

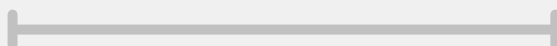
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Fernando Luis Bueno

INEQUIDADES SANITARIAS Y DESCENTRALIZACION: SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD

2005



Citar como: Bueno, F. L. (2005). Inequidades Sanitarias y Descentralización: Sistemas Municipales de Salud. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Inequidades Sanitarias y Descentralización: ***Sistemas Municipales de Salud***

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Marco Conceptual: <i>Inequidades Sanitarias</i>	3
2.1. Justificación	3
2.2. Desarrollo del Marco Conceptual.	6
2.2.1. Equidad e Igualdad	6
2.2.2. Necesidad y Demanda	8
2.2.3. Factores Determinantes de la salud	10
3. Descripción de la Población: Aspectos Generales	17
3.1. Ubicación Geográfica	17
3.2. Características Demográficas y Epidemiológicas	17
3.2.1. Crecimiento de la Población	17
3.2.2. Pirámide Poblacional.	21
3.2.3. Dinámica Poblacional.	22
3.2.4. Mortalidad	24
3.2.5. Principales Causas de Muerte	26
3.2.6. Años de Vida Potencialmente Perdidos	28
3.3. Características Socioeconómicas	30
3.3.1. Ocupación y Desocupación	30
3.3.2. Hogares	33
3.3.3. Vivienda	34
3.3.4. Servicios Sanitarios y Calidad de Vivienda	35
3.3.5. Cobertura Salud	36
3.3.6. Educación	36
4. Descripción del Sistema de Salud Público Municipal	38
4.1. Efectores	38
4.2. Ubicación y Distribución Geográfica	39
4.3. Presupuesto	39
4.4. Hospital Municipal.	41
4.4.1. Descripción General.	41
4.4.2. Servicios y Especialidades. Recursos Tecnológicos	43
4.4.3. Organigrama	45
4.4.4. Situación Actual y Contexto Político	46
4.5. Unidades Sanitarias Periféricas	52
4.5.1. Ubicación Geográfica y Descripción General.	52
5. Descentralización y Equidad: <i>Un Objetivo Postergado</i>	56
5.1 Descentralización y Gasto en Salud: <i>Evolución</i>	62
6. Consideraciones Finales	63
7. Conclusiones	66
8. Bibliografía Consultada	68

1) INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo será realizar un *estudio descriptivo* del Sistema de Salud Público Municipal, analizando el desempeño y modelo de gestión del mismo, identificando posibles inequidades sanitarias.

Se planteará un marco conceptual respecto a *Igualdad y Equidad, Necesidad y Demanda*. La justificación de dicho marco conceptual, estará basado en dos definiciones fundamentales:

- a) Equidad en salud implica que la atención, en su aspecto integral, debe ser proporcional a las necesidades de salud de la población, o dicho de otra forma, no es posible dar trato igualitario a todos los individuos de una sociedad en condiciones que inicialmente no son iguales, (Julio Frenk).¹
- b) La salud de la población no se circunscribe solamente a la atención de la enfermedad, (Alma-Ata 1978).² Es un concepto multidimensional, una sumatoria de proyectos intersectoriales.

Uno de los objetivos de éste estudio será plantear un marco conceptual de los *Factores Determinantes de la Salud*, fundamentado en documentos y experiencias nacionales e internacionales, que sean aplicables y extrapolables a la población objeto, y su impacto sobre la equidad, el estado de salud y bienestar de los ciudadanos.

El estudio se centrará en el partido de Olavarría; se determinará la composición demográfica, perfil epidemiológico y situación socioeconómica de la población en el contexto actual. En cuanto a los servicios de salud se analizarán los establecimientos de dependencia municipal con y sin internación, describiendo más detalladamente el Hospital Municipal por ser el principal efector del Sistema Público de Salud.

Respecto a los establecimientos públicos municipalizados, se describirá su estructura, organización, recursos, (humanos, tecnológicos y presupuesto), y producción del hospital Dr. Héctor Cura y de los efectores periféricos urbanos, suburbanos y rurales.

Se cotejará los servicios ofrecidos, los demandados y las necesidades de los usuarios. En cuanto a las *Políticas Sanitarias* aplicadas se analizará: gestión, prioridades, estrategias y su impacto a la salud de la población. Se intentará comprobar si el actual modelo sigue los lineamientos postulados en el marco teórico y de las recomendaciones internacionales relacionadas con la Salud de la Población.

Otro de los objetivos específicos de este estudio será responder, con respecto a los servicios de salud municipalizados las preguntas: ¿qué servicios brindan? ¿Cómo? y ¿Para quienes están destinados?

Se analizarán exhaustivamente los aspectos que nos permitan conocer la composición y el perfil de la población: demográfico, epidemiológico, socioeconómico y cultural, para poder determinar sus necesidades y estado de salud.

Para responder la pregunta ¿qué servicios se brindan?, se describirán la provisión de servicios básicos esenciales y en cuanto a la atención de la salud pública: estructura, organización, y presupuesto y distribución de los recursos en los distintos efectores.

Se cotejará la oferta de servicios y las necesidades de la población. Analizando el modelo de gestión, estrategias y prioridades se intentará dar respuestas a ¿cómo se brindan?

De las respuestas que surjan de estos cuestionamientos, se podrán identificar las posibles inequidades existentes y plantear el ¿porqué?, si fuera necesario, un cambio en el actual modelo de salud público municipal, proponiendo como meta incorporar la **Equidad** como **Objetivo Político** en las **Políticas Sanitarias**.

Una de las metas de éste estudio será abordar la salud con una visión integral, cuyo foco esté centrado en las necesidades de la población y no en variables económicas y criterios netamente clínicos: *una perspectiva ciudadana con fundamentos sanitarios*, y plantear en el mediano y largo

¹ Julio Frenk. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. México, DF. 1994.

² Alma-Ata Declaration - 1978 (Declaración de Alma Ata)(Déclaration de Alma Ata)
International Conference on Primary Health Care, 1978, Alma-Ata, USSR.

plazo un cambio en el actual paradigma de la salud municipalizada: el de *sistemas curativos o de enfermedad*, por el de *sistemas de salud*, con una visión integral y multidisciplinaria.

[\(Volver al índice\)](#)

2. MARCO CONCEPTUAL: Inequidades Sanitarias

2.1 Justificación

Declaración de ALMA-ATA 1978: Salud para Todos.

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente Declaración:

I- La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II- La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III- El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo.

La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Prerrequisitos Para la Salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Proporcionar Los Medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la **equidad sanitaria**. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI³

La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud – Nuevos actores para una nueva era: Guiando la promoción de la salud hacia el siglo XXI- se celebra en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud. Han transcurrido casi 20 años desde que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Han pasado 10 años desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). Como resultado de esta conferencia se publicó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, que ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública saludable (Adelaida, 1988)⁴ y a un ambiente favorable a la salud (Sundsvall, 1991).⁵

La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en vías de desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI.

Promover la responsabilidad social para la salud.

- Los responsables de la toma de decisiones deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. Ambos, el sector público y privado deberían promocionar la salud siguiendo políticas y prácticas que:
- eviten dañar la salud de otros individuos
- protejan el ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos,
- restrinjan la producción y el comercio de sustancias y alimentos inherentemente nocivos, tal como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas.
- protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, incluyan el *enfoque de equidad* en las evaluaciones del impacto de la salud como parte integral de la política de desarrollo.

Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Declaración de México: "Hacia una Mayor Equidad"⁶

"Observamos que, a pesar de sus progresos, aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico y que, por tanto, deben abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar".

³ Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century-1997 (Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI). Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia 21-25 July 1997

⁴ 2ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: "Políticas Públicas Favorables a la Salud". Adelaida, Australia. 1988. OMS.

⁵ 3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: "Entornos Propicios para la Salud". Sundsvall, Suecia. 1991. OMS

⁶ Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. "Hacia una Mayor Equidad". Declaración Ministerial de México, "de las ideas a la acción", OPS. Méxco. 5 de Junio de 2000.

Estrategias Salud 21 de la OMS-Europa. Salud para todos en el Siglo XXI

Las líneas de actuación:

- Equidad, solidaridad y garantías
- Mejor salud en todas las etapas de la vida
- Prevenir enfermedades y lesiones
- Estrategias multisectoriales para la salud
- Un sector sanitario orientado a los resultados
- Políticas de innovación y modernización

Glosario de términos (parcial Salud XXI):

Sector sanitario: El sector sanitario está constituido por los servicios sanitarios organizados tanto públicos como privados (incluyendo los servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria), las políticas y actividades de los departamentos y ministerios de sanidad, las organizaciones no gubernamentales y grupos de la comunidad relacionadas con la salud, y las asociaciones profesionales.

Servicio sanitario: Cualquier servicio que puede contribuir a mejorar la salud, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas enfermas, sin limitarse necesariamente al ámbito de los servicios médicos o sanitarios. Asimismo, un sistema organizado formalmente compuesto por instituciones y organizaciones establecidas, cuyo objetivo múltiple es el de hacer frente a las diversas necesidades y demandas sanitarias de la población.

Sistema sanitario: Estructura formal para una población definida, cuya financiación, gestión, alcance y contenido son definidos por leyes normas, que proporciona servicios para las personas que contribuyen a mejorar su salud y atención sanitaria, proporcionados en escenarios tales como los hogares, instituciones educativas, centros de trabajo, lugares públicos, comunidades, hospitales y clínicas, pudiendo afectar al entorno físico y psicosocial de dicha población.

Sistema sanitario global: [Un sistema sanitario] que incluye todos los elementos requeridos para satisfacer todas las necesidades sanitarias de la población.

Tecnología sanitaria adecuada: Métodos, procedimientos, técnicas y equipos en el campo de la salud que son científicamente válidos, adaptados a las necesidades locales, que son aceptables para las personas que los utilizan y con quienes se usan y que se pueden mantener y utilizar con los recursos que la comunidad o el país se pueden permitir.

Política pública saludable: Una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, así como responsabilidad por el impacto sanitario. El principal objetivo es crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar vidas sanas.

Política sanitaria: Conjunto de decisiones o compromisos con el fin de desarrollar actuaciones encaminadas a la consecución de unas metas y unos objetivos definidos para la mejora de la salud.

Reorientación de los servicios sanitarios: La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita por la consecución de resultados sanitarios para la población en la forma en que se organiza y basa el sistema sanitario. Este hecho debe producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios, que se deberán enfocar en las necesidades del individuo en su calidad de persona completa equilibrada frente a las necesidades de los grupos de población.

Salud:

1. Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o discapacidad.
2. Reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad debidas a enfermedad o trastorno detectable, así como un aumento del nivel de salud percibido.

La primera definición, que es la de la Constitución de la OMS, expresa un ideal, que debe ser el objetivo de todas las actividades de desarrollo sanitario, (es decir, la salud como derecho humano fundamental y como objetivo social a nivel mundial). Sin embargo, dicha definición no permite una medición objetiva, por lo que, a efectos de trabajo, se requiere una definición más concreta. Por regla general, se utiliza la segunda definición con este fin (por ejemplo, en las estadísticas sanitarias).

Salud pública: La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la mental y física y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad. La salud pública se puede considerar como las estructuras y los procesos a través de los cuales se comprende, se salvaguarda y se promueve la salud de las poblaciones a través de los esfuerzos organizados de la sociedad.

En Busca de la Equidad. Informe Anual del Director. Washington, DC, OPS, 1995.

"La equidad horizontal entraña dar el mismo tratamiento a necesidades iguales, mientras que la equidad vertical daría tratamiento desigual a quienes son desiguales. Esto último es quizá lo más pertinente a nuestras sociedades que presentan diferencias notorias que se reflejan tanto en los diversos estratos sociales y económicos dentro de los países como en problemas tales como la discriminación por género. Está claro que nadie apoya un concepto de equidad como atención igual para todos ni como atención determinada únicamente por la demanda'.

"...los países de América Latina y el Caribe presentan una de las mayores tasas de desigualdad social del mundo. Estos cambios socioeconómicos han reducido marcadamente la capacidad de las instituciones sanitarias para distribuir, en la debida forma, servicios equitativos a los segmentos vulnerables de la población, lo que ha llevado al primer plano el problema de la falta de equidad y la búsqueda de su solución". George A. O. Alleyne⁷.

Liderazgo en Salud Panamericana. OPS/OMS 1998.⁸

"El principal problema de salud en las Américas sigue siendo la inequidad".

A New Perspective on the Health of the Canadians: a working document. El Honorable Marc Lalonde de Canadá, abogado, sirvió como Ministro de Salud y Bienestar Social. En 1972 publicó las propuestas para una gran reforma del sistema de seguridad social canadiense. En 1974 publicó Nuevas Perspectivas Sobre la Salud de los Canadienses, documento que se dio a conocer como El Lalonde Report o Informe Lalonde. El informe fue aclamado internacionalmente por el cambio radical de las políticas tradicionales y su apoyo a la promoción de la salud al desarrollar un plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención. También sirvió como Ministro Responsable de las Condiciones Jurídicas y Sociales de la Mujer y lanzó reformas legislativas las que fueron publicadas en Hacia la Igualdad de las Mujeres.

2.2 Desarrollo del Marco Conceptual

2.2.1 Equidad e Igualdad

La salud individual y colectiva dependen de múltiples factores, (factores determinantes de la salud, los cuales se desarrollarán más adelante en el presente trabajo.) : biológicos, ecológicos, culturales y socioeconómicos, además de los servicios de atención de la salud.

⁷ El Dr. George Alleyne, miembro del Royal College of Physicians (Gran Bretaña), miembro Honorario del American College of Physicians y Doctor en Ciencias honoris causa, asumió el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (AMRO), el 1º de febrero de 1995 y comenzó un segundo período de cuatro años en 1999.

⁸ OPS Liderazgo en Salud Panamericana. Documento Oficial Nº 287. 1998. Washington DC, OPS/OMS.

La producción de salud involucra entonces, no sólo al subsistema “sector salud”, ya sea público o privado, (Secretaría de Salud Pública, clínicas, hospitales, equipo de salud), sino al Estado y la comunidad en su conjunto, conformando un *Sistema Integral de Salud* o *Sistema Sanitario*.

El empleo del término Sanitario pretende generar conciencia en otros sectores, que hoy no se consideran actores del sistema de salud, (Obras y Servicios Públicos, Control Urbano, Subsecretaría de Cultura, Educación y Comunicación, Instituciones y Organizaciones no gubernamentales, etc.,) que su participación y compromiso influyen en forma significativa en el estado de salud de la población.

Utilizando el criterio anterior, al hacer mención a desigualdades innecesarias, evitables y por ende injustas en el estado de salud, se utiliza el concepto de **Inequidades Sanitarias** y no el de *Inequidades en Salud*, ya que éstas últimas suelen asociarse sólo a acceso, utilización y gasto en servicios de atención de la salud.

Siguiendo las sugerencias de OMS y de Margaret Whitehead⁹, para éste trabajo se define equidad en salud como *la posibilidad de ofrecer idealmente a todo el mundo la oportunidad de realizar su máximo potencial*; e inequidad en salud, *como una desigualdad injusta e innecesaria que podría ser evitada*.

Es importante establecer la diferencia conceptual entre igualdad y equidad, ya que muchas veces los planificadores y encargados de la elaboración de las políticas de salud hablan de equidad, haciendo mención a “trato y acceso igualitario”. La equidad incorpora a la justicia como criterio de valor.

Las desigualdades sociales innecesarias y evitables llevan a inequidades en la forma de vida, así como a inequidades en la atención de la salud, (acceso, calidad, utilización), y en gasto, y éstas interactúan entre sí para causar inequidades en el estado de salud.

No toda desigualdad en salud es inequitativa.

Whitehead hace distinción entre desigualdades *aceptables*, aquellas que provienen de la libre elección de los individuos; *las injustas e innecesarias*, las que resultan de una desigual distribución de los determinantes de salud y escapan por lo general al control de los individuos; y las *inevitables*, las que cuales son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores, como los genéticos.

Como todo juicio de valor, la equidad no se puede medir como un indicador tradicional, y es por ello, que la medición de las inequidades empieza con la medición de las desigualdades.

Un indicio importante para definir si las diferencias en el estado de salud son injustas o no, es determinar si las personas pudieron **escoger libremente** la situación que produce la mala salud o si está fuera de su control.

Para ello Whitehead identifica siete factores determinantes en las diferencias de salud:

1. Variación natural biológica.
2. Libre elección de conductas dañinas como la participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. La ventaja de salud de un grupo sobre otro cuando ese grupo adopta primero un comportamiento que promueve la salud, hasta que otros tienen los medios de ponerse rápidamente al mismo nivel.
4. Conductas saludables o dañinas donde el grado de escogencia de los estilos de vida es severamente restringido.
5. La exposición a condiciones de trabajo y de vida diaria insalubres.
6. Acceso inadecuado a servicios de salud esenciales y otros servicios públicos.
7. Selección natural o la movilidad social relacionada con la salud, lo que incluye la tendencia de las personas enfermas a descender en la escala social.

La movilidad social está influenciada por el grado de estratificación social, lo que define la posición social del individuo.

La autora señala que los tres primeros factores, generalmente, no determinan diferencias en salud consideradas inequidades. Los factores 4, 5 y 6 pueden ser considerados evitables y las diferencias resultantes son injustas y por tanto inequitativas. En cuanto al séptimo factor, la mala

⁹ Whitehead M.(1992). The concepts and principles of equity and health.

salud original pudo haber sido evitada y la situación de pobreza parece tanto prevenible como injusta.

Como se observa, la mayoría de los factores generadores de desigualdades no se deben a cuestiones biológicas, sino a conductas y condiciones de vida relacionadas con la situación socioeconómica de la población.

En la figura Nº 4 se observa en forma esquemática la relación entre desigualdad social e inequidades en el estado de salud.

Figura Nº 4. Relación entre Desigualdad Social e Inequidades en el Estado de Salud.



Fuente: Salud de la Población. *Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense*. OPS, Washington, DC. 2000

Elaboración: Propia

2.2.2 Necesidad y Demanda.

En la búsqueda de la equidad, el desafío para los sistemas de salud es lograr el equilibrio entre las necesidades de salud de la población y la disponibilidad de los recursos organizados que apoyan la prestación de servicios sanitarios para satisfacer aquellas necesidades.

No es posible dar trato igualitario a todos los individuos de una población en condiciones que inicialmente no son iguales. De ésta afirmación surge el concepto de necesidad de salud de los ciudadanos, teniendo que orientar las políticas sanitarias públicas hacia ellos, intentando reducir las brechas existentes, no sólo en el estado de salud, sino en la calidad y condiciones de vida en general.

Es importante resaltar la diferencia entre *Necesidad* y *Demanda* en salud.

Atender la demanda de servicios no significa satisfacer las necesidades de salud de la población.

Es común utilizar el término necesidad para referirse al requerimiento de un servicio o a un recurso, las variables empleadas son: camas disponibles, porcentaje ocupacional, número de consultas médicas, egresos, etc., lo que habla de demanda, pero no de las condiciones de salud de la población.

Si bien existen muchos puntos en que necesidad y demanda coinciden, en la práctica hay numerosas divergencias, debido a barreras de acceso, falta de conocimiento o inadecuada percepción del estado de salud por parte de los ciudadanos, generalmente los menos privilegiados y más vulnerables. Esta relación negativa entre necesidad y acceso fue definida por Hart¹⁰ como la **"ley de la atención inversa"**: las diferencias socioeconómicas y las disparidades de salud entre diferentes áreas y grupos de población influyen en las disparidades en la atención de salud. Las áreas menos privilegiadas tienden a tener una 'carga de morbilidad' mayor, con menor disponibilidad de recursos, menor financiamiento y acceso, junto a escasez del personal de

¹⁰ Hart, J.T. "The Inverse Care Law. *Lancet*, 1971; 1 (7696): 405-412.

atención de salud, prestigio inferior y limitada capacidad de resolver eventos de salud que requieren niveles tecnológicos más complejos de atención.

Existen varias definiciones del concepto **Necesidad en Salud**:

“La necesidad corresponde a una deficiencia o ausencia de salud, determinadas a partir de criterios biológicos o epidemiológicos y que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento o erradicación”. (Hogarth)¹¹

“Se trata de una perturbación de la salud y del bienestar”. (Donabedian)¹²

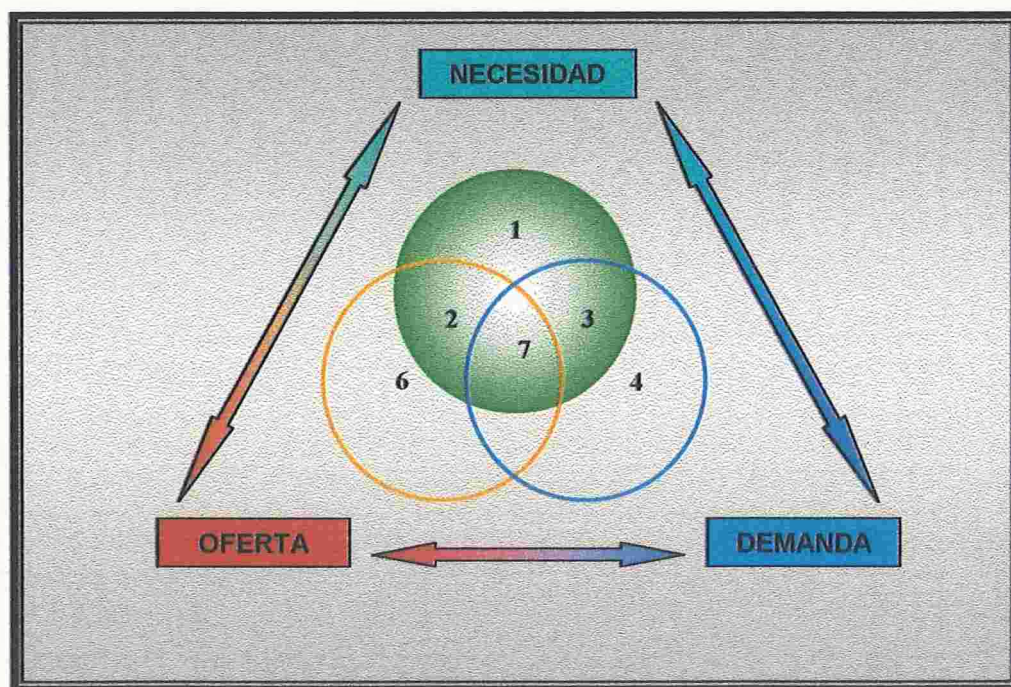
Las definiciones anteriormente mencionadas son de carácter normativo, hablan de una necesidad objetiva, con un enfoque empírico basado en la demanda de servicios, guiada por interpretaciones científicas y profesionales, las que, en el actual paradigma de la salud, tienen preeminencia sobre la interpretación popular de las necesidades “sentidas”.

A medida que aumenta el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios, tiende a darse una convergencia entre la definición normativa de necesidades por parte de los expertos y la demanda efectiva por parte de la población. Bajo las condiciones de desigualdad social existentes y de barreras de acceso, un enfoque basado en la satisfacción de necesidades sería una de las formas de transformar las condiciones de salud para lograr una mayor equidad.

“Sólo cuando socialmente se especifica que una condición requiere atención, dicha condición se convierte en una necesidad de salud. En consecuencia, **el concepto de necesidad se construye socialmente**”. (Julio Frenk)¹³

Basándose en un Diagrama de Venn modificado, se puede observar los puntos de encuentro, desencuentro, y la relación entre necesidad, demanda y oferta, tal como lo muestra la Figura N° 5.

Figura N° 5. Relación Necesidad – Demanda – Oferta.



Fuente: Elaboración propia

¹¹ Hogarth, J.: Glossary of health care terminology. Regional Office for Europe. World Health Organization. Copenhagen. 1978.

¹² Donabedian, A.: Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Secretaría de Salud Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica, México 1988.

¹³ Julio Frenk. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. México, DF. 1994.

De la figura anterior se desprende que solamente en el sector 7, la oferta cubre la necesidad de la demanda: Equilibrio, los demás son desencuentros o desequilibrios del sistema.

- 1- *Necesidades sin demanda.* Desconoce las necesidades o no las percibe. Ausencia de intervenciones para la promoción y prevención de la salud.
- 2- *Oferta correspondiente a necesidad no demandada.* No percibe la necesidad de atención médica, a la cual tendría acceso. Asimetría de información, inaccesibilidad económica, geográfica o cultural.
- 3- *Demanda sanitaria, (necesidad y demanda), no cubierta por la oferta.* Falta de accesibilidad y respuesta. Necesidades y demandas insatisfechas. Listas de espera, no identificación del problema, falta de evaluación por parte de las autoridades sanitarias.
- 4- *Demandas no necesarias sin oferta.* Población sin necesidades reales, asociado a la capacidad de pago, generalmente con cobertura social.
- 5- *Oferta que cubre demanda no necesaria.* Sobre utilización, sectores con capacidad de pago. Ineficiencia servicios de salud.
- 6- *Oferta no necesaria sin demanda.* Inequidad en la distribución de los recursos. Inducción a una demanda superflua. Falta de evaluación sanitaria.
- 7- *La oferta cubre la necesidad de la demanda. Equilibrio.*

2.2.3 Factores determinantes de la Salud: Hacia un nuevo paradigma.

El actual paradigma de la salud, al menos para la mayoría de los sistemas de salud municipalizados – descentralizados, es *la atención la enfermedad*, cuyo objetivo es el tratamiento y rehabilitación de la misma.

Una perspectiva distinta, como lo sería una visión integral y multisectorial de la salud de la población, no sólo mejoraría las condiciones de vida del ciudadano, sino también disminuirá la inequidades existentes en el actual sistema.

A partir de Marc Lalonde, Canadá y el resto de los países del primer mundo, impulsados por la OMS, comenzaron a centrar su atención en los FACTORES que mejoran la salud y el bienestar de la población en general, alejándose del pensamiento tradicional médico *“biologicista”*, en donde el concepto de salud engloba elementos de la vida diaria, no sólo ausencia de enfermedad.

Ambas corrientes de pensamiento difieren fundamentalmente en dos aspectos:

- las estrategias de salud de la población abordan todo el espectro de los factores individuales y colectivos que determina la salud. La atención de la salud tradicional se centra en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas.
- las estrategias de salud en la población están diseñadas para influir en grupos o poblaciones enteras. La atención de la salud clínica trata a las personas en forma individual cuando ya tienen un problema de salud o están en riesgo significativo de contraerlo.

Los servicios de atención de la salud son esenciales para cualquier sistema, la diferencia radica en que para un abordaje de salud de la población, es un elemento componente de los factores que determinan la salud, pero no el único ni el más importante a la hora de medir resultados en referencia al estado de salud de la población.

Hoy, los servicios de atención de la salud no sólo son el eje central de las estrategias sanitarias en aplicación sino a los que se destina la mayor parte del recurso disponible, que en general representa entre un 30% y un 40% de los presupuestos municipales. Debido a esto, también se han convertido en territorios de disputas políticas, ocupando un lugar de privilegio, en las plataformas, discursos y campañas preelectorales.

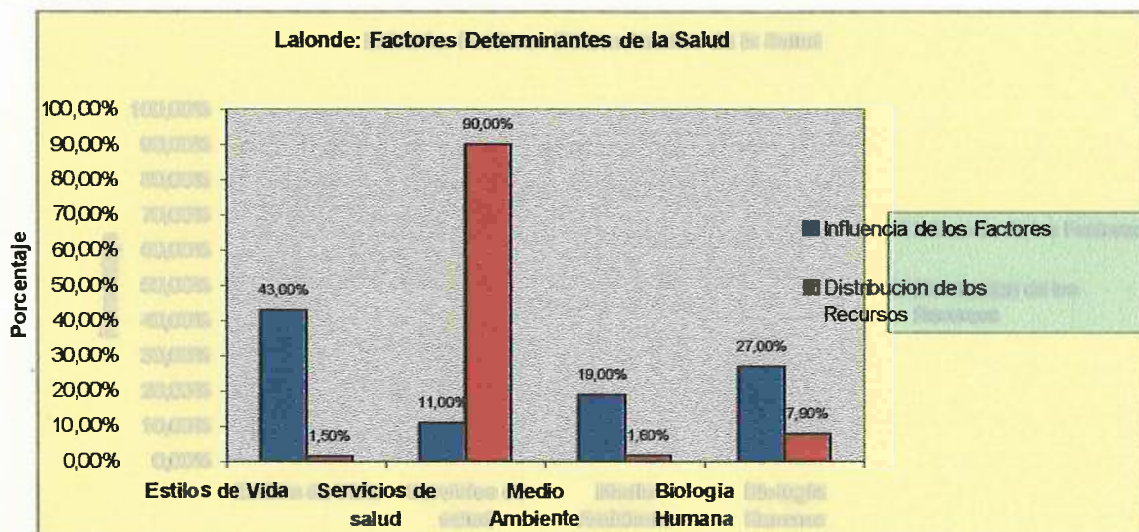
Un enfoque eficaz de la salud de la población contribuye al mejoramiento de la salud del total de la ciudadanía, a reducir los gastos en salud y problemas sociales, a lograr una mayor prosperidad, estabilidad social y bienestar de la población en su conjunto.

Marc Lalonde, siendo Ministro de Salud canadiense, presentó en 1974 el documento “Una Nueva Perspectiva en la Salud de los Canadienses”, conocido como informe Lalonde, en el cual estableció mediante un marco conceptual los factores claves que parecían determinar la situación de salud de la población después del primer año de vida:

Estilos de Vida.
Medio Ambiente.
Características biológicas.
Servicios de Salud.

Puso en evidencia los factores determinantes que más impactan sobre la salud de la población son aquellos a los cuales se les destinan menor cantidad de recursos. En el gráfico Nº 8 se puede observar la influencia de los Factores Determinantes sobre el estado de salud y la forma en que se asignan los recursos para cada uno de ellos.

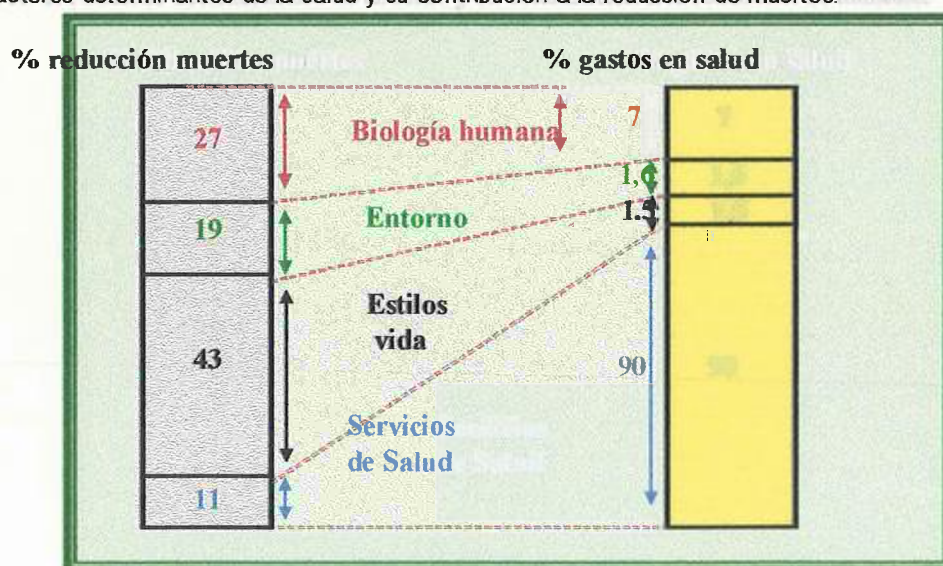
Gráfico Nº 8



Fuente: A New Perspective on the Health of the Canadians: a working document. M. Lalonde. 1974. Elaboración: propia

Si bien los valores son relativos y reflejan la realidad canadiense de aquel momento, estudios realizados en distintos lugares del mundo, con contextos diferentes, muchos de ellos liderados por OPS – OMS, apoyan, reafirman y han ampliado este marco conceptual básico. En la actualidad, muchos modelos de gestión siguen asignando los recursos, fundamentalmente los servicios de salud, en proporciones similares a la expuestas por Lalonde. El impacto que tienen los distintos factores sobre la reducción de las muertes después del primer año de vida y la distribución del gasto en salud, se muestra claramente en el Gráfico Nº9.

Gráfico Nº 9. Factores determinantes de la salud y su contribución a la reducción de muertes.



Fuente y Elaboración: Dever G. A. Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense. OPS, Washington, DC. 2000

Existe evidencia creciente que el aporte de la medicina y la atención de salud es limitada, y que gastar más en atención de salud no producirá grandes mejoras en la salud de la población. En extremos opuestos, EE UU y Cuba son ejemplo de ello.

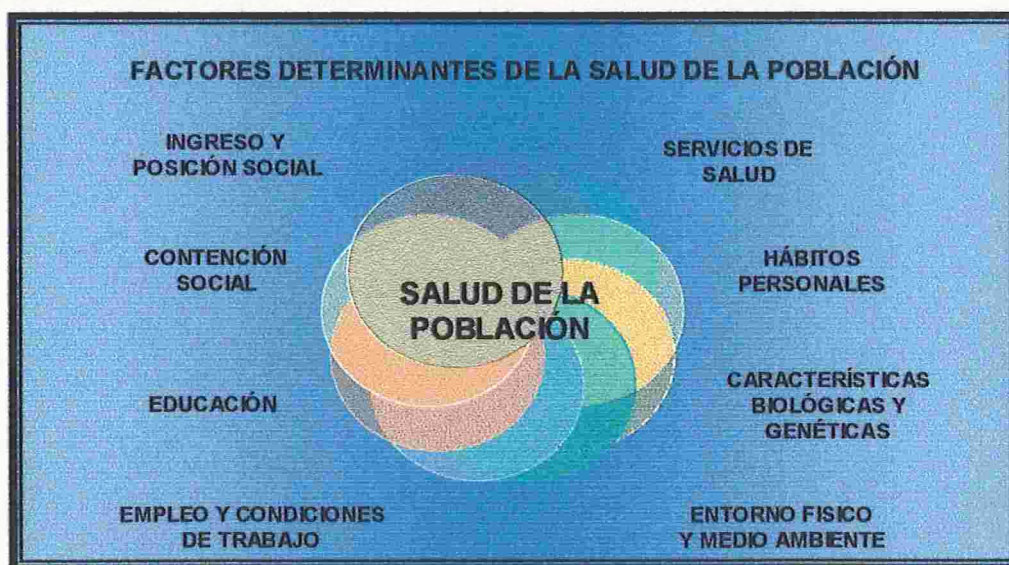
La experiencia indica que los factores claves que influyen en la salud de la población son: el ingreso y la posición social, la contención social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y constitución genética, los hábitos de salud y las aptitudes de adaptación, el desarrollo del niño sano y los servicios de atención de salud.

Todos los factores enumerados son importantes y están interrelacionados, razón por la cual, el nuevo concepto de salud debería ser interdisciplinario y requiere un abordaje integral.

La Figura Nº 6 muestra el modelo conceptual del LALONDE ampliado.

[\(Volver anterior\)](#)

Figura Nº 6. Interrelación entre los distintos Factores Determinantes de la Salud.



Fuente y Elaboración: Propia

Ingreso y Posición Social: estos dos elementos parecen ser los factores determinantes de la salud con mayor incidencia sobre el estado de salud de la población.

Existen sobradas evidencias de que un mejor estado socioeconómico se asocia con un mejoramiento de la salud, ya que ellos no sólo están vinculados a mejores condiciones de vida, mayor acceso y utilización de servicios, sino que la percepción que las personas tienen de su estado de salud está relacionada a su nivel de ingreso¹⁴.

Numerosos estudios demuestran que cuanto más equitativa es la distribución de la riqueza, más saludable es la población. Ejemplo de esto es Japón, con una distribución muy equitativa de la riqueza, que en los últimos treinta años a pasado a tener algunos de los mejores indicadores de salud del mundo, gastando sólo el 6,8 % de su PBI en atención de salud, no siendo de la misma forma, América Latina y El Caribe, que en este aspecto están consideradas como las más inequitativas del mundo¹⁵.

Un aspecto muy importante de la evidencia sobre ingreso, posición social y salud es que la relación persiste, aunque las causas de enfermedad y muerte puedan cambiar. La relación se mantiene para diferentes enfermedades, para los hombres y las mujeres, para personas en diferentes lugares del país y del mundo.

Una posición socio económico baja parece ser la base de la Prevalencia de "algo que está mal", en forma muy generalizada, independientemente de cual sea el problema específico de salud.

¹⁴ Wilkins, Russell and Adams, Owen. Healthfulness of Life. Institute for Research on Public Policy, Montreal, 1978.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director 1998. La Situación de Salud en la Región de las Américas. Washington, DC.

Las investigaciones indican que el grado de control que las personas tienen sobre las circunstancias de la vida, especialmente en situaciones estresantes, y su capacidad discrecional para actuar son influencias claves. Un mayor nivel de ingreso y posición social producen en general mayor control y discreción.

Se ha comprobado que tener pocas opciones y aptitudes diferentes para hacer frente al estrés, incrementa la vulnerabilidad a un rango de enfermedades a través de los sistemas inmunológicos y hormonal.

Para realizar cambios que puedan producir resultados significativos en términos de mejorar la situación de la población en general, es necesario tomar medidas en los sectores económicos, educativo, de trabajo y servicios sociales.

Contención Social: El apoyo de la familia, los amigos, organismos públicos y privados, y la comunidad en general, junto con la participación social, podrían ser muy importantes para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de la vida y a proporcionar apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y cuando realizan cambios en el estilo de vida.

La consideración y el respeto que se da en las relaciones sociales, la consiguiente sensación de satisfacción y bienestar parece actuar como protección contra los problemas de salud.

Educación: mejora la auto evaluación del estado de salud y disminuye las limitaciones de las actitudes, está estrechamente relacionada con la posición socioeconómica, siendo la educación eficaz para los niños y el aprendizaje constante para los adultos, factores claves que contribuyen para la salud, y prosperidad de la población. Aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral, además de mejorar la habilidad de las personas para entender y tener acceso a la información que le ayuda a mantenerse sana.

En el diseño de una estrategia efectiva de salud, la participación del sector educación es esencial.

Empleo y condiciones de trabajo: Un importante estudio realizado por OMS determinó que los niveles altos de desempleo y la inestabilidad económica causan problemas de salud mental significativos y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y comunidades¹⁶.

La salud también se afecta por las exigencias del trabajo, relacionadas con el estrés, el ritmo de trabajo, bajos niveles de control y de apoyo social en el trabajo.

La seguridad en el lugar de trabajo, también contribuye a la salud de la población. Las lesiones en el trabajo y las enfermedades ocupacionales tienen consecuencias importantes para la salud, siendo en su mayoría prevenibles.

Las iniciativas para hacer del lugar de trabajo un ambiente seguro y sano que promueva, apoye y proteja la salud de la población, será un elemento clave en un enfoque efectivo de la salud de la población, para lo cual es necesario la participación del estado, como ente rector, los trabajadores, que pasan aproximadamente un cuarto de sus vidas en el lugar de trabajo, y el sector patronal, para la identificación de problemas y posibles soluciones.

Entorno Físico y Medio Ambiente: La salud de la población tiene una dependencia crítica del entorno en que vive.

Además del lugar de trabajo, descritos en párrafos anteriores, otros aspectos importantes del entorno físico son: la vivienda, el aire, el agua y la seguridad de la comunidad.

Un adecuado diseño de los hogares, las escuelas, rutas y los lugares de trabajo pueden ayudar a prevenir el gran número de lesiones ocasionadas por accidentes domésticos, de tránsito, laborales y demás, que ocurren en los lugares mencionados, que en su mayoría son evitables.

Una vivienda digna y segura es otro aspecto del entorno físico que contribuye a la salud de la población; la provisión de agua corriente y desagües cloacales a red pública son esenciales, ya que en muchos de los hogares que no cuentan con ellos coexisten otros factores como el hacinamiento, el desempleo, la ruralidad, barreras socio-económicas-culturales que limitan el acceso y utilización de servicios, que sumados, potencian los riesgos sanitarios, fundamentalmente de las enfermedades infecciosas re emergentes. En éste aspecto, la población

¹⁶ Wescott, G. Et al. Health Policy Implications of Unemployment. World Health Organization, Copenhagen, 1895.

en estudio tiene una desigual distribución de los servicios esenciales, existiendo una suerte de *privilegio* en la zona céntrica, en *detrimiento* de los barrios periféricos, como así también un dispar cronograma de recolección de residuos domiciliarios: cinco veces a la semana en el caso del centro, y tres en la periferia. Aproximadamente el 40% de la población no cuenta con provisión de agua potable y el 60% carece de desagües cloacales a red.

En cuanto al medio ambiente, el tratamiento y almacenamiento de residuos sólidos y peligrosos, (patogénicos, metales pesados, etc.), adquieren gran importancia a la hora de evitar la contaminación del suelo y el agua, como así también la contaminación del aire por exposición a gases provenientes de procesos industrializados.

Olavarría cuenta con un importante parque industrial, los que utilizan en su gran mayoría minerales como materia prima, los que al ser procesados producen gases con gran cantidad de partículas sólidas en suspensión, los cuales si no son tratados, provocan afecciones en las vías respiratorias superiores e inferiores, como así también en mucosas y conjuntiva ocular.

Para lograr disminuir el impacto del entorno físico y medio ambiente sobre la salud de la población, se deberían tomar medidas de tipo ambiental, económica, empresarial, social y de salud, incluidas las políticas públicas y las acciones regulatorias.

Características biológicas y dotación genética. La constitución biológica y orgánica del cuerpo humano son un factor fundamental de los determinantes de la salud, entre los que se incluyen la dotación genética del individuo, el funcionamiento de los diversos sistemas del organismo y los procesos de desarrollo y envejecimiento.

Los hombres y las mujeres de todas las edades y estratos socioeconómicos tienen una esperanza de vida diferente. La vulnerabilidad a las enfermedades según edad y las causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad son diferentes en las mujeres y los hombres. La vulnerabilidad a riesgos significativos para la salud como la violencia física y sexual, las enfermedades de transmisión sexual, (ETS), los riesgos ambientales y las intervenciones clínicas inapropiadas también varía entre los hombres y las mujeres.

Igualmente, los patrones de correlación entre los gradientes de ingresos y el estado de salud difieren para los hombres y las mujeres. Estas diferencias son atribuibles en parte a factores biológicos. Lo más importante es que surgen de diferencias en los rasgos, las actitudes, los valores, los comportamientos y los roles que la sociedad atribuye a los hombres y las mujeres.

La dotación genética otorga una predisposición hereditaria a una gama amplia de respuestas individuales que determinan el estado de salud. Aunque los factores socioeconómicos y ambientales son factores determinantes importantes de la salud en general, en algunas circunstancias, la dotación genética parece predisponer a ciertos individuos a enfermedades o problemas de salud específicos.

Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación. Los hábitos como el consumo de tabaco, el abuso del alcohol y otras drogas, la alimentación sana, la actividad física y otros comportamientos personales influyen en la salud y el bienestar. La mayoría de los problemas de salud más comunes están relacionados a éstos hábitos.

El consumo de tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón y un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

El abuso del alcohol es una de las principales causas de muerte prematura, lesión y discapacidad. Se asocia principalmente con lesiones y defunciones que son resultado de accidentes y violencia. Tanto el tabaquismo como el uso de alcohol durante el embarazo se vinculan a menor peso al nacer y otros resultados negativos en el nacimiento.

Se ha demostrado que el ejercicio regular reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, dolencias en la espalda y algunos cánceres, también desacelera la degeneración natural que acompaña el proceso de envejecimiento. Además, contribuye al bienestar de la persona al reducir la tensión y la ansiedad. Muchas personas opinan que la actividad física regular contribuye en forma significativa a su salud física y mental.

Las investigaciones actuales indican que la actividad física, incluso en niveles moderados, proporciona beneficios sustanciales.

La nutrición deficiente y los hábitos alimenticios no sanos están asociados a la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Las aptitudes de adaptación, que aparentemente se adquieren en los primeros años de vida, son también importantes para los estilos de vida saludables. Hay destrezas que las personas utilizan

para interactuar efectivamente con el mundo que los rodea y enfrentar eventos, retos y el estrés diario.

Las estrategias de salud de la población destinadas a los hábitos personales de salud deben por lo tanto concentrarse más en los factores ambientales y las condiciones sociales, y menos en los factores individuales, para llegar a ser exitosas.

Desarrollo del niño sano. Las etapas claves son el período antes del nacimiento y el neonatal, cuando el niño comienza la etapa escolar, la transición a la adolescencia y a la edad adulta.

Concentrar las intervenciones, en particular, en éstos períodos debería proporcionar excelentes resultados para mejorar la salud, disminuir las tasas de mortalidad infantil y la salud general de la población.

Todos los factores determinantes anteriormente mencionados tienen una profunda y directa relación con el desarrollo del niño sano.

Servicios de salud. Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población. Los servicios preventivos y de atención primaria de salud como la atención prenatal, los consultorios infantiles y la inmunización son muy importantes para la salud materno infantil. Los servicios que educan a los niños y los adultos sobre los riesgos para la salud y las elecciones sanas, además de promover la adopción de hábitos saludables son una contribución. Los servicios para ayudar a los ancianos a mantener su salud e independencia son también importantes, y los servicios comunitarios de salud ambiental ayudan a garantizar la seguridad de los alimentos, el agua y el medio ambiente.

Los servicios de salud diseñados para curar las enfermedades y restablecer la salud también contribuyen para mantener a las personas saludables. Sin embargo, según se observa al comienzo de este documento, estos servicios no son realmente parte de un enfoque de salud de la población, porque están concentrados esencialmente en enfermedades individuales y factores clínicos de riesgo.

Al garantizar que los servicios de salud sean apropiados y efectivos en función de los costos, aseguramos que contribuyan a la salud. Al mismo tiempo, los esfuerzos para reformar el sistema de salud deben lograr que se dediquen más recursos a los servicios preventivos y de atención primaria. Igualmente, algunos recursos que ahora se gastan en atención de salud inapropiada o inefectiva deben liberarse para otros fines más productivos, incluida la inversión en otros factores determinantes de la salud.

Los principales problemas de salud de los grupos en desventaja son un tema crucial que debe abordarse. No obstante, no deben ser el centro exclusivo de una estrategia de salud para la población, debido a que resolver problemas grandes de grupos relativamente pequeños no producirá los resultados generales que estamos buscando para mejorar la salud y la prosperidad de toda la población. Sin embargo, la igualdad de oportunidades para la salud de los grupos en desventaja debe ser una preocupación especial en una sociedad y democrática que valora la salud de todos sus residentes.

Las estrategias para influir en la situación de salud de la población, para que sean efectivas, deberán abordar la amplia gama de factores determinantes en forma integral e interdependiente descritos arriba, pudiendo agruparlos en las siguientes categorías:

Entorno socioeconómico: ingresos, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación y factores sociales en el lugar de trabajo.

Entorno físico los factores físicos en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas.

Hábitos personales de salud: comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.

Capacidad individual y aptitudes de adaptación: las características psicológicas de la persona como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas.

Servicios de salud: servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

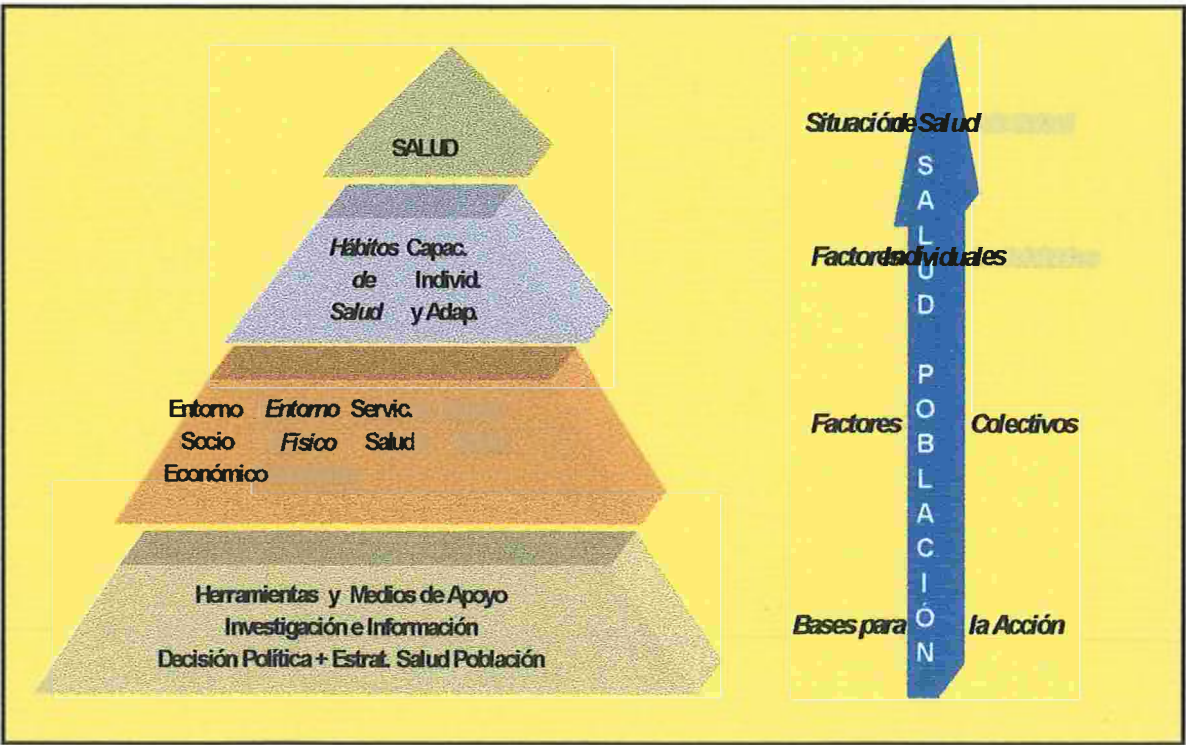
El desarrollo del niño sano no está incluido en ninguna de las categorías, a pesar de su importancia fundamental como factor determinante de la salud. En realidad, cada una de las categorías incluye factores que se han comprobado que contribuyen al desarrollo del niño sano.

Estrategias

Las estrategias de salud de la población deben basarse en evidencias sólidas de los factores que determinan la salud, además de información sobre el impacto potencial de las intervenciones y programas para abordarlos. Existen evidencias que algunas intervenciones pueden aumentar las inequidades, por lo menos en los primeros años después de iniciada su implementación, (Ver Descentralización y Equidad). La investigación y la información son herramientas claves para abordar los factores determinantes de la salud. Las políticas públicas son otras herramientas importantes, debido a que se relacionan con casi todos los aspectos de la vida moderna. La influencia de las políticas públicas sobre la salud de la población no se limita al sector salud, el económico, el de educación, servicios sociales, transporte, vivienda, recreación y otros sectores públicos son de vital importancia.

La Figura Nº 7 ilustra el marco conceptual de los factores determinantes de la salud.

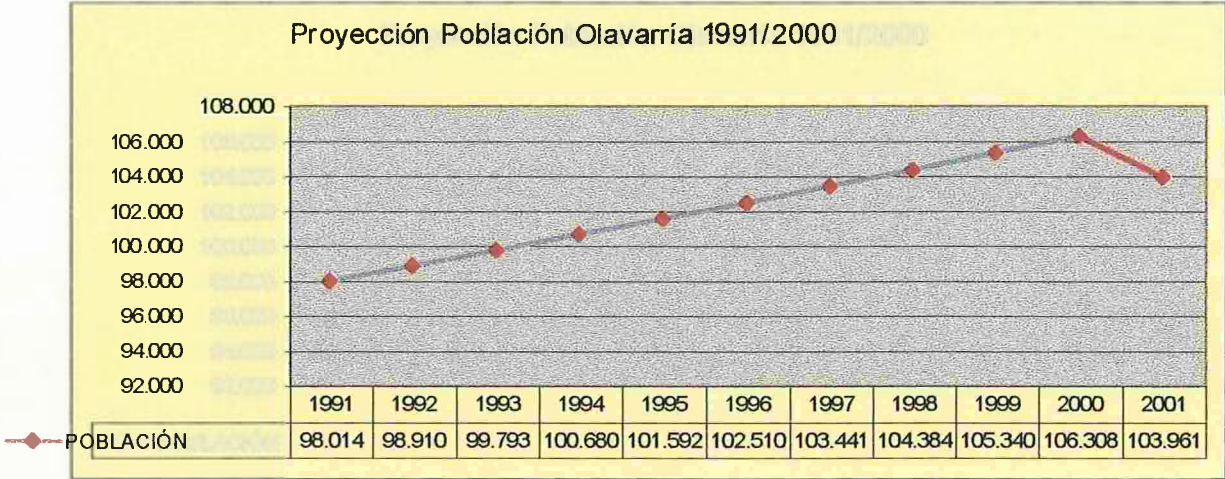
Figura Nº 7. Marco conceptual. Factores Determinantes de la Salud.



Fuente: Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense. OPS, Washington, DC. 2000
Elaboración: Propia

[\(Volver al Índice\)](#)

Gráfico Nº 1. Proyección del crecimiento la población de Olavarría 1991/2000. Población Censo 2001.



Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Los demógrafos frecuentemente dan proyecciones bajas, medias y altas de la misma población, basándose en diferentes hipótesis sobre cómo cambiarán las tasas de fecundidad, mortalidad y migración en el futuro.

Debido al descenso de la fecundidad y a un incremento en el número de defunciones totales, el crecimiento de la población, al igual que la media nacional, no se corresponden con las proyecciones realizadas para la década 1991/2001, ya que se había estimado una población de 107.294 para el año 2001.

El crecimiento de la población en el periodo comprendido entre los años 1970-2001, en valores absolutos y relativos fue el que muestra el cuadro Nº 1

Cuadro Nº1. Crecimiento de la población en valores absolutos y relativos. Años 1970-2001.

	Población				Variación relativa		
	1970	1980	1991	2001	1970/ 80	1980/ 91	1991/ 01
TOTAL PROV.	8.774.529	10.865.408	12.694.974	13.827.203	23,8	15,9	9,8
OLAVARRÍA	73.469	89.528	98.014	103.961	21,9	9,5	6,1

Fuente: Dirección de información Sistematizada
Elaboración: Dirección General de Estadísticas

Se observa en todos los períodos cotejados que los valores obtenidos son inferiores a la media provincial.

La Tasa de incremento medio anual expresa el ritmo de crecimiento de una población, es decir cuanto aumenta o disminuye en promedio anualmente por cada mil habitantes, durante un determinado período, observándose una reducción mayor al 70% en dicha tasa en las últimas tres décadas, tal como lo indica el Cuadro Nº 2.

Cuadro Nº 2 Tasa de incremento medio anual de la población de Olavarría, periodo 1970/2001.

	Tasa de incremento Medio Anual (por mil)		
	1970/80	1980/91	1991/01
TOTAL PROVINCIA	21,5	14,1	8,9
OLAVARRÍA	19,8	8,6	5,6

Fuente: Dirección de información Sistematizada
Elaboración: Dirección General de Estadísticas

Para conocer y caracterizar a la población y determinar en que fase o etapa de la transición epidemiológica se encuentra, es imprescindible analizar la influencia de factores dinámicos tales como nacimientos, defunciones y migraciones.

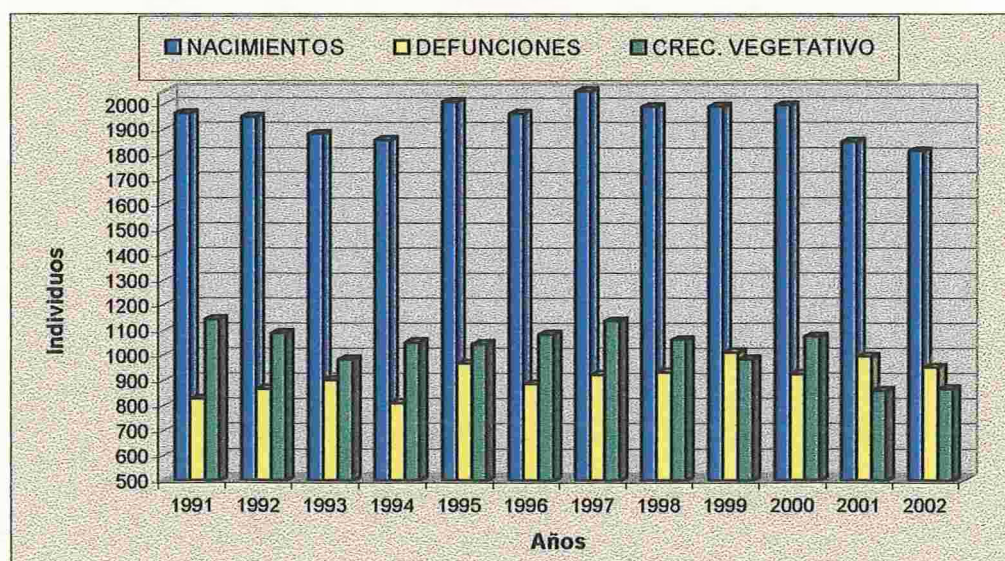
De la diferencia entre las fluctuaciones de los nacimientos y defunciones surge lo que se conoce como *crecimiento vegetativo* de la población, que es un parámetro válido para comprender la repercusión de estos indicadores sobre la estructura y composición de la población. Los valores obtenidos se muestran en el cuadro N° 3 y en el gráfico N° 2

Cuadro N° 3. Nacimientos, defunciones, crecimiento vegetativo de la población de Olavarría, periodo 1991/2002.

AÑOS	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CREC. VEGETATIVO
1991	1963	824	1139
1992	1949	863	1086
1993	1881	900	981
1994	1855	806	1049
1995	2007	965	1042
1996	1962	882	1080
1997	2052	919	1133
1998	1987	929	1058
1999	1989	1008	981
2000	1993	922	1071
2001	1847	991	856
2002	1812	949	863

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Gráfico N° 2. Nacimientos, defunciones, crecimiento vegetativo periodo 1991/2002. Olavarría.



Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

El componente migratorio tuvo, desde comienzos del siglo pasado hasta mediados del mismo, un fuerte impacto sobre la estructura poblacional, rejuveneciéndola. Tenemos que distinguir el flujo internacional, periodo 1869-1914, con un aporte mayoritariamente masculino en edad activa; el descenso de la inmigración de ultramar se empieza a registrar a partir del censo del año 1947. A partir de aquí comienza una etapa de *re ordenamiento* interno de la población, dando lugar a un proceso de migración interna, ya no con un componente netamente masculino, sino con predominio de desplazamiento del grupo familiar.

En Olavarría, debido al auge de la actividad minera y la industrialización de las materias primas producto de dicha actividad, demandó gran cantidad de mano de obra calificada y no calificada, de allí el mote de *Olavarría, ciudad del trabajo*, primero, y *del cemento después*. Este proceso contribuyó a la urbanización del partido, no solo por la migración de población no nativa, sino por la migración de población nativa desde las zonas rurales aledañas.

El proceso de *desruralización* ha seguido en forma decreciente pero continua, al punto de representar hoy, la población rural, menos de un 10% del total de la población del partido.

A partir de la década del '70 los aportes migratorios disminuyen y se observa que la población no nativa de la ciudad ha contribuido al proceso de envejecimiento que se evidencia en la actualidad, por encima de la media provincial.

Al censo 2001, la población no nativa del partido ascendía al 11.4%.

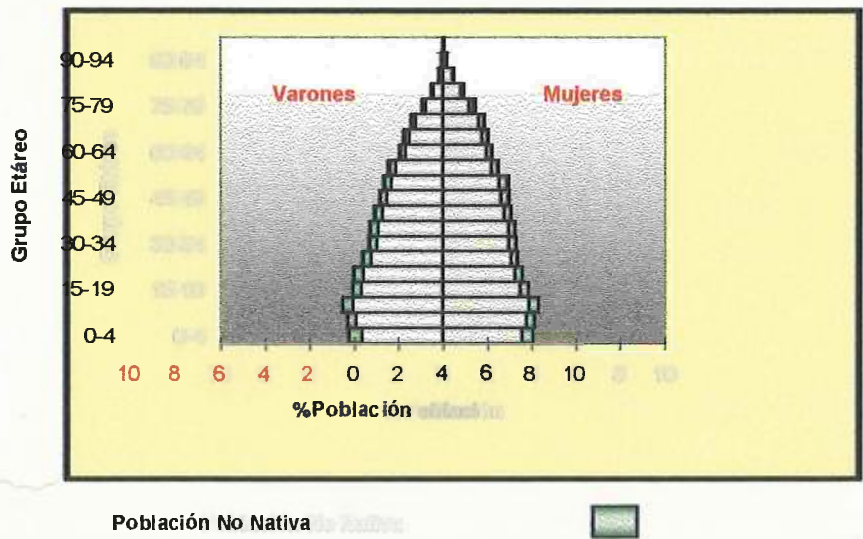
El cuadro Nº 4 muestra la población según sexo en valores absolutos nativa y no nativa. En la figura Nº 2 se observa la influencia de la población no nativa sobre la Pirámide poblacional del partido de Olavarría según censo 2001.

Cuadro Nº 4. Población según sexo en valores absolutos. Nativa y no nativa. Censo 2001

ESTA PROVINCIA				OTRA PROVINCIA			POBLACION NO NATIVA		
TOTAL	TOTAL NATIV.	VARONES	MUJERES	TOTAL	VARONES	MUJERES	TOTAL	VARONES	MUJERES
103.961	92.120	45.385	46.735	10.285	5.174	5.111	1.556	748	808

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Figura Nº 2. Pirámide poblacional. Influencia población No Nativa. Censo 2001



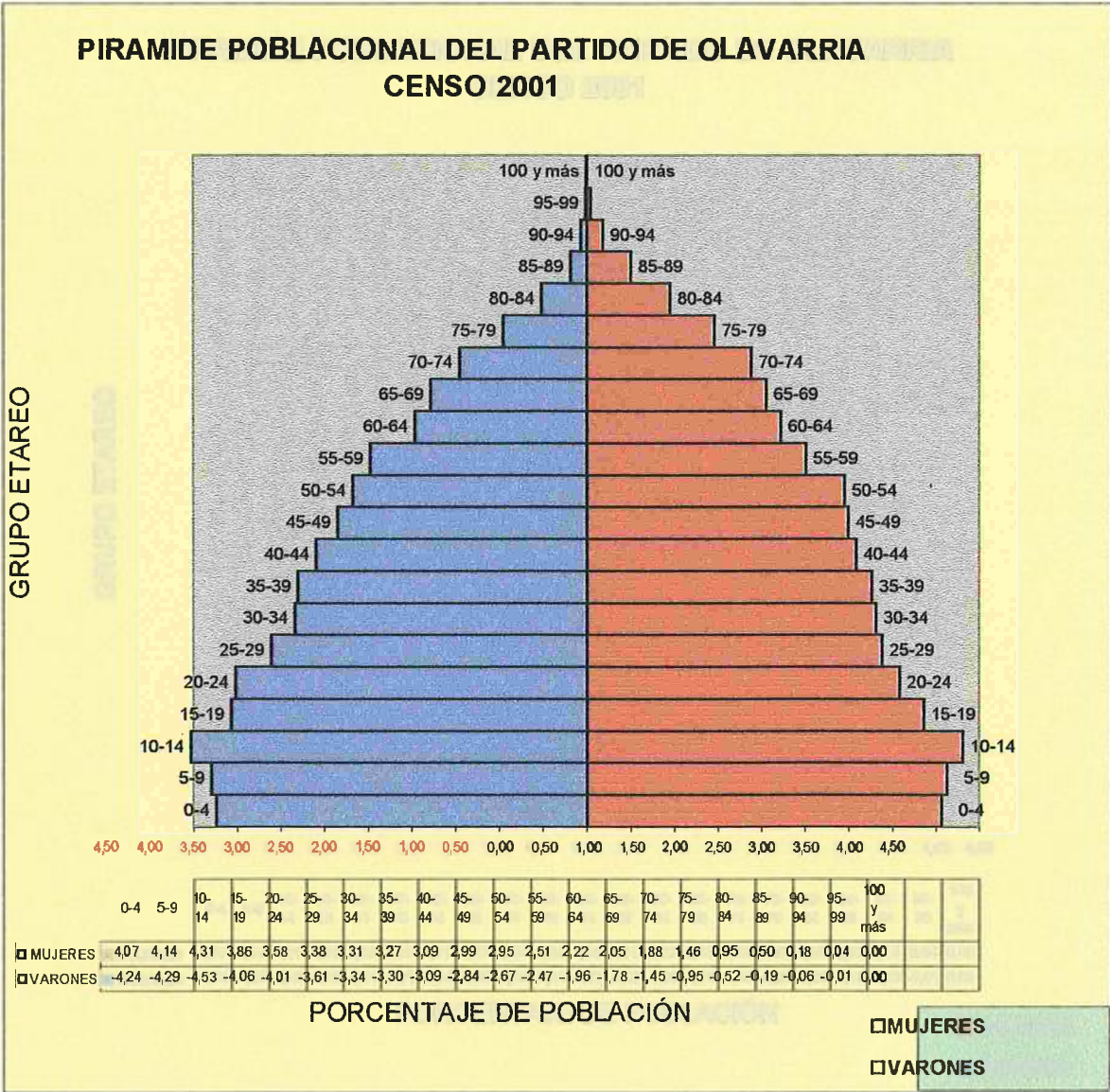
Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

A continuación se analizará la composición de la población de acuerdo con la proporción de varones y mujeres en cada categoría de edades. La estructura de la población por edad y sexo de una población es el resultado acumulativo de las tendencias retrospectivas de la fecundidad, mortalidad y migración. Para describir y analizar muchas de las otras clases de datos demográficos es esencial disponer antes de información sobre la composición de la población por edad y sexo.

3.2.2 Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional correspondiente al partido de Olavarría según censo 2001 es la observada en la Figura N° 3.

Figura N° 3. Pirámide poblacional. Partido de Olavarría .Censo 2001.



Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

La distribución por sexo es la siguiente: 49.4% varones, (51.307 hab.), y 50.6% mujeres, (52.654 hab.).

Los grandes grupos de etáreos están compuestos por 25.5% de jóvenes,(0-14 años), 62.5% de adultos jóvenes, población activa,(15-64 años), y 12% de adultos mayores,(65 años y más), observando que éste valor supera la media nacional, siendo una primer señal del grado de envejecimiento de la población de la Ciudad de Olavarría.

El comportamiento en los grupos etáreos de 0-4, 5-9, y de 10-14 años de ambos sexos es el esperado, ya se percibía en el censo de 1991 la disminución de los mismos por el descenso de la natalidad en la última década.

La evolución de los grupos de jóvenes, (0-14), y adultos mayores, (65 y más), nos da una pauta de como ha ido variando la composición de la población, evidenciándose un envejecimiento mayor que la media provincial, según se observa en el Cuadro N° 5.

Cuadro Nº5 . Evolución de los grandes grupos etáreos. Censos 1980, 1991, 2001.

	Grupos de Edad			
	1980			
	Total	0 - 14	15 - 64	65 y más
TOTAL PROVINCIA	10.865.408	29,0	62,8	8,2
OLAVARRÍA	89,528	28,1	63,8	8,1
	Grupos de Edad			
	1991			
	Total	0 - 14	15 - 64	65 y más
TOTAL PROVINCIA	12.594.974	28,9	61,9	9,1
OLAVARRÍA	98,014	27,0	62,7	10,3
	Grupos de Edad			
	2001			
	Total	0 - 14	15 - 64	65 y más
TOTAL PROVINCIA	13.827.203	26,6	62,8	10,6
OLAVARRÍA	103,961	25,5	62,5	12,0

Fuente: Dirección de información Sistematizada

Elaboración: Dirección General de Estadísticas

3.2.3 Dinámica Poblacional

Otros indicadores útiles para medir el grado de envejecimiento son la *edad media* y la *mediana* de la población por sexos y compararlos con el resto de provincia. Cuadros Nº 6 , Nº 7 respectivamente.

La *edad media* es el promedio de edad de un determinado grupo o del total de los individuos de una población. Cuadro Nº 6.

Cuadro Nº 6 Edad media. Total Provincia. Partido de Olavarría. Censos 1991-2001.

	Edad Media					
	1991			2001		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
TOTAL PROVINCIA	31,8	30,9	32,7	32,9	31,6	34,1
OLAVARRÍA	33,1	32,3	34,0	34,3	33,0	35,7

Fuente: Dirección de información Sistematizada

Elaboración: Dirección General de Estadísticas

Edad mediana: Es la edad que divide a la población en dos grupos numéricamente iguales; por debajo se encuentra el 50% de la población que tiene menos edad que la mediana, y por encima el 50% que la supera. Cuadro Nº 7.

Cuadro Nº 7. Edad media. Total Provincia. Partido de Olavarría. Censos 1991-2001.

	Edad Mediana					
	1991			2001		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
TOTAL PROVINCIA	28,5	27,6	29,5	29,1	27,9	30,4
OLAVARRÍA	30,3	29,5	31,1	31,5	29,9	33,1

Fuente: Dirección de información Sistematizada

Elaboración: Dirección General de Estadísticas

En ambos casos se observan valores superiores a la media provincial, lo que aporta más evidencia que estamos en presencia de una población con un importante grado de envejecimiento.

El índice de masculinidad que habitualmente cambia a partir de los 20 años, en Olavarría está retrazado por el aporte de varones jóvenes aportados por la población carcelaria del Penal Sierra Chica, que se contabiliza como residente en el partido.

Índice de Masculinidad = $\text{N}^\circ \text{ de Varones} / \text{N}^\circ \text{ de Mujeres} \times 100 = 97.4 \%$

El valor obtenido confirma el envejecimiento de la población.

Calcularemos la relación de masculinidad para los grandes grupos etáreos, para observar su variación en las distintas etapas de la vida:

Índice de Masculinidad 0-14 = $\text{N}^\circ \text{ de Varones } 0-14 / \text{N}^\circ \text{ de Mujeres } 0-14 \times 100 = 104.4 \%$

Índice de Masculinidad 15-64 = $\text{N}^\circ \text{ de Varones } 15-64 / \text{N}^\circ \text{ de Mujeres } 15-64 \times 100 = 100.8 \%$

Índice de Masculinidad 65 y + = $\text{N}^\circ \text{ de Varones } 65 \text{ y } + / \text{N}^\circ \text{ de Mujeres } 65 \text{ y } + \times 100 = 97.4 \%$

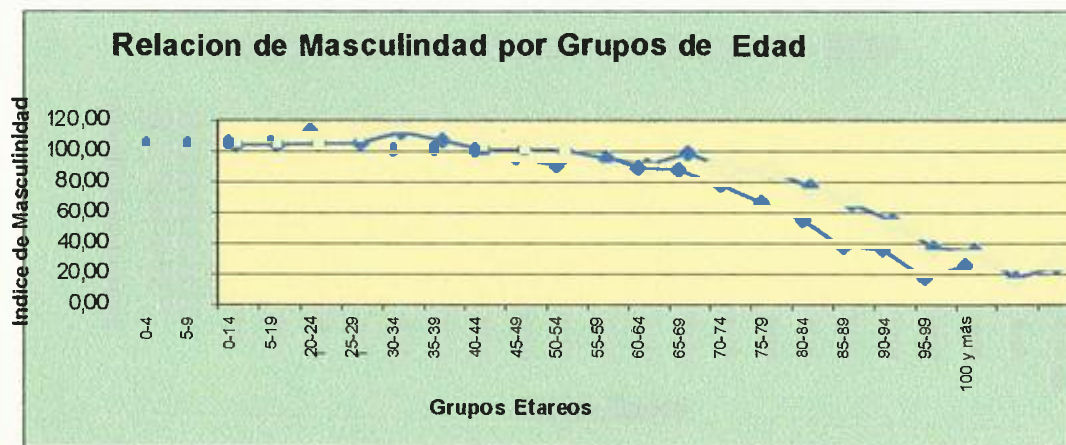
Índice de Masculinidad 20-39 = $\text{N}^\circ \text{ de Varones } 20-39 / \text{N}^\circ \text{ de Mujeres } 20-39 \times 100 = 105.6 \%$

En el grupo de jóvenes se observa un elevado índice debido a la mayor proporción de varones nacidos; en el grupo de 15-64 la relación se equipara por sobre mortalidad masculina y en el de 65 y más, disminuye por la mayor expectativa de vida de la mujer.

El grupo de 20-39 lo incluimos para demostrar la influencia de la población carcelaria en dicho grupo.

En Gráfico Nº 3 observamos la fluctuación del índice de masculinidad de todos los grupos etáreos.

Gráfico Nº 3 Relación de masculinidad por grupo etareo. Censo 2001.



Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

La tasa bruta de natalidad, la tasa general de fecundidad y la tasa bruta de mortalidad, según datos del año 2002 son las siguientes:

Nacido Vivo: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre independiente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria, tanto si ha sido cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta; cada producto de un nacimiento se considera un Nacido Vivo.

Nº Nac. Vivos año 2002 = 1957

Población Total = 103.961

Tasa Bruta de Natalidad= Nº nacidos vivos / población total x 1000 = 18.8 ‰

El valor obtenido está por encima de la media provincial.

Mujeres en edad fértil (14-49 años) = 21.257

Tasa Gral. de Fecundidad= Nº de nacidos vivos/ mujeres en edad fértil x 1000= 92.06 ‰

El Cuadro Nº 9 muestra, en valores absolutos, la cantidad de mujeres de 14 años y más, hijos/as nacidos vivos, hijos/as sobrevivientes, promedio de hijos por mujer, según censo 2001.

Cuadro Nº 9. Mujeres de 14 años y más. Hijos/as nacidos vivos. Hijos/as sobrevivientes. Promedio de hijos por mujer. Censo 2001

División Politico Administrativa	Fecundidad			
	Mujeres de 14 años o más	Hijos e hijas nacidos vivos	Hijos e hijas sobrevivientes	Promedio de hijos por mujer
TOTAL PROVINCIA	40,507	81,453	78,187	1,9
OLAVARRIA	40,507	81,453	78,187	2,0

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

3.2.4 Mortalidad

Defunciones Totales año 2002 = 918

Tasas Bruta Mortalidad= Nº de defunciones totales/ población total x 1000 = 8.8 ‰

La resultante se encuentra por encima de la media nacional 7 ‰ y la provincial 8 ‰.

Para eliminar la influencia de los distintos grupos etáreos entre sí, a continuación se calculan las **tasas de mortalidad específicas según grupo atareo**. Cuadro Nº 10.

Cuadro Nº 10. Tasas de mortalidad específicas según grupo atareo. Año 2002

Grupos de Edad	SEXO		Total	Población Total	Tasa Específica
	Masculino	Femenino	Defunciones		
0	13	13	26	1.957	13,29
1-4	2	3	5	6.656	0,75
5-9	1	-	1	8.752	0,11
10-14	4	-	4	9.179	0,44
15-19	1	1	2	8.228	0,24
20-24	5	2	7	7.890	0,89
25-29	1	2	3	7.258	0,41
30-34	5	3	8	6.904	1,16
35-39	8	2	10	6.818	1,47
40-44	8	7	15	6.420	2,34
45-49	18	8	26	6.062	4,29
50-54	17	11	28	5.843	4,79
55-59	21	16	37	5.166	7,16
60-64	39	22	61	4.338	14,06
65-69	50	29	79	3.975	19,87
70 y más	291	315	606	8.515	71,17
TOTAL	484	434	918	103.961	8,83

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Evaluando el crecimiento vegetativo, las tasas de natalidad, fecundidad y de mortalidad se puede determinar en que etapa de la *transición demográfica* se encuentra la población en estudio.

De acuerdo con la clasificación del Centro Latinoamericano de Demografía, (CELADE), Olavarría pertenecería al Grupo IV, Transición Avanzada, ya que para el año 2002 combina una baja o moderada mortalidad 8.8 ‰, baja natalidad 18.8 ‰ y con una fecundidad de 2.0 hijos por mujer, lo que indica un crecimiento vegetativo bajo o moderado 8.3 ‰.

Mortalidad Infantil:

La **mortalidad infantil** comprende la mortalidad de menores de un año (<1 año). Se llama mortalidad **neonatal** a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad **post-neonatal** designa la ocurrida desde el fin del periodo neonatal hasta los 11 meses y 29 días.

Período Perinatal:

El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación, (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gr.) y termina 6 días completos después del nacimiento.

Defunción fetal:

Es la muerte de un producto acaecida antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. Se puede definir también como: el nacimiento de un feto que pese más de 500 gramos y que no tiene evidencias de vida después de nacer.

El cuadro Nº 11 resume los hechos vitales y sus respectivas Tasas. Año 2002.

Cuadro Nº 11. Hechos vitales. Tasas de Mortalidad: Infantil, Neonatal, Post Neonatal, Fetal. Año 2002.

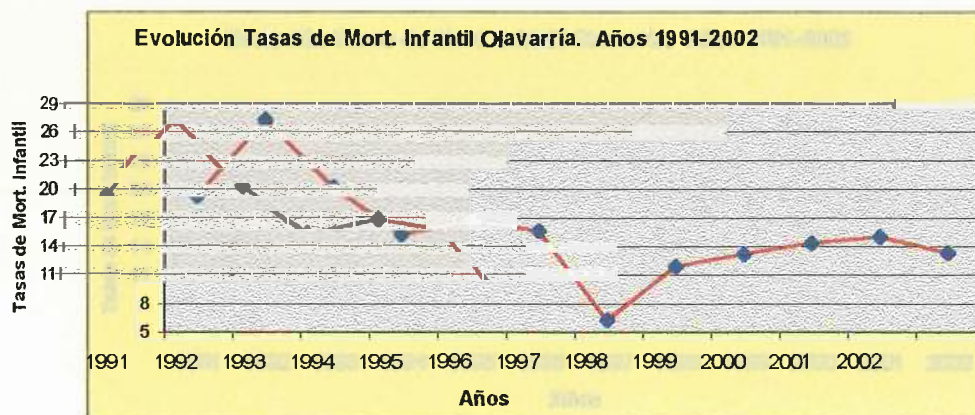
Población Total	Nacido Vivo	Tasa Natalidad	Def. <1 Año	T.Mort. Inf.	Def. <28 DIAS	T.M. NEO	Def. 28 dymás	T.M. POST	Def. Fetales	T.M. Fetal
103.961	1.957	18,8	26	13,3	19	9,7	7	3,6	14	7,2

Fuente: Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud De la Prov. de Bs. As.

Elaboración propia.

La evolución de las tasas de mortalidad infantil son fluctuantes y no muestran un decrecimiento sostenido tal como fuera deseable. Dicha variaciones se observan en el gráfico Nº 4.

Gráfico Nº 4. Evolución Tasas Mortalidad Infantil. Años 1991/2002.



Fuente: Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud De la Prov. de Bs. As.

Elaboración propia.

Evaluando el crecimiento vegetativo, las tasas de natalidad, fecundidad y de mortalidad se puede determinar en que etapa de la *transición demográfica* se encuentra la población en estudio.

De acuerdo con la clasificación del Centro Latinoamericano de Demografía, (CELADE), Olavarría pertenecería al Grupo IV, Transición Avanzada, ya que para el año 2002 combina una baja o moderada mortalidad 8.8 ‰, baja natalidad 18.8 ‰ y con una fecundidad de 2.0 hijos por mujer, lo que indica un crecimiento vegetativo bajo o moderado 8.3 ‰.

Mortalidad Infantil:

La **mortalidad infantil** comprende la mortalidad de menores de un año (<1 año). Se llama mortalidad **neonatal** a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad **post-neonatal** designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta los 11 meses y 29 días.

Período Perinatal:

El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación, (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gr.) y termina 6 días completos después del nacimiento.

Defunción fetal:

Es la muerte de un producto acaecida antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. Se puede definir también como: el nacimiento de un feto que pese más de 500 gramos y que no tiene evidencias de vida después de nacer.

El cuadro Nº 11 resume los hechos vitales y sus respectivas Tasas. Año 2002.

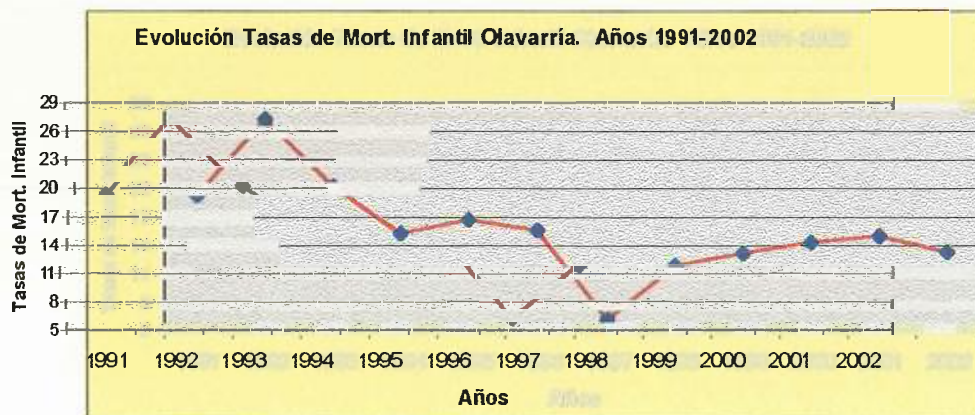
Cuadro Nº 11. Hechos vitales. Tasas de Mortalidad: Infantil, Neonatal, Post Neonatal, Fetal. Año 2002.

Población Total	Nacido Vivo	Tasa Natalidad	Def. <1 Año	T.Mort. Inf.	Def. <28 DIAS	T.M NEO	Def. 28 dymás	T.M POST	Def. Fetales	T.M Fetal
103.961	1.957	18,8	26	13,3	19	9,7	7	3,6	14	7,2

Fuente: Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud De la Prov. de Bs. As.
Elaboración propia.

La evolución de las tasas de mortalidad infantil son fluctuantes y no muestran un decrecimiento sostenido tal como fuera deseable. Dicha variaciones se observan en el gráfico Nº 4.

Gráfico Nº 4. Evolución Tasas Mortalidad Infantil. Años 1991/2002.



Fuente: Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud De la Prov. de Bs. As.
Elaboración propia.

Tasas de mortalidad específicas por sexo:

Tasa de Mort. esp. por sexo masculino= $484 / 51307 \times 1000 = 9.43 \text{ ‰}$

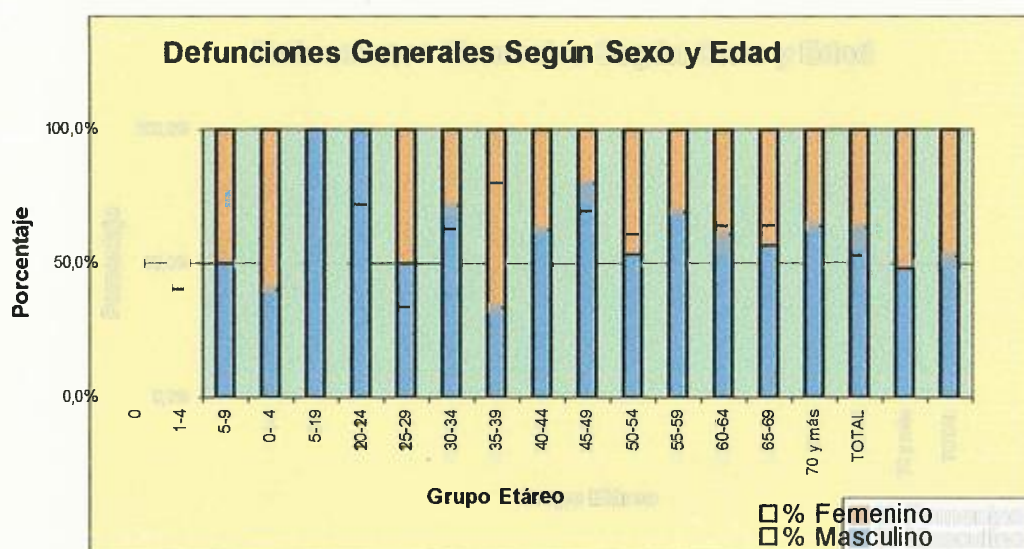
Tasa de Mort. esp. por sexo femenino = $434 / 52564 \times 1000 = 8.26 \text{ ‰}$

Tasa de Mort. esp. por sexo masculino 65 años y más= $341 / 5151 \times 1000 = 66.20 \text{ ‰}$

Tasa de Mort. esp. por sexo femenino 65 años y más= $344 / 7339 \times 1000 = 46.87 \text{ ‰}$

La distribución porcentual de las defunciones según sexo y edad para el año 2002 es la que indica el gráfico N° 5

Gráfico N° 5. La distribución porcentual. Defunciones según sexo y edad. Año 2002



Fuente: Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud De la Prov. de Bs. As.
Elaboración propia.

3.2.5 Principales causas de muerte:

Una medida epidemiológica simple y tal vez la preliminar para la determinación de prioridades, es la **Tasa de Mortalidad Proporcional**, TMP, que representa el porcentaje de todas aquellas defunciones resultantes de una causa específica. Pero también puede inducir fácilmente a errores en la interpretación de los datos, dado que su magnitud depende del número total de defunciones. Las principales causas de muerte, su distribución en los grandes grupos de edad y su correspondiente T.M.P. se observan en el Cuadro N° 12. Año 2002.

Cuadro Nº 12. Tasas de Mortalidad Proporcional. Principales causas de muerte. Grandes Grupos étnicos. Año 2002.

CAUSA	0 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y más	Total	T. M. P.
Tumores		9	58	139	206	22,44%
Enfermedades del corazón	2	20	130	152		16,56%
Signos síntomas y afecciones mal definidas	4	1	23	107	135	14,71%
Enfermedades infecciosas	3	4	7	60	74	8,06%
Enfermedad cerebrovascular		1	8	57	66	7,19%
Causas externas	5	17	13	14	49	5,34%
Enf. crónicas de las vías respiratorias	1	1	2	26	30	3,27%
Diabetes			4	25	29	3,16%
Enfermedades del aparato urinario			4	18	22	2,40%
Enfermedades mentales		1	3	15	19	2,07%
Anomalías congénitas	10	2			12	1,31%
Otras enf. del aparato circulatorio		1		9	10	1,09%
Afecciones orig. en el período perinatal	9				9	0,98%
Deficiencias y anemias nutricionales			1	5	6	0,65%
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal		1		5	6	0,65%
Aterosclerosis			1	4	5	0,54%
Ciertas enf. crónica del hígado		1	1	1	3	0,33%
Complic. del embarazo, parto y puerperio		1			1	0,11%
TOTAL DE ESTAS CAUSAS	32	42	145	615	834	90,85%
RESTO DE CAUSAS	3	4	7	70	84	9,15%
TOTAL DE DEFUNCIONES	35	46	152	685	910	100%

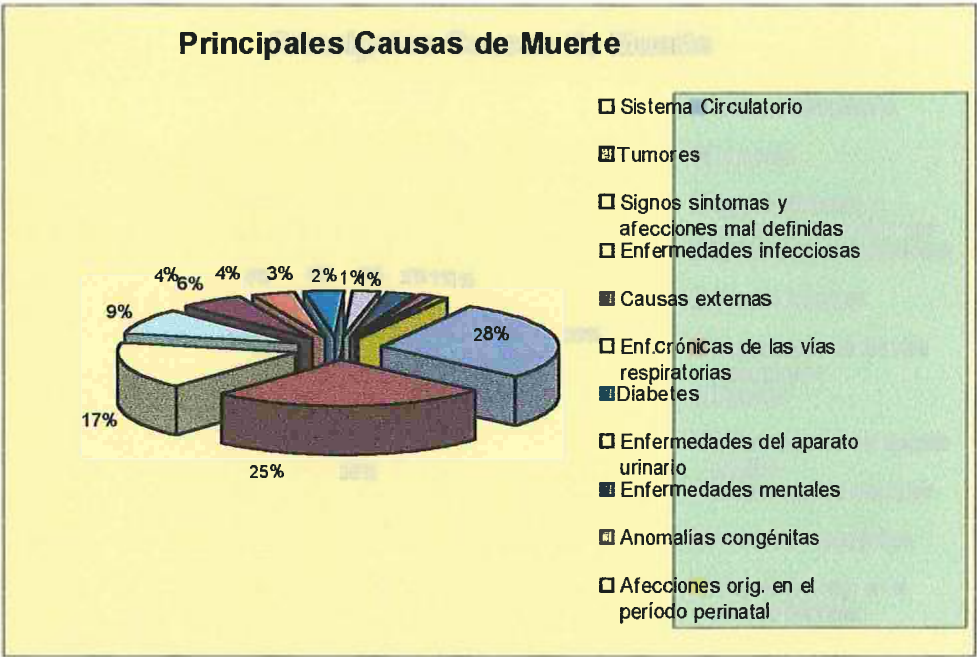
Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Si agrupamos las enfermedades del **sistema circulatorio**: enfermedades del corazón, cerebro vascular y otras enfermedades del sistema circulatorio, se observa que ocupan el primer lugar con el 24.8 % sobre el total de las causas de muerte; **los tumores** en segundo lugar con el 22.4% y **las mal definidas** en tercer lugar con el 14.7%. En todos los casos, el grupo de alto riesgo es el 65 años y más, como era de esperar en una población en proceso de envejecimiento.

El cuarto lugar lo ocupan las **enfermedades infecciosas**, siendo el grupo de 65 años y más el de mayor incidencia y **las causas externas** el quinto lugar, de las cuales el 61 % corresponde a los grupos de entre 15 y 65 años, y las defunciones ocurridas son mayoritariamente masculinas, 67%. El accidente de tránsito es la principal causa de muerte externa.

A continuación se grafican las principales causas de muerte y porcentaje de incidencia, las que se observan en el Gráfico N° 6.

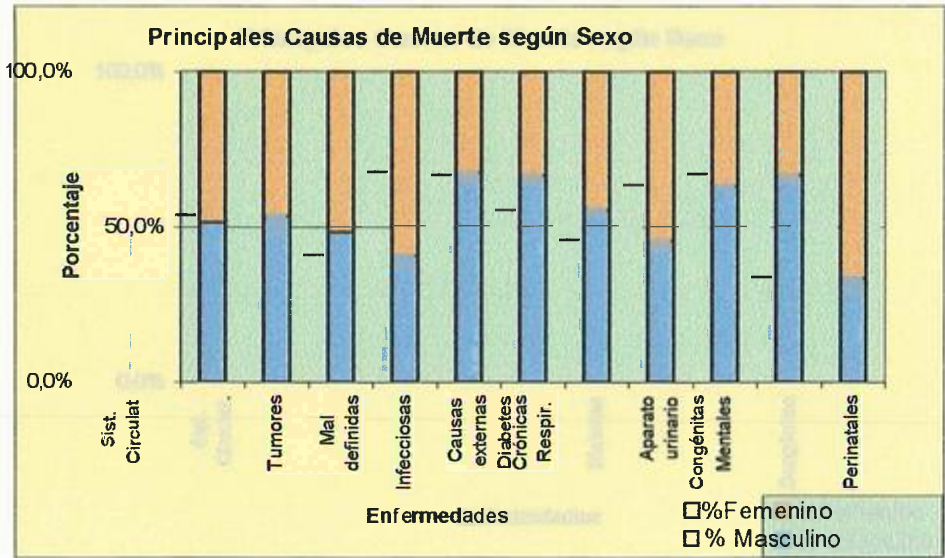
Grafico N° 6. Principales causas de muertes. En valores relativos. Año 2002.



Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

La distribución porcentual de las principales causas de muerte según sexo se ilustran en le Gráfico N° 7

Grafico N° 7. Principales causas de muerte según sexo. Valores relativos. Año 2002.



Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

3.2.6 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

Es un indicador que mide la diferencia entre el límite de vida asignado de manera arbitraria y la edad al momento de la muerte. Si bien este método ha sido de gran utilidad para la planificación

de servicios de salud, no permite considerar las pérdidas de los grupos de edad mayores a la edad del límite de referencia.

Se toma el límite en 65 años porque luego de esa edad es más difícil prevenir enfermedades, se realiza por patología para establecer un ranking y saber donde actuar en prevención.

Los AVPP son una de las medidas del impacto relativo de varias enfermedades y problemas de salud en la sociedad, que ilustran sobre las pérdidas que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Este indicador tiene por objeto dar una visión amplia de la importancia relativa de las causas más relevantes de mortalidad y su uso fundamental es en la planificación y definición de prioridades en salud.

Para las poblaciones con una esperanza de vida alta, puede ser un inconveniente escoger una edad límite relativamente baja, ya que se omitirán en el cálculo grupos de edad o causas de muerte que pueden proveer información importante sobre el estado de salud de los grupos más ancianos de la población. Para las poblaciones con una esperanza de vida más baja, es obviamente recomendable utilizar un criterio más bajo, de 65 años por ejemplo. El número de APVP se obtiene sumando los productos del número de muertes de cada edad por la diferencia entre esta edad y una edad límite. Esta sumatoria se expresa en años perdidos. Dependiendo de la disponibilidad de datos, los cálculos de años perdidos pueden hacerse con muertes individuales o con muertes agregadas por grupos de edad. Para esta última circunstancia, se asume que las muertes ocurren de manera uniforme en el periodo de edad, por lo que puede haber algunas diferencias entre los cálculos a partir de individuos o de grupos de individuos. Sin embargo, lo habitual es hacerlo por datos agrupados. En tales condiciones, lo más común es considerar que las muertes ocurren en la edad correspondiente al punto medio de los grupos de edad. Si se divide el número de APVP por el número de habitantes (usualmente la población por debajo de la edad límite escogida) y se multiplica por un factor (1.000, 10.000 o 100.000), se llega al Índice de los Años Potenciales de Vida Perdidos (IAPVP).

En los Cuadros Nº 13, 14, 15, 16, y 17 se observan los AVPP y el respectivo índice de las principales causas de muerte.

Cuadro Nº 13. Sistema Circulatorio

Grupos de Edad		Punto Medio del Intervalo	65 - PMI	Defunciones	AVPP (5)=		Poblacion	Indice de
1	2	3	()	4	()	3 x 4	()	7 ()
0 - 14	7,5	57,5		0		0	26,544	0.00
15 - 44	30	35		4		140	43,518	3.22
45 - 64	45	20		28		560	21,409	26.16
65	65	0		196		0	12,490	0.00
totales				228		700	103,961	6.73

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Cuadro Nº 14. Tumores

Grupos de Edad		Punto Medio del Intervalo	65 - PMI	Defunciones	AVPP (5)=		Poblacion	Indice de
1	2	3	()	4	()	3 x 4	()	7 ()
0 - 14	7,5	57,5		0		0	26,544	0.00
15 - 44	30	35		9		315	43,518	7.24
45 - 64	45	20		58		1160	21,409	54.18
65	65	0		138		0	12,490	0.00
totales				205		1475	103,961	14.19

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Cuadro Nº 15. Mal Definidas

Grupos de Edad		Punto Medio del Intervalo	65 - PMI	Defunciones	AVPP (5)=		Poblacion	Indice de
1	2	3	()	4	()	3 x 4	()	7 ()
0 - 14	7,5	57,5		4		230	26,544	8.66
15 - 44	30	35		1		35	43,518	0.80
45 - 64	45	20		23		460	21,409	21.49
65	5	6	0	107		0	12,490	0.00
totales				135		725	103,961	6.97

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Cuadro Nº 16. Infecciosas

Grupos de Edad	Punto Medio del Intervalo	65-PMI	Defunciones	AVPP(5)=	Población	Índice de
1	3	()	4	() 3 x 4	() 6	(AVPP 7 ()
0 - 14	7,5	57,5	3	172,5	26,544	6,50
15 - 44	30	35	1	35	43,518	0,80
45 - 64	45	20	23	460	21,409	21,49
65	65	0	107	0	12,490	0,00
totales			134	667,5	103,961	6,42

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Cuadro Nº 17. Causas Externas

Grupos de Edad	Punto Medio del Intervalo	65-PMI	Defunciones	AVPP(5)=	Poblacion	Indice de
(1)	(3)	(4)	(3) x (4)	(6)	AVPP(7)	
0 - 14	7,5	57,5	5	287,5	26.544	10,83
15 - 44	30	35	17	595	43.518	13,67
45 - 64	45	20	13	260	21.409	12,14
65	65	0	14	0	12.490	0,00
totales			49	1142,5	103.961	10,99

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Observando los índices de AVPP, las causas externas provocan la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos tanto para el grupo atareo de 0 – 14 como para el de 15 – 44, y los tumores en el grupo de 45 – 64.

Los tumores son la causa de muerte con mayor AVPP, seguido de las causas externas, las mal definidas, sistema circulatorio e infecciosas respectivamente.

3.3 Características Socioeconómicas.

Dentro de los determinantes del estado de salud, los indicadores socioeconómicos son imprescindibles para realizar el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria de la población, transformándose en información absolutamente relevante para la toma de decisiones basadas en evidencia y la programación en salud.

3.3.1 Ocupación y Desocupación.

Población Económicamente Activa: las personas que en el período de referencia estuvieron ocupadas o desocupadas.

Población No Económicamente Activa: las personas que en el período de referencia no estuvieron ocupadas o desocupadas.

En los Cuadros Nº 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 se observan los principales indicadores relacionados con ocupación y desocupación.

Cuadro Nº 18. Población de 14 años y más por sexo según condición de actividad. Año 2001.

En porcentaje sobre el total de cada sexo.

	Varones			Mujeres		
	Total	Población Econ. Activa	Población NO Econ. Activa	Total	Población Econ. Activa	Población NO Econ. Activa
TOTAL PROV.	4.980.301	71,1	28,9	5.412.855	46,2	53,8
OLAVARRIA	38.667	70,2	29,8	40.507	42,4	57,6

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas Año 2001.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Cuadro Nº 19. Población Ocupada de 14 años y más por sexo. Año 2001. Año 2001.
En porcentaje sobre el total de población ocupada de cada sexo.

	Varones				Mujeres			
	Total	Sólo trabaja	Trabaja y estudia(1)	Trabaja y recibe jubilación(2)	Total	Sólo trabaja	Trabaja y estudia(1)	Trabaja y recibe jubilación(2)
TOTAL PROV.	2.531.582	89,0	7,0	4,1	1.521.179	83,1	11,0	5,8
OLAVARRIA	21.432	89,3	6,3	4,4	12.200	84,2	8,9	6,9

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas Año 2001.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Cuadro Nº 20. Población Desocupada de 14 años y más por sexo. Año 2001.
En porcentaje sobre el total de población desocupada.

	Varones				Mujeres			
	Total	Sólo busca trabajo	Busca trabajo y estudia(1)	Busca trabajo y recibe jubilación(2)	Total	Sólo busca trabajo	Busca trabajo y estudia(1)	Busca trabajo y recibe jubilación(2)
TOTAL PROV.	1.008.738	80,1	15,3	4,6	978.848	76,8	17,8	5,4
OLAVARRIA	5.709	78,3	16,2	5,5	4.971	77,1	16,9	5,9

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas Año 2001.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Obrero o empleado: realiza tareas en relación de dependencia para instituciones, organismos o empresas públicas de las jurisdicciones nacionales, provinciales o municipales; o bien para un patrón, empresa o empleador privado, percibiendo una retribución por ello.

Patrón: persona que desarrolla una actividad económica independiente y es auxiliado por lo menos, por un obrero o empleado en relación de dependencia.

Trabajador por cuenta propia: desarrolla una actividad económica independiente y no es auxiliado en ella por ningún obrero o empleado.

Trabajador familiar: realiza tareas regulares de ayuda en la actividad de un familiar, sin recibir retribución fija.

Cuadro Nº 21. Población ocupada de 14 años y más por categoría ocupacional. Años 1991 y 2001.
En porcentaje sobre el total de población ocupada.

	1991					2001				
	Total	Obrero o empleado	Patrón	Trabajador por cuenta propia	Trabajador familiar	Total	Obrero o empleado	Patrón	Trabajador por cuenta propia	Trabajador familiar
TOTAL PROV.	4.852.051	68,6	7,3	22,6	3,6	4.052.761	71,2	6,7	19,4	2,7
OLAVARRIA	38.722	66,0	8,9	19,9	5,2	33.632	68,1	8,9	19,4	3,6

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas Año 2001.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Obrero o empleado sector público: realiza tareas en relación de dependencia para instituciones, organismos o empresas públicas de las jurisdicciones nacionales, provinciales o municipales.

Obrero o empleado sector privado: realiza tareas en relación de dependencia para un patrón, empresa o empleador privado, percibiendo una retribución por ello.

Cuadro Nº 22. Población ocupada: obreros o empleados por sector según sexo. Año 2001.
En porcentaje sobre el total de obreros o empleados de cada sexo.

	Población ocupada de 14 años o más	Varones			Mujeres		
		Obreros o empleados	Sector público	Sector privado	Obreros o empleados	Sector público	Sector privado
TOTAL PROV.	4.052.761	1.726.487	21,7	78,3	1.160.549,0	34,2	65,8
OLAVARRIA	33.632	13.861	23,1	76,9	9.046	39,0	61,0

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas Año 2001.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Cuadro Nº 23. Población Ocupada por grupos de edad seleccionados. Año 2001.
En porcentaje sobre la población ocupada de cada sexo.

	Varones				Mujeres			
	Total	Menos de 24 años	De 25 a 64 años	65 y más	Total	Menos de 24 años	De 25 a 64 años	65 y más
TOTAL PROV.	2.531.532	14,6	81,6	3,8	1.521.179	14,4	82,6	3,0
OLAVARRIA	21.432	12,8	82,9	4,2	12.200	11,7	84,6	3,6

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas Año 2001.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Cuadro Nº 24. Población desocupada de 14 años y más por grupos de edad seleccionados. Años 2001.
En porcentaje sobre la población desocupada para cada sexo.

	Varones				Mujeres			
	Total	Menos de 24 años	De 25 a 64 años	65 y más	Total	Menos de 24 años	De 25 a 64 años	65 y más
TOTAL PROV.	1.008.738	33,5	61,5	5,0	978.848	32,4	64,2	3,3
OLAVARRIA	5.709	32,9	62,0	5,1	4.971	32,0	64,7	3,3

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas Año 2001.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Olavarría durante mucho tiempo fue un polo de atracción laboral, por un lado, debido al importante cordón industrial minero existente en la zona, de allí el mote de “capital del trabajo”, primero, y luego “ciudad del cemento”, y por otro, una fuerte actividad agropecuaria, mayoritariamente administrada por pequeños y medianos productores.

Con un mercado formal laboral creciente, con una importante masa crítica de empleados y obreros bien pagos, la ciudad progresó en forma continua durante casi cuatro décadas. Los sindicatos se hicieron fuertes, logrando importantes logros para los asalariados, fundamentalmente en lo relacionado vivienda y cobertura en salud. Se generalizaron los co-seguros, financiados por los respectivos sindicatos, los que, sumado a la obra social aportada por el sector patronal, aseguraba la accesibilidad y utilización de todos los servicios de salud con costo prácticamente cero para el bolsillo del trabajador, lo que generó una demanda y uso casi ilimitado de los servicios de salud.

Esta sobre utilización de servicios e insumos, fue acompañada con un crecimiento del sector salud, tanto público como privado, quienes no dudaron en mejorar y aumentar la oferta de servicios, crecer en infraestructura, e incorporar recursos humanos y tecnológicos. Por consiguiente, el gasto en salud aumentó en forma exponencial.

Aún hoy, con un contexto socioeconómico totalmente distinto, se observan “secuelas” de aquella sobre utilización. Ejemplo de ello es lo que ocurre con los medicamentos: Olavarría tiene una de las tasas de uso más elevadas del país.

Fueron varios los factores que indujeron la transformación de Olavarría, de ser la capital del trabajo, a tener las tasas de desocupación más altas del país en el año 2000. La urbanización de la población rural fue uno de los factores, otro la tecnificación de los procesos industriales dejó sin empleo, desempleo tecnológico, a una importante cantidad de obreros, de los cuales, algunos se independizaron, aprovechando las indemnizaciones, otros se reinsertaron en el mercado laboral, ya sea formal e informal, y el resto pasó a ser desocupado, quedando excluidos de la seguridad social y de los servicios de salud.

En el año 1980 la región sufrió una inundación devastadora, de la cual, en apariencia, parte de la población se recuperó, pero en realidad, consumió sus ahorros y generó un endeudamiento que la inflación lo tornó impagable. Muestra de ello fue la magnitud que llegaron a tener las entidades

Años después el fenómeno meteorológico se repitió, en una escala mucho menor, pero con los consiguientes perjuicios.

Sumado a lo anterior, las reiteradas crisis económicas sufridas por el país, la convertibilidad, los desaciertos económicos que provocaron una gran recesión y desempleo, quebraron la inercia laboral de la ciudad del trabajo, sumergiendo a gran parte de su población en una de las crisis socioeconómicas mas profundas que hayan sufrido.

3.3.2 Hogares.

Se consideran hogares con NBI aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- * Hogares que habitan viviendas con más de 3 personas por cuarto (hacinamiento crítico).
- * Hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (vivienda precaria u otro tipo).
- * Hogares que habitan en viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua.
- * Hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela.
- * Hogares que tienen 4 ó más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos al nivel primario).

Los Cuadros Nº 25 y 26 muestran Hogares con NBI y Población con NBI respectivamente.

Cuadro Nº 25. Hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Años 1980, 1991, 2001.
En porcentaje sobre el total de hogares con NBI.

	Porcentaje de Hogares con necesidades básicas insatisfechas					
	1980		1991		2001	
	Total(1)	Con NBI %	Total(1)	Con NBI %	Total(1)	Con NBI %
TOTAL PROVINCIA	2.865.982	19,8	3.409.069	14,6	3.921.455	13,0
OLAVARRIA	24.168	14,8	28.252	8,3	31.583	7,0

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Cuadro Nº 26. Población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Años 1980, 1991, 2001.
En porcentaje sobre el total de la población con NBI.

	Porcentaje de Población con necesidades básicas insatisfechas					
	1980		1991		2001	
	Total(1)	Con NBI %	Total(1)	Con NBI %	Total(1)	Con NBI %
TOTAL PROVINCIA	10.734.839	24,2	12.482.016	17,0	13.708.902	15,8
OLAVARRIA	86.997	18,3	96.052	10,0	101.692	8,3

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Se observa que el porcentaje de hogares y población con NBI ha disminuido en las ultimas décadas, y se encuentra por debajo de la media provincial.

3.3.3 Vivienda.

- Tipo de vivienda:
- Casa: vivienda con salida directa al exterior (sus moradores no pasan por patios, zaguanes o corredores de uso común).
 - Casa tipo B: aquella que cumple por lo menos con una de las siguientes condiciones: no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; no dispone de retrete con descarga de agua; tiene piso de tierra u otro material precario. El resto de las casas es considerado como casas de tipo A.
 - Rancho o casilla: el rancho (propio de áreas rurales) tiene generalmente paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja. La casilla (propia de áreas urbanas) está habitualmente construida con materiales de baja calidad o desecho.
 - Departamento: vivienda con baño y cocina propios, en la que se entra por patios, zaguanes, ascensores, escaleras o pasillos interiores de uso común.
- Otros incluye:
- Casa de inquilinato: vivienda con salida independiente al exterior construida o remodelada deliberadamente para que tenga varios cuartos con salida a uno o más espacios de uso común. Algunas formas son conocidas como conventillos. Cada casa de inquilinato es una única vivienda en cuyo interior se reconocen los hogares particulares que la habitan.
 - Pensión u hotel: vivienda en donde se alojan en forma permanente hogares particulares en calidad de pensionistas, bajo un régimen especial caracterizado por el pago mensual, quincenal o semanal de su alojamiento. Se incluyen los hoteles o pensiones no turísticos con capacidad menor de quince habitaciones en la Capital Federal y menor de diez en las provincias.
 - Local no construido para habitación: lugar no destinado originariamente a vivienda, pero que estaba habitado el día del Censo.
 - Vivienda móvil: la que puede transportarse a distintos lugares (barco, vagón de ferrocarril, casa rodante, etcétera).

Los Cuadros Nº 27 y 28 muestran tipo de vivienda y Hogares y población en viviendas deficitarias.

Cuadro Nº 27. Población según tipo de vivienda. Año 2001. En porcentaje sobre total de población.

	Tipo de Vivienda					
	Población(1)					
	TOTAL	A (2)	B (3)	Rancho / casilla	Departamento	Otros
TOTAL PROVINCIA	13.708.190	67,9	17,2	5,6	8,9	0,4
OLAVARRIA	101.686	78,9	15,1	0,6	5,3	0,3

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.
1- Se excluye la población censadas en la calle.

Viviendas deficitarias: Incluye las casas tipo B, las piezas en inquilinato, ranchos, casillas, locales no construidos para habitación y viviendas móviles. No se consideraron los hoteles y pensiones.

Cuadro Nº 28. Hogares y Población en viviendas deficitarias. Año 2001.
En porcentaje sobre totales de hogares y población.

	Hogares y población en viviendas deficitarias(1)			
	Hogares		Población	
	Total de hogares	%	Total de Población	%
TOTAL PROVINCIA	3.920.985	19,7	13.708.190	23,2
OLAVARRIA	31.577	13,7	101.686	15,9

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.
1- Se excluyen los hogares y la población censadas en la calle.

3.3.4 Servicios Sanitarios y Calidad de Vivienda.

Los Cuadros Nº 29, 30 y 31 reflejan la situación de la población en cuanto a la provisión de servicios sanitarios y calidad de vivienda.

Cuadro Nº 29. Población según servicio sanitario de la vivienda. Año 2001
Porcentaje sobre el total de la población.

	Servicio Sanitario				
	Total de Población (1)	Población			
		Inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública	Inodoro con descarga de agua y desagüe a cámara	Inodoro con descarga de agua y desagüe a pozo ciego u hoyo, excavación en la	Inodoro sin descarga de agua o sin inodoro
TOTAL PROVINCIA	13.708.190	38,7	27,5	15,8	18,0
OLAVARRIA	101.686	36,3	33,4	19,8	10,5

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Cuadro Nº 30. Indicadores seleccionados de calidad de vivienda. Año 2001.

	Total de hogares(1)	Indicadores seleccionados					
		Calidad de la vivienda			Servicios		Hac. crítico
		Hogares en viviendas deficitarias	Calidad de los materiales		Sin agua corriente	Sin servicio de desagüe cloacal a red pública	
			Tipo III	Tipo IV			
TOT. PROV.	3.920.985	19,7	12,9	2,0	29,7	56,9	4,0
OLAVARRIA	31.577	13,7	5,4	0,8	32,4	59,8	2,3

En porcentaje sobre total de hogares.
Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas.

Hogares sin agua corriente: No tienen provisión de agua de red pública por cañería, dentro de la vivienda o el terreno. No se incluyen otras formas de abastecimiento de agua, como la proveniente de perforaciones con bomba a motor o manual, etc.

Hogares sin servicio de desagüe cloacal a red pública: No tienen retrete con descarga de agua a red pública (cloaca) de uso exclusivo o compartido por otro hogar.

Hacinamiento crítico: Más de tres personas por cuarto.

CALMAT= Calidad Materiales

CALMAT I: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los paramentos (pisos, paredes o techos) e incorpora todos los elementos de aislación y terminación.

CALMAT II: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los paramentos pero le faltan elementos de aislación o terminación al menos en uno de sus componentes (pisos, paredes, techos).

CALMAT III: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los paramentos pero le faltan elementos de aislación o terminación en todos sus componentes, o bien presenta techos de chapa de metal o fibrocemento u otros sin cielorraso; o paredes de chapa de metal o fibrocemento.

CALMAT IV: la vivienda presenta materiales no resistentes ni sólidos o de desecho al menos en uno de los paramentos.

Cuadro Nº 31. Hogares según calidad de los materiales de la vivienda. Año 2001.
En porcentaje sobre el total de hogares.

	Hogares				
	TOTAL	CALMAT I	CALMAT II	CALMAT III	CALMAT IV
TOTAL PROVINCIA	3.920.985	2.559.751	776.139	505.555	79.540
OLAVARRIA	31.577	79,9	13,9	5,4	0,8

Fuente: Censos Nacionales de Población.

Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía Prov. de Bs.As.

Incluye a quienes no están adheridos a una obra social (obligatoria para todas las personas que trabajan en relación de dependencia) ni tampoco están afiliados a un plan médico o mutual (voluntario).

En cuanto a servicios sanitarios existen dos indicadores a tener en cuenta por su repercusión sobre la salud, que es la provisión de agua potable, 32,4 % de hogares sin agua corriente y el 59,8 % de hogares sin servicio de desagüe cloacal a red pública.

3.3.5 Cobertura Salud.

Es importante conocer el porcentaje de población sin cobertura social, ya que este sector es un usuario potencial del sistema público de salud. El Cuadro Nº 32 revela la población total sin cobertura y el Cuadro Nº 33, específicamente el grupo atareo mayor a 65 años.

Cuadro Nº 32. Población sin cobertura en salud. Años 1991 y 2001.
En porcentaje sobre el total de la población.

	Cobertura en salud			
	1991		2001	
	Población Total	Sin cobertura %	Población Total	Sin cobertura %
TOTAL PROVINCIA	12.594.974	36,7	13.827.203	48,8
OLAVARRIA	98.014	34,4	103.961	39,9

Fuente: Censos Nacionales de Población.

Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía Prov. de Bs.As.

Cuadro Nº 33. Población de 65 años y más sin cobertura en salud según sexo. Año 2001.
En porcentaje sobre el total de la población de 65 años y más.

	Cobertura de salud					
	TOTAL		VARONES		MUJERES	
	Población 65 o más	Sin cobertura %	Población 65 o más	Sin cobertura %	Población 65 o más	Sin cobertura %
TOTAL PROVINCIA	1.461.118	18,4	591.578	20,8	869.540	16,7
OLAVARRIA	12.490	12,4	5.151	14,3	7.339	11,1

Fuente: Censos Nacionales de Población.

Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía Prov. de Bs.As.

En la última década se ha incrementado en un 5 % la población sin cobertura social.

3.3.6 Educación.

La escolarización, Cuadros Nº 34 y 35, el nivel de instrucción, Cuadro Nº 36 y el analfabetismo, Cuadro Nº 37, son indicadores socioculturales importantes, que sumados a los anteriormente descriptos, determinan en forma global, el contexto social de la población en estudio.

Cuadro Nº 34. Población que asiste a algún establecimiento educativo según nivel de enseñanza. Año 2001.
En porcentaje sobre total población de tres años y más que asiste.

	Población de 3 años y más que asiste	Población de 3 años y más que asiste según nivel de enseñanza				
		Nivel de enseñanza				
		Inicial / preescolar	EGB	Polimodal	Superior no universitario	Superior universitario
TOTAL PROVINCIA	4.234.887	13,2	58,5	14,7	4,5	9,2
CLAVARRIA	31.313	15,6	57,7	15,0	5,6	6,1

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía Prov. de Bs. As.

Tasa neta de escolarización: Porcentaje de personas escolarizadas en cada nivel de enseñanza con edad escolar pertinente (E.G.B. 6 a 14 años, Polimodal: 15 a 18 años, Superior y Universitario: 19 a 29 años) con respecto al total de la población de ese grupo de edad.

Cuadro Nº 35. Tasa neta de escolarización según nivel de enseñanza. Año 2001.
En porcentaje sobre total población.

	EGB	Polimodal	Terciario y Universitario
TOTAL PROVINCIA	94,1	54,6	17,0
CLAVARRIA	94,8	58,5	15,8

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía Prov. de Bs. As.

En la Provincia de Buenos Aires rige desde el año 1995 la Ley Federal de Educación cuando se implementó el primer año de cada ciclo. El nuevo sistema reemplazó al Nivel Primario de 7 años por la Educación General Básica (de 1ro a 9no año) y el Nivel Medio de 5 años por el Polimodal (de 1ro a 3er año).

Cuadro Nº 36. Población de 15 años y más según nivel de instrucción alcanzado. Año 2001.
En porcentaje sobre el total de población de quince años y más.

	Nivel de Instrucción			
	Población de 15 años y más	Sin instrucción y primario incompleto	Primario completo secundario incompleto	Secundario completo y más
TOTAL PROVINCIA	10.148.270	15,6	53,2	31,2
CLAVARRIA	77.417	14,2	57,7	28,1

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía Prov. de Bs. As.

Para la elaboración de este cuadro a la población que declaró que asistió a niveles educativos y/o años pertenecientes a la estructura educativa correspondiente a la Ley Federal de Educación ha sido asignada al nivel y/o año equivalente de la vieja estructura educativa. En este sentido cabe aclarar que el nivel primario equivale a los años 1° a 7° de la Educación General Básica y el nivel

secundario equivale al 8° y 9° años de la Educación General Básica y a todos los años del nivel polimodal.

Tasa de analfabetismo: Cociente entre el número de personas que no saben leer y escribir de 10 años y más y el total de población de 10 años y más.

Cuadro Nº 37. Tasa de analfabetismo por sexo de la población de diez años y más. Años 1991 y 2001.

	1991			2001		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
TOTAL PROVINCIA	2,4	2,2	2,5	1,6	1,6	1,6
OLAVARRIA	1,7	1,9	1,6	1,2	1,3	1,0

Fuente: Censos Nacionales de Población.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía Prov. de Bs. As.

El aumento de la escolaridad y otros cambios culturales amplían la definición de las experiencias consideradas como enfermedad, cambiando el significado social de la enfermedad, aumentando el grado de conciencia respecto a la prevención y percepción de la misma. Paradójicamente estos cambios culturales, estilos de vida, son uno de los factores determinantes de la salud que más influencia tiene sobre las tasas de incidencia de las enfermedades, o sea sobre la probabilidad de enfermar.

Analizando en forma *global* el perfil demográfico y epidemiológico de la población objeto del estudio, se observan las características propias de la transición epidemiológica: una población envejecida, **12%**, en una proporción superior a la media provincial, con prevalencia de las enfermedades crónicas-degenerativas. Al no disponer de indicadores estratificados que permitan evaluar la situación socioeconómico-sanitaria de los distintos grupos que componen la comunidad, es dificultoso realizar un análisis contextualizado, pormenorizado de los padecimientos y necesidades de cada uno de ellos. Existen indicadores tales como: incidencia de enfermedades infecciosas, tercera causa definida de muerte, el 32,4 % de la población sin agua corriente, el 59,8 % sin desagües cloacales a red, aumento de los casos de tuberculosis, etc., que podrían evidenciar que cierto sector de la población, los más desprotegidos y vulnerables, enfrentarían una *doble carga epidemiológica*, donde subsisten las enfermedades infectocontagiosas y de la nutrición, acompañadas por el incremento de los padecimientos crónicos-degenerativos. Sumado a lo anterior, estos sectores suelen tener altos niveles de desocupación y trabajo informal, deserción escolar, violencia familiar, malas condiciones de vivienda, falta de cobertura social, lo que conlleva a crear barreras de acceso adicionales, económicas-sociales-culturales, a las propias del sistema del sistema de salud público. En éste contexto, aumenta el riesgo de contraer enfermedades, o que las mismas no sean tratadas en tiempo y forma, inadecuado control del embarazo y del recién nacido, etc., lo que se traduce en mayores tasas de mortalidad en todos los grupos etáreos, mayor carga de enfermedad, grandes desigualdades que resultan injustas e innecesarias y por ende inequitativas, ampliando las brechas en el estado de salud y condiciones de vida en general, respecto al sector más favorecido o en mejor situación social.

[\(Volver al Índice\)](#)

4. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO MUNICIPAL

4.1 Efectores

En el partido de Olavarría, los establecimientos públicos de Salud son de dependencia municipal, excepto el Hospital Zonal Esp. en Oncología Luciano Fortabat que pertenece a la esfera provincial. Los establecimientos de dependencia municipal son los siguientes:

Hospital Psiq. de Hinojo, recientemente transferido de la provincia al municipio.

Crónicos de Espigas.

Hospital Sierras Bayas.

Hospital Dr. Héctor Cura.

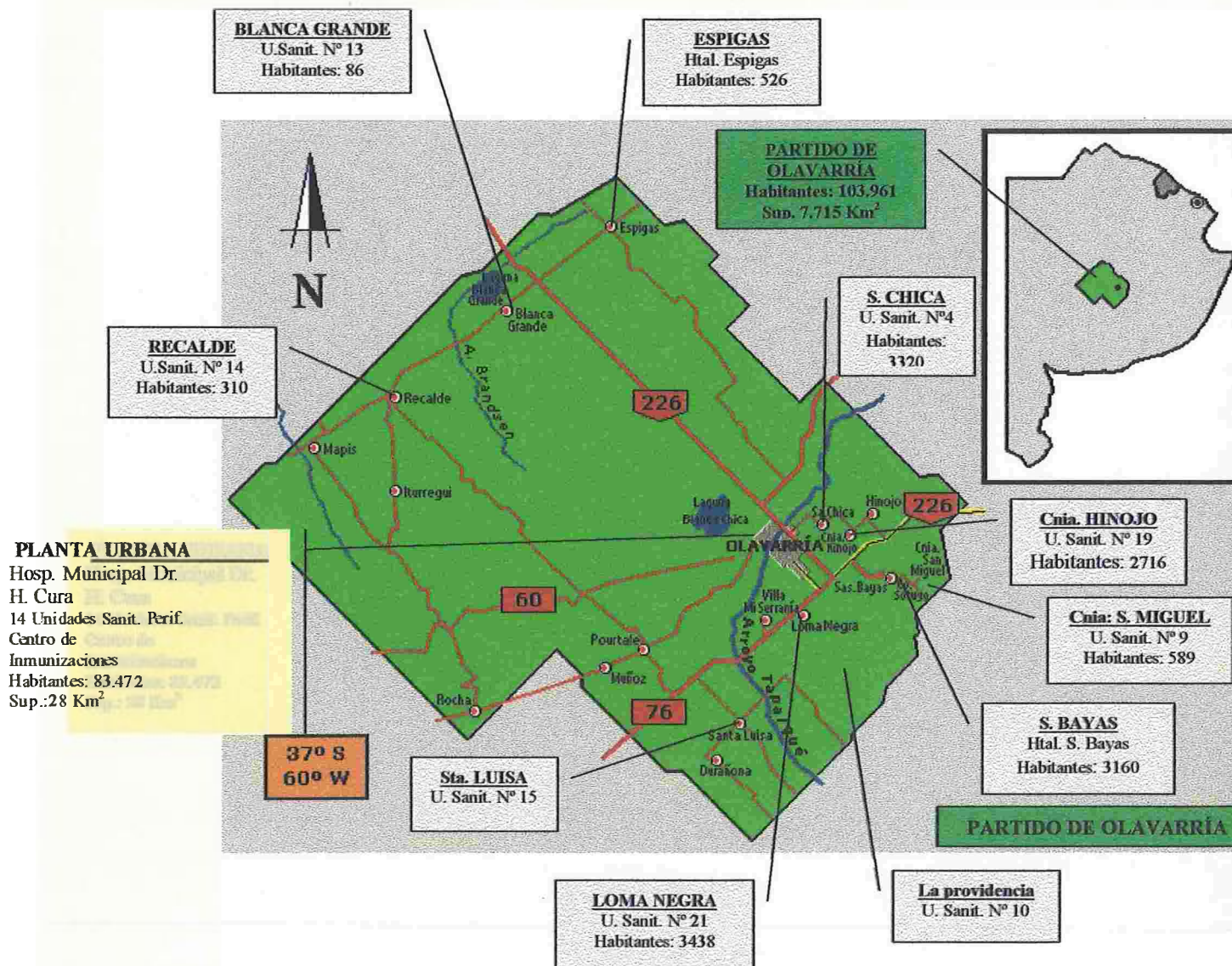
Las veintidós Unidades Sanitarias Periféricas.

Centro de inmunizaciones.

4.2 Ubicación y Distribución Geográfica

La figura Nº 8 muestra la ubicación y distribución de los establecimientos de salud públicos municipalizados con y sin internación.

Figura Nº 8. Ubicación geográfica del Partido de Olavarría. Planta Urbana. Localidades Serranas y Rurales. Número de habitantes. Establecimientos de Salud Públicos Municipalizados.



Fuente: INDEC. Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Elaboración propia.

4.3. Presupuesto.

El presupuesto 2003 para la finalidad Salud fue de \$14.872.610, lo que representa un 33.81% del presupuesto total municipal, el cual fue de \$43.990.000.

De los \$14.872.061, un 78% se destina al Hospital Dr. Héctor Cura; un 4% a las Unidades con internación de las localidades de Sierras Bayas y Espigas; un 8% a las veintidós Unidades Sanitarias Periféricas sin internación del resto del partido y un 10% a gastos sin discriminar.

El cuadro Nº 38 muestra las partidas asignadas a cada programa y su respectiva participación en el presupuesto general municipal.

Cuadro Nº 38 Distribución por programa del gasto destinado a Finalidad Salud, en pesos y porcentaje del presupuesto general municipal. Año 2003.

FINALIDAD II - SALUD		Partida en \$	Partida en %
- Prod. 1	-Atención Unid. con Intern. - Hospital Olavarría	\$ 11.612.538,00	26,40%
- Prod. 2	-Atención Unid. con Intern. - S. Bayas y Espigas	\$ 553.381,00	1,26%
- Prod. 3	-Atención Médica en Unid. sin Internación	\$ 1.202.824,00	2,73%
- Prod. 4	-Salud Pública sin Discriminar	\$ 1.503.318,00	3,42%
TOTAL		\$ 14.872.061,00	33,81%

Fuente: Ministerio de Gobierno. Subsecretaría de Asuntos Municipales. Dirección de Análisis de Gestión.

Elaboración: Propia.

Del total del presupuesto para la finalidad salud, el 49.60% corresponde a Personal, el 42.47% a Bienes y Servicios, el 0.41% a Intereses y Gastos de la Deuda, el 1% a Transferencias Corrientes, 5.4% a Bienes, el 0.34% a Trabajos Públicos, y el 8.07% a Inversión Financiera.

El cuadro Nº 39 muestra la distribución de los recursos según los distintos conceptos y programas.

Cuadro Nº 39. Distribución por concepto y programa del presupuesto Finalidad Salud. Año 2003.

FINALIDAD II - SALUD	Totales	Programa 1	Programa 2	Programa 3	Programa 4
Gastos en Personal	\$ 7.374.561,00	\$ 5.628.838,00	\$ 341.681,00	\$ 1.097.924,00	\$ 306.118,00
Bienes y Servicios	\$ 6.316.700,00	\$ 5.833.700,00	\$ 211.700,00	\$ 104.900,00	\$ 166.400,00
Intereses y Gastos de la Deuda	\$ 60.800,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 60.800,00
Transferencias Corrientes	\$ 150.000,00	\$ 150.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Bienes	\$ 800.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 800.000,00
Trabajos Públicos	\$ 50.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 50.000,00
Inversión Financiera	\$ 120.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 120.000,00
TOTALES	\$ 14.872.061,00	\$ 11.612.538,00	\$ 553.381,00	\$ 1.202.824,00	\$ 1.503.318,00

Fuente: Ministerio de Gobierno. Subsecretaría de Asuntos Municipales. Dirección de Análisis de Gestión.

Elaboración: Propia.

La coparticipación por Salud para el año 2003 fue de \$7.654.719, \$1.889.205 superior al correspondiente al año anterior.

El Coeficiente de coparticipación por Salud, CUD Salud, se calcula según la Ley 10820/89, (modificatoria de las Leyes 10.599/87 y 10.752/88), de la siguiente manera, (Apartado 1 del Anexo):

"Los coeficientes de distribución aplicables a los fines de lo previsto en el artículo 1º inciso b) de la ley 10.752 se elaboraran en función de los parámetros indicados a continuación, en la proporción que en cada caso se detalla:

- a) El treinta y cinco por ciento (35%) en proporción directa al producto resultante de computar el Nº de camas disponibles, el perfil de complejidad y, el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- b) El veinticinco por ciento (25%) en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido.
- c) El diez por ciento (10%) en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación de cada partido.

d) El veinte por ciento (20%) en proporción directa al número de pacientes –días registrados– en los establecimientos con internación de cada partido.

e) El diez por ciento (10%) en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido.

En el punto b) mencionado anteriormente debe tenerse en cuenta el Apartado 2 de la misma Ley que establece:

"A los efectos de la aplicación del artículo precedente, la definición conceptual de cada parámetro será

Consulta Médica: es la atención brindada por el médico a un paciente ambulatorio."

Finalmente, la Resolución 198/89 del Ministerio de Economía resuelve, en su Artículo 2º, lo siguiente: "Consultas Médicas: incluirá tanto consultas médicas como odontológicas".

Como se observa, el cálculo del CUD Salud está regido por la oferta y producción de servicios y no por la evaluación de resultados, ni por las necesidades en salud de la población, lo que podría, de alguna manera, condicionar o influenciar al municipio al momento de asignar y distribuir los recursos para la Finalidad Salud.

Del análisis presupuestario surge que gran parte del mismo, 78%, es destinado al Hospital, mientras que sólo el 8% a las veintidós Unidades Sanitarias Periféricas, (U.S.P.), consideradas *puertas de entrada* al sistema público de salud y centros de Atención Primaria de la Salud, (A.P.S.).

De la partida destinada a las U.S.P., el 91% corresponde a Personal y el 9% restante a Bienes y Servicios.

Esta realidad numérica refleja, en la práctica, las prioridades de las autoridades locales en materia de salud, privilegiando ampliamente la demanda de servicios, en detrimento de otras estrategias que podrían tener un impacto favorable en la salud de la población. La A.P.S. parecería ser sólo un discurso retórico y no un objetivo sanitario.

La asignación de recursos responde a un modelo de gestión más preocupado por la enfermedad que por la prevención y promoción de la salud de la población.

4.4 Hospital Municipal

4.4.1 Descripción General

El Hospital Dr. Héctor Cura es el principal efector del sistema, ubicado en el centro de la ciudad, cuya relación institucional es General de Agudos, su complejidad Nivel IX – Perfil D y sus características: Polivalente – Institución Cerrada, de autogestión.

Dispone de 140 camas y prestan servicio aproximadamente 400 empleados, de los cuales 189 son profesionales. Tiene una superficie de 7250 m², 40 consultorios externos, 5 salas de espera.

En el año 2002 se realizaron 181.387 consultas en el hospital, de las cuales: 28.292 (15.6%) corresponden al servicio de guardia; 12.506 (6.9%) a clínica médica; 16.078 (9.3%) a pediatría-lactantes; 28.293 (15.6%) a guardia pediátrica; 15.339 (8.5%) ortopedia y traumatología; 13.812 (7.6%) odontología y las 67.067 (36.5%) restante a otros servicios.

En el Cuadro N° 40 se puede observar el perfil de usuario que concurre a los distintos servicios del Hospital Municipal: edad, sexo, cobertura social. Además muestra cantidad de consultas, año 2002, por servicio, consultas totales y tipo de consulta.

Cuadro Nº 40. Resumen Anual de consultorio externo Año 2002. Consultas por sexo y edad. Con o sin cobertura social, tipo de consultas.

RESUMEN ANUAL DE CONSULTORIO EXTERNO AÑO 2002

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

SERVICIO	EDAD Y SEXO																		TOTAL	OBRA SOCIAL		TIPO DE CONSULT.	
	1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55 y mas		SI	NO		1°	ULT.		
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M							
CL. MEDICA	0	0	0	0	0	0	0	62	142	118	149	163	296	476	885	152	264	2637	491	2146	1139	1498	
	113	90	189	175	322	304	303	308	583	533	573	435	595	476	1287	1564	1240	1465	10635	3912	6723	5009	5626
CARDIOLOGIA	77	69	94	81	01	72	31	87	183	234	125	265	183	342	1116	1156	1072	879	6267	2441	3826	4037	2230
OTOCOGNECOI	0	0	0	0	0	0	0	0	3390	0	3106	0	2453	0	2576	0	784	12240	2225	10024	4071	8178	
CIRUGIA	36	23	61	29	71	49	47	193	246	221	346	293	449	720	1003	537	591	4932	1526	3406	1982	2950	
PAT.MAMARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	95	0	105	0	152	0	275	0	64	691	122	569	476	215	
TRAUMATOLOG.	126	138	191	183	302	199	395	301	829	571	646	507	727	908	1642	3976	1002	2697	15339	8418	6921	5143	10196
Gdia.ADULTOS	0	0	0	0	0	0	0	2455	2722	3007	3352	2993	3530	2820	3993	1999	2302	28273	4042	24231	28273	0	
Gdia. EXTERNA	0	0	0	0	0	0	0	41	35	38	54	48	60	41	72	55	67	511	87	424	456	55	
Gdia. PEDIATRICA	4810	4809	4321	4211	3227	3040	1891	1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28293	2909	25384	28293	0	
PEDIATRIA	2296	2890	2766	2345	1675	1671	1222	1224	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16078	1760	14318	8454	7624	
HEMATOLOGIA	22	19	53	36	20	17	12	16	26	82	28	75	30	86	147	163	281	202	345	595	730	472	843
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	0	5	1	93	164	64	407	229	529	174	563	194	553	3076	537	2599	482	2594
DERMATOLOG.	93	100	174	150	128	128	119	168	291	516	223	340	123	270	362	664	230	268	4247	988	3369	3486	861
OTORRINOLAR.	36	38	314	194	390	294	160	423	185	201	24	136	75	125	337	386	303	311	3732	948	2784	1928	1804
NEUROCIRUGIA	56	30	206	148	31	103	127	98	174	205	54	179	104	91	379	497	430	494	3706	1337	2369	1373	2333
VISIONEUMOL.	29	15	82	57	96	56	64	60	56	104	84	99	57	135	307	273	179	82	1835	183	1652	560	1275
RESTO.SERV.	86	32	205	71	214	120	324	273	1220	2724	43	2288	1056	2314	3323	4811	2342	1460	24006	5201	18805	14893	9113
TOTALES	7779	8243	8656	7680	6677	6053	4800	4690	6391	12004	8648	11893	6656	12256	13131	21956	10016	12483	167922	37712	130210	110527	57395
										11													

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Elaboración propia.

4.4.2 Servicios y Especialidades. Recursos Tecnológicos.

Cuenta con los siguientes servicios y especialidades y tecnología:

-Cardiología.

-Centro Integral Cardiológico (coronariografías, arteriografías, angioplastias, cirugías cardiológicas).

-Clínica médica.

-Sala de Procedimientos de Guardia

Aspirador

Torre de gases

Caja de paro cardíaco

Caja de traqueotomía

Cardiodesfibrilador

-Clínica quirúrgica (cirugía general, laparoscópica, artroscópicas, ginecológicas, vascular periférica).

5 Quirófanos (3 de cirugía mayor, 1 de cirugía menor y 1 de emergencias)

2 Vestuarios para el personal

Acceso directo al quirófano

Local exclusivo para instrumental y material estéril

Área de lavados exclusiva para quirófano

Locales exclusivos para sala de operaciones

Circulación exclusiva

Mesa quirúrgica traumatológica con movimiento universal

Aspirador mecánico

Electro bisturí

Torre de gases central

Cajas de paro cardíaco

Cajas de traqueotomía

Monitores

Desfibriladores

Respirador mecánico

Equipo de Rx Arco en C

Equipo de facoemulsificación

-Consultorios externos.

-Central telefónica.

-Dermatología.

-Diagnóstico por imágenes:

Equipo Rx N°1: Electromedicina VAZQUEZ 300 mA 130 KV. Año: 1998

Equipo Rx N°2: TOSHIBA Tele comandado Miliamperaje 700 Kilovoltaje 125. Año 1995.

Intensificador de Imágenes

Circuito Cerrado de televisión A.O.T.

Parrilla antidifusora

Equipo Rx Portatil: SIEMENS Modelo 90 - 100 R Miliamperaje 50 Kilovoltaje 90 -100

Ecógrafo N°1: TOSHIBA Modelo SSA - 270 A CON DOPPLER COLOR

Ecógrafo N°2: TOSHIBA Modelo CAPASEE II

Tomógrafo Computado Helicoidal: Toshiba modelo X VISION. Año: 1998

Resonador Nuclear Magnetico: Toshiba MRT - 50 A de 0,5 Tesla. Año: 1995

2 Salas de espera con sillas/sillones

Vestuario para pacientes

Sanitarios para pacientes

Mamógrafo GIOTTO Hi.Tech (alta frecuencia) con Brazo que permite movimientos en 3D.

Acción positiva de la gravedad para la zona retromamal con opcion 2 en 1 para estereotaxia computarizada y motorizada para biopsia y/o galactografía con la paciente en posición prono.

Ecógrafo marca Aloka - última generación, modelo SSD - 4000. Con Doppler Color y Doppler de Potencia (Power Angio). Permite realizar ecografías 3D y 4D, en tiempo real, y de Cardiología

Avanzada. Estudios: abdominales, ginecológicos, obstétricos, pediátricos, prostáticos, urológicos, cardiológicos, mamas y tiroides.

-Dietología y nutrición.

-Emergencia de niños y adultos.

-Endocrinología.

-Flebología.

-Fonoaudiología.

-Gastroenterología.

-Tocoginecología.

-Ginecología para adolescentes.

-Hematología.

-Hemoterapia.

-Infectología.

-Kinesiología.

-Laboratorio de análisis clínicos:

Equipo de electroquimioluminiscencia "Elecys 1010" Dosaje hormonal "Roche"

Contador hematológico "Sysmex 3000" Sitometría de flujo por semiconductor laser "Roche"

Contador hematológico "Sysmex 4500" "Roche"

Autoanalizador de química clínica "Targa 3000" "Wiener lab"

Equipo de inmunoserología y banco de sangre "IMX" método Elisa por micropartículas "Abbot"

Equipo para método Elisa en placa "Tecam" "Abbot Murex"

Equipo para ionogramas "Diestro"

Equipo para gases en sangre "ABL5" "Abbot"

Equipo para Electroforesis "Genios"

Fotómetro de llama "Radio Mit"

Microscopio de Inmunofluorescencia

-Medicina hiperbárica:

Cámara Hiperbárica multiplaza (6 personas y/o 1 camilla) con Antecámara.

-Neurocirugía.

-Neurología.

-Odontología pediátrica y de adultos.

-Oftalmología:

Focoemulsificación

Autorefractómetro con queratómetro

Oftalmoscopio binocular indirecto

Ecógrafo oftalmológico

Medición de lentes

-Otorrinolaringología.

-Pediatria y Neonatología.

-Psicopedagogía.

-Salud mental.

-Terapia intensiva e intermedia pediátrica y de adultos.

-Terapia ocupacional.

-Tisiopneumología.

-Traumatología y ortopedia.

-Urología infantil y de adultos.

-Farmacia:

Fabricación de Medicamentos

Comprimidos

Comprimidora Monopunzón "HJG" 5400 comprimidos/hora

Comprimidora Rotativa "RIVA" 20000 comprimidos/hora

Mezcladora de polvos tipo planetaria "Equipo Farmaceutico"

Emblistadora "Temblist" 10500 comprimidos/hora

Equipo de prueba de friabilidad y disgregación "EF"

Molino coloidal "Indusmil"

Dosificadora de jarabes mecánica "Dubasa"

Inyectables

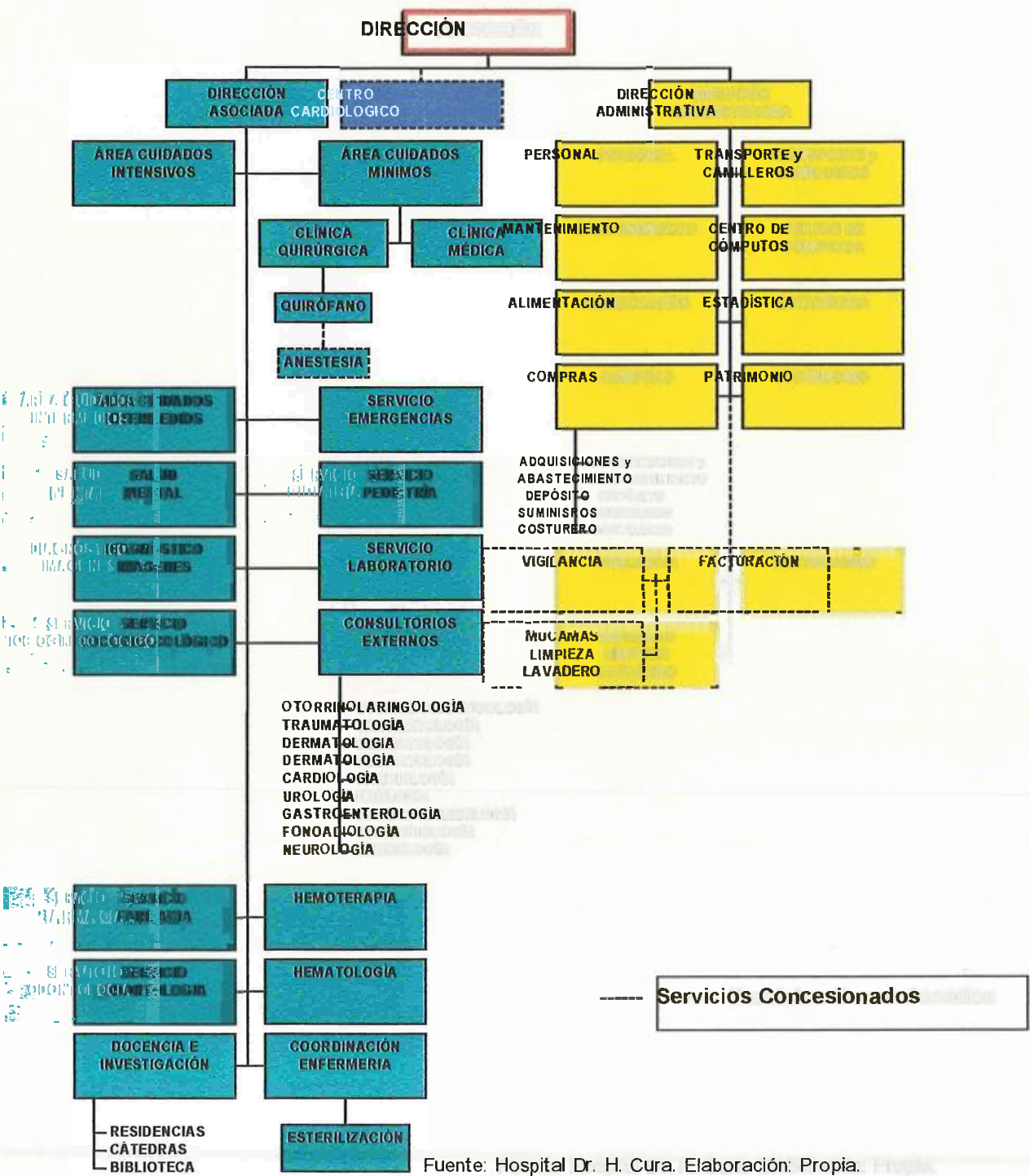
Equipo de ultrafiltración "Millipore"

Lavadora de Ampollas y Frascos Ampolla

- Estufa de Esterilización
- Emblistadora
- Llenadora y selladora de ampollas "Ramallon" 10000 amp/hora
- Bomba para dosificación de polvos estériles
- Bomba peristáltica para dosificación de líquidos.
- Estadística.
- Esterilización:
- Sistema de esterilización por calor húmedo y calor seco.
- Autoclave computarizada.
- Estufa.
- Equipo óxido de etileno.

4.4.3 Organigrama.

ORGANIGRAMA HOSPITAL "Dr. HÉCTOR CURA"



4.4.4. Situación actual y contexto político:

Desde hace años y en forma mas notoria después de la descentralización o municipalización de la salud, el hospital se convirtió en la cara visible del sistema de salud olavarriense, concentrando el interés político de manera tal, que se transformó en el principal apoyo electoral de las actuales autoridades locales. Este impulso político constante, trece años ininterrumpidos con el mismo jefe comunal y casi veinticinco años con el mismo director, le permitió al hospital crecer en forma rápida y constante en infraestructura, recursos humanos y fundamentalmente en tecnología.

"Olavarría plaza medica" y "el hospital nuestro orgullo" son frases recurrentes muy arraigadas en el léxico de la actual conducción. Este crecimiento de la "plaza medica" produjo como era previsible, una expansión en el gasto en salud del municipio, destinando aproximadamente el 35 % de sus ingresos al sector salud.

Para comenzar a delinear las estrategias y objetivos en materia de salud pública, se transcribe parcialmente el texto de la propuesta para el sector salud del candidato reelecto: "las tareas por venir serán las que surjan de fijarnos metas para darle a Olavarría un fuerte perfil económico y cultural vinculado a un sólido desarrollo de la calidad médica de la oferta educativa medica y de las industrias y la investigación vinculada a la medicina".¹⁷

Se pone en evidencia los intereses contradictorios, por un lado la misión de una organización de salud publica, atender las necesidades de salud del ciudadano, y por el otro participar activamente en el mercado de la salud donde el principal objetivo es la recaudación.

Sumado a esta visión economista de la salud, el jefe comunal ha demostrado en estos años un estilo de liderazgo autoritario, concentrando en su persona todo el poder y tomando las decisiones en forma unilateral, sin participar ni involucrar al resto de los actores sociales del sistema de salud.

Para describir la organización se analizaran los siguientes aspectos de la misma:

- Estrategias y objetivos: Gestión
- Infraestructura y tecnología
- Recursos humanos

Estrategias y objetivos: Gestión

Las estrategias y objetivos están más vinculadas con prioridades económicas que sanitarias, que satisfagan las necesidades del usuario.

Una encuesta de satisfacción realizada en el año 1996¹⁸, efectuada al azar con pacientes ambulatorios y egresados del servicio de internación del Hospital municipal, la cual utilizó la modalidad de respuesta múltiple, (cada entrevistado podía seleccionar más de un opción), arrojó los resultados que muestra el Cuadro Nº 41:

Cuadro Nº 41. Encuesta de satisfacción a pacientes usuarios del sistema público Municipal. Año 1996.

CUESTIONARIO	RESP. AFIRMATIVA EN %
Las consultas empezaron tarde	14%
Había pocos médicos	20%
El tiempo de espera es excesivo	62%
Pacientes que alguna vez no recibieron ninguna atención	25%
Los pacientes no recibían prescripciones escritas	21%
Pacientes que no recibieron información cuando fueron egresados	29%
Pacientes que no conocían el nombre de su médico personal	21%
P. que no recibían ninguna inform. acerca de sus enferm. o resultados de estudios	37%
P. que no recibían ninguna inform. acerca de proced. quirúr. o estudios realizados	37%

Fuente: Escuela de enfermería. Hospital Municipal de Olavarría "Dr. Hector Cura". Elaboración Propia.

¹⁷ "Las propuestas en Salud de los Candidatos a Intendente" Diario El Popular, 30 de Agosto 2003. (www.diarioelpopular.com.ao)

¹⁸ La encuesta de satisfacción de pacientes fue llevada a cabo por estudiantes de enfermería, como parte de su currícula durante 1996. Fue efectuada al azar con cien pacientes de servicios ambulatorios y cien pacientes de servicios de internación. Los primeros habían sido asistidos en consultorios externos durante el mes previo, mientras que los segundos habían sido egresados en los tres meses previos.

Teniendo en cuenta que la encuesta fue realizada en una etapa de estabilidad y crecimiento en el país, que existía un mayor porcentaje de la población con trabajo formal y cobertura en salud y por ende el usuario "natural" del sistema público de salud era un grupo más reducido, si la encuesta se repitiera hoy, seguramente el grado de insatisfacción del usuario sería igual o mayor.

Muestra de ello es un artículo publicado el 16/03/05 por el Diario El Popular de esta ciudad, titulado: ***"Tensión y rencillas en la cola para sacar turnos en el Hospital Municipal. Mucha demanda para pocos turnos y la tercerización de las esperas"***, en la que relata los inconvenientes de los usuarios para obtener turnos para el servicio de consultorios externos. En la cual cita textualmente: *"Tiene que ver con los turnos para los consultorios externos, las largas colas para obtenerlos y las rencillas que se producen entre los mismos pacientes por el clima tenso y enrarecido generado por la ansiedad de ser atendido y el no disponer de otra alternativa para tener una consulta médica", "lo cierto es que el lunes a la mañana el sistema tuvo uno de esos picos de tensión y no habría habido nadie del Hospital para poner un poco de orden. Lo que hubo fue una fuerte discusión entre personas que cobran para hacer los turnos, (algunos de ellos serían motomandados), tras lo cual uno de ellos presionó a otro acusándolo de supuesta competencia desleal por cobrar mucho más barato el servicio...", "Todo esto lo relató un paciente, recientemente operado de una rodilla, que en ese momento pretendía también lograr un turno después de haberlo intentado infructuosamente durante cuatro días seguidos. Se gastó 18 pesos yendo y viniendo en remis al Hospital hasta que logró obtenerlo".*

El basamento de esta afirmación es un simple hecho matemático: la cantidad de usuarios se ha incrementado entre un 20 y 25 %, el horario de atención no ha sido ampliado, (el 98% de las consultas se concentran entre las 9 y las 11 de la mañana), lo que se traduce en lista de espera que varían entre 30 y 45 días.

Si comparamos la producción, en consultas, del hospital municipal en relación a las unidades periféricas en el año 2002, encontramos que en el primero se realizaron 181.387 consultas, con un plantel de 189 profesionales, cubriendo prácticamente todas las especialidades y en las USP, en el mismo periodo, se realizaron 115.305 consultas, producto de la atención de 24 profesionales.

Si bien no se pueden hacer aseveraciones contundentes, a simple vista se observan rendimientos muy dispares entre ambos subsectores públicos.

De las 181.387 consultas realizadas en el hospital en el año 2002: 28.292 (15.6%) corresponden al servicio de guardia; 12.506 (6.9%) a clínica médica; 16.078 (9.3%) a pediatría-lactantes; 28.293 (15.6%) a guardia pediátrica; 15.339 (8.5%) ortopedia y traumatología; 13.812 (7.6%) odontología y las 67.067 (36.5%) restante a otros servicios, de lo que se desprende que la performance de los distintos servicios, dado el número de profesionales intervinientes en cada uno de ellos, tienen rendimientos muy disímiles.

Esta disparidad entre los distintos servicios puede hacer presuponer, dado la sobrecarga de consultas que se observan en algunos de ellos, diferentes "calidades" de atención médica y dificultades de acceso a determinados servicios.

Esto se ve reflejado en el servicio de guardia, que concentra el más del 30 % de las consultas externas, seis médicos, de las cuales muchas no responderían a una emergencia sino a que los usuarios, conocedores de las barreras de acceso que significan las listas de espera, concurren a este servicio por patologías que podrían haber sido tratadas en consultorios externos o en las salas de atención periféricas, o que por los motivos antes mencionados no fue tratado oportunamente y se transforma en emergencia o en un cuadro más complejo.

Según las autoridades, la extensión del horario no se ha realizado por dos motivos: falta de colaboración de los médicos, y por falta de recurso financiero para invertir en recurso humano. Se pone en evidencia el par dual contradictorio expansión-postergación, por un lado el hospital ha incrementado su infraestructura, existen 34 nuevos consultorios externos, ha invertido importantes partidas de dinero en tecnología, cuya pertinencia ha sido cuestionada y ha incorporado 6 médicos full time, cuyos elevados salarios no sólo impactan en las finanzas del hospital, sino que ha generado un profundo malestar en el resto del equipo médico, y por otro lado las listas de espera, tanto para consultas externas como para quirófano, siguen aumentando, existiendo capacidad ociosa en ambos servicios.

Los consultorios permanecen desocupados más de veinte horas diarias y las cirugías se realizan solamente por la mañana.

Las estrategias y objetivos se han orientado hacia la captación del usuario con cobertura social y mayor capacidad de pago, lo cual sería válido si esto no fuera en detrimento de aquellos sin recursos ni opciones.

Muestra de ello es el perfil de usuario, en cuanto a cobertura social, que se observa en determinados servicios de alta complejidad, considerados "estrella", Cuadro N° 42.

Cuadro N° 42. Servicios. Pacientes con y sin cobertura social, en valores absolutos t relativos. Años 2001/02.

SERVICIOS	AÑO 2001			
	Pacientes	Sin O. Social	Con O. Social	Con O.Social en %
TOMOGRAFIA	2.695	1.374	1.321	49,02%
RADIOLOGIA	27.142	18.958	8.184	30,15%
RESONANCIA	1.583	376	1.207	76,25%
QUIROFANOS	3.028	1.851	1.177	38,87%
ECOGRAFIAS	14.969	12.204	2.765	18,47%
ECOG. OFTALM.	94	30	64	68,09%
ECOMETRIAS	89	20	69	77,53%
CAMPIMETRIAS	207	90	117	56,52%
ECO Y DOPPLER CARD.	867	604	263	30,33%
ECODOPPLER M.I	515	170	345	66,99%
TOTAL GENERAL	51.189	35.677	12.860	25,12%

SERVICIOS	AÑO 2002			
	Pacientes	Sin O. Social	Con O. Social	Con O.Social en %
TOMOGRAFIA	2.276	1.233	1.043	52,13%
RADIOLOGIA	26.007	22.890	3.117	19,03%
RESONANCIA	1.397	295	1.102	73,91%
QUIROFANOS	2.885	1.901	984	39,23%
ECOGRAFIAS	2.954	10.886	2.068	23,89%
ECOG. OFTALM.	131	45	86	70,00%
ECOMETRIAS	88	26	62	74,67%
CAMPIMETRIAS	205	132	73	48,98%
ECO Y DOPPLER CARD.	956	705	251	42,01%
ECODOPPLER M.I	444	172	272	69,60%
TOTAL GENERAL	47.343	38.285	9.058	19,13%

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

La traumatología, asociada al diagnóstico por imágenes, parecería ser un medio, o estrategia, importante para aumentar la recaudación. El servicio no sólo cuenta con tres médicos full time, sino también con un importante staff de apoyo. El perfil de usuario, en cuanto a cobertura social, que concurre a éste servicio es el que muestra el Cuadro N° 43.

Cuadro Nº 43. Servicio de Traumatología. Consultas totales. Con cobertura social y sin ella. Valores absolutos y relativos. Año 2002.

HOSPITAL MUNICIPAL " DR. HECTOR M. CURA"			
SERVICIO	TOTAL	OBRA	SOCIAL
TRAUMATOLOGIA	CONSULT.	SI	NO
ENERO	1.258	671	587
FEBRERO	1.071	517	554
MARZO	1.319	719	600
ABRIL	1.174	645	529
MAYO	1.088	635	453
JUNIO	1.170	656	514
1º SEMESTRE	7.080	3.848	3.237
JULIO	1.436	816	620
AGOSTO	1.228	718	510
SEPTIEMBRE	1.573	882	691
OCTUBRE	1.423	808	615
NOVIEMBRE	1.317	699	618
DICIEMBRE	1.282	652	630
2º SEMESTRE	8.259	4.575	3.684
TOTALES	15.339	8.418	6.921
PORCENTAJE	100%	54,88%	45,12%

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

Los tiempos de espera del usuario con cobertura y sin ella no son los mismos. También se hace evidente el par dual contradictorio organización abierta, pública, o cerrada, privada, en donde objetivos centrales como accesibilidad, universalidad, equidad, “compiten” con la auto financiación y la obtención de recursos. Cabe destacar que todos los servicios, incluidos internación y quirófano, son arancelados, excepto para los usuarios con carné cadenciado-indigente. Farmacia es otro de los servicios “estrella”, ya que en los últimos años se invirtieron importantes partidas de dinero para la adquisición de aparatología y maquinaria para la fabricación de medicamentos, que en un principio estaban destinados para uso interno, y en forma gratuita. Ahora se ha industrializado, vendiendo no sólo a los usuarios, sino también a otros municipios. Cabe destacar que ésta venta no sólo es ilegal, la habilitación de farmacia hospitalaria permite preparar medicamentos destinados al consumo interno, no a la venta, sino que conlleva cierto riesgo sanitario, ya que ni los controles ni las condiciones en que son preparados son adecuadas. Las autoridades sanitarias provinciales han hecho público su no aprobación a éstas prácticas. Aquí también está presente el par dual contradictorio expansión-postergación, ya que la producción de medicamentos aumentó en forma exponencial, y es público el interés de las autoridades por hacerlo crecer aún más, mientras que todas las áreas del servicio de farmacia siguen a cargo de un único profesional farmacéutico. Otro objetivo postergado, aunque está presente en los discursos, es la Atención Primaria de la Salud, (APS). Hoy la APS está acotada solamente a los controles elementales realizados en las Unidades Sanitarias Periféricas, (USP), primer nivel de atención periférico, que contrariamente a lo que ocurre en el hospital, cuentan con escasos recursos humanos y de infraestructura, y nulos en cuanto a tecnología se refiere, a pesar de tener una elevada producción: 124.855 consultas en el año 2002 realizadas por 24 médicos. No existe articulación entre las USP y el efector principal, por ende la gestión de pacientes tampoco se realiza. No se tienen en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico para adecuar

las especialidades médicas según las necesidades de la población demandante correspondiente al radio de influencia de cada USP.

A pesar de la elevada demanda, las USP no han extendido su horario, ni tienen servicio de guardias, lo cual no sólo facilitaría el acceso, sino que también “descomprimiría” la situación del servicio de emergencias del hospital.

Los problemas organizacionales del sector que hoy existen, se hicieron públicos en una nota periodística titulada: **Los problemas ocultos del Hospital**, (Diario El Popular, Olavarría 24/10/04), la cual, a modo de resumen comienza diciendo textualmente: “*Médicos que se van, enfermeras que optan por el ámbito privado, salarios bajos, acusaciones de similitud con clínicas privadas. El hospital tiene claros y oscuros, hombres determinados que lo manejan y la mano del intendente en las grandes decisiones.*”, y otras frases como: “*...una caricia filosófica más arraigada hacia la aparatología que hacia el recurso humano, una tendencia a recaudar en detrimento de aquellos que no tienen opción ni ingresos*”, “*...un militar retirado que maneja la administración con esa mano..*”, “*...Un lugar donde tienen prioridad los que aportan y deben esperar horas y días y meses los que no. Un lugar donde reina la limpieza y el brillo, donde los trabajadores que limpian cobran más que las enfermeras.*”, “*Maternidad se quedó sin ocho ginecólogos: renunciaron cuatro y se jubilaron otros tantos. Sólo repusieron dos: chicos jóvenes que trajeron de afuera...*”, “*Cirugía está desmantelada, se fue, lo echaron a y lo corrieron a Quedaron tres apellidos y una sensación de que gran parte del servicio está en manos de los residentes*”, “*...mientras la mayoría de sus colegas se queja de que han convertido el hospital en una clínica privada, el médico joven habla de que se ha descubierto que la salud puede ser un buen negocio y a todo se lo ve como a un gasto. Por ejemplo la carrera médico-hospitalaria, que es la herramienta destinada a evitar el desfase de los médicos que entran por la ventana y ganan seis o siete mil pesos y los que apenas llegan a cuatrocientos*”.

Éstas expresiones nos muestran una “foto” de la organización desde la perspectiva del cliente interno. Un panorama similar, planteado en términos menos populares, pero enfocado desde las autoridades, es el esgrimido en un trabajo de tesis titulado: *Gerenciamiento Participativo: Una propuesta para Mejorar el Desempeño Médico en el Hospital Municipal Olavarría*¹⁹, cuyo autor el Dr. Raúl Pitarque en el año 1998, por entonces y actual Secretario de Salud del Municipio, quién abandonó el cargo luego de hacer público dicho documento, retomándolo en el año 2003 con el mismo jefe comunal de aquel entonces.

Textualmente, describió así el estilo de gerenciamiento de su secretaría: “*...reúne las características de autoritario y fundamentalmente preocupado por las tareas, con muy pobre comunicación y generalmente aislado de los profesionales*”. A lo que podría agregarse que fue nula su capacidad de interlocutor “bilingüe” para articular las necesidades de la organización sanitaria y el poder político, siendo en última instancia un súbdito de éste.

En cuanto al estilo de gerenciamiento del sector municipal, lo describe: “*...el gerenciamiento ha sido llevado a cabo durante los últimos veinte años por la misma dirección, quién ha puesto especial énfasis en la compra de alta tecnología y la construcción y refacción de las instalaciones. Ésta dirección ha manejado la relación con los profesionales de una manera oscilante entre el modelo de un Country club o un modelo improvisado, delegando o abdicando todo tipo de responsabilidades. Ésta metodología fue incluso siempre avalada por los ocasionales Secretarios de Salud.*”

Este manejo “improvisado”, ineficiente, y sin capacidad de adecuación, continúa hasta la actualidad, ya que es llevada adelante por las mismas autoridades políticas, Sanitarias y Administrativas; y teniendo en cuenta que el modelo sanitario en su conjunto requiere de cambios medulares no coyunturales, en éste contexto hegemónico de criterios, es muy difícil pensar en cambios de Misión, Visión, objetivos y Metas.

¹⁹ Tesis presentada en el Master of Health Management, Planning and Policy. Nuffield Institute, Leeds. England (UK) (1998).

Infraestructura y Tecnología

La infraestructura es adecuada y mantenida en excelente estado. Dispone de 140 camas y prestan servicio aproximadamente 400 empleados, de los cuales 189 son profesionales. Tiene una superficie de 7250 m², 40 consultorios externos, 5 salas de espera.

Por los problemas organizacionales mencionados anteriormente, la infraestructura no es aprovechada en su máximo potencial, existiendo capacidad ociosa en la mayoría de los servicios. Según lo expresado por el Secretario de Salud: *"es importante puntualizar que existen 34 nuevos consultorios con todas las comodidades y personal auxiliar correspondiente. Sin embargo permanecen desocupados más de veinte horas diarias. Las listas de espera varían según la especialidad, pero se sitúan entre 30 y 45 días"*.

En cuanto al recurso tecnológico, tiene un elevado nivel de complejidad, lo que le ha servido al hospital para alcanzar la máxima categoría que asigna la provincia en relación al perfil de complejidad.

La constante adquisición de recurso tecnológico podría cuestionarse, además de la escasez de recurso económico, por dos aspectos: falta de pertinencia y privilegiar criterios clínicos y de mercado y no sanitarios.

Son ejemplos de falta de pertinencia, ausencia de evaluación costo-beneficio, costo de oportunidad y necesidades de la población: la adquisición de un tomógrafo, cuando en el sector privado existía uno con capacidad ociosa, (ciudad de 100.000 habitantes), pero la falta de visión integral del sistema de salud, por parte de las autoridades sanitarias, ha sido un impedimento para lograr articular el sector público con el privado; cámara hiperbárica, orgullo de la actual conducción, que en la práctica refleja escaso costo-beneficio, durante el año 2000 atendió a 102 pacientes y en el 2001 a 80, representando respectivamente el 0.098 % y el 0.077 % del total de la población. El servicio es arancelado, independientemente la condición del usuario.

Los criterios de mercado, cuyo objetivo primordial es la recaudación, surgen de analizar la producción y el perfil de usuario, en cuanto a la capacidad de pago, de determinados servicios, fundamentalmente de los asociados a diagnóstico por imágenes, (Cuadros N° 42/43), y el énfasis puesto en la producción industrial de medicamentos.

Recursos Humanos.

Prestan servicio aproximadamente 400 empleados, de los cuales 189 son profesionales.

Probablemente sea una de las principales fallas del actual modelo organizacional. El conflicto y la desmotivación son factores que están presentes desde hace años, en todo el personal en relación de dependencia del sector salud, ya sean profesionales o no.

Según lo expresado por el Secretario de Salud, *la productividad y la calidad de la performance médica son bajas, excepto en el servicio de guardia, en cuanto a cantidad, ya que ha efectuado entre 3.5 y 5 veces más consultas que los demás, lo que significa que el 40% de las consultas externas son resueltas por 6 médicos, mientras que los 61 restantes producen el 60% restante*.

Independientemente de no compartir el criterio utilizado para evaluar la performance según cantidad, ya que se le asigna un tiempo promedio de 15 minutos por consulta sin tener en cuenta la patología del usuario ni la especialidad médica. Tampoco realiza una evaluación del origen de la alta producción del servicio de guardia.

En cuanto a la calidad, *asevera ausencia total de protocolos, historias clínicas que no siguen las mínimas normas o están incompletas y falta de veracidad en los registros, recayendo toda la responsabilidad sobre el cuerpo médico, deslindando responsabilidades propias de la organización, como lo son hacer cumplir las pautas establecidas*.

El personal se encuentra totalmente desmotivado, no extendiendo un régimen de incentivos y recompensas, escasas oportunidades de ascender, (sólo once funciones están en competencia cada cinco años), no se ha implementado la carrera médico-hospitalaria, a pesar de haber sido tratada y aprobada por el consejo deliberante hace años. La capacitación es insuficiente, dos veces al año los profesionales tienen permitido asistir a cursos sin pérdida del salario, los que son financiados en forma personal.

El cuerpo profesional ha sufrido una lenta pero continua reducción de la mayoría de los privilegios, (o derechos adquiridos), obtenidos en las pasadas dos décadas y media, suprimiendo: pagos extras por llamadas de emergencia, la remuneración extra en tiempo de vacaciones, eliminación de pagos dobles cuando se superponían guardias con actividades habituales.

Sumado a lo anterior, se desarrolló e implementó un complejo y estricto sistema informático para detectar y castigar incumplimientos de las actividades médicas.

La falta de incentivos, los recortes salariales, la capacitación insuficiente, y la escasa participación, fueron deteriorando los canales de comunicación, no encontrando espacios de negociación y acuerdo, ya que la mayor parte de las medidas fueron tomadas unilateralmente y en total aislamiento.

Las autoridades sanitarias atribuyen la baja performance médica, además de los factores ya mencionados, a contradictorios intereses médicos públicos-privados, debido a que la mayoría de los profesionales son empleados por tiempo limitado y a su vez ejercen su actividad en el sector privado. Cita textualmente: *"esto les ocasiona un serio conflicto de intereses y como consecuencia muchos de ellos no están a favor de que el sector público sea exitoso, porque eso significa deterioro de sus ingresos personales. Consecuentemente éstos contradictorios sentimientos e intereses están ocasionando un lento y constante efecto desmotivador que se refleja en sus performances en el sector público"*.

La implementación de la carrera médico-hospitalaria sería una de las herramientas apropiadas para intentar revertir ésta situación.

Si bien el par dual contradictorio público-privado ésta presente, y sea uno de los motivos de la falta de colaboración de los profesionales para extender el horario de atención de los consultorios externos, las afirmaciones del funcionario parecerían exageradas y carentes de un análisis contextual integral, lesionando el sentimiento de pertenencia hacia el hospital del cuerpo médico.

La mayoría de los usuarios que concurren a los consultorios externos públicos, están imposibilitados de acudir al sector privado, por motivos económicos y falta de cobertura social.

Los servicios a los cuales concurren usuarios con otro perfil socioeconómico, son casualmente los que están atendidos por médicos dedicación full time, con elevados salarios y complejo soporte tecnológico asociado.

La ausencia de dialogo y participación de la organización hacia sus clientes internos también se dio puertas afuera, con el resto de las instituciones que componen el sistema de salud y en especial con el subsistema privado, con el cual no existe ningún tipo de articulación.

Ésta falta de visión integral y compartida de lo que significa la salud de la población, a provocado un alto grado de disociación y competencia, duplicación de tareas, inequidad en la distribución de los recursos, expansión del gasto en salud y colapso del sector privado, con las graves implicancia que ello acarrea, no solo para los trabajadores del sector y las finanzas municipales, sino el impacto de ésta dicotomía del sistema sanitario sobre la salud de los ciudadanos.

Por lo anteriormente expresado se puede inferir que la organización analizada tiene un bajo grado de eficiencia productiva, escasa o nula capacidad de gerenciar y una elevada insatisfacción del cliente interno y externo.

Para intentar revertir esta situación deberían reorientarse las estrategias sanitarias, cambiando el estilo liderazgo y gerenciamiento, reformular la misión, visión, (visión compartida), y objetivos y planificación estratégicos. Motivar al cliente interno con incentivos, capacitación y participación, para lograr comprometerlo con la misión y visión de la organización, creando un sentido de pertenencia que revaloriza la autoestima del equipo medico. Realizar gestión de paciente y gestión clínica, para lograr eficiencia productiva, con resultados positivos cuantificables a corto, mediano y largo plazo, evaluando no sólo cantidad sino también calidad, logrando así la satisfacción y fidelización del usuario.

4.5 Unidades Sanitarias Periféricas. (U.S.P.)

4.5.1 Ubicación Geográfica y Descripción General.

La ubicación de las U.S.P. es la que muestra la Figura N° 8, (Fig. N° 8).

A pesar de su extensión, una superficie de 7.715 Km², la población tiene una particular distribución geográfica: el 80%, (83.472 hab.), se concentra en la planta urbana, 28 Km², mientras que el 20% restante, (20.489 hab.), residen en las localidades serranas y rurales que conforman el partido.

De los datos anteriores surge que la planta urbana tiene una densidad poblacional de 2981 hab/km², y en la zona rural de 2.7 hab/Km², mientras que la relación para el partido en su conjunto es de 12.5 hab/Km².

Ésta información es de radical importancia a la hora de definir las políticas sanitarias, en cuanto a la provisión y distribución espacial de los recursos, fundamentalmente para dar cobertura a la población rural, en donde las barreras geográficas gravitan en forma preponderante, dificultando el acceso en tiempo y forma a los servicios de atención a la salud.

La zona rural cuenta con nueve U.S.P. de las veinticinco existentes en todo el partido, de las cuales solamente tres disponen de internación: Hosp. Local Especializado de Hinojo, Hosp. Local de Crónicos de Espigas, y el Hosp. de Sierras Bayas.

Como se observa en la Figura N° 8, en la zona rural existen amplias franjas territoriales en donde no existen U.S.P. y dada las distancias y las vías de acceso, caminos de tierra muchas veces anegados, en ocasiones es muy dificultoso recibir atención médica cuando es necesaria. En estos casos, frecuentemente las barreras geográficas están asociadas a las económicas, por el gasto de bolsillo que representa trasladarse grandes distancias.

Las U.S.P. en general, rurales o no, presentan además *barreras administrativas/organizacionales*, en donde, la principal causa es la *ausencia de articulación y coordinación* existente entre los efectores periféricos y el hospital, ya que ni siquiera se realiza gestión de turnos cuando el paciente, luego de concurrir a la sala periférica es derivado al hospital, en el caso de requerir atención médica especializada o de mayor complejidad.

Otros inconvenientes que presentan:

- el escaso número de médicos destinados a la *atención periférica*, con la correspondiente sobrecarga laboral, ver cuadro N° 43.

- el reducido horario, sin atención por la tarde, al igual que los consultorios externos del hospital.

- ausencia de servicio de guardia.

- Las especialidades médicas no responden al perfil demográfico/epidemiológico del usuario que concurre a los centros. Las unidades de atención no están *georeferenciadas*.

- Limitada tecnología.

Por lo anteriormente expuesto, es difícil encuadrar o definir las funciones y objetivos de las U.S.P., ya que no reúnen los requisitos en cuanto a recursos para catalogarlos como Primer Nivel de Atención Periférico, ni como centros de APS y tampoco para responder a emergencias.

Una de las principales aplicaciones de la epidemiología es facilitar la identificación de áreas geográficas y grupos de población que presentan mayor riesgo de enfermar o de morir prematuramente y que por tanto requieren de mayor atención ya sea preventiva, curativa o de promoción de la salud. La epidemiología también permite reconocer que la distribución y la importancia de los factores que operan en el aumento de un riesgo determinado no son necesariamente los mismos en todos los grupos de población, aunque también se pueden identificar algunos grupos similares con respecto a los determinantes de riesgo a la salud que comparten. El reconocimiento de estos grupos supone a su vez la selección de intervenciones sociales y sanitarias ad hoc para disminuir o eliminar los factores específicos de riesgo. Esto implica una reorganización de los servicios de salud para dar respuesta a esas necesidades insatisfechas. Luego de aplicadas las intervenciones, se requiere evaluar el impacto de las medidas en los niveles de salud de la población. Esta evaluación tiene como propósito determinar si es necesario hacer ajustes en las intervenciones, sea porque las metas fueron o no cumplidas, o bien si es conveniente continuar con ellas hasta alcanzar las metas propuestas. Este proceso dinámico de diagnóstico-acción-evaluación-adeacuación forma parte de la metodología que se conoce como estratificación epidemiológica.

Actualmente, la limitación de recursos y el proceso de descentralización de los servicios de salud, exigen que los programas de salud sean más efectivos y eficientes en su toma de decisiones. Para ello, los programas de salud requieren de un sistema de información ágil que les permita identificar áreas y/o poblaciones con mayores necesidades insatisfechas de salud, de manera que les permita focalizar hacia esos grupos prioritarios sus intervenciones. Con el advenimiento de la informática y las comunicaciones, ahora es más factible lograr que los sistemas de información de los servicios de salud operen de manera más eficiente. Se ha estimado que cerca del 80% de las necesidades de información de quienes toman decisiones y definen políticas en los gobiernos locales están relacionadas con una ubicación geográfica²⁰. Es en este contexto es que los sistemas de información geográfica pueden ser considerados como una de las tecnologías

²⁰ Williams RE. Selling a geographical information system to government policy makers. URISA, 1987; 3:150-156.

existentes para facilitar los procesos de información y de toma de decisiones en los servicios de salud.

En Salud Pública, los sistemas de información georeferenciados son herramientas poderosísimas ya que son capaces de combinar datos demográficos (edad, sexo, distribución, etc.), con datos de salud, (tipos de enfermedades, incidencias, prevalencia, características clínicas o patológicas, etc.), y cualquier otra información que el especialista considere necesaria.

Se pueden obtener resultados tales como precisar las áreas de influencia de determinada enfermedad, la ocurrencia por edades, sexo o por determinadas condiciones del medio ambiente natural, la posibilidad que se presente en otras áreas por tener las mismas condiciones naturales o demográficas, etc.

En la actualidad, las autoridades sanitarias locales cuentan con la mayor parte de la información necesaria para construir una base de datos georeferenciados, los que hoy son más utilizados para estadísticas relacionadas con la producción, que con aspectos sanitarios que se traduzcan en beneficios para la población, y para las propias autoridades, ya que contar con la información adecuada en el momento preciso significa tener una clara ventaja comparativa respecto a los que la tienen en forma no adecuada o no utilizable.

A continuación se cita textualmente de la página web Municipal, Secretaría de Salud, la descripción y objetivos de las U.S.P.:

www.olavarria.gov.ar/Salud/index.htm

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Objetivos:

En cada barrio de la ciudad de Olavarría o en sus proximidades, así como en las localidades de Loma Negra, Sierras Bayas, Colonia Hinojo, Espigas, Recalce, Blanca Grande, La Providencia, Santa Luisa, Colonia San Miguel, una unidad sanitaria o un hospital de complejidad III, se ocupan de la atención primaria de la salud. Cuenta con un total de 24 médicos generalistas, 9 odontólogos, 1 podólogo y 50 enfermeros, junto con asistentes administrativos y choferes.

Dirección de Atención Primaria de la Salud:

Domicilio: Rivadavia 4.057.

Teléfono: (02284) 441393.

Fax: (02284) 440805.

Unidades Sanitarias:

Los turnos para atención pueden solicitarse personalmente o por teléfono. Algunas prestaciones son gratuitas y otras aranceladas, según la situación económica de la persona.

Se atienden obras sociales.

*Es prioritario la **prevención y la promoción de la salud (primer nivel de atención)** a través del control de niño sano, control de embarazos, certificados de buena salud, papanicolao. Dichas prácticas se realizan sin cargo.*

Desde enero a noviembre del año 2.000 se realizaron 95.487 consultas médicas, 139.122 prestaciones de enfermería, 45.914 prácticas de podología y 32.349 de odontología.

Entre las prácticas preventivas, en igual periodo, 5.656 fueron controles de niño sano, 2.648 controles de embarazo, 1.109 y 6.836 certificados de salud.

Como se puede observar, parecen no estar claros los conceptos de APS y Primer nivel de atención, ya que en un párrafo utilizan como sinónimos *la prevención y la promoción de la salud* y *primer nivel de atención*, y luego aclaran que de las 95.487 consultas, 8304 fueron practicas

Topic

A modo de ejemplo, si se analiza el Cuadro Nº 43, se observa que U.S.P. con muy discímiles cantidades de consultas/año, de 6.000 a 11.000, son realizadas por igual número de médicos.

Cuadros Nº 45 y 46. Cantidad de consultas según sexo, grupo etáreo, y cobertura social. En valores absolutos y relativos. Años 2001 y 2002 respectivamente.

AÑO 2001			AÑO 2002		
Población	Consultas	Porcentaje	Población	Consultas	Porcentaje
Total Varón	35.311	34,91%	Total Varón	40.983	35,55%
Total Mujer	65.337	65,09%	Total Mujer	74.318	64,45%
de 1 a 14	13.603	35,20%	de 1 a 14	14.099	34,78%
de 15 a 64	17.591	49,41%	de 15 a 64	19.976	49,82%
Más de 65	18.012	50,59%	Más de 65	20.123	50,18%
Con O. Social	15.890	58,22%	Con O. Social	16.561	57,73%
Sin O. Social	14.737	25,02%	Sin O. Social	17.284	25,97%
Más de 65	14.153	74,98%	Más de 65	19.277	74,03%
Más de 65	16.655	6,58%	Más de 65	18.645	7,50%
Más de 65	12.983	44,82%	Más de 65	13.727	43,11%
Más de 65	13.672	55,18%	Más de 65	14.918	56,89%
Con O. Social	16.013	15,83%	Con O. Social	18.282	15,85%
Sin O. Social	15.135	84,17%	Sin O. Social	19.023	84,14%

Fuente: Dirección Prov. de Estadística y Planificación General. Elaboración propia.

[\(Volver al Índice\)](#)

5. DESCENTRALIZACIÓN Y EQUIDAD: *Un Objetivo Postergado.*

Una parte de las falencias que presenta hoy la Salud Pública en Argentina, tiene su origen en el incorrecto proceso de transferencia de servicios a provincias y municipios. A diferencia de las recomendaciones habituales para este tipo de reformas, no se han buscado niveles crecientes de eficiencia y equidad, por el contrario, la descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios).

La descentralización enfrenta la distribución del poder, la autoridad y la responsabilidad de los sistemas políticos, económicos, fiscales y administrativos entre el centro y la periferia.

La ausencia de coordinación desde el nivel central permitió una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde, a grandes rasgos, a dos conjuntos de razones: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud, y, por el otro, la política sectorial adoptada en cada lugar como respuesta al propio proceso descentralizador. (Bases plan federal de salud).²¹

Desde un nuevo paradigma económico, reducción del tamaño del Estado y el reordenamiento del gasto público, acompañados de medidas tendientes a la estabilización económica, comenzó con distintos grados de intensidad a partir de los '80 los procesos de reforma del estado.

Desde mediados de los años 70 hasta fines de la década del 80, el Estado en Argentina, en consonancia con lo que pasaba en otros países en desarrollo, estaba hiperdimensionado, el crecimiento se había detenido, y se acumulaba una importante deuda externa, un déficit creciente y una altísima inflación. La presión popular existente al tiempo del restablecimiento del sistema

²¹ Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2004.

democrático, ocurrido hacia fines de 1983, impidió adoptar medidas que modificaran el modelo del Estado de bienestar. Por ello se recurrió a acciones no ortodoxas, que priorizaron los resultados de corto plazo, con el objetivo casi excluyente de controlar la inflación.

El Plan Austral fue el proyecto más claro en este sentido, que se constituyó en uno de los últimos intentos por poner en práctica una estrategia de desarrollo basada en el papel dominante del sector público.

Anticipándose a la reforma nacional, se modificaron nueve constituciones provinciales y todas incluyeron, en mayor o menor grado, el concepto de autonomía de los municipios. Este proceso influyó definitivamente —y así la misma Corte Suprema lo reconoce— en el viraje de la jurisprudencia que en 1989 admitió la autonomía de los municipios.

Desde fines de los '80 y en especial en los primeros años de los '90, se concretaron reformas estructurales que determinaron un punto de inflexión irreversible en el funcionamiento de la economía: apertura económica, integración comercial en el MERCOSUR, desregulación y reestructuración del Estado Nacional.

Se destacan las Leyes de Reforma del Estado y de Emergencia Económica -1990-, el Plan de Convertibilidad -1991- y en 1996, la segunda Reforma del Estado.

Los principales ejes de la reforma fueron el control de la inflación a partir de la aplicación del régimen de convertibilidad; la acelerada privatización de las empresas públicas; la reforma del sistema de seguridad social; el ordenamiento del sistema impositivo nacional; la consolidación de la deuda pública interna y externa; la reforma del aparato público administrativo y la modificación de la estructura institucional.

Respecto de las provincias, a partir de 1989 se produjo la transferencia de la prestación de la mayoría de los servicios públicos sociales y los de naturaleza local, pero no se propició el retorno a un sistema de separación y concurrencia de fuentes. El proceso de reforma de los estados provinciales se inició con algún retraso, a partir de 1995. Mientras que el sistema tributario nacional se tornaba más simplificado y menos distorsivo, la coordinación con los estados provinciales fue lenta y transitó por intentos de sucesivos "pactos" fiscales.

Finalmente permaneció sin grandes cambios el espíritu del régimen de coparticipación federal que, por tratarse de un mecanismo que incentiva el descontrol del gasto, generó problemas de control fiscal.

En tanto, en 1994 se reformó la Constitución Nacional, que otorgó la autonomía a los municipios. El artículo 5^{to} mantuvo su antigua redacción pero cambió la del actual Art.123; antes definía *"Cada provincia dicta su propia Constitución, conforme a lo dispuesto en el artículo 5^{to}, en la actualidad agrega "asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero."*

El proceso descrito ha transformado sustancialmente el papel del Estado produciendo una fuerte transferencia de funciones hacia el mercado (a través de las políticas de privatización y desregulación económica), hacia el nivel regional (con la constitución de espacios supranacionales como el MERCOSUR), hacia adentro del aparato estatal, (a través de las políticas de reforma administrativa, reducción y profesionalización del personal estatal), hacia la propia sociedad, (por la delegación de la gestión operativa a organizaciones comunitarias y barriales de diversos programas sociales), y especialmente, hacia los Municipios a través de la transferencia - de hecho y de derecho- de funciones y competencias que antes se encontraban en manos de los niveles nacional y provinciales.

Este **traspaso** de competencias puso en dificultades a la mayoría de los municipios. La debilidad institucional histórica de los municipios se manifestó crudamente en este período, en algunos casos hasta con reclamos sociales violentos por empleo, seguridad y justicia, demandas reorientadas ahora a la instancia local. La mayor parte ha aumentado la dependencia de las transferencias económicas del gobierno provincial, al disminuir en forma pronunciada la correspondencia fiscal y, en algunos casos se han reducido notablemente las prestaciones de los servicios tradicionales, por destinarse importes superiores al 70% del presupuesto a gastos salariales.

La consagración de la autonomía municipal en la Constitución Nacional de 1994 y en la mayor parte de las constituciones provinciales, así como la instrumentación de la autonomía institucional a través de la sanción de varias cartas municipales, marcan el rumbo hacia un progresivo aumento de la capacidad de decisión y poder de los municipios.

La salud pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina la mayor parte de sus recursos al nivel secundario, (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario, (alta complejidad), y a las emergencias. Este tipo

de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más costo- efectiva en el largo plazo. En cambio, el sistema presenta una expansión desmedida de algunos proveedores; un elevado número de médicos (en particular de especialistas), y con un exceso de equipamiento caro y subutilizado y de camas hospitalarias y sanatoriales.

Desde 1991, se sumó la introducción de un nuevo "modelo" microeconómico, conocido como Hospital de Autogestión, (Ley 2925/92 y Decreto 578/93), al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Desde el punto de vista de la equidad, la idea central consiste en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos. La experiencia indica que no se ha logrado alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales, en un proceso que tiene una clara incidencia negativa sobre la equidad del sistema. Los recursos logrados provienen, en su mayor parte, del recupero de pagos por servicios prestados a las obras sociales, entidades semipúblicas sujetas también a problemas presupuestarios y cuya cobertura abarca estamentos de menores recursos económicos.

Por otra parte, en materia institucional la experiencia Argentina en éste campo dista mucho de haber superado el terreno de la formulación difusa de una estrategia que, llevada adelante sin el soporte técnico adecuado, genera frustraciones y desorientación en los recursos humanos afectados. No se ha encarado con seriedad el desarrollo de capacidades gerenciales, organizativas y de adaptación de recursos humanos necesario para que la reforma propuesta al hospital público brinde algún beneficio.

Las reformas y la descentralización han sido impulsadas, y en gran parte financiadas, por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo y, en menor medida, por algunas agencias de desarrollo bilaterales y multilaterales.

Los promotores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional de América Latina, al cual atribuyen ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios a las necesidades sentidas e la población y un alto grado de inequidad.

Según sus impulsores, la descentralización se justifica por razones políticas, técnico-administrativas y económicas. En el aspecto técnico, la descentralización se recomienda con cierta frecuencia como un medio para mejorar la eficiencia administrativa y la prestación de servicios. En términos políticos, el proceso por lo general busca aumentar la participación y la autonomía local, redistribuir el poder y reducir las tensiones étnicas y/o regionales. Por el lado financiero, se invoca como un medio para aumentar la eficiencia en función de los costos, otorgándoles a las unidades locales mayor control sobre los recursos y los ingresos y mejorando la responsabilidad por la gestión. Sin embargo, también se puede usar, (en forma abierta o encubierta), para descargar la responsabilidad financiera de los gobiernos centrales faltos de recursos hacia las entidades regionales y/o locales, donde se priorizan los objetivos financieros y políticos y no los de salud.

Las autoridades a cargo de la reforma de la salud buscan descentralizar el sistema en gran medida para mejorar el desempeño del sector, pero en muchos casos los objetivos políticos y de gobernabilidad también cobran importancia. La siguiente lista enumera los objetivos que se citan con más frecuencia:

- Aumentar la eficacia en la prestación de servicios adaptándose a las condiciones locales y abordando las necesidades de la comunidad.
- Mejorar la eficacia en la utilización de los recursos incorporando las preferencias locales en la determinación de la combinación de servicios y gastos.
- Generar conciencia en relación con los costos y la eficacia de la producción de servicios estrechando los vínculos entre la asignación y la utilización de los recursos.
- Aumentar la motivación de los trabajadores de la salud a través de la supervisión local y la participación de los usuarios del servicio en actividades de seguimiento, evaluación del desempeño y otras.

- Mejorar la responsabilidad pública, la transparencia y la legitimidad incorporando la prestación de servicios de salud en los sistemas administrativos locales.
- Aumentar la participación de la ciudadanía en la prestación de servicios de salud creando sistemas y procedimientos de participación en la planificación, asignación, supervisión y evaluación.
- Aumentar la equidad en la prestación de los servicios permitiendo que los grupos pobres y marginados accedan a los proveedores de salud e influyan en la toma de decisiones sobre la combinación de servicios y gastos.
- Aumentar la función del sector privado en la prestación de servicios de salud separando el financiamiento de los servicios de su prestación.

Existe sobrada evidencia nacional e internacional, que la descentralización de la salud ha fracasado en la consecución de los objetivos postulados. Un gran número de evaluaciones de programas de descentralización documentan los efectos negativos que han provocado en los servicios de salud, que a veces son exactamente los opuestos a los objetivos propuestos. Bossert²² afirma: *"... muchas de las evaluaciones de los proyectos financiados por las agencias de desarrollo demuestran no sólo que los objetivos no se alcanzan sino que las condiciones empeoran"*.

Los objetivos de la reforma de salud incluyen mejorar la equidad en la prestación de servicios, mejorar la eficiencia en la gestión y aumentar la eficacia de las acciones, todo lo cual es necesario para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Estudios de casos sugieren que la descentralización no ha mejorado la eficiencia, la equidad, la calidad, y la satisfacción por parte de los usuarios.

Bossert, uno de los autores con más experiencia en los procesos de descentralización en países en vías de desarrollo, afirma: *"Hoy día las grandes agencias de ayuda al desarrollo tales como el Banco Mundial y USAID, cuyas políticas están dictadas por consideraciones ideológicas, están recomendando la descentralización. Estas políticas de descentralización no están avaladas por ninguna prueba de efectividad"*.

La equidad en la salud implica la reducción al mínimo de todas las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de ser injustas, (M. Whitehead 1990). Los servicios de atención de salud son uno de los factores que determinan el estado de salud de la población. El acceso a la atención de salud adecuada de buena calidad para los que la necesitan contribuye a un buen estado de salud. Si el acceso logra hacerse independiente de factores tales como ingresos, o residencia, entonces la atención de salud contribuye mejor a la equidad en salud.

La equidad en la atención de salud implica que los pacientes reciben atención según sus necesidades, (equidad en cobertura, acceso y uso), y que contribuyen al financiamiento de esa atención según su capacidad de pago, (equidad en financiamiento, PAHO 1998).

La equidad en la prestación de los servicios de salud, basados en las necesidades de salud, ha sido interpretada por los economistas de salud en función de la equidad vertical y horizontal. Se puede diferenciar entre equidad horizontal y vertical, tanto en relación con el financiamiento como con la provisión de salud. En el tema de la financiación, la equidad horizontal supone que todos los individuos que son iguales deben realizar pagos similares. La equidad vertical por su parte, supone que el pago de la asistencia sanitaria debe ser proporcional a los recursos de cada individuo o familia. En el tema de la provisión, la equidad horizontal supone que los individuos en igual condición o con igual necesidad deben ser provistos de iguales servicios de salud. La equidad vertical supone que aquellos más enfermos o más necesitados deberían recibir mayor atención.

El estudio sobre equidad en salud en la República Argentina expone en términos generales las condiciones de inequidad del sistema de salud. Los indicadores de resultados y las comparaciones de los mismos en función del nivel de ingreso señalan disparidades importantes en cuanto a las posibilidades de acceso al sistema y, sobre todo, en relación con el nivel de gastos y resultados. Por otra parte es conocido que la inequidad sectorial está relacionada no sólo a los niveles de pobreza sino fundamentalmente a las diferenciales de acceso. La concentración e incremento de

²² Bossert Thomas. Decentralization of Health Systems. Preliminary Review of Four Country Case Studies. OPS. 2000.

la riqueza en los niveles de mayor ingreso y la creciente pauperización de los sectores medios y bajos da un marco extrasectorial a la equidad en salud. La introducción acrítica de ideas de mercado y competencia, sin el aconsejable acompañamiento de controles efectivos, ha instalado en el sector un quiebre en los vínculos de solidaridad estructural y personal.

En este sentido, se necesitan múltiples perspectivas y tipos de medidas para abordar este tema en forma integral. Se necesita combinar todos ellos en un marco coherente conceptual y metodológico. Tal enfoque, para abordar el problema de las inequidades en el acceso y las necesidades financieras, necesita tener en cuenta que:

- Del lado de la oferta, varios factores institucionales conducen a la disponibilidad de los servicios de salud a diferentes poblaciones destinatarias.

- Del lado de la demanda, varios factores facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios según la necesidad, independientemente de la capacidad de pago.

- La utilización de los servicios de salud representa el acceso efectivo a la atención de salud, que se asume es el resultado de la interacción entre los factores de oferta y demanda.

Las barreras a la atención de salud, como son los obstáculos geográficos, económicos, culturales y económicos necesitan tenerse en cuenta, aunque otros factores también influyen en el acceso y utilización de los servicios de salud. El conjunto entero de factores que influyen en el uso de los servicios y en la satisfacción de necesidades de atención de salud, a través de un círculo iterativo de necesidad, demanda y uso, (descrito en la sección 3.2.2 de éste trabajo), hace más complejo el análisis de variaciones transversales de atención de salud en función de la equidad.

La mayoría de estos factores están interrelacionados y desempeñan una función en un proceso en el cual las necesidades en salud se expresan a veces como demanda de salud, algunas de las cuales a su vez logran utilización de la atención de salud, (ya sea a nivel personal o colectivo), a condición de que está disponible y accesible. Por consiguiente, el acceso a la atención de salud no puede medirse mediante una única medición, diferenciada de un suceso discreto, al igual que para la mayoría de las medidas de resultado de salud.

La equidad en la atención de salud incluye equidad en la estructura, proceso y resultados de los sistemas y servicios de salud.

El acceso puede ser entendido como la posibilidad de obtener atención de salud cuando se necesita. La medición del acceso es difícil y en general, los estudios evalúan el acceso mediante la opinión directa de individuos para determinar si pudieron obtener atención médica cuando ellos percibieron que era necesario. En éste sentido, las encuestas realizadas, expuestas en el apartado 4.34. de éste trabajo, arrojan resultados negativos. El acceso puede extrapolarse al comparar los datos de utilización de servicios, (estadísticas de actividades), con las necesidades existentes, (basados en datos epidemiológicos). En consecuencia, conforme aumenta la necesidad de servicios, también debiera aumentar la utilización de los recursos de servicio.

La teoría administrativa pública distingue dos fases en el proceso decisorio: la primera es la *selección de una política* y la segunda es su *implementación*. La política escogida puede ser la adecuada para la consecución de los objetivos deseados, pero sufre modificaciones durante el proceso de implementación ya sea por problemas de ambigüedad, logísticos, fuga de autoridad, obstáculos que interponen grupos de presión, u otros vicios. El resultado es que los objetivos anticipados no se consiguen, o incluso que la situación final es peor que la que existía anteriormente. Naturalmente, también puede suceder que la política escogida sea inapropiada para la consecución de los fines deseados.

Antes de dismantelar la capacidad planificadora del gobierno central de un país es de sentido común asegurarse de que las nuevas modalidades administrativas son más *eficaces* que la vigente y que son *implementables*. Hay muy poca experiencia que permita afirmar que una política específica de descentralización es la adecuada para conseguir los fines propuestos. En América Latina tampoco se han hecho estudios de casos que faciliten el entendimiento del proceso de implementación de políticas de descentralización. Por tanto, cuando en la bibliografía se afirma que la descentralización no ha conseguido los fines esperados, no siempre se puede distinguir si es porque la política no era la adecuada o por fallas en la implementación.

ejecución.

En salud, la descentralización significó la *transferencia de responsabilidades sanitarias* hacia las provincias y municipios, **perdiendo el Estado Nacional su capacidad normativa, regulatoria y de orientación en cuanto a las Políticas Nacionales de Salud**, la pérdida de éstas capacidades constituye una de las principales razones que explican el fracaso de la descentralización en incrementar la eficiencia, la equidad y calidad de los servicios de salud, lo que puede considerarse como un aspecto inadecuado de las políticas de descentralización aplicadas en Argentina.

El fracaso de algunas políticas de descentralización también resulta por fallos en la implementación. Con frecuencia, la decisión de descentralizar se ha hecho de forma precipitada respondiendo a consideraciones políticas o presiones de los bancos multilaterales y agencias binacionales de desarrollo antes de estudiar detalladamente cuáles de las muchas modalidades de descentralización

son las más adecuadas y factibles en el contexto político y económico del país, antes de identificar obstáculos previsible y buscar soluciones a los mismos, y antes de capacitar adecuadamente al personal para las nuevas funciones. En otras palabras, el proceso de descentralización se ha caracterizado por una gran improvisación que, sin duda, ha sido en gran parte responsable de los fracasos mencionados.

La falta de control y orientación por parte del Estado ha favorecido el aumento del número de decisiones inadecuadas por parte de las autoridades municipales. Los líderes comunales tienden a asignar el gasto para satisfacer a grupos de interés o para actividades sanitarias que no son siempre recomendables, por ejemplo en gastos en atención médica de alta tecnología en vez de programas preventivos. En Olavarría el 78% de los recursos de Salud son destinados al Hospital Municipal y solamente el 8% a las Unidades Periféricas sin internación, que en la actualidad son los lugares destinados a APS.

Con respecto al aumento de la participación comunitaria, hay una bibliografía muy extensa que explica la dificultad de dar participación a la comunidad porque las elites nacionales y/o locales no tienen interés en compartir su poder²³. Las elites locales aprovechan su nuevo poder para su propio beneficio. La descentralización no puede resolver este problema. Basándose en su investigación del sector sanitario chileno, Scarpaci²⁴ hace un comentario que es aplicable al resto de la región: "... raramente habrá una descentralización auténtica, porque a nivel local es una amenaza contra los intereses de las clases dominantes".

Desde el punto de vista de la equidad, como la autogestión implica la captación de fondos provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, los decisores locales han distribuido los recursos priorizando determinados servicios y tecnologías con el objeto de aumentar la recaudación, olvidando la misión del Hospital Público, con lo cual las poblaciones con menores recursos han quedado más desatendidas, teniendo menos acceso que antes de la descentralización, lo que ha incrementado la inequidad intrarregional.

Tampoco se ha logrado generar conciencia en relación con los costos y la eficacia de la producción de servicios estrechando los vínculos entre la asignación y la utilización de los recursos, lo que ha generado una disminución de la eficiencia del sector.

Sumado a esto, la descentralización afecta los intereses de muchos trabajadores del sector salud que, de una forma u otra, pueden dificultar su implementación.

La falta de incentivos, los recortes salariales, la capacitación insuficiente, y la escasa participación, deterioran los canales de comunicación, lo que dificulta encontrar espacios de negociación y acuerdo, lo que ocasiona desmotivación, disminución de la eficiencia y productividad del recurso humano.

Las autoridades sanitarias locales atribuyen la baja performance médica, además de los factores ya mencionados, a contradictorios intereses médicos públicos-privados, por dual contradictorio,

²³ OPS. Participación de la Comunidad en la Salud y desarrollo de las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. Publicación Científica N° 473. Washington, D.C. OPS: 1984

²⁴ Scarpaci JL. Primary-care decentralization in the southern cone: shantytown health care areas urban social movement. En: Weil C, Scarpaci JL, editores. Health and health care in Latin America during the lost decade: insights for the 1990s. St. Paul: University of Minnesota Latin American Series, 1992; 229-274.

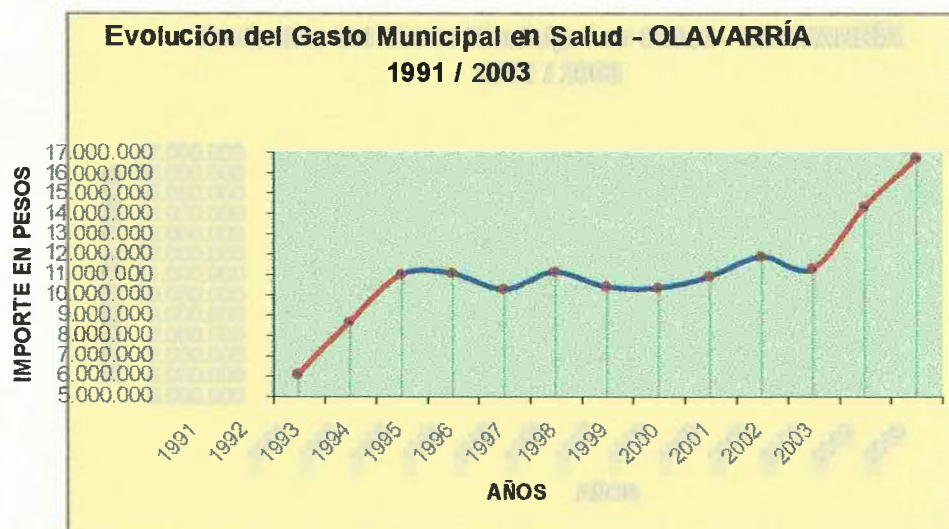
debido a que la mayoría de los profesionales son empleados por tiempo limitado y a su vez ejercen su actividad en el sector privado.

5.1 Descentralización y Gasto en Salud: Evolución.

El gasto municipal en salud muestra una tendencia creciente en las últimas décadas, especialmente luego de la descentralización a comienzos de los años '90.

El gráfico Nº 10 muestra la evolución del gasto en salud en el período 1991 - 2003 y el impacto que tuvo sobre el mismo la descentralización y la crisis económica sufrida a partir del año 2000.

Gráfico Nº 10 Evolución del gasto municipal en salud. Años 1991 / 2003. Partido de Olavarría.

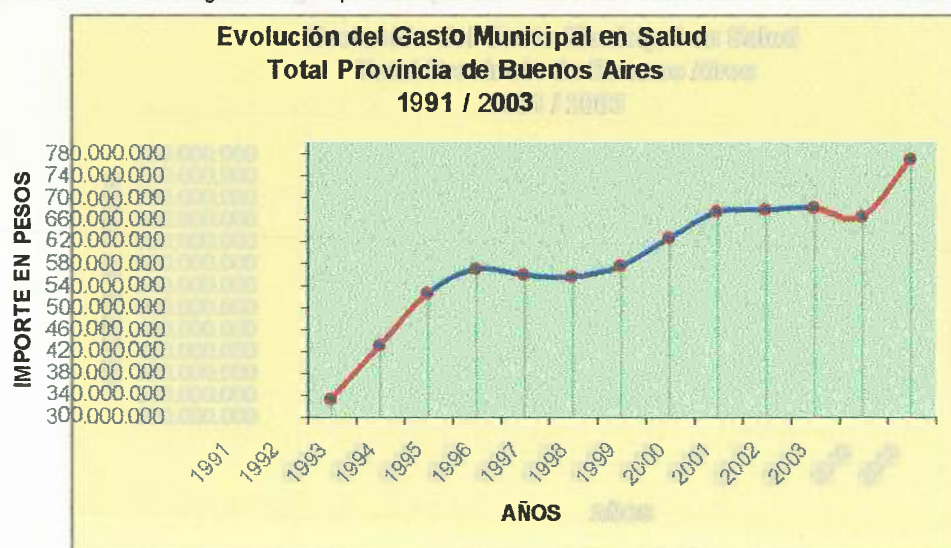


Fuente: Ministerio de Gobierno. Subsecretaría de Asuntos Municipales. Dirección de Análisis de Gestión
Elaboración: Propia

Se observan claramente los puntos de inflexión en donde se "dispara" el gasto en salud, (segmentos rojos de la curva), correspondientes a los períodos pos descentralización y pos crisis respectivamente.

Una tendencia similar se observa al analizar la evolución del gasto municipal en salud de la Provincia de Buenos Aires en su conjunto, Gráfico Nº 11, con la diferencia que el crecimiento del gasto en el período 1993 - 2000, convertibilidad vigente, en Olavarría fue del 108% con altibajos, y en igual período, el incremento a nivel provincial fue del 129%, con una constante tendencia creciente.

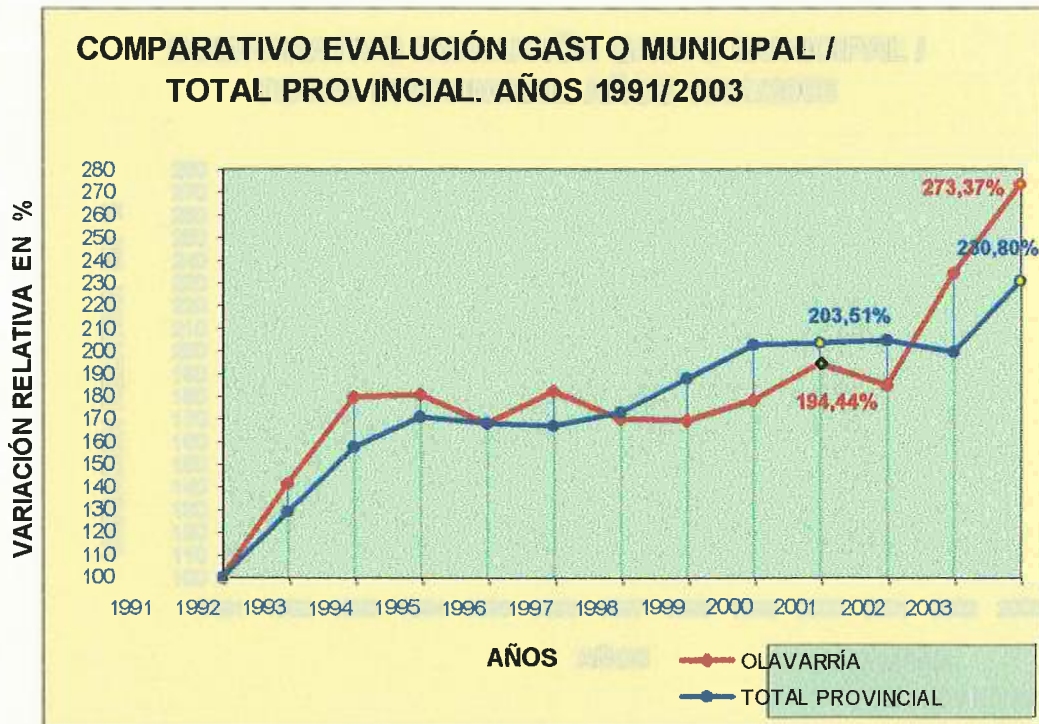
Gráfico Nº 11 Evolución del gasto municipal en salud. Años 1991 / 2003. Total Provincia de Buenos Aires.



Fuente: Ministerio de Gobierno. Subsecretaría de Asuntos Municipales. Elaboración: Propia

Para apreciar mejor la evolución del gasto municipal en salud de Olavarría en relación a la totalidad de los municipios de la provincia, se representan juntas en el Gráfico N° 12 las variaciones relativas en porcentajes de aumento, tomando como referencia el año 1991, asignándole el valor de 100%.

Gráfico N° 12 Variación relativa en porcentaje del gasto municipal en salud. Olavarría y total Provincial. Años 1991 – 2003.



Fuente: Ministerio de Gobierno. Subsecretaría de Asuntos Municipales. Dirección de Análisis de Gestión
Elaboración: Propia

Se observa con claridad la expansión del gasto pos crisis, con una tendencia más marcada a nivel local que el conjunto provincial, cuya variación relativa es de 80% y 27% respectivamente.

[\(Volver al Índice\)](#)

6. CONSIDERACIONES FINALES

A partir del **Informe Lalonde, (1974)**, y su concepto de Campo de la salud, la forma de concebir la Salud Pública ha cambiado; a pesar de haber evolucionado, la concepción básica se mantiene invariable: *"Hay factores que influyen en la salud o que la determinan más allá de los límites de la capacidad de los servicios de asistencia sanitaria"*²⁵, y luego de los postulados enunciados en **Alma Ata, (1978)**, la **Carta de Ottawa en 1986**, la contundencia de documentos tales como **"En Busca de la Equidad"**, o **"The Black Report"**²⁶, o la claridad de **Margaret Whitehead**²⁷ al referirse a la igualdad en las condiciones de salud, y tantos otros autores, hacen redundante prácticamente todo lo que se escriba acerca de salud pública, equidad, prevención y promoción de la salud.

²⁵ Evans R.G., Stoddart G.L.. Producir Salud, consumir asistencia Sanitaria. 1990.

²⁶ Black Report. Inequalities in health: Report of a Research Working Group. Londres: Department of Health and Social Security, 1980.

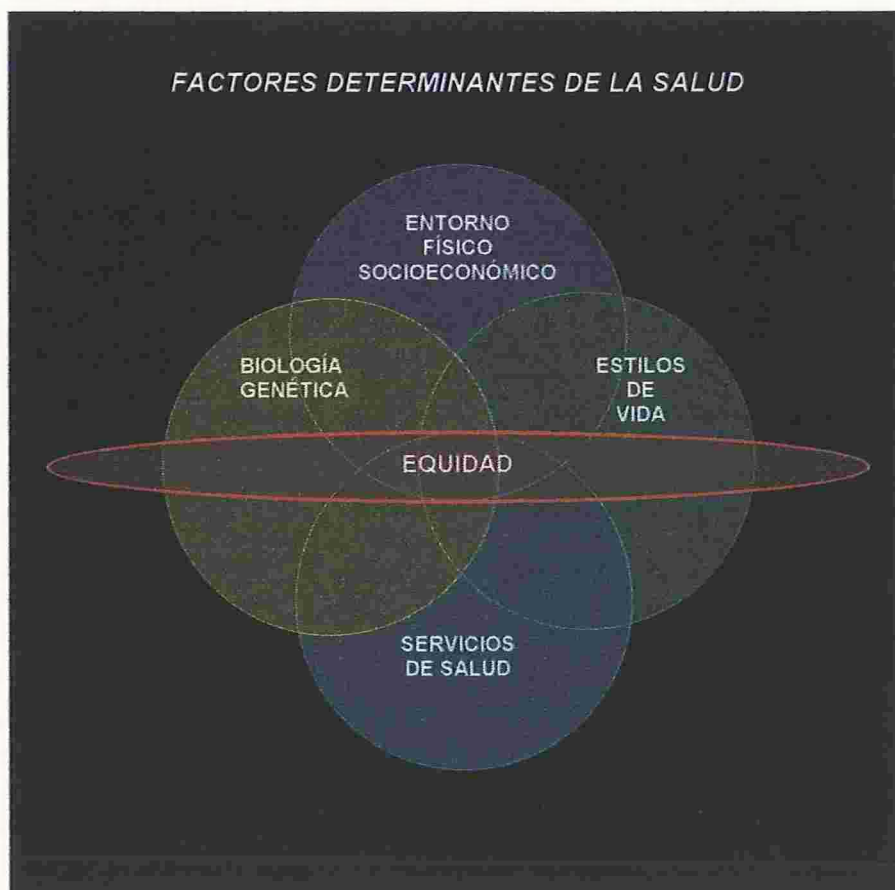
²⁷ Whitehead M.(1992). The concepts and principles of equity and health.

A pesar de ello, y teniendo en cuenta el actual contexto del país y de Latino América en general, en donde se han incrementado las desigualdades sociales y económicas, la **Equidad** debería ser considerada como **Factor Determinante de la Salud**, junto con otras variables éticas, ya que afecta y condiciona transversalmente en forma significativa a todos los demás factores determinantes postulados anteriormente. (Pag. 12)

Si bien mundialmente es considerado un prerequisite, el hecho de incorporar la equidad como Factor Determinante de la Salud, podría contribuir a generar conciencia de las favorables consecuencias que tiene sobre el nivel de salud y bienestar de la población y así lograr su inclusión como *Objetivo Prioritario en las Políticas Sanitarias* locales, regionales y provinciales.

El "nuevo marco conceptual" de los factores claves que parecen determinar la situación de salud de la población, teniendo en cuenta las distintas variables en cada categoría, su complejidad, y considerando que están todas interrelacionadas, podría esquematizarse en la forma que muestra la Figura Nº 9

Figura Nº 9. Nuevo marco conceptual de los Factores Determinantes de la Salud.²⁸



Fuente y Elaboración: Propia.

Lejos de alcanzar las metas mundialmente postuladas, existe un abismo entre lo que es y lo que debería, entre ofertar y acceder, entre abrir puertas y sortear barreras, entre prevenir y curar, entre necesidades sentidas y necesidades políticas.

El eje central y principal sostén del actual modelo de sistema público de salud es el Hospital Municipal, que con su arsenal de recursos humanos y compleja tecnología, está a la espera de pacientes que ocupen sus camas, engrosen las largas listas de espera y desborden la guardia.

La forma en que se asignan los recursos a la Finalidad Salud parecen seguir los parámetros establecidos por Lalonde hace más de tres décadas: un 90% o más del gasto en salud es

²⁸ En la Fig. Nº 9, la Equidad se encuentra proyectada en forma horizontal, representando su transversabilidad respecto a los otros factores determinantes, lo que no implica Equidad Horizontal. Queda claro, que la equidad que cubre las distintas necesidades de la población es la vertical.

destinado a la producción de servicios, en detrimento de los factores que tienen mayor incidencia sobre la salud de los ciudadanos, (entorno físico y medio ambiente, estilos de vida, educación, etc.), algunos de los cuales parecerían no ser objetivos sanitarios prioritarios de las autoridades locales.

Ejemplo de ello, es la ausencia de una política tendiente a disminuir la elevada cantidad de accidentes de tránsito que ocurren en la ciudad, los que ocasionan la mayor parte de las muertes por causas externas, (ocupando el quinto lugar entre las causas de muerte). En Olavarría no existe, no es literal, control alguno por parte de personal policial ni municipal que supervise y haga observar las normas de tránsito, situación que ayudaría a prevenir accidentes y evitar muertes, mayormente prematuras, ya que más del 60% de las defunciones corresponden al grupo etario entre 15 y 64 años.

La provisión servicios esenciales, como agua potable y desagües cloacales, tampoco suelen asociarse al estado de salud de la población y las implicancias sanitarias que conlleva la falta de ellos. El 32% de la población no tiene agua corriente y el 60% carece de servicio de desagüe cloacal a red.

Tampoco se ha sumado a Olavarría a la estrategia **Municipios Saludables**, ni como miembro titular ni como adherente, circunstancia que podría haber favorecido el cambio de visión de las autoridades locales respecto a las políticas sanitarias en aplicación. El actual objetivo prioritario se ve reflejado en el *slogan* utilizado por los decisores al referirse a Salud Pública: **"Olavarría Plaza Médica"**, el cual encierra marcados criterios de mercado, cuando en realidad tendrían que aspirar a: **"Olavarría Plaza Saludable"**, en donde debieran primar los aspectos sanitarios por sobre los económicos, transformando en metas las definiciones adoptadas para Municipio Saludable y Ciudad Saludable:

- *"Un municipio saludable es aquel donde todos sus ciudadanos, sus instituciones y organizaciones trabajan conjuntamente para la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes"* (Restrepo, Málaga op.cited).²⁹

- *"Una ciudad saludable es aquella que pone en funcionamiento y en mejora continua el entorno físico y social, utilizando recursos de la comunidad con el fin de dar a sus ciudadanos la capacidad de ayudarse mutuamente en la realización de sus actividades cotidianas y en desarrollo pleno de su potencia". (Duhl, 1986).*³⁰

Por otro lado, existen iniciativas, en donde priman objetivos económicos o cuestiones coyunturales, pasando a un segundo plano lo sanitario. Ejemplos: el Decreto N° 571 del Departamento Ejecutivo que autoriza a todo el mundo a vender y comprar leche sin pasteurizar en las calles y en los comercios de la ciudad, decisión ratificada posteriormente con la promulgación de la Ordenanza 2.666/02; y el frustrado intento de sumar a Olavarría a **"Basura Cero Para Buenos Aires"**, que pretendía utilizar como zona de relleno sanitario las canteras que ya no se explotan, sabiendo que éstas, dada su profundidad, están en contacto directo con las napas subterráneas. Un informe técnico que ponía en evidencia el alto riesgo de contaminación y la oposición y levantamiento de localidades enteras evitaron que el proyecto se concretase.

Recientemente se lanzó el Plan Trienal Municipal, (2005-2006-2007), en donde anuncian obras en Salud con una inversión para el sector de \$1.637.600, destinándose a la construcción de una nueva guardia de emergencias, nueva cocina y equipamiento, lavadero, confitería, para el Hospital municipal y la construcción de seis Unidades Sanitarias.

Las mejoras en la guardia y en las Unidades Periféricas van a brindarle un mayor beneficio a los usuarios siempre y cuando vayan acompañados por cambios organizacionales de fondo, como pueden ser la extensión de los horarios de atención en los consultorios externos, servicios de guardia en las U.S.P., gestión de pacientes y articulación operacional de los efectores periféricos con el hospital.

Como se describió más arriba en este trabajo, la guardia está desbordada no por problemas de espacio físico sino porque allí se realizan más del 30% de las consultas totales del hospital, atendidas por seis médicos, muchas de las cuales no corresponden a una emergencia sino, a que el usuario *salta* la barrera de acceso que significan las listas de espera y concurre directamente al servicio de guardia del hospital, o porque la sala de su barrio estaba cerrada.

Con este tipo de medidas aisladas, sin el acompañamiento de una correcta estrategia, probablemente se logre un mayor impacto en la opinión pública, que en el estado de salud de la población. De hecho, el mismo medio, (diario El Popular, Olavarría), que publicó hace unos meses

²⁹ Restrepo/Málaga, Promoción de la salud: "como construir vida saludable". Washington, D.C. OPS. 2001

³⁰ Duhl, L.J. (1986) The Healthy City: Its function and its future, Health Promotion 1 : 55-60

una nota titulada "*Los problemas ocultos del hospital*", en donde ponía al descubierto muchas de las falencias del sistema, recientemente publicó una encuesta³¹, en donde, de las áreas de gobierno municipal, salud pública era la mejor vista por la gente, mientras que control urbano la peor.

A todo lo anterior, se suma la ausencia de una estrategia de Atención Primaria de la Salud, y a pesar de la extensa evidencia que existe respecto a su efectividad, no logró trascender más allá de los discursos retóricos y plataformas preelectorales, quedó en el "papel" y no consiguió transformarse en acciones.

Lo más problemático es que los decisores locales están convencidos, de hecho existe una Dirección de Atención Primaria de la Salud, que la estrategia que están llevando adelante en las Unidades Periféricas es A.P.S., cuando en realidad se están refiriendo al Primer Nivel de Atención Periférico, lo que pone en evidencia la interpretación errónea de ambos conceptos.

Revertir esto supone, más allá de reasignaciones presupuestarias, mayor información y capacitación, **un cambio de visión**, lo cual, después de veinte años de pensamiento hegemónico y un estilo de liderazgo poco participativo, parecería muy difícil de lograr en el actual contexto político local.

En la actualidad sólo el 8% de las consultas médicas realizadas en las U.S.P. están relacionadas con A.P.S.: control del embarazo y del niño sano, esto es suponiendo que las *prácticas preventivas* son todas imputadas a consultas médicas y no a prestaciones de enfermería.

[\(Volver al Índice\)](#)

7. CONCLUSIONES

En la República Argentina, al igual que en muchos otros países de Latinoamérica y del mundo, existen inequidades sanitarias, producto fundamentalmente de una *desigual distribución de las riquezas, del desempleo y la pobreza*.

Los reiterados períodos de **crisis / emergencia** por los que ha atravesado el país en los últimos 30 años, profundizaron las **desigualdades socioeconómicas** ya existentes, muchas de las cuales **innecesarias, evitables e injustas**, por ende **inequitativas** ampliando las brechas en el estado de salud y en las condiciones de vida en general.

Los objetivos de la reforma de salud, a comienzos de la década de los '90, incluían mejorar la equidad en la prestación de servicios, mejorar la eficiencia en la gestión y aumentar la eficacia de las acciones, otorgando a los Municipios la oportunidad de contextualizar el sistema acorde a las necesidades de salud de la población de cada región.

Por fallas en la *selección de la política* y en su *implementación*, la descentralización ha fracasado en la consecución de los objetivos postulados, y lo que es peor, las condiciones han empeorado, ya que en muchos de los casos los resultados son exactamente opuestos a los objetivos propuestos.

En salud, la descentralización significó la *transferencia de responsabilidades sanitarias* hacia las provincias y municipios, **perdiendo el Estado Nacional su capacidad normativa, regulatoria y de orientación en cuanto a las Políticas Nacionales de Salud**, la pérdida de éstas capacidades constituye una de las principales razones que explican el fracaso de la descentralización en incrementar la eficiencia, la equidad y calidad de los servicios de salud.

La limitada capacidad rectora por parte del Estado, la ausencia de coordinación y articulación, el estilo de liderazgo del jefe comunal, la baja capacidad gerencial, organizativa y de adaptación por parte de las autoridades sanitarias locales, han favorecido a la inadecuada elección de estrategias, objetivos y metas, en donde muchas veces la asignación de recursos priorizan actividades sanitarias **no** siempre recomendadas, como los gastos en atención médica de alta tecnología, de elevado costo y limitada accesibilidad, en lugar de favorecer acciones que tiendan a hacer más eficiente al sistema.

³¹ Encuesta realizada la última semana de Febrero 2005, por Consultora Hernández para el diario El Popular, publicada el 13/03/05.

En el actual modelo de salud municipal, *la equidad no es una meta prioritaria*, permanece como un **objetivo postergado**, transformándose así en la principal y mayor inequidad sanitaria presente en el sistema.

Por lo expuesto se concluye, que no se podrán disminuir/ eliminar las desigualdades existentes en cuanto acceso, utilización, gasto, calidad de atención, resultados en salud y asignación de los recursos, si la equidad en salud no se incorpora como un objetivo prioritario en las políticas de salud de un nuevo modelo sanitario.

En las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, se postula entre otras metas: equidad, universalidad, servicio de calidad, regulación de tecnologías, participación comunitaria y estrategias de APS como organizador del sistema, las cuales sólo se podrán alcanzar si el estado recupera su rol de fiscalizador y regulador, liderando con capacidad rectora el nuevo rumbo y trazando los lineamientos sanitarios prioritarios que conduzcan a la prosecución y consolidación de un verdadero **Sistema de Salud**.

[\(Volver al Índice\)](#)

8. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- I. Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 11 (3), pp. 429-445.
- II. Salud de la Población. Conceptos y Estrategias para Políticas Públicas Saludables: La Perspectiva Canadiense. Health Canada. OPS. OMS. Washington, D.C. 2000.
- III. Municipios Argentinos. Potestades y Restricciones Constitucionales para un Nuevo Modelo de Gestión Local. (2º Edición). Mónica S. Iburburu. INAP.
- IV. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. OPS. Publicación Científica y Técnica N° 589. Washington, D.C. 2002.
- V. OPS Informe Anual del Director 1995. En Busca de la Equidad. Washington, D.C. Documento Oficial N° 277.
- VI. Desigualdad e Inequidad en Salud. Beatriz Zurita, Rafael Lozano, Teresita Ramírez, José Luis Torres. *Caleidoscopio de la Salud*. Edición 2003, Página 29. México.
- VII. Investigaciones en Salud Pública. Documentos Técnicos: Inequidades en la Situación de Salud, Acceso y Gasto en Atención. OPS. Washington, D.C. 20037-2895, EUA. Mayo 2000.
- VIII. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government Canada. 1974. p. 31-34.
- IX. Epidemiología Básica. R. Beaglehole. R. Bonita. T. Kjellström. OPS. Washington, D.C. 1994.
- X. Promoción de la Salud en Canadá. Perspectiva General de los Avances e Iniciativas Recientes. Ministerio de Salud de Canadá. Octubre 2002.
- XI. Municipios y Comunidades Saludables. Lineamientos Generales. OPS. Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- XII. Descentralización del Sector Salud en América Latina. A. Ugalde. N. Homedes. Universidad de Texas. 2000.
- XIII. Organización de la Salud en Argentina y Equidad. Una reflexión Sobre las Reformas de los Años Noventa e Impacto de la Crisis Actual. O. Cetrángolo. F. Devoto. 2002.
- XIV. INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda. Años 1991 y 2001. Buenos Aires. Argentina.
- XV. Municipios Saludables. Una Opción de Política Pública. Avances de un Proceso en Argentina. Laura Alessandro. Representación OPS/OMS Argentina. 2002.
- XVI. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2004.
- XVII. Reforma al Sector Salud en Argentina. Roberto Tafani. Naciones Unidas. Proyecto CEPAL/GTZ. " Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". Unidad de Financiamiento, D.C.I.T.F. Santiago de Chile. Julio 1997.
- XVIII. OPS – OMS. XXXV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. La Habana, Cuba. Julio 2002.

- XIX. Macro Determinantes de la Equidad en Salud. Coordinación de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, D.C. Abril 2000.
- XX. Situación de Salud en Argentina 2003. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Presidencia de la Nación. OPS/OMS.
- XXI. Anuario Estadístico 2001. Dirección Provincial de Estadísticas. Ministerio de Economía. Provincia de Buenos Aires. Argentina.
- XXII. Gerenciamiento Participativo: *"Una propuesta para Mejorar el Desempeño Médico en el Hospital Municipal Olavarría"*. Raúl Pitarque. Tesis presentada en el Master of Health Management, Planning and Policy. Nuffield Institute, Leeds. England (UK) (1998).
- XXIII. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. Julio Frenk. México, DF. 1994.
- XXIV. Equidad en el Gasto Público. Nelly Barbieri. Catalina De La Puente. Sonia Tarragona.
- XXV. Epidemiología. Dr. Saul Rossi. Instituto Universitario ISALUD.
- XXVI. Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en Latino América y El Caribe. OPS. (2^{da} edición). 1998.
- XXVII. Descentralización y Reforma del Sistema de Salud. Nueva Perspectiva para los Ejecutores. Derick Brinkerhoff. Charlotte Leighton. PHR Nº 1. Septiembre 2002.

[\(Volver al Índice\)](#)