

Situación de Salud en Argentina 2003



Situación de Salud en Argentina, 2003.

Este informe es fruto del compromiso entre el **Ministerio de Salud de la Nación** y la **Representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)** para desarrollar y promover análisis de situación de salud que ayuden a comprender mejor la realidad sanitaria del país y, en consecuencia, a tomar decisiones con bases objetivas.

La publicación *Situación de salud en Argentina 2003* complementa la serie de *indicadores básicos* que se vienen publicando desde 1996 y da continuidad a las dos ediciones anteriores sobre situación de salud. En esta ocasión se incorporan datos de la *Encuesta de calidad de vida* realizada por SIEMPRO a finales de 2001 y se profundiza más el análisis de la mortalidad. En todas las áreas se ha utilizado la última información disponible a la fecha de elaboración del informe. Aunque se incluyen métodos de análisis de cierta complejidad se ha tratado de mantener un lenguaje comprensible por el público no especializado, proporcionando notas técnicas para aquellos métodos que se considera se debe aclarar su fundamento.

Esta publicación está también disponible en los sitios web del Ministerio de Salud de la Nación (<http://www.msal.gov.ar>), de la Dirección de Epidemiología del mismo Ministerio (<http://www.direpi.vigia.org.ar>) y de la Representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud (<http://www.ops.org.ar>).

INTRODUCCIÓN



Argentina enfrenta dos fuertes desafíos en salud: en lo inmediato, superar la emergencia sanitaria sin perder el terreno ganado en los últimos veinte años, garantizando el acceso de toda la población a servicios y medicamentos esenciales. A largo plazo, el objetivo consiste en cerrar la brecha que esconden los promedios estadísticos y que deja de un lado a los sectores más ricos y del otro a los que menos tienen.

Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas. La desigual distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa y de la seguridad social. Dicho de otro modo: no es lo mismo satisfacer las necesidades alimentarias de la población en situación de pobreza de Tucumán o Jujuy, que las de los pobres de la provincia de Buenos Aires.

Revertir la inequidad equivale a brindar acceso. De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en las áreas rurales del interior o en el conurbano bonaerense no puede llegar a un centro de vacunación, no tiene un adecuado control perinatal para su bebé, o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos menores de 5 años. Las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2001, la mortalidad materna se estabilizó desde 1994, en torno a las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. Sin embargo, las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita tienen una tasa de mortalidad infantil de 10,9 por mil nacidos vivos frente a los 21,7 de las jurisdicciones más pobres. Los niños argentinos siguen muriendo por trastornos relacionados con la duración del embarazo, desnutrición, diarrea, dificultades respiratorias del recién nacido y malformaciones congénitas del corazón. Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales. En el año 2000, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos podrían haberse evitado con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoz. En todas las provincias argentinas, por lo menos 1 de cada 2 muertes de niños podría evitarse.

La presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Algunas de estas enfermedades, como el hantavirus, la leishmaniasis e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, con el descuido en los hábitos alimentarios. Todas, en general, hablan de una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población. El mosquito vector de dengue -*Aedes aegypti*- está presente en 17 de las 24 provincias. A su vez, 117 municipios del Norte y Noreste se consideran zonas de alto y muy alto riesgo, tanto por su población de vectores como por ser limítrofes con países donde se han producido brotes de la enfermedad, como Brasil, Paraguay y Bolivia. Problemas como el SIDA, Tuberculosis y Chagas no están ausentes y a estos se suma la transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles que se debe, en parte, a la mayor preponderancia de ciertos factores de riesgo entre los que se destaca el tabaquismo. Este hábito en los hombres de 16 a 64 años supera el 45%.



El presente informe describe en detalle los principales problemas de salud-enfermedad de los últimos años, desagregando los datos según el nivel socioeconómico de las jurisdicciones, al tiempo que plantea qué acciones ha iniciado el Ministerio de Salud de la Nación para disminuir las inequidades horizontales y verticales, de acceso, financiación y tratamiento. Ello implica comprar medicamentos esenciales e insumos críticos en la emergencia, pero también jerarquizar la atención primaria; fortalecer la gestión local; reforzar el sistema de vigilancia, para que brinde información oportuna para la toma de decisiones; prevenir enfermedades y promover la salud.



CONTENIDO

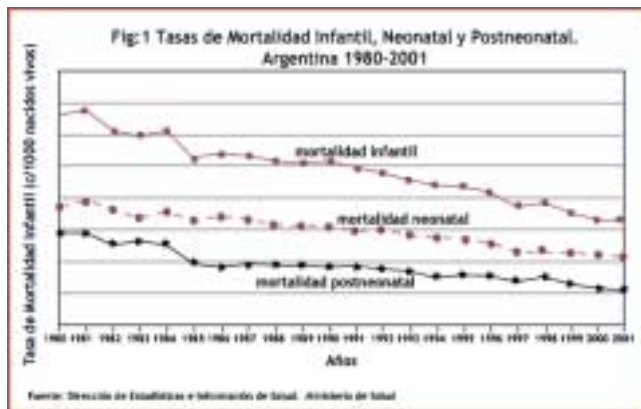
1. LA LUCHA POR NO RETROCEDER..... <pag.4>
2. ¿CUÁNTAS ARGENTINAS? CONDICIONES DE VIDA Y CONDICIONES DE SALUD..... <pag.5>
3. LOS RIESGOS DE VIVIR MÁS..... <pag.10>
4. PERFIL DE LA MORTALIDAD..... <pag.10>
 - 4.1 Mortalidad general y por causas
 - 4.2 Desigualdades en mortalidad
 - 4.2.1 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)
 - 4.2.2 Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP)
 - 4.2.3 Las muertes más injustas
5. HÁBITOS QUE NO PERDONAN..... <pag.18>
6. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES <pag.20>
7. ACCESO A MEDICAMENTOS <pag.24>
 - 7.1 Medicamentos: una política que da sus frutos
 - 7.2 Medicamentos esenciales al alcance de todos
8. SERVICIOS DE SALUD..... <pag.26>
9. RECURSOS HUMANOS EN SALUD <pag.28>



1. La lucha por no retroceder

Durante los últimos veinte años, la salud de los argentinos mejoró notablemente. Ésta es una realidad que surge de la mayoría de los indicadores aceptados en todo el mundo.

En promedio, vivimos más y mejor que antes. La tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, descendió sostenidamente de 25,8 por mil nacidos vivos en 1985 a 16,3 por mil en 2001 (Fig. 1), y la tasa de mortalidad materna decreció un 32% entre 1990 y 2001.



En los últimos 15 años, también disminuyó la incidencia de muertes por enfermedades infectocontagiosas y ha crecido la esperanza de vida, que pasó de 65,4 años para los hombres y 72,1 años para las mujeres en el período 1975-1980, a 68,44 para los hombres y 75,59 para las mujeres en 2001. El promedio para toda la población es hoy de 71,93 años.

Sin embargo, hay datos de la realidad que obligan a ser precavidos. Desde 1998, la economía no pudo salir del estancamiento y la recesión, y las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse. En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, la situación derivó en una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes. Como resultado de todo este proceso, se ha registrado una gran caída de los ingresos reales, y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza (Fig.2) (*Tasa de aglomerados urbanos 1974-2002. Informe Salud, 1 de octubre de 2002, p.1*). Por otra parte, el quintil de población más pobre tiene una participación del 2,7% en el total de ingresos, mientras que dicha participación asciende al 54,3% en el quintil más rico. Esto supone una brecha de 20,4 veces más ingreso, brecha que ha aumentado el 77% en los últimos 5 años (PNUD Argentina. *Aportes para el desarrollo humano 2002*).

La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 33% al 51% desde octubre de 1998 a mayo de 2002, mes en que la pobreza alcanzó el punto más alto y la tasa de empleo el umbral más bajo conocido. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del 9% de la población en octubre de 1998 al 22% en mayo de 2002. Si observamos el problema por regiones, la región del Noreste presenta las tasas más altas de pobreza (70%) e indigencia (39%). Formosa es la provincia con más altas tasas de pobreza e indigencia de todo el país. Como existe una relación directa entre estas circunstancias y la salud de las personas, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es clara y concreta.

Consciente de la gravedad del momento, el Ministerio de Salud de la Nación -codo a codo con los ministerios provinciales- ha encarado una serie de políticas encaminadas a evitar que se revierta la tendencia favorable de los indicadores sanitarios. Éste ha sido el primer gran objetivo del gobierno en materia de salud.



2. ¿Cuántas Argentinas? Condiciones de vida y condiciones de salud¹.

Argentina encaró, a partir de la década del 80, importantes iniciativas destinadas a medir las condiciones de vida de la población². Si bien estos valiosos antecedentes contribuyeron a determinar la población pobre del país, lo cierto es que la falta de una encuesta integral sobre condiciones de vida impedía conocer los diferenciales existentes entre los diversos sectores de la sociedad. Consecuentemente, no era posible conocer aspectos o conductas diferenciales de la población en áreas tales como salud, educación, trabajo, vivienda, vida cotidiana, según su pertenencia a los distintos estratos de ingresos.

¹ Para el análisis de situación de salud se estratificaron las 24 jurisdicciones de Argentina por ingreso *per cápita* en cuatro grupos, del estrato 1, que agrupa a las jurisdicciones con mayor ingreso, al 4 que incluye a las de menor ingreso *per cápita*. Las jurisdicciones agrupadas por estratos se pueden ver en la tabla 8. Esta clasificación se aplica al análisis de mortalidad. Sin embargo los datos proporcionados por SIEMPRO y que se presentan en este apartado son de base familiar, ya que provienen de la Encuesta de Condiciones de Vida, agrupados a su vez en los mismos estratos jurisdiccionales que define el ingreso *per cápita*. De esta forma el análisis se enriquece pues permite observar niveles diferentes de análisis: en condiciones de vida datos de encuestas individuales agrupados por el nivel socioeconómico de la jurisdicción en la que viven y, por otra parte, datos de mortalidad según el estrato a que pertenece la jurisdicción de residencia, sin considerar en nivel socioeconómico individual.

En 1995 se puso en marcha, en el ámbito de la entonces Secretaría de Desarrollo Social, el programa Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), uno de cuyos objetivos fue diseñar e implementar una encuesta destinada a medir diferencias en las condiciones de vida de los distintos estratos socioeconómicos que componen la población y en el acceso de éstos a diversos programas de gobierno.

El primer relevamiento se llevó a cabo en agosto de 1997 y se denominó Encuesta de Desarrollo Social (EDS). El segundo de estos relevamientos se concretó durante el año 2001, denominado esta vez, Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). La misma se realizó por iniciativa del SIEMPRO e INDEC, con la colaboración del Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI). Esta encuesta ha sido concebida como una actividad permanente del Estado³, habiéndose previsto incorporarla al Sistema Nacional de Encuestas a Hogares, cuya ejecución es responsabilidad de INDEC. Se constituirá así, en el tercer componente de dicho Sistema, junto con la EPH y la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHO). Algunos de sus resultados preliminares son los que se comentan a continuación.

En el 2001, un 40% de la población argentina o bien no tenía ingresos o bien eran tan escasos que la ubicaban por debajo de la línea de pobreza⁴. La prevalencia de la pobreza varía entre las jurisdicciones y dentro de ellas. Es así como se puede observar correspondencia entre el ingreso medio *per cápita* -que constituye, precisamente, la medida más ajustada del bienestar de los hogares- y la prevalencia de pobreza en cada grupo de jurisdicciones aquí considerado. Se constata

² En 1984, el INDEC publicó "La Pobreza en la Argentina", donde, a partir de los datos del Censo Nacional de Población de 1980, se determinó por primera vez la cantidad de hogares encuadrados dentro de un nuevo indicador desarrollado al efecto: el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Entre 1987 y 1990 se implementó el Programa *Investigación de Pobreza en la Argentina* (IPA), en cuyo marco se realizaron encuestas cuyos resultados se analizaron a partir de la integración de las dos metodologías de medición: la de NBI y la de Línea de Pobreza (LP). En mayo de 1994 se incluyó en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) el *Módulo para el Monitoreo de las Metas Sociales*.

³ La ECV-2001 releva información sobre las siguientes áreas temáticas: vivienda y medio urbano, características de las familias, aspectos sociodemográficos de la población, cobertura en salud y acceso a sus servicios, comportamientos de la población vinculados con determinados factores de riesgo, salud reproductiva, cuidado de la primera infancia, cobertura educativa y problemas de rendimiento escolar, educación no formal, trabajo e ingresos, trabajo infantil, actividad física y deportiva, vida cotidiana y trabajo voluntario. También se propone recoger información sobre el acceso de la población a programas focalizados en la pobreza, tales como los materno-infantiles y los alimentarios. Al igual que las otras dos encuestas a hogares, también ésta ha utilizado, en las dos ocasiones, el marco de muestreo nacional urbano que diseñó el INDEC en 1994, en base al Censo Nacional de Población de 1991. El universo de la muestra abarca a la población residente en localidades de 5.000 o más habitantes, que representa el 96% de la población urbana del país, y el 83,4% de la población total. La periodicidad prevista para la ECV es de 3 ó 4 años, aunque aún no se encuentra totalmente definida.

⁴ La medición de la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza (LP) busca detectar no sólo a los pobres estructurales, sino también a los crecientes segmentos de población que, como resultado de la crisis en el mercado laboral, o bien no tienen ingresos o los mismos son insuficientes para satisfacer necesidades esenciales que anteriormente podían cubrir. Este método presupone la determinación de una canasta básica de bienes y servicios. Ésta se construyó tomando como base los requerimientos catóricos y proteicos establecidos por la OMS y adecuados a las pautas culturales de consumo vigentes en la región. Una vez fijados los valores monetarios de los productos, se consideraron pobres los hogares con ingresos inferiores al nivel equivalente al doble del costo de la canasta. La duplicación se efectuó considerando la necesidad de atender otras exigencias tales como la salud, la vivienda, la educación y el transporte, de manera tal que el valor simple de dicha canasta marca la *línea de indigencia* y el doble, la *línea de pobreza*.

que las jurisdicciones con menores ingresos medios *per cápita* son las que registran los mayores porcentajes de población pobre.

Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas que se van profundizando con el tiempo -particularmente en la presente crisis en la que la desocupación y los bajos ingresos son fenómenos de larga duración-, extendiéndose desde los aspectos materiales a otras dimensiones sociales.

La dimensión demográfica es una de las más afectadas. La pobreza tampoco se distribuye homogéneamente entre los distintos grupos de edades: más del 40% de la población por debajo de la línea de pobreza tiene menos de 15 años, mientras que tan solo un 5% aproximadamente tiene 65 años y más, abonando la hipótesis que sostiene que los efectos negativos de la globalización se van incorporando a la sociedad a través de las nuevas generaciones.

Ciertamente, la precarización en las condiciones de trabajo y en los ingresos afecta particularmente a la población joven, por cuanto la adulta conserva los derechos adquiridos mientras no pierda la ocupación que

Tabla 1: Distribución de la población por grupos de jurisdicciones agrupadas en estratos según situación de pobreza. Argentina 2001.

Estratos de jurisdicciones	POBLACIÓN		
	total (1)	pobre	no pobre
Total del País	100,0	40,0	60,0
Estrato 4	100,0	58,3	41,7
Estrato 3	100,0	42,1	57,9
Estrato 2	100,0	39,6	60,4
Estrato 1	100,0	21,6	78,4

Fuente: SIEMPRO, Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001. Resultados Preliminares.

(1) Excluye los NS/NR Ingreso.

Tabla 2: Distribución de la población por jurisdicciones agrupadas en estratos socioeconómicos, según cantidad media de hijos nacidos vivos, grupos de edad y situación de pobreza. Argentina 2001.

Estratos de Jurisdicciones	Cantidad de hijos nacidos vivos al final de la vida fértil (1)			Porcentaje de población menor de 15 años			Porcentaje de población de 65 años		
	total de mujeres (2)	mujeres pobres	mujeres no pobres	total (1)	pobre	no pobre	total (1)	pobre	no pobre
Total del País	3,0	4,0	2,5	30,3	42,2	24,6	9,3	4,7	12,9
Estrato 4	3,8	4,8	2,8	37,2	45,3	28,1	5,7	3,6	8,9
Estrato 3	2,9	3,5	2,5	31,2	41,8	25,2	9,2	4,4	12,6
Estrato 2	3,0	3,8	2,6	30,0	41,6	24,8	9,2	4,7	12,9
Estrato 1	2,3	3,2	2,1	24,6	40,3	21,7	13,0	8,3	15,5

Fuente: SIEMPRO: Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001. Resultados Preliminares.

(1) Cantidad promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 45 a 49 años.

(2) Incluye los NS/NR Ingreso.

tenía antes de la introducción de las reformas tendientes a modificarlos.

Pero también se constata que la desigualdad social se plasma en comportamientos demográficos diferenciados en los sectores pobres y no pobres.

En general, la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza es joven y cuenta con un alto potencial de crecimiento demográfico, mientras que la población con altos

ingresos es más vieja y no se reproduce a la misma velocidad que aquella⁵.

Quizás el aspecto más evidente de las restricciones materiales que padece la población pobre estén relacionadas con la vivienda y el acceso a servicios públicos básicos. Es conocida la estrecha relación existente entre estado de salud y acceso a servicios de provisión de agua y eliminación de excretas por red pública. En este sentido se constata que el 90% de las viviendas de las áreas urbanas de Argentina cuenta con provisión de agua por cañería en el interior de las mismas (*Tabla 3*). En los sectores con menores recursos, sólo el 76% de las viviendas se encuentra en las mismas condiciones. La situación respecto a la eliminación de las excretas es aún más deficitaria: el 60% del total de viviendas cuenta con desagüe de inodoro a red pública; en los sectores pobres la cifra baja al 41%.

Otra dimensión que también tiene efectos en el campo de la salud se vincula con el nivel educativo de la población. El mayor nivel educativo contribuye a mejorar la atención y cuidado de la salud de la familia, tiende a evitar la maternidad y paternidad adolescentes, y también se encuentra asociado a mayores intervalos en el nacimiento de los hijos⁶.

Existe una clara asociación entre el nivel educativo y el nivel de ingresos per cápita: a mayor cantidad de años de escolaridad corresponde mayor nivel de ingreso medio per cápita. Uno de los aspectos donde se profundiza la brecha entre pobres y pudientes es a partir del acceso al nivel secundario.

Tomando en cuenta el alto porcentaje de alfabetización existente en Argentina, puede inferirse que en los hogares pobres predomina la población que, o bien ha finalizado el ciclo primario, o bien no ha completado el nivel básico de enseñanza.



En el campo de la atención de la salud, uno de los aspectos en que el menor nivel educativo tiene mayor relevancia es en el de los comportamientos preventivos de la población.

Esto se refleja, por ejemplo, en la proporción de mujeres de 25 años y más que no consultaron al ginecólogo en los 12 meses anteriores a la fecha de la encuesta. Se constata que en el total, un poco más de la mitad no lo ha hecho (*Tabla 4*).

Cabe destacar aquí las marcadas diferencias que se registran entre estratos. Particularmente el Estrato 1, donde la proporción de mujeres que no consultaron al ginecólogo en el último año es marcadamente inferior al promedio del país. Esta diferencia se origina en particular por el comportamiento de las mujeres pudientes, que manifiestan un comportamiento marcadamente diferencial respecto de las restantes mujeres no pobres del país.

Tabla 3: Provisión de agua y desagüe de inodoro a red pública por jurisdicciones agrupadas en estratos socioeconómicos, según situación de pobreza. Argentina 2001.

Estratos de Jurisdicciones	Viviendas con provisión de agua por cubierta			Viviendas con desagüe de inodoro a red pública		
	% en el total de viviendas (1)	% en el total de viviendas pobres	% en el total de viviendas no pobres	% en el total de viviendas (1)	% en el total de viviendas pobres	% en el total de viviendas no pobres
Total del País	90,8	76,3	96,1	60,2	40,9	67,2
Estrato 4	78,1	61,9	91,0	56,2	48,8	61,9
Estrato 3	91,9	81,3	96,1	57,0	40,7	63,5
Estrato 2	90,5	76,5	95,7	51,3	32,0	58,6
Estrato 1	98,4	92,8	99,1	95,5	89,0	96,6

Fuente: SIEMPRO: Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001. Resultados Preliminares.
(1) Incluye los NS/NR ingreso.

Tabla 4: Población de 25 años y más por jurisdicciones agrupadas en estratos socioeconómicos, según máximo nivel educativo alcanzado. Argentina 2001.

Estratos de Jurisdicciones	Porcentaje de población mayor de 25 años con nivel secundario completo y más		
	total(1) de 25 años y más	pobre de 25 años y más(1)	no pobre de 25 años y más(1)
Total del País	36,8	15,5	43,4
Estrato 4	33,4	16,3	47,1
Estrato 3	36,9	15,9	45,8
Estrato 2	32,8	13,5	38,0
Estrato 1	53,8	27,7	55,7

Fuente: SIEMPRO: Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001. Resultados Preliminares.
(1) Excluye los NS/NR nivel educativo.

Tabla 5: Mujeres de 25 años y más que no consultaron al ginecólogo en el último año, por jurisdicciones agrupadas en estratos socioeconómicos. Argentina 2001.

Estratos de Jurisdicciones	Mujeres de 25 años y más que no consultaron al ginecólogo en el último año(1), sobre:		
	total de mujeres de 25 años y más(2)	mujeres pobres de 25 años y más	mujeres no pobres de 25 años y más
Total del País	53,4	59,4	51,9
Estrato 4	59,5	63,5	57,1
Estrato 3	56,8	58,6	55,8
Estrato 2	54,1	59,0	53,4
Estrato 1	43,5	55,6	41,8

Fuente: SIEMPRO: Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001. Resultados Preliminares.
(1) Incluye a las mujeres que nunca realizaron una consulta ginecológica.
(2) Incluye los NS/NR ingreso.

⁵ Ver SIEMPRO, Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida, N° 4 A, Mabel Ariño, *Las Familias*, Buenos Aires, Abril 2001, (www.siempro.gov.ar). Allí se sostiene que el crecimiento demográfico es resultado de la confluencia de dos ciclos de vida: el de las familias pobres, que inician la vida en pareja a edades más tempranas, tienen hijos a edades más tempranas, y los tienen en mayor cantidad, muriendo también más jóvenes. Por el contrario, el ciclo de vida de las familias no pobres se caracteriza porque los hijos permanecen hasta edades más avanzadas en la casa paterna, donde continúan estudiando o se incorporan al mercado de trabajo para iniciar su carrera laboral sin conformar uniones conyugales; y cuando lo hacen, demoran la llegada de los hijos buscando primero consolidarse económicamente.

⁶ Ver SIEMPRO, Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida N° /, María E. Rosas, *Educación y desigualdad: la distribución de los recursos educativos en hogares y población*, Buenos Aires, Abril 2001, (www.siempro.gov.ar).



3. Los riesgos de vivir más

Argentina es un país con expectativa de vida en aumento y población cada vez más envejecida, donde la mayor proporción de muertes se debe a enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardiopatías y el cáncer. Esto encaja en lo que se denomina *transición epidemiológica*, un fenómeno propio de los países donde mejora el nivel de vida de algunos sectores de la población y las enfermedades crónicas empiezan a tener un peso mayor que las transmisibles.

En Argentina 6 de cada 10 muertes ocurren por problemas cardiovasculares, tumores o causas externas (accidentes, suicidios, muertes violentas). En 2001, las enfermedades cardiovasculares provocaron la muerte de 249,98 personas cada 100.000 habitantes, siendo la principal causa de muerte, seguidas por el cáncer, las infecciones y las causas externas.

Además, las ENT tienen un impacto considerable en la mortalidad prematura, definida como la que ocurre antes de los 70 años. En ese sentido, las enfermedades crónicas y las causas externas representan el 50% del total de los años de vida potencial perdidos.

A su vez, el envejecimiento paulatino de la población aumenta el gasto en salud. Con la edad, la gente demanda más servicios y medicamentos.

4. Perfil de la mortalidad⁷

4.1 Mortalidad general y por causas

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

La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas fue de 72,71 x 100.000 hbts en hombres y de 66,23 en mujeres. También fue mayor la mortalidad por tumores, cardiovasculares y causas externas en los hombres que en las mujeres. Estas diferencias de mortalidad entre sexos se acrecientan al ajustar las tasas por edad (*Tabla 6*).

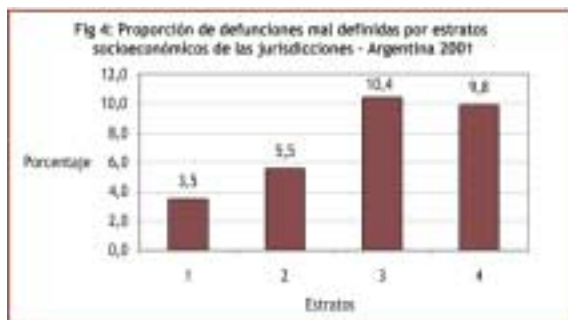
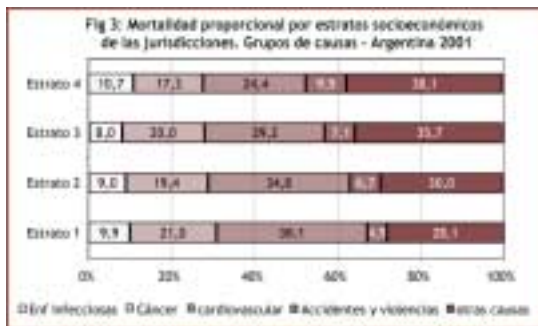
4.2 Desigualdades en mortalidad

Mortalidad Proporcional

Tabla 6: Tasas de mortalidad brutas y ajustadas, según grandes grupos de causas y sexo. Argentina 2001.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada
Infecciosas	72,71	86,20	66,23	57,11	69,42	69,51
Tumores	163,38	189,80	134,02	119,87	148,50	148,68
Cardiovasculares	261,23	312,99	238,97	201,81	249,98	250,35
Causa externa	79,98	82,42	24,54	23,43	51,75	51,77

Los perfiles de mortalidad son diferentes según los estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. Así vemos (Fig.3) que las enfermedades cardiovasculares ocasionan el 36,1% de las muertes en las jurisdicciones de más alto nivel, mientras que en las del estrato 4 sólo ocasionan el 24,4% de las defunciones. Dirección Inversa presenta la mortalidad por causas externas (4,9% en el estrato 1 frente a 9,5 % en el 4) . El porcentaje de causas mal definidas es mayor en los estratos 3 y 4 que en los 1 y 2 (Fig.4).



4.2.1 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Las diferencias en las tasas de AVPP entre las jurisdicciones en estratos socioeconómicos son importantes. Mientras en las jurisdicciones del estrato

1 la tasa es de 43,38 x 10.000 hbts en las del estrato 4 alcanza 54,11 x 10.000 hbts. (Tabla 7 y Fig.5). Esta diferencia es mayor entre las mujeres de los estratos extremos. Al ajustar estas tasas por edad, las diferencias observadas en las tasas brutas se acrecientan en ambos sexos y en el total.

⁷ Para el análisis de situación de salud se estratificaron las 24 jurisdicciones de Argentina por ingreso *per cápita* en cuatro grupos, del estrato 1, que agrupa a las jurisdicciones con mayor ingreso, al 4 que incluye a las de menor ingreso *per cápita*. Las jurisdicciones agrupadas por estratos se pueden ver en la tabla 8. Esta clasificación se aplica al análisis de mortalidad de este apartado. Sin embargo los datos proporcionados por SIEMPRO y que se presentan en el apartado de "Condiciones de vida y condiciones de salud" son de base familiar, ya que provienen de la Encuesta de Condiciones de Vida, agrupados a su vez en los mismos estratos jurisdiccionales que define el ingreso *per cápita*. De esta forma el análisis se enriquece pues permite observar niveles diferentes de análisis: en condiciones de vida datos de encuestas individuales agrupados por el nivel socioeconómico de la jurisdicción en la que viven y, por otra parte, datos de mortalidad según el estrato a que pertenezca la jurisdicción de residencia, sin considerar en nivel socioeconómico individual.

Tabla 7: Tasas de AVPP brutas y ajustadas por edad, por jurisdicciones agrupadas en estratos socioeconómicos, por 10.000 habitantes. Argentina 2001.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Tasa bruta	Tasa ajustada*	Tasa bruta	Tasa ajustada*	Tasa bruta	Tasa ajustada*
	AVPP	AVPP	AVPP	AVPP	AVPP	AVPP
Estrato 1	61,34	59,81	35,02	34,24	43,38	41,80
Estrato 2	61,63	61,46	30,90	30,40	45,21	44,80
Estrato 3	63,02	64,02	38,03	38,10	47,69	48,12
Estrato 4	69,62	73,20	45,89	47,25	54,11	56,64

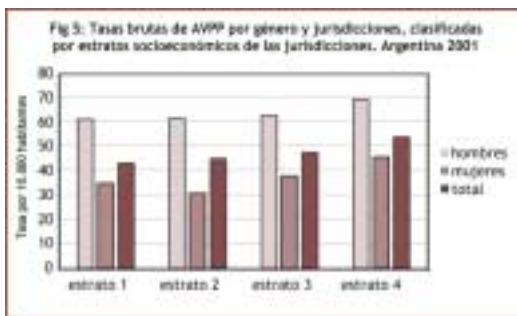
Tasas Ajustadas por el método directo. Población estándar. Argentina 2000

4.2.2 Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP)

Este método de análisis permite cuantificar cuanto aporta cada causa o grupo de causas y a qué edades para que la población en su conjunto no alcance una determinada esperanza de vida, en este caso 80 años (ver nota técnica)⁸.

En los hombres, la esperanza de vida temporaria entre 0 y 80 años fue de 70,04 en el estrato 1 y de 67,86 en el 4. Las enfermedades infecciosas supusieron un 8,31% del total de AEVP en el estrato 1 (0,83 años) frente al 9,96% en el 4 (1,21 años). Sin embargo, como puede observarse en la Fig. 6, en los tumores se invierte la situación presentando en el estrato 1 un 22,18% del total de AEVP (2,21 años) frente al 14,63% en el 4 (1,78 años).

Entre las mujeres la esperanza de vida temporaria entre 0 y 80 años fue de 74,72 en el estrato 1 y de 72,03 en el 4. Las enfermedades infecciosas totalizan casi el doble de AEVP en las mujeres que viven en las jurisdicciones agrupadas en el estrato 4 que en las que viven en las del estrato 1: 0,82 frente a 0,46, (Fig.7). Situación similar

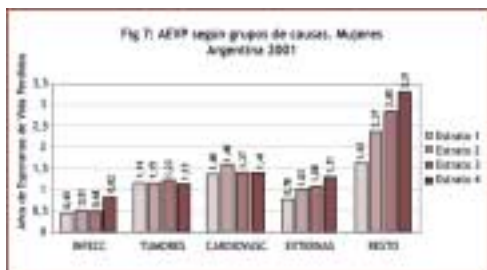
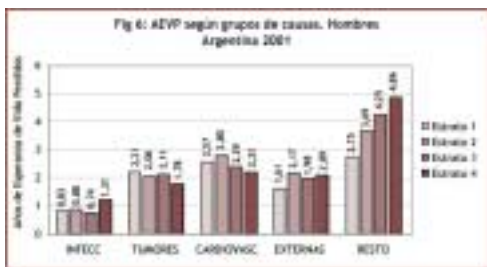


ocurre con las causas externas que contribuyen a una pérdida del 16,44% de AEVP en el estrato más pobre (1,31 años) frente al 14,45% en el de mayor nivel de ingreso (0,78 años). Sin embargo las pérdidas de años de esperanza de vida por tumores son homogéneas entre los estratos.

Tanto en hombres como en mujeres las causas que ocasionan más pérdidas de años de esperanza de vida son las cardiovasculares y esto ocurre en todos los estratos. El peso porcentual de este grupo

⁸ Años de Esperanza de Vida Perdidos: corresponden a la diferencia entre la esperanza de vida máxima biológicamente alcanzable y la actualmente alcanzada. La contribución en AEVP de cada causa de muerte refleja el nivel de la mortalidad por dicha causa (i.e., la cantidad de años de esperanza de vida que podrían ganarse si se redujera la mortalidad por dicha causa). Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 587, Vol I, 2002.

Nota: En dicha publicación se presenta el límite de 85 años como vida máxima biológicamente alcanzable, mientras que el presente informe utiliza, debido a la disponibilidad de datos, el límite de 80. Esta diferencia afectaría a comparaciones entre las publicaciones pero no a las conclusiones obtenidas en cada una de ellas. El método fue desarrollado por: Arriaga E. Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de Población* 1996;24(63):7-38.



de enfermedades disminuye progresivamente del estrato 1 al 4, tanto en hombres como en mujeres.

4.2.3 Las muertes más injustas

La tasa de mortalidad infantil en 2001 fue de 16,3 muertes por 1000 nacidos vivos y mantiene el ligero



d e s c e n s o observado desde principios de los años 80. Ahora bien, se manifiestan importantes diferencias entre jurisdicciones y entre estratos de éstas. Así, la tasa en la ciudad

autónoma de Buenos Aires fue de 9,6 mientras en Tucumán llegó a 24,5 y en Formosa a 28,9 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos (Tabla 8). En la misma tabla se presenta la tasa de defunciones maternas por cada 10.000 nacidos vivos, donde se observa una tasa para todo el país de 4,3 que varía entre el 0,9 de capital federal al 19,7 de Jujuy.

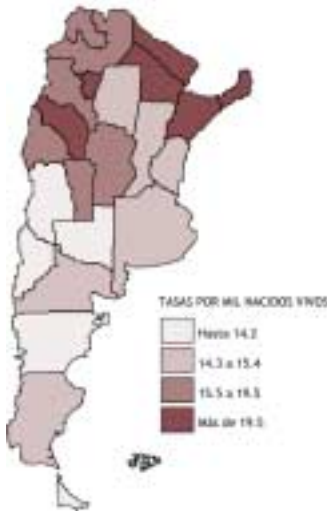
Tabla 8: Tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos y maternas por 10.000 nacidos vivos, según provincia y estrato.

DIVISION POLITICO TERRITORIAL DE RESIDENCIA	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1.000 N.V.	TASA DE MORTALIDAD MATERNA X 10.000 N.V.
REPÚBLICA ARGENTINA	16,3	4,3
Estrato 1		
Ciudad Aut. de Buenos Aires	9,6	0,9
Chubut	13,1	1,4
La Pampa	12,4	2,5
Mendoza	13,0	1,0
Santa Cruz	14,5	7,1
Tierra del Fuego	10,1	-
Total	10,9	1,9
Estrato 2		
Buenos Aires	15,0	2,1
Cataratas	15,5	1,7
Córdoba	16,2	2,4
Mendoza	12,1	3,9
San Luis	17,8	6,0
Río Negro	14,7	3,6
Total	15,0	3,5
Estrato 3		
La Rioja	23,5	3,4
Santa Fe	14,3	4,7
Entre Ríos	14,9	5,2
Tucumán	24,5	9,8
San Juan	18,8	8,7
Santiago del Estero	14,5	7,1
Total	17,4	6,6
Estrato 4		
Corrientes	23,5	6,4
Chaco	24,0	10,9
Formosa	28,9	13,9
Jujuy	19,4	19,7
Misiones	19,6	5,3
Salta	19,1	6,2
Total	21,7	10,0

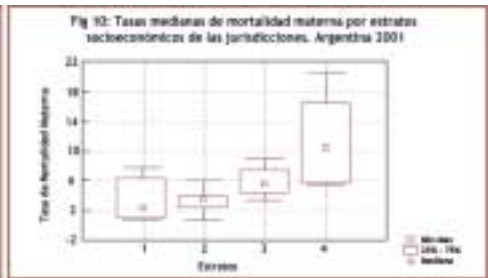
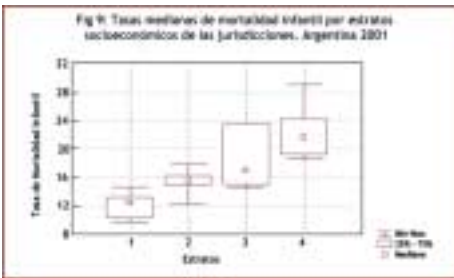
Hay que destacar que la razón entre la mortalidad infantil en las jurisdicciones menos favorecidas y las de mejor nivel socioeconómico es de 2. La razón de mortalidad materna entre dichos grupos de jurisdicciones asciende a 5,3.



Figura 8: Tasas de Mortalidad Infantil según madre de la madre. Argentina 2001.



En las Fig.9 y 10 se representan las tasas medianas de cada estrato con los valores mínimos y máximos y el rango entre cuartiles superior e inferior (los bordes superior e inferior de la caja), que abarca el 50% de las jurisdicciones del estrato, tanto para la mortalidad infantil como para la materna. Ambas ponen de manifiesto la fuerte desigualdad existente entre las distintas jurisdicciones y, en general, mayor dispersión entre las jurisdicciones de los estratos 3 y 4.



Otros modos de medir y representar la desigualdad son el índice de Gini y la curva de Lorenz⁹ (Fig.11 y 12). Es mayor la desigualdad en la distribución de la mortalidad materna que en la infantil, con coeficientes de Gini de 0,401 y 0,122 respectivamente.



⁹ La curva de Lorenz y el coeficiente de Gini, aplicados a la distribución de la mortalidad infantil y materna, miden el grado de desigualdad en la distribución de dichos indicadores. En el eje de las "X" se representa al 100% de los nacidos vivos y en el eje de las "Y" al 100% de las defunciones infantiles o maternas según el caso. Las curvas representan la acumulación de nacimientos y defunciones con los aportes de cada una de las 24 jurisdicciones, representadas por los intervalos entre punto y punto. La curva de Lorenz se construye ordenando a las jurisdicciones según sus tasas de mortalidad de mayor a menor. El coeficiente de Gini representa la superficie delimitada por la curva y la diagonal. Cuanto mayor sea esta superficie, mayor será la inequidad de la distribución del indicador que se está midiendo. Interpretación de la curva de Lorenz: observe el gráfico de mortalidad materna; del 100% de los nacimientos, el 40% (0,4 eje X) que ocurre en las provincias con peores tasas de mortalidad materna genera el 70% (0,7 eje Y) de las muertes maternas.

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

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

En este sentido, uno de los indicadores más preocupantes es el aumento de los casos de sífilis congénita en los últimos 5 años, especialmente en las provincias de Salta y Misiones. En todo el país, se pasó de 210 casos en 1998 a 699 en 2002, lo que expone serias falencias en el control prenatal. El Ministerio de Salud está coordinando con los programas de salud materno-infantil y VIH/SIDA acciones tendientes a mejorar el control de las enfermedades de transmisión congénitas en los recién nacidos, intensificando el monitoreo por tamizaje serológico, el tratamiento oportuno para prevenir el contagio del recién nacido y el estudio de los casos en terreno.

También es motivo de inquietud la persistencia de las tasas de diarrea en menores de 5 años desde 1998, ya que esto indicaría que las medidas de prevención han tenido poco impacto.

La situación de salud de la infancia se vincula fuertemente con las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud de calidad. Por ello, el Ministerio de Salud puso en marcha durante 2002 una serie de medidas con el objetivo de evitar el aumento de los índices de mortalidad materno-infantil y de revertir la profunda inequidad entre regiones y sectores socioeconómicos.

Entre otras iniciativas, se destacan las siguientes:

a. Distribución de leche fortificada

Durante el último cuatrimestre de 2002, se logró una cobertura del 100% de las provincias en la entrega de leche en polvo fortificada con hierro, zinc y vitamina C, especialmente formulada para disminuir la incidencia de la anemia por deficiencia de hierro, y contribuir a prevenirla. La población meta definida supone el 80% de las embarazadas y los niños menores de 2 años atendidos en el sector público, más el 100% de los desnutridos. A fines de 2002, había 1.300.000 personas dentro de estos grupos.

b. Vigilancia de la desnutrición infantil

Una preocupación central, ante el aumento de la pobreza, es la desnutrición infantil. Se ha puesto en marcha, desde el nivel nacional y jurisdiccional, un sistema de vigilancia de indicadores específicos para contar, de manera rápida y oportuna, con un

¹⁰ Mortalidad infantil 1990-2000. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud, noviembre 2002.

cuadro de la desnutrición y otros problemas que afectan a la madre y al niño, como diarrea y enfermedades respiratorias agudas. En esta línea, se está desarrollando (octubre 2002 - marzo 2003) la segunda encuesta antropométrica en menores de 6 años bajo programa materno infantil, que permitirá el diagnóstico de la situación nutricional de la población de niños que demandan al sistema público de salud. Dado que se realiza con igual metodología que la primera encuesta (1995 - 1996), se podrán evaluar los cambios ocurridos en los últimos 6 años.

Por otra parte, se está planificando para este año la encuesta nacional de nutrición y salud (ENNyS) que permitirá contar con el diagnóstico completo de la situación nutricional de la población menor de 6 años y mujeres de 10 a 49 años de edad en todo el país.

c. Programas Materno-Infantil y Remediar

El Ministerio de Salud reasignó fondos de distintos programas para atender los aspectos más acuciantes de la emergencia sanitaria como la compra de medicamentos destinados al área materno-infantil, que se están distribuyendo en todo el país por el Programa Materno-Infantil de la cartera de salud.

A su vez, el vademécum provisto por el programa Remediar está integrado por medicamentos adecuados y de uso más frecuente en las consultas de atención primaria para

tratar los problemas de la maternidad y la infancia.

d. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Una tercera parte de las muertes maternas producidas en Argentina en el año 2001 ocurrieron como consecuencia de un aborto practicado sobre un embarazo no deseado, si bien, se estima que esa proporción puede alcanzar a la mitad de las defunciones producidas.

Según estimaciones del Ministerio de Salud, el número de abortos provocados aumentó a más de medio millón por año. Esta práctica se realiza cada vez en peores condiciones: las tasas de internación hospitalaria por complicaciones de abortos crecieron el 46% entre 1995 y 2000, con picos superiores al 100% en algunas jurisdicciones.

En el año 2001, una sexta parte de las mujeres que fueron madres tenían entre 10 y 19 años. Los niños nacidos de madres adolescentes tienen una probabilidad doble de morir que los niños hijos de madres mayores de 20 años.

Ante esta situación, la Ley Nacional 25.673/03 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Por este programa, el Ministerio de Salud de la Nación impulsará la creación e implementación de iniciativas jurisdiccionales análogas. Para ello, distribuirá gratuitamente insumos de tecnología anticonceptiva (preservativos,

dispositivos intrauterinos y anticonceptivos orales combinados e inyectables), destinados al sector público en las jurisdicciones que tienen programas o leyes de salud reproductiva.

e. Mayor cobertura por inmunizaciones

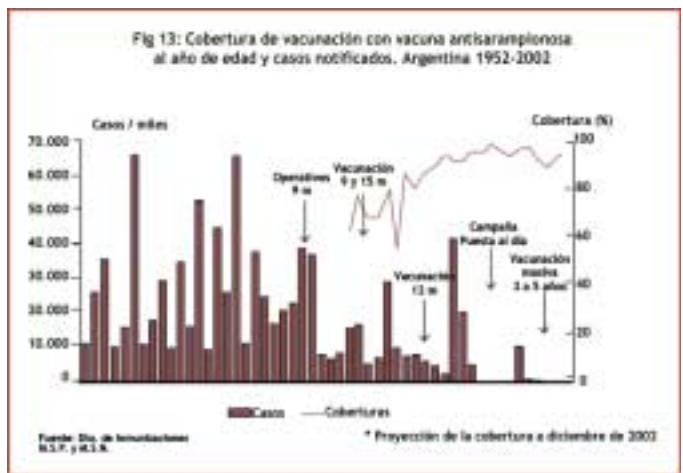
Muchas enfermedades de la infancia son inmunoprevenibles. Esto quiere decir, que la vacunación es indispensable, un piso mínimo indiscutible. Por ello, se está garantizando la disponibilidad de vacunas contra patologías virales (sarampión, rubéola, parotiditis) y bacterianas (difteria, coqueluche, tétanos y haemophilus b, que es el agente causal de ese tipo de meningitis).

En 2002 se hizo una campaña de inmunización antisarampionosa y se normalizó el suministro de vacunas para el calendario regular, con lo que se alcanzó una cobertura cercana al 87%.

En 2003 se espera alcanzar una cobertura del 95% en municipios críticos. Los últimos casos de sarampión notificados en el país ocurrieron en 2000.

Paralelamente, ha comenzado la vigilancia integrada de sarampión

y rubéola. Esto quiere decir que, ante toda enfermedad con erupción y fiebre, se hace un análisis de laboratorio para determinar si es sarampión, rubéola, o bien otra virosis. Asimismo, comenzará a funcionar en breve un sistema de registro para la detección de casos de rubéola congénita, con el fin de lograr un control oportuno de la enfermedad. Esta política va acompañada de un cambio en la estrategia de inmunización, ya que se indicará vacuna doble viral (sarampión-rubéola) a todas



las mujeres en el post-parto o post-aborto inmediato, para asegurar su protección en futuros embarazos.

Asimismo, la inclusión en el calendario regular de la vacuna anti haemophilus influenza b, ha permitido reducir los casos de este tipo de meningitis en forma consistente, desde 1999 y hasta 2002 inclusive.

Para el corriente año, se prevé un cambio en el calendario regular, con

el fin de incluir la vacunación anti-hepatitis B en adolescentes, ya que se trata de la población más vulnerable a la transmisión por vía sexual. También se incluirá vacunación con triple viral en preadolescentes.

f. Unidades centinela

En septiembre de 2002, el Ministerio de Salud de la Nación, junto con los ministerios provinciales, implementó un sistema de vigilancia de eventos seleccionados sobre salud materno-infantil, como desnutrición, mortalidad, diarrea y neumonía, entre otros. Este sistema constituirá un insumo importante para la toma de decisiones oportunas.

g. Programa sobre infecciones respiratorias agudas

Se está implementando un programa pediátrico para la prevención y el control de infecciones respiratorias agudas (IRA), con una estrategia de hospitalización abreviada para el síndrome bronquial obstructivo (SBO), con asistencia técnica, capacitación y provisión de medicamentos e insumos.

h. Estudio de la mortalidad materna e infantil

En el marco de la resolución ministerial N° 746 (Estudio de la mortalidad materna e infantil) se está analizando la calidad de la atención mediante el seguimiento de las muertes maternas e infantiles por parte de comisiones locales, provinciales y nacional.

i. Fortalecimiento de estadísticas de salud

Desde noviembre de 2001 se está ejecutando el proyecto de fortalecimiento de estadísticas de salud, con el objetivo de mejorar la oportunidad y calidad de la información. Hasta el momento se logró recuperar en plataforma operable los archivos históricos (series 1980 - 1999), equipar con hardware y software a la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, dotar a las 10 provincias de la zona norte e iniciar la reformulación conceptual y metodológica de los subsistemas del programa nacional de estadísticas de salud.

5. Hábitos que no perdonan

La transición epidemiológica hacia las enfermedades no trasmisibles se debe, en parte, a la mayor preponderancia de ciertos factores de riesgo, que en el caso de Argentina tienen una elevada prevalencia. **Entre ellos se destaca claramente el tabaquismo que**, según datos del Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Adictivas llevado a cabo en 1999 por la Subsecretaría Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas, alcanzó una prevalencia del 45,6% en hombres de 16 a 64 años y de 34,4% en mujeres de la misma edad. En la población de más de 65 años esta proporción alcanzó el 36,2% en hombres y el 20,1% en mujeres.

Recientemente, el Ministerio de Salud ha completado una encuesta sobre tabaquismo en adolescentes, que se llevó a cabo en escuelas de las cinco ciudades más pobladas del país, y cuyos resultados preliminares muestran que 6 de cada 10 adolescentes han probado el cigarrillo alguna vez, 2 de cada 10 fuman habitualmente, y la edad de inicio es cada vez más temprana.

En el informe de la salud 2002 de la Organización Mundial de la Salud se analiza la carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad atribuible a los riesgos más importantes para la salud humana. Se identificaron los 10 principales riesgos, a nivel mundial y regional. Se desprende de este informe que un número relativamente pequeño de riesgos da lugar a una carga muy importante enfermedad mundial (el 47% de las muertes a nivel mundial se debe a 20 factores de riesgo).

En el grupo de países en que se integra Argentina (países en vías de desarrollo con bajo nivel de mortalidad) los primeros 7 factores de riesgo representan el 25% de la carga de



enfermedad regional. En orden de frecuencia los más relevantes son: alcohol, hipertensión arterial, tabaco, bajo peso, sobrepeso, colesterol, bajo consumo de frutas y hortalizas. En esta región, caracterizada por la doble carga de enfermedad, donde conviven las enfermedades no transmisibles con las

emergentes, se manifiesta también la paradoja de la coexistencia de factores de riesgo tales como sobrepeso por un lado e bajo peso por el otro.

A partir de estos datos, se le ha dado gran relevancia a la **promoción de hábitos saludables**. En particular, se han impulsado programas de municipios saludables, varios de ellos en el norte del país. Asimismo, se han implementado campañas destinadas a desvincular el tabaco del deporte y a fomentar entornos saludables con protección del fumador pasivo.

Hay evidencia suficiente de que se puede reducir la mortalidad por enfermedades crónicas al tratar estos factores de riesgo, fundamentalmente mediante la prevención y la promoción de la salud. Para ello es imprescindible contar con **información confiable y sistemática, que permita focalizar las intervenciones y evaluar sus resultados**. Con tal fin, se está diseñando un sistema de vigilancia específico de las enfermedades crónicas, que incluye instrumentos como registros de tumores y encuestas de factores de riesgo.

6. Enfermedades transmisibles

Más allá del claro predominio de las enfermedades no transmisibles en la mortalidad, la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo.

Las infecciones emergentes han sido definidas como "enfermedades de origen infeccioso cuya incidencia en humanos se ha incrementado en las últimas dos décadas o tienden a incrementarse en el futuro cercano". La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expresado que "representan un riesgo global que requiere de la coordinación mundial para su respuesta".

Algunas de estas enfermedades, como el hantavirus, la leishmaniasis e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, con el descuido en los hábitos alimentarios. Todas, en general, ponen de manifiesto una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población. Lo mismo se deduce del aumento de los casos de tuberculosis en algunas jurisdicciones; del incremento del 33% en las hepatitis de 2001 a 2002 en el Noreste, y del 68% que aumentaron los casos de diarrea, durante el mismo lapso, en el Noroeste del país. Como se puede ver, las enfermedades transmisibles hablan en voz alta un lenguaje común: el de la inequidad.

a. Dengue

El mosquito vector -*Aedes aegypti*- está presente en 17 de las 24 jurisdicciones. A su vez, 117 municipios del Norte y Noreste son considerados como zonas de alto y muy alto riesgo, tanto por su población de vectores como por ser limítrofes con países donde se han producido brotes de la enfermedad, como Brasil, Paraguay y Bolivia. Se diagnosticaron casos autóctonos entre 1998 y 2002 en Misiones, Formosa y Salta.

En 2002, el Ministerio de Salud elaboró un plan de contingencia para 23 localidades de muy alto riesgo, con

2.500.000 personas expuestas. El trabajo se hizo en común con las autoridades sanitarias provinciales y municipales, y se puso énfasis en el rociado aéreo, en el ordenamiento del medio ambiente y en la creación de una conciencia de autocuidado hogareño y comunitario.

Los índices vectoriales fueron reducidos significativamente y las localidades fronterizas se mantuvieron sin casos autóctonos. En Salta no se logró evitar el brote, pero éste fue de magnitud muy inferior al ocurrido en San José de Pocitos y Yacuiba, localidades limítrofes en Bolivia.



Desde enero de 2003 se están reforzando las actividades con una campaña complementaria, destinada a prevenir el dengue en las zonas de mediano riesgo y el dengue hemorrágico en las más expuestas. Al no existir vacuna para esta enfermedad, los esfuerzos deben concentrarse en la prevención y la educación de la comunidad.

Se incrementaron las líneas de cooperación con países limítrofes que padecieron brotes de dengue en los últimos meses, con el objetivo de coordinar acciones de prevención y preparar los servicios de salud ante una eventual aparición de casos en el país.

b. Fiebre amarilla

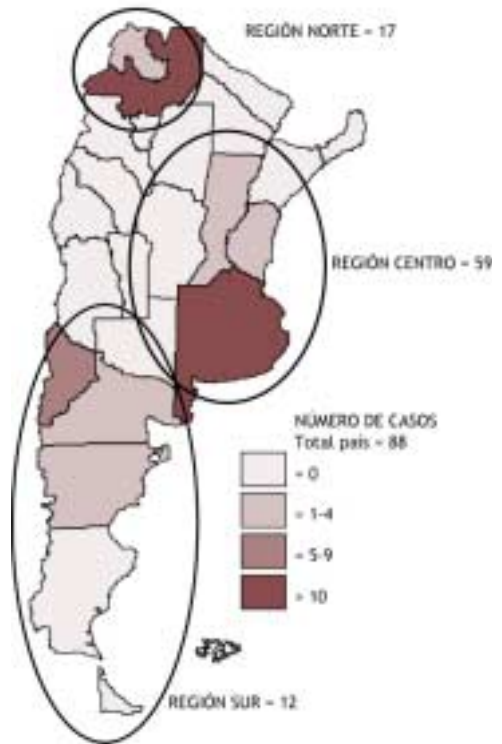
La fiebre amarilla no se ha reinstalado en Argentina, pero la amenaza es real, y por ello se está vacunando preventivamente a los pobladores del Noreste y Noroeste, e incluso a quienes viajan a zonas de riesgo, siguiendo recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

c. Hantavirus

El hantavirus registró uno de los cambios más notables en 2002, ya que no sólo se incrementaron los casos luego de dos años en baja, sino que el 68% de las nuevas notificaciones se originó en la región Centro y, particularmente, en áreas rurales aisladas o próximas a centros urbanos de la provincia de Buenos Aires. Aún se están analizando las causas de este incremento (Fig. 14).

Ocho de cada diez casos se dan

Figura 14: Hantavirus. Casos notificados por jurisdicciones, Argentina 2002



en varones, lo que se explicaría por el mayor riesgo de infectarse en el ámbito laboral, fundamentalmente en áreas rurales y desmontes.

La tasa de letalidad disminuyó del 48% al comienzo de la epidemia, en 1995, al 17% en 2001, lo que se atribuye fundamentalmente a la mayor destreza en el manejo clínico por parte del personal médico.

El Ministerio de Salud está trabajando con los ministerios provinciales en campañas de educación y de higiene ambiental.

d. Leishmaniasis

Durante 2002 se registró un brote con 818 casos notificados, frente a 147 de 2001. La transmisión más importante ocurrió en un área selvática afectada por la deforestación, en la provincia de Formosa, y también en ambientes periurbanos. El Ministerio de Salud está intensificando la vigilancia para la detección precoz de las personas infectadas.

e. VIH-SIDA

En 2001 se notificaron 1.358 casos nuevos de SIDA, un 27% menos que el año anterior. Este descenso es relativo, dado el retraso que existe en la notificación. Lo mismo ocurrió en 2002: se notificaron 536 casos, pero se estima que ocurrieron unos 1.700.

No obstante, hay una disminución de nuevos casos desde 1996, debido a la implementación de la terapia antirretroviral, que prolonga el estadio asintomático de la enfermedad.

En Argentina hay 24.200 personas con tratamientos de VIH/SIDA (aproximadamente, el 0,6 por mil de la población). El 71% de los casos está cubierto por el Ministerio de Salud, a través de un programa nacional que atiende tanto a enfermos de Sida como a infectados con VIH, el 23% se atiende en la seguridad social y el 6% en el sector privado. Los pacientes reciben asistencia con antirretrovirales, y también se cubren las enfermedades marcadoras y los estudios de carga vi-

ral para el seguimiento. En 2002, el Ministerio de Salud asistió a las jurisdicciones con reactivos para bancos de sangre y diagnósticos de embarazadas, CD4 y CD8. En 2003 se firmó el acuerdo con el Fondo Mundial contra la Malaria, el Sida y la Tuberculosis, centrado en la prevención del VIH/Sida y que gestiona un comité coordinador con fuerte presencia de la sociedad civil, ONGs y agencias internacionales.

f. Tuberculosis

La tuberculosis afecta por año a unas 30 personas de cada 100.000 en Argentina, con variaciones muy significativas, que van de 73,5 casos por cada 100.000 en Salta a 6,5 en San Luis. Las tasas de morbilidad descendieron paulatinamente desde 1980 a 2001. La mortalidad cayó aún más, lo que demuestra que el tratamiento estricto reduce la gravedad del mal y contribuye a la sobrevivencia de los pacientes. Un efecto contrario ejerce la emergencia del SIDA.

El Ministerio de Salud promueve el Tratamiento Directamente Observado (TDO), que alcanzó en 2001 una cobertura de 56,5% del total de pacientes tratados. El porcentaje de casos curados o con el tratamiento completo supera el 75,0%. La continuidad de la medicación es fundamental en todos los casos, y por ello ya se ha adquirido, mediante un fondo de emergencia, la totalidad de los remedios para el tratamiento de la TBC durante 2003.

g. Chagas

Argentina está logrando un alto nivel de control del mal de Chagas, lo cual demuestra la importancia de los programas sistemáticos. En 2001 se certificó la interrupción de la transmisión en las provincias de Jujuy, Neuquén, La Pampa y Río Negro. Se espera que lo mismo ocurra en poco tiempo con Catamarca, Salta y Entre Ríos.

En las jurisdicciones que aún tienen transmisión vectorial, los casos notificados se mantienen entre 10 y 20 por año. Durante el 2002 se comenzó a trabajar en la organización de redes sociales en estas áreas rurales, para lograr la vigilancia sostenida con participación comunitaria.



h. Síndrome urémico hemolítico

Argentina tiene la incidencia más alta de síndrome urémico hemolítico en el mundo. En 2001, fue de 10 enfermos por cada 100.000 niños menores de 5 años, grupo en el que ocurre el 95% de los casos. Esta tasa es tres veces superior a la de Estados Unidos, Canadá y Chile. Los niveles más elevados están en las provincias de Buenos Aires y Neuquén, con 20 casos cada 100.000 niños.

El síndrome urémico es la primera causa pediátrica de insuficiencia renal

aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica, responsable del 30% de todos los trasplantes renales en niños y adultos. Una toxina producida por la *Escherichia Coli*, y aislada en la carne vacuna y sus derivados, es la causa de la enfermedad. Argentina tiene niveles de consumo de carne per capita muy elevados y los niños comienzan a comer carne a edad temprana. Se sospecha que hay relación entre el consumo de carne mal cocida y esta enfermedad.

Se han implementado unidades centinela en hospitales, con la colaboración de la OPS y el CDC, para obtener datos que ayuden a establecer el origen de la infección en los niños.

i. Triquinosis

El aumento de la triquinosis de 258 casos en 2001 a 952 en 2002, con brotes en Buenos Aires, La Pampa, Neuquén y Córdoba, está directamente vinculado con la incorrecta alimentación de los animales faenados y la ingesta de productos sin control sanitario. Esto, a su vez, podría ocurrir por el crecimiento de una economía domiciliar de autosubsistencia.

El trabajo conjunto de los municipios y los ministerios de Salud y Asuntos Agrarios de las jurisdicciones en tareas de prevención, control y educación, es esencial para reducir la transmisión.

7. Acceso a Medicamentos

7.1 Medicamentos: una política que da sus frutos

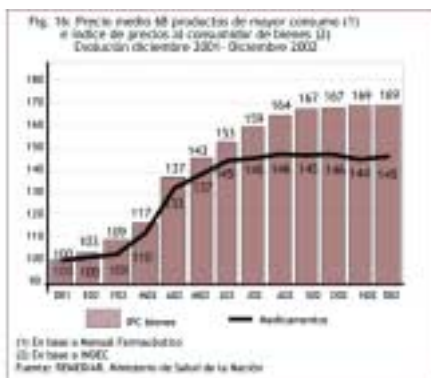
En 2002, Argentina dio un paso fundamental para facilitar el acceso igualitario de la población a medicamentos esenciales en el tratamiento de enfermedades prevalentes.

Mediante una activa política nacional de medicamentos (PNM), se ha comenzado a cerrar la brecha del acceso entre sectores sociales, revirtiendo una tendencia típica de los países en desarrollo, que se agudizó con las estrategias desregulatorias impuestas durante los años 90.

Los precios de los medicamentos crecieron durante la última década muy por encima de la inflación (Fig. 15), y quedaron definitivamente fuera del alcance de vastos sectores a principios de 2002, en medio de una profunda crisis socioeconómica y de nuevos aumentos provocados por el desmoronamiento del

régimen cambiario. En los primeros meses del año, el consumo privado de medicamentos tuvo una caída cercana al 25%. Como consecuencia, hubo un exceso de demanda sobre el sector público y un severo deterioro del acceso a la salud, especialmente por parte de los más pobres.

Afrontando esta crisis terminal, que amenazaba con el colapso de la salud pública en todo el país, el Ministerio de Salud impulsó una política de prescripción por el nombre genérico de las drogas, primero por decreto de emergencia y luego mediante sanción legislativa. Los resultados favorables se vieron casi de inmediato: a partir de junio de 2002, la curva de precios de los medicamentos registra un punto de inflexión. Los precios comenzaron a estabilizarse y, en algunos casos, descendieron por debajo del Índice de Precios al Consumidor (Fig. 16).



El impacto de esta política debe analizarse segmento por segmento. Así, mientras los productos hormonales y para el sistema respiratorio muestran aumentos por encima del IPC, el resto

de los precios evoluciona muy por debajo de la inflación.

Pero la eficacia de la política de prescripción por nombre genérico se nota con mayor claridad en la alta dispersión de precios para los mismos principios activos en idénticas presentaciones. Entre los comprimidos, por ejemplo, hay un total de 51 medicamentos por su nombre genérico y 394 prescripciones posibles. Merced a la PNM, en más de la mitad de esos casos se puede ahorrar no menos del 54%; esto quiere decir que el precio de la alternativa más barata es aproximadamente la mitad o menos que la más cara. En un 20% de los casos, el ahorro es del 118% o mayor.

Ya hay indicios de que esta política es sustentable.

Debido a que los ajustes de precios no han sido homogéneos entre laboratorios, la dispersión de precios no ha disminuido durante 2002, e incluso puede notarse un ligero incremento. La comparación internacional favorece ahora a Argentina, donde los ahorros en medicamentos son superiores al 30% que se ha logrado en otros países donde se optó por incorporar un mercado de genéricos en forma progresiva.

En definitiva, esta política le da poder de elección al paciente y alienta la competencia, favoreciendo el acceso a la salud.

7.2 Medicamentos esenciales al alcance de todos

Otro componente fundamental de la PNM es el Programa Remediar, que comenzó a proveer medicamentos esenciales, en forma gratuita, a 2.000 centros de atención primaria de la salud de todo el país. En la primera etapa del programa, se cubren unos 900 mil tratamientos mensuales.

Esta iniciativa favorece el acceso a la salud de los sectores más desprotegidos y tiene un alto impacto redistributivo. Valorando los medicamentos a precios de mercado, la transferencia fue equivalente a \$12 millones mensuales en noviembre y diciembre de 2002.

Esta cifra representa no menos de un 17% del gasto en medicamentos que realiza la mitad más pobre de la población argentina.



A través de Remediar, el Ministerio de Salud trata asimismo de articular la política de medicamentos con acciones preventivas, que estimulen la consulta y el control de la salud por parte de la población, particularmente de los sectores más expuestos a la pobreza. El programa está potenciando asimismo el sistema de atención primaria de la salud, cuyo efecto redistributivo ha sido probado en todo el mundo.

El Ministerio de Salud ha garantizado la continuidad de esta iniciativa, adquiriendo los medicamentos que permitirán triplicar el alcance del programa en el curso del presente año, mediante la incorporación de la absoluta mayoría de los centros de atención primaria de todo el país.

8. Servicios de salud

Argentina, antes de la crisis de diciembre de 2001, era el país que más gastaba en salud en América Latina, con 1.091 dólares corregidos por poder de compra, cifra semejante a Uruguay (1.005) y las Bahamas (1.137) y, fuera del continente, a Singapur (913), y superada de forma importante en el continente solamente por Estados Unidos (4.499) y Canadá (2.534).

De acuerdo con un estudio de 1997¹¹, el gasto en salud de Argentina es privado en un 45%, las obras sociales soportan el 33% y el sector público el 22%. Del total del gasto público y privado, un 96% corresponde a atención

médica y sólo un 4% tiene una finalidad preventiva en el ámbito de la salud pública.

En 1999, el gobierno central participó con 3,3% de los gastos totales de salud, los gobiernos provinciales con 16,6% y los municipios con 3,8%. La obra social de los jubilados (PAMI) aportó 8,2%, las obras sociales nacionales 16,3% y las provinciales 8,3%. Los individuos y los hogares participaron con 44,1%, tanto en forma de copagos y seguros privados como en gastos directos de bolsillo. Del gasto directo de bolsillo, 47% correspondió a medicamentos, 39% a seguros de salud y 14% a otros rubros.

Está claro, en esta distribución, que los individuos y los hogares soportan el mayor peso en el gasto de salud, lo que genera problemas de acceso cuando aumenta el desempleo y cae el salario real, como ha ocurrido en los últimos años.

Hay otra forma de llegar a la misma conclusión. Entre 1991 y 1997, se mantuvo alrededor del 36% el porcentaje de población sin ningún tipo de cobertura de salud propia, sea a través de prepagas u obras sociales. Pero también aquí el promedio, de por sí alto, enmascara las inequidades: entre los niños de 0 a 4 años de los sectores más pobres, sólo el 9,2% estaba cubierto en 1997, mientras que en los sectores con mejores ingresos esa cobertura superaba el 80%. Estas cifras dan una idea del esfuerzo que se requiere a través del gasto público para evitar que se profundice la inequidad en salud.

Al analizar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, uno de

los datos más significativos se vincula con las diferencias en el tipo de cobertura. Como se indica más arriba, en Argentina existen tres sistemas de protección a la salud: el público, que se financia a través de rentas generales y se rige por los principios de universalidad y equidad de la atención; el de las obras sociales, que es un sistema de protección de la salud obligatoria para los trabajadores en relación de dependencia, en el que actúan como instituciones financiadoras de las prestaciones de salud; y el sector privado, cuyas prestaciones son solventadas mediante la contratación de sus servicios por parte de las obras sociales y también directamente, a través de sus propios sistemas prepagos y planes médicos. Poco más del 43% de la población total del país depende de la oferta sanitaria del Estado - hospitales públicos y centros de salud-; cuando se desagrega esta información según situación de pobreza, se constata que casi las tres cuartas partes de la población con ingresos insuficientes depende de la atención pública de la salud, y que sólo una cuarta parte de la población no pobre cuenta con este tipo de cobertura (Tabla 9). Tomando en cuenta lo señalado respecto del predominio de la población joven entre los pobres¹², sería conveniente plantearse la necesidad de alguna adecuación en la oferta pública de atención de la salud, dadas las causas específicas de morbilidad y mortalidad que suelen prevalecer en dicha población.

Para enfrentar la emergencia sanitaria, cuya manifestación más crítica es la imposibilidad de acceder a servicios

de salud y medicamentos, el Ministerio de Salud reorientó en 2002 fondos de los programas de financiamiento externo para la compra de insumos críticos, previo acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

Tabla 9: Población con cobertura del sector público por jurisdicciones, según situación de pobreza. Argentina 2001.

Grupos de Jurisdicciones	Porcentaje de población con cobertura del sector público(1)		
	total(2)	pobre	no pobre
Total del País	43,2	70,1	26,8
Estrato 4	53,9	71,8	29,9
Estrato 3	39,4	45,5	21,5
Estrato 2	45,8	72,1	29,6
Estrato 1	28,4	62,4	20,5

Fuente: SIEMPRO: Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001 Resultados Preliminares. (1) Incluye la población afiliada a algún servicio de Emergencia. (2) Incluye los HS/WR Ingreso.

¹¹ Transformaciones del sector salud en Argentina. Estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, 1998.

¹² Ver SIEMPRO, Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida N° 8, Beatriz Toutoundjian, *La afiliación a sistemas de salud*, Buenos Aires, Abril 2001 (www.siempro.gov.ar), donde se sostiene que la precarización generada en el mercado de trabajo se irradia hacia toda la sociedad desde sus franjas más jóvenes, ya que cuanto más joven es la población, mayor es la proporción que depende de la atención del sector público. Por el contrario, la población protegida por la seguridad social aumenta a medida que mayor es la edad, o, dicho de otro modo, a medida a medida que el momento en que las personas se incorporaron al mercado de trabajo se encuentra más atrás en el tiempo.

9. Recursos humanos en salud

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

Las reformas económicas, laborales y sectoriales de la última década han repercutido también en los recursos humanos en cuanto una búsqueda de mayor resolutivez, productividad, calidad; cambios en las funciones y planteamientos de nuevas competencias y ocupaciones; cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos de salud; flexibilidad laboral (nuevas formas de contratación temporal, tendencias a formas precarias de empleo); cambios en los sistemas de

carrera funcionaria basadas en antigüedad; énfasis en el desempeño del personal e implementación de nuevos mecanismos de evaluación; introducción o cambios en sistemas de incentivos ligados a la productividad y énfasis en la regulación de los procesos de recursos humanos, tanto en la formación como en el ejercicio profesional.

Un estudio reciente de cálculo de personal ocupado, realizado por Novick y Galín¹³ muestra una variación según fuentes y registros. Así, para la Encuesta de Gastos de Hogares (ENCGH) de 1996/97 con una cobertura del 95%, del total urbano, la cifra de trabajadores en el ámbito de salud y servicios sociales alcanzaría a 614 mil ocupados. En cambio, para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) con una cobertura del 66% de las áreas urbanas, la totalidad ascendería a 465 mil en el año 2000. Para el personal afectado a salud definido en forma restringida, la cifra sería de 406 mil. Si se considera esta información según el EPH, el personal afectado a salud representaría entre el 5 y un 6% sobre el total de la población económicamente activa. Los mismos autores identificaron que en el sector público se desempeñaría un 40% del total, con un fuerte peso de mujeres (70%).

Considerando el primer estudio la estimación para 1998 de la fuerza de trabajo sectorial, para algunas categorías profesionales, se observa en la *Tabla 10*¹⁴ las categorías profesionales y su representación en porcentaje: los médicos ocupan el 25% de la fuerza de trabajo sectorial, las auxiliares de enfermería y empíricos el 13 % y el 10% los psicólogos.

Tabla 10: Profesionales de salud en Argentina, 1998.

Categoría	Número	Porcentaje
Médicos	106.800	24,7 %
Odontólogos	28.900	6,6 %
Farmacéuticos	15.300	3,5 %
Bioquímicos	11.100	2,5 %
Psicólogos	43.000	9,8 %
Kinesiólogos	9.800	2,2 %
Dietistas/Nutricionistas	5.300	1,2 %
Enfermeros	29.000	6,6 %
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000	13,0 %
Ingenieros sanitarios	1.000	0,2 %
Trabajadores sociales	3.300	0,7 %
Veterinarios	13.000	3,0 %
Técnicos (excluidos profesionales)	11.100	2,5 %
Administrativos y Servicios Generales	103.500	23,5 %
	440.100	100 %

Recientemente se realizó un estudio con fondos internacionales sobre la base de datos del catastro de

de la ciudad de Buenos Aires. Del total de cargos (263.356) relevados en el estudio, 78.064 estaban ocupados por médicos, lo que representa un 30%.

En la misma fuente se censaron 71.734 cargos de enfermería, el 27% de los cargos totales. De este personal, los auxiliares constituyen el 73% del total. Así mismo, sólo el 2,4% de los cargos de enfermería corresponden a licenciados y el 4,3% a enfermeros universitarios. Por otra parte, este valor indica que la relación enfermero por médico para el conjunto de los cargos relevados es de 0.9.

Por otra parte, la distribución de los recursos humanos en el área de salud dista mucho de ser homogénea

Tabla 11: Distribución de recursos humanos en 13 provincias, 9 departamentos, Mendoza y Buenos Aires. Argentina 1998.

Recurso Humano	Trece provincias	Nueve departamentos de capitales	Establecimientos oficiales de Mendoza	Establecimiento con internación en ciudad de Buenos Aires
Profesionales	39%	49%	44%	43%
Técnicos	8%	11%	10%	18%
Auxiliares	26%	15%	22%	13%
Otros RRHH	27%	25%	24%	26%
Cargos relevados	85.949 32,7%	83.813 31,8%	9.788 3,7%	83.806 31,8%

Establecimientos y Recursos de Salud elaborado por el Ministerio de Salud en 1998¹⁵. Se analizaron trece provincias, nueve departamentos de capitales de provincia, todos los establecimientos oficiales de Mendoza y los establecimientos con internación de la ciudad de Buenos Aires. Los resultados se muestran en la *tabla 11*. Entre los profesionales, un alto porcentaje eran médicos: 62% en las provincias; 60% en las jurisdicciones; 60% en los establecimientos de Mendoza y 62% en los

¹³ Novick, Marta y Galin Pedro. Empleo y Modalidades de contratación en el sector salud de Argentina. Trabajo presentado para OPS en Septiembre de 2001.

¹⁴ Datos del año 1992. FUENTE: Secretaría de Planificación UBA; Red Nacional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

¹⁵ Abramzón Mónica. Elaboración de datos sobre Recursos Humanos en Salud tomando como base el Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud de 1998. Ministerio de Salud de Nación. 2002.

en el país. Si bien en Argentina en 1998 existía un médico por cada 332 habitantes, esta relación era de un médico cada 95 habitantes en la Ciudad de Buenos Aires y más de 10 veces inferior en Tierra del Fuego (un médico cada 962 habitantes). Mayores disparidades podían verse con otros recursos como en el caso de los odontólogos, donde el promedio nacional era de un odontólogo cada 1.267 habitantes, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires había un odontólogo cada 367 hab. y en Tierra del Fuego uno cada 4.279 hab. (casi 12 veces inferior).

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

Finalmente, la gestión de los Recursos Humanos en Salud, que incluye los aspectos inherentes al desempeño de los mismos, en su contribución a la atención de la salud¹⁶ de la población, amerita considerarse como una función esencial de la salud pública. Para ello se deberán definir mecanismos político-técnicos que definan aspectos relacionados con la identificación de necesidades de recursos humanos y programación, la dotación de dichos recursos, la gestión del desempeño y la gestión de las relaciones de trabajo y administración de personal.

Los procesos de planificación, gestión y regulación como mecanismos conductores de una política de Recursos Humanos en Salud se deberán encarar por los Ministerios de Salud nacional y provinciales, con todos y cada uno de los socios que de alguna manera estén implicados en esta área.

¹⁶ OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el sector de la Salud. 43er. Consejo Directivo. 53ª. Sesión del Comité Regional. CD43.R6.