya que ellos presentan distintas formas de inaccesibilidad: económica, geográfica o de patología.

El subsector privado cuenta con los servicios más especializados para la atención de pacientes con patología "aguda".

Políticas y planes

Reorientación política de la salud

La construcción de una vida democrática para la sociedad argentina se basa en un trípede integrado por la participación, la modernización y la ética de la solidaridad.

Respecto a la modernización, ella ha sido particularmente considerada necesaria en el ámbito de las políticas sociales. La modernización propuesta a la sociedad plantea colocar al país en la actualidad científica y tecnológica a través de la promoción de la investigación y el desarrollo, y de una integración e intercambio con los países más avanzados. Por otra parte, la modernización abarca tanto al Estado y sus instituciones como a las empresas privadas. Encarar la modernización para salir del estancamiento supone asimismo reforzar el pacto social e impedir que la corporativización de la sociedad argentina bloquee este objetivo central.

Lo anterior conduce a un replanteo del papel del Estado que comienza por distinguir una dimensión de lo público como diferente de lo privado y de lo estatal. El reclamo es que la discusión sobre el Estado asuma mayor seriedad, dado que hasta ahora el campo solo parece estar ocupado por los privatistas y por los estatistas a ultranza.

La reforma del papel del Estado se basa en la descentralización y en la apertura hacia nuevas formas de participación, que serán tanto más consistentes cuanto mayor sea su grado de desconcentración. La descentralización es un movimiento no solamente centrífugo sino también descendente, que coloca a la administración estatal en niveles que reservan a las organizaciones sociales intermedias un papel impensable en un sistema de alta concentración.

Por último, la propuesta política plantea que los derechos sociales también deben ser materia de universalización, evitándose de esa manera que queden relegados al ámbito de las demandas corporativas; vale decir que la salud, la vivienda y la educación deben incorporarse como derechos de acceso igualitario.

Diferentes factores determinaron que en los últimos quince años los servicios de salud se hayan guiado por la lógica de mercado en lugar de responder en forma racional a las necesidades de salud de la población. En consecuencia, la situación derivó en una prestación fragmentaria y sumamente estratificada de la atención médica, en la cual predomina un modelo prestador concentrado en las grandes áreas urbanas. En ese modelo pesa la atención hospitalaria terciaria y, muchas veces, el discutible uso de los insumos diagnósticos y terapéuticos.

La crisis económica puso en tela de juicio dicho modelo prestador, en primer lugar, por ser difíciles de solventar sus costos crecientes y, en segundo término, porque, al reducirse y verse afectada la cobertura de las obras sociales, el nivel de atención brindado se deteriora.

Por otro lado, desde el plano político también surgen demandas hacia el sector salud, tales como la de satisfacer las necesidades de sectores insuficientemente protegidos y afectados por la recesión económica, o promover una reestructuración del funcionamiento del sector público caracterizado por su débil poder orientador y regulador.

El Ministerio de Salud y Acción Social, en el ámbito nacional, es la prin-

principal autoridad del país en materia de salud, vivienda y programas sociales. Dentro de él, la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de coordinar el sector.

En 1984, dicho Ministerio formuló el Plan General de Salud, que enmarca los lineamientos de la política de salud dentro del proceso de democratización del país, y se propone principalmente: 1) hacer que las posibilidades de acceso a la mejor calidad de servicios de salud sean equitativas; 2) garantizar la amplia participación popular y de los diversos sectores de interés en la programación y desarrollo de las actividades necesarias; 3) superar las desigualdades y discriminaciones que existen en la actualidad, lo cual requiere de una efectiva unidad de conducción política a fin de orientar la acción del Estado, las obras sociales y el área privada hacia el objetivo social común que deben cumplir; 4) configurar un sistema nacional de salud con el propósito de lograr la coordinación de los distintos servicios y asegurar la mejor utilización de los recursos.

Estos lineamientos se basan en la aceptación del concepto de atención primaria que requiere un replanteo de todo el perfil del sistema de servicios de salud, con la idea de satisfacer las necesidades de salud de toda la población de la manera más simple y menos costosa.

La estrategia requiere, para su operatividad, la ejecución de las siguientes líneas de acción:

- a) participación activa de los grupos y organizaciones comunitarias, tanto en el nivel sectorial como en el extrasectorial;
- b) descentralización efectiva y real, que consolide los sistemas de salud provinciales;
- c) utilización plena de los recursos por medio del ordenamiento de la red de servicios, ya sea públicos o de obras sociales, asegurando mecanismos de referencia adecuados, y
- d) incorporación en el primer nivel de atención de un contenido programático que le otorgue mayor prioridad a las actividades preventivas y promocionales de la salud.

El Plan General de Salud pretende encontrar una respuesta que permita el pleno ejercicio del derecho a la salud, mediante el acceso y utilización de los servicios en función de las necesidades de salud. En este sentido, se ha puntualizado un marco conceptual que guarda las características que siguen:

- a) Doctrinariamente se expresa la necesidad de desplazar el eje del sistema de atención de la enfermedad hacia la salud, privilegiando acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz.
- b) Estratégicamente se asume como función indelegable del Estado la conducción del sistema, integrando bajo el mismo Ministerio de Salud y Acción Social al Instituto Nacional de Obras Sociales.
- c) Tácticamente se expresa la intención de iniciar un proceso de recuperación y modernización de los establecimientos públicos a fin de que puedan incorporarse en igualdad de condiciones a una red de servicios de salud.
- d) Operativamente se trata de producir los siguientes cambios fundamentales: disponibilidad de servicios sin límite horario; simplificación de trámites administrativos; condiciones de atención adecuadas a través del mejora-

miento de edificios, del equipamiento y de los insumos necesarios, e igualdad de atención para todos los usuarios.

Coincidencias programáticas

El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación cuenta para su funcionamiento con el Consejo Federal de Salud, conformado por las autoridades de salud de las provincias. En la primera Reunión Extraordinaria celebrada en Buenos Aires el 14 de diciembre de 1984, los ministros de Salud de todas las provincias aprobaron en forma unánime un documento que mostraba los principios, objetivos, acciones y prioridades de las conducciones sanitarias de todo el país.

La importancia de este documento se ve acrecentada por el hecho de que la República Argentina es un país federal con autonomía provincial; en consecuencia, al comprometerse de manera unánime el conjunto de las provincias, los lineamientos trazados son los que fundamentan sus políticas en la actualidad.

Objetivos

La salud debe pensarse como un derecho inalienable de las personas, al margen de toda consideración sobre su situación social o posibilidades económicas. Ella constituye un bien social trascendente, y los recursos puestos a su servicio deben posibilitar, entre otras cosas, la existencia de personal capaz de desarrollar en plenitud su función creadora y productiva.

De acuerdo con esta concepción ética, una política de salud además de lograr el mayor descenso posible de la morbimortalidad mediante la plena utilización de los conocimientos científicos y de los recursos tecnológicos y de organización disponibles, debe asegurar, a través de las acciones sobre el medio y las condiciones de vida, el bienestar de cada uno de los individuos que integran la comunidad.

Principios

El conjunto de acciones que posibiliten el logro de los objetivos propuestos debe sustentarse en los siguientes principios:

SEGURIDAD: el Estado tiene la responsabilidad indelegable de garantizar el ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes, debiendo para ello formular las políticas de salud, conducir el sistema destinado a desarrollarlas, y normatizar las acciones que su ejecución requiera.

SOLIDARIDAD: la sociedad, por medio de mecanismos solidarios que aseguren una distribución equitativa del ingreso, debe crear las fuentes de financiación necesarias y suficientes para la preservación de la salud de toda la población.

PARTICIPACION: debe asegurarse la intervención efectiva de la comunidad en la programación, administración y ejecución de las acciones de salud.

CONCERTACION: para que el país disponga a corto plazo de una propuesta viable que logre consenso entre todos los sectores de opinión y los compromete-

ta en el objetivo común, deberá agotar los esfuerzos de concertación en todos los niveles, tanto los sectoriales como aquellos que devienen de la estructura federal de la República.

IGUALDAD: toda la población debe tener igual posibilidad de atender sus necesidades de salud, independientemente de la situación socioeconómica, geográfica o de cualquier otra naturaleza.

INTEGRIDAD: las acciones que se ejecuten deben abarcar todo el espectro de los servicios necesarios para asegurar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

UNIVERSALIDAD: ningún habitante del país debe quedar excluido de la cobertura necesaria para la atención de sus necesidades de salud.

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN: la organización de las acciones de salud debe preservar y asegurar la libertad y dignidad de las personas, evitando la masificación y despersonalización de los sistemas de atención.

REGIONALIZACIÓN: la conducción, planificación, normatización y fiscalización centralizadas, así como la descentralización operativa, deben insertarse en los principios republicanos y federales de la organización nacional.

Seguro Nacional de Salud

El Congreso Nacional sancionó el 29 de diciembre de 1988 las leyes 22.660 y 22.661, de Obras Sociales y del Seguro Nacional de Salud, respectivamente. Culminó así, tras un prolongado tiempo de estudio, consulta, análisis y negociaciones, un proceso que el gobierno democrático se impuso como meta desde el comienzo de su gestión en 1983.

De esta forma se consigue canalizar una preocupación fundamental de las conducciones de salud del país: garantizar a todos los habitantes el derecho a la salud. La concepción de la salud como derecho de todos está en la base del Seguro Nacional de Salud que, en su aspecto fundamental, establece que todos los profesionales y establecimientos, públicos, privados y de las obras sociales, constituyen en igualdad de condiciones una red integral de servicios, disponible para el conjunto de los beneficiarios del seguro; es decir, todos los habitantes del país.

A fin de garantizar esa universalidad de la cobertura asistencial, el seguro, además de incluir a quienes ya cuentan con ese beneficio por su condición de afiliados a obras sociales, comprende con derechos plenos a los trabajadores autónomos afiliados a la respectiva caja nacional, y progresivamente a las personas que carecen de protección asistencial en razón de no realizar tareas remuneradas. Dichas personas serán incluidas a través del esfuerzo financiero participado entre la Nación y las provincias.

La solidaridad constituye otro de los fundamentos esenciales del seguro de salud; el concepto de solidaridad y los principios de equidad que inspiran el ordenamiento propuesto requiere superar la desigualdad que existe entre las obras sociales con diferente nivel de recursos, lo cual deriva en una atención deficiente para quienes están encuadrados en aquellas con menor capacidad de recaudación.

El Fondo de Redistribución del INOS actúa para compensar esas diferencias y elevar hacia niveles de mayor eficiencia y equidad las prestaciones del conjunto.

El seguro de salud contempla aumentar el volumen del Fondo de Redistribución, plantea que el aporte de las obras sociales sea retenido directamente por los bancos en las cuentas recaudadoras y prevé que un tercio del Fondo se distribuya automáticamente entre las obras sociales de menores ingresos por beneficiario.

A fin de alcanzar los objetivos fijados, el Estado asume su indelegable función de conductor general del sistema, si bien cuenta con la participación activa de otros sectores en la prestación de los servicios.

Las obras sociales, que constituyen los agentes naturales del Seguro Nacional de Salud, estarán jurídicamente separadas de la administración del Estado, los sindicatos y las empresas. En cuanto a su conducción, se sustentará de acuerdo a lo previsto por el artículo 14 bis de la Constitución Nacional, a cargo de los beneficiarios, en esencia, los trabajadores organizados.

Con respecto a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), que reemplazará al INOS, contará con un directorio con mayoría estatal y representación de los trabajadores organizados y los jubilados. El marco de referencia político y sanitario se fijará a través de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social y la ANSSAL; el cumplimiento de sus disposiciones será obligatorio.

La ANSSAL, asimismo, recibirá anualmente para su aprobación el programa de prestaciones de las obras sociales, su presupuesto de gastos y recursos, y la memoria y balance del ejercicio anterior, garantizando un funcionamiento eficaz del sistema dentro de los fines previstos. Un régimen de sindicatura colegiada, con capacidad para observar las decisiones que tome el órgano de conducción, será extendido a la totalidad de las obras sociales agentes del seguro.

El proyecto contempla, por otra parte, el estricto respeto al régimen federal, previendo la descentralización progresiva del seguro en las provincias. Se autoriza la delegación de las atribuciones y facultades de la Secretaría de Salud y la Administración Nacional del Seguro de Salud en organismos provinciales, la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires y la Gobernación de Tierra del Fuego.

Cada provincia, al adherir al sistema, incluye en él su obra social, incorpora a los trabajadores autónomos de su jurisdicción, asume la responsabilidad por la financiación parcial de la cobertura a los carenciados, y ejerce el control y fiscalización de las obras sociales de su distrito.

Por otra parte, en base a esta concepción federalista del seguro, el 80% de los recursos de las obras sociales se aplicará en la jurisdicción donde residen los beneficiarios que originan los aportes y contribuciones. También se garantiza el pluralismo. Se mantiene el sistema de múltiples obras sociales, aunque se tiende a suprimir a aquellas que superponen la población a la que otorgan cobertura. Los sanatorios y clínicas privadas que se incorporen serán abarcados por un programa de acreditación técnica que garantice la calidad de sus servicios, y el hospital público desempeñará también un papel de relevancia: a través de un apoyo presupuestario adecuado se podrá completar el ciclo de recuperación y realzamiento de su función que planteó desde su inicio el gobierno democrático. El personal de salud y la comunidad contarán con canales de participación en su conducción y se prevé, igualmente, un régimen profesional tendiente a la dedicación exclusiva y una administración descentralizada.

Federalización/descentralización del sector salud

A comienzos de 1988 se puso en marcha en Argentina el proyecto de federalización y descentralización del sector salud como tarea conjunta entre la Secretaría de Salud de la Nación y las provincias de Salta, Mendoza, San Juan y Córdoba, a las que posteriormente se sumaron Río Negro, Neuquén, Entre Ríos y Santiago del Estero. Es decir que un tercio de las jurisdicciones del país están comprometidas en este proceso dinámico y complejo, entendido en el marco de la actual política de salud como estrategia fundamental para el cambio estructural que se espera en el sistema de salud.

El país inició en diciembre de 1983 la reconstrucción de sus instituciones democráticas y el restablecimiento pleno de los derechos y libertades civiles. Si bien se trata de un paso fundamental, se coincide en la necesidad de desarrollar mecanismos dirigidos a profundizar, por un lado, la participación democrática en el quehacer nacional, y por otro, propender al federalismo mediante la descentralización del poder político, económico y social.

En cuanto a la federalización de las decisiones y los recursos, se trata de un hecho de raíces históricas profundas, puesto que las provincias son pre-existentes a la Nación, que se constituyó y consolidó mediante los respectivos pactos entre las provincias que la componen.

En lo que respecta al sector salud, el proceso de federalización y descentralización es considerado una estrategia de la política sanitaria que debe trascender las naturales discrepancias de la política partidaria, para otorgarle, a través del consenso de las jurisdicciones involucradas, la rigurosa continuidad que los intereses nacionales asignan al proyecto.

Con espíritu esencialmente federalista se busca conferir a las provincias la creación y el manejo de sus sistemas provinciales de salud mediante convenios que determinen los deberes y derechos de las partes. En tal sentido, las jurisdicciones intervinientes coinciden en los siguientes aspectos básicos que se han de tener en cuenta para la elaboración de políticas bajo la estrategia de federalización y descentralización:

1. Es preciso efectuar cambios a fin de lograr un sistema de salud eficaz, eficiente, equitativo, solidario y participativo que brinde cobertura universal, tomando como eje la atención primaria de la salud entendida como estrategia y filosofía que debe impregnar todo el sistema.

2. Es necesario redefinir el papel de la Secretaría de Salud de la Nación como conductora del sistema nacional de salud bajo normas consensuadas, remarcando la necesidad de conducción del sector y reconociendo en ese sentido la importancia de la incorporación de la ANSSAL bajo su jurisdicción.

3. Se entiende como sistema nacional de salud el compuesto por la sumatoria de los distintos sistemas provinciales bajo normativas compartidas que eviten su atomización, dispersión y fragmentación, respetando las particularidades y características propias de cada provincia, como corresponde a un país federalmente organizado.

4. El traslado de responsabilidades y recursos desde la Nación inherente a la federalización no puede significar un estímulo a la instauración de centralismos provinciales, sino que las jurisdicciones deben aceptar el compromiso de bajar los niveles de decisión y participación hacia los ámbitos locales, donde se producen las necesidades, ampliando de esta manera la participación social.

5. Se debe redefinir el papel del Municipio tanto en la planificación como en la evaluación y control de gestión de las acciones de salud en su ámbito de referencia.

6. Se acepta que la descentralización es un proceso político con racionalidad técnica, que restaura y jerarquiza los poderes locales y aumenta y democratiza el control social sobre las acciones.

7. Se debe privilegiar la jerarquización del sector público fortaleciéndolo adecuadamente para constituirlo en verdadero dinamizador del cambio propuesto.

8. Se considera que este proceso no debe interpretarse como el desentendimiento del Estado Nacional de sus funciones. En tal sentido, se reafirman como indelegables la formulación de las políticas nacionales, el establecimiento de prioridades, la coordinación de la seguridad social, las relaciones internacionales, el financiamiento interno y externo, la regulación y control de las industrias productoras de insumos, así como el logro de la equidad en la asignación y distribución de los recursos, la capacitación del recurso humano y la promoción del desarrollo del recurso científico y técnico, entre otras competencias.

9. Se concuerda en la importancia de las leyes del Seguro Nacional de Salud y de Obras Sociales como instrumentos vitales de la política de salud y se entiende que estas leyes otorgan el marco jurídico a la estrategia de federalización y descentralización del sector.

Programas

El Plan General de Salud comprende los siguientes programas: 1) de conducción; 2) de regulación y control; 3) de actividades sobre las personas y el medio; 4) de ordenamiento de los recursos; 5) de apoyo en salud y 6) de emergencia y cobertura nacional. El Programa de Apoyo en Salud (PAS) comprende las actividades de asistencia nacional a los programas de salud provinciales, y pretende lograr el desarrollo homogéneo del área sanitaria en la estructura federal del país. El Plan General de Salud abarca los programas de cobertura nacional que a continuación se describen:

Atención Primaria de Salud (APS)

La atención primaria de salud tiene máxima prioridad en la reorganización de los servicios de salud. Todos los prestadores importantes de servicios de salud públicos, de seguridad social y del sector privado, así como las universidades, hacen hincapié en la importancia de la atención primaria. Esta es una circunstancia favorable, ya que durante mucho tiempo los responsables de las políticas han considerado la atención primaria, que está a cargo de enfermeras o trabajadores de la salud, como una atención de importancia secundaria, conveniente tan solo en las zonas rurales remotas.

Asimismo, a menudo los médicos privados prestan cuidados de atención primaria de acuerdo con las mejores normas clínicas pero sin ocuparse de enfoques preventivos y epidemiológicos para la familia o la comunidad. Si bien los grupos de ingresos medianos y altos pueden compensar esa desatención pagando por

cuidados médicos adicionales, los de ingresos más bajos no cuentan con nada que reemplace la atención primaria.

Rehabilitación de la infraestructura de salud

La infraestructura de servicios del país en términos cuantitativos es adecuada; existen, sin embargo, problemas de mal funcionamiento, especialmente en el nivel secundario de la red de servicios, que están condicionados por el grado de obsolescencia de los hospitales provinciales y por la organización inadecuada de los servicios. El proyecto, que se desarrolla con fondos del BID, contribuirá a mejorar el funcionamiento de la atención hospitalaria del segundo nivel fortaleciendo su capacidad operativa y mejorando la calidad de la atención. Se ejecutará básicamente en el nivel provincial, aunque los recursos de contrapartida que se utilicen provendrán del Presupuesto Nacional, de partidas ya destinadas a las provincias para la ejecución de obras en el sector.

El programa se basa en la aplicación de una serie de lineamientos normativos que permitan estructurar un modelo asistencial a fin de rehabilitar física y funcionalmente al hospital público y convertirlo en eficaz y eficiente. Este modelo parte de la disponibilidad de personal de tiempo completo y se organiza en base a la atención progresiva del paciente, desarrollando nuevas modalidades de atención que limiten la creciente tendencia a la internación tradicional, sin ocasionar riesgo al paciente.

El programa privilegia el fortalecimiento de la capacidad operativa y la organización de nuevas modalidades de atención para satisfacer la demanda y mejorar la calidad de las prestaciones a través de la entrega de medicamentos, vacunas y otros insumos, con el propósito de ofrecer una asistencia integral (preventivo-curativa), muy especialmente a la población de bajos recursos que no demanda ser atendida por el sector privado.

Las nuevas modalidades de atención permitirán aumentar la cobertura sin que ello signifique necesariamente un incremento del número de camas o de pacientes internados. Al contrario, en algunos casos las necesidades de internación disminuirán y en otros se reducirá el promedio de permanencia, al abreviarse los tiempos de espera tanto para diagnóstico como para uso de salas de operaciones.

Los programas de cirugía ambulatoria reducen de manera sustancial el promedio de permanencia del paciente a 48-72 horas, en un buen porcentaje de intervenciones quirúrgicas (herniografía, amigdalectomía, catarata, etc.). Igualmente, el sistema de hospital de día significa menos ingresos tradicionales de pacientes que podrán recibir su tratamiento en 12 horas, incluso sin utilizar una tradicional cama de hospital (diálisis, aplicación de terapia anticancerosa, problemas de salud mental, etc.).

El programa se dirige a aquellos hospitales generales que tienen marcada obsolescencia física y funcional (82 años de vida en promedio). Aunque el resto de la red primaria también requiere mejoramiento, se consideró indispensable mejorar los hospitales situados en las ciudades cabeceras de provincia, para que sean centros rectores y de referencia de esta y complementen los servicios de salud que presta el sector privado.

Este programa de rehabilitación de la infraestructura de salud es el ini-

cio de las actividades de un proyecto más completo que en el futuro abarcará otras provincias. Su objetivo es contribuir a la puesta en marcha de un proceso de modernización de hospitales basado en el desarrollo progresivo de un sistema de servicios de salud provincial que mejore la calidad de la atención y asegure cobertura universal.

Dentro de este objetivo general, se trata de lograr los siguientes objetivos específicos: a) recuperar el recurso humano del sector salud, adecuar su organización y funcionamiento a las necesidades de la demanda y mejorar la calidad de atención disminuyendo los factores de riesgo de la población; b) fortalecer la red de servicios de salud provincial, en particular los establecimientos de nivel secundario y de complejidad intermedia; c) ejecutar un plan de capacitación del recurso humano del sector salud a fin de optimizar el funcionamiento de los servicios, contribuyendo así al mejoramiento de la capacidad operativa de los establecimientos de salud; y d) cooperar con el proceso de descentralización de los servicios y programas de salud.

El programa tiene dos componentes principales: 1) la construcción y equipamiento de once hospitales provinciales, orientados a la atención de pacientes de corta permanencia (de los once hospitales, uno es nuevo -Neuquén- y los otros diez reemplazan a hospitales existentes); 2) el fortalecimiento institucional para mejorar el funcionamiento de los hospitales y la capacidad de la Secretaría de Salud.

Programa de Tecnología Médica (PROTEMA)

En el período bajo análisis (1985-1988) el desarrollo de la tecnología médica constituyó un tema clave en sus distintos aspectos relacionados con el impacto social, los costos y precios, la seguridad y la eficacia de los equipos y su uso apropiado.

Hacia 1988, la irrupción de nuevos dispositivos tecnológicos (equipos, instrumental, prótesis y órtesis, mobiliario, reactivos *in-vitro* y distintos insumos de caucho, plástico, vidrio y textiles) genera cambios profundos en la estructura y el ejercicio médico y posibilita enormes progresos en el diagnóstico y tratamiento de algunas patologías.

Como contrapartida, el denominado "factor tecnológico" está originando un incremento acelerado e imprevisible de los costos de la atención médica y se observa asimismo una creciente falencia de los mecanismos destinados a asegurar el control de la calidad, suficiencia y eficiencia de dispositivos importados y nacionales por parte del Estado.

Una prueba de lo señalado es la incorporación y difusión de equipos de tomografía computada. Hace poco más de una década, el país incorporó el primer tomógrafo axial computado de cabeza, y al término del año 1988 la suma de estos dispositivos (tomógrafos de cabeza y cuerpo) alcanza a 132 unidades, con una distribución altamente concentrada en la Capital Federal. Similar tendencia se observa en otros equipos complejos de tecnología avanzada, cuyos fines son preferentemente diagnósticos, como las cámaras Gamma, ecógrafos, resonancia nuclear magnética, etc.

No obstante, un hecho singular ha sido poco advertido hasta ahora, quizá por su menor impacto social y tecnológico: las importaciones de dispositivos médicos en el país han crecido no solo en el caso de los equipos de elevada

complejidad, sino también en insumos y materiales descartables de alta frecuencia de uso.

En el año 1986, los pedidos de importación alcanzan un monto FOB de aproximadamente 64.138.967 dólares. La cifra se cuadruplica en 1987, con pedidos que ascienden a 247.741.109 dólares. Estos valores alcanzan ya las importaciones tradicionales de drogas, biológicos y medicamentos cuyo monto en el trienio alcanza a 250.000.000/280.000.000 dólares.

Algunos ejemplos detallados por rubros dan una idea más precisa del impacto de las importaciones de insumos básicos de muy relativa complejidad. Los pedidos de importación de bolsas de colostomía, ileostomía y urostomía crecieron el 236% entre 1986 y 1987; los de gasas, vendas y apósitos, el 1.103% y los de reactivos compuestos para diagnóstico de laboratorio, el 629%.

El principal problema que enfrenta el país es lograr un aprovechamiento acertado de este progreso tecnológico y formular e implementar políticas que promuevan tanto la innovación como la producción nacional y la demanda y uso apropiado de estos avances.

En 1986 se creó el Grupo Nacional de Tecnología Médica con sede en la Organización Panamericana de la Salud y una amplia vinculación con la Secretaría de Salud de la Nación que derivó ya en 1988 en el Programa Nacional de Tecnología Médica. La misión fundamental del programa es desarrollar en el país capacidad tecnológica propia en el campo médico, capaz de evaluar la eficacia y los riesgos inherentes al uso de dispositivos y prácticas tecnológicas, y medir su calidad e impacto social. Asimismo, trata de promover el nivel de innovación y producción nacional respondiendo a las necesidades esenciales de la población, colaborar en la regulación de importaciones y transferencia de tecnología así como fortalecer la capacitación de los usuarios y profesionales del área, impulsando el uso apropiado de tecnologías en sus aspectos técnicos y éticos.

Las tendencias y perspectivas apuntan hacia un fortalecimiento del papel del Estado en esta área específica. Las estrategias para desarrollar este rol estatal están dirigidas a cumplir tres objetivos centrales: 1) fortalecer los vínculos con los demás sectores de gobierno cuyas áreas de competencia incluyen la innovación, producción, comercialización y uso de dispositivos médicos (se busca una acción integrada del aparato estatal en su conjunto); 2) procurar la integración con otros sectores intervinientes no estatales: empresarios, cámaras, organismos académicos, centros de investigación y desarrollo, etc., a través de un programa permanente puesto en marcha con la búsqueda del consenso de todos los sectores; 3) dar pasos sustantivos hacia la integración latinoamericana de recursos y esfuerzos. En este tercer orden, y tanto en medicamentos como en tecnología, la idea central es continuar con las experiencias ganadas en ABRAMEX-ABREMEX (Argentina-Brasil-España-México) como una forma de desarrollar mercados ampliados, obtener economías de escala y poner en marcha una red de servicios de información y asistencia mutua en el campo médico social de la tecnología.

Programa Alimentario Nacional (PAN)

Los resultados del estudio sobre la pobreza efectuado por el INDEC en 1984, según los cuales 5,5 millones de personas no satisfacían sus necesida-

des básicas, produjeron gran consternación. Como medida de emergencia, el Ministerio de Salud y Acción Social preparó un programa de suplementos alimentarios cuyo objetivo era beneficiar a 1,4 millones de familias de dicho grupo en zonas deprimidas. El programa consiste en la distribución mensual de paquetes de alimentos básicos, tales como azúcar, aceite, carne y otros artículos de primera necesidad, suficientes para satisfacer el 30% de las necesidades de una familia media compuesta por dos adultos y dos niños. El programa transporta y entrega 1.000 toneladas diarias de alimentos y cubre todas las provincias. Se concentra en las zonas de gran pobreza del nordeste y el noroeste, y en el cinturón de pobreza de la ciudad de Buenos Aires.

El PAN goza de amplio apoyo político. En 1986, su presupuesto ascendió a 169 millones de australes (206 millones de dólares), de los cuales el 92% corresponde a alimentos y el 8% a costos de personal, almacenamiento y transporte. Esta eficiencia se debe, al menos en parte, al apoyo nacional de los organismos gubernamentales y privados. Los alimentos se compran por intermedio de asociaciones de productores y mediante licitaciones. La rapidez de los pagos ha contribuido a mantener los costos un 40% más bajos que los precios al por menor. Originalmente los paquetes de alimentos se entregaban en los domicilios, pero en la actualidad son distribuidos en reuniones mensuales por unos 5.000 empleados (uno por cada 600 familias en zonas urbanas y uno por cada 300 en zonas rurales) asistidos por maestros y trabajadores de la salud.

Los altos funcionarios del Ministerio de Salud y Acción Social afirman que el PAN ha dado resultados positivos entre los grupos pobres y que ello se observa por indicadores tales como el ausentismo de los trabajadores, las deserciones escolares, la alfabetización, las inmunizaciones y la salud materno-infantil. Sin embargo, deben introducirse indicadores de la situación en materia de nutrición como elemento cardinal de la evaluación formalizada.

En 1986, 200.000 familias se habían "graduado", es decir, habían salido del programa. Se introdujeron nuevos mecanismos, tales como la adquisición comunitaria de alimentos y ropas, la diversificación de los paquetes de alimentos, la educación en nutrición y la ejecución de iniciativas comunitarias en zonas rurales y de tugurios para resolver problemas de saneamiento. Las actividades del programa se vinculan a otras relacionadas con la salud: huertas comunitarias, obras de saneamiento, salud materno-infantil, planificación de la familia, y educación sexual y en salud.

El PAN está pasando a ser parte de los programas comunitarios sociales y de salud y en tal carácter puede adquirir gran influencia en el desarrollo de la atención primaria de salud.

Fondo de Asistencia en Medicamentos (FAM)

En 1984, el estudio sobre la población con necesidades básicas insatisfechas demostró que un gran número de habitantes, que comprendía la gran mayoría del 24% de la población no cubierta por la seguridad social, no podía costearse los medicamentos más esenciales. Así, se puso de relieve que a menudo los pobres aplazan la compra de remedios para dolencias sencillas que luego se empeoran y conducen a la hospitalización, o bien deliberadamente buscan la hospitalización solo para tener acceso a los medicamentos.

A fin de mitigar el problema el Congreso promulgó una ley para suministrar

medicamentos básicos gratuitos a las familias con necesidades básicas insatisfechas durante dos años, renovables si fuera necesario.

Un impuesto del 2% sobre los productos farmacéuticos y el tabaco se destinó a proporcionar al FAM 36 millones anuales de australes. Una lista nacional de medicamentos, el Formulario Terapéutico Nacional (FTN), contiene 300 medicamentos esenciales y un núcleo de 79 medicamentos básicos. El Ministerio de Salud y Acción Social adquiere los remedios solicitados por las provincias mediante licitaciones públicas. El fabricante los entrega a las provincias con una etiqueta doble que lleva el nombre comercial y la denominación genérica. Las provincias y municipalidades, así como los médicos y pacientes, aprobaron unánimemente el programa, que también permitió a la industria farmacéutica ampliar sus mercados.

Salud mental

El área de la salud mental comprende, además de las enfermedades mentales, el alcoholismo, la adicción a los estupefacientes, las deficiencias mentales y sensoriales, y la rehabilitación social. Si bien la frecuencia de estas situaciones en Argentina es muy análoga a la de otros países de ingresos medianos, el gobierno asigna prioridad a la salud mental por las siguientes razones: a) la creciente incidencia de las enfermedades mentales en años recientes; b) el grave deterioro que las instituciones para salud mental experimentaron en los últimos 20 años; c) la carga financiera que las deficiencias mentales imponen al sistema público y la seguridad social, y d) los elevados costos del cuidado de la salud mental, que impiden que otros organismos desempeñen una función activa en esta esfera.

La creciente incidencia registrada de las enfermedades mentales se debe a un mejor diagnóstico y selección de los pacientes, y, en parte, al abandono de los programas preventivos, curativos y de rehabilitación en los 10 últimos años. La edad cada vez mayor de la población, la pobreza creciente, la inestabilidad económica, la violencia y la represión desatada en años recientes, son otros factores contribuyentes.

Hay actualmente 24.000 camas en hospitales psiquiátricos distribuidas entre los sectores público y privado. La mayoría de los hospitales psiquiátricos públicos fueron construidos hacia 1910, razón por la cual hoy se encuentran deteriorados y resultan totalmente inadecuados para los programas modernos de salud mental. Por otra parte, muchas instituciones de psiquiatría están dirigidas por organizaciones religiosas o filantrópicas y son obsoletas. Hay, por último, unas 2.000 camas para estos pacientes en hospitales privados y su calidad es desigual. Debido a que los tratamientos actuales se basan principalmente en la atención hospitalaria a largo plazo, las 24.000 camas para psiquiatría apenas si pueden satisfacer la demanda. Se estima que las entidades de seguridad social pagan anualmente entre 120 y 150 millones de australes por hospitalizaciones psiquiátricas innecesarias (australes de 1986).

En 1984 el Ministerio de Salud y Acción Social inició una vigorosa campaña a fin de inducir a las provincias a reorganizar sus servicios psiquiátricos según enfoques modernos, haciendo hincapié en la prevención, el diagnóstico temprano, la derivación a especialistas, el tratamiento ambulatorio, la hospitalización de corto plazo en caso necesario, y la rehabilitación social.

El ambicioso programa del Ministerio contempla la reducción del número de camas para pacientes psiquiátricos, la conversión de algunos hospitales en colonias abiertas, y el establecimiento de centros de salud mental y guarderías. Puesto que el programa reduce radicalmente los costos, ha logrado el amplio apoyo de otros sectores, tales como los Ministerios del Interior y de Educación, la Secretaría de Industria, las provincias, la seguridad social y las organizaciones no gubernamentales. Se ha suministrado asistencia técnica y servicios de capacitación a los organismos interesados, y la nueva estrategia en materia de salud mental ha pasado a ser un modelo para otros programas de salud pública.

Servicios de laboratorio

El gobierno militar abandonó su responsabilidad legal respecto al control de la calidad del aire, el agua, los productos biológicos y farmacéuticos, las normas de los laboratorios de salud y la eliminación de los desechos tóxicos. Ni las provincias ni el sector privado asumieron estas responsabilidades como originalmente se esperaba. Hoy día se reconocen ampliamente los costos, tanto en salud como en términos económicos, de esta desreglamentación.

Existen más de 100 laboratorios de salud pública en centros provinciales o municipales de investigación, universidades y otras instituciones públicas que ejercen control sobre las enfermedades humanas y animales, la calidad del agua, el alcantarillado y la contaminación ambiental. Hay alrededor de 1.000 laboratorios en instituciones privadas químicas y agroindustriales para la preparación de alimentos y bebidas y unos 10.000 laboratorios clínicos o más en hospitales, centros de salud, consultorios médicos y farmacias. Este conjunto de laboratorios no se encuentra organizado en niveles de complejidad ni tiene el apoyo de laboratorios regionales de referencia. En suma, existen muchas duplicaciones e ineficiencias y, al carecerse de normas y de calibración, es imposible aplicar controles de calidad a las pruebas de laboratorio.

En Argentina se producen y consumen productos biológicos (vacunas, sueros, sangre y sus derivados, antígenos múltiples y reactivos) para ser usados en animales o en seres humanos. Hasta mediados de la década de 1960, el país era casi autosuficiente en la producción y control de la calidad de dichos productos, los cuales se exportaban a otros países de América Latina. Actualmente la producción nacional solo satisface el 25% de las necesidades; el resto se importa. La producción de sueros inmunes y hormonas sustitutivas de origen animal, para la cual es una ventaja la considerable producción ganadera del país, ha descendido debido a la tecnología obsoleta y el insuficiente apoyo científico.

El Instituto Nacional de Microbiología Carlos Malbrán gozó en una época de fama internacional por sus exigentes normas de calidad en campos como la microbiología, la virología y la inmunología. Esta institución tuvo una función primordial durante los brotes de fiebre hemorrágica en América del Sur durante los años 1960 y 1970. Hoy en día, en casos de epidemias virales como la hepatitis B o el SIDA, su capacidad es absolutamente insuficiente para atender las necesidades del país.

El apoyo científico a los laboratorios públicos y privados ha cesado casi por completo. El gobierno se propone transformar el Instituto Malbrán en un

Instituto Nacional de Salud independiente como organismo director de una red de laboratorios nacionales y provinciales. Este Instituto deberá reanudar sus funciones como laboratorio de referencia, coordinador de los laboratorios de salud pública y del control ambiental, y centro de investigaciones y de formación. En tal condición, tendrá una función esencial para la reorganización de los servicios de salud pública, ejercerá el control eficaz de la calidad de los productos biológicos y, en lo relacionado con la tecnología biológica, proporcionará el apoyo científico necesario a los fabricantes locales.

Administración de alimentos y fármacos

El control de los productos farmacéuticos es de especial importancia en Argentina debido al elevado consumo y a la potencialidad de desarrollo de esta industria. Antes de 1976, el gobierno nacional imponía controles de calidad en las etapas de importación, fabricación y venta al por menor, y ejercía la vigilancia del consumo (supervisión de fármacos). Sin embargo, muchos de estos controles fueron abandonados y solo en los últimos años se ha intentado volver al control y regulación.

El consumo de productos farmacéuticos se ha estimado en alrededor de 38 dólares por habitante, casi la misma cantidad que se consume en los países menos industrializados de Europa. Los gastos en productos farmacéuticos ascienden al 1,7% del producto bruto interno, es decir, una de las proporciones más altas del mundo. Hay 13.400 medicamentos registrados, 1.500 de los cuales se encuentran en el mercado bajo 3.400 nombres distintos y con 7.000 formas diferentes.

Todos los productos farmacéuticos podrían producirse en el país, pues la limitación para ello es más económica que tecnológica. Aproximadamente el 75% de las materias primas y sustancias intermedias son importadas. Hay 351 fabricantes registrados. Unas 50 empresas grandes, en su mayoría multinacionales o extranjeras, junto con una docena de firmas nacionales, realizan el 90% de la producción total. Cada una de las 300 firmas menores restantes fabrica apenas unos pocos productos, por lo general con materias importadas. A pesar del reciente cierre de grandes plantas antieconómicas de fermentación para antibióticos, la industria farmacéutica argentina tiene potencial para expandirse rápidamente en esferas específicas de gran rentabilidad y aumentar sus exportaciones.

Los medicamentos se distribuyen a través de tres medios principales: a) la red de comerciantes mayoristas, cooperativas y 23.000 farmacias que realizan el 89,6% de las ventas totales; b) las ventas directas a los hospitales públicos (5,1%) y privados (5,3%), y c) la distribución por intermedio del Fondo de Asistencia en Medicamentos.

Tanto el gobierno como la industria farmacéutica concuerdan en que deben restablecerse los controles de calidad para proteger a los consumidores y ayudar a los fabricantes nacionales a lograr una calidad satisfactoria en sus productos. Ninguno de estos objetivos se cumple en la actualidad. El Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología (INFYB), concebido según su modelo de los Estados Unidos, está muy deteriorado, tiene poco personal y carece de equipos adecuados para cumplir con sus responsabilidades.

Los centros provinciales de investigación o laboratorios de control han su-

frido igual decadencia. Ya no se aplican los controles de calidad a los medicamentos importados ni a los productos intermedios; tampoco en las plantas de elaboración, almacenes ni farmacias de venta al por menor. En consecuencia, llegan hasta el consumidor medicamentos de calidad o dosificación poco confiables, drogas contaminadas o vencidas.

Por otro lado, la ausencia de controles desalienta a los fabricantes serios y a la inversión. También impide la exportación, puesto que la mayoría de los países, incluida la Argentina, han suscripto el convenio de 1984 en virtud del cual deben ajustarse a prácticas de fabricación aceptadas internacionalmente.

La falta de un organismo de referencia competente para realizar evaluaciones, rechazar medicamentos de valor dudoso, actuar como árbitro en casos de conflicto y proteger las patentes, crea problemas tanto en el país como fuera de él. Por último, la ausencia de apoyo científico y tecnológico representa una grave limitación para la industria, y especialmente para las empresas de tecnología avanzada.

Una situación semejante existe en lo relativo al control de productos alimenticios, de particular importancia en una época en que el consumo de alimentos locales está dando paso al consumo de productos de producción en masa y distribución nacional. Existen en el comercio alrededor de 300.000 artículos alimenticios registrados. Además de miles de industrias caseras locales, 280 plantas industriales elaboran productos de lechería, carne y pescado, y alimentos enlatados y congelados. Al no existir controles de calidad, no es posible detectar muchos errores y fraudes.

El uso inapropiado de sustancias preservativas, antibióticos y aditivos, y la contaminación bacteriana y química, especialmente la producida por insecticidas y herbicidas, ha ocurrido en las líneas de producción en gran escala. Los productos alimenticios antihigiénicos afectan la salud en dos formas principalmente. Cada año se da cuenta de varios brotes de intoxicaciones alimentarias agudas. Tales episodios suelen ser benignos, no obstante lo cual causan gran preocupación entre el público.

Las intoxicaciones crónicas, tales como la acumulación de cancerígenos y metales pesados en el organismo, o la sensibilización con antibióticos, si bien son sumamente peligrosas, rara vez se investigan y no originan preocupación en el público. La ausencia de pruebas y controles por parte del gobierno perjudica a los productores y exportadores en la misma forma que a la industria farmacéutica.

Con el apoyo de la industria, el gobierno se propone establecer nuevamente controles de calidad en los alimentos y medicamentos. Esto requiere la correspondiente modernización, dotación de personal y equipos, así como la expansión del Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología, todo lo cual puede financiarse parcialmente mediante el cobro de derechos por los servicios y contratos con la industria.

La tarea de restablecer controles eficaces sobre la calidad de los alimentos y de los productos farmacéuticos va más allá del mejoramiento del Instituto Malbrán y del Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología en el nivel central; requiere también el fortalecimiento de 26 institutos provinciales conexos, así como de departamentos de universidades y centros de investigación en todo el país, dentro del marco de una política nacional en lo que respecta a ciencia y tecnología.

Cobertura

La combinación de un sector fragmentado entre tan diversos organismos financieros y prestadores de servicios, junto con la débil conducción ejercida por el gobierno nacional, ha dado por resultado una cobertura incompleta y la declinación de la calidad de la atención. Las cifras oficiales de cobertura muestran que el 74% de la población está cubierto por la seguridad social, mientras que el restante 26% depende de los servicios públicos.

Sin embargo, la cifra de 74%, derivada de las afiliaciones a las obras sociales, tal vez esté sobreestimada por incluir algunas duplicaciones. La población no cubierta no está identificada directamente; por lo tanto, la cobertura real se acerca probablemente más al 65% para la seguridad social y 35% para los servicios públicos y el sector privado. Del grupo no cubierto por la seguridad social, una mínima proporción está en condiciones de costearse una cobertura financiera eficaz mediante el seguro privado o de un fondo mutual. Se estima que el 25% de la población no tiene cobertura financiera.

Existen otros servicios de atención médica para grupos específicos (Fuerzas Armadas, policía) y para grupos de población sujetos a condiciones especiales (presos), que cubren un millón de personas, a veces a través de sus propias obras sociales. Dentro de este grupo, los hospitales de las Fuerzas Armadas proporcionan la mayor parte de la atención médica.

Además del sistema de seguridad social, alrededor de 1.000 fondos mutuales sin fines de lucro, semejantes a las cooperativas de crédito, ofrecen planes de atención médica financiados por contribuciones individuales, y en los centros urbanos se expanden cada vez más los seguros complementarios (coseguros, unidades de cuidado intensivo, etc.). Si bien un 25% de la población no tiene cobertura financiera, el porcentaje que en forma real atiende el sector oficial, es decir que se atiende en establecimientos o consultorios distintos de los privados o de las obras sociales, es bastante mayor.

Según datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) relativos a las estadísticas hospitalarias del sector oficial y con cobertura del 75% de camas informantes, para los años 1980-1987 los egresos son del orden de 1.400.000, las consultas 40.000.000 y los partos superan los 200.000; este último valor, expandido, daría una cobertura para el parto en el sector público de entre el 35 y 40% del total de nacimientos en el país. Esto significa que la cobertura del sector oficial es, de hecho, un porcentaje mayor que el 25% anterior de población que no tiene cobertura financiera.

Si se toma como criterio de uso-cobertura la atención del parto, puede inferirse que la cobertura real del sector oficial muestra que una de cada tres personas que se atiende en el mismo proviene de las obras sociales.

Capacidad instalada

La red primaria de atención está constituida por 6.456 establecimientos de salud que no poseen facilidades de internación y que desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención médica recuperadora en el nivel de consulta externa.

Estos establecimientos reciben diferentes nombres según las particularidades de cada provincia (centro de salud, clínica periférica, etc.); la gran ma

yoría de los establecimientos del subsector privado ofrecen servicios de diagnóstico (laboratorios clínicos, gabinetes de radiodiagnóstico, diagnóstico por imágenes, etc.). La distribución geográfica (cuadro 32) muestra la mayor concentración porcentual en las provincias que desarrollan actividades que privilegian la salud materno-infantil.

Cuadro 32

RED PRIMARIA DE ATENCION

Capital Federal Prov. de Buenos Aires		Resto de provincias	Total
Núm.	1.938	4.518	6.456
Porcentaje	30,0	70,0	100,0

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud,
Ministerio de Salud y Acción Social.

La capacidad de los hospitales y centros de salud públicos para atender pacientes ambulatorios es insuficiente, como lo demuestran las listas de espera y la lenta tramitación que deben realizar los pacientes externos. Sin embargo, esa capacidad podría aumentar rápidamente si se eliminaran los estrangulamientos técnicos, se corrigiera la administración y se efectuaran pequeños mejoramientos en las instalaciones y equipo.

Por su lado, el sector privado tiene un exceso de capacidad; como no existe un plan regulador maestro, las policlínicas frecuentemente cuentan con un exceso de equipo, particularmente de tecnología avanzada de alto costo. Otros tipos de atención ambulatoria -como la de las guarderías, los programas de atención a domicilio, la atención a domicilio de los enfermos crónicos y de los pacientes de edad avanzada- todavía poseen alcance muy limitado.

En general, la actual infraestructura de la atención ambulatoria provee una buena base para ampliar la atención primaria. Los obstáculos se encuentran en los métodos técnicos y la administración de los programas de atención de la salud antes que en las limitaciones de las instalaciones físicas.

El país cuenta con 3.186 hospitales y un total de 150.000 camas, lo cual representa un promedio de cinco camas por cada 1.000 habitantes. Como se indica en el cuadro 33, el 66% de las camas corresponde al sector público y la previsión social, y el restante 33% al privado.

Durante los últimos veinte años el gobierno federal traspasó unos 200 hospitales a las provincias, reteniendo aquellos destinados a estadas largas que cubren todo el país en campos como la psiquiatría, quemaduras, oftalmología, odontología y lepra, y que se dedican al cuidado de los mudos, sordos, ciegos y pacientes gravemente lisiados que ningún otro establecimiento aceptaría en razón de la pesada carga que significa la atención a largo plazo.

Los hospitales provinciales constituyen la piedra angular del sistema público y sobre ellos recae la mayoría de los pacientes internados, especialmente en las provincias más pobres cuyo sistema de previsión social todavía es

Cuadro 33

INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA POR SECTOR, 1985

Subsector	Agente	Hospitales	Camas			%
			Estadas cortas	Estadas largas	Total	
Público	MSAS	24	2.031	8.279	10.580	7,2
	Provincias	873	43.378	13.698	57.076	38,8
	Municipios	220	13.254	1.162	14.416	9,8
Seguridad social		114	7.590	489	8.079	5,4
Fuerzas Armadas		211	8.928	883	9.811	6,8
Privado		1.738	42.237	4.811	47.048	32,0
Total		3.180	117.418	29.322	147.010	100,0

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social, 1986.

limitado. En Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Santa Fe, el sistema provincial está complementado con los hospitales municipales.

Los hospitales de las Fuerzas Armadas (Ejército, Marina y Fuerza Aérea) y de la Policía proveen servicios exclusivamente a un grupo de un millón de personas compuesto por personal en servicio activo, sus familiares, jubilados y pensionados. Con 9,8 camas por 1.000 habitantes, estas instituciones tienen una gran capacidad hospitalaria en reserva.

Si bien el sector hospitalario privado es un conglomerado de instituciones y establecimientos que difieren enormemente entre sí en cuanto a sus objetivos y al papel que desempeñan dentro del sistema, se los puede clasificar en tres grupos:

a) Hospitales sin fines de lucro (frecuentemente llamados comunitarios), como el Italiano, Español, Francés, Alemán o Sirio-Libanés. Estos hospitales están en manos de organizaciones filantrópicas o consejos comunitarios. Algunos de ellos se han modernizado y han firmado contratos con obras sociales y con compañías que ofrecen seguro médico, de manera que funcionan sobre una base financiera sólida; otros están limitando lentamente sus operaciones. Finalmente, se exige a las industrias grandes que se establecen en zonas nuevas o a las agroindustrias que se instalan en zonas rurales que construyan y administren hospitales sin fines de lucro para los trabajadores y sus familias.

b) Hospitales pequeños (menos de 40 camas) con fines de lucro. Este tipo de establecimientos han proliferado en las últimas décadas y actualmente corresponde a ellos el 47% del total de camas de las clínicas privadas. Por lo general, pertenecen a un grupo de médicos que se encarga también de administrarlos (clínicas de médicos). La calidad de la atención varía enormemente de un hospital pequeño a otro, y muchos de ellos no cumplen ciertas normas mínimas de calidad y seguridad. No obstante, satisfacen una demanda definida, especialmente en los suburbios y ciudades pequeñas de las provincias.

c) Hospitales grandes, de hasta 1.000 camas, con fines de lucro. Se construyeron principalmente en los años setenta, con capital nacional o extranjero; están administrados como empresas comerciales y suscriben numerosos contratos con las obras sociales y otras instituciones que pagan las cuentas médicas de sus afiliados. Sin embargo, la mayoría de ellos, debido a que han efectuado inversiones excesivas y obtenido préstamos en condiciones desfavorables, tienen serias limitaciones financieras.

La importancia que adquiere la relación con las obras sociales para el sector privado se ve reflejada en que de los 231 establecimientos asistenciales privados del área metropolitana con internación (Capital Federal y 19 partidos del Gran Buenos Aires con 35% de la población del país), 204 (90%) contratan con las obras sociales. Según el Censo Económico de 1985, la producción de dichos establecimientos en ese año fue de 7.500.000 consultas externas y 430.000 egresos. No es posible diferenciar esta producción según se trate de atenciones provenientes de la relación contractual con las obras sociales o con seguros privados o pago directo. El número de camas del sector privado en dicha área es de 15.000. La cantidad de consultas realizadas en este sector es mayor que el valor anterior, pues este no incluye las efectuadas en los establecimientos privados sin internación (consultorios individuales, policlínicas, atención domiciliaria, etc.). La representatividad de la capacidad instalada del sector privado expresada en camas está asegurada mediante la comparación de ese valor (15.000 camas) con los que aparecen en el catastro de 1980.

Cada vez resulta más engañoso el sistema de medir la capacidad de los hospitales exclusivamente en función del número de camas, pues el equipo de tecnología avanzada representa importantes inversiones y determina en gran medida los resultados.

A fines de los años setenta, debido a los tipos de cambio favorables para la importación de equipo médico, se produjo una proliferación de tecnología sumamente avanzada en el sector privado. Al analizar la distribución entre sectores y entre la capital y las provincias (cuadro 34) se observa una concentración desproporcionada de equipo moderno en el sector privado de la zona metropolitana.

Para coordinar las diferentes redes de hospitales, así como la ubicación del equipo de tecnología avanzada, a mediados de los años sesenta se crearon zonas sanitarias. No obstante, la planificación regional abarcaba solo el sector público y excluía la seguridad social y el sector privado, precisamente los campos que crecían con mayor rapidez en esa época. Además, cada región comprendía varias provincias que se negaron a coordinar o compartir sus recursos. La regionalización, que resultó ser técnicamente incompleta y poco interesante desde el punto de vista político, nunca se convirtió en una realidad.

Para poner en vigor las políticas y los programas, el Ministerio de Salud y Acción Social solo tiene una función limitada como prestador directo de servicios. Por lo contrario, la ley encomienda al Ministerio la formulación de políticas y atribuciones normativas y regulatorias.

Aunque el Ministerio no haya utilizado plenamente sus facultades legales, su autoridad comprende numerosas esferas técnicas, tales como la salud materno-infantil, las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la medicina ocupacional, el personal de salud, la higiene, la calidad de los servicios de salud, los alimentos y medicamentos, y aspectos administrativos (presupuestos, contabilidad, auditoría y administración del personal).

Cuadro 34

DISTRIBUCION DEL EQUIPO DE ALTA TECNOLOGIA
POR SECTOR Y POR UBICACION GEOGRAFICA, 1985

Equipo	Total	Sector público		Sector privado		Zona metropol.		Provincias	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escanners TAC	45	3	6,7	42	93,3	31	68,9	14	31,1
Cámara por rayos gama	88	14	16,0	74	84,0	61	69,3	27	30,7
Aceleradores lineales	10	3	30,0	7	70,0	8	80,0	2	20,0
Bombas de cobalto	80	19	23,8	61	76,2	54	67,5	26	32,5

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, 1985.

En varias ocasiones los gobiernos nacional y provinciales han considerado la posibilidad de una coordinación entre los sectores público, paraestatal y privado. Sin embargo, las sucesivas administraciones intentaron introducir reformas contradictorias para reglamentar y centralizar (o desreglamentar y descentralizar) el sistema de atención de la salud. Se emprendieron varios esfuerzos para coordinar los diferentes prestadores de servicios y fuentes de financiamiento, por ejemplo en 1970, mediante la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) a fin de regular la seguridad social, y en 1973 mediante la propuesta de creación de un Servicio Nacional Integrado de Salud (SNIS). Ninguna de estas medidas atrajo apoyo suficiente como para producir un cambio de importancia. En 1988 se aprobó una ley de Seguro Nacional de Salud (SNS) como mecanismo destinado a coordinar el sector público, la seguridad social y el sector privado.

Indicadores hospitalarios de establecimientos del subsector oficial

En el cuadro 35 se presenta una serie de datos sobre producción de establecimientos con internación del subsector público; no se incluyen datos de los establecimientos de enfermedades crónicas ni del subsector oficial que depende de otras áreas (Fuerzas Armadas, Seguridad, Universidad, Minoridad y Familia, etc.). Tampoco aparecen las consultas médicas realizadas en establecimientos sin internación (entes de salud, policlínicos, etc.). Los indicadores presentados son el promedio de los valores anuales correspondientes a 1984, 1985, 1986 y 1987. Respecto a tres indicadores (egresos por 100 habitantes, consultas médicas por habitante, partos como porcentaje del número de nacimientos en la provincia), los valores correspondientes a Capital Federal y Provincia de Buenos Aires deben ser considerados con precaución ya que no están corregidos por residencia; por lo tanto, dado que parte importante de la población del Gran Buenos Aires se atiende en Capital Federal, los valores ob-

Cuadro 35

INDICADORES DE ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACION DEL SUBSECTOR PUBLICO
(PROMEDIO DE AÑOS 1984-1987)

Jurisdicción	Egresos hosp. x 100 hab.	Cons. méd. x hab.	Partos como % tot. egr.	Razón cons. obstétrica/ parto	Partos como % del N° de nacim. prov.	Egr. ped. y obst. como % tot. egr.	Cons. pediátr. como % total de consult.	% ocupac.	Prom. de perman. (días)
Cap. Fed.	4,9	1,8	16,5	8,3	50,7	59,9	22,3	75,3	11,9
Buenos Aires	3,6	1,1	19,1	5,4	36,9	S/I	37,2	71,5	14,7
Catamarca	7,1	1,2	18,9	2,9	58,0	50,1	51,4	45,7	12,0
Córdoba	3,6	1,3	16,9	9,4	33,7	35,5	45,7	71,2	24,0
Corrientes	6,8	1,4	23,2	5,5	50,9	40,0	51,0	61,2	9,8
Chaco	6,8	1,8	25,8	5,5	68,7	47,4	58,7	57,0	7,2
Chubut	6,8	1,5	17,0	9,2	43,6	51,7	32,0	59,1	9,4
Entre Ríos	6,9	1,2	14,7	6,1	42,7	37,8	22,7	53,5	13,7
Formosa	8,2	1,5	26,6	3,8	50,8	54,3	49,2	54,9	6,0
Jujuy	9,6	2,2	19,3	8,2	61,5	52,5	25,8	60,4	9,3
La Pampa	5,8	1,8	18,2	8,1	45,5	37,3	13,1	44,4	10,7
La Rioja	6,5	1,5	23,5	5,0	56,2	47,2	44,8	33,8	6,9
Mendoza	5,5	1,5	21,0	4,2	49,4	50,7	48,5	71,3	11,1
Misiones	6,5	1,2	27,1	5,1	50,2	41,6	49,9	69,4	8,1
Neuquén	8,7	3,0	22,9	8,3	68,0	47,8	47,1	61,8	7,2
Río Negro	6,0	1,5	20,6	7,0	47,3	48,4	33,1	58,2	8,6
Salta	9,1	2,7	19,1	3,6	54,3	49,9	40,3	58,8	9,3
San Juan	6,1	1,6	20,7	5,3	52,7	44,9	56,5	63,0	8,4
San Luis	5,9	1,2	19,9	3,5	49,0	49,4	43,6	43,2	9,1
Santa Cruz	5,7	1,2	19,3	5,4	37,3	41,7	36,5	47,9	9,6
Santa Fe	3,5	1,0	12,2	7,1	23,4	33,0	14,0	62,9	13,7
S. del Est.	6,1	0,8	25,1	2,5	57,6	45,8	47,2	55,3	8,1
Tucumán	4,7	1,2	28,1	1,6	50,3	46,0	31,5	57,0	11,0

Nota: cuadro elaborado tomando como base los anteriores.

tenidos son mayores en Capital Federal y menores en la Provincia de Buenos Aires, que los respectivos valores reales.

A pesar de que el cálculo se hizo respecto al total de la población de cada provincia, se observa con claridad la importante presencia del hospital público. En términos del indicador de egresos por 100 habitantes, en 10 de las 23 jurisdicciones su valor es mayor a 5 (con un valor máximo en Jujuy de 9.6 egresos por 100 habitantes). Excepto Tucumán, los valores menores se presentan justamente en las provincias más desarrolladas (Capital Federal, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), o sea que la producción es mayor en las provincias de menor desarrollo.

Por otra parte, existe una clara prioridad en el destino final de las actividades de internación, pues las acciones relacionadas con el área maternoinfantil (egresos pediátricos y obstétricos) producen en la gran mayoría de las provincias más del 40% del total de los egresos. La importancia del binomio madre-niño se observa también en la consulta pediátrica como porcentaje del total de consultas y en la razón consulta obstétrica por parto atendido, aunque este último presenta una gran variabilidad. Se hace necesario aclarar para este último caso que no se dispone de los datos de las consultas de establecimientos sin internación. A pesar de ello, la importancia de la consulta ambulatoria en establecimientos con internación se observa en el indicador de consultas médicas por habitante, el cual, con la excepción de Santiago del Estero, siempre es mayor que 1, con un valor máximo de 3 en Neuquén.

El indicador más sintético de la presencia y producción del hospital público en el área maternoinfantil es el que se obtiene de los partos atendidos en el hospital público como porcentaje del total de nacimientos vivos en las provincias. El valor global para Capital Federal y Buenos Aires juntos es del 40%, y excepto Santa Cruz, Santa Fe y Córdoba, todas las provincias tienen valores mayores al 40%, con valores máximos de 68.7 y 68.0 para Chaco y Neuquén respectivamente. La carga de partos, expresada como porcentaje del total de egresos varía alrededor del 20% con un mínimo en Santa Fe del 12,2% y un máximo en Tucumán del 28,1%.

El rendimiento de las camas según jurisdicción presenta marcadas diferencias. En este influye una variedad de factores tales como su distribución geográfica, el grado de concentración o dispersión de la población, la accesibilidad en los centros de atención y el tipo de pacientes.

Hay cuatro provincias con porcentajes de ocupación por encima del 70% (aunque menores del 80% las cuatro): Santa Fe, Buenos Aires, Córdoba y Mendoza; once con valores entre el 50 y 70%, y cinco (Catamarca, Jujuy, La Rioja, San Luis y Santa Cruz), con valores por debajo del 50%, que expresan una gran capacidad ociosa.

Con respecto al promedio de permanencia (días de estancia por egresos), también existe una gran variabilidad (rango: 24 en Córdoba, 6.0 en Formosa), con un valor global para el país de alrededor de 12 días por egreso.

Vista la estabilidad de los valores anuales registrados con respecto a la producción hospitalaria, lo anterior indica, por un lado, una prioridad y cobertura real alta en el área maternoinfantil, y por otro, ineficiencias estructurales (capacidad ociosa en términos de camas y promedio de permanencia alto) derivadas de la obsolescencia física y escasez de recursos para atender en forma eficaz las patologías derivadas del cambio del perfil de morbilidad en el país.

Cuadro 36

POBLACION (EN MILES), EGRESOS, DIAS-CAMA DISPONIBLES,
PACIENTES-DIA Y CONSULTAS MEDICAS. POR JURISDICCION (1984)

JURISDICCION	POBLACION*		EGRESOS		D/CAMA DISPONIBL.		PACIENTES-DIA		CONSULTAS MEDICAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REP. ARG.	30.097	100,0	1.424.942	100,0	27.613.809	100,0	18.638.438	100,0	39.802.969	100,0
Cap. Fed.	2.924	9,7	141.042*	9,9	2.244.582*	8,1	1.761.608*	9,4	5.335.207*	13,4
Buenos Aires	11.829	39,3	408.385	28,7	8.664.005	31,4	6.284.531	33,7	12.258.249	30,8
Catamarca	223	0,7	17.329	1,2	302.950	1,1	182.633	1,0	170.633	0,4
Córdoba	2.567	8,5	92.972	6,5	3.472.712	12,6	2.501.766	13,4	3.654.477	9,2
Corrientes	706	2,3	46.341	3,2	713.634	2,6	453.801	2,4	986.446	2,5
Chaco	762	2,5	53.707	3,8	672.816	2,4	400.072	2,1	1.331.492	3,3
Chubut	297	1,0	21.501	1,5	350.296	1,3	219.937	1,2	438.904	1,1
Entre Ríos	953	3,2	67.522	4,7	1.761.120	6,4	921.979	4,9	1.206.383	3,0
Formosa	327	1,1	26.845	1,9	280.467	1,0	161.147	0,9	438.762	1,1
Jujuy	462	1,5	47.190	3,3	706.364	2,5	456.663	2,5	1.175.262	3,0
La Pampa	226	0,8	12.439	0,9	273.447	1,0	127.798	0,7	348.889	0,9
La Rioja	175	0,6	11.524	0,8	236.711	0,9	87.167	0,5	295.948	0,7
Mendoza	1.299	4,3	73.380	5,1	1.164.685	4,2	866.683	4,6	1.967.870	4,9
Misiones	658	2,2	40.911	2,9	494.248	1,8	349.657	1,9	705.806	1,8
Neuquén	288	1,0	25.113	1,8	296.594	1,1	192.766	1,0	854.338	2,1
Río Negro	442	1,5	28.166	2,0	447.855	1,6	253.494	1,4	617.272	1,6
Salta	733	2,4	67.098	4,7	921.344	3,3	638.665	3,4	1.943.662	4,9
San Juan	504	1,7	31.413	2,2	427.815	1,5	275.008	1,5	837.148	2,1
San Luis	229	0,8	14.237	1,0	293.460	1,1	143.721	0,8	295.014	0,7
Santa Cruz	132	0,4	8.133	0,6	168.659	0,6	84.487	0,5	162.619	0,4
Santa Fe	2.616	8,7	96.696	6,8	2.120.448	7,7	1.354.797	7,3	2.621.250	6,6
S. del Estero	639	2,1	42.598	3,0	627.028	2,3	352.214	1,9	629.114	1,6
Tucumán	1.071	3,6	47.118	3,3	930.108	3,4	542.802	2,9	1.334.479	3,4
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	35	0,1	3.282	0,2	42.461	0,1	25.042	0,1	193.745	0,5

*Datos correspondientes exclusivamente hospitales municipales. Incluye el recién nacido sano como egreso hospitalario.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimaciones por provincia según sexo y edad, basadas en la proyección 1950-2025 del total del país.

Cuadro 37

EGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN ESPECIALIDADES SELECCIONADAS Y PARTOS,
POR JURISDICCION (1984)

JURISDICCION	EGRESOS							PARTOS
	TOTAL	PEDIATRIA		OBSTETRICIA		OTROS		
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	
REP. ARG.	1.424.942	...	...	...	...	...	...	...
Cap. Fed.	141.042	52.046	36,9	30.169	21,3	52.827	41,8	21.133
Buenos Aires	408.385	...	...	...	...	...	...	82.311
Catamarca	17.329	4.980	28,7	4.453	25,7	7.896	45,6	2.856
Córdoba	92.972	14.975	16,1	18.418	19,8	59.579	64,1	16.049
Corrientes	46.341	8.523	18,4	11.069	23,9	26.749	57,7	9.821
Chaco	53.707	10.488	19,5	15.253	28,4	27.966	52,1	13.487
Chubut	21.501	...	...	...	...	...	...	3.486
Entre Ríos	67.522	13.059	19,3	12.321	18,3	42.142	62,4	9.814
Formosa	26.845	6.972	26,0	7.600	28,3	12.273	45,7	5.054
Jujuy	47.190	12.274	26,0	12.053	25,5	22.863	48,5	8.506
La Pampa	12.439	1.854	14,9	2.877	23,1	7.708	62,0	...
La Rioja	11.524	1.699	14,8	3.945	34,2	5.880	51,0	2.699
Mendoza	73.380	16.023	21,8	20.156	27,5	37.201	50,7	13.968
Misiones	40.911	8.165	20,0	9.165	22,4	23.581	57,6	10.318
Neuquén	25.113	...	...	...	...	...	...	5.549
Río Negro	28.166	...	...	...	...	...	...	5.688
Salta	67.098	21.541	32,1	18.452	27,5	27.105	40,4	12.362
San Juan	31.413	6.007	19,1	7.935	25,3	17.471	55,6	6.397
San Luis	14.237	2.992	21,0	4.010	28,2	7.235	50,8	2.776
Santa Cruz	8.133	1.136	14,0	2.251	27,7	4.746	58,3	1.303
Santa Fe	96.696	9.176	9,5	19.855	20,5	67.665	70,0	11.689
S. del Estero	42.598	7.654	18,0	11.378	26,7	23.566	55,3	10.765
Tucumán	47.118	8.214	17,4	13.886	29,5	25.018	53,1	12.879
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	3.282	...	...	...	...	...	...	...

Nota: en los egresos del servicio de Obstetricia están incluidos los partos.

... Datos no disponibles.

Fuente: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

Cuadro 38

CONSULTAS MEDICAS TOTALES Y SEGUN ESPECIALIDADES SELECCIONADAS,
POR JURISDICCION (1984)

JURISDICCION	TOTAL	PEDIATRIA		OBSTETRICIA		OTRAS	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
REP. ARG.	39.802.969	...	...	...	...	...	...
Cap. Fed.	5.335.207	1.222.154	22,9	175.824	3,3	4.037.229	75,7
Buenos Aires	12.258.249	4.555.000	37,2	444.000	3,6	7.259.249	59,2
Catamarca	170.633	93.746	54,9	4.280	2,5	72.607	42,6
Córdoba	3.654.477	1.677.458	45,9	142.651	3,9	1.834.368	50,2
Corrientes	986.446	493.353	50,0	62.435	6,3	430.658	43,7
Chaco	1.331.492	718.356	54,0	72.629	5,4	540.507	40,6
Chubut	438.904	...	...	...	...	...	...
Entre Ríos	1.206.383	296.483	24,6	60.937	5,0	848.963	70,4
Formosa	438.762	217.376	49,6	17.635	4,0	203.751	46,4
Jujuy	1.175.262	173.965	14,8	78.049	6,6	923.248	78,6
La Pampa	348.889	39.568	11,3	13.227	3,8	296.094	84,9
La Rioja	295.948	121.039	40,9	13.784	4,7	161.125	54,4
Mendoza	1.967.870	982.820	49,9	61.497	3,1	923.553	46,9
Misiones	705.806	350.501	49,7	53.235	7,5	302.070	42,8
Neuquén	854.338	411.722	48,2	44.977	5,3	397.639	46,5
Río Negro	617.272	230.687	37,4	22.024	3,6	364.561	59,0
Salta	1.943.662	841.996	43,3	43.121	2,2	1.058.545	54,5
San Juan	837.148	465.885	55,7	32.659	3,9	338.604	40,4
San Luis	295.014	125.646	42,6	6.348	2,1	163.020	55,3
Santa Cruz	162.619	60.997	37,5	7.112	4,4	94.510	58,1
Santa Fe	2.621.250	518.040	19,8	83.347	3,2	2.019.863	77,0
S. del Estero	629.114	276.593	44,0	38.960	6,2	313.561	49,8
Tucumán	1.334.479	409.848	30,7	20.802	1,6	903.829	67,7
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	193.745	31.322	16,2	12.980	6,7	149.443	77,1

... Datos no disponibles.

Fuente: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

POBLACION (EN MILES), EGRESOS, DIAS-CAMA DISPONIBLES,
PACIENTES-DIA Y CONSULTAS MEDICAS. POR JURISDICCION (1985)

JURISDICCION	POBLACION		EGRESOS		D/CAMA DISPONIBL.		PACIENTES-DIA		CONSULTAS MEDICAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REP. ARG.	30.564	100,0	1.436.810	100,0	26.795.463	100,0	17.651.399	100,0	41.660.112	100,0
Cap. Fed.	2.924	9,6	145.087*	10,1	2.303.957*	8,6	1.712.705*	9,7	5.280.918*	12,7
Buenos Aires	12.034	39,4	441.474	30,7	8.793.973	32,8	6.227.733	35,3	13.100.888	31,5
Catamarca	227	0,7	16.214	1,1	302.950	1,1	118.478	0,7	321.935	0,8
Córdoba	2.598	8,5	98.794	6,9	3.481.950	13,0	2.478.150	14,0	3.697.216	8,9
Corrientes	715	2,3	45.486	3,1	671.211	2,5	435.647	2,5	1.013.520	2,4
Chaco	777	2,5	54.138	3,8	664.346	2,5	383.138	2,2	1.461.140	3,5
Chubut	307	1,0	21.545	1,5	350.261	1,3	210.268	1,2	460.966	1,1
Entre Ríos	961	3,1	32.246**	2,2	851.491	3,2	451.183	2,6	1.133.147	2,7
Formosa	331	1,1	27.457	1,9	298.126	1,1	164.053	0,9	516.608	1,2
Jujuy	474	1,6	45.572	3,2	707.426	2,6	415.936	2,4	999.294	2,4
La Pampa	228	0,7	12.826	0,9	290.540	1,1	120.459	0,7	405.077	1,0
La Rioja	180	0,6	11.354	0,8	229.890	0,9	73.460	0,4	268.943	0,6
Mendoza	1.322	4,3	78.588	5,5	1.202.837	4,5	837.181	4,7	1.942.775	4,7
Misiones	673	2,2	41.833	2,9	499.961	1,9	339.538	1,9	750.511	1,8
Neuquén	301	1,0	24.963	1,7	295.081	1,1	178.388	1,0	852.539	2,1
Río Negro	460	1,5	27.747	1,9	407.985	1,5	239.965	1,4	720.739	1,7
Salta	751	2,5	68.672	4,8	929.089	3,5	633.096	3,6	2.267.057	5,4
San Juan	512	1,7	31.471	2,2	419.457	1,6	264.893	1,5	840.414	2,0
San Luis	231	0,8	13.703	1,0	297.475	1,1	128.002	0,7	265.678	0,6
Santa Cruz	134	0,4	7.674	0,5	147.904	0,5	68.294	0,4	176.677	0,4
Santa Fe	2.647	8,7	97.205	6,8	2.127.497	7,9	1.328.385	7,5	3.019.548	7,3
S. del Estero	651	2,1	41.938	2,9	590.722	2,2	322.487	1,8	531.010	1,3
Tucumán	1.090	3,6	47.022	3,3	891.800	3,3	496.030	2,8	1.423.756	3,4
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	36	0,1	3.801	0,3	39.534	0,2	23.930	0,1	209.756	0,5

*Datos correspondientes exclusivamente a hospitales municipales. Incluye el recién nacido sano como egreso hospitalario.

**Datos correspondientes al primer semestre.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimaciones por provincia según sexo y edad, basadas en la proyección 1950-2025 del total del país.

Cuadro 40

EGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN ESPECIALIDADES SELECCIONADAS Y PARTOS,
POR JURISDICCION (1985)

JURISDICCION	EGRESOS							PARTOS
	TOTAL	PEDIATRIA		OBSTETRICIA		OTROS		
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	
REP. ARG.	1.436.810	...	...	...	...	...	...	...
Cap. Fed.	145.087	52.268	36,0	32.703	22,5	59.756	41,2	23.933
Buenos Aires	441.474	...	...	...	...	...	...	78.331
Catamarca	16.214	4.705	29,0	3.444	21,2	8.065	49,8	3.161
Córdoba	98.794	17.615	17,8	20.090	20,3	61.089	61,9	16.528
Corrientes	45.486	7.491	16,5	10.562	23,2	27.433	60,3	10.380
Chaco	54.138	10.247	18,9	15.463	28,6	28.428	52,5	13.857
Chubut	21.545	3.610	16,7	8.201	38,1	9.734	45,2	3.605
Entre Ríos*	32.246	6.168	19,1	6.460	20,0	19.618	60,9	4.355
Formosa	27.457	7.052	25,7	7.697	28,0	12.708	46,3	5.507
Jujuy	44.472	11.165	24,5	12.783	28,0	21.624	47,5	8.756
La Pampa	12.826	1.740	13,6	2.825	22,0	8.261	64,4	2.046
La Rioja	11.354	1.555	13,7	3.938	34,7	5.861	51,6	2.749
Mendoza	78.588	15.624	19,9	24.574	31,3	38.390	48,8	14.846
Misiones	41.833	7.232	17,3	10.206	24,4	24.395	58,3	11.730
Neuquén	24.963	...	...	...	...	...	...	5.768
Río Negro	27.747	7.965	28,7	5.995	21,6	13.787	49,7	5.241
Salta	68.672	21.049	30,6	19.212	28,0	28.411	41,4	13.503
San Juan	31.471	6.036	19,2	10.609	33,7	14.826	47,1	6.364
San Luis	13.703	2.869	20,9	3.886	28,4	6.948	50,7	2.626
Santa Cruz	7.674	1.243	16,2	2.204	28,7	4.227	55,1	1.432
Santa Fe	97.205	13.013	14,3	19.855	20,5	64.647	66,5	...
S. del Estero	41.938	6.720	16,0	11.378	26,7	24.060	57,4	8.807
Tucumán	47.022	7.884	16,8	13.866	29,5	24.563	52,2	13.522
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	3.801	...	...	...	...	...	...	...

*Datos correspondientes al primer semestre.

... Datos no disponibles para la totalidad de los establecimientos informantes.

Fuente: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

Cuadro 41

CONSULTAS MEDICAS TOTALES Y SEGUN ESPECIALIDADES SELECCIONADAS,
POR JURISDICCION (1985)

JURISDICCION	TOTAL	PEDIATRIA		OBSTETRICIA		OTRAS	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
REP. ARG.	41.660.112	...	...	...	...	...	...
Cap. Fed.	5.280.918	1.059.603	20,0	198.343	3,8	4.022.972	76,2
Buenos Aires	13.100.888	...	...	...	...	...	...
Catamarca	321.935	161.842	50,3	13.414	4,2	146.679	45,6
Córdoba	3.697.216	1.732.008	46,8	163.223	4,4	1.801.985	48,7
Corrientes	1.013.520	525.100	51,8	47.308	4,7	441.112	43,5
Chaco	1.461.140	885.865	60,6	75.908	5,2	499.367	34,2
Chubut	460.966	125.242	27,2	33.317	7,2	302.407	65,6
Entre Ríos	1.133.147	284.031	25,1	52.111	4,6	797.005	70,3
Formosa	516.608	249.327	48,4	22.630	4,4	244.651	47,3
Jujuy	999.294	307.564	30,8	64.352	6,4	627.248	62,8
La Pampa	405.077	47.724	11,8	16.601	4,1	340.752	84,1
La Rioja	268.943	106.807	39,7	13.547	5,0	148.589	55,2
Mendoza	1.942.775	930.085	47,9	58.963	3,0	553.727	49,1
Misiones	750.511	370.254	49,3	58.980	7,8	321.277	42,8
Neuquén	852.539	404.790	47,5	48.339	5,7	399.410	46,8
Río Negro	720.739	124.802	17,3	53.038	7,3	542.899	75,3
Salta	2.267.057	992.151	43,8	49.324	2,2	1.225.582	54,1
San Juan	840.414	...	...	...	...	...	...
San Luis	265.678	114.877	43,2	12.242	4,6	138.559	52,1
Santa Cruz	176.677	70.003	38,2	7.496	4,1	99.178	57,7
Santa Fe	3.019.548	...	...	...	...	...	...
S. del Estero	531.010	...	...	...	...	...	...
Tucumán	1.423.256	459.288	32,2	20.802	1,5	943.666	66,3
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	209.756	35.972	17,1	18.105	8,6	155.679	74,2

... Datos no disponibles.

Fuente: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

Cuadro 42

INDICADORES HOSPITALARIOS DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
DEL SUBSECTOR OFICIAL (1984-1985)

JURISDICCION	PROMEDIO DE PERMANENCIA		PORCENTAJE OCUPACIONAL		GIRO DE CAMAS		RAZON CONSULT./EGR.		RAZON CONSUL. OBSTET./PARTO		PORCENTAJE PARTOS/EGRES.	
	1984	1985	1984	1985	1984	1985	1984	1985	1984	1985	1984	1985
REP. ARG.	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cap. Fed.	12,5	11,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Buenos Aires	15,4	14,1	78,5	74,3	23,0	23,0	37,8	36,4	8,3	8,3	15,0	16,5
Catamarca	10,5	7,3	72,5	70,8	17,2	18,3	30,0	29,7	5,4	...	20,2	18,0
Córdoba	24,8	23,1	60,3	39,1	20,9	19,5	9,8	19,9	1,5	4,2	16,5	19,5
Corrientes	9,8	9,6	72,0	71,2	9,8	10,4	39,3	37,4	8,9	9,9	17,3	16,7
Chaco	7,4	7,1	63,6	64,9	23,7	29,7	21,3	22,3	6,4	4,6	21,2	22,8
Chubut	9,6	9,4	59,4	57,7	29,1	24,7	24,8	27,0	5,4	5,5	25,1	25,6
Entre Ríos	13,6	14,0	62,8	60,0	22,6	22,4	20,3	21,4	...	9,2	16,2	16,7
Formosa	6,0	6,0	52,3	53,0	14,0	13,8	17,9	16,3	6,2	5,9	16,0	13,5
Jujuy	9,7	9,1	57,5	55,0	34,9	33,6	16,3	18,8	3,5	4,1	18,8	20,1
La Pampa	10,3	9,4	64,6	58,8	24,4	23,5	24,9	21,9	9,2	7,3	18,0	19,2
La Rioja	7,6	6,5	46,7	41,5	16,6	16,1	28,0	31,6	...	8,1	...	16,0
Mendoza	11,8	10,6	36,8	31,9	17,8	18,0	25,7	23,7	5,1	4,9	23,4	24,2
Misiones	8,5	8,1	74,4	69,6	23,0	23,8	26,8	24,7	4,4	4,0	19,0	18,9
Neuquén	7,7	7,1	70,7	67,9	30,2	30,5	17,2	17,9	5,2	5,0	25,2	28,0
Río Negro	9,0	8,6	65,0	60,5	31,0	30,9	34,0	34,1	8,1	8,4	22,1	23,1
Salta	9,5	9,2	59,8	58,8	23,0	24,8	21,9	26,0	3,9	10,1	20,2	18,9
San Juan	8,7	8,4	69,3	68,1	26,6	27,0	29,0	33,0	3,5	3,6	18,4	19,7
San Luis	10,1	9,3	64,3	63,2	26,8	27,4	26,6	26,7	5,1	5,5	20,4	20,2
Santa Cruz	10,4	8,9	49,0	43,0	17,7	16,8	20,7	19,4	2,3	4,7	19,5	19,2
Santa Fe	14,0	13,7	50,1	46,2	17,6	18,9	20,0	21,0	5,5	5,2	16,0	19,6
S. del Estero	8,3	7,7	63,9	62,4	16,6	16,7	27,1	31,1	7,1	...	12,1	...
Tucumán	11,5	10,5	56,2	54,6	24,8	25,9	14,8	12,7	3,6	1,3	25,3	21,0
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	6,5	6,3	58,4	55,6	18,5	19,2	28,3	30,3	1,6	1,5	27,3	28,8
	6,5	6,3	59,0	60,5	28,2	35,1	59,0	55,2	...	7,0	...	29,6

Fuente: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

Cuadro 43

POBLACION (EN MILES). EGRESOS. DIAS-CAMA DISPONIBLES.
PACIENTES-DIA Y CONSULTAS MEDICAS. POR JURISDICCION (1986)

JURISDICCION	POBLACION		EGRESOS		D/CAMA DISPONIBIL.		PACIENTES-DIA		CONSULTAS MEDICAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REP. ARG.	29.868	100,0	1.377.062	100,0	26.753.445	100,0	16.986.390	100,0	38.472.403	100,0
Cap. Fed.*	2.924	9,8	143.336	10,4	2.230.051	8,3	1.631.728	9,6	5.109.105	13,3
Buenos Aires	12.226	40,9	416.808	30,3	8.520.030	31,8	6.062.902	35,7	13.027.884	33,9
Catamarca	230	0,8	15.558	1,1	284.804	1,1	107.766	0,6	309.279	0,8
Córdoba	2.629	8,8	97.101	7,1	3.311.140	12,6	2.332.800	13,7	3.168.098	8,2
Corrientes	724	2,4	52.271	3,8	938.698	3,5	517.288	3,1	1.035.236	2,7
Chaco	791	2,7	51.933	3,8	676.367	2,5	364.319	2,1	1.357.138	3,5
Chubut	316	1,1	20.930	1,5	354.415	1,3	192.750	1,1	469.835	1,2
Entre Ríos	968	3,2	66.595	4,8	1.640.200	6,1	906.393	5,3	1.105.853	2,9
Formosa	338	1,1	26.980	1,9	308.597	1,1	161.301	0,9	529.503	1,4
Jujuy	487	1,6	45.445	3,3	711.383	2,7	411.917	2,4	953.939	2,5
La Pampa	231	0,8	12.670	0,9	267.810	1,0	120.900	0,7	428.694	1,1
La Rioja	183	0,6	12.121	0,9	247.106	0,9	80.541	0,5	265.487	0,7
Mendoza	1.344	4,5	67.768	4,9	1.061.488	4,0	741.088	4,4	1.936.786	5,0
Misiones	690	2,3	44.425	3,2	499.110	1,9	347.041	2,1	793.501	2,1
Neuquén	315	1,0	26.458	1,9	296.627	1,1	177.248	1,0	910.074	2,1
Río Negro	477	1,6	27.524	2,0	407.929	1,5	228.908	1,4	753.324	1,9
Salta	768	2,6	68.866	5,0	1.636.470	6,1	637.731	3,8	1.970.752	5,1
San Juan	520	1,7	31.300	2,3	406.900	1,5	250.400	1,5	846.724	2,2
San Luis	234	0,8	13.149	1,0	280.786	1,0	105.505	0,6	282.601	0,7
Santa Cruz	138	0,5	7.515	0,5	149.097	0,6	70.677	0,4	175.801	0,5
Santa Fe	2.675	9,0	91.692	6,7	1.973.417	7,4	1.232.873	7,3	2.564.774	6,7
S. del Estero	660	2,2	36.617	2,7	551.020	2,0	304.314	1,8	478.015	1,2
Tucumán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

*Datos correspondientes exclusivamente a hospitales municipales. Incluye el recién nacido sano como egreso hospitalario.
Fuente: datos de población: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimaciones por provincia según sexo y edad, basadas en la proyección 1950-2025 del total del país. Se excluyen las poblaciones de Tucumán y Tierra del Fuego dado que dichas jurisdicciones no remitieron información de producción de servicios. Datos de producción de servicios: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

Cuadro 44

EGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN ESPECIALIDADES SELECCIONADAS Y PARTOS,
POR JURISDICCION (1986)

JURISDICCION	EGRESOS							PARTOS
	TOTAL	PEDIATRIA		OBSTETRICIA*		OTROS		
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	
REP. ARG.	1.377.062	187.315	...	232.354	...	488.314	...	181.996
Cap. Fed.	143.336	53.393	37,2	34.389	24,0	55.554	38,8	25.775
Buenos Aires	416.808	...	...	...	...	...	...	...
Catamarca	15.558	3.932	25,3	3.631	23,3	7.995	51,4	3.244
Córdoba	97.101	13.949	14,4	20.453	21,1	62.699	64,5	16.233
Corrientes	52.271	...	...	...	...	...	...	13.405
Chaco	51.933	9.868	19,0	15.175	29,2	26.890	51,8	13.899
Chubut	20.930	6.896	32,9	5.920	28,3	8.114	38,8	3.794
Entre Ríos	66.595	12.887	19,4	14.068	21,1	39.640	59,5	9.814
Formosa	26.980	6.137	22,7	8.661	32,1	12.182	45,2	6.182
Jujuy	45.445	10.964	24,1	13.023	28,7	21.458	47,2	9.398
La Pampa	12.670	1.654	13,1	3.222	25,4	7.794	61,5	2.585
La Rioja	12.121	1.942	16,0	3.951	32,6	6.228	51,4	2.780
Mendoza	67.768	11.916	17,6	22.232	32,8	33.620	49,6	16.925
Misiones	44.425	7.487	16,9	10.797	24,3	26.141	58,8	12.493
Neuquén	26.458	4.861	18,4	7.285	27,5	14.312	54,1	6.232
Río Negro	27.524	5.151	18,7	8.089	29,4	14.282	51,9	6.253
Salta	68.866	8.463	12,3	17.387	25,2	43.006	62,5	...
San Juan	31.300	5.101	16,3	6.322	20,2	19.877	63,5	6.684
San Luis	13.149	2.515	19,1	3.967	30,2	6.667	50,7	2.767
Santa Cruz	7.515	1.163	15,6	2.277	30,3	4.065	54,1	1.668
Santa Fe	91.692	13.039	14,2	20.260	22,1	58.393	63,7	11.240
S. del Estero	36.617	5.967	16,3	11.245	30,7	19.395	53,0	10.625
Tucumán	...	...	...	...	...	...	...	...
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	...	...	...	...	...	...	...	...

Nota: los porcentajes se calcularon sobre cada total jurisdiccional.

*En los egresos del servicio de Obstetricia están incluidos los partos.

... Datos no disponibles.

Fuente: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

Cuadro 45

CONSULTAS MEDICAS TOTALES Y SEGUN ESPECIALIDADES SELECCIONADAS,
POR JURISDICCION (1986)

JURISDICCION	TOTAL	PEDIATRIA		OBSTETRICIA		OTRAS	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
REP. ARG.	38.472.403	9.551.240	...	3.095.790	...	12.797.489	...
Cap. Fed.	5.109.105	1.224.362	24,0	1.955.512	38,3	1.929.231	37,7
Buenos Aires	13.027.884	...	...	...	...	...	...
Catamarca	309.279	151.760	49,1	13.408	4,3	144.111	44,6
Córdoba	3.168.098	1.406.366	44,4	151.998	4,8	1.609.734	50,8
Corrientes	1.035.236	530.044	51,2	69.417	6,7	435.775	42,1
Chaco	1.357.138	836.442	61,6	89.551	6,6	431.145	31,8
Chubut	469.835	172.358	36,7	45.510	9,7	251.967	53,6
Entre Ríos	1.105.853	204.689	18,5	57.937	5,2	843.227	76,3
Formosa	529.503	263.417	49,7	25.120	4,7	240.966	45,6
Jujuy	953.939	304.337	31,7	87.138	9,1	562.464	59,0
La Pampa	428.694	70.050	16,3	21.139	4,9	337.505	78,8
La Rioja	265.487	142.872	53,8	12.131	4,6	110.484	41,6
Mendoza	1.936.786	926.841	47,8	63.121	3,3	946.824	48,9
Misiones	793.501	402.465	50,7	60.235	7,6	330.801	41,7
Neuquén	910.074	415.852	45,7	54.491	6,0	439.731	48,3
Río Negro	753.324	353.300	46,9	113.681	15,1	286.343	38,0
Salta	1.970.752	667.627	33,9	109.042	5,5	1.194.083	60,6
San Juan	846.724	485.042	57,3	36.320	4,3	325.362	38,4
San Luis	282.601	127.308	45,0	6.131	2,2	149.162	52,8
Santa Cruz	175.801	59.514	33,9	10.598	6,0	105.689	60,1
Santa Fe	2.564.774	565.989	22,1	81.281	3,2	1.917.504	74,7
S. del Estero	478.015	240.605	50,3	32.029	6,7	205.381	43,0
Tucumán	...	...	...	...	...	...	...
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	...	...	...	...	...	...	...

Nota: los porcentajes se calcularon sobre cada total jurisdiccional.

... Datos no disponibles.

Fuente: cifras proporcionadas por las jurisdicciones.

INDICADORES HOSPITALARIOS DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
DEL SUBSECTOR OFICIAL (1986)

JURISDICCION	PROMEDIO DE PERMANENCIA	PORCENTAJE OCUPACIONAL	GIRO DE CAMAS	RAZON CONSULT./EGR.	PORCENTAJE PARTOS/EGRES.
REP. ARG.	...	...	...	...	...
Cap. Fed.	11,4	73,2	23,5	35,6	18,0
Buenos Aires	14,5	71,2	17,9	31,3	...
Catamarca	18,3	37,8	19,9	19,9	20,8
Córdoba	24,0	70,4	10,7	32,6	16,7
Corrientes	9,9	55,1	20,3	19,8	25,6
Chaco	7,0	53,9	28,0	26,1	26,8
Chubut	9,2	54,4	21,6	22,4	18,1
Entre Ríos	13,6	55,3	14,8	16,6	14,7
Formosa	6,0	52,3	31,9	19,6	22,9
Jujuy	9,1	57,9	23,3	21,0	20,7
La Pampa	9,5	45,1	17,3	33,8	20,4
La Rioja	6,6	32,6	17,9	21,9	22,9
Mendoza	10,9	69,8	23,3	28,6	25,0
Misiones	7,8	69,5	32,5	17,9	28,1
Neuquén	6,7	59,8	32,6	34,4	23,6
Río Negro	8,3	56,1	24,6	27,4	22,7
Salta	9,3	39,0	15,4	28,6	...
San Juan	8,0	61,5	28,1	27,1	21,4
San Luis	8,0	37,6	17,1	21,5	21,0
Santa Cruz	9,4	47,4	18,4	23,4	22,2
Santa Fe	13,4	62,5	17,0	28,0	12,3
S. del Estero	8,3	55,2	24,3	13,1	29,0
Tucumán	...	...	...	...	...
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	...	...	...	...	...

Cuadro 47

CONSULTAS MEDICAS TOTALES Y SEGUN SERVICIOS SELECCIONADOS.
 POR JURISDICCION VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTAJES (1987)

JURISDICCION	TOTAL		CLINICA MEDICA		CLINICA QUIRURG		PEDIATRIA		OBSTETRICIA		OTROS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REP. ARG.	41.342.264	100,00	6.722.935	...	1.503.655	...	6.649.717	...	1.206.975	...	9.910.400	...
Cap. Fed.	5.257.107	100,00	1.318.845	25,09	976.799	18,58	121.119	2,30	200.466	3,81	1.539.878	29,29
Buenos Aires	13.566.946	100,00	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Catamarca	559.691	100,00	31.181	5,57	5.241	0,94	77.499	13,85	12.411	2,22	433.329	77,42
Córdoba	2.104.073	100,00	260.905	12,40	79.955	3,80	934.208	44,40	100.996	4,80	728.009	34,60
Corrientes	1.072.730	100,00	...	...	...	...	525.628	49,00	60.453	5,64	486.619	45,36
Chaco	1.448.876	100,00	1.166.520	80,51	9.076	0,63	44.866	3,10	39.675	2,74	188.739	13,03
Chubut	483.541	100,00	64.267	13,29	15.522	3,21	136.202	28,17	35.417	7,32	232.133	48,01
Entre Ríos	1.093.536	100,00	433.024	39,60	35.460	3,24	210.204	19,22	58.178	5,32	356.670	32,62
Formosa	...	100,00	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jujuy	1.251.613	100,00	503.661	40,24	10.955	0,88	294.743	23,55	76.379	6,10	365.875	29,23
La Pampa	520.681	100,00	224.770	43,17	6.342	1,22	78.922	15,16	27.447	5,27	183.200	35,18
La Rioja	235.871	100,00	33.143	14,05	3.418	1,45	104.124	44,14	11.056	4,69	80.130	33,97
Mendoza	1.941.721	100,00	528.496	27,22	42.065	2,17	571.272	29,42	105.775	5,45	694.113	35,75
Misiones	954.024	100,00	...	...	...	...	477.873	50,09	66.860	7,01	409.291	42,90
Neuquén	935.717	100,00	...	...	...	...	408.842	43,69	58.292	6,23	468.583	50,08
Río Negro	775.687	100,00	...	...	...	...	364.573	47,00	31.674	4,08	379.440	48,92
Salta	3.454.893	100,00	148.537	4,30	31.415	0,91	593.217	17,17	52.142	1,51	1.952.107	56,50
San Juan	813.803	100,00	316.264	38,36	13.297	1,63	424.147	52,12	60.095	7,38	...	...
San Luis	281.394	100,00	...	...	26.469	9,41	84.458	30,01	19.970	7,10	150.497	53,48
Santa Cruz	154.278	100,00	22.347	14,48	4.454	2,89	33.912	21,98	8.557	5,55	85.008	55,10
Santa Fe	2.182.277	100,00	1.433.531	65,69	224.863	10,30	416.724	19,10	75.315	3,45	31.843	1,46
S. del Estero	557.202	100,00	184.122	33,04	10.480	1,88	241.870	43,41	36.753	6,60	83.877	15,05
Tucumán	1.405.921	100,00	...	...	...	...	455.550	32,40	38.051	2,71	912.320	64,89
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	290.682	100,00	53.322	18,34	7.844	2,70	49.764	17,12	31.013	10,67	148.739	51,17

... Datos no disponibles.

Fuente: cifras provisorias proporcionadas por las jurisdicciones (excluidos los establecimientos de enfermos crónicos).

Cuadro 48

EGRESOS, DIAS-CAMA DISPONIBLES, PACIENTES-DIA, CONSULTAS MEDICAS, PARTOS Y PORCENTAJES DE PARTOS
 SOBRE EL TOTAL DE EGRESOS POR JURISDICCION. VALORES ABSOLUTOS Y FRECUENCIAS
 RELATIVAS PORCENTAJES (1987)

JURISDICCION	EGRESOS		D/CAMA DISPONIBL.		PACIENTES-DIA		CONSULTAS MEDICAS		PARTOS		% PARTOS SOBRE EGRESOS
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
REP. ARG.	1.445.099	100,00	25.174.702	100,00	16.512.368	100,00	41.342.264	100,00	200.143	100,00	...
Cap. Fed.	144.481	10,00	2.151.043	8,54	1.637.072	9,91	5.257.107	12,72	25.859	12,92	17,90
Buenos Aires	472.707	32,71	8.890.729	35,32	6.243.320	37,81	13.566.946	32,82	...	...	...
Catamarca	16.370	1,06	292.730	1,16	116.290	0,70	559.691	1,35	3.121	1,56	20,31
Córdoba	89.844	6,22	2.823.191	11,21	2.048.964	12,41	2.104.073	5,09	17.748	8,87	19,75
Corrientes	50.916	3,52	845.410	3,36	554.385	3,36	1.072.730	2,59	11.353	5,67	22,30
Chaco	53.030	3,67	677.259	2,69	363.200	2,20	1.448.876	3,50	13.376	6,68	25,22
Chubut	20.036	1,39	338.074	1,34	185.966	1,13	483.541	1,17	3.898	1,95	19,45
Entre Ríos	64.815	4,49	1.142.230	4,54	646.664	3,92	1.093.536	2,65	10.206	5,10	15,75
Formosa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jujuy	45.331	3,14	728.710	2,89	411.553	2,49	1.251.613	3,03	8.975	4,48	19,78
La Pampa	14.543	1,01	272.046	0,92	135.164	0,82	520.681	1,26	2.723	1,36	18,72
La Rioja	11.521	0,80	228.890	0,91	73.322	0,44	235.871	0,57	2.630	1,31	22,83
Mendoza	72.023	4,98	1.062.527	4,22	758.744	4,60	1.941.721	4,70	18.766	9,38	26,06
Misiones	47.416	3,28	521.704	2,07	359.151	2,18	954.024	2,31	12.972	6,47	27,36
Neuquén	27.816	1,92	299.712	1,19	177.311	1,07	935.717	2,26	6.479	3,24	23,29
Río Negro	27.068	1,87	393.303	1,56	207.109	1,25	775.687	1,88	5.598	2,80	20,68
Salta	67.404	4,66	942.612	3,74	622.320	3,77	3.454.893	8,36	11.838	5,91	17,56
San Juan	31.328	2,17	407.264	1,62	250.654	1,52	813.803	1,97	6.660	3,33	21,26
San Luis	13.239	0,92	244.185	0,97	116.638	0,71	281.394	0,68	2.863	1,43	21,63
Santa Cruz	7.252	0,50	170.455	0,68	79.951	0,48	154.278	0,37	1.530	0,76	21,10
Santa Fe	87.991	6,09	1.408.996	5,60	785.700	4,76	2.182.277	5,28	11.000	5,50	12,50
S. del Estero	36.720	2,54	558.369	2,22	297.413	1,80	557.202	1,35	8.047	4,02	21,91
Tucumán	44.198	3,06	815.263	3,24	441.477	2,67	1.405.921	3,40	14.501	7,25	32,81
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	...	...	...	...	...	...	290.682	0,70	...	...	...

... Sin información.

Fuente: cifras provisorias proporcionadas por las jurisdicciones (excluidos los establecimientos de enfermos crónicos).

EGRESOS TOTALES Y SEGUN SERVICIOS SELECCIONADOS, POR JURISDICCION.
VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTAJES (1987)

JURISDICCION	TOTAL		CLINICA MEDICA		CLINICA QUIRURG.		PEDIATRIA		OBSTETRICIA		OTROS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REP. ARG.	1.445.099	...	213.403	...	117.598	...	179.275	...	251.313	...	210.813	...
Cap. Fed.	144.481	100,00	20.722	14,34	28.687	19,86	54.278	37,57	34.964	24,20	5.830	4,04
Buenos Aires	472.707	100,00	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Catamarca	15.370	100,00	3.471	22,58	1.366	8,89	3.669	23,87	3.600	23,42	3.264	21,24
Córdoba	89.844	100,00	14.644	16,30	12.758	14,20	9.973	11,10	19.137	21,30	33.332	37,10
Corrientes	50.916	100,00	...	...	...	...	7.530	14,79	11.832	23,24	31.554	61,97
Chaco	53.030	100,00	21.395	40,35	3.839	7,24	10.118	19,08	14.262	26,89	3.416	6,44
Chubut	20.036	100,00	2.683	13,39	2.242	11,19	3.071	15,33	4.795	23,93	7.245	36,16
Entre Ríos	64.815	100,00	22.940	35,39	10.300	15,89	8.307	12,82	13.000	20,06	10.268	15,84
Formosa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jujuy	45.381	100,00	11.637	25,64	3.406	7,51	11.338	24,98	12.780	28,16	6.220	13,71
La Pampa	14.543	100,00	6.236	42,88	1.798	12,36	1.800	12,38	3.558	24,47	1.151	7,91
La Rioja	11.521	100,00	3.967	34,43	1.400	12,15	1.100	9,55	3.808	33,05	1.246	10,82
Mendoza	72.023	100,00	11.458	15,91	10.131	14,07	13.972	19,40	23.238	32,26	13.224	18,36
Misiones	47.416	100,00	6.508	13,73	3.680	7,76	8.023	16,92	11.503	24,26	17.702	37,33
Neuquén	27.816	100,00	3.127	11,24	3.310	11,90	5.158	18,54	8.647	31,09	7.574	27,23
Río Negro	27.068	100,00	7.128	26,33	2.718	10,04	4.562	16,85	8.143	30,08	4.517	16,69
Salta	67.404	100,00	8.694	12,90	4.938	7,33	8.489	12,59	20.954	31,09	24.329	36,09
San Juan	31.328	100,00	9.654	30,82	4.016	12,82	5.717	18,28	8.585	27,40	3.346	10,68
San Luis	13.239	100,00	2.777	20,98	1.505	11,37	2.770	20,92	3.793	28,65	2.394	18,08
Santa Cruz	7.252	100,00	3.020	41,64	975	13,44	1.071	14,77	1.402	19,33	784	10,81
Santa Fe	87.991	100,00	41.364	47,01	17.188	19,53	8.869	10,08	18.252	20,74	2.318	2,63
S. del Estero	36.720	100,00	11.978	32,62	3.341	9,10	7.009	19,09	10.851	29,55	3.541	9,64
Tucumán	44.198	100,00	...	...	...	...	2.431	5,50	14.209	32,15	27.558	62,35
T. del Fuego, Ant. e Islas de Atl. Sur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Nota: en los egresos del servicio de Obstetricia están incluidos los partos.
... Datos no disponibles.

Fuente: cifras provisorias proporcionadas por las jurisdicciones (excluidos los establecimientos de enfermos crónicos).

Situación de los sistemas de planificación en Argentina

Al analizar las características generales de una técnica de gobierno sectorial como la planificación en salud, pueden identificarse algunos rasgos de la actual coyuntura que vive el país en su conjunto.

La situación política, a pesar de las presiones de los sectores más extremistas, parece consolidarse a través de una rotación de poder encuadrada dentro del marco constitucional, que consagra un sistema pluralista con espacios múltiples de articulación de intereses en pugna.

La situación económica, signada por el pago de una deuda externa tan ilegítima como usuraria, ha presado la capacidad adquisitiva de la población en una situación de no crecimiento global pero de lógica exacerbación de la puja distributiva, dado que dicha puja es literalmente ganada por los agentes económicos más fuertes, algunos de los cuales han mantenido o incrementado su patrón de acumulación a pesar de la crisis. Así, la Argentina se ha transformado en un país económicamente más inequitativo que 20 años atrás.

Los fenómenos de afianzamiento del sistema democrático y puja distributiva salvaje no son ajenos al sector salud que, sometido a su propia dinámica de crecimiento, intenta expandir su participación relativa en la riqueza nacional. De manera que la presión se hace sentir en los presupuestos estatales, en los cuales las partidas para los sectores sociales intentan amortizar los efectos de la caída del nivel adquisitivo, aun cuando, en ocasiones, el sector salud utilice esos recursos para incrementar su equipamiento tecnológico en rubros que poco o nada tienen que ver con servicios redistributivos para la población de menores ingresos.

La seguridad social, en crisis por la declinación del salario del cual depende en forma directa, ha visto caer su capacidad financiadora y de regulación indirecta del sector privado.

El sector privado, a la vez que logró salir de la encerrona del nomenclador merced a la generalización de aranceles diferenciales e imponer una mayor cuota de financiamiento desde el bolsillo de la población, ve con beneplácito el incremento de la bolsa de la seguridad social, pero difícilmente se avenga a retractarse de una práctica arancelaria que utilizará políticamente como reaseguro para la caída de aranceles, y económicamente como un escalón significativo en su financiamiento.

El sector se ve flanqueado por variables de difícil control, como el incremento de la presión por incorporación tecnológica producido sobre todo por la dinámica exportadora de los complejos médico-industriales de Estados Unidos, Japón y Alemania Occidental (y, en menor medida, Inglaterra e Israel).

El incremento sostenido de la oferta de profesionales universitarios, en especial médicos, confrontado con la relativa rigidez de absorción del sector público, sigue haciendo caer el valor del salario en la mayoría de los segmentos del mercado de trabajo -lo que hace altamente rentable el acometimiento de "empresas médicas" (algunas de aventureros) que se ocupan de medicina laboral o de servicios de urgencia, o clínicas suburbanas con médicos semiasalariados- y genera una proporción significativa de nuevos agentes económicos (individuales o colectivos) que, a través de estrategias de diversificación (especialización, subespecialización y profusión de modalidades de organización), operan como amplificadores del gasto global en salud.

En estas circunstancias, los estados nacional y provinciales, atrapados en su propia dinámica política e histórico-constitucional, intentan resolver la ecuación federalización-descentralización en un contexto donde la salud presenta un sector público federal y una seguridad social unitaria que deben adecuar sus propuestas a una ley de seguro que supone significativos traslados en las cuotas de poder.

Así, el nivel nacional intenta definir su rol en el marco de un sistema de salud federalizado y descentralizado. Ello permitirá emprender la recuperación del liderazgo técnico y desarrollar acciones de cooperación técnica y financiera, a fin de garantizar la equidad global del sistema en un país donde la distribución del producto geográfico dista de ser justa y equitativa.

Si desean mejorar los niveles de salud de su población, los gobiernos provinciales deberán hacer frente a la gran presión de la administración de los servicios propios (solo remediable mediante mecanismos de descentralización); asimismo, deberán profundizar su rol de reguladores de los servicios privados de la provincia y de agentes del seguro como regulador-prestador, y llevar a cabo una coordinación regional con las provincias vecinas, así como coordinar acciones con los otros sectores económicos y sociales del gobierno provincial. Todo ello, en el contexto de una enorme fragmentación de poder intra e interinstitucional que ha hecho caer significativamente la capacidad de la infraestructura institucional para la toma de decisiones.

Cabe señalar que la administración pública -en el sector y fuera de él- presenta en este campo un marcado atraso y consecuente descrédito, y está sometida a rutinas burocratizadas alejadas de los mecanismos de la decisión política, que en la actualidad se alimentan mucho más de información obtenida a través de datos periodísticos o provenientes de canales políticos que de la observación directa de servicios. Esto determina que la agenda de la conducción política se sature de actividades fragmentarias y prive un aire de desconfianza respecto a la información proveniente de la línea lo cual produce en algunas provincias problemas de diálogo entre los funcionarios técnicos y los políticos.

Por otra parte, las respuestas a los problemas de salud de la población se vuelven rígidas y estereotipadas, ya que la ausencia o falta de oportunidad de información, de investigación epidemiológica y operacional y, en especial, de análisis de los datos existentes no permite recoger su rica dinámica, y los sistemas de salud parecen apostar a que los problemas de salud de la población se mantienen constantes y, en consecuencia, pueden enfrentarse con programas y servicios repetidos hasta el infinito.

La posibilidad de salir de esta situación problemática incrementando significativamente la capacidad de gobierno es un proyecto en el que la Secretaría ha puesto un énfasis significativo a través de la prioridad otorgada al proceso de federalización-descentralización y la coordinación de los otros programas en este eje articulador.

El panorama general dominante no impide la identificación de algunos avances significativos alcanzados en esta área. En primer lugar, debe considerarse como un valioso antecedente el incremento del interés por la capacitación de posgrado en administración de salud, que ha originado una cantidad importante de cursos, algunos de ellos con técnicas y modalidades educativas altamente innovadoras. Este interés creciente obedece en parte a los cambios introducidos en las carreras médico-sanitarias de varias provincias, que exigen

este tipo de capacitación para acceder a cargos de conducción (Salta, Chubut, Córdoba, Buenos Aires, Capital Federal, etc.) y, en parte, a una mayor descentralización y participación intra y extraorganizacional que incrementa el mundo de profesionales preocupados por temas de salud colectiva, salud pública o medicina social.

Una estimación promedio de los últimos 4 años, habla de una oferta anual de 22 cursos y cerca de 1.100 alumnos anuales; buena parte de los cursos introducen módulos de planificación estratégica. Esta dinámica se refleja en el campo de la organización sectorial. A la par de una modificación sustancial de los aspectos estructurales y funcionales del Ministerio de Salud de la Nación que responde al proceso de federalización/descentralización, un número significativo de provincias ha avanzado en lo que podría denominarse la constitución de sistemas provinciales de salud. Las propuestas más innovadoras incluyen sistemas de decisión colegiados con representación institucional múltiple, y niveles de descentralización cercanos a los que gozan las universidades o las empresas del Estado (autarquía).

En una realidad tan heterogénea, los procesos de planificación se han dinamizado generalmente por demandas de los organismos de planificación global de los gobiernos provinciales, y solo ocasionalmente por iniciativa sectorial. En todos los casos, han reiterado procesos de planificación normativos que culminan en un documento/plan de escasa repercusión práctica y baja articulación con los procesos gerenciales y presupuestarios.

Las propuestas de planificación estratégica, en cambio, puede decirse que lograron influir sobre diferentes instancias de conducción, ministerios, regiones, hospitales, etc., pero lograron muy poco en lo relativo a las técnicas e instrumentos metodológicos. Así, se verifica un avance significativo en la difusión del pensamiento estratégico en el personal de conducción y un retraso conceptual en algunos grupos técnicos.

Capítulo VI

ECONOMIA Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Financiamiento de la salud

En Argentina se gastó aproximadamente el 8,20%¹⁶ del producto bruto interno en salud en 1985. Con un PBI de 70.000 millones de dólares (sin considerar una parte de economía negra o informal), el gasto global se sitúa en el orden de los 5.600 millones de dólares anuales y unos 190 dólares por habitante. Este nivel de gasto per cápita representa el tercero del continente americano después de Estados Unidos y Canadá.

En la medida en que el producto bruto argentino presenta cifras similares a las de los años setenta, dada la crisis de crecimiento que aqueja al país, cuya población aumenta a una tasa que ronda el 1,5 anual, existe una creciente presión distributiva por los recursos. En razón de que el poder social está diferencialmente distribuido y los sectores de altos ingresos consiguen defender mejor su parcela de recursos, el peso del ajuste redistributivo recae con mayor intensidad en los segmentos más vulnerables de la sociedad, que son precisamente aquellos en quienes descansa el mayor esfuerzo de reproducción demográfica.

El nivel del gasto en salud debe ser comparado a lo largo de distintos momentos del tiempo para interpretar su evolución *vis à vis* no solamente el producto interno bruto sino también el crecimiento de la población. Las cifras que aparecen en el cuadro 50 dan una idea de la situación a lo largo de 15 años.

Cuadro 50

GASTO EN SALUD

Año	PBI	GTS	GTS*
	POB**	POB	PBI
1970	100,0	100,0	100,0
1980	106,6	91,5	85,8
1985	87,9	98,8	106,1

*GTS: gasto total en salud.

**POB: crecimiento poblacional.

Fuente: González García, G. *et al.* *El gasto en salud y en medicamentos*. Buenos Aires, CEDES/CINCISA, 1988.

¹⁶ González García G. *et al.* *El gasto en salud y en medicamentos*. Buenos Aires, CEDES/CINCISA, 1988.

Si bien el gasto total en salud aumentó como proporción del producto bruto interno (en parte debido a su crecimiento en términos absolutos) al disminuir este último en relación al crecimiento poblacional, existe en 1985 un menor gasto total en salud por persona. Decir que el gasto total en salud aumentó y que ello ocurrió también en relación a su proporción del producto bruto interno, oculta el hecho de que la situación resulta ser peor en un contexto de crecimiento de la población y achicamiento de la riqueza producida.

En Argentina el gasto en salud se compone de las erogaciones presupuestarias del sector público, equivalentes al 22,7% del total, los fondos del sistema de la seguridad social, que alcanzan al 39,2%, y el gasto privado de bolsillo que da cuenta del restante 38,1% del gasto.

En relación a esta estructura institucional del gasto, las cifras revelan también algunas variaciones en los últimos años. El cuadro 51 muestra la participación porcentual subsectorial en la financiación de 1970 a 1985.

Cuadro 51

PARTICIPACION SEGUN SUBSECTORES (PORCENTAJES)

Año	Subsectores		
	Público	Obras soc.	Privado
1970	19,5	22,8	57,7
1980	30,1	35,8	34,1
1985	22,7	39,2	38,1

Fuente: González García G. et al. *El gasto en salud...*, cit., p.105.

El comportamiento es distinto en el tiempo para cada sector, siendo solamente el de obras sociales el que aumenta su participación en forma sostenida. El sector público, en cambio, si bien crece entre 1970 y 1980, sufre posteriormente una contracción severa. Por su parte, el sector privado muestra una dinámica precisamente inversa a la del sector público: decrece en la primera fase para retomar su crecimiento en la década de 1980.

Dentro del sector público, se observan modificaciones en la distribución jurisdiccional de la ejecución del gasto. El cuadro 52 describe la situación.

Cuadro 52

PARTICIPACION PORCENTUAL DEL GASTO PUBLICO NACIONAL Y PROVINCIAL

Nivel jurisd.	1970	1986
Admin. nacional	48,7	27,8
Provincias	51,3	72,2

Fuente: elaborado a partir de los cuadros VIII 3 y VIII 4 del Proyecto de Ley de Presupuesto General de la Administración Pública Nacional, 1989, Trámite Parlamentario N° 108 29, setiembre, 1988. Mensaje 1335, pp. 3.143-3.144.

En el caso del sistema de obras sociales, del total de sus gastos en salud el 69% corresponde a los 12 institutos de administración mixta y a las obras sociales provinciales. Si a este grupo se agregan las obras sociales del personal de Dirección y las estatales, se llega al 80% del gasto total, concentrado en un grupo que excluye las obras sociales sindicales.

En relación con el gasto privado de bolsillo, en el cuadro 53 se observa su evolución creciente en las últimas tres décadas, comparativa a otras erogaciones que componen el consumo promedio en Capital Federal y el Gran Buenos Aires.

Cuadro 53

CANASTAS DE CONSUMO PROMEDIO (PORCENTAJES)

Rubros	1960	1970	1985
Alimentos/bebidas	59,2	46,3	38,2
Indumentaria	18,7	10,9	9,3
Vivienda	7,0	11,2	9,0
Salud	1,5	4,4	7,9
Transporte y comunicación	2,5	8,6	11,5
Esparcimiento y educación	3,5	6,4	10,0
Bienes y servicios varios	4,6	6,6	5,9

Fuente: Bour J., Sereno J., Susmel N. *Incidencia de los impuestos indirectos en el gasto de las familias*, Buenos Aires, FIEL, Documento de Trabajo núm 20, febrero de 1989, p. 11.

El gasto varía en su porcentaje por subpoblaciones territoriales. Así, de acuerdo con el estudio de Bour J. *et al.*, mientras que en 1985 en Capital Federal, los gastos para la salud llegan al 9,4%, en el Gran Buenos Aires el porcentaje desciende al 6,8% del total. Segundo, el gasto varía según tramo de ingreso. El porcentaje de gastos para la salud sobre el total en 1985 por estratos aparece en el cuadro 54.

Lo expuesto en los distintos cuadros revela que:

a) Hay una pérdida progresiva de la presencia del sector público nacional en el gasto total en salud, el cual aparece en forma creciente localizado en las jurisdicciones provinciales.

b) Hay una recuperación del gasto privado que lo sitúa subsectorialmente en el mismo nivel de importancia que los fondos de las obras sociales, y que ha tenido una evolución creciente como proporción del gasto total de bolsillo en relación a otras finalidades de consumo. Este gasto privado varía tanto regional como socialmente, concentrándose con mayor intensidad en los sectores de ingresos elevados y en la Capital Federal, donde se revela una muy elevada elasticidad ingreso del gasto en salud.

c) Entre las obras sociales y el gasto privado de bolsillo se financian cuatro quintos del gasto en salud.

Cuadro 54

CANASTAS DE CONSUMO SEGUN TRAMOS DE INGRESO. AÑO 1985 (PORCENTAJES)
(MENOR INGRESO I, MAYOR INGRESO V)

Rubros	Estratos				
	I	II	III	IV	V
Alimentos	57,7	47,6	41,3	36,2	25,4
Indumentaria	7,5	9,0	9,1	9,1	10,1
Vivienda	8,3	9,0	9,0	8,1	9,7
Equipamiento hogar	6,1	6,1	6,6	7,7	9,9
Salud	4,8	6,8	7,4	8,8	8,7
Transp. y comunic.	7,3	8,1	10,7	12,7	13,5
Esparcimiento	3,2	5,4	6,3	8,5	13,7
Educación	2,1	2,2	2,3	3,2	2,4
Bienes y servicios varios	5,7	5,4	6,9	5,3	6,0

Fuente: Bour J., Sereno J., Susmel N., *Incidencia de los impuestos...*, cit., p. 13.

Dentro de las obras sociales, un 70% del gasto se destina a financiar la oferta de servicios: médicos (28,8%), sanatorios (21,8%) y farmacia (19,70% del total). En base a esas proporciones, se estima que del total del gasto en salud el sector de clínicas privadas capta aproximadamente unos 1.200 millones de dólares por año mientras que fármacos y medicamentos ronda los 1.500 millones de la misma moneda.¹⁷

La oferta anual de estos servicios e insumos se incrementa en 5.000 médicos, 350 fármacos y un 4,2% de expansión de camas privadas. Este crecimiento del sector privado se sitúa sobre una base elevada de recursos disponibles (aproximadamente 90.000 médicos, 47.000 camas, y un elevado consumo de fármacos por persona que ronda los 50 dólares). La oferta, además, se caracteriza por su imperfección y su tendencia a oligopolizar los mercados en base a la creciente especialización y la diferenciación de productos que permiten captar rentas diferenciadas.¹⁸ La significación de estos hechos es múltiple.

En primer lugar, se produce el debilitamiento del sector público que atiende a los grupos de menores ingresos, en una época en que estos segmentos poblacionales han crecido demográficamente a una tasa de fecundidad mayor que la media, mientras soportan de manera desproporcionada el ajuste de la reducción del PBI por persona.

En segundo lugar, se visualiza un mayor gasto privado que podría estar ve-
lando varias situaciones concomitantes: por una parte, el alejamiento crecien

¹⁷ Katz, J. y Muñoz A., Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires, CEPAL, 1988.

¹⁸ Katz, J., Muñoz, A. y Tafani, R., Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud. Buenos Aires, OPS, 1988.

te de la población del sector público dado su deterioro, por otra, la compensación derivada del desfinanciamiento de las obras sociales, y, por último, una mayor capacidad de pago en aquellos sectores que durante la crisis consiguieron defender y aun incrementar sus ingresos. Esta última hipótesis es plausible a la luz de la evidencia recogida sobre la elasticidad ingreso del gasto en salud en ciertas áreas de Argentina.

En tercer lugar, por el lado de las obras sociales el aumento de su participación relativa en el gasto revela la influencia de las disposiciones legales que han incrementado a lo largo del tiempo porcentajes de descuentos obligatorios.

Finalmente, por el lado de la oferta, el incremento sostenido de los servicios e insumos sobre una base cuantitativa importante de recursos, no tiende a hacer caer los precios y a transferir los beneficios del progreso a los consumidores dadas las imperfecciones en las estructuras de mercado mencionadas.

Las políticas económicas adoptadas en los últimos años no han conseguido mantener la participación y nivel de los salarios (lo que sugiere una distribución regresiva y un mayor impulso al gasto privado por parte de quienes han ampliado su participación en el producto). Por otra parte, la legislación reciente aumentó nuevamente los porcentuales para la seguridad social dada la sanción del Seguro Nacional de Salud. Por último, el nivel presupuestado de gasto público nacional de salud sufrió un retraso relativo a otras finalidades. Considerando los tres factores, todo indica que el cuadro descrito en 1985 debe haberse acentuado en los últimos tres años. Las implicancias de esta situación son varias.

En primer término, en la medida en que la seguridad social continúe su trayectoria histórica de vincularse preferentemente como demanda a la oferta privada de servicios, el aumento de sus recursos permitirá una situación con menor crisis en la prestación de servicios privados cuando no una mayor privatización de la oferta de servicios privados por la entrada de nuevos segmentos de oferta al mercado. Existe consenso en el sentido de que la atención de la salud en Argentina tuvo un origen caracterizado por la existencia de una medicina privada para estratos de altos ingresos y una medicina pública para los segmentos más carenciados de la sociedad. Con la potenciación del sistema de obras sociales la atención de la salud no solo se asocia en mayor medida a los sindicatos, sino que también provoca el dislocamiento de parte del flujo del gasto privado de bolsillo hacia las nuevas organizaciones encargadas de financiar la salud. En cierta forma, la aparición de las obras sociales representó la posibilidad de concentrar parte del gasto privado atomizado y obtener así una capacidad de negociación mayor con los prestadores dado su nuevo nivel de concentración. El carácter privado de los servicios, sin embargo, se mantuvo y se fue acrecentando con el aumento de los recursos de la seguridad social.

En segundo término, habrá un nuevo estímulo para la consolidación de un modelo curativo basado en tecnología compleja y de costos crecientes; esto en función de que la elasticidad ingreso del gasto en salud es una de las más elevadas de la canasta de consumo, siendo solo superada por esparcimiento y transporte y comunicaciones. Como se mencionó, el gasto en salud según tramos de ingreso va del 4,8% del consumo total en el caso del 20% de la población más carenciada, al 8,8% en el caso del 20% de los segmentos de ingresos superiores. En otras palabras, cuanto más se gana, más se gasta en salud.

Dado que los aumentos del gasto son factibles (el gasto estadounidense por persona llega a los 2.000 dólares anuales, lo que implica que en Argentina podría destinarse todo el PBI a tal finalidad), y que el ingreso no ha sido distribuido más progresivamente, todo indica que el gasto privado de bolsillo se habrá de consolidar en los sectores de altos ingresos. Precisamente sobre esta tendencia se articula la creciente oferta de servicios médicos basados en las importación de equipos de alta tecnología.

Por otra parte, como la oferta de servicios e insumos continúa creciendo (ingreso irrestricto en las universidades, estímulo a la producción de medicamentos a través de un decreto presidencial, falta de regulación para la importación de equipos), todo sugiere que dentro del sector salud el ciclo no ha entrado todavía en su fase contractiva. La aparición de límites a la expansión comenzó a manifestarse en los últimos años a través de prácticas de pluri y multiempleo médico, sobrefacturación y sobreprestación. Este incipiente método de procesar una crisis inevitable de sobreoferta, sin embargo, podrá mantenerse en el futuro inmediato dado el aumento del financiamiento que se habrá de operar dentro del sistema de obras sociales y del gasto privado de bolsillo. En última instancia, la crisis que deberá eliminar segmentos de capital en el sector manifestándose entonces en quiebras de empresas y cierre de clínicas y sanatorios, solo será demorada en el tiempo pero ampliada en su potencia. Como corolario de lo expuesto, todo sugiere que no se hará más hincapié en la prevención, sino en el mismo tipo de atención de la salud que se ha practicado en los últimos años.

En tercer lugar, no está claro cuál será la fuerza que determine en el futuro las modificaciones en la morfología del sector. En el pasado mediano e inmediato, no caben dudas de que la seguridad social tuvo un rol predominante. El propio sector privado creció bajo su financiamiento. En la actualidad, con proporciones del gasto similares y con dos tendencias que al parecer se desarrollan en la misma dirección (aumento de los aportes en la seguridad social e incremento del gasto privado dada la distribución regresiva y la alta elasticidad ingreso del gasto en salud), todo dependerá de cuál de los dos mecanismos de financiamiento opere con mayor intensidad. En un contexto de salarios deprimidos y nivel de empleo estancado, pero con fuertes remuneraciones a los activos de capital, es posible que sea el gasto privado el que en el futuro establezca en qué dirección se moverá la morfología del sector.

Va de suyo que ante un cuadro de situación como el descrito, intentar revertir la tendencia de declinación del sector público articulándolo a los flujos de la seguridad social representa una meta que, para ser alcanzada, deberá enfrentar un pasado y un presente orientados en la dirección opuesta.

Gasto público nacional en salud

En esta sección se discute el gasto público nacional y su composición tal como aparece en el presupuesto de 1989. Antes de abordar el tema, sin embargo, es preciso destacar los montos efectivamente ejecutados por la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación en los años 1986, 1987, y 1988. Como se verá más adelante, la Secretaría de Salud concentra apenas dos terceras partes del gasto público nacional en salud, por lo que las cifras del cuadro 55 subestiman el monto total del mismo.

De acuerdo con estas cifras, el gasto efectivo de la Secretaría de Salud ha caído entre 1986 y 1988 en casi 86 millones de dólares, es decir, en un 41% del total. Los números revelan, asimismo, que el gasto efectivo no solo tiende a decrecer sino que no supera los 210 millones de dólares en el año de mayor abundancia de recursos ejecutados. Estas cifras deben tenerse en cuenta a continuación, pues si la suma presupuestada en dólares para 1989 (unos 400 millones para la Secretaría de Salud) se toma como pauta para la de los años anteriores (asumiendo así un estancamiento del gasto), se pone de relieve que la diferencia entre los niveles de presupuestación y el gasto efectivo oscila entre la mitad y dos terceras partes de lo previsto para gastar.

Cuadro 55

PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA NACION

Años	Australes	Dólares
1986	290.559.795	209.185.000
1987	592.669.798	147.430.000
1988	1.775.240.000	123.280.555

Nota: para la conversión en dólares se utilizó la tasa promedio entre el dólar oficial y el libre. Las paridades fueron 1,38 en 1986, 4,02 en 1987 y 14,4 en 1988.

Fuente: elaborado a partir de cifras de la Secretaría de Salud, Dirección de Presupuesto.

Dado que las cifras de contracción del gasto ejecutado son de gran magnitud, en el cuadro 56 se exponen los datos (excepto las partidas de personal) para la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, al solo efecto de observar otro nivel jurisdiccional que en la literatura aparece generalmente agrupado junto al gasto público nacional.

Cuadro 56

MUNICIPALIDAD DE BUENOS AIRES, SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE (PRESUPUESTO EJECUTADO EN DOLARES)

Partidas	1986	1987	1988
B.S.N.P*	35.364.374	18.748.117	20.246.091
Transferencias	607.603	3.248.778	4.814.857
Bienes de cap.	4.459.004	3.203.357	3.303.472
Total	40.430.981	25.200.252	28.364.420

*Bienes y servicios no personales.

Fuente: elaborado a partir de cifras de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires.

Una vez más, se visualiza la gran contracción del gasto ejecutado. Entre los años 1986 y 1987 esa caída llega al 37,6%, para recuperar entre 1987 y 1988 un 12,5%. La diferencia entre 1986 y 1988 resulta ser una disminución de casi el 30% centrándose la mayor reducción del gasto ejecutado en el rubro bienes y servicios no personales. La conclusión resulta inevitable, en el sentido de que el gasto público nacional en el sector salud ha perdido relevancia en los últimos tres años en una magnitud que oscila entre el 30% total para la Municipalidad de Buenos Aires y el 40% para la Secretaría de Salud.

En el año 1989, la finalidad salud dentro del presupuesto nacional concurre con el 4,3% del total, es decir, aproximadamente 608 millones de dólares. El cuadro 57 muestra el peso relativo que tal monto de recursos representa en relación a otras finalidades. Así, se observa que salud representa menos de la mitad de lo correspondiente a la deuda pública y solo el 12,5% de lo presupuestado para el desarrollo de la economía. Se ve también el porcentaje del total presupuestado que corresponde a 1987, 1988 y 1989, por finalidad.

Cuadro 57

GASTO PRESUPUESTADO POR FINALIDAD 1987-1988-1989 (PORCENTAJES)

Finalidad	1987	1988	1989
Administr. gral.	27,4	11,2	10,6
Defensa	7,2	11,5	11,5
Seguridad	2,7	3,9	3,9
Salud	3,5	4,4	4,3
Cultura y educación	8,0	11,1	10,9
Economía	24,9	33,8	34,3
Bienestar social	16,5	15,1	14,5
Ciencia y técnica	2,2	2,5	2,6
Deuda pública	7,3	9,6	10,8

Fuente: elaboración propia a partir de los proyectos de ley de Presupuestos de los años respectivos. Trámites Parlamentarios N 150 de 1987 y Trámites Parlamentarios N 43 y 108 de 1988, Congreso de la Nación.

La comparación con los dos presupuestos que precedieron al de 1989 revela que la evolución del gasto en la finalidad salud se ha caracterizado por un aumento en 1988 equivalente al 25% de la proporción presupuestada en 1987 y su posterior estabilización para el año 1989, en casi el mismo porcentaje del total de 1988. Este aumento, sin embargo, ha sido de menor significación que el verificado en la finalidad defensa, seguridad, cultura y educación, economía y aun la deuda pública, incrementos logrados a expensas del gasto presupuestado para la administración general y, en una pequeña medida, bienestar social.

En otras palabras, salud solo supera en la proporción de su aumento a ciencia y técnica, que es la finalidad menos favorecida del total. De aquí puede concluirse que, en términos de gasto presupuestado, salud ha sido un sector

incapaz de lograr la acreditación presupuestaria de los recursos liberados por la administración general. De manera que, a estar por el mandato otorgado por el Congreso para gastar en diversas finalidades, el perfil de la adjudicación en los últimos tres años revela un Estado crecientemente interventor en la economía, no interesado en la innovación científica, y que ha colocado a salud en una situación de menor avance relativo frente a otras finalidades.

La explicación de esta regresión en la captura de los créditos autorizados por el Congreso puede buscarse en el proceso de elaboración previo donde cada sector hace valer por medio de sus autoridades su poder de negociación. A modo de ejemplo, es oportuno citar que entre 1988 y 1989 las cifras presupuestadas al Ministerio de Salud y Acción Social cayeron del 12,5% al 11,6% del total, lo que revela que ha habido una reducción de la alícuota en la división interministerial de recursos.

El estudio del sector público cobra relevancia cuando se observa que el sistema de salud en Argentina presenta una fuerte tendencia hacia la privatización de servicios, la incorporación de tecnología de alta complejidad con costos crecientes, la orientación curativa, y la sobreoferta de servicios, en un contexto de necesidades insatisfechas. En este escenario, le corresponde al sector público llevar adelante una tarea de redistribución a través de acciones que reduzcan la inequidad del modelo prestador. La desagregación del gasto presupuestado permite conocer cuál es la situación actual y cuáles son los márgenes para reorientar las acciones.

De acuerdo a la clasificación por finalidades que se sigue en los presupuestos nacionales, los 608 millones de dólares del gasto público en salud se encuentran atomizados jurisdiccionalmente para su ejecución. Así, la Secretaría de Salud participa con un 66% del total presupuestado, es decir, unas dos terceras partes del total, mientras que el resto recae en otras jurisdicciones del Estado Nacional (Poder Legislativo Nacional, Ministerio del Interior, Estado Mayor General del Ejército, Estado Mayor General de la Armada, Estado Mayor General de la Fuerza Aérea, Secretaría de Educación, y Secretaría de Vivienda y Ordenamiento Ambiental). La situación de atomización jurisdiccional para la finalidad Salud revela el papel relativo que le cabe a la Secretaría respectiva al no controlar el gasto que se realiza en otras dependencias públicas. Mientras que la Secretaría de Salud carezca de las facultades de coordinación que permitan dar una racionalidad global a la ejecución del gasto, su rol orientador se verá debilitado, al no poder aplicar los recursos en forma directa con fines distributivos ni mediante pautas que permitan indirectamente modelar el perfil del gasto que se realiza en otras jurisdicciones.

Por otra parte, si las políticas de salud pueden ser descritas no solo por la estructura orgánica de las dependencias institucionales o las declaraciones de intenciones de los funcionarios, sino también por la orientación en la aplicación de los recursos, resulta que la atomización jurisdiccional del gasto presupuestado por finalidades opera contra la articulación de las políticas diseñadas, limitando el impacto de las mismas y erosionando la posibilidad de evaluación a posteriori de las acciones de salud.

Lo expuesto sienta las bases objetivas para la existencia dentro del sector público nacional de una heterogeneidad de situaciones y comportamientos financieros que sugieren la presencia de inequidad en la distribución en el interior del propio subsector público nacional. Apenas para dar un ejemplo, cabe citar el escaso conocimiento existente acerca del elevado nivel de gasto

de algunas obras sociales que operan en las empresas públicas fuertemente subsidiadas desde Tesorería vía sus directorios.

Esa situación, además de quitarle transparencia y significado al presupuesto, revela que la atomización del gasto permite desbordar los límites impuestos por la adjudicación por finalidad acotando aún más el papel de la propia Secretaría de Salud.

Ahora bien, el análisis del gasto no solo revela la atomización jurisdiccional en su ejecución, la relativización del impacto distributivo y orientador de la Secretaría de Salud, la relativa imposibilidad de evaluar a posteriori por gestión de resultados y la presencia de inequidad dentro del propio sector público, sino que la identificación del gasto por destino sugiere que los recursos de capital están sumamente restringidos, por lo que el cuadro parece ser también uno de obsolescencia física.

El cuadro 58 ilustra la situación.

Cuadro 58

COMPOSICION DEL GASTO POR RUBRO Y JURISDICCION
(PORCENTAJES)

Jurisd.	Personal	Insumos	Intereses	Transf.	Total gastos corrientes	Bienes de capital
Secret. de Salud	20	22,5		44,6	87,1	13,0
Otras jurisd.*	60	18,2	4,4	6,3	88,9	11,1

*Poder Legislativo Nacional, Ministerio del Interior, Estado Mayor General del Ejército, Estado Mayor General de la Armada, Estado Mayor General de la Fuerza Aérea, Secretaría de Educación y Secretaría de Vivienda y Ordenamiento Ambiental.

Fuente: elaboración propia a partir del Proyecto de Presupuesto 1989, pp. 3.358-3.359.

Se observa que el 87% del total de la parte del presupuesto de la Secretaría de Salud y el 88,9% de otras jurisdicciones se gasta en rubros que corresponden a erogaciones corrientes, y el 13% restante y el 11,1%, respectivamente, corresponden a erogaciones de bienes de capital. Esta baja participación de las inversiones explica el deterioro físico de los establecimientos y la obsolescencia del equipamiento, proceso que se viene manifestando en los últimos años y que agudiza la gravedad de la situación.

Como la participación que corresponde a la Secretaría de Salud es el doble de lo que resulta ser el gasto presupuestado para las otras jurisdicciones, es posible calcular la participación relativa que tiene cada rubro sobre el total de la finalidad.

En el cuadro 59 se observa que, del total del gasto en personal en la finalidad salud, al discriminar por jurisdicciones solo el 40% corresponde a agentes que pertenecen a la Secretaría de Salud; esta mayor densidad de personal en otras jurisdicciones revela que el tipo de acciones que se llevan a cabo en una y otra son distintas, recayendo aquellas con más mano de obra intensiva fuera de la Secretaría de Salud.

Por otra parte, el 93% de las transferencias corresponde a la Secretaría de Salud, mientras que solo el 7% a otras jurisdicciones, lo que señala un perfil claramente reorientador de flujos por parte de la primera. Es decir que la Secretaría de Salud parece transferir recursos, mientras que el personal se concentra fuertemente en jurisdicciones que están fuera de la órbita de la misma.

Cuadro 59

COMPOSICION DEL GASTO POR RUBRO Y JURISDICCION
(PORCENTAJES)

Jurisdicción	Total	Personal	Insumos	Intereses	Transf.	B. de cap.
Secr. de Salud	66	40	70		93	68
Otras jurisd.	33	60	30	100	7	32
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia a partir del Proyecto de Presupuesto 1989, pp. 3.358-3.359.

Si, como se verá más adelante, un programa que absorbe importantes recursos es el de administración, que representa una alta erogación en personal, resulta claro que las cifras de la Secretaría representan también personal integrante de los escalones burocrático-administrativos.

Otro nivel de desagregación del gasto presupuestado se centra en el tipo de acciones que se llevan a cabo dentro de la Secretaría de Salud. Esta distribución, si bien responde a necesidades de orden administrativo, permite estudiar las prioridades encaradas. Para el año 1989, la función atención médica concentra el 85,3% del total, saneamiento ambiental el 3,7%, y el restante 11% corresponde a salud sin discriminar.

A los fines de enriquecer el análisis, se agrega a continuación una clasificación propia en la cual se agrupan los programas según la homogeneidad de la actividad que les corresponde. Así, el rubro 1 comprende los programas relacionados con la atención médica de las personas y concentra los presupuestos correspondientes a los establecimientos asistenciales. Asimismo, resume las acciones directas que asume la Secretaría de Salud en la atención de enfermos. El rubro 2 agrupa los programas de construcciones; el rubro 3 los programas de acciones en otras jurisdicciones; el 4 comprende los programas de acciones sobre el medio; el 5, planes de regulación y control, y el 6 el programa de administración.

1. ATENCION MEDICA

Establecimientos	Dólares
Hospital Posadas (general)	6.801.052
Hospital José María Ferrer (respir.)	2.838.421
Instituto Nacional de Rehabilitación	1.641.578
Hospital J. T. Borda (salud mental)	15.648.421
Colonia Montes de Oca (salud mental)	5.183.684
Hospital Odontología	1.363.684
Hospital Santa Lucía (ojos)	1.655.263
Servicios de atención médica (varios establecimientos)	92.965.315
Total	128.097.418

2. CONSTRUCCIONES

Construcciones sanitarias	11.507.000
Rehabilitación de infraestructura	13.129.000
Construcción de centros de salud	709.000
Total	25.345.000

3. ACCIONES EN OTRAS JURISDICCIONES

Apoyo a las provincias	19.016.000
Asistencia en medicamentos	6.808.000
Fiscalización y coordinación de obras sociales	136.873.000
Acciones preventivas y control sobre las personas	25.373.000
Coberturas sociales en salud	2.409.000
Total	190.479.000

4. ACCIONES SOBRE EL MEDIO

Total	15.130.000
--------------	-------------------

5. REGULACION Y CONTROL

Total	10.114.000
--------------	-------------------

6. POLITICAS

Total	34.186.000
Total programas	403.356.000

Nota: las cifras del presupuesto se presentan a moneda promedio del año 1989. Para su conversión a dólares se utilizó la tasa de conversión equivalente a 19 australes por dólar, pauta establecida por la Secretaría de Hacienda.

Fuente: elaboración propia a partir del proyecto de presupuesto 1989.

Se observa que sostener los hospitales nacionales representa para el presupuesto de la Secretaría de Salud un equivalente a 128 millones de dólares o el 31,7% del total. Los establecimientos de salud mental y de atención de enfermos crónicos son los que concentran la mayor proporción del gasto. El presupuesto de un solo hospital de salud mental representa el 3,9% del total de la Secretaría, es decir, una cifra marcadamente superior al programa de regulación y control, que absorbe el 2,5% de los recursos.

El conjunto de programas destinados a la construcción y rehabilitación de infraestructura representa el 6,2% del total, y el 50% de ese presupuesto corresponde a obras que no pertenecen a la jurisdicción nacional. Las acciones ejecutadas en otras jurisdicciones significan el 47,2% del total. El programa de apoyo a las provincias representa transferencia de fondos, mientras que el de medicamentos es una transferencia de bienes a las provincias y a la Municipalidad de Buenos Aires. Respecto de la fiscalización de obras sociales, las transferencias a las obras sociales se canalizan a través del INOS. En este caso, el presupuesto del programa corresponde en un 85% a transferencias.

El programa de acciones preventivas y control sobre las personas concentra un conjunto de subprogramas (maternidad e infancia, control de lepra, enfermedades de transmisión sexual, vacunaciones, etc.) que se desarrollan en todo el país. Establecer con precisión el porcentaje que corresponde efectivamente a cada jurisdicción excede el objetivo de este informe, por lo cual se optó por incluirlo en su totalidad dentro del rubro de acciones que se desarrollan en otras jurisdicciones. El programa de coberturas sociales en salud es en su totalidad de transferencias.

Los tres programas restantes se muestran sin agrupar, dado que son en sí mismos muy distintos: el de acciones sobre el medio es poco relevante presupuestariamente; el de regulación y control es aún menor, y el 75% del mismo corresponde a gastos en personal. Este es el programa que concentra las acciones de control de drogas, medicamentos, alimentos, vacunas, sueros, insecticidas, control de farmacias, sanidad de fronteras, etc. Su importancia radica en el impacto social de sus medidas y representa solo el 3,5% del total del presupuesto de la Secretaría de Salud.

Finalmente, el programa de formulación e implementación de las políticas de salud que absorbe 8,5% del total de recursos de la Secretaría, concentra actividades de administración (presupuestos, pagos, estadísticas, personal, etc.) y el 50% de gasto presupuestado corresponde a gastos en personal.

En síntesis, la desagregación del gasto presupuestado por programas revela que este se concentra en establecimientos de enfermos crónicos, salud mental y otros que atienden una población relativamente reducida. Su acción no es transformadora y preventiva, sino que reviste un perfil de custodia, y los servicios están dirigidos a una población respecto a la cual el sector privado no se hace cargo por la relación costo-beneficio que opera en contra de la posibilidad de obtener utilidades monetarias.

Asimismo, se confirma el escaso peso relativo que posee la Secretaría en el total de la ejecución del gasto. Las transferencias caracterizan a varios programas y con la derivación de fondos a las provincias se refuerza el efecto que la atomización jurisdiccional tiene sobre la efectividad de la orientación de fondos para la consecución de metas preestablecidas. Esto es particularmente importante en un país que presenta un marco pluripartidista en la distribución del poder político provincial.

Todo parece indicar que la Secretaría de Salud dentro de la finalidad salud tiene una escasa injerencia en la ejecución directa de los fondos presupuestados. Actúa como un mecanismo reorientador de recursos y, por lo tanto, un espacio de administración que tiende por su lógica a operar reactivamente a la demanda de recursos. El rol de la Secretaría parece quedar reservado a la coordinación de recursos que otros gastan, función esta de difícil implementación dadas las trabas político-institucionales con las provincias, la desvertebración existente dentro del mismo Estado, y el aislamiento existente entre las obras sociales del propio INOS. Por otro lado, la adjudicación de recursos a los programas de administración revela que administrar la Secretaría resulta oneroso, y, además, no consigue controlar lo que financia. Su perfil, para decirlo de otra manera, es de custodia y residual.

En un escenario donde la dinámica morfológica del sector parece encaminarse hacia la consolidación de trazos que no resultan idóneos para resolver problemas de equidad, el cuadro de la Secretaría de Salud descrito muestra que la lógica del sistema se ha impuesto sobre el rol de la Secretaría antes que esta haya logrado dar una nueva dirección al sistema en la fijación de metas de política que efectivicen la universalidad en el acceso, la equidad en los beneficios y la calidad de los servicios.

Ante todo, su situación es la de un órgano institucional que cubre espacios pero que no comanda la dinámica de un sector donde la mercantilización de las actividades imprime su sello morfológico y su lógica. Dada la debilidad regulatoria del Estado en el sector, el comportamiento de los prestadores se convierte en determinante de su conformación futura. Parte de ese comportamiento consiste precisamente en cuestionar las facultades que están en manos del Estado pero que en la actualidad no se ejercen o lo hacen simplemente en forma ineficiente.

Capítulo VII

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Introducción

El perfil atomizado de la organización institucional de la atención médica en el país y la dinámica de mercado prevaeciente se reflejan en la situación de los recursos humanos de salud. A un sector privado con numerosos seguros, prepagos, clínicas y sanatorios de tamaño y calidad de prestación variables, debe agregarse un sector público cuyos componentes (nacional, provincial y municipal) desarrollan acciones con alto grado de autonomía. Por último, existe una gran cantidad de obras sociales (300) que brindan atención médica bajo esquemas de seguridad social.¹⁹ La dinámica de esta forma de organización se caracteriza, desde el punto de vista económico, por la presencia y competencia de diversos mercados de funcionamiento imperfecto (servicios médicos, de atención sanatorial, de productos farmacéuticos, etc.) y por la disminuida capacidad regulatoria del Estado en materia de normatización de servicios y cobertura, acreditación de agentes proveedores y fiscalización del servicio.

El análisis de los recursos humanos se debe ubicar dentro de una perspectiva de largo plazo en la que se produjo el tránsito de una medicina estatal a una medicina comercial, caracterizado por la presencia de mercados imperfectos, de alta conflictividad política y de dificultad para el sector público en la regulación de la producción y distribución de bienes y servicios.²⁰

La fuerza de trabajo del sector salud

Para los últimos años del período analizado no se puede determinar exactamente el tamaño de la fuerza laboral en salud ni la magnitud de sus categorías profesionales, debido a que no se han efectuado estudios posteriores a 1980. El Censo de Personal y el Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud (CANARESSA), ambos realizados entre 1979 y 1980, proporcionaron información sobre las características más importantes de los recursos humanos. Como ya se ha señalado,²¹ los datos del catastro hacen referencia a cargos y no a personas, mientras que el Censo se refiere a personas. Al haberse circunscrito solamente a instituciones de servicios (no se consideraron los consultorios individuales), los valores para algunas categorías profesionales aparecen subestimados.

De la revisión de fuentes secundarias disponibles en el sector salud, y de la información recabada de instituciones de otros sectores y organismos de naturaleza gremial, se obtuvo una caracterización más actualizada. Se hizo evi-

¹⁹ Isuani, E. y Mercer, H. La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina, 1988, p. 77.

²⁰ Katz, J. y Muñoz A. Organización del sector salud: puja distributiva ..., cit., p. 117.

²¹ Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social/Organización Panamericana de la Salud, Argentina. Descripción de su situación de salud. Buenos Aires, 1985, p. 303.

dente que las diversas fuentes e instituciones consultadas manejan categorías y definiciones diferentes, lo cual dificulta la elaboración de conclusiones.

En 1980 el sector salud empleaba unas 290.000 personas, lo que representaba aproximadamente el 2,9% de la fuerza del trabajo nacional, de los cuales 210.000 (2,1% de la población económicamente activa- PEA)²² trabajaban en establecimientos asistenciales (se excluyen consultorios individuales y laboratorios de análisis y prácticas de pequeño tamaño). Esta situación se daba en el marco del crecimiento del sector servicios en la economía argentina de aquellos años (sector que pasó de 48% en 1965 a 59% en 1981).²³ Estimaciones realizadas para 1985, basadas en el catastro, señalan que la fuerza laboral alcanzaba a unas 400.000 personas (el 4% de la población económicamente activa). Esta estructura y evolución de la fuerza de trabajo revela, por un lado, la importancia que tiene la práctica tradicional de la medicina, o sea el médico en su consultorio y/o laboratorio, y por otro lado la importancia, en aumento, del sector salud como generador de empleo y de apropiación del gasto (4% de la PEA, 8% del PBI).

Esta fuerza de trabajo presenta las características de una pirámide invertida en la que proporcionalmente el número de profesionales es mayor que el de técnicos y auxiliares (cuadro 60).

Cuadro 60

COMPOSICION DE LA FUERZA DE TRABAJO SECTORIAL (circa 1985)

Profesión	Número
Médicos	90.000
Dentistas	22.000
Farmacéuticos	29.000
Bioquímicos	9.500
Parteras	4.000
Fisioterapistas	13.000
Psicólogos	25.000
Enfermeras	16.000
Auxiliares de enfermería	25.000
Técnicos	90.000
Administrativos y de servicios generales	95.000
Total	418.500

Fuente: CANARESSA. Secretaría de Salud, 1980, y estimaciones del Proyecto de Asistencia Técnica. Componente de Recursos Humanos. BIRF-Argentina, 1988.

²² Ibid. p. 305.

²³ Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington DC, 1985.

Médicos

Con frecuencia se dice que el principal problema relativo al personal es el alto número de médicos, señalándose incluso como una situación de superávit la actualmente existente.²⁴ Las estimaciones son muy disímiles entre sí, dependiendo del origen institucional de las mismas; sin embargo, se coincide en señalar un número mayor a 90.000 médicos alrededor de 1986. No obstante, existen informes como el del Banco Mundial de 1987, que trató de compatibilizar diversas fuentes que señalan 69.000 médicos para 1986, la Confederación Médica de la República Argentina que reporta 42.089 médicos que aportan a su institución, y la industria farmacéutica que registra 96.000 médicos en el país (cuadro 61). Esta cifra significaría un médico por cada 335 personas (29.8 por 10.000 habitantes), proporción solamente comparable a la de Italia (uno por cada 340) e Israel (uno por cada 370).

Cuadro 61

RECURSOS HUMANOS EN SALUD. 1958-1986

Categorías ocupacionales	1958(1)	1969(1)	1980(1)	1986
	Nº	Nº	Nº	Nº
Médicos	24.089	53.684	69.388	91.800(2)
Otros profesionales	7.153	12.281	29.983	102.000(3)
Enfermeras y tecnólogos, ayudantes	40.947	52.141	95.530	131.000(3)
Administr. y de servicios	41.249	63.676	94.086	95.000(3)

Fuentes: (1) Marconi, E. (coord.) La terciarización del empleo en Argentina. El sector de la salud. Proyecto Gobierno Argentino Programa PNUD-OIT Argentina 1984/029-Buenos Aires, octubre de 1985. Citado en Bianco M. y Sonis, A. *Educación Médica y Salud*: 20(3), 1986.

(2) Estimado sobre la base de los graduados entre 1980 y 1985 (entre 4.000 y 5.000 anuales).

(3) Estimados tomando como base el Proyecto Argentina-BIRF, 1988.

Los médicos están distribuidos de manera desigual entre la capital y las provincias, y entre las provincias ricas y las pobres. Al igual que en muchos otros países, los incentivos que ofrece el gobierno no bastan para atraer médicos a las zonas pobres. Considerando que no pueden haber variado significativamente las tendencias del Censo de 1980, se encuentra, a grandes rasgos, una distribución de 47 médicos por 10.000 habitantes en Buenos Aires, mien-

²⁴ Estudio de país para la Reunión Mundial sobre Desequilibrios en los Recursos Humanos en Salud. México, septiembre de 1986, en *Educación Médica y Salud* 20(3), 1986.

tras que en diez provincias hay entre 15 y 20 médicos por 10.000 habitantes, en otras diez provincias, entre 10 y 14,9 y, finalmente, menos de 10 en cuatro provincias del nordeste.

Los médicos están organizados en asociaciones provinciales que han formado la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA); sin embargo, no adoptan una posición única y en las discusiones laborales la diversidad de posiciones refleja la edad, la situación socioeconómica y la inserción en el mercado laboral.

En los últimos años las asociaciones de profesionales han desempeñado un papel cada vez más importante como intermediarias en la negociación colectiva con organismos financieros (como la Seguridad Social, por ejemplo). Participan asimismo en el control de la calidad de la medicina y la deontología profesional.

Una de las características sobresalientes del trabajo de los médicos en Argentina es el predominio del ejercicio privado liberal independiente (que contrasta con lo que ocurre en otros países, donde esta modalidad se encuentra en franco retroceso ante el avance del "asalariamiento"). Los médicos independientes atienden pacientes que pertenecen a obras sociales o a organizaciones de servicios médicos de pago anticipado, o a los grupos que gozan de ingresos más elevados.

Se estima que una gran mayoría de los médicos del país (aproximadamente 50.000) tienen consulta privada al menos durante parte de su tiempo. Están organizados en asociaciones profesionales nacionales y provinciales de gran influencia. En los últimos 15 años las sociedades médicas provinciales han tomado iniciativas en el control de la calidad de los servicios, investigación, educación médica continuada, autodisciplina de los profesionales y defensa de los intereses colectivos.²⁵

Personal de enfermería

Existe el amplio convencimiento de que la enfermería representa el problema más crítico de los recursos humanos del área de salud en la República Argentina, no solo por la situación deficitaria, sino porque existen claras evidencias de estancamiento del crecimiento de esta categoría profesional. Sin embargo, no se cuenta con investigaciones que precisen la situación y sus tendencias.

Trabajos de actualización realizados conjuntamente por el personal de Enfermería de la Dirección Nacional de Recursos Humanos y la Organización Panamericana de la Salud, tomando como base el Censo de Personal de 1980, muestran la situación que presenta el cuadro 62. Ella puede resumirse en los siguientes términos:

a. Grave déficit de personal. Se advierte que se ha invertido notablemente la relación enfermera por médico, que es de 0,19 enfermeras por médico (siendo lo comúnmente aceptable 3). Esta inversión se mantiene aun si se incluye

²⁵ Banco Mundial. *Argentina. Población, salud y nutrición. Análisis sectorial*. Buenos Aires, Departamento de Población, Salud y Nutrición, 1986.

Cuadro 62

PERSONAL DE ENFERMERIA POR SUBSECTORES DE ATENCION MEDICA
(ESTIMADOS PARA 1988)

Subsector	Núcleo de licenciadas formación	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Empíricas	Total
Público	226	10.276	14.667	16.852	42.021 (65,3%)
Obras soc.	55	2.093	1.590	1.014	4.752 (7,4%)
Privado	102	4.749	5.563	7.122	17.536 (27,3%)
Total	383 (0,5%)	17.118 (26,6%)	21.820 (33,9%)	24.988 (38,8%)	64.309 (100,0%)

Fuente: estimados de actualización realizados por el área de Enfermería, Dirección Nacional de Recursos Humanos y OPS, 1989.

ran las casi 22.000 auxiliares de enfermería. La proporción de enfermeras por 10.000 habitantes alcanza a 5,7.

b. Evidencias de estancamiento en el crecimiento de los cargos asignados a la función de enfermería. Esto puede apreciarse con claridad en el cuadro 63.

Cuadro 63

CARGOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
AÑOS 1969, 1979 Y 1988

Años	1969(1)	1979(1)	1988(2)
Núcleo de formación			
Licenciados	357	286	383
Enfermeras	14.114	16.090	17.118
Auxiliares	8.862	24.746	21.820
Ayudantes/empíricos	16.892	23.569	24.988
Total	40.225	64.691	64.309

Fuentes: (1) CANARESSA, 1980.

(2) *Estudio de Servicios y Escuelas de Enfermería*, Dirección Nacional de Recursos Humanos y OPS, 1988.

c. La estructura del personal de enfermería muestra el predominio de las auxiliares y ayudantes empíricas (que constituyen el 72% del conjunto) el cual refleja que la atención directa de los pacientes, preferentemente en los niveles de atención primero y segundo, recae sobre este personal. En algunos

lugares, dada la carencia de enfermeras, las auxiliares y empíricas ocupan niveles de conducción.

d. Es conocida la composición fundamentalmente femenina del personal de enfermería (83% de acuerdo con el Censo de 1980), aunque su peso en el total del empleo femenino no es muy alto (representan solamente el 3% de la fuerza de trabajo femenina). Según los únicos datos disponibles de dicho Censo, las enfermeras constituyen un sector más "envejecido" que el conjunto de las mujeres económicamente activas del país: la edad modal de las enfermeras se encuentra por encima de los 30 años, en tanto la del conjunto laboral femenino es menor a 25 años.²⁶

e. La enfermería es una profesión asalariada en más del 90% y se desarrolla principalmente en el sector público (65,3%).²⁷

f. Se han señalado algunas causas, además de aquellas determinadas por la organización del modelo prestador, explicativas de esta difícil situación:

- La situación socioeconómica del personal de enfermería. En razón de la carencia de una política salarial, la situación socioeconómica de este profesional no guarda relación con la de los otros profesionales del sector salud, ni con los requisitos exigidos para ejercer el cargo, lo que dificulta la absorción del personal calificado y lo desmotiva a prestar sus servicios en las instituciones estatales.

- La aparición de la doble jornada en el personal de enfermería en las grandes ciudades, como una forma de alcanzar un ingreso aceptable. Esto actúa en detrimento de la calidad de la atención prestada, del bienestar del personal y del desarrollo profesional.

- La delegación de funciones en el personal auxiliar sin una reasignación de funciones del personal profesional de enfermería que respalde el desempeño del personal auxiliar.

- La limitación del número de enfermeros profesionales en los servicios intra y extrahospitalarios en virtud de la congelación de la planta de personal e interferencias no técnicas en la dotación de cargos de enfermeros o auxiliares.

- La superposición de funciones entre las diferentes categorías de personal de enfermería, que conduce a la insatisfacción y deficiente actualización para el ejercicio profesional.

- El crecimiento de la demanda cuantitativa y cualitativa de personal de enfermería para que asuma funciones más complejas debido a un predominio de la práctica de enfermería centrada en la atención de alta complejidad.

- La asunción de mayores funciones administrativas y docentes por parte de la enfermera profesional y la delegación en los otros niveles de la atención directa a los pacientes.²⁸

En la actualidad existen, dentro de las categorías de enfermería, licenciadas en enfermería (aquellas que tienen estudios regulares con secundario com-

²⁶ Wainerman C. et al. Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina. Descripción sociodemográfica y ocupacional. Documento de trabajo. Sin fecha.

²⁷ Ibid.

²⁸ Estudio sobre los servicios y escuelas de enfermería, 1987-1988. Dirección Nacional de Recursos Humanos. Área de Enfermería, OPS. Documento de trabajo, 1988.

pleto), auxiliares de enfermería (con curso regular de nueve meses) y personal sin preparación formal (enfermeras, auxiliares idóneas y ayudantes de enfermería).

Históricamente, el trabajo de la enfermera no ha sido valorado lo suficiente, de manera que la expansión de la red de servicios se hizo básicamente con auxiliares, permitiéndose, en consecuencia, el ingreso de personal empírico que en el nivel nacional constituye el 39% del total de personal de enfermería. Así, existen instituciones que emplean hasta un 80% de personal empírico.²⁹

Otros profesionales

También trabajan en el sector salud un número significativo de otros profesionales. El ya referido informe del Banco Mundial reporta 29.000 farmacéuticos, 22.000 odontólogos, 9.500 bioquímicos (9.900 según la Confederación de Bioquímicos de la República Argentina), alrededor de 4.000 parteras, 13.000 fisioterapeutas y unos 30.000 psicólogos (aunque la Federación de Psicólogos de la República Argentina registra 24.578 en 1988).³⁰ Estos distintos grupos tienen sus mercados laborales con características específicas, han articulado intereses propios y constituido asociaciones profesionales que los defienden.

Se estima que en 1987 trabajaban en Argentina 5.730 médicos veterinarios, de los cuales 892 (15%) lo hacían en el sector público y 4.838 (85%) en el sector privado.

Personal técnico, administrativo y de servicios generales

Se calcula que actualmente el sector salud emplea 185.000 trabajadores, 90.000 en servicios de apoyo y 95.000 en actividades administrativas. Estos trabajadores, al igual que los auxiliares, están organizados gremialmente, ya sea en la Federación de Trabajadores de la Sanidad (FATSA), que es una organización por rama de actividad, la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), o en la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), que agrupa al personal estatal.

Personal de la industria químico-farmacéutica y de producción de tecnología

Este personal se puede incluir como recurso humano en salud en un sentido amplio, dada su importancia política y económica en la definición de un modelo prestador y los costos de operación de los servicios de estas industrias.

Datos recientes proporcionados por la Confederación Farmacéutica Argentina (CILFA) reportan que esta rama ocupa unas 25.000 personas (cuadro 64).

²⁹ Estudio sobre los servicios..., cit.

³⁰ Banco Mundial. Argentina. Análisis sectorial..., cit.

Cuadro 64

PERSONAL DE LA INDUSTRIA QUIMICO-FARMACEUTICA

Categ. de per.	1982	1983	1984
Obreros		9.360	9.000
Empleados		6.760	7.125
Técnicos		1.560	1.750
Visitadores		7.800	6.625
Otros		520	500
Total	37.000	26.000	25.000

Fuente: CILFA, 1988.

Se calcula que unas 7.000 personas trabajan en la producción de tecnología médica. Una muestra de las 127 empresas más representativas del ramo de un universo de casi 300 indica la siguiente estructura (cuadro 65).

Cuadro 65

ESTRUCTURA DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE TECNOLOGIA MEDICA (MUESTRA), 1988

Ramo de actividad	Nº de pers.	%
Producción	1.988	68,0
Ventas	356	12,12
Administración	468	15,93
Otros	116	3,95
Total	2.928	100,0

Fuente: Secretaría de Comercio Interior, 1988.

Gastos, ingresos y salarios

El gasto en personal de salud representa una alta proporción del gasto en salud en todos los subsectores y en las diversas jurisdicciones. En todos los casos es mayor del 60%,³¹ llegando en algunas provincias al 80%.

En relación a los costos, ingresos y salarios, el informe del Banco Mundial señala que el número excesivo de profesionales de la salud puede haber

³¹ Kurlat, A. y Tafani, R. Economía y financiamiento de la salud. Buenos Aires, OPS, Documento de trabajo, 1989.

contribuido a que los sueldos sean bajos, especialmente en el sector público: las escalas de sueldos oficiales no sirven mucho para evaluar los niveles reales de los sueldos, pues estos están sujetos a numerosas excepciones.

El cuadro 66 resume un estudio realizado en 1985 de la nómina de un hospital tomado como muestra; en él se presenta el promedio por categorías del personal con distintas calificaciones y antigüedad.

Cuadro 66

PROMEDIO MENSUAL DE LOS SUELDOS POR CATEGORIA DE PERSONAL, 1985

Categoría	Número de personas	Sueldo mensual medio (A 1985)
Médicos y dentistas	493	348,8
Otras profesiones	94	301,2
Técnicos	142	261,8
Personal administrativo	185	228,5
Personal de enfermería	526	205,7
Servicios auxiliares	297	193,9
Total	1.737	256,5

Nota: para obtener el ingreso bruto hay que agregar un promedio del 20% correspondiente a incentivos y plus.

Fuente: Hospital Ramos Mejía, Ministerio de Salud y Acción Social, 1986.

Cuadro 67

INDICE COMPARATIVO DE PRECIOS. AÑOS SELECCIONADOS 1960-1986

Mes/Año	Honorarios médicos (1)	Todos los precios (2)	Indice (1)(2)
Enero 1960	100	100	100
Enero 1965	375	247	152
Enero 1970	1.000	653	153
Marzo 1975	4.916	4.464	110
Enero 1977	62.100	80.706	77
Marzo 1979	715.625	584.270	121
Abril 1980	1.755.375	1.452.043	121
Enero 1983	20.604.000	16.319.819	126
Enero 1985	108.600.000	84.798.586	102
Enero 198	4.260.000.000	3.160.637.076	135

Fuente: Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).

El informe del Banco Mundial señala que el alto número de médicos no afectó sin embargo los honorarios profesionales. "En los honorarios de los médicos influye en gran medida el arancel de honorarios que se negocia a intervalos regulares entre la previsión social, las asociaciones de profesionales y los prestadores privados de servicios de salud".³²

En el cuadro 67 se observa que durante los últimos 25 años (desde 1960 hasta 1985) los honorarios médicos han fluctuado en torno al índice de precios al consumidor.

Según el informe del Banco Mundial, los datos indican que el valor real de los honorarios médicos no ha cambiado mayormente. El aumento de 1986 se debe a un incremento del arancel de honorarios negociado antes que se concibiera el Plan Austral.

Sin embargo, el costo principal de la competencia de los médicos para la sociedad es el de la llamada demanda inducida por los proveedores. Los profesionales de la salud emplean distintos métodos para mantener el nivel de sus ingresos a pesar de su número excesivo. Por ejemplo, los médicos y hospitales privados tienden a duplicar costosas radiografías, exámenes de laboratorio y procedimientos de alta tecnología. Los médicos también duplican el número de visitas. Por ejemplo, en vez de las tres a cuatro visitas de control recomendadas, frecuentemente los médicos privados prescriben visitas mensuales para observar la marcha de embarazos normales (y frecuentemente efectúan varias ecografías en forma rutinaria).

Tanto el control periódico de las enfermedades crónicas como los chequeos preventivos han aumentado sostenidamente con el transcurso del tiempo. Las visitas adicionales casi inevitablemente se traducen en un exceso de recetas de medicamentos. Estos métodos, que frecuentemente son adoptados de buena fe y a veces pueden ser beneficiosos para el paciente, se han transformado en parte del sistema aceptado de atención médica. La asociación médica ha expresado repetidamente su preocupación por los efectos iatrogénicos de los exámenes innecesarios y del consumo excesivo de medicamentos.³³

Formación y capacitación

La formación de pregrado

El debate sobre la formación en Ciencias de la Salud en el país está dominado por el problema de la masividad estudiantil que afrontan la mayoría de las Facultades de Medicina, el cual es muy importante y afecta ciertamente la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, al ser enfrentado sin considerar una perspectiva histórica e integral respecto a otros problemas importantes (modelo de atención, otras profesiones, etc.), se corre el riesgo de que el debate sea estéril y no aporte propuestas de solución efectivas.

Una de las omisiones importantes se vincula a la relación entre formación de profesionales de la salud y modelo de atención. Cabe señalar la orienta-

³² Banco Mundial. Argentina. Análisis sectorial..., cit.

³³ Ibid.

ción predominantemente reproductora del modelo médico vigente que tienen las facultades y escuelas. Así, un modelo de atención reparador, fragmentado, inequitativo y de orientación biomédica fundamental propicia una formación centrada en el individuo, la enfermedad y la sala hospitalaria, de sesgo tecnológico, especializante y fragmentador de la integridad humana.

Asumir una perspectiva histórica de construcción social de los procesos educacionales y de atención de la enfermedad ayudará a replantear el debate y aportará alguna información significativa para la búsqueda de correctivos. Aun cuando esta no es la intención de este apartado, se presentan algunos datos que contribuyen a entender integralmente el proceso de desarrollo de los recursos humanos en salud.

La Argentina ha sido históricamente uno de los países latinoamericanos de mayor desarrollo universitario y de formación médica. Entre 1910 y 1945 el crecimiento de la matrícula universitaria fue del orden del 4-5% anual (pasando de aproximadamente 5.000 universitarios en 1910 a unos 50.000 en 1945). Entre 1945 y 1955 existió un alto crecimiento del número de estudiantes universitarios con un promedio de 11,4% anual, alcanzando hacia 1960 la cifra de 159.600 matriculados. A partir de esa fecha, es clara la relación entre crecimiento anual de la población estudiantil y orientación política de los gobiernos.³⁴ Esto se aprecia en el cuadro 70.

Cuadro 70

EVOLUCION DE LA MATRICULA UNIVERSITARIA 1960-1986

Período/Año	Número de alumnos	Tasa de crecimiento anual (%)
1960	159.643	2,9
1965	222.194	6,6
1970	253.456	1,4
1975	507.716	17,8
1980	393.828	12,0
1983	416.571	1,9
1984	507.994	21,9
1985	664.200	30,7
1986	707.016	6,4

Fuente: Cano, D. *La educación superior en la Argentina*, cit.

En 1986 la población universitaria (707.016 personas) constituía el 7% de la población estudiantil total. Como se ve, la masividad estudiantil constituye un proceso estructural ligado a la evolución de la sociedad argentina.

³⁴ Cano, D. La educación superior en la Argentina. Buenos Aires, Editorial GEL, 1985.

La formación de médicos

Los 53.991 estudiantes de medicina del país en 1986 constituían el 7,6% del total de universitarios (en 1976 representaban el 9% aproximadamente, es decir, 56.747 estudiantes). Estudiaban en nueve facultades de Medicina (dos de ellas privadas, con ingreso restringido), la última de las cuales fue creada en 1959. A diferencia de la mayoría de los países latinoamericanos, la Argentina no experimentó el crecimiento masivo de facultades de las décadas de 1960 y 1970.

La mayoría de las facultades afrontan problemas para responder a este elevado número de estudiantes (la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires tiene, en 1988, 19.665 alumnos matriculados, lo que representa el 10% de la población universitaria). Entre los años 1973 y 1976 el ingreso fue irrestricto en las siete facultades nacionales; el número de admitidos llegó a triplicarse, alcanzando un total de 18.440 en 1974. En 1976, el régimen militar impuso un arbitrario y estricto control que redujo drásticamente el número de estudiantes admitidos hasta 1984, año en que el gobierno democrático eliminó las restricciones y el número de admitidos aumentó de 3.000 a 8.000, manifestándose una tendencia a disminuir desde 1986. (En el caso de la Universidad de Buenos Aires, se llegó a 4.850 ingresantes en 1984, 4.025 en 1986, 3.037 en 1987 y 2.074 en 1988.)

Cuadro 71

INGRESOS-EGRESOS, FACULTAD DE MEDICINA, UBA

Año	Ingresos	Egresos
1972	2.998	1.436
1973	2.433	1.262
1974	12.499	1.398
1975	7.613	1.368
1976	3.418	1.167
1977	1.499	1.487
1978	1.229	1.500
1979	1.089	1.980
1980	1.013	2.090
1981	1.085	2.252
1982	1.223	2.033
1983	1.247	1.625
1984	4.850	1.273
1985	94	1.087
1986	4.025	1.048
1987	3.087	1.016
1988	2.074	

Fuente: elaboración de Amanda Galli sobre datos oficiales de la Facultad de Medicina, UBA

Los cambios en la política de admisión han producido una oleada de graduados, con un promedio de 5.000 por año entre 1979 y 1984. Una segunda oleada se espera para 1991. A pesar de la escasez de datos que permitan hacer proyecciones, se estima que unos 25.000 médicos se incorporaron al mercado laboral desde 1980 y cerca de 15.000 se incorporarán en los próximos cinco años. Para completar el panorama, cabe señalar dos circunstancias interrelacionadas:

1) La existencia de un modelo educativo de alto costo social en virtud de las altas tasas de deserción y reprobación, sobre todo en los primeros años, como si existieran filtros institucionales que configuran una suerte de regulación de los egresos. Este es un campo que requiere mayor investigación y análisis para establecer conclusiones y propuestas de soluciones. (Los datos del cuadro 71, provenientes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, ilustran la situación.)

2) El deterioro significativo de la capacidad docente, entendida como las condiciones técnicas, materiales, financieras y de idoneidad técnico-científica y pedagógica de los recursos humanos para la docencia, la investigación y la extensión. Subsisten, asimismo, problemas de rigidez estructural, desarticulación con los servicios e incongruencia entre las estructuras administrativa y académica.

La Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA) ha señalado repetidamente esta situación, que no permite responder en forma apropiada a las demandas sociales y estudiantiles de una formación médica que signifique una respuesta adecuada y garantizada a las necesidades de salud y de transformación del modelo de atención.³⁵

No obstante, todas las facultades han iniciado cambios curriculares e institucionales buscando adecuar la formación a las necesidades de salud y articulándose a la estructura de servicios.

La formación de enfermeras

La formación en enfermería ofrece un panorama muy distinto y en alguna forma opuesto, ya que, entre otras situaciones, no afronta problemas de alta demanda por formación, sino de severo déficit estudiantil.

La formación de enfermeras ha estado relativamente descuidada en la Argentina. Menos de 400 enfermeras han completado los estudios universitarios necesarios para un título de licenciada. La escasez de enfermeras profesionales de alto nivel ha contribuido a que este grupo carezca de un liderazgo firme. Las restantes 17.000 enfermeras han recibido capacitación vocacional proporcionada por 18 escuelas de nivel universitario y 48 de nivel terciario (27 públicas, 21 privadas) con un promedio de egresos de 300 enfermeras anuales y un alto nivel de deserción.

Los cursos de auxiliares de enfermería son de nivel posprimario, con una duración de 9 a 12 meses, egresando aproximadamente 1.000 auxiliares por año. El personal empírico es aquel que no ha recibido ningún tipo de formación;

³⁵Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. La educación médica en el país. Mecanografiado, 1989.

sin embargo, comparte con los auxiliares la responsabilidad de la atención directa a los pacientes.

Aun es significativo el porcentaje de trabajadores de enfermería que no han completado los niveles de enseñanza primaria y particularmente secundaria en nuestras instituciones de salud. Esta situación dificulta la articulación entre los distintos niveles de enseñanza.

Los planes de estudio de formación del personal de enfermería conservan por lo general contenidos y metodologías tradicionales que en la mayoría de los casos no guardan relación con la problemática de salud de la población.

Una encuesta realizada en 1988 en las escuelas profesionales de enfermería muestra esta difícil situación (cuadro 72):

Cuadro 72

ESTUDIO EXPLORATORIO DE ESCUELAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA 1988

Tipo de escuela	Universo	Muestra	Promedio egresadas anual	Nivel de deserción %	Relación docente/alumno
Universitaria	18	6	72	78	1/11
Terciaria	27	13	240	60	1/8

Fuente: estudio exploratorio de escuelas de enfermería. Grupo de Recursos Humanos, OPS-Argentina, 1988.

Se aprecia claramente el alto costo social y la exigua graduación de enfermeras. En consecuencia, las intervenciones orientadas a revertir esta situación desde una perspectiva integral tienen alta prioridad.

El escaso prestigio social, los salarios bajos y el nivel de formación crítico de las enfermeras constituyen una gran dificultad de la contratación e impiden elevar los requisitos. Hay consenso entre los prestadores de servicios y las asociaciones de enfermeras respecto a la necesidad de remediar la escasez de enfermeras y mejorar su capacitación, aun cuando, a corto plazo, la capacidad de absorción sea limitada y haya que modificar necesariamente la distribución de las tareas entre médicos, técnicos y personal de enfermería.

Otros profesionales

La formación en odontología ha experimentado un leve crecimiento en los últimos años. El número de estudiantes en 1986 en las siete escuelas universitarias fue de 5.759 y desde ese año el estimado de graduación anual es de 1.000 odontólogos.

El caso de psicología, además de ilustrar un proceso de aumento rápido de la matrícula, permite analizar algunas variables relacionadas con las expectativas estudiantiles de inserción laboral. Argentina es uno de los países con

mayor número (absoluto y relativo) de profesionales en salud mental, mayor índice de conciencia del psiquismo y producción intelectual en esta área.³⁶

La formación curricular en psicología ha orientado a los profesionales, casi con exclusividad, hacia la formación clínica (predominantemente psicoanalítica) y hacia la actividad asistencial de consultorio privado. En 1986 se matricularon en la carrera de psicología en la Universidad de Buenos Aires 8.033 alumnos, que representaban el 3,7% del alumnado; en 1988 se registran 10.000 inscritos, lo que significa el 5,4% del total estudiantil. Un estudio del perfil del alumnado de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en 1985 mostró una población con algunas características distintas al conjunto universitario: se trata de una población de mayor edad, mayor predominio femenino, menor proporción de solteros y mayor de separados y viudos, y una muy alta proporción de estudiantes que trabajan.³⁷

Hacen falta más estudios de mercados laborales y de expectativas de trabajo de los estudiantes para definir la situación y establecer criterios de política en este campo.

La formación de posgrado. Residencias médicas

El tema de las residencias médicas, vale decir, de la especialización en medicina, tiene que ver cada vez más con el mercado de trabajo y con la organización y división social del quehacer médico, que con el desarrollo de la ciencia y de la técnica. El ritmo de incorporación de nuevos profesionales es muy alto y

"debería afectar profundamente a la organización y división social del trabajo médico y a las reglas competitivas prevalentes en el mercado. Como veremos, es lo que efectivamente está ocurriendo, aunque vale la aclaración de que el mayor o menor funcionamiento de las fuerzas competitivas no solo depende de la dimensión absoluta y de la tasa de crecimiento de la comunidad médica, sino también de su distribución espacial, de su mayor o menor propensión a trabajar en relación de dependencia, de su grado de especialización, etcétera."³⁸

Las residencias constituyen la modalidad más importante en la actualidad para acceder a una especialización. Estimados de la Comisión Nacional de Médicos Residentes (CONAMER) alcanzaban la cifra de 6.000 residentes en 1985. Informaciones para 1988 de algunas provincias señalan que en la provincia de Buenos Aires trabajan 1.741 residentes, en la ciudad de Rosario 243, en la provincia de Córdoba 600, en Río Negro 28 y en la Municipalidad de Buenos Aires 1.844. Esto indica que el número habría aumentado.

Un informe de AFACIMERA señala que la formación de especialistas y la habilitación para el ejercicio profesional son anárquicos en el país. La uni-

³⁶ UBA. Facultad de Psicología. Nueva orientación en la formación en Psicología. Anteproyecto. 1988.

³⁷ UBA. Facultad de Psicología. Dirección de Docencia. 1986.

³⁸ Katz, J. y Muñoz, A. Organización del sector salud: puja distributiva..., cit., p. 23.

versidad no otorga título de especialista; en algunas provincias son los Colegios profesionales los que lo otorgan y en la mayoría de ellas ejercen como tales profesionales sin una formación técnica adecuada, ni reglamentados por sistemas estructurados de aprendizaje.

Las residencias médicas en algunos casos (los menos) dependen de la universidad, coexistiendo con residencias no universitarias de niveles de exigencia muy dispares, sin control ni acreditación. El número de residencias es reducido en relación con la cantidad de egresados.

Sin embargo, y aun así, en los últimos años han surgido dificultades para cubrir el cupo de plazas para residentes. No existe en este aspecto una política nacional en relación con las residencias médicas y las especialidades, así como tampoco una orientación que tienda a privilegiar las áreas más necesitadas de profesionales idóneos en lo que se refiere a educación médica continuada.³⁹

Varias provincias, en la búsqueda de un perfil profesional para el desarrollo de la estrategia de atención primaria de la salud, han promovido en los últimos años la práctica de residencias en Medicina Integral y/o Medicina Familiar, experiencia sobre la cual todavía no se cuenta con una evaluación sistemática.

La formación en Salud Pública y Administración en Salud

Este tipo de formación de posgrado se realiza en una amplia gama de instituciones con objetivos y núcleos de capacitación diversos y sin mayor coordinación entre ellas. Instituciones diversas como facultades de medicina (4), escuelas de salud pública (2), escuela superior de sanidad (2), colegios profesionales (5), institutos nacionales de epidemiología (2), hospitales (8), asociaciones científicas, fundaciones, organismos internacionales, dependencias nacionales, confederación médica, etc., han desarrollado en los últimos cuatro años cerca de 90 cursos de más de 300 horas, con un promedio de 40 participantes por curso, lo que suma unas 3.600 personas, a un promedio de 22 cursos y 900 alumnos por año.⁴⁰

Esta situación informal y urgente que convive con los cursos básicos y de diplomados que siguen ofreciendo las escuelas de salud pública refleja, en primer lugar, la necesidad de cuadros formados en Administración, para elevar la capacidad operativa de programas y servicios, impulsar los procesos de extensión de cobertura y descentralización y llenar el vacío de la inestabilidad de cargos de responsabilidad política.

Por otra parte, también pone en cuestión las respuestas tradicionales de las escuelas de salud pública, su separación de los servicios y su orientación formal y teórica, porque de alguna manera esta oferta diversa y dispersa refleja una profunda crisis de la capacitación en esta área. En todo caso, a pesar de lo anterior, es un porcentaje muy bajo de la fuerza laboral profesional existente (2%), en 4 años.

³⁹ Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina. *La educación médica en el país*, cit.

⁴⁰ Estimación realizada por el Grupo de Recursos Humanos de la Representación OPS/OMS de Argentina, 1989.

El mercado de trabajo médico

Katz y Muñoz han analizado profundamente la morfología y dinámica de este mercado de trabajo. Se transcriben aquí parte de sus consideraciones:

"En resumen: la dimensión de la comunidad médica en determinado ámbito geográfico, el ritmo de crecimiento de la misma a través de la incorporación de nuevos graduados y la edad y sexo de estos, son rasgos que favorecen el desarrollo de fuerzas competitivas en el interior del mercado médico. Es más, dichas variables permiten comprender la incipiente aparición de un 'proletariado médico' que trabaja como asalariado de grandes grupos corporativos que avanzan en la institucionalización de la medicina comercial. Frente a esto, el creciente nivel de especialización que va adquiriendo la profesión a través del tiempo, actúa en sentido contrario, es decir, favoreciendo la diferenciación del producto y el desarrollo de nuevas formas de organización y división social del trabajo médico con la aparición de 'nichos' de mercado e imperfecciones en la competencia.

El grado de especialización en el mercado médico argentino es elevado. Del 57 al 59% de los médicos actúan como especialistas. Sin embargo, el peso relativo de la especialización no se distribuye de manera homogénea entre los distintos tramos de edad en que se divide la población médica. En tanto que el peso relativo de los especialistas es bajo entre quienes tienen de 0 a 4 años de antigüedad en la profesión, crece dramáticamente hasta alcanzar cerca del 80% de la muestra entre los que tienen de 15 a 30 años de ejercicio de la medicina.

A su vez, la categoría de ejercicio combinado de la profesión -esto es, de médicos que dicen ser especialistas o clínicos y que ejercen en ambos campos simultáneamente según las circunstancias- también cae significativamente al pasar del grupo etáreo más joven a aquel con 15 a 30 años de experiencia profesional.

Según Belmartino y colaboradores, la especialización que se logra, por ejemplo, por vía de las 'conurrencias' médicas y de los cursos normatizados de las sociedades científicas permite acceder a diversos beneficios, entre los que se destacan: 1) menor carga de trabajo semanal; 2) menor incidencia del trabajo en relación de dependencia y de los ingresos profesionales provenientes de este; 3) mayor probabilidad de tener en propiedad equipos y aparatos complejos para el ejercicio de la actividad profesional.

Ahora bien, mientras que la dimensión y el ritmo de crecimiento de la comunidad médica y su composición en edad y sexo parecen favorecer el desarrollo de fuerzas competitivas en el mercado médico, el elevado y creciente índice de especialización lleva a la diferenciación del producto y al desarrollo de 'nichos' de mercado. En ellos, el monopolio o el oligopolio diferenciado constituyen las formas de organización prevalentes y los precios del servicio reflejan la presencia de rentas diferenciales asociadas a la especialización y al equipamiento de alta complejidad."⁴¹

⁴¹ Katz, J. y Muñoz, A. Organización del sector salud: puja distributiva..., cit., pp. 24 y 25.

Con el correr del tiempo se ha ido gestando en el interior de la comunidad médica una creciente heterogeneidad estructural asociada con el rápido ritmo de ingreso de nuevos graduados al mercado, el cambio en la composición femenino-masculina de las nuevas camadas, el aumento de la especialización, etc. Dicha heterogeneidad estructural creciente explica el elevado índice de concentración de ingresos que exhibe el mercado médico.

Así, información reciente correspondiente al caso argentino,⁴² revela que en tanto el decil superior de profesionales de la salud factura mensualmente a la seguridad social cantidades que oscilan en torno de los 10.000 australes, los cuatro deciles inferiores de la distribución de ingresos solo alcanzan a facturar 100 australes por mes. Los cuatro deciles intermedios muestran una facturación del orden de los 700 australes mensuales, lo que sugiere que, a grandes rasgos, el primer decil de la distribución logra capturar el flujo de ingresos que no llega a los últimos cuatro deciles de la misma. En otros términos: la evidencia empírica de la que se dispone sugiere la existencia de un elevado índice de concentración del ingreso en el mercado de trabajo médico.⁴³

Esta desigual distribución y concentración del ingreso está relacionada con la antigüedad en la profesión; así, los médicos más antiguos (más de 15 años de ejercicio) facturan significativamente más que los jóvenes en la ciudad de Rosario (cuadro 73).

Cuadro 73

DISTRIBUCION DE LA FACTURACION SEGUN ANTIGÜEDAD EN LA POBLACION

Antigüedad en años	1 galeno a 300 Cant. prof.	301 galenos a 1000 Cant. prof.	1001 galenos a 3000 Cant. prof.	Más de 3000 galenos Cant. prof.	Total
De 2 a 4	59	30	9	--	98
De 5 a 9	202	174	66	13	455
De 10 a 14	113	127	99	15	354
De 15 a 19	130	141	97	24	392
Más de 20	205	193	127	36	561
Totales	709 (38,1%)	665 (35,7%)	398 (21,4%)	88 (4,7%)	1.860

Fuente: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS). Asociación Médica de Rosario, 1988.

⁴²Federación Médica de Buenos Aires, 1983.

⁴³Katz, J., Muñoz, A. y Tafari, R. Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud. Buenos Aires, OPS, 1988, p. 9.

La utilización de los recursos humanos

En general, los médicos están subutilizados. Contrariando a la imagen popular de los médicos que trabajan como choferes de taxi, el desempleo entre ellos es prácticamente inexistente. El estudio del mercado laboral de los médicos efectuado en la región de Rosario en 1978 revela que el 7% no ejercían su profesión, lo que constituye una tasa baja en comparación con la de los países europeos. Las horas de trabajo medias son 54 por semana.

El estudio indica que los médicos jóvenes tienen un horario de trabajo pesado, en tanto que los mayores reducen su carga de trabajo a medida que aumentan sus años de ejercicio de la profesión. Muestra asimismo que los internistas poseen una carga de trabajo considerablemente mayor que los especialistas. La escasa utilización de los médicos más experimentados -en particular los especialistas- sugiere que hay deficiencias en el sistema de incentivos y de hacer carrera.

Un estudio efectuado en un hospital público grande, representativo de las condiciones existentes, que se efectuó en 1986, revela un promedio de 1,27 camas por médico, 6,3 consultas por médico diarias y 23,3 enfermos dados de alta de los hospitales por médico por año. De acuerdo con este trabajo, los servicios hospitalarios cuentan con personal excesivo, como lo demuestra el promedio nacional de 2,06 camas de hospital por médico.

Además, las tendencias de la dotación de personal no difieren mayormente entre los sectores público y privado. La productividad y la eficiencia son extremadamente bajas. Una multiplicidad de razones explican los resultados deficientes obtenidos tanto en el sector público como en el privado; las razones que por lo general se dan son los deberes fragmentarios, los trabajos a media jornada, el largo tiempo que demanda desplazarse hasta el lugar de trabajo, la escasez de personal de apoyo, el equipo anticuado, los bajos salarios y la desmoralización.⁴⁴

Ya se ha analizado la deficiente utilización del conjunto del personal de enfermería y el impacto que dicha situación tiene sobre la calidad de la atención. Existe todavía una deuda a saldar, heredada del pasado, que es la elevación de la preparación y el desempeño de los empíricos e idóneos.

Salvo algunas raras excepciones como el Programa de Capacitación en Odontología (PRECON), no existen en el país verdaderos programas de capacitación permanente. No obstante, algunas sociedades científicas, como la de Pediatría, han impulsado programas de actualización en provincias de gran valor para los profesionales.

En la actualidad, la mayoría de las Secretarías de Salud y de los ministerios provinciales organizan sistemas o programas de capacitación permanente, movidos por la necesidad de mejorar el desempeño del personal, aunque también por la formulación de leyes y reglamentos de carrera sanitaria integrales que plantean el progreso de los funcionarios, basado en la capacitación.

Las actividades de supervisión, de escaso desarrollo, generalmente obedecen a concepciones de control administrativo y están muy limitadas por restricciones económicas.

⁴⁴ Banco Mundial, Argentina. Análisis sectorial..., cit.

El proceso de federalización/descentralización y el desarrollo de los recursos humanos

El proceso de federalización/descentralización que impulsan la Secretaría de Salud de la Nación, ocho provincias a través de sus ministerios y secretarías de salud, y la OPS, está reubicando algunas problemáticas del personal como prioritarias y, sobre todo, asumiendo una perspectiva integral del desarrollo de los recursos humanos. En la práctica dicho proceso fortalece la decisión política de las provincias de construir, sobre la base de sus peculiaridades históricas y organizativas, verdaderos sistemas integrados y descentralizados de salud, jerarquizando el sector público y la participación comunitaria.

Aparece virtualmente como una constante en las provincias la voluntad de definir políticas de recursos humanos y organizar unidades o direcciones de recursos humanos capaces de asumir la reorientación política del proceso de desarrollo de estos recursos; precisar criterios científicos para planificar, formar y utilizar el personal; fijar reglas de juego claras y negociar con las corporaciones; normatizar y reglamentar la utilización y contribuir a reorientar la formación de los recursos necesarios. No se trata, por lo tanto, de continuar con la función meramente administrativa que tradicionalmente se les asignaba (oficinas de personal o de regulación y control profesional), sino de constituir unidades con liderazgo político y técnico y capacidad operativa efectiva para el logro de estos objetivos. Estas direcciones requieren un fortalecimiento cualitativo y cuantitativo de sus cuadros y de su infraestructura, a fin de responder a su función de traducir la política de salud en actividades y programas para recursos humanos que garanticen una atención integral, oportuna, equitativa y de calidad.

Numerosas provincias han promulgado durante los dos últimos años leyes y reglamentos de carrera sanitaria a fin de contar con un instrumento jurídico útil para la reorientación y mejoramiento del desarrollo de los recursos humanos. Estas leyes, fruto de arduas negociaciones políticas y con las organizaciones intermedias, establecen como criterio básico del progreso de los funcionarios la acreditación de idoneidad del desempeño vía la capacitación. Esto ha llevado a organizar programas y sistemas de adiestramiento de alcance general al personal.

La construcción de estos sistemas de capacitación es uno de los elementos estratégicos que deben asegurarse para elevar efectivamente el compromiso y mejorar el desempeño del personal de manera que no se convierta en mero instrumento de negociación y puja corporativa, desarrollar objetivos, criterios metodológicos y contenidos que promuevan cambios en la práctica, así como una infraestructura que alcance al conjunto del sector.

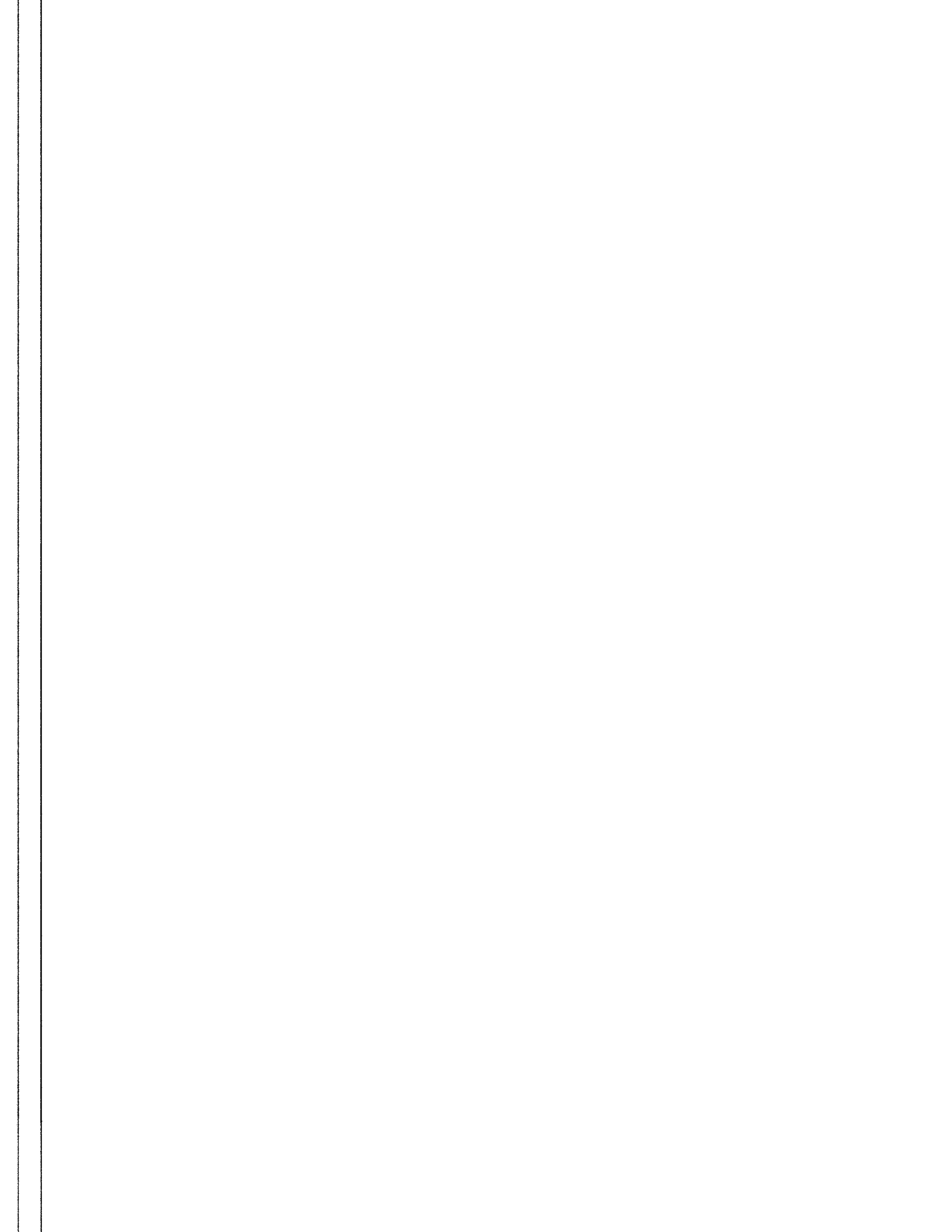
Convertir las oficinas de trámite de personal en verdaderas unidades de administración del trabajo supone, además de superar estructuras administrativas rígidas, romper nudos de poder constituidos durante largo tiempo. Plantea asimismo la tarea de modernizar el sistema, simplificar procedimientos y capacitar personal. Tal vez la mejor forma de realizar la transformación de estas unidades sea involucrándolas efectivamente con el proceso de descentralización, y con los contenidos del cambio técnico-político que esto supone y, en concreto, en la construcción y operación de los nuevos instrumentos de gestión descentralizada.

Se puede decir que no existe actualmente una práctica de administración del trabajo en los servicios de salud. La asignación de funciones, la organización y división del trabajo, la supervisión, evaluación, promoción, etc., no se realizan sobre bases técnicas, si se llegan a realizar. En esta área, además, es necesario proceder a un análisis y sistematización de la legislación y normatividad que existe, abundante y anárquica. Esta es otra área crítica de alta prioridad en el sector.

El desarrollo complejo de organización y capacidad operativa que impulsa la descentralización y la integración sectorial, requiere recursos humanos altamente capacitados y comprometidos en la conducción de los diferentes niveles del sistema. Esta necesidad, ciertamente, supera los linderos del sector salud, y convoca a la universidad y otros sectores sociales, así como a organizaciones comunitarias. Por ello, una de las funciones sustantivas que se le presentan al área de desarrollo de recursos humanos es orientar y coordinar la formación y capacitación de niveles de conducción.

La tradicional separación entre los servicios de salud y la universidad es uno de los obstáculos que deberán superarse para permitir un desarrollo de recursos humanos en función de las necesidades de la población y de la transformación de los servicios. El acercamiento entre ambas instituciones tiene una larga historia de frustraciones y fracasos. No obstante, se persiste en ello aprendiendo de la experiencia. Procesos de articulación docente-asistencial como los de Tucumán, de acercamiento como los de Córdoba, Mendoza, Salta, Buenos Aires, etc., están dando nuevos impulsos a esta tarea pendiente.

No obstante, el reto más visible sigue siendo avanzar progresivamente, promoviendo acuerdos y viabilidades que posibiliten la solución de los problemas señalados a lo largo de este capítulo.



BIBLIOGRAFIA GENERAL

Censo Nacional de Población y Vivienda, 1980.

Caballero N. y Garrido S. *Condiciones de salud de la población femenina argentina*, mimeo, 1988.

Estudio epidemiológico de la mortalidad adulta - Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud - Programa Salud del Adulto - Buenos Aires, MSAS-OPS - 1988.

Situación de los Ancianos en Argentina. Buenos Aires, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP-MSAS, 1985.

Argentina: *Población, Salud, Nutrición*, enero 1987. Buenos Aires, Banco Mundial.

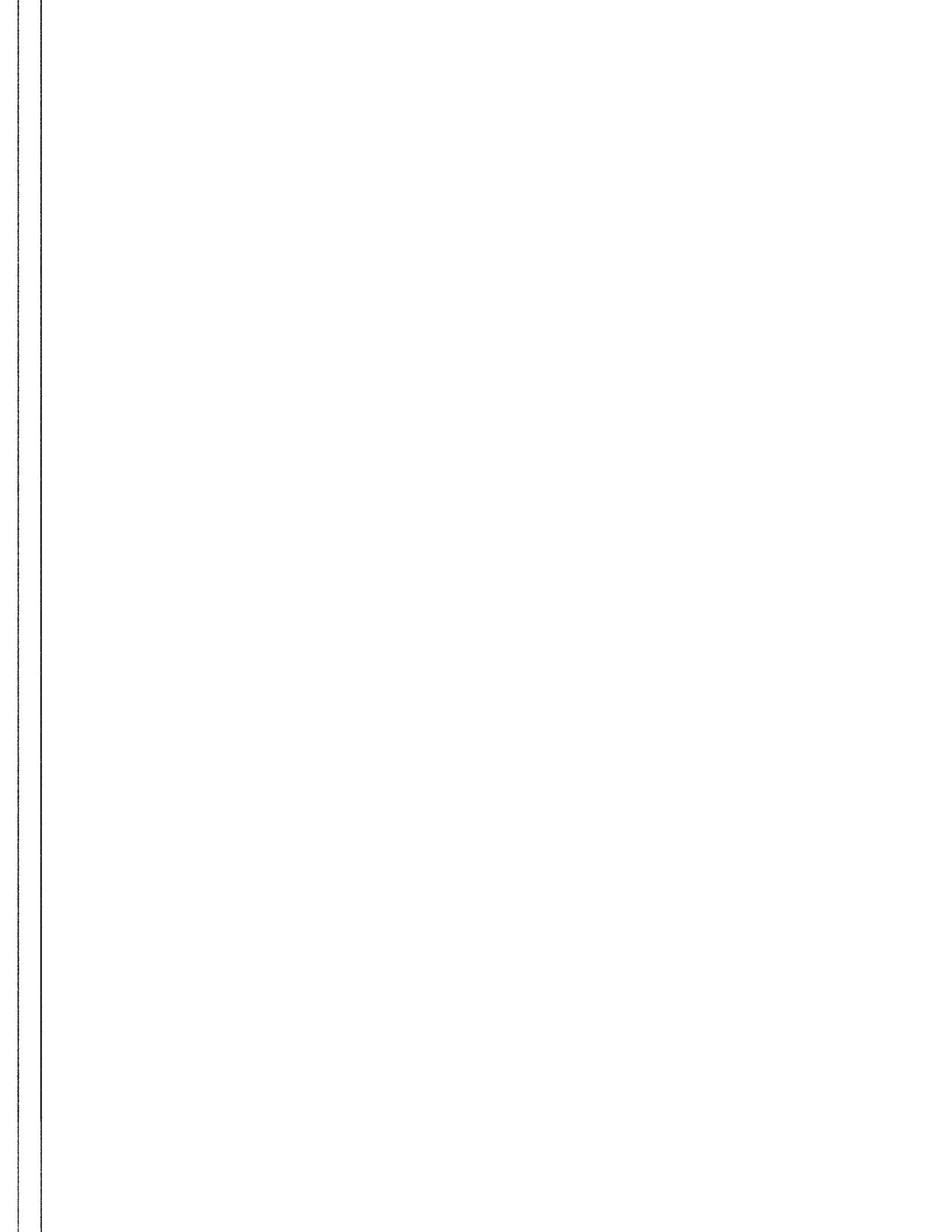
Lineamientos de política de salud. Buenos Aires, MSP, 1984.

Argentina: descripción de su situación de salud. OPS/OMS, 1985.

Leyes del Seguro Nacional de Salud y de las Obras Sociales, 1988.

Resoluciones del COFESA.

PNES: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.



Se terminó de imprimir
en el mes de Marzo de 1990
en los Talleres Gráficos
CARBET. La Rosa 1080,
Adrogué, Buenos Aires

