
ARGENTINA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal, en virtud de la cual las provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno central. La Constitución Nacional es la ley suprema y toda la legislación debe sujetarse a sus disposiciones. En 1993 la Convención Constituyente llevó a cabo la reforma de la Constitución.

Tiene una extensión territorial de 3.761.274 km² y fronteras comunes con cinco países. Está integrada por 23 provincias y la Capital Federal. Por mandato constitucional, estas unidades político-administrativas tienen la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. En el marco del proceso de reformas políticas, económicas y sociales en que el país se encuentra inmerso, las relaciones entre el Gobierno central y los gobiernos provinciales, y entre el Estado y la sociedad en general, están cambiando estructuralmente.

El Gobierno que asumió en 1989 instrumentó tres planes de estabilización. El último de ellos, iniciado a principios de 1991, fue el plan de convertibilidad, que orientó el proceso de ajuste hacia una salida exportadora a la vez que mantuvo la paridad cambiaria de la moneda nacional con el dólar, lo que le permitió al Estado mejorar sus cuentas fiscales y obtener excedentes para el pago de sus compromisos financieros.

El ajuste fiscal, basado en la disminución del gasto del Estado mediante la privatización de empresas públicas, la reforma tributaria, la racionalización de personal, el nuevo pacto fiscal Nación-Provincias y las modificaciones de la legislación laboral por la vía de la flexibilización del empleo, buscó reducir los costos productivos. Estos cambios se acompañaron con reformas del sistema previsional y de los marcos normativos de la seguridad social.

Según estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el crecimiento sostenido de las

exportaciones iniciado en 1990 se tradujo en un superávit comercial que, sumado al ingreso de capitales y a la abundante oferta de crédito externo, tuvo como contrapartida una fuerte demanda local de bienes y servicios que dio un marcado impulso a las importaciones, facilitado por la reducción de aranceles aduaneros que desequilibraron la balanza comercial tornándola negativa en años posteriores. Hacia 1995, la demanda de bienes y servicios se estabilizó. Beneficiadas por condiciones externas favorables, las exportaciones aumentaron, lo que provocó la reversión del saldo de comercio exterior y contribuyó a sostener el nivel de actividad. Aunque la relación entre la deuda externa y las exportaciones mejoró, el coeficiente que relaciona la deuda con las exportaciones se redujo de 5 en 1994 a 4,3 en 1995 y la proporción entre los intereses pagados y las exportaciones de bienes y servicios se mantuvo estable en aproximadamente 21% a 22%, la deuda externa, que aumentó de US\$ 58.413 millones en 1991 a aproximadamente \$96.000 millones en 1996, sigue siendo una pesada carga para el país.

La perspectiva de una mayor integración regional a través del Mercosur (tratado de integración económica entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) resalta la importancia de la estabilidad. Además del aumento del intercambio comercial en la región, el sistema de integración económica ayudó a reforzar los mecanismos de relaciones macroeconómicas entre los países. En 1995 resultó relevante el aumento de la demanda de productos por parte del Brasil, que volvió a incrementar su participación como destino de las exportaciones argentinas.

La crisis financiera que sufrió la economía mexicana a fines de 1994 no se propagó de igual manera al resto de la Región. Ese año, pese al escaso desarrollo del mercado de capitales local y la insuficiente tasa de ahorro interno, la Argentina reforzó las políticas monetarias y fiscales en defensa del modelo económico. La contracción posterior de la economía en 1995 se revirtió, registrándose una reactivación progresiva, aunque aún incompleta y de elevado costo social.

La evolución de la economía en el período 1991–1996 mostró que el plan de convertibilidad y las medidas de ajuste lograron mejorar las variables macroeconómicas, ya que disminuyó la inflación y aumentaron el producto interno bruto (PIB), las exportaciones y el flujo de capitales. El índice de precios al consumidor (IPC), que en 1991 había registrado un incremento de 84,0%, en 1992 cayó a 10,3%. La inflación continuó bajando y en 1994 la variación del IPC fue de 3,9%. En 1995 la tasa de variación de los precios siguió atenuándose, de manera que a lo largo de ese año el incremento del IPC fue de solo 1,5%; en 1996 fue de 0,4% y las tasas de inversión fueron positivas. De 1990 a 1994 el incremento acumulado del PIB fue cercano a 35,0%.

La evolución del mercado de trabajo en 1995 estuvo señalada por la estabilidad de los precios y la caída del nivel de actividad. Ambos hechos se reflejaron en los movimientos de los salarios y del empleo. Pese al incremento del PIB, entre fines de 1990 y fines de 1994 la tasa de ocupación se redujo, lo que, unido al aumento de los índices de participación laboral, dio lugar al crecimiento de la tasa de desempleo en un período de expansión económica. El funcionamiento de los mercados laborales y las características de la demanda variaron a la vez que se produjo un exceso de oferta de trabajo.

La recesión de la economía, que se manifestó en los primeros meses de 1995, estuvo asociada con un amplio movimiento de los índices de empleo. Así, la desocupación creció fuertemente hasta llegar a 18,4% en abril, al tiempo que se incrementó, aunque con menor intensidad, la incidencia del subempleo hasta algo más de 11,0% de la población económicamente activa (PEA). La tasa de empleo siguió disminuyendo en los primeros meses de 1996. La caída del coeficiente de empleo fue particularmente apreciable en el Gran Buenos Aires, mientras que la variación promedio fue menor en los aglomerados del interior. En el período 1991–1996 la tasa de desocupación abierta (en porcentaje sobre la PEA) pasó de 6,0 en octubre de 1991 a 16,4 en las principales zonas urbanas en octubre de 1996.

En los años posteriores al período hiperinflacionario (1989–1990) se atenuó la variabilidad a corto plazo de los salarios reales y la evolución de las remuneraciones en distintos sectores y categorías de empleo fue heterogénea. Sin embargo, a pesar del aumento de la productividad, el salario industrial real presentó una tendencia declinante, ya que perdió 7 puntos desde 1991 hasta principios de 1995 (tomando como base 100 el de 1991). Hasta comienzos de 1993, el costo de los alimentos básicos de la familia tipo aumentó 56%, mientras que los salarios de la industria crecieron solo 27%. En 1995 se aplicaron nuevas medidas de ajuste que incluyeron rebajas en los salarios más altos de la administración pública y ampliaciones en las bases gravables del impuesto a las ganancias y a los bienes personales, instaurándose un régimen de facilidades de pago por deudas

impositivas. Asimismo, se sancionó una ley destinada a limitar los gastos por jubilaciones. Hacia 1996, el empleo industrial bajó y los salarios reales industriales se mantuvieron en su nivel.

Entre las modificaciones introducidas al régimen laboral, se destaca la reducción de los costos de los despidos de nuevos trabajadores en las empresas pequeñas y medianas, que también fueron autorizadas a introducir cambios en el otorgamiento de licencias y en la definición de los puestos de trabajo, el establecimiento de un régimen de contratos de aprendizaje para personas de menos de 25 años de edad, que definió una relación no laboral, es decir, no sujeta a la seguridad social y sin costos para las empresas al finalizar el contrato, y la sanción de una ley modificatoria del régimen de indemnizaciones por accidentes de trabajo, reemplazando el pago por parte del empleador en ocasión de una contingencia por un sistema de seguro obligatorio.

Entre 1990 y 1994 el dinamismo económico no se tradujo en el descenso de la concentración del ingreso. Entre 1992 y 1994 se produjo un incremento muy elevado del ingreso de 10% de los hogares más ricos, que fue bastante menor en el caso de los hogares pertenecientes a los cuatro deciles más pobres. Con ello se perdió la mejora distributiva lograda en el primer bienio.

En la primera mitad de la década del noventa, el paso de la inflación a la estabilidad y del estancamiento al crecimiento económico significó la reversión de dos factores que forzaban al empobrecimiento de los sectores más necesitados de la sociedad. Pero el funcionamiento del mercado de trabajo no ofreció las condiciones para revertir los niveles de desprotección acumulados, sino que generó nuevas fuentes de vulnerabilidad que contrabalancearon los efectos positivos de aquellos logros. El desempleo se perfila como un problema grave que acentúa patrones desiguales de crecimiento.

En 1991, la Argentina presentó un índice de desarrollo humano (IDH) de 0,839, lo que la ubicó entre los países de alto desarrollo; en 1993 el IDH aumentó levemente a 0,884. La estimación del índice en las provincias confirma la existencia de realidades socioeconómicas diferentes que señalan una compleja geografía del desarrollo humano.

En 1994, la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), mostró que la proporción de hogares y de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) adquiría valores dispares según el aglomerado considerado. La incidencia de la pobreza según el indicador de NBI en los hogares osciló entre 32,2% en Palpalá, Jujuy, y 8% en Río Gallegos, Santa Cruz. En el caso de las NBI en la población, el porcentaje más elevado se registró en Resistencia, Chaco (35,5%), y los valores más bajos en Río Gallegos (8,9%) y Ushuaia, Tierra del Fuego (8,5%). La diferencia entre la incidencia por hogares y en la población obedece al mayor tamaño de los hogares con NBI.

En 1996, la Encuesta Permanente de Hogares señaló un incremento en la cantidad de personas que viven en condiciones de pobreza en la zona metropolitana (Capital y Gran Buenos Aires) respecto de los niveles de octubre de 1995. Esta tendencia refleja una continuidad de la situación registrada desde 1994 y se relaciona con el aumento del desempleo, de los precios de los alimentos esenciales y de la cantidad de familias que pasaron a habitar viviendas precarias. De acuerdo con el censo de 1991, 30% de un total de 10 millones de viviendas presentaban problemas. El crecimiento de las llamadas villas de emergencia y el fenómeno de las casas tomadas se relacionan con esta situación.

A comienzos de 1996, la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Acción Social y la Organización Panamericana de la Salud comenzaron a diseñar un método de análisis de situación para obtener elementos de interés político-técnico en relación con la determinación de grupos de riesgo, la focalización de las zonas y la identificación de los principales problemas. El estudio seleccionó indicadores de condiciones de vida, de utilización de los servicios y de condiciones de salud, que serían obtenidos en las 524 unidades de observación (llamadas genéricamente departamentos) en que se subdividió al país.

Se realizó una estratificación según condiciones de vida en la totalidad de los departamentos, considerando los porcentajes de hogares con NBI, de analfabetismo, de población sin cobertura de obra social o plan médico, de población mayor de 60 años y de años potenciales de vida perdidos (APVP). Para establecer los estratos se construyeron índices resumidos que, analizados posteriormente en una curva normal y de acuerdo con su dispersión en términos de desviación estándar, permitieron definir cinco estratos: atípico, favorable, intermedio, desfavorable y precario. La distribución de los departamentos según esta estratificación mostró que la mayor parte de ellos (60,9%) pertenecían al estrato intermedio y representaban a 61,2% de la población total del país. Los departamentos calificados como desfavorables e intermedios sumaban 17,8% y representaban a 5% de la población. Esta observación denota cómo, a medida que se avanza hacia los estratos más desfavorables, disminuye la cantidad de gente que habita en los departamentos que los componen.

El análisis de la utilización de los servicios de salud por parte de la población se hizo sobre la base de las tasas de consultas y de egresos hospitalarios. Solo se obtuvieron datos del subsector oficial y en su gran mayoría por efector y no por residencia de la población. En los departamentos donde se consiguió información por residencia (19,3%) se vio que los que tenían más baja densidad de población presentaban mayor tasa de egreso que los de alta densidad.

Respecto del componente de condiciones de salud, el estudio de las brechas de mortalidad reducibles efectuado permitió observar que, con excepción del estrato de condiciones de

vida atípico, en el que aparecen brechas solo en los grupos mayores de 50 años, el exceso de tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años está presente y se repite en forma constante en todos los estratos, aunque es en el de condiciones de vida desfavorables donde adquiere su peso fundamental. Esto muestra claramente cómo a medida que se avanza hacia el estrato de condiciones precarias, la magnitud de los excesos de muerte del grupo de 1 a 4 años se incrementa. Asimismo, el estudio permitió establecer la correspondencia entre las características geodemográficas y la estratificación según condiciones de vida; así, los estratos de condiciones más favorables coinciden con los departamentos más poblados y cercanos a las rutas nacionales más importantes.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 estimó una población de 35.219.612 habitantes para 1996, con una tasa de crecimiento anual promedio de 1,261%, que registra un comportamiento descendente. Según las proyecciones, la razón total de masculinidad de la población calculada para 1996 se ha estimado en 96,4%, valor en el que se mantendrá hasta el 2005. La tasa global de fecundidad continúa su tendencia declinante: de 3,15 hijos por mujer en 1980 se proyecta una tasa de 2,82 hijos por mujer para 1990–1995 y de 2,62 hijos por mujer para 1995–2000. Se observan diferencias según las jurisdicciones: en un extremo la Capital Federal, (1,58 hijos por mujer), y en el otro Misiones (3,58 hijos por mujer). La tasa de natalidad registró una muy leve pero sostenida declinación: en 1993 fue de 19,8 por 1.000 habitantes, en 1994 de 19,7 por 1.000 y en 1995 de 18,9 por 1.000.

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos, de acuerdo con proyecciones para 1990–1992, fue de 71,93 años, 75,69 años para las mujeres y 68,44 años para los hombres. Las proyecciones para el periodo 1995–2000 indican una esperanza de vida al nacer de 75,59 años, 69,55 años para los hombres y 75,75 años para las mujeres.

La estructura de la pirámide poblacional muestra que los menores de 15 años no superan 30% del total de habitantes, mientras que los mayores de 60 años totalizan 13%. La edad mediana de la población era de 27,6 años en 1985 y se estima que será de 28,4 años en el 2000. La proporción de mayores de 65 años, que en 1990 representaban 9,0% de la población total, actualmente se estima en 9,5% y alcanzaría a 9,8% en el 2000, con marcado predominio femenino. La distribución por edades muestra una tendencia de crecimiento en la población de 60 años y más (13,9% en 1995) y una disminución en la de 0 a 24 años (46,0% en 1995) y en la de 25 a 59 años (40,8% en 1995).

Actualmente, y según proyecciones para 1996, la población urbana representa 88,6% del total. La gran mayoría se concentra en siete centros urbanos con más de 500.000 habitantes. Se calcula que en la Capital Federal y en el Gran Buenos Aires vive un tercio de la población. Se observan migraciones intrajurisdiccionales desde los departamentos suburbanos o

rurales hacia los que alojan a las ciudades capitales. Más de la mitad de la población urbana del país pertenece a aglomerados de más de 500.000 habitantes.

Mortalidad y morbilidad

En el período 1990–1995 la mortalidad registró variaciones favorables tendientes a su reducción. En 1995 se registraron 268.997 defunciones a nivel nacional, de las cuales 9.708 (3,6% del total de muertes) se categorizaron como mal definidas. La tasa de mortalidad general fue de 7,7 por 1.000 habitantes. La mortalidad materna, que había aumentado entre 1994 (3,9 por 10.000 nacidos vivos) y 1995 (4,4 por 10.000) experimentó una disminución cercana a 14,0% en 1995. Entre 1990 y 1995 la tasa de mortalidad infantil en el nivel nacional declinó 15,7%, registrando un valor de 22,2 por 1.000 nacidos vivos en el último año. Similar comportamiento se observa en la mortalidad neonatal y posneonatal, que en el mismo período mostró caídas de 14,7% y 16,0% respectivamente.

En 1995, la tasa de mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires fue de 13,1 por 1.000 nacidos vivos, en contraste con la de las provincias del Chaco y Formosa, ambas superiores a 30 por 1.000. Once provincias presentaron tasas de mortalidad infantil por encima del valor nacional. Las regiones del noroeste y del nordeste mostraron los valores más altos, aunque registraron progresivos descensos, a excepción de algunas jurisdicciones como Formosa, San Juan y Tucumán, en las que la tasa de mortalidad se incrementó. La provincia de Tierra del Fuego presentó los mejores valores, con 11,1 defunciones en menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad neonatal es superior a la posneonatal en todas las jurisdicciones. Predominan las defunciones ocurridas en la etapa neonatal precoz (10,8 por 1.000 nacidos vivos) respecto de la tardía (2,8 por 1.000). En cuanto a la tasa de mortalidad posneonatal, se observa un leve cambio de tendencia entre 1994 (7,6 por 1.000 nacidos vivos) y 1995 (8,1 por 1.000); a nivel nacional se incrementó en 6,2%. Este aumento se registró en todas las jurisdicciones, excepto en Chubut, Jujuy, La Rioja, Santa Fe y Tierra del Fuego. Las muertes neonatales reducibles por diagnóstico o tratamiento oportuno durante el embarazo y el parto, y en el recién nacido, sumaban 60% del total, mientras que las muertes posneonatales reducibles por prevención, por tratamiento, o por ambos, representaban 54,4% del total respectivo.

En cuanto a las muertes fetales, de 8.570, 65,2% correspondieron a la etapa tardía. La tasa de mortalidad fetal en 1995 fue de 13,0 por 1.000 nacidos vivos, con amplias diferencias regionales; dentro de esta categoría, dos tercios del total de defunciones presentaban bajo peso al nacer (< 2.500 gramos). Entre 1990 y 1995 el porcentaje de nacidos vivos con menos de 2.500 gramos de peso aumentó de 6,1% a 6,6% en

todo el país. El subregistro dificulta la identificación de las provincias con mayor incidencia de bajo peso al nacer.

El análisis de la mortalidad según sus principales causas y por sexo indica que la tasa nacional de mortalidad por enfermedades del corazón descendió de 10,9% entre 1990 (252,6 por 100.000 habitantes) y 1995 (227,7 por 100.000). En el mismo período, la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y accidentes también mostró un importante descenso con caídas de 16,7% (80,8 frente a 69,2 por 100.000 habitantes) y 16,4% (32,6 frente a 28,0 por 100.000) respectivamente. Los tumores malignos registraron un descenso de menor magnitud al pasar de 143,7 por 100.000 habitantes en 1990 a 141,6 por 100.000 en 1996.

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares son las causas de muerte más frecuentes para ambos sexos. En los varones, en 1995 la tasa de defunciones por enfermedades cardíacas fue de 244,5 por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres fue menor (206,4 por 100.000). También fueron más altas las tasas de mortalidad masculina por tumores malignos (157,6 por 100.000 frente a 124,1 por 100.000) y por enfermedades cerebrovasculares (70,4 por 100.000 habitantes frente a 66,5 por 100.000). Los accidentes constituyeron la cuarta causa de muerte en los hombres, con 6.766 defunciones (39,7 por 100.000 habitantes) sobre un total general de 9.740 accidentes. En las mujeres la tasa de mortalidad específica fue de 16,1 por 100.000 habitantes.

El cambio más notorio en el perfil de mortalidad es la importancia que adquieren las defunciones por neumonía e influenza, que se ubicaron como quinta causa de muerte entre los hombres, desplazando a las afecciones del período perinatal, mientras que para las mujeres, las muertes por neumonía e influenza, que en 1990 representaban la sexta causa, pasaron a ocupar la cuarta posición en 1995. Este fenómeno comienza a advertirse desde 1994. Merece destacarse asimismo la importancia que adquiere en 1995 la mortalidad por causas infecciosas en las mujeres.

La mortalidad infantil tiene como principal causa las afecciones originadas en el período perinatal, con 7.125 defunciones, que representan 50% del total de causas en los menores de 1 año. La tasa de mortalidad específica se redujo 17,1% entre 1990 (1.267,2 por 100.000 nacidos vivos) y 1995 (1.081,6 por 100.000). La segunda causa son las anomalías congénitas (396,8 por 100.000). En 1990–1995 las muertes por neumonía e influenza (690 en 1995) se redujeron 5,7%. Las enfermedades infecciosas intestinales pasaron de la cuarta a la sexta posición.

En el grupo de 1 a 4 años la mortalidad por accidentes (16,9 por 100.000 habitantes) superó en gran magnitud a las otras causas. Si bien entre 1990 y 1995 se observa un descenso de 28,9% en la mortalidad por esta causa, en 1995 se produjeron 458 defunciones (21,4% del total de las muertes),

de las cuales alrededor de 45% fueron por accidentes de tráfico y en el hogar. Ese año el riesgo de morir por neumonía e influenza también se redujo en casi 22,0%, lo que ubicó a este grupo de causas en el cuarto lugar. La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales registró asimismo una reducción, y estas ya no figuran entre las cinco primeras causas de muerte. La disminución proporcional de las defunciones por las principales causas determinaría el aumento relativo de la mortalidad por anomalías congénitas y por enfermedades del corazón.

En el grupo de 5 a 14 años la primera causa de muerte son, con gran diferencia, los accidentes, con 571 defunciones en 1995 (8,6 por 100.000 habitantes). No obstante, entre 1990 y 1995 la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó 26,7%. Los tumores malignos constituyeron la segunda causa de muerte (3,7 por 100.000 habitantes). La mortalidad por cáncer se redujo 45,9% (244 muertes).

En el grupo de 15 a 49 años, las enfermedades del corazón y los tumores malignos representaban la primera y segunda causa de muerte en 1990, con tasas de 33,8 y 33,7 por 100.000 habitantes respectivamente. En 1995 se registró una menor mortalidad por esta causa y los tumores pasaron a ocupar el primer lugar (31,1 por 100.000 habitantes), desplazando a las enfermedades cardíacas (27,9 por 100.000). Los accidentes permanecieron como tercera causa de muerte (25,1 por 100.000).

En el grupo de 50 a 64 años, la mortalidad por enfermedades del corazón y por tumores malignos presentó un comportamiento similar al del grupo de edad anterior, con una notable reducción de la mortalidad por enfermedades del corazón entre 1990 y 1995 (340,8 por 100.000 habitantes y 289,3 por 100.000 respectivamente). La mortalidad por tumores malignos, aunque se redujo en menor magnitud, pasó a ser la primera causa de muerte.

En la población de 65 y más años, las enfermedades del corazón siguieron siendo la primera causa de muerte en el período 1990-1995. Los tumores y las enfermedades cerebrovasculares constituyeron la segunda y tercera causas de muerte, y la neumonía e influenza incrementaron su mortalidad 21,0%.

El análisis de la mortalidad según el indicador de años potenciales de vida perdidos (APVP) por las principales causas de muerte, muestra que entre 0 y 64 años como límites, los accidentes constituyen la primera causa, y las afecciones originadas en el período perinatal y las enfermedades del corazón se desplazan a la segunda y tercera posición respectivamente. Los accidentes y las afecciones perinatales representan el costo productivo y reproductivo más alto, ya que por ellos se pierden en promedio 53,6 y 63,5 años potenciales de vida por cada muerte respectiva. Si no se considera a los menores de 1 año en el cálculo de APVP, los accidentes continúan en la primera posición, pero el hecho más significativo es la aparición de los suicidios en la quinta posición. Las defunciones por

causas externas significan en promedio 50 y 32 APVP respectivamente por cada muerte específica.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

A los fines de este análisis, el mayor problema lo plantea la obtención de datos sobre morbilidad, dado que no está generalizada la práctica del registro de consultas ni se realizan encuestas periódicas sobre la salud de la población.

La salud del niño

De las 14.606 defunciones en menores de 1 año registradas en 1995, 56,2% correspondieron a varones. Entre 1990 y 1995, las afecciones originadas en el período perinatal continuaron como primera causa de muerte, con 48,8% de las defunciones, aunque su tasa de mortalidad específica disminuyó 17,1%. Las muertes por neumonía e influenza aumentaron casi 6,0% y las causadas por infecciones intestinales perdieron importancia. Se produjo un incremento de defunciones por anomalías congénitas, quizás aparente debido a la disminución relativa de las otras causas. La mortalidad por accidentes pasó del quinto lugar en 1990 al cuarto en 1995. Si bien solo representaron 4,0% del total de las muertes, el riesgo de los menores de 1 año de morir por accidentes se incrementó en forma notable. De los egresos de los establecimientos oficiales se puede delinear una imagen, aunque parcial, de la morbilidad que afecta a este grupo, en el que las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales y la neumonía suman 60,3% del total.

En los niños de 1 a 4 años se produjeron 2.142 defunciones, 54,3% en varones. La tasa de mortalidad específica se redujo de 1,2 por 1.000 habitantes en 1990 a 0,8 por 1.000 en 1995. El predominio de la mortalidad por causas reducibles sobre las no reducibles pone de relieve la insuficiencia de la atención integral de este grupo de población. La morbilidad en esta franja de edad, de acuerdo con el registro de egresos de los establecimientos asistenciales oficiales, muestra que en 1992, 43% de los casos correspondieron a enfermedades del aparato respiratorio y a infecciones intestinales. Una encuesta realizada en 1994 en ocho grandes centros urbanos indicó que más de dos tercios de los niños de todas las jurisdicciones habían consultado por episodios de catarro de vías aéreas superiores.

En los niños de 5 a 9 años de edad, si bien la cantidad de defunciones es mucho menor en comparación con otros grupos de la infancia, los accidentes siguen predominando ampliamente como causa de mortalidad. La proporción de varo-

nes afectados es significativamente mayor que la de mujeres. Los 251 accidentes registrados en 1995 representaron 28,6% de las muertes totales en el grupo; más de un tercio fueron accidentes de tráfico. Los tumores malignos (147 casos en 1995), en especial los de origen linfático y hematopoyético, constituyeron la segunda causa de muerte.

En provincias del norte argentino se detectó desnutrición crónica moderada en niños que ingresaban a primer grado. La provincia de Jujuy mostró una prevalencia de 11,8%. En jurisdicciones más pobladas este fenómeno es de menor magnitud, registrándose una prevalencia de 4% en Córdoba, La Pampa, Rosario, Mendoza y Río Negro. Según registros de establecimientos asistenciales oficiales, las enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio representan la cuarta parte de los egresos. Las fracturas figuran como el tercer diagnóstico, lo que permite inferir que expresan la morbilidad por accidentes.

La salud del adolescente (de 10 a 19 años)

En los adolescentes de 10 a 14 años se produjeron 1.064 defunciones en 1995. En este grupo, el riesgo de morir por accidentes es mayor que en el anterior y las defunciones por accidentes de tráfico adquieren mayor peso (130 casos en 1995). En general, el perfil de mortalidad y morbilidad es similar al del grupo de 5 a 9 años, con la particularidad de que los suicidios y homicidios comienzan a cobrar importancia como causa de muerte, con 32 y 14 casos respectivamente. Casi dos tercios de las defunciones correspondieron a varones.

La salud de los jóvenes de 15 a 19 años está en relación con ciertas características de su comportamiento, debido a que se encuentran más expuestos al riesgo que representa el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas, y su traducción en muertes por accidentes, homicidios y suicidios. La iniciación sexual, que se produce entre los 15 y los 19 años para el 50% de la población, se asocia con las enfermedades de transmisión sexual, el sida y los embarazos no deseados.

En 1995, las causas de muerte más frecuentes fueron las externas y dentro de ellas, la tasa de mortalidad específica por accidentes de tráfico fue de 23,8 por 100.000 habitantes, por suicidio 10,3 por 100.000, y por homicidio 8,8 por 100.000. Las tres primeras causas representaron 29,7% de las defunciones en este grupo de edad, con una razón hombre/mujer de 3:1. Los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares constituyeron la segunda y tercera causa de muerte respectivamente. La mortalidad por causas obstétricas fue menor que 3,0 por 10.000 nacidos vivos.

Los egresos por causas obstétricas ocuparon el primer lugar en los establecimientos oficiales; el segundo correspondió a los abortos. Los egresos por enfermedades del aparato digestivo ocuparon el tercer lugar.

La salud del adulto (de 15 a 60 años)

Las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y los accidentes fueron las causas de muerte más frecuentes en los adultos. Hasta los 30 años, y entre las causas externas, predominaron las muertes por accidentes, seguidas por los suicidios (574 casos en 1995). A partir de los 30 años se observa un cambio en el perfil de la mortalidad, caracterizado por un desplazamiento hacia las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos como causas principales. Los varones aportaron más de 50% de las defunciones.

La información sobre el uso de anticonceptivos es parcial y se basa en una encuesta realizada en la Capital Federal, el Gran Buenos Aires y otros seis centros urbanos del interior del país. En promedio, alrededor de 60% de las mujeres utilizan algún método anticonceptivo; sin embargo, en los menores de 20 años el porcentaje se reduce en forma significativa a valores entre 30% y 50% cuando se desciende en el nivel de educación formal y cuando se incrementa el índice de NBI. La razón parto/cesárea oscila entre 1,8 y 4,4 partos por cesárea en los distritos considerados.

De las 290 muertes maternas registradas en 1995, dos tercios se produjeron por causas obstétricas directas, en las que los factores de riesgo evitables son superiores a 80%. Por causas obstétricas indirectas el factor evitable es superior a 50%. La situación es más grave ya que se estima un subregistro de más de la mitad de estas defunciones. La tasa de mortalidad materna fue de 5,9 por 10.000 nacidos vivos en 1985 y de 4,4 por 10.000 en 1995, lo que supone una reducción de 34,1%. Aun así es alta si se considera que entre 1990 y 1995, 96,0% de los partos se atendieron institucionalmente. En las regiones del noroeste, del nordeste y de Cuyo la edad materna es menor y la fecundidad más elevada que el promedio nacional (tasa global de fecundidad de 2,58 para el período 1990-1995). Estas diferencias regionales son importantes y el hecho de que 11 provincias tengan una tasa de mortalidad materna superior a 5,0 por 10.000 nacidos vivos pone de relieve la gravedad del problema. Las tasas de mortalidad materna más elevadas se atribuyen al aborto y a causas obstétricas directas. Dentro de estas últimas, 70% de las muertes ocurrieron después de una cesárea y la complicación más importante fue la sepsis; ambas causas, evitables, concentran 67,3% de las muertes maternas. El mayor riesgo correspondió a las madres menores de 15 años y a las mayores de 35 años. Casi las tres cuartas partes de las muertes ocurrieron en mujeres pertenecientes a la clase o estrato social definido como bajo.

La morbilidad que reflejan los registros de los establecimientos asistenciales oficiales presenta un patrón similar al del grupo de 15 a 24 años, con un claro predominio de las causas obstétricas y el aborto, que representan 20,8% de los diagnósticos. En el tercer lugar aparecen las enfermedades

de tipo digestivo, como la úlcera gastroduodenal, la apendicitis, los trastornos de la vesícula biliar y la cirrosis hepática.

La salud del adulto mayor (de 60 años y más)

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares constituyen las tres primeras causas de muerte. En general, las tasas de mortalidad han mostrado una reducción significativa. En 1995 se evidencia un importante cambio en el perfil de la mortalidad, ya que los tumores malignos, con una tasa de 922,3 por 100.000 habitantes, pasaron a ser la causa predominante, probablemente debido a la importante declinación de las defunciones por enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, que entre 1990 y 1995 disminuyeron 10,9% y 16,9% respectivamente (1.850,4 por 100.000 habitantes y 539,7 por 100.000). Sin embargo, más de la mitad de las muertes en este grupo siguieron siendo patrimonio de las enfermedades del corazón y de los tumores malignos.

Otro fenómeno llamativo es el aumento de la mortalidad por neumonía e influenza, que condujo a este grupo de causas del quinto lugar en 1990, al cuarto cinco años después (208,0 por 100.000 en 1995). Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares sumaron 63,2% de las causas de muerte en 1995, seguidas por la neumonía e influenza, que proporcionalmente solo representó 4,0% del total.

Respecto de la morbilidad, según datos estadísticos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Plan de Asistencia Médica Integral (INSSJyP/PAMI): obtenidos en una muestra de 500.000 afiliados y referidos a la internación en los tres sectores de la atención médica (público, de la seguridad social y privado), los principales diagnósticos mostraron que las enfermedades del aparato digestivo y las cardiopulmonares y respiratorias concentraban 29% de los egresos. El perfil por sexo muestra mayor incidencia de enfermedades genitourinarias y respiratorias en los hombres y de enfermedades endocrino-nutricionales (especialmente diabetes mellitus) y traumatismos en las mujeres. En las consultas ambulatorias, la morbilidad prevalente es la cardiovascular, seguida por la osteoarticular y la endocrino-metabólica. En los hombres predominan las consultas especializadas sobre el aparato urinario, y en las mujeres las osteoarticulares.

La salud de la familia

El Consejo Nacional del Menor y la Familia, de la Secretaría de Desarrollo Social dependiente de la Presidencia de la República, realiza acciones en todo el país orientadas en es-

pecial a las madres menores de edad. En el período 1985–1993 el porcentaje de niños nacidos de madres menores de 19 años pasó de 13,3% a 15,7%. Las provincias con mayor porcentaje de madres adolescentes (> 20%) son Catamarca, Chaco, Corrientes y Misiones. Respecto del nivel de instrucción, 1,1% eran analfabetas y 11,8% tenían estudios primarios incompletos.

La salud de los trabajadores

Datos del Ministerio de Trabajo basados en una amplia muestra de empresas revelan que entre 1991 y 1993 las industrias alimentaria y metalúrgica presentaron la mayor frecuencia de accidentes laborales. En ese período, los accidentes laborales se incrementaron 5%. A excepción de las industrias textil y de minerales no metálicos, en las demás industrias el riesgo de accidentes parece haber aumentado en esos años, lo que se atribuye a la mejor notificación por parte de las empresas.

Entre las denominadas enfermedades profesionales, los trabajadores del transporte, sujetos a condiciones de alto estrés, presentan una elevada incidencia de trastornos psiquiátricos; en los operarios de la construcción predominan las afecciones articulares, las respiratorias, y el riesgo de adicción al alcohol. Las industrias metalúrgica y alimentaria concentran 47,1% de las enfermedades profesionales, con elevadas tasas de incidencia. Sin embargo, aunque son menores en magnitud, los riesgos de enfermedades profesionales más altos se encuentran en los servicios de saneamiento y en las industrias metálicas básicas; le siguen las industrias metalúrgica, de minerales no metálicos y de la construcción.

Se estima que 200.000 niños y adolescentes de 10 a 14 años integraban la fuerza de trabajo en la Argentina en 1995; otros 24.000 de grandes centros urbanos realizaban actividades marginales como mendicidad, venta de pequeñas mercancías, o pequeños servicios.

La salud de los indígenas

Las estadísticas de salud de la Argentina no discriminan la pertenencia étnica, lo que impide contar con la información necesaria para realizar un diagnóstico preciso de situación de salud de la población indígena; no obstante, la experiencia de programas locales como los de Prevención y Control del Cólera, Prevención y Control del Chagas, Saneamiento Ambiental y del Plan Materno-infantil, entre otros, revela el deterioro de sus condiciones de salud. La epidemia de cólera, que afectó en particular a las comunidades indígenas, dio impulso a un convenio entre el Ministerio de Salud y Acción Social, el Ministerio de Trabajo y la seguridad social, los gobiernos pro-

vinciales y las organizaciones aborígenes. Este acuerdo dio origen al programa Salud para los Pueblos Indígenas, que comenzó a ejecutarse en las provincias del norte desde enero de 1994. El programa equipó y capacitó a 250 agentes sanitarios indígenas que realizaron actividades de atención primaria de salud en sus comunidades y que progresivamente se fueron integrando a los equipos locales de salud. Inicialmente la cobertura comprendía a comunidades en riesgo que sumaban 40.000 personas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El 86% de la superficie continental del país está en riesgo de contaminación vectorial por *Triatoma infestans*. Las medidas de control de la transmisión de la enfermedad de Chagas-Mazza han logrado disminuir significativamente la infestación domiciliar; existen amplias zonas donde esta se estima en 4%. En la provincia de Santiago del Estero, como la más afectada por la endemia, los casos agudos han disminuido en 90% desde la década anterior. La prevalencia serológica en la población general es menor que 8%. El 13% de la población infectada tiene menos de 20 años y los mayores de 60 años presentan las tasas más altas (> 10%). En 1996, la prevalencia serológica en bancos de sangre fue de 3,7%. La menor proporción de infectados en los jóvenes se debe a una disminución de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* lograda mediante estrategias de control del vector y de controles serológicos en los bancos de sangre iniciadas en la década de 1980. El beneficio de estas acciones se observó en la modificación de la prevalencia serológica en varones de 18 años incorporados al Servicio Militar, que pasó de 10,3% a fines del decenio de 1960 a 1,8% en 1993.

El programa de lucha contra la enfermedad de Chagas busca aumentar la cantidad de viviendas rociadas con insecticidas e incentivar las acciones de vigilancia y control para lograr como objetivo final la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad. La meta del programa de rociar 685.000 viviendas en 1996 se cumplió en 90%.

La fiebre hemorrágica argentina, que presentaba una tendencia declinante desde 1988, experimentó un aumento de su incidencia hacia 1990, con 727 casos registrados y una tasa de 2,2 por 100.000 habitantes. Se duplicaron los casos en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, para luego reducirse y estabilizarse en los años subsiguientes. En 1995 se notificaron 65 casos, con una tasa de 0,3 por 100.000 habitantes. Esta importante declinación se atribuye a CANDID 1, una vacuna de virus vivos atenuados desarrollada en el marco de un proyecto de cooperación internacional.

La malaria, que mostraba una tendencia descendente desde 1989, sufrió una reagudización a partir de 1993. En 1995 se registraron 1.065 casos, pero con predominio de casos importados. Las provincias más afectadas fueron Jujuy, Misiones y Salta. Los casos autóctonos continúan disminuyendo, y el incremento de las cifras totales (tasa de incidencia de 3,3 por 100.000 habitantes en 1995) se debió fundamentalmente a casos importados por las frecuentes migraciones provenientes del sur de Bolivia. En 1996 se registraron 2.020 casos, manteniéndose la proporción de casos autóctonos (44,0%). En Salta, la provincia más afectada, persiste una endemia residual. Todos los casos de malaria notificados correspondieron a infección por *Plasmodium vivax*.

No se han presentado casos de fiebre amarilla. Desde 1946 se vacuna a grupos de riesgo. En 1995 se aplicaron 98.700 dosis de vacuna antiamarílica.

Enfermedades inmunoprevenibles. Desde 1991 los casos de difteria a nivel nacional no superaron los cinco por año. En 1996 no se notificó ninguno. La tos ferina ha declinado en el último lustro; en 1996 se registraron 737 casos (2,2 por 100.000 habitantes). En julio de 1994 se inició el programa de erradicación del tétanos neonatal; entre 1993 y 1996 se notificaron 26 casos.

En 1991 se produjo una importante epidemia de sarampión, con una tasa de 129,1 por 100.000 habitantes. A partir de la campaña de vacunación masiva de 1993 dirigida a menores de 15 años, se alcanzó una cobertura nacional promedio de 97% en menores de 1 año, lo que produjo una marcada disminución de casos; en 1995 se notificaron 655 (2,0 por 100.000 habitantes).

Respecto de la poliomielitis, el último caso notificado de poliovirus salvaje data de 1984. En junio de 1994 las autoridades sanitarias declararon erradicada esta enfermedad en todo el territorio nacional.

En 1992 el país sufrió una epidemia de parotiditis y rubéola, con más de 80.000 casos notificados para cada enfermedad. En los años siguientes los casos no superaron los valores esperados. Ambas enfermedades no estaban contempladas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), pero estaba prevista su incorporación a partir de 1997.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En enero de 1992 se notificaron los primeros casos de cólera en comunidades aborígenes de las zonas fronterizas de la provincia de Salta, lindantes con Bolivia. El germen aislado fue *Vibrio cholerae* O1, biotipo El Tor. En 1993 y 1994 se produjeron nuevos brotes epidémicos de cólera que afectaron principalmente a la población mayor de 15 años (56,5%) y al grupo de 1 a 4 años (23%-25%). Jujuy, y especialmente Salta, fueron las provincias más afectadas, con 94,3% del total de los casos. Tres zonas del norte de Salta cercanas a Bolivia fueron los

focos más importantes de la epidemia: Pilcomayo, Bermejo y San Martín, en ese orden. La incidencia alcanzó su pico más alto en 1993, con 2.080 casos (6,5 por 100.000 habitantes) y una tasa de letalidad de 1,6%; en 1995 se redujo a 188 (0,6 por 100.000 habitantes) y volvió a aumentar en 1996, con 474 casos (1,4 por 100.000). En los dos últimos años la tasa de letalidad se mantuvo en 1,1%.

Las enfermedades diarreicas se registraban en menores y mayores de 2 años, pero ante la necesidad de contar con parámetros que permitieran detectar en forma temprana la aparición del cólera, como el aumento de las diarreas en los mayores de edad, en 1992 se modificó el límite de edad de la notificación llevándolo a menores y mayores de 5 años. El constante incremento observado en la notificación de diarreas desde 1992 se atribuye a la mejoría en el registro.

La fiebre tifoidea registró a nivel nacional una leve declinación desde 1989 (1,1 por 100.000 habitantes) hasta 1996, con 275 casos (0,8 por 100.000 habitantes); por jurisdicción, las provincias con la incidencia más alta fueron Buenos Aires, Salta y Formosa, con tasas de 6,0 por 100.000 habitantes y más.

Infecciones respiratorias agudas. La incidencia de influenza en 1996 fue de 561.189 casos (161,4 por 10.000 habitantes). El aumento de las notificaciones en ese año se debió tanto al mejor registro como al crecimiento real de la morbilidad en las provincias de Santa Fe y La Pampa y en las del norte del país. Históricamente, la ciudad de Buenos Aires ha registrado la tasa más baja, con 9.777 casos en 1996 (32,3 por 10.000 habitantes). En 1993 se aisló el virus de influenza A (H3N2) y posteriormente el virus de influenza B, con cepa similar a la B/PANAMA/90. La ocurrencia de neumonía es mucho menor. La incidencia nacional en 1996 fue de 91.740 casos (26,4 por 10.000 habitantes), también con tendencia ascendente, en parte debido al mejoramiento de las notificaciones. La mayor incidencia volvió a registrarse en el norte del país.

Rabia. La rabia humana ha sido controlada gracias a los programas de prevención y vacunación animal, que redujeron la rabia animal en 99%. En 1994 se registró un caso de rabia humana, el primero desde 1985.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde la notificación de los primeros casos en 1982, la incidencia del sida crece cada año. De 720 casos en 1991 se pasó a 1.624 en 1995, y aún se estima un importante subregistro. La cantidad de casos estimada es por lo menos 40% mayor que la notificada. La prevalencia serológica del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en bancos de sangre es de 0,3%. La enfermedad está instalada en todas las jurisdicciones, pero la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, con más de 60% de la población, registran

90% de los casos del país. El 75% de los casos de la provincia de Buenos Aires corresponden al Gran Buenos Aires y la mayor parte de los casos de Córdoba y Santa Fe provienen de las ciudades de Córdoba y Rosario.

Desde 1992 se comenzó a observar un patrón de cambio en la distribución por sexo, que pasó de 4,1 a 3,5 hombres por mujer en 1996. Sin embargo, en la provincia de Buenos Aires esa diferencia se redujo a tres casos masculinos por cada caso femenino; la mayor proporción de mujeres y menores se encuentra en esa jurisdicción, con 52% de los casos.

En el ámbito nacional, 61% de los enfermos tenían entre 20 y 34 años de edad. Hasta 1989 el grupo de edad más afectado era el de 30 a 49 años; el desplazamiento hacia el grupo más joven se atribuye al crecimiento de la transmisión sanguínea por el uso de drogas intravenosas. La edad promedio era de 33 años en los varones y 28 años en las mujeres.

La modificación del perfil de la epidemia está dada no solo por la importancia que han adquirido los casos en mujeres, que de cero casos en 1985 pasaron a representar 21,9% de los casos en 1996, sino también por el crecimiento constante de la drogadicción intravenosa como vía de transmisión. La transmisión sexual, que representaba casi 100% de los casos entre 1982 y 1985, descendió para estabilizarse en aproximadamente 50% de los casos en 1996; 40%–45% de los casos se transmiten por vía sanguínea, y de 5% a 10% son perinatales. En el período 1992–1996, 68,5% de los casos se asociaron con transmisión heterosexual, madre VIH positiva y drogadicción intravenosa.

Otras enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la blenorragia se han mantenido relativamente estables a lo largo del período, aunque la incidencia de la primera es mucho menor. No obstante, persiste un importante subregistro que impide conocer la situación real de la población en lo que se refiere a estas enfermedades. Cifras provisionales de incidencia para 1996 indican 1.339 casos de sífilis primaria y secundaria, 3.246 casos de sífilis sin especificar y 6.620 casos de blenorragia. La sífilis congénita comenzó a informarse en forma desagregada en 1994 y desde entonces las notificaciones se incrementaron hasta llegar a 275 casos en 1996. Este comportamiento se atribuye en parte al mejor registro. Las provincias de Misiones y Santa Fe presentaron la incidencia más elevada.

Enfermedades emergentes y reemergentes. Las meningocelalitis comenzaron a incrementarse en 1989. En 1993, La Pampa fue la provincia que registró la incidencia más elevada, con 79 casos (30,4 por 100.000 habitantes), seguida por Misiones, con 205 casos (26 por 100.000). En el nivel nacional se notificaron 3.793 episodios (11,2 por 100.000 habitantes). Por encima de la tasa nacional también se ubicaron Tierra del Fuego, Formosa, Buenos Aires, Tucumán, Chaco y Santa Fe. Los menores de 5 años fueron los más afectados (56,3%).

En cuanto a su origen, el porcentaje más elevado correspondió a meningitis bacterianas (alrededor de 69% del total), mientras que las virales aumentaron su participación a 20% del total en 1994. Desde 1991, la meningitis por *Neisseria meningitidis* comenzó a superar a la meningitis por *Haemophilus influenzae* (más de 45% de los casos entre 1993 y 1994). A *H. influenzae* correspondió cerca de 20% de los casos, con un leve aumento en 1994, y al neumococo un porcentaje similar. El meningococo afectó a las edades entre 0 y 9 años, predominando en el grupo de 1 a 4 años, mientras que *H. influenzae* lo hizo en los menores de 1 año y en el grupo de 1 a 4 años. La meningitis meningocócica se mantuvo alrededor de los 800 casos anuales desde 1993 y la incidencia de meningitis por *H. influenzae* se redujo a 300 casos en 1996.

En 1994 se inició un ensayo de inmunización con vacuna antimeningocócica AB cubana en la provincia de La Pampa. Se aplicaron 9.339 dosis a niños de 2 a 14 años, estimándose una cobertura de 82,5%. Aún no se han evaluado los resultados.

Los casos de síndrome pulmonar por hantavirus se notifican desde 1981 y hasta principios de 1997 los casos confirmados sumaban 81. De ese total, 39 (48,1%) ocurrieron en 1996, con una letalidad de 55%. Seis jurisdicciones notificaron casos, pero las provincias de Río Negro y Salta fueron las más afectadas.

El virus identificado en la Argentina, denominado Andes, es una variante del virus USA, causante de la epidemia en los Estados Unidos de América. La vía de transmisión demostrada es la del reservorio (un roedor silvestre del género *Oligoryzomys flavescens*) a las personas; sin embargo, se cree posible la transmisión de persona a persona, que se encuentra en estudio.

Con respecto a la hepatitis, las acciones que permitieron mejorar su registro se iniciaron en 1993, con la creación de una red de diagnóstico de laboratorio constituida por 14 Unidades Centinela Regionales de Hepatitis Virales y con la vigilancia intensificada de las notificaciones, discriminadas por tipo A, B, Otras y Sin Especificar. Actualmente la prevalencia serológica en bancos de sangre para hepatitis B y C es de 0,6% y 0,7% respectivamente. En 1993 se incrementaron las notificaciones de hepatitis A, lo que planteó un período epidémico en 1994, con una incidencia de 28.488 casos (87,4 por 100.000 habitantes), que fue aún mayor en 1995, con 32.880 casos (100,8 por 100.000). En cuanto a la hepatitis B, los datos de los bancos de sangre mostraron una prevalencia serológica de 0,6% en 1996, pero en poblaciones de riesgo como la de los trabajadores de la salud, el porcentaje se incrementó no solo por la mejor calidad del registro sino también por la detección previa a la campaña de vacunación contra la hepatitis B dirigida a los trabajadores de la salud expuestos a alto y mediano riesgo. Hasta el momento, la cobertura de vacunación alcanza a 60% de este personal, con una meta de 95%. Se vacuna también a los recién nacidos de madre HBsAg positiva y,

desde 1996, al personal de las Fuerzas Armadas y del Servicio Penitenciario. Para 1997 se tenía previsto inmunizar a niños de 0 a 16 años en las zonas de riesgo.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1991 se registraron 12.185 casos de tuberculosis, cifra que representa la incidencia más baja del quinquenio 1991–1995 (37,3 por 100.000 habitantes). En 1991 las notificaciones de tuberculosis comenzaron a incrementarse nuevamente, y en 1993 ocurrieron 13.914 casos (41,3 por 100.000 habitantes). Jujuy y Salta son las únicas provincias que superaron el centenar de casos por 100.000 habitantes. En 1995 se registraron 13.450 casos, lo que representa un descenso de 1,7% respecto de 1994 y de 3,4% respecto de 1993. No obstante, se sospecha que existe un alto subregistro. Las últimas informaciones alertan sobre la situación de la tuberculosis en relación con el aumento del número de casos, el descenso de las medidas preventivas y de diagnóstico bacteriológico, y el incremento de la resistencia farmacológica que, según informes, es de 12,4% en la resistencia inicial y 41,3% en la adquirida. La asociación de tuberculosis y sida presenta una tendencia creciente, y en 1996 la tuberculosis apareció en 17% de los casos de sida.

La lepra se mantuvo estable, con una incidencia anual de aproximadamente 500 casos (1,5 por 100.000 habitantes) a nivel nacional; las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa y Santa Fe fueron las más afectadas.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Al respecto, solo existen estudios parciales y limitados, lo que dificulta realizar comparaciones y estimar indicadores nacionales. En el grupo de 1 a 6 años se han informado deficiencias de yodo y especialmente de hierro. Se señaló una prevalencia de 24% a 47% de niños con anemia por deficiencia de hierro, dependiendo de la jurisdicción, y fuertemente asociada con el nivel socioeconómico.

El trastorno nutricional más frecuente en preescolares y escolares es el retraso del crecimiento por desnutrición crónica, expresado como déficit de la talla para la edad. Se observan importantes diferencias regionales. Las regiones en las que se concentran estas deficiencias de talla son las provincias del noroeste y nordeste, y los cinturones periurbanos de las grandes ciudades. En la provincia de Buenos Aires, 8,5% de los escolares presentaban talla baja (por debajo del percentil 10), frente a 18%–24% en la región del noroeste y 16% en la del nordeste. Una evaluación antropométrica en varones de 18 años durante el reconocimiento médico para el Servicio Militar Obligatorio en el período 1992–1993, halló diferencias de estatura entre los de las pro-

vincias norteañas y de la Patagonia de hasta 8 cm por debajo de la talla promedio de la Capital Federal.

La prevalencia de desnutrición crónica medida por el índice de masa corporal (IMC < 18,5) fue de 4,2%, concentrándose también en las regiones del noroeste y del nordeste. Paralelamente, la prevalencia de exceso de peso (IMC > 25) fue de 19,5%, y la de obesidad (IMC > 30) de 4,1%, lo que implica que el exceso de peso es el tipo de malnutrición más frecuente en la esfera nacional, y tiende a aumentar en prácticamente todas las provincias.

Enfermedades cardiovasculares. Además de los relacionados con la nutrición, se añade como factor de riesgo cardiovascular la prevalencia de hipertensión arterial, que en la población de 18 a 59 años alcanzaría a 13% de los varones y 7% de las mujeres. Asimismo, la proporción de fumadores varones y mujeres sería de 40% y 32% respectivamente. También se supone que existe una alta prevalencia de vida sedentaria que alcanzaría a 75% de la población. El infarto agudo de miocardio es la primera causa de morbilidad y mortalidad dentro del grupo de enfermedades del corazón (CIE 9, 390–429), con una tasa de 44 por 100.000 habitantes en 1995, y una razón de masculinidad de 2:1.

Tumores malignos. Entre 1985 y 1995, la mortalidad por tumores malignos se mantuvo relativamente estable, con una tasa global de 141,6 por 100.000 habitantes en el último año, lo que los ubica como segunda causa de muerte. La falta de un registro nacional de tumores impide obtener un perfil de la morbilidad por esta causa.

La tasa de mortalidad fue de 157,6 por 100.000 habitantes en los varones y de 124,1 por 100.000 en las mujeres. Los tumores de la tráquea, los bronquios y el pulmón ocuparon el primer lugar en los varones, con 24,3% del total, seguidos por el de próstata, con 11,0%. En las mujeres, el tumor más frecuente fue el de mama, con 21,2%, y luego el de colon, con 8,8% de las defunciones por esta causa.

El tumor de estómago constituye la tercera causa de muerte por cáncer en los varones. En las mujeres se observa un avance de las atipias de vías respiratorias y pulmón, que prácticamente pasan a ocupar el tercer lugar, superando al cáncer del cuerpo del útero y desplazando al tumor de estómago de las primeras causas de muerte en el capítulo de los tumores malignos.

Accidentes y violencia. Los accidentes ocupan el cuarto lugar como causa general de muerte. Si bien su tasa se redujo de 32,6 por 100.000 habitantes en 1990 a 28,0 por 100.000 en 1995, los accidentes aún constituyen un grave problema sanitario y son responsables de la pérdida de una importante cantidad de años de vida productivos (APVP estimados: 522.966). Su porcentaje de participación entre las cinco princi-

pales causas de muerte creció en los menores de 1 año, se mantuvo relativamente estable en el grupo de 1 a 4 años, disminuyó considerablemente en el de 5 a 14 años y se mantuvo estable en el grupo de 15 a 49 años. Existe una marcada participación masculina (4:1) en la mortalidad por accidentes (6.766 defunciones, que representan 69,4% del total). Del total de muertes por causas externas se destacan los accidentes de tráfico (3.797, 20,8%), los suicidios (2.241, 12,4%) y los homicidios (1.472, 8,2%). Estas tres causas sumaron 41,4% del total de muertes por causas externas en 1995. Sin embargo, la elevada cantidad de defunciones por lesiones que se ignora si fueron accidentales o intencionales (4.542 casos) indica que estos porcentajes pueden ser aún mayores.

Trastornos mentales y del comportamiento. La información sobre prevalencia de enfermedades mentales es muy escasa; solo se dispone de datos parciales provenientes de los establecimientos oficiales, según los cuales estas representan 2,5% del total de egresos, con predominio masculino. El grupo de 30 a 55 años de edad es el más afectado. Del total de egresos en el país, los trastornos mentales participarían en casi 5%.

En cuanto a la prevalencia del tabaquismo, diferentes estudios la hacen oscilar entre 40% y 50% para los varones y entre 25% y 35% para las mujeres. Es cada vez mayor el porcentaje de adolescentes que se inician en la adicción. Se estima que los mayores de 15 años consumen 1.500 cigarrillos per cápita por año. Del total de muertes en todos los grupos de edad (268.997 en 1995), 20% podrían atribuirse al consumo de cigarrillos, por su asociación directa como factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y el cáncer de las vías respiratorias.

Los estudios sobre prevalencia de alcoholismo son parciales e indican un alto porcentaje entre varones económicamente activos, que varía entre 30% y 50%. En los últimos años se detectó un aumento del consumo de alcohol en edades tempranas. En la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, 70% de los adolescentes consumen cerveza diariamente.

Desastres naturales y accidentes industriales. En 1995 se registraron 29 accidentes industriales que ocasionaron la muerte de 15 personas. En 1996 se registraron 24 accidentes en la industria química, 85% por derrame de productos químicos, 8,3% por escapes y 4,2% por incendios; de estos accidentes, 62,5% ocurrieron en operaciones de transporte y 37,5% en instalaciones fijas, ocasionando la exposición de 1.035 personas y la intoxicación de 19 de ellas.

Asimismo, el fenómeno de las inundaciones periódicas cobra importancia por la vulnerabilidad de buena parte de los habitantes de las zonas de riesgo y se ve agravado por el mal uso del suelo, la deforestación y las construcciones inadecuadas.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Las políticas nacionales de salud promulgadas en julio de 1992 plantean como líneas fundamentales el derecho de la población a la salud sobre la base de principios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud con criterios de focalización poblacional, y la redefinición y reorientación del papel del Estado en función de los procesos de federalización y descentralización. En este contexto, se adoptaron medidas orientadas a transformar el funcionamiento del sistema de atención médica, sobre todo relacionadas con la reconversión de las obras sociales, y se pusieron en marcha el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el Programa de Hospitales Públicos de Autogestión y el Plan Médico Obligatorio (PMO). A la vez, se privilegiaron las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante la ejecución de diversos programas y de intervenciones colectivas epidemiológicas y preventivas, entre los que se destacan el análisis sobre las enfermedades prevalentes y los programas y las campañas de inmunización. Como estrategias relevantes en este sentido, cabe mencionar los programas de erradicación de la poliomielitis, el sarampión y el tétanos, los de combate y eliminación del cólera y la enfermedad de Chagas, y de lucha contra el sida, y las acciones en pro de la maternidad y la infancia.

Los cambios en el sector salud fueron precedidos por la reforma del sistema de previsión social, que se basó en la creación de un sistema mixto con dos componentes, el obligatorio y el voluntario. El primero de ellos presenta a su vez dos modalidades: una administración estatal, con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos (régimen de reparto), y una administración privada, con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que solo contribuye el asegurado o un plan auspiciado por una empresa, en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado (régimen de capitalización). El componente voluntario, similar en todos los demás aspectos al de capitalización, se financia solo con las contribuciones del asegurado.

Entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadores privados, con objeto de disminuir la vulnerabilidad del sistema anterior, basado en la responsabilidad individual del empleador. El nuevo sistema cambió por completo las normas existentes y puso en funcionamiento un conjunto de regulaciones, disposiciones y mecanismos que permitieron su estructuración, en poco tiempo, con 43 asegu-

radoras de riesgo de trabajo, 380.000 empresas afiliadas y alrededor de 3,5 millones de trabajadores. Más de 24.000 trabajadores reciben mensualmente las prestaciones que fija la legislación. Bajo la supervisión de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y a la seguridad social, el nuevo sistema busca extender la cobertura más allá del mercado formal de trabajo, a la vez que perfecciona el sistema de información sobre siniestros y difunde la base de toda la iniciativa, que es la prevención y obligatoriedad de los planes de mejoramiento de las condiciones y ambientes de trabajo.

La reforma del sector salud

La actual reforma sanitaria atiende a un objetivo macroeconómico que busca reducir los costos de producción. En el sector salud se están produciendo cambios microeconómicos profundos, por ejemplo, la incorporación de nuevos actores (aseguradores) y la creciente aparición de nuevos intermediarios y formas de contratación que redimensionan las relaciones con el sector privado.

En el pasado reciente, los mecanismos de transferencia y redistribución consagrados eran las prestaciones igualitarias y de aportes de porcentaje fijo sobre la nómina salarial, el Fondo de Redistribución de las obras sociales, y la transferencia real por parte de los empleadores de aportes adicionales para cubrir los costos de los servicios médicos. En el sistema de obras sociales la asignación de recursos estaba vinculada con la relación contractual entre la organización financiadora y la institución representativa de la oferta, ya sea la gremial médica o la que agrupaba a las clínicas y sanatorios privados. La relación contractual predominante se definía por el pago por prestación o por acto médico ya realizado.

La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) regula los precios relativos mediante el nomenclador nacional, estableciendo valores ponderados por tipo de servicio, asegura el cumplimiento de normativas y regulaciones, administra los subsidios del Fondo de Redistribución de las obras sociales, y destina recursos a los hospitales públicos, instituciones a las que suelen acudir los beneficiarios de las obras sociales. Esto ha dado lugar a comportamientos tendientes a eludir los mecanismos de regulación mediante la facturación de prácticas no realizadas, el aumento de la cantidad de prestaciones no necesarias o el cobro de una diferencia a los usuarios.

El pago por prestación y la insuficiente estructura de control de gestión por parte de las obras sociales produjeron en el interior del sistema una serie de incentivos en los que la sobreprestación, la sobrefacturación, el desarrollo de subespecialidades y la incorporación de tecnología constituyeron una forma de organización del proceso de atención médica con

una estructura asistencial curativa de costos en aumento. El crecimiento del sector privado y la progresiva introducción de tecnología condujeron a un estado de saturación de la oferta del sistema prestador de servicios, con lo que resultó prácticamente imposible mantener financieramente la estructura prestadora en expansión. La crisis originó la necesidad de crear nuevas fuentes de financiamiento, lo que se tradujo en el pago creciente por parte del afiliado de las prestaciones de menor complejidad y costo, desarrollándose la modalidad de prepagos institucionales por parte de los propios prestadores de servicios.

De un sistema de facturación, liquidación y pago por acto médico se pasó a un sistema capitado en el que el riesgo se concentra en la organización prestadora de servicios médicos. En resumen, el subsector privado aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del subsector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la contracción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales.

En 1993 se institucionalizó el traspaso de afiliados entre las obras sociales. El Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS) y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP/PAMI) iniciado en 1995 buscó el saneamiento financiero de estas entidades para que pudieran cancelar las deudas "elegibles" y establecer nuevas estrategias de contratación con otro modelo prestacional, garantizando su viabilidad, el equilibrio financiero y el repago de las obligaciones contraídas. El Decreto No. 206/97 extendió el plazo para el ingreso de las obras sociales al PROS, fijó como plazo máximo el 30 de abril de 1997 y trasladó al 30 de agosto del mismo año la opción de cambio para los beneficiarios entre las obras sociales que presenten documentación precalificatoria y una propuesta de modernización institucional en el marco del PROS. Según datos de la Administración Nacional de la seguridad social (ANSES), hasta mayo de 1997 se habían registrado aproximadamente 150.000 pedidos de cambio. El PAMI, dedicado a la cobertura de servicios de salud de los jubilados y sus familias, se incorporó en 1995 al presupuesto nacional mediante un mecanismo de intervención del Poder Ejecutivo Nacional, que en marzo de 1997 dio por concluida la intervención normalizadora. La conducción estará en manos de sus exclusivos beneficiarios, los jubilados.

La reconversión de las obras sociales condujo a la concepción del Plan Médico Obligatorio (PMO). Para el desarrollo, negociación y puesta en marcha de la propuesta se formó una Comisión integrada por el Ministerio de Salud, la ANSSAL y la Confederación General del Trabajo (CGT). A fines de 1996, el PMO aprobado estableció la libre elección cautiva entre las obras sociales. En enero de 1997, la Ley No. 24.754 (normativa para el sector privado) extendió la exigencia de cubrir el PMO a las entidades de seguro voluntario. La ley rige hoy por

encima de los contratos vigentes y cualquier usuario puede exigir la cobertura que establece el PMO, que comprende trasplantes, servicios odontológicos, atención a hemofílicos, diálisis para pacientes crónicos y atención psicológica. El PMO se considera la pieza clave del proceso de reforma del seguro obligatorio, ya que define el producto por cuya oferta las obras sociales entrarán en competencia.

A partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), se creó la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud en la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, como organismo descentralizado. Este ente, que goza de autarquía administrativa, económica y financiera, cumplirá las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esta Superintendencia orientará su acción hacia la fiscalización del PMO y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprendidos por el sistema, el control del cumplimiento de las disposiciones relativas al Hospital Público de Autogestión y la supervisión del cumplimiento del ejercicio del derecho a elegir libremente la obra social.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de servicios de salud comprende tres modelos: el público, con financiación y provisión públicas, el de la seguridad social, que corresponde a las obras sociales nacionales, y el privado, de seguro voluntario prepago, que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial. El sistema está fundamentalmente orientado hacia la atención médica reparativa de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. En la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó, la estrategia de la atención primaria de salud se organizó como "programas" del primer nivel de atención. No obstante, tanto la política nacional como la de las provincias y los municipios mantienen la definición de la atención primaria de salud como estrategia básica.

El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública. En 1991 culminó el largo proceso de descentralización hospitalaria y se confirió flexibilidad administrativa a los directores. Las autoridades locales privatizaron actividades de servicios tales como los de alimentación y limpieza, y la autogestión les permitió cobrar a las obras sociales por los servicios brindados a sus afiliados o a las personas con capacidad de pago. El Ministerio de Salud y Acción Social transfirió efectivamente a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción, pasando a cumplir funciones de planificación y

evaluación central. Esto comprendió mejoras en términos de planificación, estadísticas, análisis de información, bancos de datos, informatización de los sistemas y comunicaciones entre las provincias y el nivel central.

En diciembre de 1996 se realizó una reestructuración del Ministerio de Salud y Acción Social, que quedó constituido por la Secretaría de Políticas y Regulación de Salud y la Secretaría de Programas de Salud. Los organismos descentralizados dependientes de la Secretaría de Políticas y Regulación de Salud son el INSSJP, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica y la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud. Entre los organismos descentralizados dependientes de la Secretaría de Programas de Salud se cuentan la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbrán”, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO), el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad, el Hospital Nacional “Baldomero Sommer”, el Hospital Nacional “Profesor A. Posadas” y la Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca”.

Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio que incluye, además de las prestaciones de servicios de salud, otros beneficios sociales. Se financian con los aportes de los trabajadores y de los empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios en forma directa, pero realizan subcontrataciones con el sector privado. Existen alrededor de 300 entidades (obras sociales sindicales y de personal de dirección). Con aproximadamente 10% del total de las contribuciones se constituyó el Fondo de Redistribución, administrado por la ANSSAL, que subsidia a las entidades con menores aportes. En 1994 las obras sociales manejaban US\$ 2.500 millones. Se espera que al final de la reforma queden en funcionamiento no más de 80 obras sociales que hayan ingresado y aceptado los procesos de modernización institucional. El Gobierno impulsa la desregulación del sector para facilitar la competencia de las obras sociales entre sí y con las compañías de salud privadas (prepagas), estimular la elección de la obra social por parte de los afiliados y garantizar que todas brinden una cobertura obligatoria que incluye las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos (PMO).

En 1993 se transfirieron a la Dirección General Impositiva (DGI) las funciones de aplicación, recaudación y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social, entre los que se encuentran los aportes y contribuciones con destino al régimen de las obras sociales. Desde fines de 1996, la DGI, la ANSES y la ANSSAL trabajaron con el propósito de confeccionar un padrón de afiliados que actualmente acompaña la puesta en práctica de tales planes.

El subsector privado está compuesto por dos grandes grupos, los profesionales que prestan servicios independientes a

pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales. Hay también entidades sin fines de lucro. En los últimos años, grandes proveedores de servicios se unieron y algunas pequeñas firmas desaparecieron ante la imposibilidad de alcanzar economías de escalas. Los proveedores privados están fundamentalmente concentrados en las grandes ciudades. La privatización de los sistemas de retiro a través de los fondos de pensión (AFJP) impulsó también el desarrollo de servicios relacionados, vinculando salud, retiro y seguros de vida.

Hay más de 200 empresas prepagas de medicina privada (su número exacto es difícil de conocer por la falta de registro). Se estima que cuentan con 2 millones de beneficiarios. Los decretos de desregulación de las obras sociales y control de la medicina prepaga firmados en octubre de 1996 permiten a las empresas de medicina privada actuar como obras sociales. En consecuencia, están sujetas al mismo tipo de control que aquellas, deben contar con solvencia económica y financiera y reunir requisitos de atención médica.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El actual proceso de reforma requirió el desarrollo de legislación tendiente a la organización, regulación, fiscalización y control del sector. Se dictaron leyes, decretos, resoluciones y ordenanzas en relación con la aprobación de las políticas de salud, las modificaciones de la estructura del Ministerio de Salud, la creación de organismos a cargo de nuevos programas o funciones de supervisión, fiscalización y control, el funcionamiento de las distintas organizaciones del sector salud (hospitales públicos de autogestión, obras sociales, PAMI y subsector privado), el régimen de medicamentos y alimentos y el control del medio ambiente. Este cuerpo legal presenta en algunos casos problemas de falta de reglamentación, dispersión de las estructuras de aplicación, conflictos por responsabilidades compartidas con otros niveles jurisdiccionales con incipiente coordinación y que, por la naturaleza federal del país, adoptan las normas y procedimientos generados a nivel nacional, entre otros.

El papel regulador del Estado se expresa en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en los procedimientos instaurados para mejorar la certificación y recertificación de los profesionales de la salud. En ambos casos, se ha convocado a entidades académicas, científicas, universitarias y de profesionales, así como a prestadores de servicios de salud, a participar en la elaboración de normas para regular los aspectos diagnósticos, terapéuticos, de procedimientos, organización y funcionamiento de los servicios de salud. Entre los proyectos de regulación surge como necesidad vital para el sector la búsqueda consensuada de los as-

pectos relacionados con la acreditación de especialidades, la certificación y recertificación de los profesionales, la homologación de títulos y los acuerdos interinstitucionales requeridos para el rediseño de programas académicos y de educación en servicio.

El componente de Control del Ejercicio Profesional del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica se relaciona con el desempeño profesional de todo el equipo de salud e implica la especialización, matriculación, certificación y recertificación profesional. Con objeto de proveer insumos para tales procesos, el Ministerio de Salud ha trabajado junto con la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina, la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Argentina, la Confederación Médica de la República Argentina, el Ministerio de Educación, los colegios médicos y las sociedades científicas, para la adecuación del proceso de desarrollo del recurso humano integrante del equipo de salud.

La Comisión Nacional de Recursos Humanos Médicos del Ministerio de Salud también ha trabajado en la revisión de los mecanismos de acreditación, habilitación, certificación y recertificación médica. Asimismo, la Comisión Nacional Coordinadora de los Recursos Humanos Farmacéuticos y Bioquímicos analizó una propuesta sobre perfiles, alcances e incumbencias de las especialidades bioquímicas y el tema de la certificación de títulos de farmacéuticos que presentó la Confederación Farmacéutica Argentina.

El control de calidad en materia de medicamentos, alimentos y tecnología está a cargo de un ente autárquico, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que es una institución de referencia nacional y centro de formación de recursos humanos especializados. La ANMAT posee competencia en lo que se refiere al control y fiscalización de la sanidad y calidad de todo producto que pueda afectar a la salud humana.

El Sistema Nacional de Vigilancia está incorporado al Centro Internacional de Monitoreo de Drogas de la Organización Mundial de la Salud. En 1993 se inauguró el Sistema Nacional de Farmacovigilancia. Asimismo, se instauró un sistema de vigilancia alimentaria mediante una estrategia basada en la acción conjunta de centros hospitalarios y otras instituciones y del Ministerio de Salud y Acción Social. En cuanto a la tecnología médica, la ANMAT ha comenzado a organizar las tareas de fiscalización, control y tecnovigilancia.

En 1993 se estableció el marco normativo para el régimen de los hospitales públicos de autogestión, tendiente a lograr la descentralización funcional de los hospitales públicos, incrementar su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento. Entre los aspectos principales del régimen se destacan la libertad de incorporación de los hospitales públicos de las jurisdicciones a requerimiento de las autoridades, la obligación por

parte de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud de efectuar el pago automático de las prestaciones que reciban sus afiliados, y la libertad de contratación entre estos agentes y los hospitales públicos de autogestión. Estos últimos deberán cumplir con los requisitos y condiciones de carácter general y las normas de actuación las establecerá cada jurisdicción provincial. Asimismo, tendrán las atribuciones establecidas por este régimen y estarán sujetos al cumplimiento de ciertas obligaciones, entre ellas la de brindar atención igualitaria e indiferenciada a toda la población y proveer la atención requerida por personas que carezcan de cobertura y de recursos económicos. El marco normativo para el régimen de hospitales públicos de autogestión establece la posibilidad de que los estados provinciales adhieran a la propuesta. Dado que la mayoría de los hospitales no pertenecen al Estado Nacional, su inscripción en el registro nacional ha dependido de la decisión de provincias o municipios.

El país asiste regularmente a reuniones en el contexto del Mercosur para establecer disposiciones destinadas a profundizar el proceso de integración regional en cuanto a alimentos, medicamentos, medio ambiente y seguridad de productos para el consumidor. Sin embargo, en el ámbito de la salud en particular quedan pendientes asuntos de suma importancia, como la búsqueda de patrones comunes y la homologación de normas. Asimismo, la Argentina forma parte de núcleos de articulación del Mercosur (Sistemas de Información y Comunicación, Salud de Fronteras, Asistencia y Tecnología Médicas y Cooperación Técnica).

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. Además de la reestructuración técnica y política del Ministerio de Salud y Acción Social, la reforma del Estado ha tenido como consecuencia una reorientación de las estrategias y programas de diversas unidades técnicas de los niveles centrales. Entre los principales programas se destaca el Programa de Maternidad e Infancia. En 1994 se formuló el Compromiso en Favor de la Madre y el Niño, se establecieron las metas y estrategias nacionales y se incrementaron de manera significativa los fondos nacionales para la ejecución de los programas provinciales, los que progresivamente están adquiriendo mayores niveles de gestión.

El Ministerio de Salud decidió impulsar acciones de promoción y protección de la salud estableciendo programas de comunicación social, educación para la salud, y tabaco y salud, y estimulando la reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicios. Hay un incipiente movimiento cultural, político, social, económico e intersectorial que favorece la adopción de legislación orientada a desarrollar políti-

cas públicas saludables conducentes a cambios de modos de vida en la población.

El Ministerio de Salud realizó también actividades de promoción y protección en relación con la calidad del aire, la salud del trabajador, los plaguicidas, los residuos y el saneamiento básico, haciendo hincapié en el abatimiento del arsénico contenido en el agua de consumo de poblaciones dispersas en zonas de hidroarsenismo crónico endémico. Se hizo hincapié en la evaluación de riesgos ambientales para la salud, destacándose la creación de la Red Argentina de Manejo Ambiental de Residuos (REMAR), con la participación del Ministerio de Salud, la Secretaría de Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable, la Unión Industrial Argentina, la Confederación General de la Industria, Coordinación Ecológica del Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE) y la Organización Panamericana de la Salud. En las esferas provincial y municipal, diversas instituciones comparten la responsabilidad de proteger el ambiente.

Programas de prevención y control de enfermedades.

Entre ellos merece destacarse el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. El programa nacional de inmunizaciones se ha esforzado por aumentar los niveles de cobertura y vigilancia de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización y mejorar su integración con los programas provinciales y ha emprendido una campaña de eliminación del sarampión. En 1996 las coberturas registradas fueron de 89,7% para la vacuna antipoliomielítica, 82,8% para la triple (DPT), 100% para la BCG y 100% para la antisarampionosa. Además, ha consolidado el sistema de vigilancia de las enfermedades transmisibles, lo que resultó en un aumento de las notificaciones. En el período 1992–1994 se produjo una intensa movilización para enfrentar los brotes de cólera, estableciéndose programas de comunicación social, educación sanitaria, capacitación del personal y dotación de servicios. En 1994 se declaró erradicada la poliomielitis. En la actualidad se llevan a cabo campañas de erradicación o eliminación del sarampión, el tétanos neonatal, la lepra, la difteria, la rabia humana y la enfermedad de Chagas. Paralelamente, el programa está dando un fuerte impulso a los análisis de situación de salud útiles para la identificación de zonas y grupos de riesgo en relación con los principales problemas de salud de la población y al establecimiento de un sistema de vigilancia que permita detectar a tiempo el surgimiento de enfermedades emergentes y reemergentes.

Casi todas las provincias se han adherido al Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano y el Sida. Por su intermedio se realizan actividades de mejoramiento de los laboratorios de diagnóstico y de la atención médica, de comunicación y educación a grupos de riesgo y de vigilancia epidemiológica. En 1996 se estableció la nueva iniciativa del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

(ONUSIDA) en la Argentina, se asentaron los compromisos y fundamentos básicos para su funcionamiento y se constituyó el Grupo Temático.

Sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Los antecedentes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se remontan a la década de 1950, cuando ya se contaba con datos de notificaciones mensuales de enfermedades transmisibles por jurisdicción. En 1993 se reformuló el sistema a cargo de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud y Acción Social, observándose entre ese año y 1996 un aumento de las notificaciones cercano a 174%. Los datos corresponden casi en su totalidad al subsector oficial de salud y se refieren a morbilidad de consultas externas, servicios de urgencia e internación. En 1996 se constituyó la Red Nacional de Laboratorios Argentinos de Salud Pública (RELAS), integrada por diversas redes de laboratorios.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La infraestructura de servicios presenta grandes desigualdades. En las últimas décadas, el crecimiento en las ciudades careció de una planificación adecuada, lo que agravó las deficiencias en los grandes núcleos urbanos. En estas concentraciones, las deficiencias en la provisión de agua potable y en la disposición de excretas generan escenarios de alto riesgo que afectan fundamentalmente a las zonas habitadas por pobladores en situaciones de pobreza.

A fines de 1996 la Subsecretaría de Gestión de los Recursos Hídricos, del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, concluyó un estudio que presenta un panorama más actualizado de la situación de la cobertura de agua potable y desagües cloacales. Este estudio realiza un análisis comparativo de las poblaciones urbanas con más de 10.000 habitantes (84% de la población total). De 1991 a 1995 la cobertura de agua potable y de desagües cloacales pasó, respectivamente, de 71% a 81% (agua) y de 37,3% a 50% (cloacas). De acuerdo con estos datos, hay aproximadamente 6,6 millones de personas que no tienen acceso a las redes públicas de agua y cerca de 17 millones que no disponen de cloacas. Estas cifras son algo menores si se considera la población dispersa (cerca de 3 millones) que no sería posible atender con redes públicas de servicios. En siete provincias, la cobertura de agua potable supera el 90%. En cloacas, la provincia de Tierra del Fuego llega a una cobertura de 84%. En la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, a fines de 1995 la cobertura era de 78% en agua y 61% en desagües. Este último porcentaje es significativo del esfuerzo realizado, ya que entre 1991 y 1995 la cobertura pasó de 46% a 61%.

Se estima que solo 10% de los líquidos cloacales recogidos reciben tratamiento, situación que sin duda contribuye a aumentar la contaminación ambiental. A fines de 1996, se es-

tima que los sistemas privatizados cubrían a 65% del total de la población servida, los municipales o provinciales a 25% y el 10% restante de la población estaba en vías de transición.

En la esfera del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, se sitúan la Secretaría de Obras Públicas y Comunicaciones y la Subsecretaría de Gestión de Recursos Hídricos que coordinan las acciones nacionales en cuanto a la prestación de los servicios de agua potable y desagües de alcantarillado cloacal. De esta Subsecretaría depende el Ente Nacional de Obras Hídricas de Saneamiento.

Servicios de manejo de residuos sólidos municipales, incluidos los hospitalarios. No existe información confiable sobre residuos sólidos municipales. En el área metropolitana de Buenos Aires cada habitante produce cerca de 0,88 kg de residuos sólidos por día y la cobertura de recolección es de 91%, con 100% del relleno sanitario de buena calidad. En el interior del país la disposición final de los residuos sólidos constituye uno de los problemas ambientales y de salud pública más importantes debido a terraplenes de rellenos sanitarios inadecuados. El reciclaje de los residuos todavía no está incorporado masivamente en los sistemas de gestión y es insignificante en términos de escala. Únicamente 50% de los hogares del Gran Buenos Aires considerados pobres cuentan con servicios regulares de recolección de residuos sólidos.

Un estudio sobre residuos peligrosos realizado por la provincia de Buenos Aires a fines de 1991 estimó que solo las industrias química, petroquímica y petrolera producían cerca de 29,9% de los residuos totales. Varias fuentes calculan una generación anual de residuos peligrosos en la provincia de Buenos Aires, la más industrializada del país, que oscila entre 50.000 y 100.000 toneladas. Solamente en el área metropolitana de Buenos Aires la empresa responsable de los residuos sólidos había detectado, hasta enero de 1996, cerca de 103 basurales en los que se encuentran diseminadas alrededor de 1.000.000 de toneladas de residuos domiciliarios y peligrosos que ocupan una superficie total de 557 hectáreas.

En cuanto a los residuos hospitalarios, según datos del Ministerio de Salud y Acción Social, en 1995 el país disponía de 155.749 camas que, estimativamente, suponen una producción de 1,0 a 1,5 kg de residuos peligrosos por cama por día. Más de 50% de estos residuos están concentrados en la Capital Federal y en la provincia de Buenos Aires.

Prevención y control de la contaminación del aire. Los problemas relacionados con la calidad del ambiente son muy diversos. En general, las condiciones ambientales son deficientes en las zonas urbanas marginales y en las regiones de desarrollo económico acelerado. El sistema de monitoreo aún es deficiente. Muchas de las estaciones que integran la red del Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente no cuen-

tan con un sistema de monitoreo continuo, lo que impide efectuar un análisis específico. Aun cuando los niveles máximos de contaminantes han sido sobrepasados en pocas ocasiones, se han registrado casos concretos de contaminación causada por fuentes móviles o fijas que llegaron a afectar significativamente a parte de la población. En cuanto a la ciudad de Buenos Aires, su situación geográfica privilegiada favorece la dispersión de los contaminantes, por lo que los niveles de contaminación no superan los límites establecidos internacionalmente. Sin embargo, en zonas de la Capital Federal, como el microcentro y el macrocentro, es común que los niveles de contaminantes gaseosos y de partículas superen dichos límites, como ocurre con los valores de monóxido de carbono, que superan diariamente de 1,5 a 6 veces los límites que prescribe la ley que califica el aire en la Capital Federal.

En 1991 se creó la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano, vinculada directamente a la Presidencia de la Nación y la Subsecretaría de Recursos Hídricos, en la órbita del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos de la Nación. En 1992 se formó el Consejo Federal del Medio Ambiente (COFEMA), en el que se reúnen los representantes de los gobiernos federales de todas las provincias. En 1994 se firmó el Pacto Federal Ambiental con el fin de concertar políticas ambientales.

A fines de 1996, solo 43,5% de las provincias poseían una estructura para tratar aspectos ambientales a nivel de Gobierno, con atribuciones específicas. En el resto de las provincias estas estructuras se encontraban dispersas en varias áreas. Por su parte, diversas instituciones municipales compartían también responsabilidades. La fragmentación no es necesariamente un problema, pero la coordinación incipiente dificulta mucho la planificación y el desarrollo de acciones. Las provincias no siempre adoptan las normas y procedimientos generados a nivel nacional. Asimismo, la legislación para el control de la contaminación no se encuentra en un solo cuerpo legal, de modo que su aplicación ocasiona problemas. La legislación nacional trata en forma sectorial y dispersa algunos problemas ambientales específicos, o regula solo el manejo de determinados elementos del medio.

Programas de ayuda alimentaria. La complementación alimentaria forma parte de los puntos establecidos en el Plan Social. Se transfieren fondos de coparticipación para la distribución de leche entera en polvo a niños y embarazadas pertenecientes a la población en riesgo social, a fin de prevenir la desnutrición. El programa constituye un elemento motivador de la concurrencia a los controles de salud. La selección de los beneficiarios se realiza utilizando indicadores de NBI.

El Programa Materno Infantil y de Nutrición promueve la recuperación nutricional y la complementación alimentaria de embarazadas y niños menores de 6 años. Estas actividades se integran a los componentes de salud y desarrollo infantil.

El Programa Alimentario Nutricional Infantil de la Secretaría de Desarrollo Social provee suplementación alimentaria como parte de las acciones orientadas hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y el acceso a una alimentación adecuada y suficiente de los niños de 2 a 14 años. En 1996, la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social destinó US\$ 46.299.290 al programa.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas. Dada la superposición de categorías y la existencia de duplicidades, la cobertura de salud de la población es difícil de estimar. Sin embargo, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, alrededor de 62,2% de la población posee algún tipo de cobertura. Este porcentaje varía según la región geográfica: de 79,5% en la Capital Federal baja a 42,1% en la provincia de Jujuy. El porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico es variable, con diferencias interjurisdiccionales. En un extremo se encuentran Formosa (56,39%), Santiago del Estero (54,08%), Chaco (51,23%), Misiones (48,96%), Salta (41,83%) y Corrientes (47,53%), y en el otro, la Capital Federal (19,49%) y Santa Cruz (22,94%).

Estudios realizados por la ANSES en 1992 señalan que 34 obras sociales grandes agrupaban un porcentaje cercano a 80% de los beneficiarios totales del sistema; las 10 mayores obras sociales reunían a la mitad de la población beneficiaria, las primeras 30 casi a 75%, y las primeras 40, a 80%. A partir de la proyección de cifras del INDEC, la ANSES estima que en 1997 los beneficiarios de las obras sociales adheridas a la ANSSAL serían aproximadamente 8 millones, los de las obras sociales provinciales 6,5 millones, los del PAMI 4,5 millones, los de las otras obras sociales y los sistemas de medicina (empresas de medicina prepaga y obras sociales de las universidades y de las Fuerzas de Seguridad), 5,5 millones, y la población atendida por los hospitales públicos alcanzaría los 12,3 millones de personas.

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. En la actualidad, el hospital público presta atención a indigentes, provee servicios a los beneficiarios de las obras sociales con un retorno financiero, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad de pago y cubre emergencias y accidentes al tiempo que ejerce funciones de escuela médica. A pesar de la crisis por la que atraviesan, los servicios públicos gratuitos han debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas obras sociales, mediante un mecanismo de subsidio público a la seguridad social. En relación con los pacientes que tienen algún tipo de co-

bertura, el Hospital Público de Autogestión está autorizado a cobrar a terceros pagadores, sean estos de la seguridad social o de otro tipo de aseguradoras. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y psiquiátricos, y de atención a los enfermos crónicos.

En 1995 el Ministerio de Salud y Acción Social realizó el relevamiento de los establecimientos asistenciales en operación. El estudio señala que estos aumentaron de 9.051 unidades en 1980 a 16.085 en 1995; el aumento fue más acentuado entre los establecimientos sin internación, cuyo número se elevó a más del doble, mientras que el incremento en los establecimientos con internación fue de aproximadamente 10%. Del total de establecimientos, 43,3% pertenecen al subsector oficial, 1,4% al de obras sociales, 55,2% al privado y 0,1% son mixtos. En comparación con la estructura registrada en 1980, puede señalarse la mayor participación del subsector privado (44,6% en 1980), y como contrapartida, la reducción de la participación de los otros dos subsectores. En segundo lugar, aparecen establecimientos de doble dependencia (oficial y privada), que han sido agrupados en la categoría de mixtos.

La cantidad de camas disponibles aumentó de 145.690 en 1980 a 155.749 en 1995 (4,5 por 1.000 habitantes). Este último indicador decreció respecto de 1980, es decir, el aumento de camas se produjo a una velocidad inferior a la del aumento de la población. El porcentaje de camas disponibles según dependencia administrativa para el total del país en 1995 fue de 54% en el subsector oficial (62,5% en 1980), 2,8% en el de obras sociales (5,5% en 1980), 43,1% en el privado (32% en 1980) y 0,1% en los establecimientos mixtos (frente a su no existencia en 1980). Este es el resultado de la conjunción de dos tendencias: por un lado se redujo la cantidad de camas disponibles en el subsector oficial y de obras sociales, y por el otro, el aumento de las camas del subsector privado superó sustantivamente la disminución que experimentaron aquellos.

Surgieron nuevas modalidades de atención y prestación, los denominados Servicios de Traslados Sanitarios, que atienden las urgencias en la vía pública y a domicilio, el Hospital de Día y el de Internación Breve, que introducen variaciones en el concepto de internación, y los vacunatorios, en los que una práctica de tratamiento que en 1980 estaba subsumida en los servicios de los establecimientos con y sin internación, ahora aparece en forma exclusiva o combinada con otras modalidades. Se observan fenómenos nuevos, como la acentuada fragmentación del recurso físico en establecimientos de una misma razón social emplazados en espacios diferentes, o bien de distintas razones sociales en un mismo recurso físico, y la aparición de al menos dos formas complementarias de atención entre lo público y lo privado. Una de ellas se entrelaza con la fragmentación y se pone de manifiesto en la presencia de establecimientos privados de diagnóstico en establecimientos públicos con internación; la otra es la presencia de centros del primer nivel de atención dependientes del subsec-

tor oficial que funcionan en edificios pertenecientes a sociedades de fomento, asociaciones vecinales, u otras. En las provincias, las variaciones registradas en la cantidad de establecimientos muestran distintas tendencias según el tipo de unidad y el subsector del que dependan.

En 1996 había 824 hospitales públicos de autogestión registrados de todas las jurisdicciones y el número de camas alcanzaba las 62.402, casi 75,3% de las camas públicas del país. Se estableció la obligatoriedad de los agentes del sistema de seguro de salud de pagar los servicios facturados por estos hospitales.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Desde 1996 se está planificando la instalación de procedimientos de control de los laboratorios para garantizar la calidad diagnóstica. Desde 1984, el Instituto Nacional de Investigaciones Epidemiológicas de Chagas ha organizado el control de calidad de procedimientos y reactivos. La articulación de los recursos de hemoterapia ha estado liderada por la Sociedad Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología. La organización de la información y el control de la calidad de las pruebas serológicas y los reactivos se desarrollaron paralelamente hasta 1992. Ese año, la iniciativa de eliminación de *Triatoma infestans* y el control de la sangre para transfusiones permitió construir una base de datos de actualización continua que abarca a instituciones públicas y privadas. Hay 776 servicios de hemoterapia o bancos de sangre registrados en el país, algunos de los cuales concentran la información de varios centros. Entre ellos, se identifican 536 laboratorios que controlan la sangre para transfusiones y que también efectúan el control para diferentes instituciones. Las determinaciones serológicas que se realizan abarcan hepatitis B y C, *Tripanozoma cruzi*, VIH y sífilis. Se controla a 100% de los donantes tanto en el subsector público como en el privado.

Servicios especializados. El subsector público cuenta con 40 establecimientos de salud mental, de los cuales 35 corresponden a internación de pacientes crónicos. El número total de camas es de 15.069 y la mayor proporción se encuentra en establecimientos con internación de enfermos crónicos (98%). En el subsector privado hay 187 establecimientos (con internación de agudos, de crónicos, de agudos y crónicos y sin plazo determinado). El mayor número de establecimientos corresponde a la internación de pacientes crónicos (139), al igual que las camas (80%). El total de camas destinadas a la salud mental en este subsector es de 9.047. De estos datos se desprende que el subsector público concentra casi todos los recursos para la atención de pacientes crónicos.

En cuanto a la rehabilitación física, hay un total de 24 establecimientos con 953 camas. De estos, 9 establecimientos con 532 camas corresponden al subsector público y 10 establecimientos con 421 camas, al privado.

Insumos para la salud

A fines de 1991 se consolidó la liberación de precios finales de los medicamentos y de todos los márgenes de comercialización para droguerías y farmacias. A partir de 1993 se redujeron significativamente la complejidad y el tiempo requerido para la obtención de los registros sanitarios y se incrementaron las inspecciones y la farmacovigilancia. En el sector farmacéutico privado se instituyeron nuevos sistemas de distribución y de administración y dispensación de medicamentos a los que acceden las obras sociales y los sistemas prepagos que aún no tienen una regulación específica.

A fines de 1995 y luego de un complejo debate parlamentario se aprobó una nueva Ley de Patentes. Hubo un movimiento de concentración empresarial debido al elevado número de fusiones y adquisiciones propiciadas por los laboratorios multinacionales. En 1996, entre las 20 primeras empresas en cuanto a volúmenes de venta, 10 eran de capital nacional y otras 10 eran transnacionales. Las primeras captaban 54% del mercado y las segundas 46%.

En el período 1993–1996, el mercado farmacéutico evidenció una caída persistente en la cantidad de unidades vendidas, acumulando una pérdida de 15,8% desde el pico máximo de 482 millones de unidades en 1992 a 406 millones en 1996. El volumen del mercado de medicamentos creció en el mismo lapso de US\$ 2.575 a 3.644 millones a precio de salida de droguería, lo que representa un aumento del precio de US\$ 5,34 a 8,98 por unidad.

El subsector público no cubre los medicamentos para la atención ambulatoria, excepto los incluidos en programas especiales. Las obras sociales del sector público cofinancian el costo de los fármacos en porcentajes variables y subsidian en su totalidad los medicamentos de baja incidencia y alto costo incluidos en el PMO. Las empresas prepagas también cofinancian el costo de los medicamentos en alrededor de 50%.

La contención del gasto en medicamentos se inició en la década de 1980 mediante el control de precios, con un sistema de bandas terapéuticas establecido por el PAMI o mediante precios de referencia impuestos por el Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA), con escaso éxito ambos. La desregulación efectiva de los precios facilitó en 1992 un incremento importante, con un aumento del gasto estimado en US\$ 1.000 millones. Las acciones para contener el gasto mediante el uso racional de los insumos no han tenido mayor relevancia.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso. El tamaño actual de la fuerza laboral en salud no se puede determinar con exactitud debido a que no hay estudios globales posteriores a 1980.

En ese año, el sector salud empleaba un total de 210.000 personas (aproximadamente 2,9% de la fuerza de trabajo nacional). Estimaciones realizadas en 1985 basadas en el catastro de 1980 señalan que la fuerza laboral alcanzaría alrededor de las 400.000 personas (4% de la PEA). La estructura de recursos humanos en salud presenta la forma de una pirámide invertida, en la que la participación relativa de las categorías profesionales resulta muy superior a la de las categorías técnicas y auxiliares.

En cuanto al personal de enfermería, estimaciones realizadas en 1988 y 1994 indicaron que llegaba a los 85.000 profesionales: 1.000 licenciados en enfermería (1,2%), 25.000 enfermeros de nivel terciario (29,4%), 49.000 auxiliares de enfermería (57,6%) y 10.000 empíricos (11,7%), estos últimos en fase de conversión como auxiliares de enfermería. Esta política produjo un incremento significativo de auxiliares de enfermería y de enfermeros profesionales en los últimos cinco años. Se duplicó la cantidad de auxiliares y se prevé un incremento adicional de 10.000 enfermeros de nivel terciario para el 2000, en virtud de un proceso de profesionalización que se realiza en cada una de las provincias.

Formación del personal de salud. La formación de recursos humanos en salud tiene características particulares debido a la hegemonía del modelo médico sobre el sector. Existen siete facultades públicas de medicina y siete privadas que forman la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA). Fuera de esta Asociación, hay dos facultades privadas de medicina.

El sistema universitario forma a unos 3.500 médicos por año y si bien no resulta fácil consolidar la información, las estimaciones indican que se ofrecen menos de 1.000 plazas anuales de residencias universitarias, que podrían experimentar una disminución debido a las restricciones presupuestarias que afectan a las universidades nacionales. Solo algunas universidades públicas cuentan con hospital universitario, y de las privadas, ninguna.

Las universidades nacionales cuentan con programas de residencias médicas en alguna especialidad, los cuales constituyen para el graduado reciente una forma de postergar el ingreso pleno al mercado de trabajo. De acuerdo con informaciones del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se ofrecieron en 1995 alrededor de 1.700 plazas de residencias en todo el país. Existe también una oferta muy diversificada de estas plazas en establecimientos privados o de obra social, en algunos casos en convenio con universidades de la zona de influencia. No obstante, un elevado porcentaje de graduados tienen problemas en encontrar oportunidades para realizar una residencia.

Las facultades de ciencias médicas, por intermedio de AFACIMERA, han trabajado en colaboración con el Ministerio de Cultura y Educación con el fin de mejorar la educación

médica y contribuir a elevar el nivel de salud de la población. Para definir mecanismos de autoevaluación de las carreras de medicina se firmó en 1994 un convenio entre ambas instituciones. En diciembre de 1996 se formalizó un nuevo convenio con objeto de producir los desarrollos conceptuales y metodológicos necesarios para llevar a la práctica la acreditación de las carreras de medicina. Ambos convenios, con objetivos particulares distintos, tuvieron por finalidad concretar un mecanismo de consulta con las autoridades y actores universitarios, en la búsqueda de consenso previo al establecimiento de las normas y a su consecuente aplicación. Las facultades de medicina deben contemplar no solo la exigencia de incorporar los adelantos tecnológicos y científicos, sino también de dar respuesta a los cambios y necesidades del sector salud. En el actual proceso de reforma, la aplicación del PMO favorece la demanda de un perfil específico (el médico generalista) al sistema de capacitación de personal de salud e introduce transformaciones laborales y de gestión en el sistema utilizador de los recursos humanos.

Las facultades de odontología están organizadas en la Asociación de Facultades de Odontología de la República Argentina (AFORA), que nuclea a siete facultades de odontología públicas y a dos privadas. En ellas, los mecanismos de autoevaluación y evaluación externa y de acreditación de sus carreras de posgrado se encuentran en distintas etapas. Estas facultades presentan distintas ofertas de educación continua mediante carreras de doctorado y de especialización, maestrías, programas de actualización y perfeccionamiento y de residencias.

En un contexto más amplio, las facultades de ciencias de la salud enfrentan otros retos, ya que los procesos de integración de las economías regionales imponen nuevas demandas en relación con la formación de los recursos humanos, el flujo de bienes y servicios sanitarios, la salud de las personas y el ambiente.

Educación permanente en salud. Actualmente se ejecuta un programa de educación permanente en algunos servicios de salud de la provincia de Córdoba. El propósito de este proyecto es fortalecer la capacidad de gestión y transformación de los servicios de enfermería y de administración de los servicios hospitalarios a partir del análisis de los problemas de cada uno de ellos.

Mercado de trabajo de los profesionales de la salud. Muchos de los aspectos relativos al mercado de trabajo requieren estudios particulares, actualización de la información y procesos de búsqueda de consenso. En 1992 la razón habitantes por médico fue de 367. En los puntos extremos de la relación se ubican la Capital Federal con 113 habitantes por médico y la provincia de Formosa con 911 habitantes por médico. Hay 4 médicos por enfermero y 5,4 enfermeros por

10.000 habitantes, con distribución desigual según las regiones, lo que se considera insuficiente.

Investigación y tecnología en salud

Organización y financiamiento de la actividad científica y formación de recursos humanos. El pase de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SCyT) al Ministerio de Cultura y Educación marcó el inicio de la reorganización del sector de ciencia y tecnología. La SCyT pasó a ser el organismo encargado de diseñar las políticas científicas y tecnológicas, elaborar el Plan Nacional Plurianual de ciencia y tecnología y el presupuesto del Estado para el sector y establecer prioridades.

La actual gestión de la SCyT atribuye un alto grado de prioridad a la integración regional, y al Mercosur en particular como ámbito orientado a promover el estudio de los aspectos científicos y tecnológicos con vistas a la integración de las instituciones de investigación, el intercambio de experiencias y la capacitación y formación de recursos humanos. Dentro de las áreas programáticas, el objetivo es emprender acciones conjuntas en materia de gestión tecnológica, temáticas aplicadas y temáticas sociales. El presupuesto de 1997 para los organismos de Ciencia y Tecnología fue de US\$ 777,4 millones; 69% corresponde al rubro personal.

En la órbita del Ministerio de Salud existe una red de institutos nacionales de investigación en varias ciudades, que comprende los campos de epidemiología, enfermedades virales, genética, nutrición y laboratorios de salud. Durante el último quinquenio, el Ministerio ha apoyado estudios sobre la eficacia de vacunas contra la fiebre hemorrágica argentina y la meningitis, el diagnóstico de la enfermedad de Chagas, la quimioterapia específica para leishmaniasis y varias investigaciones sobre hantavirus, lepra, tuberculosis, bocio, accidentología, contaminación por nitritos, infecciones respiratorias agudas, retardo mental, enfermedad fibroquística del páncreas y sida, entre otros.

Documentación científico-técnica, acceso, producción y disseminación. La ciencia y la información en salud ocupan un lugar de relativa importancia. Según registros de la Cámara Argentina del Libro, alrededor de 8% del total de libros publicados entre 1993 y 1996 correspondieron a ciencias de la salud. Se publican 117 revistas en el campo de la salud. El 80% de los artículos corresponden a investigación clínica, 11% a biomedicina y 9% a salud pública.

En materia de bibliotecas en ciencias de la salud, según un relevamiento realizado en 1996 por la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud, hay 250 unidades de información dispersas, la mayoría de las cuales no tienen la infraestructura adecuada, los recursos humanos especializados y el equipamiento necesario para cubrir los requerimientos de la

difusión del conocimiento. En el mismo sentido, cabe acotar que el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y muchos ministerios provinciales no cuentan con centros de documentación que apoyen los servicios del sector. Las principales bibliotecas en salud se encuentran en las universidades y entidades intermedias y privadas.

En el campo de la informática aplicada al conocimiento, se ha desarrollado la Red Electrónica del Sector Salud, que constituye una parte central de las diversas iniciativas de redes del país, integradas por más de 1.500 instituciones.

Gasto y financiamiento sectorial

El Estado y la seguridad social financian el mayor porcentaje del gasto en salud con los aportes salariales. El gasto público y de la seguridad social en relación con el PIB creció entre 1980 y 1994 de 3,64% a 4,4%. Según datos del Ministerio de Salud y Acción Social, en 1994 el gasto sanitario público y de las obras sociales como porcentaje del gasto público total fue de 16,49%. Esto arrojó un gasto público en salud per cápita de US\$ 388 por habitante para ese año.

El gasto total en salud para 1995 fue de US\$ 20.147 millones. La estructura del gasto fue la siguiente: gasto público (sector gubernamental nacional, provincial y municipal) \$4.676 millones; gasto de las obras sociales (obras sociales nacionales, obras sociales para jubilados y pensionados del PAMI y obras sociales provinciales) \$7.055 millones y gasto privado (prepagos y desembolsos directos) \$8.416 millones.

Entre 1980 y 1994 disminuyó la participación de los recursos del Tesoro Nacional; al mismo tiempo, aumentó significativamente el papel de las provincias y se incrementó la participación de los municipios como entidades financiadoras. En el período 1994–1995 este incremento fue de 35,8%. Parte de este aumento responde a la descentralización de algunos servicios por los gobiernos provinciales, en los que el gasto municipal representa unos US\$ 580 millones, equivalentes a 0,23% del PIB.

Desde 1980, el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasó de 1,24% a 1,71% en 1994, con oscilaciones. En 1995, de acuerdo con datos de la Secretaría de Programación Económica, de la Secretaría de Hacienda y del INSSJyP, la estructura porcentual del gasto público en salud fue: Nación 4,8%, ANSSAL 2,6%, INSSJyP/PAMI 22,6%, transferencias de la Nación a las provincias 0,8%, provincias y municipalidades 36,1%, obras sociales nacionales 20,9% y obras sociales provinciales 12,2%.

Entre 1992 y 1995 se manifestó una pronunciada caída de la participación del sistema de obras sociales nacionales, que pasó de 32,7% a 23,5%. Cabe resaltar que el gasto del PAMI representa entre un quinto y una cuarta parte del total del gasto público. Las obras sociales nacionales tuvieron un

comportamiento expansivo en el decenio de 1980, que disminuyó en la presente década. Las obras sociales provinciales y el PAMI prácticamente duplicaron su gasto.

El gasto solidario en salud (sector público y obras sociales) se estima en US\$ 11.073 millones en 1994. Según la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía, representó 4,44% del PIB en 1994 y 4,70% en 1995. El peso del incremento se relaciona con el PAMI.

El gasto privado como participación del PIB disminuyó de 4,5% en 1970 a 2,7% en 1993. Se considera que el escenario futuro será de restricción permanente y que el gasto aumentará al ritmo del crecimiento de la economía. Con respecto a la composición del gasto individual, una encuesta realizada en noviembre de 1995 mostró que en la región metropolitana el gasto en medicamentos representa 34% del gasto de bolsillo, le sigue el gasto en afiliaciones a seguros privados con 18% (en la Capital Federal esta participación es de 26%). El gasto en consultas médicas se estimó en 10% y en consultas a otros profesionales de la salud y a odontólogos, en 17%. El porcentaje restante correspondió a otros y a internaciones.

Entre diciembre de 1991 y diciembre de 1996 el índice de precios al consumidor en materia de salud aumentó a más del doble del nivel general del IPC (53,25% frente a 25,5%). Entre mayo de 1991 y mayo de 1995 el costo de los servicios (honorarios médicos, odontológicos y cuotas de medicina pre-paga) creció casi 87% y el precio de los medicamentos, 59%.

Según la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía, en 1994 la distribución del gasto público consolidado como porcentaje del PIB para un total de 18,04% fue la siguiente: educación 3,83%; salud, acción social y saneamiento 5,26%; vivienda 0,47%; seguridad social 6,84%; trabajo, 0,76% y otros servicios urbanos 0,88%. En 1995, el gasto público social consolidado como porcentaje del PIB fue de 18,41% y el gasto público social consolidado del sector salud como porcentaje del PIB, fue de 1,75%.

La evolución del gasto en salud, educación y cultura en los últimos lustros muestra que no existe una correlación clara entre el nivel de generación de riqueza (PIB) y las erogaciones públicas en salud y educación. Estos gastos responden a la dinámica de la restricción presupuestaria.

El gasto en actividades de prevención y regulación a través de los ministerios de salud nacional y provinciales y de las secretarías municipales se estima en US\$ 800 millones (\$2 per cápita). El gasto en rentas generales a hospitales y centros de salud se calcula en \$4.000 millones. En los últimos años se estimó un sistema de recuperación de costos. El cobro por débito automático en hospitales de autogestión para el primer semestre de 1996 se estimó en US\$ 6,8 millones en 824 hospitales registrados. Esta cifra equivale aproximadamente a 1,5% de recursos en relación con las rentas destinadas por el sector público. Por otro lado, se estima que \$80 millones de las obras sociales se derivan hacia la atención en los hospitales públicos.

Las fuentes de financiamiento para la salud son: el Estado nacional (la administración central y los organismos descentralizados), que se nutre fundamentalmente de recursos provenientes del Tesoro Nacional (a excepción de la ANSSAL y el PAMI); los estados provinciales y la ciudad de Buenos Aires, cuyos recursos provienen de la coparticipación federal de impuestos, la recaudación de tributos propios y las transferencias del Estado nacional; los estados municipales, que poseen recursos de la coparticipación provincial y de tributos locales; las obras sociales nacionales, cuyos fondos provienen de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones patronales; las obras sociales provinciales, que tienen las mismas fuentes de financiamiento que las nacionales más, en algunos casos, los aportes de los estados provinciales; el PAMI, cuyos recursos se basan en aportes de los trabajadores activos y pasivos y en las contribuciones patronales, y el ingreso de las familias, que financia el gasto familiar de bolsillo destinado a la adquisición de seguros voluntarios y al pago de coseguros, copagos y compra directa de bienes y servicios.

La participación relativa de cada fuente de financiamiento es la siguiente: subsector público 21,76% (Gobierno nacional 1,94%, gobiernos provinciales 16,34%, gobiernos municipales 3,48%), seguridad social 36,34% (obras sociales nacionales 15,17%, obras sociales de jubilados 12,03%, obras sociales provinciales 7,13%, otras obras sociales 2%); subsector privado 41,9%, indirecto (prepagas, planes médicos y mutuales) 19,26% y directo (medicamentos, atención médica) 22,64%. El subsector oficial nacional aporta recursos para el financiamiento del sistema de salud a través de diversos organismos centrales o descentralizados. Su grado de significación respecto del gasto en salud es muy bajo, ya que representa entre 0,22% y 0,40% del PIB y participa entre 5,4% y 9,0% en el gasto público en salud (entre 1993 y 1996).

El gasto del subsector oficial nacional de acuerdo con la función, que según datos de la Secretaría de Hacienda en 1996 fue de US\$ 1.197.499.497, presentó la siguiente distribución: financiamiento 44,85%, asistencia 31,57%, inversión 5,92%, prevención y asistencia 4,42%, administración 3,95%, prevención 2,88%, capacitación de recursos humanos 2,47%, investigación y producción 1,97%, regulación, control y supervisión 1,63% y normalización 0,33%. Las dos funciones que resaltan en estas ejecuciones presupuestarias son las de asistencia y financiamiento. En esta última, además del Fondo Solidario de Redistribución de la ANSSAL se encuentran los aportes al Hospital Garrahan. Asimismo, se observa una disminución de los fondos destinados a la prevención. Por otra parte, lo que aparece como inversión son proyectos con financiamiento parcial de organismos multilaterales de crédito que no están totalmente destinados a la incorporación o mejoramiento de la infraestructura física o del equipamiento (como se observa en la estructura del gasto por destino económico), sino que incluyen componentes de asistencia técnica y capacitación.

Si se analiza la variación temporal de los créditos ejecutados por funciones, resalta el incremento de fondos destinados al financiamiento de residencias médicas y de otras profesiones y en inversión, aunque su participación en el total no es significativa. El fuerte aumento en financiamiento del año 1996 se debe a la adquisición, con un préstamo de origen español, de equipamiento médico que fue distribuido entre las distintas jurisdicciones.

El financiamiento de las obras sociales nacionales se basa en los aportes de los trabajadores y en las contribuciones patronales. Entre 1993 y 1995 se modificó en tres oportunidades la alícuota sobre el salario correspondiente a las contribuciones, con objeto de disminuir el costo laboral. El Decreto 492/95 fijó esta alícuota en 5%, lo que representa casi 17% de rebaja sobre el porcentaje dispuesto por la Ley 23.660/89 (del Seguro Nacional de Salud).

Si bien la ANSSAL está incorporada al presupuesto del sector público nacional, su condición de ente regulador del seguro de salud y coordinador de la distribución del Fondo Solidario de Redistribución, obliga a efectuar su análisis en conjunto con las obras sociales nacionales. De la recaudación del sistema de obras sociales nacionales en 1996, US\$ 340 millones correspondieron a la ANSSAL y \$2.592 millones a las obras sociales. Entre 1993 y 1996 se registró un leve descenso en la recaudación total, que pasó de \$3.400 millones en 1993 a \$2.932 millones en 1996.

El Decreto 492/95 (modificatorio del régimen de la seguridad social), además de establecer una nueva alícuota para las contribuciones patronales dispuso la distribución automática de parte del Fondo Solidario de Redistribución para asegurar un monto mínimo de \$40 por beneficiario titular de las obras sociales nacionales. Esta distribución automática alcanzaría a \$35,9 millones en el último trimestre de 1995 (\$12 millones de promedio mensual) y a \$180,7 durante todo 1996 (\$15 millones mensuales).

El PAMI, que brinda cobertura médica y social a los beneficiarios del Régimen Nacional de Previsión, se financia con aportes de los trabajadores activos y pasivos y con contribuciones patronales. Según información disponible de la ANSES, entre 1992 y 1995 sus recursos aumentaron pasando de US\$ 1.758.150 en 1992 a \$2.602.700 en 1995, para caer en 1996 a \$2.458.800. Mientras tanto, el gasto en atención médica dibujó una curva ascendente entre 1992 y 1994 para bajar en los siguientes dos años, cuando fue incorporado al presupuesto nacional. Sin embargo, este gasto, sumado al correspondiente a prestaciones sociales, superaba los recursos disponibles por recaudación, generando una importante

deuda con organismos públicos (Banco Nación, ANSES y ANSSAL) y con los prestadores. El desequilibrio financiero originó tensiones que llevaron al proceso de racionalización del INSSJyP/PAMI, que se está llevando a cabo.

Cooperación técnica y financiera externa

Según información del Ministerio de Salud y Acción Social, entre los principales proyectos de cooperación financiera externa figuran los siguientes:

El Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Este programa, centrado en la atención de las necesidades de los pobres, otorga un papel estratégico al primer nivel de atención, a los centros de desarrollo infantil como nivel de referencia, a la complementación alimentaria y al fortalecimiento institucional de los sectores responsables de las actividades del proyecto. Su presupuesto global alcanza los US\$160 millones, de los cuales el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) aporta \$100 millones, con desembolsos previstos hasta 1999. El resto de los aportes los realizan la Nación (\$40 millones) y las provincias y municipios (\$20 millones).

El Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESAL). Este proyecto contribuye a la reforma de los subsectores de obras sociales, público y privado mediante la redefinición de los mecanismos de ejecución e interrelación y la promoción de la complementariedad y competencia entre ellos. El proyecto tiene tres componentes: estudios nacionales, experiencias piloto de hospitales de autogestión y difusión nacional de la reforma, hospital público de autogestión y capacitación. El monto total del proyecto, que cuenta con el apoyo financiero del BIRF, es de US\$ 144.650.000.

El Programa de Reversión de las Obras Sociales. Para financiar un plan de reversión y fortalecimiento institucional, se ha negociado un préstamo con el BIRF. El proyecto tiene como componentes el saneamiento financiero de las obras sociales y del PAMI y la reversión de la planta de personal a fin de definir los perfiles adecuados para el cumplimiento de los objetivos, dentro de un proceso de reorganización gradual. El monto total del proyecto es de US\$ 375 millones.

El Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de la Salud. Este proyecto, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), tiene como principal objetivo la construcción de cuatro hospitales provinciales de alta complejidad. El monto total del proyecto es de US\$ 64.090.000.