Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Maestría en Administración Pública

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
Profesor Emerito Dr. ALFREDO L. PALACIOS

TESIS DE MAESTRÍA

Col. 1502/0445

"La descentralización de la atención de la Salud y la equidad en la Argentina de los tiempos del cólera"

Autor: Olga Beatriz de LUCA de ISUANI
(1era. Promoción)

Tutor: Hugo MERCER

top M.411, M.3
I4D

- 1988 –

LA DESCENTRALIZACION DE LA ATENCION DE LA SALUD Y LA EQUIDAD EN LA ARGENTINA DE LOS TIEMPOS DEL COLERA

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
Profesor Emérito de la Cátedra de Salud Pública

O. BEATRIZ de LUCA DE ISUANI .

INDICE

PRESENTACION Pag. 1
INTRODUCCION Pág. 3

MARCO TEORICO
- Descentralización vs Centralización Pág. 5
- Distintas Acepciones de la Palabra Pág. 8
- Descentralización del Sector Salud Pág. 10
- Analizando el concepto de equidad Pág. 11
- Equidad en Salud Pág. 13
- Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud Pág. 14

EL CASO ARGENTINO Pág. 15
- Haciendo Historia Pág. 19
- Características Generales de la Atención de la Salud en Argentina Pág. 22

MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
- Historia de Las Instituciones Porteñas Pág. 26
- Contexto Actual que Abarca la MCBA Pág. 27
- Distribución de la Población Pag. 31
- Perfil Sanitario de la Población Pág. 36
- Recursos Físicos de Salud de la MCBA Pág. 39
- Recursos Humanos Pág. 50
- Recursos Financieros Pág. 54
- Presupuesto Municipal Pág. 55

MENDOZA
- Aspectos Físicos Pág. 61
- Aspectos Demográficos Pág. 62
- Historia de la Evolución de la Salud Pag. 68
- Recursos Físicos Provinciales de Salud Pág. 69
- Recursos Humanos Pág. 76
- Recursos Financieros Pág. 82

SAN JUAN
- Situación Geográfica Pág. 90
- Historia de la Salud Provincial Pág. 90
- Evolución Poblacional Pag. 91
- Recursos Físicos provinciales de Salud Pág. 97
- Recursos Humanos Pag. 100
- Recursos Financieros Pág. 106
- Características de la provincia Pág. 107

CONCLUSIONES Pág. 112

CITAS BIBLIOGRAFICAS Pág. 115

BIBLIOGRAFIA GENERAL Pág. 124

ANEXOS Pág. 130

Este trabajo surgió como consecuencia de un concurso de Investigaciones sobre Reforma del Estado y Desarrollo de la Administración para el Desarrollo de la Gerencia Pública en los países de América Latina, el Caribe y España, auspiciado por el Centro Latino-Americano de Administración para el Desarrollo (CLAD) a través de su Red Iberoamericana de Instituciones de Formación e Investigación en Gerencia Pública.(RIGEP)

Pretende ser una investigación explicativa acerca de la peculiar situación de la atención de la Salud que existe en tres lugares de la República Argentina en los comienzos de la década del 90, donde las medidas descentralizadoras, tan en boga en América Latina , se limitan a una mera descentralización administrativa dada las autonomías provinciales para temas relacionados con la salud y donde el Estado Nacional ejerce una ineficaz y casi nula acción orientadora, lo cual parece retrotraernos a siglos pasados, cuando la acción estaba en manos de la caridad y nos azotaban pestes como el Cólera, provocadas por las deficientes condiciones sanitarias en que se desarrollaba la vida ciudadana.

Se ha tratado de caracterizar detalladamente cada una de las tres unidades analizadas para facilitar el conocimiento de la situación histórica,geográfica y económica de las mismas.

Debo agradecer especialmente al CLAD, sin cuyo aporte, hubiera sido imposible realizar esta investigación, al Director de la Maestría en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires: Dr Oscar Oszlak, quien avaló este proyecto, al Dr Ernesto A. Isuani, esposo, colega y maestro en la temática de Salud ,como así también a todas las personas que de una u otra manera me brindaron tiempo e información de cada unidad y a las cuales haré referencia al comienzo del análisis de cada unidad.

El país entra en la década del 90 con una multiplicidad y proliferación de instituciones públicas, privadas y de Seguridad social que se ocupan de la atención de la salud, con una ausencia casi total de coordinación, planificación y evaluación, con duplicación de servicios, encarecimiento de la atención y con desiguales posibilidadesde cobertura para distintos segmentos de la población, además de una alta inequidad.

Estas son las razones que han motivado mi investigación: el caos fragmentario de sectores que atienden la salud argentina, la descentralización de hecho que existe en la atención de la salud, donde el Gobierno Nacional tiene escasa participación y se carece de un plan de salud; donde los hospitales públicos, formadores de los recursos humanos producidos, agonizan, pues si bien reciben cada vez mas

pacientes,sus ingresos disminuyen frente al mercantilismo que rige al subsector privado y frente a un subsector de O.Sociales que continúa recaudando por servicios que no presta. Y como corolario, la existencia de un Estado cada vez mas debil que no cumple con su tarea de redistribuir el ingreso entre toda la sociedad y, al que lentamente se lo despoja de sus mecanismos reguladores y normatizadores hasta semejar una mole ineficiente e ineficaz para dirigir las acciones de atención de la salud y, por lo tanto hacerlas mas equitativas en esta Argentina en los tiempos del cólera.

Debemos resaltar que hemos contado para nuestra investigación con relevamientos realizados por el Ministerio de Salud de la Nación durante los años 1958,1979 y 1980, además de uno organizado por el Consejo Nacional de Desarrollo en 1964, todos ellos realizados con el aporte de la Dirección de Estadisticas del citado Ministerio . Para las Provincias de Mendoza y San Juan hemos conseguido datos recientes a través de sus autoridades y Direcciones de Estadisticas aunque nos ha sido casi imposible actualizar los datos relativos a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, habiendo tenido que basarnos en trabajos de años anteriores.

INTRODUCCION

El sistema de salud argentino es habitualmente descripto como atendido por los tres subsectores mencionados, lo cual si bien sirve para facilitar la visión del conjunto, esconde el hecho real de que cada uno de ellos, a su vez está comprendido por diversos organismos y niveles que funcionan con una lógica diferente.Ninguno de ellos tiene la primacia de un sector determinado ni una clientela asignada, pero en la práctica, el subsector privado atiende a quien puede afrontar los gastos, el subsector de O. Sociales cubre a la población asalariada,mientras que el oficial cubre a todo aquel que asi lo requiera.

Pero dentro de este subsector público o estatal,existen distintas jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) las que, a su vez, determinan diversas dependencias administrativas de la salud pública.Como ya veremos, en el orden nacional existe un Ministerio de Salud y Acción Social, en las provincias existen Ministerios o Subsecretarias con rango de Ministerio e igualmente, en algunos municipios grandes como el de la Ciudad de Buenos Aires,Secretarias de Salud pública .

Como consecuencia de las diferencias regionales y de la desigual distribución de la población, no resultan homogéneos ni el peso politico, ni la participación como prestadores de servicios, asi encontramos grandes diferencias entre los lugares mas densamente poblados y por lo tanto con mayor poder adquisitivo y los pequeños o rurales lo cual no es equitativo.

En Argentina, los gobiernos de facto que se sucedieron ha partir de la Revolución Libertadora de 1955, atacaron la politica centralizadora del anterior gobierno justicialista, argumentando una excesiva burocratización e ineficiencia para resolver problemas locales y comenzaron a transferir a provincias , municipios e inclusive à instituciones particulares la capacidad instalada para la atención de la salud y de la educación.Se conjugaban asi nuevas ideas sobre descentralización (entendida como transferencia) y el rol que el Estado debía cumplir en este campo,ideas que han cobrado nuevamente vigencia ante la existencia de un Estado ineficiente y débil para coordinar y administrar la época de crisis que hoy nos azota.

Hemos tomado la palabra descentralización como la autonomía provincial que existe en nuestro país para decidir en materia de salud y adoptar las decisiones que considere conveniente.Ello provocá que cada provincia que compone nuestro país, actúe según su propia lógica y profundice los niveles de inequidad que ya existen debido a la diferente capacidad económica de las mismas y en esta situación

consideramos que sólo un Estado Nacional fuerte, con capacidad de evaluar ,coordinar y dirigir un sistema de atención de la salud que concilie los principios de eficiencia y equidad ,será capaz de defender lo que constituye un derecho inalienable de todo ciudadano.

HIPOTESIS

A partir de las consideraciones anteriores sobre la forma de estructuración del sistema de salud pública en Argentina, sostenemos que :En un sistema descentralizado, pero en el cual no existe una instancia central de dirección, esto es un Estado con capacidades de normatización, conducción, evaluación, regulación, etc, es altamente probable que conduzca a niveles crecientes de desigualdad en el acceso a la atención de la salud. La brecha entre riqueza y pobreza en referencia a los sistemas públicos de salud tenderá a agrandarse.

VERIFICACION DE LA HIPOTESIS

A efectos de contrastar la hipótesis planteada, hemos elegido tres jurisdicciones de niveles socioeconómicos diferenciales y que corresponden a lo que podríamos denominar: nivel alto, medio y bajo y, para ello elegimos para analizar a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MCBA), a la provincia de Mendoza y a la de San Juan como correspondientes a dichos niveles respectivamente y en las cuales procederemos a estudiar la evolución de los servicios de salud públicos de cada una.

Debemos aclarar que cuando presentamos el proyecto de esta investigación, pensábamos en la descentralización en en sentido de transferencia por que creíamos que el traspaso de hospitales de la Nación hacia las provincias , efectuada antes de la presente década había sido importante en las tres unidades propuestas para el análisis, sin embargo, durante el transcurso de la investigación descubrimos que en el caso de la provincia de Mendoza, sólo había sido transferido el hospital neurosiquiátrico mientras que no había existido traspaso alguno en las otras unidades pues los hospitales existentes surgieron por iniciativas municipales o provinciales

Sin embargo, como nuestra hipótesis hacía referencia a "un sistema público de salud descentralizado...", hemos entendido la descentralización como sinónimo de autonomía de los gobiernos provinciales y de la intendencia de la MCBA para dictarse sus propias normas y actuar con una lógica individual en la cual el Gobierno Nacional tiene poca o ninguna influencia.

I. MARCO TEORICO

1.DESCENTRALIZACION VS CENTRALIZACION

El tema de la descentralización que ha sido tratado desde tiempos recientes en America Latina y ha tomado fuerza ante la grave situación que atraviezan nuestros paises, proviene de europa donde la crisis del petróleo de la década del 70 unida a críticas contra el estado de bienestar keynesiano que se habia implantado después de la segunda guerra mundial y el surgimiento de fuertes sentimientos regionalistas, provocaron intentos de reforma del aparato estatal y para ello se comenzaron a aplicar politicas de focalización,privatización y descentralización.

Focalizar significa concentrar las medidas en los sectores mas necesitados ya que es evidente que el gasto social del Estado sólo llega en una infima proporción a los sectores nas pobres y en consecuencia es necesario dirigirlo o focalizarlo hacia ellos.

"La privatización entendida como el desplazamiento de la producción de bienes y servicios públicos hacia el sector privado lucrativo ha sido presentada como una respuesta que alivia la crisis fiscal, evita irracionalidades en el uso de recursos (a las que induce la gratuidad de ciertos servicios públicos) y aumenta la progresividad del gasto público al evitar que los sectores de mayor poder se apropien de beneficios no proporcionales (mayores) a la contribuición que realizan para financiarlos.Por último las politicas de descentralización se recetan como una forma de aumentar la eficiencia y eficacia del gasto público al acercar problemas y gestión"(1) y al promover la participación ciudadana en la resolución de los mismos.

En America Latina se crearon los cabildos ,cuya denominación equivalía a la "cabeza de la ciudad", como una extensión del sistema jurídico español y toda su acción estaba orientada al fomento de la explotación de los recursos naturales que poseían los territorios descubiertos, como al fortalecimiento de los lugares estratégicos por los cuales salían esos recursos hacia el viejo mundo. Estos cabildos se convirtieron en gobiernos locales, pero continuaron con el esquema centralizador impuesto por la corona española.(2). Con el correr de los años, hubieron experiencias previas que trataron de deshacer la madeja monopólica que manejaban los grandes centros urbanos instalando los denominados :polos de crecimiento y de los cuales se esperaba que ayudaran al desarrollo de las areas menos favorecidas en cada país.Estas ideas denominadas desarrollistas, pueden considerarse antecedentes de las de descentralización hoy en boga.(3)

Pero el fuerte centralismo, herencia de la administración de la corona española donde el férreo control de las decisiones impedía la aparición de alguna singularidad."La ruptura de la dominación externa, sin embargo no modifica en lo esencial ese modelo organizativo del Estado donde la presencia del poder central como factor preponderante, se antepone a la distribución administrativa y geográfica de la capacidad de decidir"."Las guerras de la independencia, los intentos de conformar naciones internamente integradas y los procesos económicos orientados a satisfacer la demanda externa,son todos factores que estimulan la permanencia o acentuamiento de las estructuras centralizadas de regulación estatal del poder político.En los comienzos de nuestra vida política era necesario y aconsejable concentrar la capacidad normativa y ejecutiva a fin de poder generar una estructura que pudiese dar respuesta a los requerimientos de la sociedad y esto ha sido especialmente notable en el campo de la salud donde inicialmente, una estructura centralizada ayudaba a conseguir mayor eficacia y era mas eficiente, sin embargo, la misma evolución social ha llegado a un punto que nos indica que para elevar el nivel cuantitativo,cualitativo y equitativo de los servicios de salud, es necesario entre otras cosas, programar el nivel de toma de decisiones al mismo nivel que las genera , es decir: descentralizar.(4)

Actualmente y como resultado de diversos procesos históricos donde hay crisis de representación política de los estados modernos debido a una creciente complejidad y diversidad de funciones,donde las grandes administraciones públicas son objeto de crítica por su carácter tecnocrático y sus excesivos gastos,ante la existencia de grandes diferencias regionales y el clamor de gobiernos locales por tener acceso a un mayor poder de decisión en cuestiones que directamente les conciernen y para resolver los problemas de equidad y de eficiencia que actualmente se plantean, se recomiendan las medidas descentralizadoras asi como las de focalización de los recursos estatales en los sectores de mayor pobreza y la privatización de los servicios antiguamente prestados por el estado, las cuales constituyen los grandes ejes a través de los cuales transitan los intentos de reforma del estado Argentino actual .

La década de 1980 ha sido una de las etapas más críticas de la región latinoamericana, distintos estudios de la CEPAL demuestran que la tasa de crecimiento durante ese período se redujo en todos los países del área a la vez que aumentaban la inflación y el desempleo.Mientras que en las décadas 40 y 50 tendía a confiarse en la eficacia de los mecanismos distributivos espontáneos del crecimiento económico (sostenido y sustentado por las ideas Keynesianas), los que se suponía que producirían sociedades mas equitativas , en la década siguiente comenzaron a vislumbrarse tendencias que indicaban el mantenimiento de la desigualdad social y durante los años 80 existió en el area social una

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS [illegible] CAS
Profesor Em[illegible]

combinación de logros e insuficiencias en muchos paises del area ya que mientras que algunos experimentaban avances sociales, la crisis que afectaba a todos contribuía a acentuar la desigualdad social, especialmente en cuanto a acceso a la educación, vivienda y salud. (5)

La impagable deuda externa y sus compromisos financieros (estudios del mismo organismo de 1989 demuestran que entre 1978 y 1988 la deuda externa latinoamericana se incrementó de US$ 151.000 millones a US$ 413.000 millones), la notoria disminución de la capacidad de maniobra y de financiamiento de las estructuras del Estado nacional (ya que su pago implica un drenaje de recursos hacia el exterior y consecuentemente una disminución de recursos para el proceso de reproducción económica), implicaron un necesario reordemamiento de las funciones que hasta ese momento habia cumplido el Estado y se pusieron en marcha programas descentralizadores.que transfirieron servicios básicos (originariamente dirigidos a la población de menores recursos) como salud y educación aunque sin los correspondientes recursos.

"En sintesis ,la crisis económico social de los 80 significó para la región la pérdida de la capacidad de presencia del Estado nacional en actividades fundamentales para la defensa de la calidad de vida de la población.Esta pérdida se intentó compensar,en parte por el desligamiento de dichas responsabilidades a jurisdicciones situadas en escalones inferiores de la jerarquía politico-administrativa,con la consiguiente reducción de calidad , cantidad y equidad en el acceso a dichos servicios"(6).

Hablar tanto de centralización como descentralización es referirse a la ubicación del poder en una estructura social y si bien los procesos de centralización o descentralización del poder tienen lugar en un sinnúmero de estructuras sociales, nos interesa focalizar la atención sobre aquellos que afectan a las estructuras estatales..." a escala micro-organizacional el problema consiste en estudiar la distribución del poder y la autoridad dentro de una organización pública.Para ello el instrumento analítico apropiado es el que proporcionan las ciencias administrativas ya que el problema de la descentralización o de la centralización de las estructuras organizacionales es un objeto de estudio casi tan antiguo como aquella.(7)

América adoptó el ejemplo colonial de administración centralizada políticamente para asegurar la integración social, si bien en algunos páises se establecieron sistemas federales de gobiernos,como en Venezuela, Brasil,México y Argentina, ellos se alejan mucho de la modalidad clásica ya que los Estado federados no tienen autonomia financiera y esta forma , sumada al sistema presidencial tal como se ha aplicado en la región, constituyen las raices de la

centralización y la cual sería el obstáculo mas notorio contra los esfuerzos que se vienen realizando tratando de entregar poder a las regiones y gobiernos locales."Así hay una contradicción arraigada del sistema político americano que conduce inexorablemente al ejercicio centralizado del poder y simultáneamente la necesidad de gestión del desarrollo, especialmente social, obliga a una descentralización en los hechos.(8).Si se administra desde lejos sin percibir la profundidad de los problemas locales, con estructuras rígidas y no permitiendo la participación del resto de la sociedad se puede generar un peligroso paternalismo,a la vez que se limitan los procesos de desarrollo económico, social y, político al reducir la generación de ideas y actividades locales.

"La descentralización del estado aparece como una tendencia resultante del mismo desarrollo económico y necesaria tanto para su continuación como para responder a la crisis de la ultima década. La difusión de las actividades económicas, las complejas y múltiples funciones de las administraciones públicas,la diversidad de las demandas sociales, las exigencias de participación política, la conveniencia de combinar la programación con la agilidad de actuación, tanto de los actores públicos como privados y de encontrar formas flexibles de articulación entre ambos,etc.. todo ello conduce a la descentralizacion del Estado.(9).

DISTINTAS ACEPCIONES DE LA PALABRA DESCENTRALIZACION

El concepto es utilizado como sinónimo de desconcentración, regionalización, y aun de privatización (ya que se sostiene que al privatizar también se esta descentralizando).Y en general se distingue entre descentralización política (cuando se produce la transferencia del poder a otras jurisdicciones) y descentralización administrativa (cuando esa transferencia se efectua hacia niveles inferiores de la misma organización
(aunque en este caso algunos autores lo consideran como desconcentración) Pero remitámonos a autores que han contribuído a la conceptualización de la palabra,asi el Dr Juan Carlos Veronelli sostiene que:"La centralización y la descentralización son dos palabras que se aplican a la acción de mover hacia el centro o hacia la periferia, la capacidad de decisión.Cuando el traslado de dicho proceso se hace entre unidades políticas (Nación, estados,provincias o municipios) se habla de centralización o descentralización política.Cuando el movimiento se realiza dentro de un aparato administrativo, se llama descentralización o desconcentración administrativa".(10)

ALgunos abogados administrativistas sostienen que se descentraliza cuando se le ha atribuido competencia a un

nuevo ente,separado de la administracion central, dotado de de personería jurídica propia y constituida por órganos propios que expresan la voluntad de este ente,(11) mientras que el Dr M.Diez entiende que la descentralización es un modo de administración en el cual se reconoce a los entes descentralizados una personalidad jurídica propia distinta de la del Estado y un poder de decisión que corresponde a los órganos del ente , lo que le confiere una cierta libertad de accion y los correlativos poderes de iniciativa y decisión".(12)

"Si se pretende desconcentrar, simplemente se autoriza a funcionarios locales a actuar en nombre del gobierno central. No hay pérdida efectiva del poder, mientras que si el gobierno central pierde jurisdicción y atribuciones a la vez que existe traspaso de poder,hay descentralización.(13) Tambien Boisier distingue entre Deslocalización, Desconcentración y Descentralización donde la primera es un simple traslado físico de un lugar a otro del territorio(y cita como ejemplo el traslado físico de la capital de un pais).La segunda acepción alude a un acto administrativo mas alla de sus comnotaciones territoriales.Se trata de traspasar capacidades decisorias a un organismo de escala inferior al que otorga esa facultad pero sin proporcionarle al ente receptor autonomia y poder para actuar y por ultimo,la descentralización implica reconocer a otros organismos creados o a crearse,atribuciones totales para desempeñar funciones antes reservadas al nivel central con plena autonomia juridica , funcional y financiera.(14)

Tambien debemos distinguir entre centralización y descentralización administrativa.Ya dijimos que hablar de Centralismo alude a la situación en la cual todas las cuestiones de importancia son resueltos por los órganos superiores de la administración ya que en ellos se concentra la autoridad que imparte normas rectoras mientras que se descentraliza cuando las facultades decisorias se adjudican a entidades ajenas a la administración central.Esta terminología usada por la doctrina argentina y comparada tiene la ventaja de permitir distinguir entre descentralización y desconcentración, donde la atribución de facultades decisorias no lleva consigo la creación de una entidad con personería jurídica propia.

Desde el punto de vista técnico la centralización es autónoma y normativa mientras que la descentralización es autárquica y operativa. Recordemos ambas definiciones: se entiende por autonomia una forma superior de descentralización política, es decir: la posee aquella entidad dotada de potestad normativa originaria; mientras que autarquía es la manera de administrarse a si mismos que poseen los organismos públicos estatales .(15)

También desde el punto de vista administrativo, la descentralización de las estructuras estatales presenta dos formas;la descentralización administrativa burocrática o desconcentración que se da en una organización pública particular y se vincula a los procesos de delegación de la autoridad y el establecimiento de agencias en el territorio y la descentralización administrativa institucional que es parte de un proceso de expansión y segmentación de las organizaciones públicas en tanto sistema administrativo gubernamental y consiste en la creación de unidades autárquicas. (16)

Se sostiene que la descentralización es una estrategia que contiene varios aspectos positivos ya que aumenta la eficiencia de la administración al acercar los problemas a quienes deben tomar las decisiones para resolverlos;potencia el mejor conocimiento de la situación;permite el surgimiento de líneas de acción innovativas y contribuye a generar una dinámica social nueva, sustituyendo el adormecimiento de las capacidades locales que ocasionaba el centralismo, por el desarrollo de la participación y el fortalecimiento de las instancias democráticas.(17) Sin embargo no debemos olvidar que dichos procesos descentralizadores pueden tener un impacto negativo si son implementados en el contexto de un Estado debilitado, sin capacidad gerencial ni regulatoria para prevenir un aumento de las desigualdades sociales pre-existentes debido a diferencias regionales.

DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD

Durante la segunda guerra mundial Inglaterra desconcentró sus servicios de atención de la salud, trasladándolos hacia el interior de su territorio para prevenirse ante posibles bombardeos a su capital, pero ya subsistía la idea de que era necesario desconcentrar, regionalizar, jerarquizar, formar distritos, crear un sistema de atención de salud y descentralizar, con el objeto de implantar una distribución y uso racional de los recursos de salud para que redundaran en una apropiada distribución geográfica de las instalaciones, de los recursos humanos, en la integración de programas, etc, para que los pacientes pudiesen acceder a una mejor atención, a más bajo costo, con mejor calidad de servicios, con rapidez de respuesta y con mayor equidad.(18)

Un Taller organizado por la OPS sostenía que para poder implementar un modelo descentralizado se necesitaba:

a-Proveer información demográfica y epidemiológica de la población objeto.
b-Poseer un inventario de los servicios existentes.
c-Recibir información sobre la utilización de los recursos.
d-Obtener consenso comunitario sobre prioridades.

e-Poseer completo conocimiento de los diversos aspectos de la accesibilidad a los servicios para llenar las principales deficiencias del sistema de prestaciones.
f-Relacionar la formación de graduados en las ciencias de la salud producidas por las entidades educadoras, con las oportunidades de empleo.
g-Establecer nuevos mecanismos de cooperación intersectorial de planificación conjunta, control de calidad y monitoreo de los servicios.(19)

En el caso de Argentina ,podemos decir que las políticas de salud nacieron descentralizadas pues son temas que les conciernen a las distintas provincias ya que nunca fueron delegados al gobierno central. Sin embargo, se están implementando en muchas de ellas, distintos tipos de descentralización,atendiendo a sugerencias nacionales para tratar de realizar mejoras en el caótico modelo de atención médica vigente y tratando de dotarlo de mejores elementos gerenciales (como planificación, programación, administración de personal, manejo de la información, del abastecimiento, etc.)

En el caso de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se ha iniciado una descentralización administrativa en años recientes en los hospitales bajo su órbita (que constituyen la mayoría de los que existen en el subsector público en el radio de la capital del país), mientras que las provincias de Mendoza y San Juan al igual que otras en el país, subsiste la idea de desconcentrar los servicios de atención del subsector estatal, dándoles ingerencia a los municipios por su mejor poder de detección de las necesidades locales, pero las medidas y los recursos financieros siguen a cargo de los niveles centrales de cada una.

2. ANALIZANDO EL CONCEPTO DE EQUIDAD

Actualmente se sostiene que los procesos descentralizadores no deben perder de vista el concepto de equidad; así diversos autores comprueban, analizando experiencias concretas de descentralización como en Francia y España, que ha sido la dinámica consuetudinaria la que ha tendido a prevalecer hasta ahora en la gestión de las colectividades locales lo cual ha redundado en resultados que todavia no muestran avances significativos hacia las buscadas transformaciones socio-económicas de tendencia igualitaria ni se han reducido las disparidades de desarrollo existentes entre distintas colectividades locales. (20),pero también otros autores tratan el tema de la equidad relacionado con los procesos descentralizadores,así D.Rondinelli sostiene que la descentralización puede facilitar la articulación e implementación de las políticas de desarrollo diseñadas para lograr crecimiento con equidad, favoreciendo la capacidad de

las unidades regionales y subregionales y capacitando a los líderes políticos para identificar sus propios problemas y prioridades de desarrollo.(21)

También la CEPAL ha definido el concepto de equidad como la igualdad de oportunidades para participar en la procura del bienestar y de las posiciones y posesiones sociales" y este organismo, analizando el tema sostiene que mientras que en las décadas 40 y 50 se tendía a confiar en la eficacia de los mecanismos distributivos espontáneos del crecimiento económico(los que se suponía que producirían sociedades mas equitativas) se comienza a vislubrar en la década siguiente que las desigualdades sociales tendían a mantenerse.

Durante la década del 80 existieron en el area social una combinación de logros e insuficiencias en los países latinoamericanos ya que si bien en algunos se produjeron avances sociales(en cuanto al acceso a condiciones mínimas de vida como cloacas o educación) , en general la crisis que azota a la región ha acentuado las desigualdades sociales, especialmente en lo que respecta a educación, empleo y vivienda.(22).

Es la escasez de recursos y la necesidad de establecer consecuentemente prioridades en el destino de los fondos aplicados a la política de salud quienes obligan partir de un principio de equidad, y a hacer responsables a los organismos encargados de implementarla. Y es este principio de equidad quien obliga al Estado a disponer de esos fondos con eficacia es decir; lograr los objetivos propuestos con esa política , pero para ello debe desarrollar su acción eficientemente, o sea:con el mejor resultado, en el menor tiempo y con el menor costo.Así equidad, eficacia y eficiencia constituyen un trípode que sostiene una política racional, justificada y admitida en el ámbito social.

"El primer paso que tienen que dar los organismoa responsables para poner en marcha políticas públicas sociales ,es repetar el principio de equidad como criterio selectivo de la acción a fin de que el principio juegue transparentemente en la distribución lo más igualitaria posible de los beneficios de esas políticas y orientándolas a partir de una reestructuración racional de los organismos encargadus de aplicarlas"(23).

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS [illegible]CAS
Profesor Em[illegible]

EQUIDAD EN SALUD

Para la Organizacion Panamericana de la Salud.(OPS), la equidad, junto a la eficiencia y la eficacia son las tres cualidades esenciales que debe poseer un sistema de servicios de salud y aunque ninguno de èstos conceptos es fácil de definir o medir, consideraremos la equidad como igualdad de tratamiento para toda la población. El objetivo final es ;asegurar una buena salud para todos y en lo posible, una salud igualmente buena para todos mediante un tratamiento preventivo o curativo. El proceso contrario, la inequidad es el resultado de las diferencias existentes en cuanto a la capacidad de obtener servicios de salud, cualesquiera que sean las razones que hacen que algunas personas puedan acceder a la asistencia médica y otras no, aún cuando lo necesiten.(24).

Muchas personas no reciben servicios apropiados de salud ni cualitativa ni cuantitativamente y aún la distribución del costo de esos mismos servicios no es equitativa. Si bien muchas de ellas tienen capacidad para influir en el estado de su propia salud (de acuerdo con el estilo de vida que escogen),generalmente los problemas de salud están fuera del control individual. Así se pierde la salud por variados motivos genéticos, ambientales, fortuitos etc.y sólo algunas personas son consciente de ello.

La atención de la salud es diferente de casi todos los demás bienes y servicios que un estado ofrece a la sociedad y cuando existe el interes de promover la equidad y la igualdad de oportunidades a su acceso, se vislumbra la existencia de una obligación estatal para asegurarla, pero si nos planteamos los siguientes interrogantes, como Qué parte del costo de dichos servicios deben sufragar los miembros de la sociedad?; o qué nivel de servicios es suficiente?,nos encontramos con respuestas difíciles de responder ya que la realidad nos indica que en general existe un constante aumento mundial de los gastos de servicios de salud,así en EEUU los gastos en 1981 sumaron en total us$ 287.000 millones,cifra que representa un promedio de us$ 1.225 por cada habitante del país,.pero aún en este país del primer mundo existen diferencias en el acceso a los servicios de salud.(25)

En A.Latina los primeros estudios que abarcaron la salud de muchas personas simultáneamente sugen por iniciativas de entes privados, los cuales por razones puramente económicas, impulsan investigaciones para tratar de combatir pestes o enfermedades contagiosas que afectaban la fuerza laboral y la producción, para ello se crean escuelas con el objeto de estudiar la salud pública (26) y el tema se convierte en una política fundamental del estado, sin tener en cuenta la equidad o el reconocimiento del valor de la atención de la

salud individual " El tema de la distribución equitativa de los servicios de salud en USA se dio cuando hubo consenso acerca de la mayor eficacia de la medicina científica y comenzaron a percibirse las anteriores diferencias en la atención de la salud como faltas de equidad: (27).y el mismo informe de EEUU. señala al bienestar como una característica básica ya que se sostiene que la preocupación ética por la distribución de los servicios de salud, emana de la especial importancia que éstos tienen para promover el bienestar personal al evitar o aliviar el dolor, el sufrimiento y la incapacidad , y al prevenir la pérdidas de vidas .La salud es un bien aunque las personas tengan opiniones diferentes en cuanto a su valor y al de la atención medica.

También la oportunidad es una caracteristica ya que la atención de la salud es lo que muchas personas necesitan para mantener o restablecer su funcionamiento normal o para compensar su incapacidad de funcionar normalmente.Así la salud ofrece determinadas oportunidades a las personas para que adopten o no determinados estilos de vida.

La información tiene especial importancia en la atención de la salud y se deriva en parte de su capacidad de aliviar la inquietud que produce la simple sospecha de una enfermedad y permite a los pacientes, el ajustarse a su verdadera situación, proporcionándoles información fidedigna sobre su real estado de salud.y convirtiéndose en otra característica, junto al significado interpersonal de la enfermedad,el nacimiento y la muerte . "No es fortuito que las organizaciones religiosas hayan desempeñado un relevante papel en el cuidado y atención de los enfermos y moribundos originariamente.Dado que todos los seres son vulnerables a las enfermedades y que todos debemos morir, la atención de la salud tiene un significado interpersonal especial ya que expresan los lazos de compasión y de solidaridad ante el sufrimiento y la muerte. Así el compromiso de una sociedad de suministrar servicios de salud, refleja algunas de sus actitudes mas básicas respecto de lo que significa ser un miembro del género humano.(28)

EQUIDAD TAMBIEN EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD..

Decíamos anteriormente que equidad es igualdad de tratamiento (proporcionando a todas las personas el mismo nivel de servicios de salud),pero también debe existir en cuanto al acceso a dichos servicios y en este caso existen dos aspectos del concepto,de acceso equitativo: El nivel de servicios de salud que deben estar a disposición de todas las personas y la medida en que puede imponerse una carga a los que reciben esos servicios.

En cuanto al alcance del nivel adecuado de servicios, dependerá lógicamente del total de recursos disponibles en una sociedad dada y puede tomar en cuenta un consenso de

expectativas sobre lo que sè considera adecuado en una sociedad especifica en un momento determinado de su desarrollo histórico.Esto permite que la definición de" nivel adecuado de servicios" se modifique de acuerdo con los cambios en los recursos y expectativas de esa sociedad.

En cuanto a la posibilidad de imponerse una carga a los que usufructuan esos servicios se sostiene que si bien es improcedente responsabilizar a las personas por su estado de salud, si es apropiado hacerlas responsables de sufragar una parte equitativa del costo de los servicios que reciben . La obligación moral de la sociedad de proporcionar a todas las personas acceso equitativo a esos servicios y la responsabilidad individual de sufragar una parte del costo de lograr ese acceso equitativo se fundamentan en las mismas consideraciones de equidad. Aquellas personas que por saber que otros las ayudarán , no toman medidas responsables para la atención de su propia salud (en los casos en que pueden hacerlo)sin que ello les represente una carga excesiva, serían culpables de abuso de la generosidad con sus conciudadanos.La obligación de la sociedad por consiguiente, está equilibrada por las obligaciones individuales correspondientes.

En vista de la importancia especial que tiene la atención de la salud, el hecho.de que en gran medida las diferencias en el estado de la salud sean inmerecidas y la necesidad de servicios, tenga una distribución desigual e impredecible, la sociedad tiene la obligación moral de asegurar que todas las personas reciban servicios apropiados.

"En la medida en que las actividades de mercado, las obras de caridad y los niveles mas bajos de gobierno sean insuficientes para lograr la equidad; la responsabilidad recae sobre el gobierno central.La prestación efectiva de los servicios puede efectuarse mediante la concertación de arreglos en el sector privado y también a través de instituciones públicas".La equidad exige que nadie tenga que soportar una carga excesiva para obtener servicios y además, para lograrlos, que la distribución de su costo sea también equitativa. Si una persona no sufraga el costo total para obtener los servicios que utiliza (ya sea a través de pagos directos, impuestos, etc), se necesita una decisión política fundamentada en principios éticos que reflejen la preocupación de toda la sociedad para determinar quien afrontará el costo restante y que se basa en una distribución equitativa.(29)

Se estima que en America Latina 140 millones de personas continúan sin tener acceso a adecuados servicios de salud lo cual atenta contra el criterio de equidad que toda política debería perseguir, También se sostiene que se malgasta el dinero con el uso inadecuado de tecnologías o la

distribución diferencial de los recursos físicos lo cual afectaría la eficiencia y la eficacia de dichas políticas.

En foros internacionales se señalaba la excesiva centralización y la falta de coordinación como factores fundamentales en el inadecuado funcionamiento de los servicios de salud y la ineficiencia de los sistemas vigentes, por lo tanto la O.P.S. aconsejaba promover una reorganización en función de una efectiva descentralización asegurándose de poseer el poder coordinador necesario y tomando como base la constitución y el fortalecimiento de los llamados sistemas locales de salud que sirven a una determinada población y en un area geográfico determinado, asi" la descentralización no implica, pues, el fraccionamiento de los sistemas de salud sino la interacción sinérgica de sus componentes que vigoriza el todo en función del objetivo esencial: la salud de la población"..."La descentralización es, sin embargo una tarea muy compleja.Más allá de sus características técnicas y administrativas, implica un cambio en la distribución y uso del poder.Y por ello exige una voluntad y un compromiso políticos sin vacilaciones".(30)

Argentina establece en su Constitución de 1853 (una de las más viejas de América Latina y que aún nos rige) que adopta la forma Republicana, Federal y Representativa (con el poder dividido entre el gobierno nacional y 23 gobiernos provinciales los cuales le han delegado algunos poderes al gobierno nacional, mientras que otros se ejercen concurrentemente entre ambos. Sin embargo, uno de los poderes que no se han delegado es el que se refiere a Salud, que corre por cuenta exclusiva de cada provincia.

El presidente es electo por 6 años, no pudiendo ser reelegido en forma inmediata y tiene poderes amplios que incluyen la administración general del país,ejecución de sus leyes,conducción de las relaciones internacionales ,poder de aprobar o vetar los actos legislativos y perdonar o conmutar setencias,nombrar los jueces,miembros del cuerpo diplomático y ascender a personal de fuerzas armadas (estos cuatro últimos poderes requieren la aprobacion del senado).También posee amplios poderes para nombrar funcionarios, desde miembros de su gabinete ,de la Justicia Federal,hasta el intendente de la populosa Ciudad de Buenos Aires(quien a pesar de ser una gran megalópolis no existe como entidad jurídica).

En las provincias, el titular del ejecutivo es denominado gobernador y su método de elección y mandato es semejante para todas las provincias, cada provincia tiene una Constitución propia y está dividida en Departamentos (denominados Partidos en la provincia de Buenos Aires) dirigidos por una Municipalidad y, que consecuentemente, tienen su propia legislación municipal que le otorga facultades para cobrar impuestos locales, para dictar normas edilicias y otras. Constan de un Ejecutivo denominado Intendente siendo los mismos elegidos por votación de sus habitantes. (con la excepción del intendente de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, como veremos mas adelante).

Como ya lo señaláramos, en materia de atención de la salud, Argentina es un país descentralizado, al ser las provincias autónomas para determinar e implementar sus propias políticas en temas de salud.

Actualmente existe un Consejo Federal de Salud (COFESA) con sus delegaciones en cada provincia con el objeto de estudiar conjuntamente los aspectos que influyen en el desarrollo de la salud pero que no es efectivo.

El sector Público de atención de la salud está constituido por el Ministerio de Salud y Acción Social en el ámbito nacional y es la principal autoridad en materia de salud,

Salud debería coordinar las acciones con las demás provincias pero , en ellas,sus respectivos Ministerios tienen plena autoridad en cuestiones de salud y asuntos sociales y controlan el funcionamiento de sus establecimientos hospitalarios y la ejecución de los programas de salud pública.El financiamiento de sus hospitales proviene de un presupuesto propio y así el alcance y magnitud de los servicios varía según la capacidad económica de cada provincia y el grado de cobertura de sus pobladores por parte de las Obras Sociales.También Municipalidades administran su propio servicio y tienen redes de gran tamaño como es el caso de la Municipalidad de Buenos Aires el cual analizaremos mas adelante.Provincias y Municipios administran el 80% de los establecimientos con un lógico alto grado de independencia.

En lo que respecta a financiamiento, los aportes del Tesoro Nacional constituyen el medio por el cual el Gobierno de la Nación, procurando alcanzar criterios de equidad, otorga dinero para ciertos y determinados gastos como son los Programas de Apoyo para Proyectos de Salud (PAS), sin embargo, como ya señaláse mos, la presencia nacional en el sector salud fue disminuyendo en los últimos años.
Los aportes que la Nación efectuó a las provincias en 1986 estaban compuestos fundamentalmente por el PAS (93%) y el Plan Nacional de Agua Potable y otros programas menores.

El siguiente cuadro nos indica las transferencias realizadas a las tres unidades que componen nuestro análisis durante 1986.

Cuadro N 1

Transferencias Nación a provincias durante 1986
En miles de australes de 1986

Unidad	Apoyo para PAS	Programas restantes (1)	Total
MCBA y otros municipios		4.120	4.120
Mendoza	2.886	—	2.886
San Juan	3.768	5	3.773

Fuente:Ministerio de Economía. Subsecretaría de Economía. PRONATASS:"El Gasto Público Social" Vol IV.Sector Salud.
(1) Incluye Plan Nacional de Agua Potable y otros.

Los PAS funcionan desde 1980 y en su evolución podemos identificar " dos períodos: el primero que cubre desde su inicio hasta 1983, y el segundo a partir de 1984. El primero se caracterizó por funcionar en base a la programación de actividades con posterior control de gestión, a diferencia del segundo período, en el que formalmente subsiste un

listado de programas y montos asignados a cada uno, pero al no existir contralor, se entiende que cada vez mas, la transferencia constituye en los hecho ,un subsidio global al sector" (31)

1.HACIENDO HISTORIA

Las primeras medidas de salud pública comenzaron a mediados del siglo pasado y estuvieron a cargo del gobierno central tanto como de gobiernos provinciales y municipales, es con la creación del Departamento Nacional de Higiene en 1880 en Buenos Aires, que se intenta centralizar las acciones y donde hubo un pasaje de atribuciones desde los niveles provinciales al nivel central ya que el nuevo departamento tenía recursos técnicos y humanos para hacer frente a las epidemias, convirtiéndose así en lugar de referencia y supervisión técnica en materia de higiene para las provincias que lo requiriesen.Sin embargo el Departamento siempre tuvo las limitaciones que le imponían las mismas provincias y municipios celosos de la supremacía del puerto de Buenos Aires y que continuaban haciéndose cargo de los servicios públicos de salud en sus respectivas jurisdicciones junto con instituciones de beneficiencia, mutuales y medicina privada.

"Es a partir de 1943 cuando se incia una importante transformación en materia de organización de los servicios de salud estatales. Hasta entonces el Departamento Nacional de Higiene (1880-1943) habia sido una dependencia mas del Ministerio del Interior y en ese año se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1943-1946).Este es el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como asunto de interés especifico, hecho que se ratificó en 1946 con la creación de la Secretaría de Salud Pública y el establecimiento del Ministerio de Salud Pública en 1949",la cual administra e instala sus establecimientos en forma centralizada,con escasa relación con la acción que las provincias y municipios realizaban en el mismo campo(32)

Es durante la gestion del ministro Carillo en esos años que se implementa un Plan de Salud Pública instalando hospitales y centros ambulatorios , aumentando desde 63.000 camas en 1946 hasta 108.000 en 1955, en todo el país, incrementando el número de empleados públicos en el area de la salud y extendiendo así la influencia del Ministerio creado en esos años(.Simultáneamente se expandían con aliento estatal la atención provista a trabajadores a través de las denominadas Obras Sociales que reconocían a las antiguas Mutualidades y Sociedades de Socorros Mutuos como sus antecesoras y que desarrollaron capacidad asistencial propia,(pero a través de los años se tornaron proveedoras directas del sector

privado ya que aun actualmente contratan con el mientras captan los aportes obligatorios de los trabajadores ,así en el período 1955-1980, mientras las camas hospitalarias del sector público se redujeron de 108.000 a 95.000, las del sector privado se incrementaron de 17.000 m a 47.000 en el mismo período(33),también se efectuó una regionalización sanitaria, se coordinaronn los diferentes servicios y se prepararon los recursos humanos en un número considerado conveniente.

Esta política del gobierno peronista se implementó desde 1943 hasta 1955 año en que fue derrocado y, a partir de allí sucesivos gobiernos de facto implementaron erráticas medidas de transferencia de recursos asistenciales con el inconfesado objetivo de reducir el gasto nacional y tratando de disminuir el papel central y coordinador que había llegado a tener el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En 1964 un nuevo gobierno constitucional recupera el rol orientador del citado Ministerio y revitaliza las Delegaciones Sanitarias Federales creadas por Carrillo, y que servían de enlace entre el Ministerio y todos los organismos de salud existentes en la jusrisdicción provincial,mejorando así, las relaciones entre Nación y provincias."Durante el gobierno del Dr A.Illia (1963-1966) con su ministro Oñativia volvemos a notar hechos de significación.Se fortalecen las Delegaciones Sanitarias Federales-representación nacional en las provincias destinadas a mejorar la coordinación de acciones, se sanciona una Ley para el control de medicamentos que resultó tan irritante para muchas empresas de la industria farmacéutica nacionales y extranjeras que reaccionaron combatiéndola enérgicamente en muchos terrenos.La legislación aludida, no duró más que el gobierno que la sancionó, que no pudo concluir su mandato",(34).

Este nuevo golpe de estado en 1966 provoca un impasse en las acciones de salud pública que se verán nuevamente impulsadas durante el gobierno constitucional de 1973 tratando de imponer un Seguro Nacional de Salud que finalmente fue sancionado en 1974 con el nombre de Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y que por la libertad que otorga el sistema de gobierno federal,fuera adoptado sólo en algunas provincias argentinas como San Luis,Chaco y Formosa y donde progresivamente fue desapareciendo.

Desde 1976 hasta 1983 se continuó con la política de transferencia de establecimientos hospitalarios y educativos sin los correspondientes recursos financieros y esto fue de vital importancia en provincias como la de Buenos Aires, donde, si bien sus camas públicas aumentaron un 45% por el gran peso de los hospitales nacionales del conurbano, significó una mayor presión tributaria provincial sobre los

contribuyentes y una consiguiente declinación en la calidad de la atención de la salud.También la misma Secretaría que los coordinaba perdió su influencia y así trató de mantenerla con los ya citados "PAS" por los cuales se otorga apoyo financiero a las provincias para el desarrollo de determinados programas dentro de normas nacionales (salud rural, salud materno-infantil, patologías tramisibles,etc.

También se sustituyó al Comité Federal que había sido creado en 1972, por las reuniones de autoridades de salud que significaron desde 1976 a 1980, encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales .En 1980 se amplió la convocatoria convirtiendo a dichas reuniones en el COFESA ya citado e, incluían entre los asistentes a representantes de organismos estatales y privados, la Academia Nacional de Medicina, entidades médicas, los Comandos de Sanidad y los oficiales de enlace de cada fuerza armada en el Ministerio de Salud;escuelas de salud pública (creadas entre 1949 y 1959) y organismos internacionales.,sin embargo su acción es hoy casi nula y son organismos muy débiles.(35)

"En la actualidad, la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, que representa la autoridad federal, no está en condiciones de ejercer el rol orientador ni coordinador que de ella se espera. Su irrelevante presencia en la prestación de los servicios de salud (posee sólo el 19% de los establecimientos hospitalarios del sector público) se correlaciona con la ausencia de poder económico ya que sus gastos equivalen a menos del 5% de los gastos totales de atención médica en el país y ,lo cual le impide dirigir las diversas unidades del sistema o estimular comportamientos acorde con una estrategia nacional en salud.Tampoco el gobierno central posee la capacidad de fiscalizar efectivamente el cumplimiento de normas, debido, entre otras cosas a la pobreza de sus sistemas de información y al deterioro de la función pública como profesión" (36).

Actualmente y como ya observáramos y a pesar de existir en cada provincia un coordinador federal del citado Ministerio, un Delegado Sanitario que se ocupa de la relación entre provincias y gobierno nacional y un Consejo Federal de Salud integrado por representantes del Ministerio de Salud y Acción Social, las provincias y la Municipalidad de Buenos Aires (quien posee 13 hospitales),y que tiene como objetivos formular políticas y coordinar la administración de los servicios a nivel nacional;la realidad nos demuestra que toda la acción es inútil y la atención de la salud argentina se desarrolla carente de un plan ordenador o direccional mientras que el sistema se comporta como una orquesta sin director.

La población asalariada está cubierta por el subsector de Obras Sociales, los pudientes pagan su atención médica o

adhieren a seguros privados y se calcula que un cuarto de la población recurre a la atención del subsector público o estatal y que, lógicamente, son los que tienen menores recursos. Así las implicaciones en términos de equidad son relativamente claras ya que existe un sector de la población ,que coincidentemente es el de mayores recursos y que cubre en forma privada sus necesidades de atención médica;un segundo conjunto, básicamente constituido por asalariados, lo hace a través de las O.Sociales y un tercer grupo, actualmente el mas extenso, que tiene en el sector público la única opción para cubrir sus necesidades de salud.

"Otro tipo de inequidad ya lo señalamos cuando nos referimos al disimulado subsidio que el subsector público realiza al de Obras Sociales ya que muchos de sus asociados recurren a los establecimientos públicos para su atención agravando la precaria situación de los mismos (Es importante recordar aqui que el subsector publico dispone de 1/4 de los recursos totales para la salud,mientras que posee casi 2/3 de la capacidad asistencial del país,medida por cama hospitalaria) Una tercera forma de inequidad se expresa en la forma en como se financia la Seguridad Social u Obras Sociales.Se realiza con aportes de trabajadores y empleadores equivalentes al 4 y 4,5 % de la nómina salarial respectivamente y en el contexto inflacionario que nos movemos,donde los costos laborales son generalmente trasladados a precios, son los sectores mas carenciados quien en definitiva financian,via impuestos indirectos, los mayores beneficios de otros grupos" (37)

2.CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ATENCION DE LA SALUD EN ARGENTINA

Argentina asigna a la atención de la salud un porcentaje significativo de su esfuerzo productivo. Se estima que en 1985 ese gasto alcanzó al 8,2 % del PBI, ello equivalía a un gasto total de U$ 5.430 millones y a un gasto per cápita de 178 U$ .De eso, el subsector público gastó el 22,7% (repartido entre el 4% del gobierno central y el 19% por provincias y municipios),mientras que las O.Sociales gastaban 39,2% y el subsector privado el 38,1%.Pero si este gasto es discriminado por provincias observamos que el mayor esfuerzo porcentual lo realizaron las provincias y municipios y dentro de estos últimos la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires quien, por la magnitud de la demanda que debe atender,supera lo realizado por las provincias.(38)

Según el Censo Nacional de 1980, el país contaba para ese año con una importante estructura de servicios de salud que comprendía 3.180 establecimientos con una dotación para esos

años de 147.000 camas de las cuales 2/3 del total correspondían al sector público. La Subsecretaría de la Nación sufrió una reducción debido a las transferencias ya señaladas pero poseía aún 16 establecimientos asistenciales con 5.970 camas y de las cuales, 5.100 correspondían a Institutos Neurosiquiátricos y patologías crónicas.(39).

En un Informe del Banco Mundial , se colocaba a Argentina entre los países de ingresos medianos altos y se reconocía para 1984 una población de 30,1 millones habitando una superficie de 2.767 miles de Km2 y con un PBI per cápita de 2.230 U$; una tasa media de crecimiento anual entre 1965 y 1984 de 0,3% y 70 años de esperanza de vida al nacer.(40).

También un estudio comparativo entre cinco países latinoamericanos realizado en 1987 indicaba un aumento en los servicios que también influyen sobre la salud de la población como la extensión de los servicios de alcantarillado y agua potable en las viviendas,como podemos observarlo en el siguiente cuadro:

Cuadro N 2

Porcentaje de viviendas con agua potable y servicios de acantarillado en Argentina.

	1960	1970	1980
Agua Potable	40	42	44
Servicios de Alcantarillado	23	22	24(1979)

Fuente: Petrei,Humberto:"El Gasto Público Social y sus efectos distributivos:Un examen de cinco países de A.Latina.

Entre 1958 y 1980 los establecimientos hospitalarios públicos pasan a ser de 3.651 a 9.642,lo cual significa un aumento del 164%, pero el número de camas sólo se incrementa en un 24% y esto se debe a que los establecimientos que más crecieron son los que no poseían internación y se dedican a atención ambulatoria.Si se procura determinar el comportamiento de los distintos sub-sectores considerados, se aprecia que mientras el público aumenta los establecimientos en general en un 107% y disminuye sus camas en un 2,5%, el sub-sector de O.Sociales incrementa sus establecimientos en un 237% y las camas en 34%,mientras que el privado crece 288% en establecimientos que se acompaña también de una aumento sustancial en camas del 163%.

Esto nos demuestra la creciente importancia del subsector privado de la salud a expensas de la decadencia del subsector público y con la contribución del subsector de O. Sociales.

A continuación observamos el número de habitantes por camas que había en las distintas provincias argentinas en 1980.

Cuadro N 3

Habitantes por cama y por jurisdicción . 1980

Jurisdicción	Habitantes por cama
Capital Federal	118
Buenos Aires	229
Catamarca	171
Córdoba	148
Corrientes	217
Chaco	223
Chubut	153
Entre Rios	136
Formosa	296
Jujuy	151
La Pampa	183
La Rioja	187
Mendoza	221
Misiones	256
Neuquén	158
Rio Negro	195
Salta	172
San Juan	253
San Luis	217
Santa Cruz	151
Santa Fe	180
Santiago del Estero	209
Tucuman	217
Tierra del Fuego	130

Fuente :El Fracaso del Estatismo:Una propuesta para la reforma del sector Público Argentino .FIEL.Bs.AS.1987

MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Mis agradecimientos al Dr. Eduardo De Leville Contadoras Slepsuck y Sanchez; Dr Oscar Feijoo, Dr. Ferraro, Lic. Celia Iriart, Dr.Francisco Leone Dr. Nestor Perrone, Dr Skolnick y Licenciadas: Vilma Zita y E.Verbanck. Y especialmente a mi cole y amiga, Luisa Baigorria.

III.HISTORIA DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS PERTENECIENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

El destino que el modelo colonial hispánico le otorgó a la ciudad de Buenos Aires, que fuera creada como un centro comercial,político y administrativo que centralizara las actvidades de la región, se consolida durante los primeros años de este siglo con la incorporación de abundante mano de obra calificada proveniente en gran parte de europa, que llegaba atraída por la incipiente industrialización y huyendo de la caótica situación de pre-guerra que azotaba el viejo continente y que fundamentalmente se asentaba en la capital del país. Así se profundizaron las diferencias socio-económicas con otras ciudades del interior, las cuales se distanciaban de esa Buenos Aires que se urbanizaba con marcada influencia europea.

La expansión económica, el enriquecimiento y complejización de la vida socio-cultural y el fortalecimiento de la función política se manifestaron especialmente en el gran desarrollo de infraestructura escolar, sanitaria, cultural, militar, etc.

El suelo capitalino se encarece debido a una selectiva demanda para uso residencial mientras que en los alrededores se asientan los migrantes, pero este crecimiento no fue uniforme lo cual se evidenciará con el desmesurado y desordenado crecimiento de los suburbios capitalinos entre 1947 y 1960 (41).

"El desarrollo de las instituciones de atención médica en la ciudad de Buenos Aires se inscribe en el interior de un proceso histórico que ubicó a nuestra capital como núcleo de expresión de las fuerzas que modelarían la organización de la Nación:un pacto de dominación que garantiza estabilidad al sistema político, un modo de acumulación que cimenta una articulación favorable con el mercado mundial y la conformación de una sociedad compleja, abierta y portadora de contradicciones que terminarían por socavar la efectividad del modelo.

Entre 1880 y 1910 la Capital Federal había casi triplicado su población y también es en ese período de bonanza que se produce una renovación casi completa de los establecimientos de atención médica a pesar de que estaban administrados por diferentes organismos como la Sociedad de Beneficencia, colectividades (como la Sociedad de Socorros mutuos española o la italiana) por la Nación y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.(42)

Cuadro N 4

Evolución de la demanda de atención médica en la Cap.Federal 1890-1910

En valores indices (1895=100)

	1890	1895	1900	1905	1910	%aumento
Población cap.	82	100	123	154	188	130
Enfermos internados en:						
Hosp.Municipales	67	100	172	246	323	271
Hosp.Nacionales	89	100	139	192	257	166
Hosp.Colectividades	84	100	108	161	182	116
TOTAL	86	100	144	206	263	205
% poblac.hosp.	2,73	2,60	3,03	3,48	3,63	

Fuente:CECYT.1987.

Observando el cuadro precedente notamos que mientras la población aumentó en 20 años un 130 % los internados eran 271 % para los hospitales municipales, 166% para los internados en hospitales nacionales (aqui se incluyen los de la Sociedad de Beneficencia),y 116 % en los hospitales de colectividades.También aumentó la población hospitalizada como porcentaje de la población total, siendo 3,63 % para 1910.

La Municipalidad de Buenos Aires habia sido organizada en 1852 por un Decreto del Ejecutivo y que luego fuera ratificado en Ley especial por el Congreso General Constituyente que dictara nuestra Constitucion en 1853.

"Cuando la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires recibe su primera organización en 1883, se hace cargo de cuatro instituciones hospitalarias. El Hospital General de Hombres que fue clausurado ese mismo año por las deficiencias que presentaba,el hospital Buenos Aires que luego sería nacionalizado y convertido en el hoy Hospital de Clínicas para servir de instrucción y escuela de medicos, el Hospicio de Las Mercedes,también nacionalizado en 1903 y el Hospital San Roque que luego seria desactivado"..." Las condiciones de los hospitales municipales distaban del nivel de los correspondientes a la Sociedad de Beneficiencia en cuanto a hotelería, de hecho, ésta poseía el 37,06 % de las camas, mientras que el municipio tenía un 27,58 %, quedando el resto para los hospitales nacionales (22,57%) y 12,79 para los de colectividades"(43)

Veinte años más tarde,según la información del Censo Municipal de 1904 se contarán bajo esa jurisdicción 13

establecimientos con 2.214 camas. Los hospitales San Roque,Rawson, Fernández, Alvarez y Pirovano estaban dedicados fundamentalmente a la atención de pacientes agudos, el hospital MuÑiz operaba como casa de aislamiento para infecciones y el Sanatorio Enrique Tornú se destinaba a la internación de enfermos tuberculosos.

A medida que se poblaban los suburbios de la Capital se habían creado estaciones sanitarias como los pequeÑos hospitales Argerich y Bosch y otros cuatro lugares mas que actuaban como consultorios externos y hacia 1910 se comienzan a construir dos grandes hospitales con el producto de importantes legados testamentarios de Parmenio PiÑero y Carlos Durand.(44)

En 1935 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MCBA) tenía 14 hospitales a su cargo, ellos eran los siguientes con un total de 8.589 camas discriminadas así:

Cuadro N 5

Hospitales Municipales y N de Camas en 1935

Hospital Pirovano	528 camas
Hospital Rawson	1.140 camas
Hospital Alvear	1.365 camas
Hospital PiÑero	437 camas
Hospital Alvarez	648 camas
Hospital Fernandez	332 camas
Hospital MuÑiz	1.276 camas
Hospital Tornú	665 camas
Hospital Ramos Mejía	1.274 camas
Hospital Durand	418 "
Hospital Argerich	88 "
Hospital Salaberry	240 "
Hospital Penna	119 "
Hospital Zubizarreta	69 "
Total	8.589 camas

Fuente: Ministerio de Educación..... Ob.Cit.P 79.

La Ley 3313 de 1895 establecía la distribución del 60% de los beneficios de la Lotería Nacional para la construcción de hospitales y asilos públicos en la Capital federal y 40% para las provincias y de él se le otorgaba un 15% a la MCBA, de esta manera la municipalidad recibía subsidios del gobierno nacional quien también subsidiaba a un cierto número de sociedades filantrópicas de diferente significación como el Patronato de la Infancia,Liga contra la tuberculosis,etc.

La crisis económica mundial de 1929, al igual que la actual con su desocupación, con el deterioro de la calidad de vida,

influyó en nuestro país y ella generó un aumento mayor que el poblacional por demanda de atención médica como lo podemos ver en el cuadro siguiente:

Cuadro N 6

Evolución de la Demanda de Atención Médica en Instituciones Municipales Buenos Aires, 1906-1935. En Valores Indices (1906=10

RUBROS	1906	1926	1935
Población	100		206
Hospitales:			
Ingresos	100	250	351
% de población	2.27		3.67
hospitalidades	100	290	367
operaciones	100	350	901
Consultas Ext.	100	751	1.567
Medicamentos:			
recetas	100	427	438
fórmulas	100	477	927
Camas	100		439

Fuente: Memorias de la MCBA años, 1906-1926 y 1935

Así observamos lo que se podría denominar la primera explosión en la demanda que sufren tanto los hospitales de la MCBA como el sector público en general, ya que la precaria situación de la población se agrava con la aparición de enfermedades infecciosas, ante ello, la Asistencia Pública Municipal había incrementado su número de camas a pesar de la obsolecencia de sus establecimientos y de sus magros recursos y en 30 años pasa de 2.214 camas a 8.589 mientras ampliaba simultáneamente sus servicios ambulatorios.

1. CARACTERIZACION DEL CONTEXTO ACTUAL QUE ABARCA LA MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. (MCBA)

En 1980 se encontraban funcionando en el area metropolitana 486 establecimientos con internación los cuales poseían un total de 42.491 camas de las cuales, más de la mitad estaban ubicadas en la Capital federal a pesar de que el area estaba constituida también por el gran Buenos Aires, casi la mitad de ellas pertenecían al subsector oficial, mientras que el subsector privado, con mas de 2/3 de los establecimientos sólo poseía un poco mas de 1/3 de las mismas, mientras que el subsector de Obras Sociales poseía menos del 7 % tanto en camas como establecimientos. Recordemos que tradicionalmente el subsector privado había crecido al amparo del subsector

de O. Sociales a la vez que se ponía el acento en la atención básicamente ambulatoria.

"Sin temor a equivocarnos, podemos decir que el gobierno del municipio de Buenos Aires se encuentra entre las organizaciones estatales mas complejas de nuestro país.Ello se debe entre otras causas, a su rol como gobierno de la ciudad capital de la República, asiento de todos los organismos nacionales y, al hecho de ser Buenos Aires una de las ciudades mas importantes y pobladas del mundo. También el papel que desempeñó esta ciudad en el proceso histórico de nuestro país, le otorgó una significación peculiar",(45) reforzada por la presencia del 35% de la población nacional en su territorio y del 48% del empleo industrial, según los censos de 1980 y censo industrial de 1985 respectivamente.

Actualmente" la concentración humana que caracteriza a la ciudad de Buenos Aires es la generadora de un complejo sistema de servicios destinado a solventar las demandas societales que se generan y como muchos de ellos, dependen del gobierno municipal,originan un sistema sumamente diferenciado del resto de las organizaciones municipales de nuestro país, por ello, todo intento de análisis del municipio, remite invariablemente a la multiplicidad de demandas que le incumbe satisfacer". (46)

La ciudad de Buenos Aires se encuentra circundada por el denominado Gran Buenos Aires o conurbano Bonaerense, conformado por 19 barrios o "partidos" vecinos y que aunque pertenecen a la provincia de Buenos Aires,usufructuan de los servicios que ofrece la Capital Federal.(Ver mapas 1 y 1.1 del Anexo).En el ámbito capitalino se estimaba en 1984 que vivían 231.872 personas con " Necesidades Básicas Insatisfechas".Este es un índice denominado NBI que se refiere al hacinamiento, deficiencias de las viviendas, condiciones sanitarias, asistencia escolar deficiente y capacidad de subsistencia. Las delimitaciones de zonas con NBI(o bolsones de pobreza) fueron realizadas para poder identificar a la población que concurren a los hospitales públicos, especialmente los situados en el radio de la Capital federal y pertenecientes a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.(desde ahora MCBA).Recordemos también que los hospitales del subsector estatatal en Argentina constituyen la base del sistema público y a ellos recurren la mayoría de los pobladores que no poseen cobertura y aún aquellos que estando protegidos por Obras Sociales , no lo declaran para evitar los engorrosos trámites que su pertenencia acarrea.

2.DISTRIBUCION DE LA POBLACION

Uno de cada tres argentinos vive en el territorio del Gran Buenos Aires cuya superficie no supera las 160.000 hectáreas con una densidad de 15.000 hab. por km2 en la Capital Federal y de 1.600 hab por km2 en el conurbano. La población de la Capital ha sufrido variaciones mínimas desde 1947 y representa 1/3 del conjunto, como podemos observar en el siguiente cuadro.Sin embargo hubo un crecimiento demográfico importante como consecuencia de importantes movimientos migratorios internos que se localizaron en los partidos del conurbano bonaerense y que provocaron un desfasaje entre las demandas sociales y la oferta de servicios que hasta hoy persiste y uno de los sectores donde puede observarse esta inadecuación, es el el sector salud donde la demanda no fue acompañada ni de crecimiento ni en la cantidad ni en la calidad de los servicios.

Cuadro Nro,7

Población en 1947-1960-1970 y 1980 en el país Capital Federal y Conurbano bonaerense

Censo	Total del país	Area	Capital Federal
1947	15.893.827	4.799.300	2.982.580
1960	20.013.793	7.138.500	2.966.634
1970	23.364.431	8.550.000	2.972.453
1980	27.862.771	9.754.393	2.922.829

Fuente: Censos de Población Y Vivienda
Nota. No hemos tenido en cuenta los datos del Censo realizado en 1991 ya que aún se manejan datos provisorios .

En el gráfico 1.2 del Anexo observamos, la estructura poblacional de la Capital Federal por edad y sexo en los años 1960-1970 y 1980 el cuál muestra un crecimiento simultáneo de los grupos infantiles menores de 15 años (de 18,7% a 19,1%) y mas acentuado el de 65 años y más (de 9,1% a 14,9%) con la lógica reducción porcentual de los grupos intermedios. Esto nos indica que podemos considerar que la población capitalina está en vias de envejecimiento.

Sin embargo,el emergente mas significativo en el sector salud que nos interesa, lo constituye el origen de la demanda de atención médica en los establecimientos municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Si analizamos la variación relativa de la población de los distintos partidos que conforman el Conurbano Bonaerense,según datos de los censos de 1970 y 1980 , se deduce que existen partidos que

expulsan población mientras que otros la atraen (recordemos también que el conurbano bonaerense aloja la casi totalidad de las viviendas localizadas en Villas Miserias.).

La Matanza es el partido que más peso tiene sobre el total del conurbano con 943.113 habs.aunque su densidad es relativamente baja, mientras que los partidos que más crecieron en volumen de población son los mas próximos a la periferia:General Sarmiento,Merlo, Florencio Varela y Tigre.Este hecho puede responder entre otros a factores como radicación,concentración y dinámica del crecimiento industrial,vias rápidas de acceso a la Capital Federal, disponibilidad de tierras,valor de la tierra,y erradicación en esos aMos de villas miserias desde la capital hacia los alrededores. En cuanto a la cantidad de establecimientos asistenciales con internación que existían en 1990 para hacer frente a los problemas de atención médica de esa población,en la capital federal, encontramos los 20 hospitales municipales mas otros hospitales nacionales que operaban el el subsector público (y que actualmente están siendo transferidos a la MCBA) además de un importante número de establecimientos privados y pertenecientes a obras sociales que no son objeto de nuestro análisis.

Cuadro N 8

Concentración de la Población en Capital Federal y en los siete Partidos mas densamente Poblados en 1980.

JURISDICCION	CONCENTRACION HAB por Km2	POBLACION TOTAL
Cap.Federal	14.614	2.922.829
Lanús	10.368	465.890
Vicente Lopez	7.410	289.815
Tres de Febrero	7.457	340.343
Gral San Martin	6.836	384.306
San Isidro	6.002	268.083
Avellaneda	6.048	330.654
Lomas de Zamora	5.727	464.578

Fuente"Censo de Poblacion y Vivienda 1980.

29

Como ya lo resaltásemos, los hospitales que pertenecen a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires son quienes atienden a la mayoría de los habitantes de los partidos del Gran Buenos Aires (especialmente la que carece de medios económicos para pagar una atención personalizada o no está cubierta por el subsector de obras sociales) y aún del país entero y esta acción ha sido demandada desde que la ciudad comenzó a convertirse en una megalópolis.Ya en gráficos de 1969 como el 1.3 del Anexo notábamos la afluencia de población de La Matanza hacia los hospitales municipales, y también,como podemos observar en el siguiente cuadro, el porcentaje de egresos aumentó de casi 40% a 45%, disminuyendo en proporción similar para los residentes en el Gran Buenos Aires o Conurbano (de 55,3% a casi 51%) mientras que para otras jurisdicciones no tienen variaciones relevantes

Cuadro n 9

Numero y Porcentaje de Egresos según jurisdicción de residencia. Establecimientos de la MCBA.1980-82.

Jurisdicción de residencia	1980 N	1980 %	1981 N	1981 %	1982 N	1982 %
Cap.Federal	57.624	39,8	56.517	41,5	61.652	44,9
Gran Bs.As.	80.396	55,3	72.706	53,4	69.716	50,7
Otras Jurisdc.	7.210	4,9	6.916	5,1	6.071	4,4
TOTAL	145.430	100,0	136.141	100,0	137.439	100,0

Fuente: Plan De Salud de la MCBA.

Como podemos observar en el siguiente cuadro, de los egresos del Sistema Hospitalario Municipal de residentes en el Gran Buenos Aires, en el año 1981, casi un 55% correspondieron a cuatro partidos:La Matanza,Lanús,Lomas de Zamora y Morón.Con respecto a las consultas externas, el porcentaje para esos partidos alcanzó al 47%. Del total de nacimientos de residentes en el Gran Buenos Aires pero que ocurrieron en la Capital Federal , dichos partidos con- tribuyeron con casi el 50% y respecto de las defunciones, ese porcentaje fue del 41%.También en el gráfico 1.4 del anexo nos muestra que los egresos del Gran Buenos Aires en 1982 preponderaban sobre los de Capital federal.

Cuadro N 10

Egresos de los Hosp. de la MCBA de residentes en el Conurbano bonaerense en 1981.

PARTIDO	EGRESOS (1981)	CONSULTAS (1983)	NACIMIENTOS (1980)
Almirante Brown	2,7	3,2	3,1
Avellaneda	4,4	6,5	4,5
Berazategui	1,3	1,7	1,5
E.Echeverria	2,3	1,8	2,0
F.Varela	1,4	2,5	1,2
G.S-Martin	4,3	4,8	5,6
G.Sarmiento	5,7	6,0	5,7
La Matanza	29,6	20,8	25,2
Lanús	9,1	8,3	7,5
Lomas de Zamora	9,8	11,4	8,4
Merlo	3,5	4,7	3,7
Moreno	2,2	2,7	2,1
Morón	6,9	6,2	8,6
Quilmes	4,3	7,6	3,4
San Fernando	0,9	0,4	0,6
San Isidro	1,4	1,0	2,9
Tigre	2,1	1,8	1,6
Tres de Febrero	5,6	5,8	6,4
Vicente López	2,5	2,9	4,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Estadisticas Hospitalarias,Secretaria de Salud Pública y Medio Ambiente,MCBA.

En los gráficos 1.2 y 1.3 del anexo observamos lo anteriormente sostenido con la distribución de egresos según el lugar de residencia en los años 1969 y 1970.

Y [illegible]

La desagregación de los egresos por establecimientos elevan su valor promedial a porcentajes que alcanzaban al 74,4%

para el hospital Salaberry y el 76,2 % para el hospital Elizalde que es de niños. Observemos los siguientes cuadros N 11 y 12 para observar egresos y sus porcentajes en cada uno de los hospitales municipales durante 1980, según el lugar de residencia de los pacientes:

Cuadro N 11

Egresos por Hospital según Lugar de residencia
Hospitales Municipales MCBA.1980

Hospital	Total	Capital Federal	Provincia de Bs.As. conurbano	Otras resto	Otros prov.	no sa países	be
Alvarez	9.342	4.348	4.371	100	45	-	118
Alvear	10.109	2.764	6.933	92	50	1	269
Argerich	8.671	4.123	4.070	150	112	7	209
Durand	8.031	4.788	2.951	111	122	-	59
Fernández	7.473	4.300	2.622	245	171	17	118
Penna	9.077	2.916	6.060	51	15	-	35
Pirero	9.763	5.057	4.121	110	26	-	49
Pirovano	10.158	5.413	4.560	70	55	1	59
R.Mejía	10.877	6.472	3.945	187	197	2	74
Santojanni	9.649	2.418	7.176	20	17	-	18
V.Sars.	5.321	1.925	3.320	22	34	5	15
Zubizarret	2.213	757	1.420	17	7	1	11
Elizalde	9.177	1.687	6.995	269	322	1	4
Gutierrez	11.354	2.435	6.390	1.031	1.421	17	60
Sardá	13.874	5.667	8.070	99	20	-	19
MuMiz	6.408	1.516	4.457	224	157	3	37
Tornú	1.869	542	1.224	38	27	-	18
Quemados	650	126	392	56	70	5	1
Oncología	1.593	454	857	101	181	-	-
Rocca	221	116	82	7	14	-	2
TOTAL	145.430	57.824	80.396	2.999	2.963	60	1.159

Fuente:Dpto de Estadística.Dirección de Planificación y control.Secretaría de Salud Pública.MCBA.

Cuadro N 12

Porcentaje de egresos por hospital segun lugar de residencia
Hospitales municipales. M.C.B.A. año 1980

Hospital	total	cap. fed.	prov.de BS.AS. conourbano	prov.de BS.AS. resto	Otras Pcias	Otros Paises	no sabe
Alvarez	100,0	46,5	50,6	1,1	0,5	-	1,3
Alvear	100,0	27,3	68,6	0,9	0,5	0,0	2,7
Argerich	100,0	47,6	46,9	1,7	1,3	0,1	2,4
Durand	100,0	59,6	36,8	1,4	1,5	-	0,7
Fernández	100,0	57,5	35,1	3,3	2,3	0,2	1,6
Penna	100,0	32,1	66,8	0,5	0,2	-	0,4
Piñero	100,0	54,0	44,0	1,2	0,3	-	0,5
Pirovano	100,0	53,3	44,9	0,7	0,5	0,0	0,6
Ramos Mejia	100,0	59,5	36,3	1,7	1,8	0,0	0,7
Santojanni	100,0	25,0	74,4	0,2	0,2	-	0,2
V.Sarsfield	100,0	36,2	62,4	0,4	0,6	0,1	0,3
Zubizarreta	100,0	34,2	64,2	0,8	0,3	0,0	0,5
Elizalde	100,0	18,4	76,2	3,0	2,4	0,0	0,0
Gutiérrez	100,0	21,4	56,3	9,1	12,5	0,2	0,5
Sardá	100,0	40,8	58,2	0,7	0,2	-	0,1
Muñiz	100,0	23,7	69,5	3,5	2,5	0,0	0,8
Tornú	100,0	29,0	66,5	2,1	1,4	-	1,0
Quemados	100,0	19,4	60,3	8,6	10,8	0,7	0,2
Oncologia	100,0	28,5	53,8	6,3	11,4	-	-
Rocca	100,0	52,5	37,1	3,2	6,3	-	0,9
TOTAL	100,0	39,3	55,3	2,1	2,0	0,0	0,9

Fuente: Dpto de Estadística.Dirección de Planificación y control.Secretaría de Salud Pública.MCBA.

3.PERFIL SANITARIO DE LA POBLACION ATENDIDA POR LOS CITADOS HOSPITALES

Observaremos algunos indicadores que nos permitirán construir el perfil sanitario de la población analizada. En 1978, la tasa de natalidad de Capital Federal y conurbano bonaerense era del 21,0 como lo podemos observar a continuación:

NATALIDAD:

Cuadro Nro.13

TASA DE NATALIDAD POR 1000 HABS. SEGUN JURISDICCION.1978

Jurisdiccion	Tasa %
Capital Federal	17,2
Conurbano	22,2
Total Gran Buenos Aires	21,0

Fuente:Subdirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Direccion de Estadisticas y Censos de la MCBA.

Como podemos observar en el cuadro precedente, el conurbano bonaerense presentaba tasas superiores a las de la Capital Federal pero no era un proceso homogéneo entre los partidos, así las mayores tasas correspondian a los Partidos de "Esteban Echeverria, La Matanza, General Sarmiento, Tigre y Florencio Varela con cifras de alrededor del 25 %. Al Partido de Vicente López le correspondia la menor cantidad con 17,1%, siguiéndole Tres de febrero con 19,1% para el mismo año..

MORTALIDAD:

Esta tasa está fuertemente asociada por el envejecimiento poblacional propio de la Capital Federal que si bien habia disminuido entre 1970 y 1979, habia aumentado en el conurbano como podemos observarlo en el siguiente cuadro.

Cuadro N 14

TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR 1000 HABS SEGUN JURISDICCION 1970 y 1978

Jurisdicción	1970	1978
Cap.Federal	11,9	11,7
Conurbano	6,8	7,3
Total Gran Buenos Aires	8,6	8,7

Fuente:Ministerio de Salud Pública .Departamento de Estadistica.

Si esta tasa se estudia en el conurbano bonaerense según los partidos que lo integran surgen grandes diferencias.En 1978 las tasas mas elevadas correspondieron al partido de Avellaneda (14,2%), San Fernando (11,7%) y Vicente López (10,6%), mientras que las tasas mas bajas se registraron en Berazategui (4,3%) y La Matanza (5,6%). Pero si analizamos la mortalidad agrupada en la que se expresa el peso relativo de las muertes de los distintos grupos etáreos sobre el total de la mortalidad, observamos que los valores de la Capital Federal son comparables con los de los países de mas alto grado de desarrollo económico-social.

Cuadro N 15

MORTALIDAD PROPORCIONAL AGRUPADA SEGUN JURISDICCION.1978

Jurisdicción	-1año	1-4 años	5-49 años	50 y + años	TOTAL
Capital Fed.	3,3	0,3	8,5	87,9	100,0
Conurbano	9,9	1,0	14,5	74,6	100,0
Total Gran Buenos Aires	6,7	0,7	11,6	81,0	100,0

Fuente:Subdirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y Dirección de Estadísticas y Censos de la MCBA.

MORTALIDAD INFANTIL

Esta tasa es reconocida como uno de los indicadores mas sensibles a las variaciones de la situación social y económica de un area en función de la extraordinaria susceptibilidad de los menores de un año a los cambios nutricionales, emocionales y ecológicos. observando el siguiente cuadro constatamos que los valores han ido disminuyendo en forma paulatina entre 1970 y 1978, aunque lógicamente la tasa de la capital federal fue siempre menor que la del conurbano bonaerense dada las diferencias socio-económicas de ambas poblaciones.Así para 1970 y 1978 teníamos el siguiente cuadro:

Cuadro Nro.16

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS SEGUN JURISDICCION AMOS 1970- 1978

Jurisdicción	1970	1978
Capital Federal	38,2	23,4
Conurbano Bonaerense	54,3	34,9
TOTAL Gran Buenos Aires	48,9	31,9

Fuente: MSAS.Dirección de Estadisticas de Salud.

Como podemos observar en el caso de la Capital y como luego veremos en Mendoza y San Juan, la tasa de mortalidad infantil fue decreciendo con el correr de los años en casi todo el país y datos de la década del 80 así nos lo demuestran en el siguiente cuadro:

Cuadro N 17

Porcentajes de la tasa de Mortalidad Infantil de 1980 a 1988 en capital Federal segun residencia de la madre

R.Arg.	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
TOTAL	33,2	33,6	30,5	29,7	30,4	26,2	24,7	26,6	25,8
Cap. Fed.	18,5	17,7	16,6	17,1	17,5	15,3	17,8	15,9	17,0

Fuente: Tabla N 10.Dirección de Estadisticas de Salud.MSAS.1989

4.RECURSOS FISICOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA MCBA

Caracterizaremos en este punto, los recursos en operación que posee la MCBA para la atención de la salud de la población. Nos hemos basado en catastros y censos de recursos y servicios para la salud, realizados por el Ministerio de Salud de la Nación.

Los datos que nos ofrece la Dirección de Estadísticas para la Salud nos ilustran sobre que en 1990 había en Argentina 1.179 establecimientos asistenciales con internación en el subsector oficial, y de ellos, localizados en la Capital Federal, encontramos 27 (7 nacionales que actualmente están en vías de ser transferidos junto a otros que no poseen internación y 20 de la MCBA). De un total de 6.249.872 consultas realizadas en el ámbito de la capital federal, 5.446.539 habían sido realizadas en los establecimientos municipales, mientras que de un total de 162.062 egresos; 135.031 le correspondían a los mismos.

Tanto la cantidad de hospitales que componen el sistema, como la importancia numérica de la población atendida, nos está indicando la magnitud y la complejidad de esta red de efectores sanitarios que inclusive tienen bajo su dependencia a varios centros de salud y que se encuentran dentro del area programática de cada establecimiento. El gráfico n 1 del Anexo nos demuestra el sector que cada hospital tenía delimitado como zona sanitaria de su responsabilidad en 1969.

Algunos de los establecimientos que aún funcionan tienen mas de 100 años así leemos en el siguiente cuadro el año de fundación de cada uno, su superficie y el tipo de diseño con que fueron construidos.

Cuadro N 18

HOSPITAL	ANO	SUP.CUB.M2	TIPO
R.Gutierrez	1875	25.100	Pabellones
Ramos Mejía	1882	28.495	"
F.MuÑiz	1886	29.860	"
J.Pirovano	1895	18.600	"
F.de Elizalde	1897	15.900	"
T. Alvarez	1901	17.500	"
E. Tornú	1904	26.700	"
P. PiÑero	1917	18.427	"
M. Rocca	1926	10.175	"
J.Penna	1928	13.200	"
Oncología	1931	12.600	Compacto
R. Sardá	1934	11.300	"
A. Zubizarreta	1935	3.600	"
D.V. Sarsfield	1949	4.500	"
Odontología	1965	4.000	"
J. Fernández	1889		
(remodelado)	1982	24.377	"
F. Santojanni	1940		
(remodelado)	1982	20.050	"
C. Argerich	1897		
(remodelado)	1987	30.390	"
C. Durand	1913		
(remodelado)	1988	29.626	"
Quemados	1952		
(remodelado)	1989	8.411	"

Fuente:Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.1986-1989.Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

El cuadro anterior nos demuestra la antiguedad edilicia de los establecimientos citados ,lo cual, sumado a la cantidad de metros cuadrados cubiertos que poseen, nos indican los altos costos de su mantenimiento, así y como ya habíamos visto, los diez primeros hospitales fueron construídos entre 1875 y 1939,época en que la técnica sanitaria aconsejaba aislar al paciente de la sociedad y agruparlo según su dolencia y, siguiendo el ejemplo de países europeos, se los instaló en las periferias de los centros urbanos en lugares extensos y luminosos, estructurados en base a pabellones extendidos horizontalmente.A partir de 1930 el racionalismo arquitectónico irrumpe con sus ideas y produce edificios que responden a nuevas técnicas sanitarias y constructivas.Así el edificio es vertical,lo que permite ubicarlo en lugares pequeÑos y urbanos y a esta modalidad responden los que fueron construídos luego de ese aÑo.

Ante este panorama son agrupados según el estado edilicio en tres categorías:

a-Efectores en buen estado físico que permite un alto grado de efectividad en la prestación de servicios.
Son aquellos en los cuales se han efectuado remodelaciones aunque sus carencias se centran en la falta de recursos humanos y la demora en la instalación de equipos de alta complejidad.

b-Efectores en estado regular que deberían ser remodelados para permitir un sustancial aumento en la atención de la demanda.Comprende casi la totalidad de los hospitales de la MCBA (entre ellos:,H.Alvarez, de Odontología, de Oncología, Piñero,Piroyano,Ramos Mejía,Rocca,Sardá, Tornú,Velez Sársfield,Zubizarreta y Penna.

c-Efectores con alto porcentaje de sectores en mal estado y en los cuales debería planificarse si es conveniente su remodelación,ya que sus deficiencias son producto de la obsolecencia y el deterioro de sus instalaciones. Entre ellos se encuentran los dos hospitales de niños que ahora compiten con el nuevo hospital de Pediatría Doctor J. Garraham.(47) En el gráfico n 1.5 del anexo, podemos observar los hospitales que poseía la municipalidad hasta este año y su ubicación geográfica dentro del ámbito capitalino.

En el siguiente cuadro podemos observar la cantidad de camas que los citados efectores de la MCBA poseía en 1956 y 1984.

Cuadro N 19

ESTABLECIMIENTOS	CAMAS 1984	CAMAS 1958
Argerich	198	680
Durand	304	513
Fernandez	407	740
Pirovano	377	581
R.Mejia	661	1.289
Santojanni	299	512
Alvarez	291	800
Penna	287	304
PiMaro	391	547
V.Sarsfield	106	60
Zubizarreta	99	137
Elizalde	348	-
Gutierrez	388	-
Sardá	123	-
Muñiz	652	1.672
Tornú	210	1.002
Rocca	84	-
Quemados	40	-
Oncologia	132	-
Alvear	50	1.446
TOTAL	5.447	10.316

No se incluyen camas de unidad coronaria, urgencias ni terapia intensiva.
Fuente:Plan de Salud de la MCBA.1985-1989.Guia de Establecimientos Médico asistenciales.MCBA.Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.1958.

Como observamos en el cuadro precedente y relacionándolo con el cuadro N 5, notamos que el número de camas de los establecimientos municipales fue creciendo a traves de los años hasta llegar a su punto máximo en la década del 50 por las razones históricas ya expuestas anteriormente para luego ir disminuyendo y así esas 10.316 camas de 1958 se convirtieron en las 5.447 que hoy poseen los centros citados Notemos tambien que ya no existen los grandes hospitales de mas de 1.000 camas como habia en 1958 y se está en tratativas de suplantárlos por otros mas pequeños , funcionales debido a su obsolecencia y el deterioro de la planta fisica.Por ejemplo el Hospital R. Mejia deberá ser reemplazado muy pronto .También, versiones periodísticas aseguran Igual situación se presenta para el hospital Pirovano el cuál será también reemplazado y en cuyo proyecto se plantea incorporar acciones de rehabilitación de alta complejidad sustituyendo así al hospital Rocca. Notemos que en 1958 Oncologia y Odontologia eran Institutos que sólo poseian

consultorios externos y por lo tanto, no poseían camas y los Hospitales Sardá, Gutierrez y Elizalde, en ese año aún pertenecían a la Nación, siendo traspasados a la MCBA en 1964.

Todos los datos aportados hasta aquí nos ofrecen elementos para evaluar las tendencias que se pueden perfilar en cuanto a la magnitud de la demanda de servicios en los hospitales municipales. Según una encuesta de utilización de Servicios y gasto de atención Medica que se efectuó en 1962,en el área metropolitana; (48) el 71% de los encuestados sin cobertura ,se atendieron en hospitales públicos , lo cual significa que fueron las personas de menores recursos quienes acudieron a dichos hospitales.

Observemos a continuación el siguiente cuadro:

Cuadro N 20

Indicadores de producción y rendimiento en Hosp.municipales 1985

Hospital	Promedio camas disp.	Total egresos	Promedio permanencia	Total consultas
R. Mejía	661	10.961	14,6	746.332
Fernández	407	11.576	12,6	336.574
Pirovano	377	11.085	11,4	423.477
Santojanni	299	14.302	9,3	345.132
Piñero	391	9.284	11,4	408.058
Alvarez	291	8.371	11,7	336.634
Durand	304	9.664	10,0	388.631
Argerich	198	7.784	11,3	384.000
Penna	287	8.411	9,1	277.333
V.Sarsfield	106	5.412	5,8	176.604
Zubizarreta	99	2.683	9,9	220.103
R.Gutierrez	388	11.224	10,3	364.549
P.Elizalde	348	9.421	9,2	437.344
Sardá	123	13.885	5,0	108.860
Muñiz	652	5.643	29,0	79.054
Tornú	210	2.107	45,9	60.185
Oncología	132	1.808	19,1	72.383
Rocca	84	303	95,3	40.259
Alvear	50	545	27,9	15.256
Quemados	40	623	21,5	58.150
Total año	5.447	135.047		5.280.918

Fuente. MCBA. Secret.S.Pública.Dirección de Planificación.Movimiento hospitalario. Hospitales municipales. 1985..

El cuadro precedente nos muestra que el mayor número de consultas durante el año correspondió al hospital de agudos

con mayor cantidad de camas, seguido de un hospital de niños como el Elizalde, el promedio de permanencia mayor lo tiene, lógicamente, el hospital de rehabilitación Rocca, seguido del hospital de neumotisiología Tornú, y del hospital de infecciosos: Muñiz. También era alto el promedio en el h.Alvear (siquiátrico) y en el de Quemados por las afecciones que tratan.

Durante todo el año, 1985 se realizaron 5.280.918 consultas en los hosoitales municipales, mientras que se contaba para ese año con 5.447 camas y datos mas recientes,proporcionados por la Dirección de estadisticas de 1989 nos dicen que de 6.171.832 consultas realizadas en la capital federal, 5.370.466 correspondieron a establecimientos municipales y se seguia manteniendo la relación que indicaba que el partido de La Matanza era quien predominaba en la procedencia de internaciones y consultas.
Por el lado de la oferta de servicios de salud en 1990 la MCBA contaba con 20 hospitales de los cuales seis eran Hospitales Bases Generales de Agudos: Ramos Mejía,Pirovano, Argerich, Fernandez,Durand y Santojanni; cinco hospitales de Entradas Generales de agudos: Alvarez, Piñero,Penna, Zubizarreta y Vélez Sarsfield; nueve hospitales especializados,materno infantil Ramón Sardá,Quemados, Oncología, de rehabilitación Manuel Rocca,Alvear,de infecciosos F.Muñiz, de neumotisiología E.Tornú y los hospitales de niños R.Gutierrez y P.de Elizalde.(Ver cuadro 1.5 del anexo con la ubicación física de los mismos).

Actualmente el viejo hospital Alvear se lo redefinió como división de emergencias siquiátricas y depende del hospital Pirovano y.se transformó el ex-hospital de neumotisiología Santojanni en un moderno hospital general de Agudos que reemplazó al obsoleto Salaberry .También pertenecen a la MCBA, once hospitales nacionales que le acaban de ser transferidos este año.

La diversificación de las actividades de atención médica de la red de establecimientos que en los sectores finales e intermedios supera el centenar de subespecialidades y el grado de desarrollo por ellas alcanzado, hace del subsistema municipal el conjunto de efectores más complejos del país.

La carga de trabajo fue dividida con criterio geográfico dentro del ámbito capitalino,asignándole al hospital Fernandez la zona Norte; al hospital Pirovano la zona noreste; al hospital Argerich la zona Sur, al hospital Santojanni la zona sudoeste y la zona centro a los hospitales Durand y Ramos Mejía.

Como pudimos ver en el cuadro N 1º, la Municipalidad cuenta con casi 5.500 camas. El cuadro siguiente nos muestra como varió el porcentaje de ocupación entre el 79,5% en 1980 y 73,2 % en 1986. Esta disponibilidad de camas implicaba un

nivel de internación (medido en egresos) que en 1987 fue similar al de 1980 luego de haber descendido en un 5,3% entre 1980 y 1983.El promedio de permanencia muestra una tendencia declinante habiendo sido de 12,4 días en 1980 para ubicarse en 11,4 en 1986.

Cuadro N 21

INTERNACION
MCBA 1980-1987

Año	C. ocupadas	promedio permanencia	EGRESOS
1980	79,5	12,4	145.430
1981	75,0	12,2	136.141
1982	76,9	12,3	137.439
1983	78,9	12,6	137.711
1984	76,0	s.d.	141.042
1985	74,3	11,8	135.047
1986	73,2	11,4	143.336
1987	76,1	s.d.	144.481

Fuente: Dpto de Estadística. Secretaría de Salud Pública MCBA. Citado por Balgorria Luisa.Ob.cit.

Es necesario aclarar que estas cifras son globales y no tienen en cuenta las características propias de cada especialidad ya que por ejemplo no es lo mismo la estadía promedio en un hospital de rehabilitación que en uno de agudos.También debemos reconocer que no es correcto medir la capacidad de los hospitales sólo por el número de camas que posee, pues la tecnología (generalmente importada) que se ha incorporado en los últimos años también representa importantes inversiones, pero como no ha sido un proceso homogéneo ni en todo el país ni en las provincias analizadas, debemos mencionar, que gracias a ciertas exenciones impositivas que se otorgaron en la época como la Ley 21.908 de 1978, resultó ampliamente favorecido el subsector privado que contaba con los recursos financieros necesarios para dichas adquisiciones y así se realizó una desproporcionada concentración de costosos equipos en dicho subsector y, especialmente, en el area de la Capital Federal.Cuando la importación se reguló en 1983, el subsector privado había ganado la delantera en su adopción y en 1985 la situación era la siguiente:

Cuadro n 22

Distribución de Equipos de Alta Tecnología por sector y Dependencia Administrativa. 1985

Equipo	Total	Público n	Público %	Privado n	Privado %	I.Metropo- n	I.Metropo- %	Provincia n	Provincia %
Scaners TAC	45	3	6,7	42	93,3	31	68,9	14	31,1
Camaras rayos Gama	88	14	16,0	74	84,0	61	69,3	27	30,7
Aceleradores lineales	10	3	30,0	7	70,0	8	80,0	2	20,0
Bombas de Cobalto	80	19	23,8	61	76,2	54	67,5	26	32,5

Fuente: MSAS,1985.

En Argentina, tradicionalmente era el Estado quien estaba al tanto de la aparición de novedades en tecnología médica aunque esta tendencia comenzó a revertirse ante las mencionadas inversiones del subsector privado y ante la falta evidente de medios económicos del subsector público así éste, perdía su preeminencia en lo que respecta a tratamientos y diagnóstico, debiendo limitar su equipamiento a aquellos campos considérados no-rentables (como docencia e investigación o para la tención de enfermedades prevalentes en sectores populares), mientras que el subsector privado se munia de costosos y novedosos equipos amparado por una Ley que los eximia de impuestos por la importación de sistemas, equipos y aparatos de uso médico de tecnología avanzada y de las partes, piezas sueltas y repuestos necesarios para su normal funcionamiento, aunque debían comprometerse a ceder el 20% de la capacidad ociosa de los mismos al subsector estatal.Cosa que raramente se hace (49)

GASTO PUBLICO SOCIAL

Antes de analizar los recursos humanos y financieros de la MCBA nos referiremos a lo que se denomina Gasto Social: Es una política del Estado por la cual se canalizan recursos sociales hacia los trabajadores o personas necesitadas y, que generalmente son los de menores recursos.

Este gasto, que comprende el conjunto de erogaciones tendientes a satisfacer objetivos de políticas sociales como salud, vivienda o educación, etc, está clasificado(a efectos fiscales) en distintas" finalidades" y así la finalidad: Salud, comprende los gastos involucrados en acciones orientadas a las personas y la medio, para asegurar el óptimo estado sanitario de la comunidad(50) y abarca tanto la atención médica como el saneamiento ambiental.

La incidencia de los gastos realizados por los gobiernos provinciales y la MCBA es muy importante, superando a veces en valores absolutos al gasto de la Administración Pública Nacional (y que está compuesta por la Administración Central,las Cuentas Especiales y los Organismos Descentralizados.(51)

Con respecto a gastos de Capital, a pesar del proceso de deterioro de los efectores públicos ya comentado,tanto en la Administración Pública Nacional como en las provinciales y la MCBA; la participación de este tipo de gastos, dentro del total de erogaciones en salud, tendió a aumentar después de 1976.(Un análisis de los programas de gasto dedicados a construcciones, la mayor parte de los gastos de Capital en el area de atención médica, sugiere que los gastos mas importantes se destinaron a las remodelaciones ya citadas más que a nuevas construcciones).

En cuanto a la importacion de tecnología de avanzada y que constituye un importante indicador adicional de los recursos estatales, también creció, aunque se modificó quien la adoptaba ya que era tradicionalmente el Estado quien la incorporaba y dicha tendencia se revirtió durante la década 1970-1980 por el rápido ritmo de introducción de la tecnología por parte del subsector privado como ya lo señalásemos.

Hasta aquí hemos observado que si bien los recursos de salud parecerían haber aumentado, el subsector estatal ha perdido participación en el total de servicios públicos disponibles en el país, ya sea por la disminución del número de camas, las escasas remodelaciones, por la ausencia de nueva infraestrucura o la creciente emigración de sus planteles profesionales como veremos a continuación.

5.RECURSOS HUMANOS EN LA MCBA

Los recursos humanos del sector salud, su composición y distribución, constituyen uno de los principales ejes de la atención de la salud, de la operación y del funcionamiento de los establecimientos y representan un gasto importante , sino el mayor, entre los gastos de funcionamiento del sector. Aparentemente en la MCBA,los gastos en personal constituyen actualmente la mayor parte de los gastos corrientes en salud; además se realizan gastos en inversiones para su capacitación ya que el suministro de los servicios de salud de la población, depende de ello.

La participación del personal municipal afectado a establecimientos en el total del personal afectado al sector se obtiene de la lectura de los datos referidos a la cantidad de agentes con que cuenta el sistema de salud capitalino. El subsector oficial o público intervenia en 1978 con un 46,5% del total mientras que de ello, un 24,5 pertenecia a la MCBA.(52)

En el cuadro siguiente podemos observar como ha evolucionado entre 1978 y 1988 la dotación de personal:

Cuadro n 23

Personal perteneciente a la Secretaria de Salud Pública de la MCBA.1978-1988

Años	Cantidad	% variación
1978	17.418	
1980	15.640	
1983	17.889	
1984	18.869	5,4
1985	19.850	5,2
1986	19.682	-0,8
1987	19.834	0,7
1988	19.542	-1,5

Fuente: Dirección General de Personal. Secretaria de Salud Pública. MCBA.1988.
No incluye personal de la administración general. Solo de hospitales.

Como podemos observar, hubo aumentos entre 1984 y 1985 y luego una tendencia hacia el estancamiento.
En números absolutos, de 1976 a 1981 habia habido una disminución progresiva en el numero de personal que se desempeñaba en la Secretaria de Salud Pública como podemos observar en el siguiente cuadro

Cuadro N 24

Cantidad de Personal.S.S.P. M.C.B.A. 1976-1981

Indicador	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Número	28.240	23.685	21.024	20.033	19.009	16.331
Decrecimiento %	100,0	83,9	74,4	70,9	67,3	54,9

Fuente. Presupuestos anuales. Secretaria de S.pública. MCBA.

La planta permanente de personal, que incluye a enfermeras, técnicas y auxiliares además de administrativos, había aumentado paulatinamente desde 1980 hasta 1988, mientras que los integrantes de la carrera médica hospitalaria (profesionales médicos y otros relacionados con el arte de curar) habían disminuido a partir de 1985.(dentro de la composición de cargos, son los médicos y personal de enfermería los que ostentan los mayores índices, por ello nos atuvimos a esas dos categorías de profesiones.)

De acuerdo con el Censo de población y vivienda realizado en 1980, la densidad médica en la Argentina era de un médico cada 600 habitantes caracterizada por una desigual distribución en el territorio nacional, donde se concentraban en los grandes centros urbanos mientras que existía una gran escacez en áreas pequeñas o rurales y este fenómeno parece reproducirse aún hoy en 1992, en todo el territorio argentino.

Los datos de 1980 nos indicaban que para la Capital Federal, con una población de 2.922.829 personas, se contaba con 13.678 médicos , o sea un profesional cada 213 personas.En esta década se estima que la Capital posee 20.718 médicos, siendo que (como ya hemos visto, la población de la Capital casi no creció) disminuyendo así la proporción médico-habitante y también se reconocía que la distribución de los cargos médicos según dependencia administrativa, en cada jurisdicción, no era uniforme, obteniendo el área metropolitana, considerada globalmente, casi la mitad de los cargos en el subsector público, alrededor del 36 % en le privado y en las obras sociales un 15,3%. Mientras que para el personal de enfermería (incluyendo Lic. en enfermería, instrumentador, auxiliar y ayudantes en enfermería) eran 20.433 para toda el área metropolitana y, como en el caso de los médicos, aproximadamente dos tercios estaban en la capital federal.

Las relaciones entre categorías de profesionales y su distribución por subsector también constituyen importantes indicadores, especialmente entre personal de enfermería y médicos. Observemos el siguiente cuadro:

Cuadro N 25

Cargos médicos y de enfermería.Cap. Federal 1980.

Dependencia	médicos %	enfermeras c/100 médicos
Capital Fed.		
S.Oficial	46,0	63
S.O.Sociales	20,0	54
S.Privado	34,0	75

Fuente.Plan de Salud.MCBA.1984

Como podemos observar en el cuadro precedente, había en 1980, un 46,0% de cargos médicos para el subsector oficial y 63 enfermeras cada 100 médicos, relación que parece haberse mantenido durante toda la década y mientras el mayor porcentaje de los médicos estaban en dicho subsector, en lo que respecta a enfermeras con título, predominaban en el subsector privado, existiendo 75 enfermeras por cada 100 médicos.Y de ese 46,0 % de médicos, casi la mitad estaban en el ámbito de la MCBA.(53)

Con respecto a enfermeras, Argentina no escapa a la mundial escacez de este tipo de personal ya que parecería que estuviese en crisis la misma identidad de la profesión y la mayoría se concentra en las capitales y ese es el caso de la MCBA, quien a pesar de poseer una escuela de enfermería bajo su órbita, no logra con sus egresadas cubrir las necesidades de los hospitales municipales.Entre 1976 y 1981 los egresados de enfermería fueron disminuyendo como podemos observarlo a continuación:

Cuadro n 26

Egresados de la Escuela de Enfermería de la MCBA
1976-1981

Denominación	1976	1977	1978	1979	1980	1981	Total
Enfermeras	79	38	38	17	13	21	206
Auxiliares	359	142	75	80	233	168	1.057
TOTAL	438	180	113	97	246	189	1.263

Fuente: Dirección de Capacitación Profesional y Técnica, MCBA.1981

Cuadro n 27

Licenciadas en enfermerías.Enfermeras, auxiliares y ayudantes en la MCBA.

AÑO	TOTAL
1980	3.192
1983	3.540
1984	4.552
1985	4.738
1986	4.870
1987	4.904
1988	4.814

Fuente:1980 Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud. Ministerio de Salud Pública.
1983-87 Dirección General de Personal MCBA.

"Actualmente existen en todo el país,16.000 enfermeras y 25.000 ayudantes de enfermería presentando de esta manera la forma de una pirámide invertida, donde su cúspide se halla ocupada por profesionales médicos que casi duplican el número de las enfermeras y auxiliares".(54)

El cuadro anterior nos reafirma lo ya expuesto anteriormente sobre que ha ido aumentando el número de enfermeras aunque sigue por debajo del número de médicos en cualquier institución y más si se incluyen a los médicos residentes, aunque un análisis histórico de la relación médico enfermera pone de manifiesto que esta situación era aún más marcada en 1980 como podemos observar a continuación:

Cuadro N 28

Relación Médico-enfermeras 1980-1988 en la MCBA

1980	2,09
1983	1,97
1984	1,59
1985	1,55
1986	1,51
1987	1,56
1988	1,62

Fuente: Baigorria, Luisa. Tesis de Posgrado Ob.Cit. 1988

La autora citada nos dice que pareceria que la relación de dos enfermeras por cada tres médicos era y es la distribución promedio en los establecimientos hospitalarios, y que la relación entre enfermeras y médicos residentes que en 1980 era de aproximadamente 4,1 fue descendiendo hasta 1987 (año en que realizó su investigación) y con lo cual nos demuestra que se habian incorporado más médicos residentes que enfermeras en los establecimientos citados:

Cuadro n 29

Relación Médico residente- Enfermera en la MCBA

Año	Relación
1980	4,2
1981	3,4
1984	3,8
1985	3,6
1986	3,4
1987	2,9

Fuente:Citado por Baigorria,Luisa.ob.cit.

Como síntesis podemos decir que a pesar de tener que atender a cantidades crecientes de población principalmente carenciada, los hospitales municipales han disminuido el número de sus profesionales y de personal capacitado que interviene en la atención de la salud en dichos establecimientos, esto se ha debido a varias causas como bajos salarios, escasa estimulación para el perfeccionamiento, distribución asimétrica del personal, etc. como correlato del desaliento y abandono de los hospitales públicos y la preponderancia del subsector privado. Sin embargo, en la MCBA sigue siendo importante el número de sus trabajadores por el hecho de estar situados en

la zona de mayor concentración urbana y mayor poder adquisitivo del país.

6.RECURSOS FINANCIEROS DE LA MCBA

La mayor parte de los recursos de la actual Secretaría de Salud municipal proviene de Rentas Generales pero con la sanción de la Ordenanza 39.762/ 90, se habilitó una cuenta especial para los recursos que provinieran de un arancelamiento de las prestaciones de la Seguridad Social y poder así reinvertirlos en los mismos establecimientos hospitalarios que las ejecutaban.(lo mismo ocurrió en las otras dos unidades analizadas, como veremos mas adelante.)

La proporción de la población que acude a los hospitales públicos para su atención había decrecido entre 1969 y 1980 aunque dicho descenso no fue mayor debido a que las O. Sociales subcontrataron también con ellos,para la atención de sus afiliados. En parte esta situación podía estar reflejando en 1980, el impacto del sistema de arancelamiento de los servicios de asistencia médica y hospitalario que el gobierno de facto había implementado en 1976 y que tuvo vigencia hasta 1983 cuando el gobierno democrático lo anuló. Por dicho sistema todas las personas que no pudiesen justificar su condición de pobreza, podían recibir atención gratuita y ese dinero era aplicado a determinados fines por el mismo establecimiento.(55).

También es importante tener en cuenta el papel que juegan las respectivas Cooperadoras de los hospitales, que son organizaciones privadas que funcionan dentro de cada hospital, manejándose en forma autónoma y que recaudan fondos voluntariamente aportados, que son luego reinvertidos en los mismos establecimientos. Esto provoca inequidades ya que los recursos que capta un establecimiento situado en zonas de alto poder adquisitivo son notablemente superiores que los de uno situado en lugar de bajos ingresos.Sin embargo, en las entrevistas realizadas a los directores de los hospitales mas importantes de cada unidad analizada, se resaltó la pésima relación que existe entre los directivos de dichas cooperadoras y los directivos del hospital, ya que aparentemente constituyen un poder paralelo y manejan dinero que recauden dentro del establecimiento y que por lo tanto, pertenece al propio hospital y sin embargo aplican como ellos lo consideren mas conveniente. Aún así es de suponer que dichas contribuciones voluntarias de quienes acuden a los hospitales son reinvertidas en los mismos establecimientos, sin dejar de reconocer el poder que detentan los repectivos presidentes de dichas asociaciones.

7.PRESUPUESTO MUNICIPAL

La evolución de la participación del presupuesto de la Secretaría de Salud Pública ,en el presupuesto global de la Municipalidad nos muestra una tendencia decreciente relativa desde 1974 en adelante.

Cuadro N 30

Presupuesto Municipalidad de Buenos Aires y de la Secretaría de Salud pública y Medio Ambiente .

Año	Municipalidad	Secretaría de Salud	incidencia %	Moneda
1974	4.097	1.210	29,5	Millones de $
1975	7.143	1.803	25,2	" "
1976	28.610	8.679	30,3	" "
1977	120.629	43.979	36,5	" "
1978	322.617	68.068	21,1	" "
1979	1.125.000	209.392	18,6	" "
1980	4.173.109	610.057	14,62	Pesos Ley 18.188
1981	6.801.315	1.379.136	20,28	" " "
1982	13.085.858	2.139.899	16,35	" " "
1983	40.588 229	7.540.975	18,58	" " "
1984	52.502.003	12.099.958	22,05	Pesos Argentinos
1985	492.963.019	91.830.885	18,63	Australes
1986	689.208.096	141.156.998	20,48	"
1987	1.352.228	274.123	20,27	"
1988	3.653.182	653.792	17,9	"
1989	17.587.540	3.336.200	18,97	"
1990	3.332.807	738.367	22,15	"
1991	10.736,000	2.225.295	21,01	Miles "

Fuente: Presupuestos Municipales. MCBA.

Para 1988 el presupuesto ascendió a 653.792 millones de australes, representando el 17,9 del presupuesto total de la MCBA. En ese año estaba formado por 14 programas , y que cubría amplios aspectos relacionados con la salud de la población, incluyendo áreas vinculadas con el medio ambiente, como el programa de control de zoonosis, cuya unidad ejecutora fue el Instituto Pasteur de la citada municipalidad.

La mayor parte del presupuesto estaba orientada hacia programas que ofrecían bienes y servicios sanitarios a la comunidad directa o indirectamente (un 85% de los recursos presupuestarios), mientras que los programas de apoyo (actividades centrales de la Secretaría, Desarrollo de Areas programáticas (o areas de influencia) y descentralización administrativa, absorbíann un 15% del presupuesto.

Con respecto a la distribución de responsabilidades, cabe señalar que el proceso de descentralización administrativa que se está llevando a cabo en el ámbito municipal, ha reasignado responsabilidades en los hospitales y Centros de salud.

Así en 8 de los 14 programas, la unidad ejecutora (que es la responsable del programa, su formulación e implementación) es un Centro asistencial o un conjunto de hospitales que comparten un programa.Así los programas de asistencia directa , cuya responsabilidad es de los mismos centros asistenciales son:

Cuadro N 31

Programa	Monto asignado en Australes	% del presupuesto
Atención Ambulatoria desconcentrada	10,5	1,6
Materno-infanto-juvenil	28,1	4,3
Clínico-Quirúrgico	89,3	13,7
Urgencias y Unidades Intensivas	74,2	11,3
Rehabilitación integral	7,5	1,1
Salud Mental	7,4	1,1
Salud Bucal	1,5	0,2

Fuente:Dirección de Finanzas.MCBA.1988

Mas del 80 % de los recursos de salud pública municipal, estaban y están asignados a los servicios asistenciales de tipo curativo y a las actividades administrativas y a pesar del avance de la descentralización en la administración de los recursos con el manejo de la cuenta especial con los pagos que realizan las Obras Sociales por la atención a sus afiliados, se observaba un bajo nivel de ejecución y en 1987, sobre un total asignado de 16.470.939 australes, se ejecutaron 8.065.098, o sea un 46,6%

Este bajo nivel de ejecución no responde a una racionalidad económica ya que el objetivo básico de un presupuesto público debería ser la concresión de lo planificado, y por lo tanto de las metas de gasto prefijadas, pero se sostiene

que ello se debe a la excesiva centralización en el manejo de los recursos. Así la Memoria de 1987 de la Secretaría nos dice que el 90% del presupuesto se manejó a nivel central de la MCBA.

En la actualidad, el presupuesto de Salud Pública, más que un conjunto de objetivos definidos, refleja una sumatoria de acciones con intereses contrarios, lo cual le imprimen una dinámica particular a todo el sistema de salud municipal(56).

Al analizar la composición del gasto en salud y su evolución histórica a partir de los presupuestos sancionados parecería que los recursos asignados a gastos en personal fueran disminuyendo en términos relativos, pasando de un 75,9% del total de recursos de 1980 a 55,6% en 1987, registrándose el nivel mas bajo en 1983. Según este desarrollo, habrían aumentado correlativamente los recursos asignados a bienes y servicios corrientes de capital, transferencia y otros, como lo ejemplifica el siguiente cuadro.

Cuadro N 32

Presupuesto S.de Salud Pública. MCBA 1980-1987.
Miles de Australes

Años	T. Sancionado	Personal	%	Ejecutado	Personal	%
1980	61.006	46.320	75,9	61.11	47.794	78,2
1981	109.366	78.962	72,2	106.950	81.052	75,8
1982	169.664	117.495	69,3	249.072	182.064	73,1
1983	891.647	331.866	37,2	1.322,52	976,48	73,8
1984	12.750,8	7.901,3	62,0	11.205,3	8.310,3	74,2
1985	99.427	62.203	62,6	82.361	60.689	73,7
1986	149.814	74.869	50,0	162.860	118.868	73,0
1987	274.124	152.362	55,6	337.171	246.135	73,0

Fuente: S. de Economía, M.C.B.A.Citado por BAIGORRIA,Luisa.ob.cit. 1988.

Sin embargo, al analizar la evolución de lo efectivamente gastado en personal, se advierte que a pesar de haberse intentado reducir el peso del gasto en recursos humanos no se ha logrado disminuir su incidencia mientras que las variables de ajustes parecen haber sido las otras erogaciones como bienes y servicios corrientes, de capital, etc., lo cual explicaría el estado de obsolecencia y de deterioro de los efectores municipales.

Si observásemos la composición y evolución de los presupuestos asignados desde 1976 a 1981 de la Secretaría, según grandes partidas, también comprobaremos que los gastos en personal corresponden a la mayor porción del presupuesto asignado.

Cuadro N 33

Estructura Porcentual del Presupuesto asignado a la S. de Salud Pública.MCBA 1976-1981.

Años/Partida	Personal	Funcionamiento	Capital	Total
1976	80,2	16,8	3,0	100,0
1977	64,9	30,6	4,5	100,0
1978	56,8	34,6	8,6	100,0
1979	73,0	20,7	6,3	100,0
1980	75,9	20,0	4,1	100,0
1981	77,3	18,1	4,6	100,0

Fuente: Presupuestos Municipales. M.C.B.A.(1976/1981)

"En la evolución histórica del gasto en personal, se observa que a pesar de los intentos de los planificadores de reducir su incidencia, es evidente que existen factores estructurales que condicionan dichos intentos: desde 1980, el gasto en personal ha absorvido constantemente alrededor del 73% del presupuesto en salud. Algunos de estos factores estructurales escapan al control del ámbito municipal, ya que son el resultado del modelo médico vigente con preferencia por lo curativo antes que lo preventivo (incluso por parte del usuario), de servicios médicos-instensivos de alta especialización y complejidad tecnológica"(57)

Concluyendo, para la MCBA observamos acerca de la obsolecencia de los efectores, que la prensa se hacía eco de esta realidad y así el diario" Página 12" que de edita en la capital, sostenía en julio de 1991 que también habían disminuido los recursos que se destinaban para ellos así, e informaban que en el año 1986, se destinaron 68.millones de dólares para los mismos; para 1987, se había reducido el importe a 40 millones de dólares, en 1988 a 27 millones de dólares, mientras que en 1990 se les había destinado la cantidad de 32 millones .(58)

Durante 1990 y 1991 las autoridades capitalinas tomaron medidas como las de otorgar concesiones para el abastecimiento de comida, mantenimiento ,limpieza y vigilancia de los nosocomios municipales, con el objetivo de aliviar las tareas de los respectivos directores pero estas medidas fueron en general resistidas ya que se sostenía que la MCBA gastaba más privatizando dichos servicios que

ocupando personal propio de la misma municipalidad, así en julio de 1991 desde la Asociación de Médicos Municipales de la Capital Federal se sostenía que para colocar dos personas vigilando cada puerta del hospital Durand, se gastaba la cantidad de 180 millones de australes mientras que al resto del funcionamiento del hospital se le destinaban entre 300 y 400 millones(59)

Por la misma época se publicitaban reformas edilicias en todos los hospitales municipales que no sabemos si fueron llevadas a cabo. Sin embargo debemos resaltar el encomiable esfuerzo que realizan los profesionales que desempeñan sus tareas en los hospitales públicos de la MCBA en situaciones tan adversas y carentes de mínimas condiciones de higiene. Fuimos testigos involuntarios de 2 operaciones realizadas simultáneamente por 2 cirujanos en un mismo quirófano en el hospital de niños R.Gutierrez y donde los desesperados padres oficiaban de camilleros para trasladar a sus hijos a los fríos y gigantescos pabellones donde en destartaladas y desnudas camas se repondrían de la anestesia.

Con esto queremos resaltar que los problemas que provocan que los hospitales públicos agonicen, especialmente los pertenecientes a la MCBA, no radican en sus recursos humanos, sino en la carencia y deficiente planificación de sus recursos financieros que afectan las condiciones de equidad que debería existir en todo sistema de atención de la salud.

MENDOZA

Mi agradecimiento al Dr. Carlos Cardello, Dr.Juan Carlos Cruz, Dr. Francisco Ibañez, Lic. Lucio Duarte, Dr. R.Guembe,Lic.Jofré Lic. Ana Martín, Lic. María Ester Laceda, Dr. Daniel Palumbo, Lic. Marisa Poj y muy especialmente a mi colega y amiga: Margarit Sastre de Diaz.

PROVINCIA DE MENDOZA

ASPECTOS FISICOS

SITUACION GEOGRAFICA

La provincia de Mendoza ocupa una superficie de 150.839 Km2, encontrándose por su extensión en séptimo lugar entre las provincias que conforman el país.

Por su posición geográfica, Mendoza ocupa la parte centro-Oeste del territorio continental y su altitud varía desde los 1.600 metros a los 300 metros sobre el nivel del mar, la ciudad capital está a 747 metros sobre dicho nivel.

DIVISION POLITICA

La provincia se divide en 18 departamentos que se llaman: Capital; Godoy Cruz, Guaymallén; Las Heras, Lavalle; Luján; San Martín, Maipú; Junín; Tupungato; Rivadavia; Santa Rosa; La Paz; Tunuyán; San Carlos; San Rafael; General Alvear y Malargue. (ver mapa n 2 del anexo).De ellos,14 ocupan la mitad norte del territorio, donde se encuentra ubicada la mayor densidad de población y pues el 97% del territorio provincial es desértico y sólo el 3% restante al ser regado por las aguas de los ríos , contiene pequeños oasis donde se concentra la población. Así el oasis mas importante es el centro-norte que se forma con las aguas de los rios Mendoza y Tunuyán y que abarca los departamentos del Gran Mendoza mas la zona este (San Martín, Rivadavia, Junín, Maipú, Luján y se alarga a lo largo del rio Tunuyán a través de Santa Rosa y La Paz.)

El oasis centro-sur surge de las aguas de los rios Diamante y Atuel y está conformado por las ciudades de San Rafael y General Alvear y el centro-oeste ocupa lo que se conoce como el Valle de Uco, recorrido por los Rios Tunuyán, Tupungato y San Carlos. Luego hay pequeños oasis como el de Malargue situada al extremo sur de la provincia y cuya densidad es 0,5 con un territorio departamental muy extenso.(ver mapa 2.1 del anexo).

La red hidrográfica de Mendoza está formada tanto por rios permanentes como por arroyos temporarios,los rios mendocinos descienden desde la cordillera hacia las planicies para desembocar en el rio Desaguadero, siendo alimentados por la fusión de nieves y glaciares.

El clima mendocino es uno de los mas secos del país debido a las diferencias en el relieve de la zona montañosa y el llano.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Desde 1869 año del primer censo nacional, hasta 1991 en que se realizó el último, la población de la provincia pasó de 65.413 habitantes a 1.413.762.

El período 1895-1914 fue el que experimentó el crecimiento mas rápido de toda la historia poblacional de Mendoza y del país debido a la inmigración europea principalemente(como ya lo mencionásemos en la primera parte de nuestro trabajo).En Mendoza, dichos inmigrantes llegaron a representar el 32% de la población total provincial.

Entre los años 1914 y 1947 se atenúa el crecimiento poblacional (disminuyendo al 23% en Mendoza y 21 % en el total del país) pero aún asi se duplica la población mendocina en esos años.Los trece años que van entre 1947 y 1960 indican una leve suba en el ritmo del crecimiento poblacional, para caer abruptamente a partir de 1960 y en 1970 comienza una recuperación hasta 1980. En este último período desde 1980 a 1991 se observa una caida también tanto para la provincia como para todo el país.

En resumen podemos afirmar que la población crece a ritmo decreciente tanto en Mendoza como en el resto del país, que en los últimos once años llegó a los niveles mas bajos. Observemos el siguiente cuadro:

Cuadro N 1

Crecimiento por Grupos de Departamentos
1980-1991

Grupos	Porcentaje de crecimiento	Cantidad de departamentos
1.Tupungato, Malargue, Las Heras	Mayor al 30%	3
2.Godoy Cruz, Guaymallén, Luján, Maipú y Tunuyán	Del 20% al 29%	5
3. San Carlos, San Martín, Junín, Rivadavia y Lavalle	Del 10% al 19%	5
4.San Rafael, La Paz,Gral Alvear, Capital y Santa Rosa	Menor al 10%	5

Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas y Censos. Mendoza. 1991.

Los datos del cuadro n 1 nos indican que ocho departamentos tienen crecimiento que superan la media provincial, que fue de 18% para el período analizado y, de los cuales solo tres superan el 30 %.

La densidad de la población es para la provincia de 9,5 personas , pero debemos tener en cuenta que el asiento poblacional se da en torno de los oasis y en términos generales puede decirse que la densidad medida a nivel de departamento, disminuye en relación inversa a la distancia con la capital de la provincia.(Ver mapa N 2.3 con densidad de la Población mendocina en el anexo)

Del total provincial los datos provisorios del censo 1991 indican que 1.141.671 (81%) personas habitan en zonas urbanas predominando sobre 272.092 (19%) que lo hacen en zonas rurales.

A nivel de departamento existe un primer grupo de los totalmente urbanizados que son :Capital y Godoy Cruz, un segundo grupo de un alto porcentaje de población urbana donde se concentra el grueso de los mismos, y un tercer grupo de los departamentos que por el contrario tienen poca población urbana y alto porcentaje de población rural donde se destacan lavalle (49,5% rural) y Santa Rosa con (56,5 % rural,Ver Gráfico N 2.A del anexo)

A continuación veremos en un cuadro como ha evolucionado la población de Mendoza por Departamento según Censos nacionales.

Cuadro N 2

Población por departamento según Censos Nacionales -1895-1914-1947-1960-1970-1980-1991.

Departamento	1895	1914	1947	1960	1970	1980	1991
Capital	28.602	58.790	97.496	109.122	118.568	119.088	121.739
G.Cruz	6.011	15.566	54.480	85.588	112.481	142.408	179.504
Guaymallén	10.336	24.926	67.058	109.853	138.479	181.456	222.103
L.Heras	6.444	10.735	33.302	63.967	84.489	120.931	156.705
Lavalle	4.097	6.858	12.431	17.256	17.478	24.325	26.790
Luján	7.464	19.004	27.807	38.584	47.074	62.118	79.981
Maipú	8.834	28.401	44.170	58.761	71.599	97.228	125.451
Junín	6.237	12.867	17.189	20.927	22.052	25.366	28.473
La Paz	2.623	5.015	5.536	5.936	6.401	7.357	8.039
Rivadavia	7.036	17.112	24.522	34.312	37.369	42.907	47.033
S.Rosa	2.059	4.798	7.593	9.653	10.737	14.703	14.239
S.Carlos	4.039	6.161	14.346	18.340	19.742	21.207	24.154
Tupungato	1.301	2.190	7.650	9.855	14.160	16.689	22.407
G.Alvear	--	7.846	25.753	35.214	39.206	41.952	42.456
Malargue	--	--	--	9.308	11.427	15.625	21.750
S.Rafael	9.846	31.230	97.053	118.243	131.239	144.853	159.562

En 1895 San Rafael incluía los departamentos de G.Alvear y Malargue y éste último hasta el censo de 1947.
1991 Son resultados provisorios.

Fuente; Censos nacionales. Dirección de Estadísticas y Censos, provincia de Mendoza.

Si comparamos la población de los departamentos desde el censo de 1980 con el de 1991, observamos que los que presentan una mayor tasa de crecimiento entre ambos censos y en orden decreciente son: Tupungato (+34%), Malargue (+31%), Las Heras (+30%) y ocupando el cuarto lugar de crecimiento encontramos a Luján y Maipú con (29%).Pero en general la tasa de crecimiento de toda la provincia es relativamente constante, especialmente en los departamentos que constituyen el Gran Mendoza y que por los efectos de la marcada urbanización que sufre la provincia, aumentan gradualmente (ellos son Godoy Cruz, Guaymallén y Las Heras).

La natalidad tiene un decrecimiento leve pero permanente desde 1976 (28,25%) a 1991(23,19) y la tasa de crecimiento vegetativo se mantiene casi estable debido a una marcada disminución de la mortalidad infantil desde 1976 (47,15%), 27, 16% en 1984 y 22,3 en 1990.

También en cuanto al envejecimiento de la población, caracteristica compartida por todo el país, la provincia sufre un continuo envejecimiento, perteneciendo el 60,28 % de la población de 1980 a la faja etaria de 15 a 65 años.El Gran Mendoza presenta una composición parecida a la de las grandes ciudades, con baja proporcion de niños y gran cantidad de adultos y ancianos, mientras que la zona rural presenta el proceso inverso.

HISTORIA DE LA EVOLUCION DE LA SALUD EN MENDOZA

Al igual que en el resto del país, fue el hospital público el lugar de práctica y aprendizaje para los profesionales con inquietudes de investigación científica. En el siglo pasado funcionaba el hospital San Antonio que había sido destinado tanto a casa de detención y corrección como a asilo de alienados y epilépticos. Al igual que la ciudad, estaba situado en una zona baja, inundable y a merced de los movimientos telúricos que frecuentemente , aún hoy,azotan la provincia y que casi había destruido la ciudad en un terremoto en 1861, aunque el viejo edificio del hospital había sobrevivido, sin embargo la ciudad fue reconstruida hacia el sudoeste quedando determinadas dos zonas: la ciudad vieja y la nueva como ejemplos de atraso y modernidad.La administración del establecimiento estuvo a cargo de la Municipalidad de la Capital hasta 1907 donde por Ley 399, se autoriza al P.ejecutivo provincial a tomar a su cargo dicha administración y servicios.

El gran sanitarista argentino Emilio Coni, que llegó a Mendoza contratado por la Municipalidad capitalina para mejorar las condiciones higiénicas de la ciudad, sostenía ya en 1896 que era necesario contruir otro hospital ante las deprimentes y caóticas condiciones del existente, así decía:"...que esté situado en un paraje elevado y excéntrico

de la ciudad, cerca de la falda de las sierras. Será de pabellones aislados de un solo piso y con capacidad para 500 camas. Será de carácter provincial y dependiente de la Dirección de Salubridad"..."El actual hospital San Antonio cuya descripción acabo de hacer, depende de la Municipalidad de la Capital y está llamado a prestar servicios a toda la clase menesterosa de la provincia.Dada su situación y condiciones esencialmente contrarias a la higiena, convien clausurarlo y sustituirlo por otro establecimiento de carácter provincial dependiente de la autoridad sanitaria central" .(1)

Y es también el Dr Coni que estableció la Asistencia Gratuita Domiciliaria para asistir a los mas necesitados, como rama dependiente de la Dirección Provincial de Salubridad que el dirigía y para ello, dividió a la ciudad en dos secciones con un médico municipal a cargo de cada una de ellas.

Sin embargo al hospital San Antonio," llegan las clases populares de escasos recursos, lo mismo que al Lazareto municipal,debido a que si bien acaba de ser inaugurado el hospital provincial, por su ubicación, en el parque y por la falta de medios de transporte que unieran la ciudad vieja con el sector oeste de la capital, su acceso para este sector de la población no era facil" (2) Así,dicho hospital coexistió con los actualmente llamados Lagomaggiore y el Emilio Civit y recién en 1947 fue desalojado por derrumbes que habían sido provocados por sucesivos terremotos.En ellos los profesionales atendían y enseñaban con el orgullo que les deparaba el prestigio de las instituciones públicas y el objetivo del cuerpo médico era calidad de la atención y la de la investigación científica . En ese entonces el médico prestigioso, enseñaba con su ejemplo en el hospital público.

Cuando comienza a generarse una clase media de prósperos inmigrantes viñateros, comienzan a recurrir a los médicos cuando lo necesitan, sin tener que concurrir al hospital ya que pueden pagar honorarios para ser atendidos en sus domicilios, a la vez que comienzan a construir hospitales para atender a sus connacionales, así la comunidad española construye en la provincia su propio hospital Español, el cual sería el germen del nacimiento de la Seguridad Social en la provincia.

También los mismos profesionales se unen y se forman dos clínicas privadas y alternan-así la atención en el hospital público con el ejercicio de la práctica privada.

También la creación de la facultad de Ciencias médicas, ya en la década del 50 provocará que profesionales formados en Buenos Aires se establezcan en Mendoza y desarrollen su tarea en el flamante hospital escuela (Hospital Central),a

la vez que se van creando importantes clínicas privadas y en 1968 se constituye la Federación Médica de la provincia.

Hacia fines de los años 70 el subsector estatal era la organización de la oferta de servicios más dinámica y la de mayor capacidad asistencial y hasta había adquirido tecnología moderna para los Institutos del Bocio, de cardiología y de oncología,sin embargo ya en la década del 80 la crisis a nivel nacional se hacía sentir generando el progresivo deterioro de los efectores públicos que debían atender a una creciente demanda, proveniente inclusive de beneficiarios de la Seguridad Social que no podían satisfacer sus requerimientos de atención en el subsector privado como lo venían haciendo, ya que debían afrontar una parte de los gastos de atención, fuesen plus por honorarios, por estudios complementarios de diagnóstico, por internación o por medicamentos).

También se reflejaba la situación nacional de la incorporación de tecnología importada por parte del subsector privado provincial, sin pautas orientadoras del uso o distribución racional de los mismos, produciéndose en muchos casos una superposición con equipos similares que también fueran adoptados por el subsector público

Durante 1986, la Nación le transfirió fondos con el programa PAS que representaron sólo el 3 % del gasto provincial en el sector salud. Los rubros de mayores gastos dentro del programa fueron el desarrollo de la red de servicios y el fortalecimiento de la capacidad administrativa y de gestión que comprendieron la compra de vehículos (4)

Si bien desde los altos niveles de gobierno se estaban intentando, a partir del advenimiento del período democrático, organizar la Subsecretaría de Salud Pública con 18 áreas programáticas que se nuclearían en las 4 zonas sanitarias, aún en 1988 un informe de la OPS decía en Uruguay que no existía en la provincia un sistema de información en salud por área programática, ni estadísticas ni indicadores de salud en cada área, como tampoco integración de los tres subsectores de atención de la salud, existiendo la duplicación mencionada, superposición de capacidad instalada y, por ende, gasto innecesario.(4) Este organismo internacional estaba colaborando desde esa época con los gobiernos de varias provincias, entre ellas Mendoza y San Juan, para lograr un sistema provincial en cada una de ellas, que integrara los 3 subsectores en un sistema único y para que se implementara una descentralización hacia los municipios, ya que ni el municipio de la ciudad tenía (ni tiene), ingerencia en las decisiones en el sistema de salud o en la identificación de necesidades de sus habitantes

Hasta 1999 el Sistema público de salud provincial había dependido de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de

Bienestar Social de la Provincia, desde entonces y por una Ley provincial, adquiere categoria ministerial. Así el Ministerio de Salud cumple con variadas funciones como las de asistencia, y de medicina preventiva, cuya función consiste en la implementación de programas cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida de la población a través de acciones de promoción y protección de la salud. También tiene bajo su dirección el funcionamiento de los hospitales públicos y centros de salud.(5) Sin embargo debemos recordar que la administración de los recursos financieros, humanos y materiales se realiza de manera centralizada, atentando así contra el principio de equidad.

La provincia se encontraba dividida en cuatro zonas sanitarias y se había encarado una fuerte política de descentralización tendiente a integrar los centros de salud con el hospital de la zona o del departamento en una sola unidad funcional pero que por distintos motivos no tenía el éxito esperado .

Como podemos observar en el mapa N 2.3 del anexo, la zona I comprendía los departamentos de: Godoy Cruz y que según datos provisorios del censo de 1991 poseía (179.504 habitantes), Guaymallén (22.103), Capital (121.739), Las Heras (156.705), Lavalle(25.990), Lujan (79.981) y Maipú(125,451). Obteniendo un total de 912.473 pobladores comprendidos en dicha zona.

La zona II comprendía los departamentos de San Carlos con 24.154 personas, Tunuyán con 35.778, y Tupungato con 22.407 habitantes, dando un total de 82.339 personas para la zona.

La zona III:Junín (28.473), Rivadavia (47.033), San Martín (76.378), Santa Rosa (14.339) y La Paz(9.039) dando un total de 196.162 habitantes dentro de dicha zona.

La zona IV:General Alvear (42.456), Malargue (21.750) y San Rafael (156.582),comprendiendo un total de 22.756 personas en el area.

Debemos hacer notar que el gobierno actual de la provincia de Mendoza ha abandonado el concepto de zonas sanitarias por el de departamentalización,con un decreto de enero de 1990, así se dejaron sin efecto las areas programáticas aunque manteniendo las areas preventivo-asistenciales en cada uno de los dieciocho departamentos y que respetan la red de complejidad creciente tratando con ello , de incrementar paulatinamente el número de consultas. La llamada Atención Primaria de la Salud, se utiliza aquí como una estrategia y no como un fin. Sin embargo utilizaremos el concepto de zonificación en nuestro análisis dado que consideramos muy reciente dicha experiencia y carecemos de datos que nos indiquen su evolución.

RECURSOS FISICOS

La provincia no escapa al estado de obsolecencia de algunos de los vetustos efectores públicos que tambien datan de finales del siglo pasado y a la pérdida de algunos por terremotos, lo cual ha significado también pérdida de camas aunque en el hospital Central que en este momento es el de mayor capacidad, su actual director atribuye la disminución del número de camas al cambio de política acentuado especialmente sobre la modalidad preventiva por sobre la curativa,pero es una realidad, como podremos ver mas adelante,que en el año 1980 existió una gran inversión en bienes de capital con respecto al año 1970, lo cual explicaría el aumento de camas para 1987. En 1958 la Guia de establecimientos asistenciales que redactara el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, nos mostraba para la provincia de Mendoza, en su tabla de : Establecimientos con y sin internación y camas por dependencia y jurisdicciones, la existencia de 1.999 camas provinciales oficiales, mientras que el subsector de O.Sociales tenía 509 y había 544 en el subsector privado. Veamos en el siguiente cuadro los hospitales y la cantidad de camas que poseían en 1967 cuando se realizó un relevamiento de la región cuyana a la cual Mendoza pertenece,y comparemoslo con el respectivo número de camas que poseían en 1987 y que poseen actualmente.Notemos que el hospital E. Civit era el que mayor número de camas poseía en 1967 y 20 años después había disminuido considerablemente su número, ello fue consecuencia del desastroso estado edilicio del antigo establecimiento que también data de finales del siglo pasado y la construcción de un moderno hospital de niños en la provincia, destinado a suplantarlo y que será habilitado en los próximos meses. Dicho establecimiento cuenta con 40 consultorios externos, cuatro quirófanos de cirugía programada y dos de urgencias, mas 11 camas de terapia intensiva y más de 150 camas de internación y hasta ahora se realizan allí consultas externas mientras que si los pequeños pacientes necesitan estudios complementarios son trasladados de un edifico a otro a pesar de quedar en el otro extremo de la ciudad.(6)
Observemos cual ha sido la evolución de las camas en los hospitales provinciales:

Cuadro N 3

Cantidad de camas en los hospitales provinciales
1967- 1987- 1990

Hospital	situado en	Camas 1967	Camas 1987	Camas 1990
Central	ciudad	472	505	405
Civit (pediátrico)	ciudad	637	158	162
Lagomaggiore(infeccioso)	"	209	387	367
Pereyra (especializado)	"	-	72	68
Lencinas (infeccioso)	G.Cruz	227	162	133
El Sauce (psiquiátrico)	Guaymallén	110	392	243
Sailhac (geriátrico)	Las Heras	60	53	85
Uspallata	Uspallata	-	22	18
Sicoli	Lavalle	-	50	37
Paroissien	Maipú	24	71	82
Eugenio Bustos	E.Bustos	-	43	46
Carlos Ponce	Tunuyán	94	112	85
Las Heras	Tupungato	-	28	29
Saporiti	Rivadavia	-	67	69
Metreaux	San Martín	17	25	27
Perrupatto	San Martín	-	298	220
Arturo Illia	La Paz	-	33	18
General Alvear	G.Alvear	164	180	151
Malargue	Malargue	28	60	63
Prats (geriátrico)	San Rafael	20	27	27
Schestakow	San Rafael	264	343	340
Total		2.326	3.079	2.674

Fuente: Ibañez, Francisco, Cruz, Juan Carlos:Estudio de los Mercados de salud. Ob.Cit.
Para 1967 Estadisticas Vitales y de Salud. Secretaría de Salud Pública de la Nación.Región Cuyana,1967.
Para 1990. Datos suministrados por la Delegación Sanitaria.

Estas 2.674 camas de 1990 han aumentado durante 1991 y este año con la inauguración del nuevo hospital Perrupato de San Martín que aporta 250 nuevas camas y del hospital General Alvear con 82 camas, mas el materno-infantil que reemplazará al viejo hospital de niños E. Civit, los cuales juntos aportarán 692 camas a los cuales debemos agregar 177 aportadas por un pabellón del hospital El Carmen que fuera destruido por un terremoto y reconstruido.También el hospital Central ha sido remodelado, ampliado y con ayuda de la Nación, de la Universidad y de la Comisión de Energía Atómica, se ha inaugurado en el, la Escuela de Medicina Nuclear para que sirva como centro de capacitación, formación y estudios en temas relacionados con la medicina nuclear, y se ha instalado un tomógrafo muy sofisticado y una bomba de cobalto a la vez que se está terminando un

sector remodelado con recursos provinciales que aportará nuevas camas mas un solarium al antiguo hospital También se ha habilitado el hospital Scaravelli de Tunuyán (ex-hospital Ponce) que había sido remodelado por el anterior gobierno.Así el número de camas provinciales actualmente existente, sería cercano a 3.500, superando inclusive las que habían en 1987..

Hay 21 hospitales provinciales que conforman el subsector estatal provincial, de ellos, 10 hospitales con 1.907 camas están localizados en la Zona I, que a la vez contiene el 63% de la población y lo cual significa que hay una cierta racionalidad en la distribución de camas por zona.(ver mapa n 2.4 del anexo).Debemos aclarar que no existen actualmente, hospitales nacionales ni establecimientos municipales con internación en el ámbito provincial aunque si hay centros de salud con dos o tres camas y un hospital: Santa Rosa, con 15 camas, situado en el departamento del mismo nombre .

Esta proporción se observaba también una década atrás, así en las Tablas Básicas Nacionales de 1980, donde podíamos observar en la provincia de Mendoza 3.017 camas en el subsector oficial, veamos cómo estaban distribuidas:

Cuadro N 4

Número y procentaje de camas y número y porcentaje de establecimientos disponibles según Departamento.
S.Pública provincial- Mendoza,1980

Departamento	Establec	%	N de camas	%
Capital	10	12,7	1.269	56,1
Gral Alvear	8	61,5	205	78,2
Godoy Cruz	6	29,7	232	27,6
Guaymallén	11	73,3	120	47,1
Junín	5	100,0	–	–
La Paz	2	66,7	24	85,7
Las Heras	10	41,7	94	55,3
Lavalle	15	100,0	20	100,0
Luján	7	77,8	–	–
Maipú	12	48,0	135	100,0
Malargue	7	63,6	54	62,1
Rivadavia	6	50,0	64	62,7
San Carlos	8	100,0	46	100,0
San Martin	13	39,4	258	72,3
San Rafael	17	40,4	363	61,9
Santa Rosa	4	80,0	28	100,0
Tunuyán	4	44,5	75	57,7
Tupungato	4	66,6	30	50,0
Total	151	44,3	3.017	55,8

Fuente: Tablas Básicas Nacionales (N 9/2, 10 y 10/1.)
M. de Salud Pública de la Nación, 1980

Si medimos la capacidad total de camas estatales, la zona I tendría 2,21 camas cada 1000 habitantes y esta proporción se repite en las otras zonas sanitarias como podemos ver en el siguiente cuadro de 1987 que también nos ilustra sobre el número de camas privadas y de Obras Sociales por zona sanitaria.

Cuadro N 5

Camas públicas y privadas y de O.Soc. en la Prov. de Mendoza según zona

1987

Zonas	Camas Disponibles estatales	% c/1.000	Privadas	O. Sociales
I	1.907	2,21	964	634
	* 1.355	1,57		
II	182	2,35	35	50
III	430	2,16	141	-
IV	560	2,69	264	50
TOTAL	3.079	2,29	1.404	734

* No incluye 88 camas geriátricas y 464 camas psiquiátricas.

Fuente:Citado por Ibañez, F y Cruz, J.C. ob.cit. 1988

Como podemos observar, si se excluyen las camas geriátricas y psiquiátricas, que se encuentran concentradas solamente en tres hospitales de la zona I (señaladas con el asterisco),se obtiene un total de 1,57 camas cada 1.000 habitantes como oferta estatal en la zona, lo cual nos permite afirmar que la red estatal provincial ofrece el 59,41 % del total de las camas disponibles en la provincia.

El cuadro precedente nos ilustra también sobre el número de camas que posee el sub-sector privado, lo cual es congruente, como ya lo señalásemos anteriormente, con su filofofía mercantilista de la atención de la salud y que encuentra la razón de su existencia en los laboratorios y establecimientos de atención ambulatoria sin necesidad de internación. Sin embargo, en 1958, el subsector privado presentaba en las tablas arriba citadas, un total de 544 camas en dicho subsector, demostrando así también un importante crecimiento. En cuanto al subsector de Obras Sociales, es importante destacar que se posee una poderosa e importante Obra Social para Empleados Públicos (OSEP) ,que crece continuamente y que ha incorporado en su patrimonio,

parte del viejo hospital El Carmen que fuera semidestruído por un terremoto en 1986 y que fuera acondicionado, además de comprar pequeños centros ex-privados que le han permitido ampliar su capacidad de atención e internación para los empleados provinciales y modificando así las cifras de las camas del subsector.

En cuanto al deterioro de los hospitales públicos digamos que aún aquellos que han subsistido a los terremotos (recordemos que tanto Mendoza como San Juan se erigen en zona sísmica) han sido remodelados en gran parte y algunos, con créditos externos han modernizado parte de su capacidad física como ya lo señalásemos. También y atendiendo a los resultados de un estudio que fuera realizado en 1985 y en el cual se calcularon la cantidad de horas médicas, de laboratorio y de enfermería que se ofrecían por semana, y cruzándolos con datos censales y la situación geográfica para saber dónde era mas efectiva la instalación de un centro de salud, se instalaron varios de ellos.

Hasta 1987 existían 165 centros de salud distribuidos en la provincia y actualmente hay algunos mas (incluye centros materno infantiles o salas de primeros auxilios, (ver mapa n 2.5 y 2.6 del anexo), algunos poseen laboratorios completos, salas de rayos, farmacia, consultorio odontológico y hasta de psicología. En las áreas de escasa densidad y alejados de las ciudades no poseen personal permanente pero generalmente una enfermera vive en el lugar para atender las urgencias. Aún así había sido imposible hasta hoy, revertir la tendencia a trasladarse al hospital de cabecera mas cerca por cosas simples, por ello podemos ver que desde 1981 a 1987 era mínima la variación en cuanto a consultas. En los últimos años se les otorgó mayor autonomía tratando de descentralizar la atención primaria y se amplió el horario de consulta en los mismos y se destinaron 44.000 horas médicas anuales a esa atención, la mayoría en horario vespertino y así se registró un aumento en las consultas médicas durante 1990 con respecto al período 85-90.

Cuadro N 6

N de consultas anuales en centros de salud	Año
538.437	81
618.515	82
642.737	83
666.370	84
642.843	85
656.220	86
655.250	87

Fuente; Dirección de Bioestadística. Prov. de Mendoza. 1987 citado por Ibañez, Cruz: Ob.Cit.

Hemos intentado resumir en un cuadro, lo acontecido en la última década en los establecimientos asistenciales del subsector estatal y que en el caso de esta provincia corresponden a los que están dentro de la órbita provincial. Hemos incluido el giro de camas que se obtiene dividiendo el total de egresos de un período determinado por el promedio de días de camas disponibles del mismo período.

Cuadro N 7

MENDOZA
1980-1990

	Camas disponibles	Pacientes por dia	Giro de Camas
1980	3.017	735.037	21,1
1981	3.129	858.247	22,3
1984	3.191	866.683	23,0
1985	3.295	837.181	23,8
1986	2.908	741.088	23,3
1987	3.079	758.744	24,7
1988	2.725	692.116	27,1
1989	2.797	690.234	26,4
1990	2.674	681.760	27,6
1992	3.366		

Fuente: Programa nacional de Estadísticas de Salud.1991.
Para los años 1982 y 1983 no conseguimos datos.
Para 1992.Gobierno de Mza.Dirección de Información pública.

Como podemos observar, ha ido, disminuyendo paulatinamente el número de pacientes desde 1987 a la vez que también disminuia el número de camas en los establecimientos estatales provinciales aunque en el presente año se haya efectuado un importante repunte por las obras terminadas y que habían comenzado con el anterior gobierno.

Al igual que en el orden nacional y hasta 1973 los centros de salud y hospitales estatales de la provincia,cobraban mediante un sistema de "órdenes", a las personas que estuvieran cubiertas por Obras Sociales.A partir de 1974 se dicta una Ley que en su articulado obligaba al pago mediante el sistema de órdenes a aquellos internados o tratados en hospitales y centros asistenciales dependientes del Ministerio provincial y que pertenecieran a Mutualidades o compañías de Seguros de cualquier naturaleza, quien en última instancia debían pagar por la atención ofrecida a sus socios, los honorarios y derechos correspondientes,se calculaban según un nomenclador especial para Mutualidades y compañías de seguros. Los fondos que se recaudaran constituirían recursos propios de cada hospital o centro

asistencial y estarían afectados a la compra de bienes de consumo que requirieran el servicio respectivo. Los pagos de gastos y pensión lo realizarían las mutualidades y compañías de seguro a la administración respectiva, pero a través del Ministerio de Bienestar Social, y el pago de los honorarios profesionales a quienes hubiesen intervenido en la prestación, a través del Círculo Médico de la Provincia.

Esta Ley no pudo cumplirse ya que si bien los fondos eran recaudados por el efector,por la Ley de Contabilidad de la Provincia, debían ser remitidos a la administración del citado Ministerio y luego de allí pasaban a Rentas Generales de la Provincia, desde donde podrían seguir un camino inverso para volver al efector originario.Como es de imaginar, los fondos volvían tarde y mal y a veces, nunca.(7)

También establecía una concreta diferencia entre honorarios profesionales y derechos, lo que rozaba el riesgo de que se comenzara a realizar un cobro por prestación dentro del subsector estatal,lo que podía favorecer la sobreprestación dentro del efector público, como así también la desigualdad en la atención de los pacientes,según su pertenencia o no a la seguridad social; También permitía la intervención de las Asociaciones profesionales en la intermediación del cobro de los honorarios, produciendo así un crédito a estas agrupaciones a costa del Estado, desvirtuando el objeto de la Ley.

Pero la razón mas poderosa que hiciera fracasar la citada Ley y que subsiste hasta nuestros días es que al usarse un Nomenclador Nacional, se generaba una serie de trámites burocráticos para el paciente que declarara su pertenencia a la obra social y ataba de manos a las autoridades provinciales para procurar otras formas de contratación y pago(6)

Esta característica subsiste hasta hoy en las tres unidades analizadas y donde el perdedor mas significativo es el subsector estatal ya que si bien los pacientes a veces tienen cobertura social, la niegan para evitar los burocráticos trámites que deben realizar en caso de que la admitan, y como en el caso de los de menores recursos son atendidos igualmente, prefieren pasar por indigentes.

En 1963 comenzó una reestructuración y desarrollo de la capacidad física y se inicia una desconcentración hospitalaria a la vez que se trata de integrar los subsectores. En 1989 se había generalizado el pago de un "plus"médico en la atención a los pacientes con cobertura y se pugnaba por simplificar los trámites y que el dinero llegara efectivamente a los efectores. para ello se logró que los hospitales facturaran directamente a las O. Sociales

y que éstos pagaran también directamente, aunque debieran realizar un trámite en el Ministerio de Bienestar Social.

Sin embargo en una entrevista concedida por el Director del Hospital central confirmó lo que la mayorías de los Directores sostienen, y es que la S. Social, en general no cumple nunca con sus obligaciones de pago, no pudiéndoseles cobrar de manera compulsiva.

RECURSOS HUMANOS

Aparentemente el número de médicos ha ido creciendo de acuerdo a las necesidades provinciales, sólo que al igual que en el resto del país no están equitativamente distribuidos entre los subsectores por las cuestiones ya mencionadas cuando analizamos la MCBA. La Guia de Establecimientos Medicos Asistenciales que se realizara en 1958 nos daba para la provincia 480 médicos trabajando en el subsector público a pesar del gran crecimiento o impulso que se le habia dado al subsector en la década anterior.Ya en 1964, en el Primer Catastro de recursos y servicios en salud, nos indicaba que existian en la provincia 1014 cargos para médicos en la salud pública provincial y ,para enfermeria discriminaban entre enfermeras universitarias (15 cargos), enfermeras con certificado (305), a cargo de enfermeria pero sin titulo (626) y auxiliares de enfermeria, con certificado o sin él,(287), o sea, un total de 1,731 enfermeras en el mismo subsector. Ya en 1980 las Tablas Básicas Nacionales nos indicaban un número diferentes de médicos y residentes (1,108), y del personal de enfermeria para el subsector oficial, mientras existian 426 médicos trabajando en el subsector de O.Sociales y 867 en el privado, con un total, para ese año de 2,656 médicos en total en la provincia.Observemos el siguiente cuadro:

Cuadro N 8

Número de médicos, profesionales residentes y enfermeras del subsector público provincial. Mendoza. 1980

Departamento	Medicos y residentes	%	Enfermeras con titulo	Enfermeras sin titulo
Capital	569	45,5	406	285
Gral Alvear	37	45,7	45	48
G.Cruz	53	16,9	21	50
Guaymallén	45	33,8	25	36
Junin	6	100,0	2	7
Las Heras	32	38,1	2	11
La Paz	9	75	17	41
Lavalle	22	100,0	13	16
Luján	14	29,2	5	8
Maipú	71	41,8	41	59
Malargue	15	60,0	7	23
Rivadavia	30	50,0	20	17
San Carlos	18	100,0	1	33
San Martin	74	42,0	105	36
San Rafael	72	37,7	141	45
Santa Rosa	8	80,0	2	13
Tunuyán	21	48,9	-	36
Tupungato	12	85,8	2	19
TOTAL:	1.108	41,7	855	783
			1638	

Fuente:Elaboración propia en Base a Tablas Nacionales 1980.

En cuanto a enfermeras, el cuadro anterior, extraído de las mismas Tablas Basicas Nacionales, nos indica que habían 1.638 con titulo o sin el en el subsector oficial, pero habían también 1.523 trabajando para las O.Sociales (con y sin titulo) y 706 en el privado, sobre un total de 3.869 personas que desempeñaban ese tipo de tarea en toda la provincia.(9)

Ya en 1987 encontramos un total de 1.257 médicos en el subsector estatal distribuidos de la siguiente manera entre las zonas sanitarias:

Cuadro N 9

Médicos, Zonas sanitarias, camas hospitalarias 1987

Zonas	Medicos	%	Camas hospital Público	%	N de Centros de Salud
I	874	69,9	1.907	62	66
II	53	4,0	183	6	26
III	166	13,0	384	12	37
IV	164	13,0	610	20	36
TOTAL	1.257		3.064		165

Fuente: Ibañez,F.Cruz,J.C.Ob.cit 1987.

Como ya señalásemos enteriormente, el caso del personal de enfermería presenta problemas comunes en toda latinoamérica y así ni el pais entero ni una provincia que puede ser considerada de nivel económico mediano como es Mendoza escapa a esas caracteristicas. El número resulta siempre insuficiente pues no existe un rol definido para este tipo de trabajadores, así desarrollan tareas que van desde el cuidado del paciente,hasta administrativas o de limpieza y parecería que tampoco existe una política clara de su función en los niveles centrales de gobierno, tanto provincial como nacional.Así su presupuesto para cargos parece no ser adecuado, no existe capacitación en servicio ni hay alicientes o incentivos suficientes para aquellos que poseyendo certificados de auxiliares en enfermería,continúen para estudiar en otras categorías.

En 1969 la Asociación Provincial de enfermeras realizó un estudio y daba como cifras para Mendoza 1.760 personas realizando tareas de enfermería en el subsector estatal y en las distintas regiones sanitarias en que se desempeñaban.

Cuadro N 10

Enfermería.Mendoza. 1989

Personal	Zonas sanitarias				Total	
	I	II	III	IV	N	%
Enfermeras	159	7	9	41	216	12
Auxiliares de enferm.	652	61	162	226	1.101	63
Prácticos	247	60	68	68	443	25
Total	1.058	128	239	335	1.760	100

Fuente:Asociación provincial de enfermeras.Mza.

El cuadro nos indica que sólo un 12% de estas personas son enfermeras profesionales, mientras que el grueso (88%) tienen alguna o ninguna formación.

Como podemos observar, de 1.638 enfermeras que había en 1980, su número había aumentado a 1.760 en 1989 y si la comparamos con el número de habitantes por zona sanitaria, teníamos en la zona I, 1,7 enfermeras cada 10.000 personas:
en la zona II. 0,8 " " " "
en la zona III 0,5 " " " "
y en la zona IV 1,5 " " " "

Sin embargo existe una falta de interés por esta profesión que se evidencia en los bajos índices de inscripción de las universidades, los magros salarios, el descrédito de la tarea que se realiza, el hecho que para llegar a la licenciatura se requieran casi tantos años como para médico y la imposibilidad que se tiene de ejercer sino es en relación de dependencia,etc,. provoca que la relación médico-enfermera sea cada vez mas desigual.

Con respecto a los médicos, encontramos la siguiente cantidad de médicos y residentes desempeñándose en los hospitales provinciales en 1991.El número de enfermeras no podemos calcularlo ya que los datos las incluyen junto con técnicos (ya que muchas veces cumplen dichas tareas), pero todo indica que ha disminuido por las razones ya comentadas.

Cuadro N 11

Hospitales, médicos , enfermeras y técnicos. Mendoza 1991

Hospitales	Médicos-residentes		Enfermeras y Técnicos
Central	313 -	109	495
Civit	101 -	24	203
Schestakow	95 -	15	226
Lencinas	42 -	-	108
Pereyra	18 -	21	46
El Sauce	22 -	13	80
Paroissien	57 -	19	94
Perrupetto	93 -	13	155
Alvear	41 -	-	112
Metreaux	12 -	-	21
Gailhac	19 -	-	56
E. Bustos	24 -	-	36
Scaravelli	28 -	-	60
Saporiti	39 -	-	61
La Paz	15 -	-	4
Malargue	21 -	-	46
Sicoli	22 -	-	29
L. Heras	15 -	-	27
Lagomaggiore	207 -	68	419
Uspallata	8 -	-	10
	1.085	282	2.298

Fuente: Delegación Sanitaria; Regional Mendoza. 1991.

Como vemos, si sumamos el número de médicos más residentes, nos da un total de 1.367 médicos. Tenemos que sumarle 170 que se desempeñan en los centros de salud provinciales y obtenemos un total de 1.537 desempeñándose en el subsector estatal. Si lo comparamos con los 1.257 médicos que teníamos en 1987 observamos que ha habido un natural aumento en el número de dichos profesionales.

Quizás una de las razones para la permanencia y estabilidad en el número de médicos en la provincia, podría deberse a la existencia de la Facultad de Medicina en la capital de la provincia donde los profesionales terminan su carrera a la vez que comienzan el ejercicio de la medicina en los mismos ámbitos y a las oportunidades que sigue ofreciendo el subsector estatal como complemento de su formación. Este sería un proceso diferente al observado en la provincia de San Juan como luego lo explicaremos.

La Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud de la provincia, nos proporcionó el número de profesionales de la salud que están matriculados y ,por lo tanto pueden trabajar en la provincia, veamos alguno de ellos y comparémoslo con los de 1980:

Cuadro N 12

Cantidad de profesionales de la salud inscriptos. Mendoza.1990 y 1980

Profesión	1980	1990
Médicos	3.667	5.603
enfermeros univ.	43	62
enfermeros	682	974
auxiliares de enfer.	1.002	2.505
Licenciados enfermería	-	20

Fuente:Dirección de Recursos Humanos.S. de Salud Pública.

El cuadro anterior nos revela que un 27,4% de los médicos existentes en la provincia desarrolla sus tareas en el subsector estatal , demostrando que la mayor parte de ellos prefiere los otros subsectores por las causas ya explicadas.

En el siguiente cuadro presentamos la variación histórica del número de cargos médicos y evolución de las consultas y egresos desde 1971 hasta 1987. Observemos que el mismo presenta un gradual aumento en el total de cargos médicos presupuestados hasta 1976 donde se produce una meseta hasta 1984 en que comienza a crecer nuevamente.

Cuadro N 13

Evolución de cargos y de Indicadores de producción de Establecimientos del subsector estatal (hospitales y Centros de salud),Mendoza 1971-1987

Años	T.Cargos med. presupuestados	T.Horas médicas	Consultas externas	Egresos
1971	365	300.540	1.166.943	58.385
1972	577	914.472	1.136.622	57.478
1973	979	916.344	1.255.799	61.690
1974	968	906.344	1.405.009	57.478
1975	1.011	946.296	1.572.429	64.247
1976	1.011	946.296	1.760.376	67,614
1977	983	1.234.648	1.554.040	62.532
1978	983	1.234.643	1.615.978	62.236
1979	981	1.232.136	1.436.313	60.342
1980	967	1.214.552	1.344.391	61.452
1981	974	1.233.344	1.447.072	63.101
1982	1.021	1.282.376	1.597.074	67.956
1983	1.021	1.274.208	1.800.279	68.710
1984	1.081	1.349.088	1.967.870	69.686
1985	1.128	1.407.744	1.942.775	70.759
1986	1.137	1.416.976	1.973.422	71.673
1987	1.159	1.446.432	1.941.221	72.023
1989	-	-	1.975.235	73.970
1990	-	-	1.928.723	72.919

Fuente: Citado por Ibañez, F. Y Cruz.J.C. Ob.cit.1988 1987 y 1990. Tablas Básicas nacionales.

El cuadro precedente nos ilustra también sobre el tema de la variación en el número de consultas, especialmente desde el advenimiento de un nuevo período democrático en el país, el cual fue aumentando paulatinamente.

RECURSOS FINANCIEROS

Lógicamente la participación de salud en el presupuesto provincial varía según los años, veremos que ocurrió desde 1976 a 1989 en el siguiente cuadro.

RECURSOS HUMANOS

En 1964, el ya citado Catastro Nacional de recursos nos indicaba que habia 308 médicos trabajando en el ámbito provincial público y 485 personas haciendo trabajos varios de enfermeria y de las cuales sólo 6 eran enfermeras universitarias ya que la licenciatura estaba comenzando por esos años.

Con respecto a ciertos profesionales de la salud, especialmente médicos, notamos que en 1977, de un total de 64.439 médicos en todo el país , 796 correspondían a la provincia de San Juan, según las Tablas Básicas Nacionales En 1980 habia 846 personas dedicadas a enfermeria con y sin titulo y 380 médicos y residentes. Observemos como se distribuian por Departamento.

Cuadro N 14

Numero de medicos, residentes y enfermeras tituladas por Departamento,Subsector oficial Provincial. Año 1980. San Juan.

DEPARTAMENTO	Medicos y residentes	Enfermeras con titulo	Enfermeras sin titulo
Albardón	5	5	2
Angaco	7	4	3
Calingasta	8	11	8
Capital	251	225	146
Caucete	21	19	15
Chimbas	9	4	5
Iglesia	10	4	9
Jáchal	21	47	11
9 de Julio	2	-	-
Pocito	9	11	2
Rawson	22	27	3
Rivadavia	14o	152	104
San Martin	4	-	-
Santa Lucia	7	7	1
Sarmiento	16	2	6
Ullúm	1	1	1
Valle Fértil	13	1	7
25 de mayo	6	1	-
Zonda	1	-	1
Total	380	620	350

Fuente :Tablas Básicas Nacionales n 12. Ministerio de Salud Pública.1980.

Las mismas Tablas Basicas de 1980 nos indicaban el número de profesionales según dependencia administrativa.Observemos:

Cuadro N 14

Participación de Salud en el Presupuesto Provincial. Mendoza 1976-1989

ANO	Total Provincial	Total Salud	%
1976	3.138	387	12,33
1977	7.472	583	7,80
1978	21.274	1.708	8,03
1979	60.872	4.443	7,28
1980	133.224	11.785	8,85
1981	315.811	26.254	8,31
1982	481.427	53.116	11,03
1983	2.524.300	228.281	9,04
1984	22.654.778	3.096.538	13,67
1985	187.508.177	18.050.608	9,63
1986	360.174.750	46.109.580	12,80
1987	712.003.430	107.576.650	15,10
1988	2.140.175.580	210.333.020	9,83
1989	8.788.531.400	1.065.889.680	12,13
1990			11,06

Fuente: Ibañez, F. Cruz, J.C.,ob.cit.

Podemos observar en el cuadro precedente que exceptuando los años :1976, 1982, 1984, 1986,1987 1989 y 1990 la participación de lo destinado a salud no pasó del 10,0 %. Sólo seis años de los 14 analizados, lo cual indica el bajo porcentaje que en general se destina a la salud pública en todo los ámbitos y corrobora nuestras anteriores apreciaciones sobre la pérdida de liderazgo del subsector estatal, por la insuficiencia de recursos.En 1987 la participación adquirió su punto mas alto con un 15,10%.

El siguiente cuadro nos muestra en porcentajes la distribución de los distintos rubros en el presupuesto de la finalidad salud en los últimos 9 años, los cuales son importantes de tener en cuenta ya que una disminución en cualquiera de ellos, disminuye la capacidad del estado para atender a las exigencias que le sean requeridas.

Recordemos que dentro de los denominados gastos o erogaciones corrientes se incluye personal, alimentación,medicamentos, en fin, todo lo que sean bienes de consumos y perecederos, mientras que en los gastos de capital, se incluyen básicamente inversiones (especialmente en edificios y equipamiento).

Cuadro N 15

Porcentaje de Participación presupuestaria según rubros. Mendoza.1981-1989.

	Erogaciones Corrientes			Erogaciones de capital	
AÑO	Personal	Bienes y Servicios	Trasnferencias	Bienes	Obras Públicas
1981	63,27	16,05	0,03	4,48	16,17
1982	58,47	27,97	0,04	3,05	10,47
1983	69,72	22,62	0,02	1,03	6,61
1984	52,93	25,82	0,01	0,66	20,58
1985	50,83	29,28	0,01	0,07	17,60
1986	45,69	44,84	0,01	4,50	4,90
1987	45,61	21,90	0,009	0,22	30,23
1988	52,12	17,19	0,71	2,68	26,00
1989	57,36	22,43	0,12	1,52	18,55

Fuente:IbaÑez,F.Cruz,Juan C. Ob.cit.

El análisis de este cuadro nos permite observar que en general la participación del gasto en personal constituye la mayor parte de las erogaciones, al igual que lo ya observado en la MCBA, sin embargo debemos notar el alto porcentaje destinado en 1987 a obras públicas, gasto que excepto en 1986 fue alto y que se tradujo en las mejoras en infraestructura que señaláramos. A continuación analizaremos lo ocurrido en la provincia en los años 1970, 1980 y 1990, basádonos en los presupuesto ejecutados de dichos años y nos vamos a referir a lo gastado en atención médica ya que ello incluye lo gastado por los hospitales estatales y centros de atención

Cuadro N 16

Gasto Total y Gasto en salud. Prov.de Mendoza
Valores históricos

	1970 (1)	1980(1)	1990(2)
Presupuesto Provincial	385,1	1.333.766,0	2.550.892,0
Area Salud	11,4	140.865,0	296.583,0

(1) millones de pesos
(2) Millones de Australes.

Fuente. Estimaciones propias en base a ejecución de los presupuestos de 1970-1980 y 1990.Prov. de Mendoza.

Cuadro N 17

Gasto Total y gasto en salud. Provincia de Mendoza
Participación relativa

	1970	1980	1990
Presupuesto Total Pcial	100	100	100
Area Salud	3%	10,6%	11,6%

Fuente:Elaboración propia en base a cuadro 15.

El cuadro anterior nos demuestra que en 1970 se destinó un 3% del total provincial al area de salud, en 1980 tuvo un sustancial aumento al 10,6% y en 1990 un 11,6% lo cual pareceria demostrar que habria habido una politica para ese año, de recuperación del subsector público como ya lo señaláse mos anteriormente.Veamos ahora cómo ha sido el gasto en esos años:

Cuadro N 18

Atención Médica.Gasto en Valores Históricos

	1970(1)	1980(1)	1990(2)
Gastos corrientes	10,8	86.348	222.627
Personal	5,4	32.444	172.162
Gastos Capital	0,6	54.517	73.956
Total	11,4	140.865,0	296.583,0

(1) millones de pesos
(2) millones de australes.

Fuente: Ejecución presupuestaria.Prov. de Mendoza, años 1970,1980 y 1990.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Profesor Emérito ALFREDO L. PALACIOS

Cuadro n 19

Atención Médica.Participación relativa de los gastos. Mendoza. 1970-1980 y 1990.

	1970	1980	1990
Gastos Corrientes	94,7	61,2	75,1
Gastos de Capital	5,3	38,8	24,9
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente.Elaboración propia en base a ejecución de los presupuestos de 1970.1980 y 1990.

Cuadro N 20

Participación del gasto en personal dentro del total de gastos.Mendoza 1970.1980 y 1990.

Años	%
1970	47,4
1980	23,0
1990	77,0

Fuente: Elaboración propia en base a cuadros 17 y 18.

Los tres cuadros anteriores nos indican que en 1970, casi un 50% de los gastos que se realizaron dentro del rubro de atención médica, fueron para erogaciones en personal. Ya en 1980 bajó bastante la participación de personal aunque puede presumirse que se compraron bienes de consumo o se surtieron a los hospitales de elementos indispensables o los salarios pueden haber sido bajos. Ya en 1990 aumenta a un 77,0 demostrando así que la provincia presenta características similares a las de la MCBA en este sentido.

Concluyendo con nuestro análisis del subsector estatal de la salud pública de esta provincia, observamos que presenta una situación diferenciada de las otras dos unidades analizadas ya que aquí pareceria haber existido una voluntad de priorizar el gasto en salud, educación y Seguridad, hechos que se tradujeron en obras concretas.

Las comparaciones entre la calidad de la atención que ofrece el subsector público y los otros dos, suscitan controversias ya que la capital de la provincia (al igual que en todas las

capitales provinciales) ofrece la mejor atención pública que se puede obtener, pero han quedado a la zaga en lo que respecta a confort y comodidades.Sin embargo, a la falta de elementos esenciales con los que se deberían trabajar se la suple con el empeño que aportan los profesionales que se desempeñan en el subsector estatal.

Hay un desfinanciamiento del subsector salud,común al resto del país, debido a que los establecimientos continúan proveyendo numerosos servicios gratuitamente (desde la capacitación de enfermeras y estudiantes de medicina que hacen su práctica, hasta radiografías y estudios de laboratorio para los amigos de los profesionales que en ellos trabajan y que acuden allí a consultarlos en nombre de la confianza que brinda la amistad, cuestión que se repite en todos los establecimientos públicos del país.)

La administración hospitalaria está centralizada a pesar de las ideas descentralizadoras que se intentan aplicar, así los hospitales funcionan conforme al presupuesto provincial y tienen escaso control sobre sus gastos,si bien se realiza un presupuesto por resultados que cada hospital debe elevar a la Secretaría de Salud, es ésta quien decide en última instancia y aún la contratación de personal se decide en los niveles centrales, al igual que las adquisiciones.

Los efectores no tienen ingreso propio ya que no existe una real articulación con los otros subsectores, así atienden a personas cubiertas por la Seguridad Social sin que nunca recuperen los gastos efectuados. Sólo el 6% de los gastos de hospitales son financiados mediante el pago de terceros.

Al igual que en la MCBA, hay conflictos de poder entre los directores de los establecimientos y sus respectivas Asociaciones Cooperadoras, las cuales no parecen poseer aspiraciones comunes.

La mayor parte del presupuesto provincial se gasta en personal,a pesar de que la provincia de Mendoza parece ser un ejemplo de eficiencia en gasto público. Sin embargo los salarios no logran atraer o fomentar la preparación de un recurso humano indispensable como son las enfermeras, provocándose una desigual relación con respecto a profesionales médicos y una carencia general de este tipo de personal en todo el país.

No existe ni a nivel provincial, ni nacional, una interrelación de los tres subsectores que se ocupan de la atención de la salud, provocando una alta inequidad entre los que están cubiertos por el subsector de Obras Sociales o están asociados a un sistema privado y los crecientes sectores mas carenciados.

La provincia carece de establecimientos municipales con internación y los gobiernos locales no tienen casi ninguna ingerencia en la planificación de acciones preventivas, reproduciéndose así la relación gobierno central-provincias.

Las clínicas y sanatorios pequeños, con fines lucrativos han proliferado en la provincia en la última década aunque siguiendo el ejemplo nacional, están concentrados en las regiones mas densamente pobladas, lo cual implica, en una región de oasis: la capital y sus alrededores o el departamento de San Rafael de alto poder adquisitivo.

Durante la década del 60 se le traspasó a la provincia el hospital neuropsiquiátrico El Sauce que hoy posee 245 camas y que se encuentra con los mismos problemas de obsolescencia que tienen quienes dependen de subsector estatal. El proceso de envejecimiento de la población, el abandono de programas preventivos y de rehabilitación , sumados al aumento de la pobreza, la inestabilidad económica, la violencia y hasta la represión de la última década parece haber incidido en el aumento de patologías mentales,y las cuales y como ya viésemos, están a cargo del subsector estatal por ser las menos rentables.

Al igual que en el resto del país, los hospitales públicos no tienen computadoras y llevan manualmente las estadísticas del establecimiento, papeles que a veces se incendian o mojan desapareciendo así la historia de la organización.Excepto las áreas que han sido remodeladas, las demás presentan un grave estado de obsolecencia y abandono aunque debemos reconocer que no llegan a detentar el grado de deterioro de los hospitales municipales de la MCBA.

SAN JUAN

Mi agradecimiento a los Doctores:
Eduardo Ruffa, Alonso Fuego, J.Segovia y D. López,
Sr Riveros, Lic. Roberto Esteso y espe
cialmente a la Licenciada Silvia Agudo

PROVINCIA DE SAN JUAN.

SITUACION GEOGRAFICA

Dicha provincia esta ubicada en el centro-oeste del pais y tiene una superficie de 96.493 Km2, de los cuales solamente el 10,6% son aptos para el cultivo ya que el resto son montañas rocosas y áridas y esto determina que la poblacion se agrupe alrededor de los oasis que conforman los rios que surcan la provincia, también es su pertenencia a dichas zonas áridas que determinan su dependencia de los ríos que tienen su origen hidrico en el deshielo de las nieves de la cordillera de Los Andes.

Existen varios rios que aportan aguas subterráneas y que son extraidas por pozos surgentes, pero los mas importantes para el desarrollo de la provincia son los de :Jáchal, San Juan y Bermejo y especialmente los dos primeros quienes, junto con los macizos montañosos de la precordillera dan lugar a la existencia de dos regiones geográficas bien diferenciadas. Y es en ellas donde se encuentra la casi totalidad de la población.

El territorio provincial está dividido en 19 departamentos que son: Iglesia; Calingasta; Jáchal; Valle Fértil; Ullúm; Albardón; Angaco; Caucete; San Martin; 25 de Mayo; Sarmiento; Zonda; Pocito; Rawson; 9 de Julio; Rivadavia; Chimbas; Santa Lucia y Capital.(ver mapa N 3 del Anexo)

HISTORIA DE LA SALUD PROVINCIAL

San Juan fue fundada en 1562 y el ejercicio de la medicina; al igual que en el resto de las tierras colonizadas por España, dependian del Protomedicato (máxima autoridad sanitaria situada en Lima y controlada por las autoridades españolas).

En 1850 se crea el Tribunal de Medicina cuyo primer presidente fue el Dr. Guillermo Rawson y que en 1885 es reemplazado por un Consejo de Higiene Pública y Tribunal de Medicina, que en 1899 será a su vez, reemplazado por el Consejo Provincial de Higiene.

En 1888 se había publicado la primera revista de carácter médico que había sido dirigida por el Dr Alejandro Albarracín y al año siguiente se había creado el primer cargo de médico escolar. En 1923, la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobierno, reemplaza al Consejo Provincial de Higiene (y del cual dependian varios Consejos locales que velaban por la salubridad, higiene y moral pública en cada uno de los departamentos citados.(1)
En 1941 se crea el Servicio Provincial de Salud, entidad autárquica y dependiente del Ministerio respectivo (durante

este periodo se efectiviza el Plan Integrado de Salud y se promulga el Código Sanitario) y desde 1982 es la Secretaría de Salud Pública del gobierno Provincial quien interviene en todo lo relacionado con la salud de la población de la provincia y quien controla las cinco zonas sanitarias en que actualmente está dividida la provincia.(ver mapa 3.1 del anexo)

En 1988 la provincia participó de un Proyecto de Regionalización y Descentralización impulsado por la Secretaría de Salud Pública de la Nación con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, como miembro de dicho Proyecto participó también de un Taller sobre Sistemas Locales de Salud en Uruguay. Allí se describía la situación provincial del Sector Salud en sus aspectos organizacionales, institucionales y financieros, como ineficaz, ineficiente y consecuentemente, poco equitativo.

En el mismo Informe se relataba que San Juan había contado en su historia, con un sistema de salud estatal descentralizado, que por razones políticas, económicas y sociales, fue nuevamente subordinado a las estructuras de poder estatal en 1988 pero manteniendo descentralización operativa, sin autarquía y manteniendo su independencia en cuanto a su accionar federal.(2)

Actualmente la provincia cuenta con las cinco zonas mencionadas y diez áreas programáticas, con un total de 128 centros de Salud. Las zonas están comprendidas por

Zona Sanitaria I: (centro): Compuesta por los siguientes departamentos: Capital, Chimbas, Santa Lucía y 9 de Julio.
Zona Sanitaria II: (este): Caucete, 25 de Mayo y Valle Fértil.
Zona Sanitaria III:(norte) Albardón, Angaco, San Martín, Jáchal e Iglesia.
Zona Sanitaria IV: (oeste) Rivadavia, Ullúm, Zonda y, Calingasta.
Zona Sanitaria V:(sur) Rawson, Pocito y Sarmiento.
(Se sugiere ver mapa N 3.1 del anexo).

EVOLUCION POBLACIONAL

Desde fines del siglo pasado hasta comienzos del presente y cuando la población del país crecía aceleradamente (en gran parte por la migración externa), San Juan crecía a un ritmo más lento, como si las causas determinantes de dicha aceleración no le afectaran demasiado. los niveles mas altos en cambio, los alcanzó entre 1914 y 1960, cuando ya la media del país había comenzado a descender.(3). A partir de allí comenzó una tendencia declinante que parecería haberse revertido en la pasada década del 80 pasando a ser una tendencia estable..

Cuadro N 1

Evolución de la Población del País y San Juan.1895-1991

Año Censo	Total País	San Juan	%
1895	4.044.911	84.251	2,1
1914	7.903.662	119.252	1,5
1947	15.893.811	261.229	1,6
1960	20.313.793	352.387	1,8
1970	23.368.091	387.944	1,6
1980	27.947.446	465.976	1,7
1985		514.990 *	
1991		529.920 *	

Fuente: Censos Nacionales. Proyección para 1985 .datos provisorios para 1991.

En el gráfico n 3.2 del anexo podemos observar la evolución de la estructura poblacional por edad y sexo durante los años 1960,1970 y 1980 en la provincia.

Es interesante resaltar que hasta 1947 predominaba la población rural en la provincia con un 80% sobre un 19,7 urbano, pero ya en el censo de ese año, las distancias se acortan, siendo 54,0 para rural y 46,0 para urbana y en el censo de 1960 la situación se revierte y en 1970 encontramos la supremacia de población urbana sobre la rural como hoy ocurre. Observémos a continuación.(también ver mapas 3.3 y 3.4 del anexo).

Cuadro N 2

Porcentaje de población urbana y rural según censos

Censo-año	P. Urbana	%	P.Rural	%	Total Pcial
1914	23.497	19,7	95.755	80,3	119.252
1947	120.114	46,0	141.115	54,0	261.229
1960	191.388	54,3	160.999	45,7	352.387
1970	239.861	62,4	144.705	37,6	387.944

Fuente: Censos Nacionales
Atlas Socioeconómico de la Provincia de San Juan. 1986.

Si bien la población de la provincia fue aumentando paulatinamente, este crecimiento, lógicamente no fue homogéneo en todos los departamentos y como resultado del proceso de urbanización mencionado, notemos que tuvieron mayor crecimiento los departamentos vecinos a la capital provincial, como Rivadavia, Santa Lucía o Chimbas, que a su vez, contienen la mayor densidad de población, mientras que la capital disminuyó su porcentaje hasta la década 1960-1970 y se estabilizó a partir de entonces, como podemos observar a continuación:

Tasas de Crecimiento Medio Intercensal por Departamentos

Departamento	1914/1947	1947/1960	1960/1970	1970/1980
Albardón	18,9	16,4	5,3	7,6
Angaco	6,6	13,6	-6,8	10,0
Calingasta	24,0	4,3	-7,9	12,6
Capital	20,1	19,7	5,1	5,0
Caucete	19,1	15,4	3,4	2,3
Chimbas	29,4	46,1	36,4	55,0
Iglesia	6,0	-10,1	-1,5	-0,6
Jachal	8,1	9,0	-4,2	2,2
9 de Julio	24,4	16,5	27,4	23,9
Pocito	22,6	21,3	1,6	14,4
Rawson	45,2	45,3	25,5	28,2
Rivadavia	47,3	35,5	19,3	43,1
San Martín	11,2	8,8	0,4	6,6
Santa Lucía	28,0	32,4	15,5	24,2
Sarmiento	37,4	23,0	5,3	24,3
Ullúm	25,6	24,8	-4,8	-8,4
Valle Fértil	13,6	1,1	18,0	15,5
25 de mayo	23,0	11,2	-3,6	12,3
Zonda	19,5	29,3	-5,3	12,3
Totales	22,6	22,5	9,6	18,3

Fuente: Censos Nacionales
Atlas Socioeconómico de la provincia de San Juan.

En 1986 se estimaba para cada departamento la siguiente población y consecuente densidad, sobresaliendo los departamentos vecinos ya mencionados al igual que la propia capital.

Cuadro N 4

Población Estimada según Departamento de Residencia Habitual
San Juan 1986

DEPARTAMENTO	POBLACION	SUPERFICIE EN KM2	DENSIDAD POBLACION % KM2
TOTAL	525.971	96.489	5,45
Albardón	15.300	900	17,00
Angaco	7.299	2.485	2,14
Calingasta	7.335	24.500	0,30
Capital	119.583	30	3999,43
Caucete	33.666	7.580	3,12
Chimbas	52.155	47	1109,68
Iglesias	4.697	20.266	0,23
Jachal	18.837	8.250	2,28
9 de Julio	6.038	117	51,61
Pocito	30.107	650	46,32
Rawson	91.268	300	304,23
Rivadavia	59.214	67	883,79
San Martin	7.973	490	16,27
Santa Lucia	41.037	47	873,13
Sarmiento	16.491	3.280	5,03
Ullúm	2.664	4.000	0,67
Valle Fértil	5.940	15.720	0,38
25 de Mayo	12.352	6.730	2,33
Zonda	3.605	2.040	1,36

Fuente:División de Bioestadística.Secretaría de Salud Pública.Provincia de San Juan.1986 .

Para el año 1985 teníamos la siguiente población por zona sanitaria.(ver gráfico 3.5 del anexo)

Cuadro N 5

Zonas Sanitaria	Total	Porcentaje
Total Zona I	249.104	47,00
Total Zona II	46.904	8,85
Total Zona III	25.602	4,83
Total Zona IV	71.053	13,41
Total Zona V	137.257	25,90
Total Provincia *	529.920	100,00

* Datos provisorios del Censo 1991
Fuente: División de Bioestadística. Secretaría de Salud Pública. Provincia de San Juan.

La posibilidad de tener acceso al sistema de servicios asistenciales puede medirse a través de dos hechos vitales básicos como son los nacimientos y las muertes. Estos dos hechos tienen significativas diferencias según los departamentos donde ocurran, así la capital de la provincia tiene la mayor cantidad de casos dado la densidad de población y a la especial conformación de la infraestructura sanitaria centralizada en dicho departamento.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, digamos que la provincia, al igual que en el resto del país (como ya lo señalámamos , ha logrado disminuir su porcentaje en la última década de 30,1 a 26,4 , como podemos verlo en el siguiente cuadro.

Cuadro n 6

Tasa de mortalidad infantil .prov. de San Juan 1980-1989.

Año	Tasa Mortalidad Infantil
1980	30,1
1981	32,4
1982	30,5
1983	29,1
1984	28,6
1985	27,6
1986	26,5
1987	24,6
1988	27,3
1989	26,4

Fuente;Consejo Federal de Inversiones: Indicadores Económicos Sociales. Marzo de 1990.

RECURSOS SANITARIOS

En 1958 la Guia de establecimientos Asistenciales,indicaba para San Juan en esa época que existian los siguientes establecimientos con internación bajo el area provincial:(1)

Cuadro N 7

Establecimientos y Camas provinciales en 1958 .San Juan

Establecimiento	Camas
Micro Hospital Angaco	16
Micro Hospital Barreal	16
Micro hospital Calingasta	12
Micro Hospital Tamberias	14
Hospital Rawson	697
Hospital Regional Cesar Aguilar	46
Hospital Zonal	30
Micro Hospital JAchal	16
Hospital Regional San Roque	146
Micro hospital Provincial	16
Hospital de Infecciosos San Roque	275
Hospital Zonal V. Lloveras	30
Micro Hospital Ullún	6
Hospital Zonal Albarracin	30
Puesto Sanitario V.Independencia	1
" " Los Chimbas	1
" " Angualasto	1
" " Iglesia	1
" " Las Flores	1
Total	1.353

Fuente: MSAS:Guia de establecimientos y servicios médicos asistenciales. 1958.San Juan.

Como podemos observar, había 15 grandes establecimientos provinciales pertenecientes al subsector oficial (aunque se contabilizaran además cinco puestos sanitarios con sólo una cama).Diez años después el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), realizó un relevamiento de establecimientos y números de camas en todo el país, señalando en San Juan la existencia del mismo número de establecimientos.

Para 1967,tenía el mismo número de establecimientos públicos provinciales,aunque el total de camas había disminuido a 993 . Catorce de ellos eran para agudos y polivalentes mientras que el restante era para crónicos con 345 camas (que necesitan mas de 30 días de internación, así el San Roque en Marquesado, era destinado a pacientes con infecciones que necesitaran mas de un mes de internación).(5)

En 1980 continuaban siendo 15 los establecimientos con internación pero habían aumentado sus camas a un total de 1401 , de las cuales 210 eran para pacientes crónicos y 1.191 eran para pacientes agudos (que requieren menos de 30 días).

Es de hacer notar que para la misma época en la provincia, el subsector privado también poseía en mismo número de establecimientos con un total de 216 camas para agudos y sólo un establecimiento para crónicos con 2 camas, lo cual demuestra que la provincia atendía a la modalidad general en el país, de que los pacientes con patologías menos rentables y por lo tanto de mas larga duración fueran atendidas por el subsector oficial. Observemos el siguiente cuadro:

Cuadro N 8

N de establecimientos con internación y camas disponibles según dependencia administrativa. San Juan.1980

	Salud Pública Provincial		Subsector Privado	
	Establecimiento	Camas	Establecimiento	Camas
Agudos	13	1.191	14	216
Crónicos	2	210	1	2
Total	15	1.401	15	218

Fuente:Tablas Básicas Nacionales Ministerio de Asistencia Social.1980.

Desde 1960, a 1990, el número de camas del subsector estatal en San Juan fue disminuyendo paulatinamente, al igual que en las otras UNIDADES ANALIZADAS

Cuadro n 9

San Juan 1980-1990

AÑo	Camas disponibles	Número de consultas	Giro de Camas
1980	1.401	--	25,5
1981	1.137	--	26,7
1984	1.172	637.148	26,8
1985	1.149	840.414	27,4
1986	1.115	846.724	29,1
1987	1.311	813.800	28,1
1988	1.272	799.457	29,0
1989	1.121	791.770	27,8
1990	1.172	818.054	30,8

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud en base a cifras proporcionadas por las respectivas jurisdicciones. Para 1982 y 1983 se carece de datos.

El cuadro anterior nos indica que tanto el número de camas y consultas fueron disminuyendo sobre todo a partir de 1987 mientras que el giro de camas fue aumentando significando mayor rotatividad en su ocupación.

Actualmente San Juan posee trece establecimientos pertenecientes al subsector oficial habiendo sufrido también una disminución de las camas disponibles , lo cual nos demuestra que la provincia también sufre el deterioro de los establecimientos públicos y la reducción de camas y servicios públicos que ya notáseros cuando analizamos la MCBA y Mendoza,lo cual se evidencia en el cuadro n 10.

Cuadro N 10

Evolución del número de camas y establecimientos públicos 1958 a 1991

	1958	1967	1980	1991
establecimientos	12	15	15	13
camas	1.353	1.338	1.401	1.172

Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos

El siguiente cuadro nos demuestra el número actual de camas estatales en la provincia y en qué hospitales se encuentran y si lo comparamos con el cuadro n 7 de 1958 veremos nítidamente la disminución de camas que señalásemos.

Cuadro n 11

Hospitales públicos y número de camas: 1992

Establecimiento	N de camas
1.Hospital Dr Guillermo Rawson	506
2.Hospital Dr.Marcial Quiroga	370
3.Centro de Salud Hosp.Mental San Juan	48
4. " " Hosp. Aldo Cantoni	24
5. " " " Barreal	10
6. " " " Dr.César Aguilar	32
7. " " Hosp. Dr Alejandro Albarracín	21
8. " " " San Roque	70
9. " " " Huaco	11
10. " " " Rodeo	20
11. " " " Dr. Alfredo Rizio Sparza	30
12. " " " Dr. Federico Cantoni	14
13. " " " Dr Ventura LLoveras	26
TOTAL	1.172

Fuente: Dirección de Bioestadística. Secretaría de Salud Pública. Provincia de San Juan.

Debemos aclarar que de esas 1.172 camas, 1.124 son para enfermos agudos (menos de 30 días de estadía) y 48 pertenecen a Psiquiatría, estando localizadas en el hospital de salud mental .Esto también podemos relacionarlo con el cuadro N 8 de 1990 lo cual nos demuestra que aún en cuanto a camas para crónicos (enfermos que requieren más de 30 días de internación) el sub-sector público ha perdido capacidad, disminuyendo de 210 camas en 1990 a 48 camas actualmente.

Desde 1981 a 1986 los totales de consultas médicas en los establecimientos provinciales ya citados, variaron según de que establecimiento se tratara, lógicamente los de mayor demanda fueron los dos mas grandes y de mayor complejidad,situados en la capital de la provincia (el Hospital Rawson) y en un departamento vecino: Rivadavia (M.Quiroga), observémoslo a continuación:

Cuadro N 12

Total de Consultas médicas en los establecimientos provinciales entre 1981 y 1986.

Hospital	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Rawson	217.207	211.755	226.272	229.159	232.766	233.995
Quiroga	82.146	87.550	91.821	99.100	91.848	97.841
S.Juan	3.211	2.496	2.676	2.272	2.514	2.617
A.Cantoni	7.734	9.692	9.758	10.383	8.993	10.294
Barreal	7.318	9.563	9.535	7.149	7.419	8.991
Aguilar	38.019	38.701	38.660	41.718	34.474	46.327
Albarracín	9.959	9.407	10.803	10.164	7.744	8.304
S.Roque	24.075	25.287	26.341	27.936	26.998	27.358
Huaco	4.026	4.160	3.655	3.330	2.610	3.794
Rodeo	6.433	6.882	6.432	7.208	5.040	4.686
R.Sparza	18.210	18.618	18.919	17.895	19.257	18.334
Pocito	25.417	28.907	25.040	24.948	22.804	27.902
Lloveras	22.369	21.850	22.013	23.073	21.971	22.988

Fuente: Dirección de Bioestadística S.E.S.P. San Juan,1990.

Los datos mas recientes que hemos obtenidos, nos indican el total de consultas médicas en un año por zona sanitaria. Antes de analizarlo, recordemos que el mas grande de los hospitales provinciales, el Rawson, se encuentra comprendido en la zona I; en la zona II encontramos los hospitales Aguilar y Albarracín, los hospitales R.Sparza, Rodeo, Huaco y San Roque, se encuentran localizados en la zona sanitaria III, en la zona IV esta el segundo en importancia provincial, el hospital M.Quiroga y en la zona V encontramos los hospitales F.Cantoni y Albarracín.Esto nos ilustrará acerca del mayor o menor número de consultas según las zonas sanitarias.(Lamentablemente no pudimos conseguir un mapa con la ubicación física de los mismos.)

Cuadro N 13

Total de Consultas Médicas por zona sanitaria
1987 a 1990

Zona	1987	1988	1989	1990
Z.I	288.343	253.758	251.242	298.967
Z.II	77.177	74.046	72.493	80.645
Z.III	96.666	100.582	95.494	84.797
Z.IV	157.915	134.300	144.030	162.966
Z.V	142.953	146.346	153.450	163.094

Fuente Dirección de Bioestadística.S.S.P. San Juan 1990

Como podemos observar en el cuadro precedente, donde están situados los mayores hospitales, es mayor el número de consultas anuales.En 1987, tanto en las zonas I y VI, que poseen los mas grandes hospitales, en 1988 y 1989 disminuyeron las consultas mientras que en 1990 han aumentado nuevamente.

Un total de 305 camas pertenecen al subsector privado, lo cual ,si es comparado con 1980, demuestra que aumentó su número mientras que 219 corresponden al subsector de O.sociales, aunque están situados en el departamento capital (excepto 20 camas que están en Jáchal demostrando así que el subsector público provincial posee aún el mayor número de camas a pesar de la disminución y que es el único que posee centros en toda la provincia, donde cuenta con consultorios externos o realiza visitas periódicas, y también es el único que posee facilidades para internaciones lejos de los centros poblados significativamente.

En síntesis, observamos para los establecimientos públicos provinciales la misma tendencia que en la Capital Federal, de disminución del número de camas por obsolescencia o falta de inversiones y un crecimiento de pequeños establecimientos privados, generalmente dotados de tecnología moderna para atención ambulatoria y redituable para la atención de un pequeño número de pacientes de urgencias, pues si se necesita una atención planificada, los provincianos de alto poder adquisitivo recurren a las costosas y famosas clínicas privadas de la Capital Federal, quedando los hospitales de crónicos (como ya lo mencionáramos), en manos del subsector estatal provincial.Veremos ahora si sus recursos profesionales han variado y en qué rumbo.

Cuadro N 15

Médicos y personal de enfermería por dependencia administrativa. San Juan. 1980.

Título	S. Público	S. O.Sociales	S. Privado	Total
Médicos	580	76	235	891
Lic.en enfermería	1	-	-	1
Enfermeras	76	20	15	111
Auxiliares de enferm.	450	31	55	536

Fuente:Tablas Básicas Nacionales n 6. Ministerio de Salud. Pública.1980

El cuadro precedente nos dice que en 1980 había 527 personas que realizaban tareas de enfermería y 580 médicos en el subsector público sobre un total de 648 enfermeras y 891 médicos que se desempeñaban en el ámbito provincial. También y,como podemos observar en el cuadro siguiente,tanto médicos como enfermeras con estudios se agrupaban en los departamentos mas poblados, con los establecimientos mas grandes pertenecientes al subsector oficial,mientras que entre auxiliares de enfermería, era mayor el porcentaje en el interior de la provincia pero entre ayudantes, nuevamente la capital tenía mayores porcentajes, como podemos observarlo en el cuadro a continuación.En dicho año, sin embargo el subsector público seguía siendo el mayor empleador de dichos trabajadores.Como también pudimos observarlo en el cuadro anterior.

Cuadro N 16

Porcentaje de personal en capital y resto
Prov. de San Juan 1980

	Dpto. capital	resto
Médicos	60	40
Enfermeras	56,7	43,1
Auxiliares enfermería	48,7	51,3
Ayudantes de enfermería	58,5	41,5

Fuente. Tablas Básicas Nacionales n 19. MSYAS.1980

Datos proporcionados por la Dirección de Estadística de la provincia para 1992, nos indican que actualmente, en el hspital Rawson de la Capital trabajan 270 médicos que están nombrados mas 75 residentes, lo cual nos da 345 médicos en dicho hospital que, más los 27 que se desempeñan en otros establecimientos situados en la zona sanitaria I, nos da un total de 372 médicos en dicha zona y en el M.Quiroga 157 mas 20 de otros lugares, nos dan un total de 177 para la zona IV Pudimos detectar un total de 571 médicos (contando los 22 médicos de la zona III) trabajando en el subsector público, aunque no tenemos datos de las zonas II ni V .Esto provocaba ya en 1980 que en Departamentos como Zonda, con una población estimada en 1986 de 2.605 personas, contara a veces con un solo médico o sólo una enfermera en 1980. Nada indica que en la actualidad esa tendencia se haya revertido, lo cual corrobora nuestras anteriores apreciaciones acerca de que la distribución de dicho personal no es homogénea al igual que lo observado en la MCBA, además que el subsector privado debe haber absorvido un buen número de profesionales aunque no pudimos acceder a datos mas actualizados. Aclaremos que en 1992 la provincia cuenta con un total de 1118 personas trabajando en el subsector público provincial en tareas que se englobaban como "enfermeria".De ellas, 423 se desempeñan en el hospital Rawson y 245 en el Marcial Quiroga, Veamos el próximo cuadro:

Cuadro N 17

Personal de enfermeria en las cinco regiones sanitarias discriminadas por profesión. San Juan 1992.

Licenciadas en enfermeria	32
Enfermeras universitarias	73
Enfermeras no universitarias	27
Auxiliares de enfermeria	601
Enfermeras capacitadas en servicio	365
TOTAL Provincial	1118

Fuente; Datos suministrados por enfemeria general de la Subsecretaria de Salud

De todas maneras, teniendo en cuenta a las enfermeras profesionales con respecto al número de médicos, observamos la carencia del personal de enfermeria que aún hoy en 1992 no ha variado y nos atreveriamos a sostener que es un problema que va en aumento dada la poca atracción que tiene dicha profesión a nivel mundial. Observemos el siguiente cuadro de 1988:

Cuadro N 19

Erogaciones en Salud. % sobre total del gasto público provincial. 1963-1977 1983-1990

Año	%	Año	%
1963	14,3	1983	8,29
1964	14,1	1984	7,10
1965	17,3	1985	8,43
1966	13,6	1986	9,22
1967	13,3	1987	7,32
1968	13,2	1988	8,46
1969	13,9	1989	9,90
1970	12,1	1990	11,40
1971	12,9		
1972	11,9		
1973	13,2		
1974	12,0		
1975	12,0		
1976	10,5		
1977	9,3		

Fuente: CFI. Gastos:Clasificación Económica.Prov. de San Juan para 1963-1977.
Ejecución Presupuestaria para 1983-1990.

Si observamos las erogaciones realizadas por la provincia, en la finalidad salud en miles de pesos constantes para analizar cómo ha evolucionado en el tiempo, obtenemos:

Cuadro N 20

Erogaciones por finalidad en miles de pesos constantes de 1970.

Indice base 1970=100

Año	Total	Indice
1963	9.746	55,8
1964	11.218	64,2
1965	19.612	112,3
1966	17.595	100,7
1967	17.014	97,4
1968	18.017	103,2
1969	15.130	86,6
1970	17.457	100,0
1971	19.934	114,1
1972	22.555	129,2
1973	29.719	170,2
1974	37.071	212,3
1975	36.643	209,9
1976	21.935	125,6
1977	20.696	119,6

Fuente.CFI: Diagnóstico Económico Social de la Prov. de San Juan. 1963 a 1977.
1983-1990.Ejecución de presupuestos.

El cuadro anterior nos revela que si tomamos el año 1970 como igual al 100, desde 1963 a 1977 observamos que en 1963 se gastó apenas un poco más de la mitad, luego sucede un período de estabilidad, para aumentar considerablemente a partir de 1973 hasta 1976(que corresponde a un período democrático en el país).

Observaremos ahora cómo estaban distribuidos los gastos realizados entre 1963 y 1977 en el siguiente cuadro:

Cuadro N 21

Erogaciones por Finalidad y Económicas.Prov. de San Juan
% 1963-1977

Año	Gastos de Capital	Gastos Corrientes	Total
1963	7,8	92,2	100,0
1964	8,5	91,5	100,0
1965	12,2	87,8	100,0
1966	14,4	85,6	100,0
1967	9,8	90,2	100,0
1968	13,2	86,8	100,0
1969	8,9	91,1	100,0
1970	13,7	86,3	100,0
1971	16,2	83,8	100,0
1972	16,0	84,0	100,0
1973	11,3	88,7	100,0
1974	15,7	84,3	100,0
1975	17,8	82,2	100,0
1976	27,7	72,3	100,0
1977	20,0	80,0	100,0

Fuente CFI. Gastos.Clasificación Economica.prov. de San Juan

Como podemos observar en el cuadro precedente, los mayores porcentajes aplicados en estos años, corresponden a gastos corrientes entre los cuales se incluye el pago al personal que se desempeña en el area de salud.También observamos que ha habido años donde los donde los gastos de capital han sido muy bajos ( ).

Si comparamos la participación del gasto en salud con la efectuada en educación entre 1983 y 1987 observamos una disminución importante para la finalidad salud.

Cuadro N 22

Gasto Público, Clasificación por finalidad.
Composición porcentual. San Juan 1988.

Período	SALUD	EDUCACION
1983	8,29	12,1
1984	7,10	12,6
1985	8,43	13,9
1986	9,22	13,1
1987	7,32	11,7

Fuente. Presupuestos provinciales. 1988

CARACTERISTICAS QUE PRESENTA LA PROVINCIA

La disminución de lo gastado en la finalidad salud, implica un descenso general de la capacidad provincial para hacer frente a las acciones necesarias para atender las necesidades de la población. Así las características que pudimos observar, coinciden en parte con las encontradas en las otras dos unidades analizadas.

Casi el 50% de los médicos que se desempeñan en el subsector oficial, viven en la capital y area circundante, donde a la vez encontramos la mayor cantidad de población y los mas grandes centros de atención públicos como son los hospitales Rawson y Marcial Quiroga que concentran la mayor cantidad de camas, quedando alrededor de 300 camas públicas repartidas en el resto de la provincia. Los dos grandes hospitales son de alta complejidad así, el Rawson posee un servicio importante de terapia intensiva que fuera el primero en instalarse dentro de la provincia y que fuera contratado por una asociación de O.Sociales denominada AIOS hasta que una de las dos grandes clínicas que esta asociación posee, (con disponibilidad de 200 camas y novedosa tecnología) adoptase el sistema.

Se calcula que un 20% de la población cubierta por obras sociales pequeñas y carenciados, constituyen los demandantes del subsector público. Sin embargo, como en las otras unidades analizadas, es dicho subsector quien se ocupa de las patologías de pacientes mentales y problemas crónicos, consideradas no-rentables.

La provincia carece de instituciones de salud municipales y se visualiza en el subsector estatal, una inercia que lo paraliza y descolora en el campo asistencial, y que fuera provocada por el auge del subsector privado y de las obras sociales poderosas nucleadas en el AIOS (Asociación de Obras Sociales). También se recurrió y aún se hace al

arancelamiento de sus hospitales públicos tratando de cobrar así a las o.sociales o a quienes pudiesen pagar, la atención demandada, pero al igual que en las otras unidades analizadas,no funcionó. Aún hoy es difícil definir quien es un carenciado o posee cobertura de alguna o. social, si el propio interesado la niega.

En conclusión, los hospitales del subsector público son gratuitos, y existen personas que poseen cobertura social (la obligatoria y un seguro privado) y se hacen atender por una misma enfermedad tanto en hospitales públicos, donde cuentan con un conocido de confianza, y donde se realizan estudios en forma gratuita, como por su respectiva o.social, incrementando así los costos de la atención de la salud y ocasionándole un gasto innecesario al hospital público que no recibe nada a cambio.

En la provincia de San Juan, los establecimientos públicos y el número de camas se redujeron de 1958 donde había 19 establecimientos con 1.353 camas a 15 establecimientos y 1.172 camas en 1990, corroborando así el descenso del gasto en salud provincial. Si hubo expansión de recursos entre esos años en la provincia, de debió al aumento del subsector privado, apoyado por el de O. sociales, mientras el hospital público se limitaba a atender pacientes crónicos (donde también disminuyeron sus camas) y demanda de sectores carenciados .

En entrevista con el Director del Hospital Rawson vislumbramos el mismo panorama que a nivel nacional. Como ya vimos , de una dotación de 620 camas, solamente son utilizables 506. Si bien existe en la provincia el Decreto de arancelamiento, al igual que en las otras unidades no se puede cobrar por varias causas, entre ellas por que el 80% que debería quedar en el centro que ofrece la prestación no se les es devuelto, además de ser imposible corroborar la situación de indigencia que los pacientes declaran.
A pesar de ser el establecimiento mas grande de la provincia, carece de computadoras y el hospital por si mismo tampoco puede adquirir bienes de capital.

La cooperadora, al igual que en los otros grandes hospitales visitados, no mantiene buenas relaciones con los directivos y a pesar de no presentar balances desde hace muchos años, no se puede tomar medidas contra ellas, siendo fuente de conflictos internos e ineficaces para el hospital ya que invierten lo que recaudan a discrecionalidad donde ellas consideran conveniente. En el caso del Rawson, casi exclusivamente para el area de paternidad.

Distintos estudios comprueban que los egresos se producen con mayor velocidad en el subsector privado, mientras que en el estatal, por el tipo de patología que cubren, permanecen mas tiempo, aumentando los costos de la atención. También la

población percibe que la calidad de la atención ha decaído en todo el país en los últimos 20 años. Esto se debe a las razones comunes que ya enunciáramos anteriormente como:

El hospital público carece de recursos propios. La publicitada descentralización no se está implementando aún en la provincia y se trabaja con recursos elementales y precarios. Hay escasos programas preventivos y la lógica reducción del gasto, los recorta aún más.

No se visualizan incentivos para ampliar acciones preventivas, los fondos se utilizan en acciones curativas. Se trata de curar la enfermedad, no de preservar la salud.

A través del PAS implementado por el orden nacional, se organizan programas como nutrición, inmunizaciones y actualmente, prevención ante el Cólera y el SIDA. Sin embargo, el escaso dinero recibido, rara vez es destinado al programa originario ya que no existe ningún control nacional en su implementación o seguimiento debido a la debilidad de la Secretaría de Salud de la Nación que comentáramos al comienzo de este trabajo y ante la urgencia de atender a problemas puntuales que se presentan.

Tampoco existe en la provincia articulación entre los tres subsectores que se hacen cargo de la atención de la salud, respondiendo cada uno a su propia lógica. Y el hospital público agoniza impotente ante la creciente demanda; y la población carenciada, última destinataria de sus servicios recibe una atención inequitativa y pobre por la escasez de recursos y la mala distribución de los profesionales y centros asistenciales.

CONCLUSIONES

Parte de nuestra hipótesis se ha visto invalidada ante situación encontrada en la provincia de Mendoza donde pareceria haber existido una decisión política de mejorar la atención de la salud de su población, lo cual se evidenció tanto en las obras que se han realizado como en la tecnología con la que se ha surtido a algunos de sus establecimientos hospitalarios.

Creíamos que por el hecho de ser la Capital Federal una unidad que maneja grandes recursos, la atención a la salud de la población demandante de sus hospitales municipales, sería mas equitativa y de mejor calidad que la que recibirían los habitantes de una provincia de ingresos medios y más aún que los de una provincia con escasos recursos, sin embargo, hemos encontrado en la provincia de Mendoza una continua acción modernizadora, con una eficiente distribución de los recursos que ha determinado sí, que se diferencie de San Juan, quien al ser una unidad con menores recursos, ofrece una atención mas desigual a su población que la anterior.

No obstante lo señalado, evidenciamos a lo largo de nuestra investigación un deterioro global del subsector público o estatal de atención de la salud, lo cual nos hizo encontrar algunas similitudes entre las tres unidades analizadas, como la obsolecencia de los efectores públicos; el deterioro de sus recursos y la consiguiente pérdida de camas (ya que a veces se poseen mas pero no pueden utilizarse por falta de baños, electricidad o calefacción para los crudos inviernos argentinos); la atracción del subsector privado para los profesionales de la salud debido tanto a mejores salarios como a las confortables condiciones en que desarrollan el trabajo; la falta de coordinación entre los tres subsectores que se hacen cargo de la atención de la salud que provoca que el subsector público atienda a personas cubiertas por algunos de los otros dos, sin obtener retribución alguna; la disminución del gasto en salud como consecuencia de la crisis y que ha llevado a la desaparición de importantes institutos que controlaban agua, aire, alimentos, deshechos hospitalarios, febriles (y por lo tanto tóxicos), etc. y que hoy, ante casos puntuales como SIDA o Cólera, son inoperantes, pues han sido generalmente desmantelados y carecen tanto de instrumentos como de personal para cumplir las tareas de investigación y control para los cuales fueron creados.

Sin embargo la otra parte de nuestra hipótesis, la referida a la gran ausencia del Estado nacional en áreas primordiales como la salud o la carencia de poder y recursos para integrar la nación entera en pos de un Plan Nacional en la materia, sigue aún vigente y la población toda, continúa esperando.

El desmantelamiento de las acciones que el actual Ministerio de Salud y Acción Social ,desarrolló en otros tiempos; la disminución del gasto en salud a nivel nacional; y el desinterés por preservar la salud del pueblo, se traduce en acciones paliativas que sólo se ocupan de curar la enfermedad cuando ésta ha aparecido. No existe ni una dependencia que se encargue del estudio de las nuevas enfermedades que aparecen; si se planifica, no se hace en base a consideraciones epidemiológicas y no parece haberse reconocido aún ,la importancia de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como complemento eficaz en función de costos para el enfoque de las enfermedades y la orientación del tratamiento.

Como consecuencia de la crisis parecerían haber aumentado también las enfermedades mentales, sin embargo, los hospitales públicos que son quienes se hacen cargo de tales problemas, no están en condiciones de aplicar los modernos programas de salud mental que hoy se pregonan, sea por la obsolescencia señalada como por la falta de personal idóneo para el tratamiento de dichas patologías. Así quien sucumbe frente a ellas, es, como antaño, segregado y aislado hasta su fin.

Cuando en 1970, un gobierno de facto, dictó la Ley 18610 que declaró obligatoria la cobertura para toda la población que se desempeñara en relación de dependencia logrando así que los sindicatos recibieran importantes recursos que luego fueran dirigidos al subsector privado se profundizó la inequidad del sistema dejando desamparados a quienes no estuviesen en el mercado formal de trabajo.

También la disminución observada del gasto en salud tanto en las unidades analizadas como en el resto del país,a raíz de la crisis económica que compartimos con el resto de América latina y que se evidencia tanto en el obsoleto estado de los establecimientos públicos,como en la carencia de elementos y personal indispensables en ellos, tuvo como correlato la profundización de la inequidad del sistema de atención.

A pesar de que algunos hospitales públicos incorporaron nuevos aparatos de tecnología médica y para ello tuviesen que realizarse reformas para albergarlos como en el caso del hospital Rawson de San Juan, donde se construyó un moderno edificio para albergar el tomógrafo computado y el caso del hospital Central de Mendoza, con la Escuela de Medicina Nuclear que alberga el tomógrafo y la bomba de cobalto que lo acompaña, observamos que dicho proceso se dio en las provincias citadas,por la decisión y el apoyo de los respectivos gobiernos provinciales mientras que en el caso de la MCBA, observamos que esta carece aún de un tomógrafo en sus establecimientos, siendo necesario recurrir al subsector privado para eventuales estudios y dependiendo del

tiempo en que los aparatos estén inactivos para poder dar cumplimiento a la Ley que facilitó su importación y que determinaba que un porcentaje de su capacidad ociosa debía ser cedido a los hospitales públicos . . . . . :Otra inequidad del sistema.

Como pudimos observar, cada unidad analizada posee distinto grado de desarrollo para atender la demanda, ello es consecuencia de haber atendido a una lógica individual y a la falta de planificación y evaluación por parte del nivel central de la Nación que no ha logrado aún un desarrollo armónico y equitativo en sus políticas sociales y así las provincias se han convertido en compartimentos estancos librados cada una a su propia suerte e incapaces de articular programas compartidos entre ellas. Ni la solidaridad ni la participación aparecen en sus acciones descentralizadoras que son impulsadas desde los niveles centrales de acuerdo con los recursos que se poseen.

Actualmente, se acaban de transferir a la MCBA hospitales que pertenecían a la Nación (con lo cual tiene ahora 33 hospitales bajo su dirección), entre ellos dos viejos,obsoletos y antieconómicos establecimientos siquiátricos, dos de oftalmología, un infanto-juvenil, uno de agudos, uno de afecciones respiratorias y uno de odontología, aunque se duda de la capacidad de la MCBA para mantenerlos dada las deplorables condiciones descriptas en los establecimientos municipales y que son comunes a todos los establecimientos del subsector público sin importar de quien dependan, lo cual sumado a la escacez de recursos creemos, que profundizará aún mas la inequidad.

Estudios realizados en 1991 sostenían que de 9 puntos del PBI que habían sido destinados a salud en 1986, el sector público aportaba un 20% proveniente en su casi totalidad (78,8%) de recaudación impositiva provincial o municipal, la Seguridad Social aportaba 37% del total por vía de contribuciones salariales, jubilaciones y pensiones y la tercera fuente de ingreso al sistema, provenía del gasto directo de las familias (41%), y por lo tanto, alertaban sobre el destino incierto de un sistema que se basa en la disminuida capacidad de los estratos inferiores.

Si se toma a la salud como un bien económico que pone sus esfuerzos en el aspecto curativo y no se percibe que la persona se enfermó por varios motivos concurrentes y cuando lo económico priva sobre lo social o la solidaridad, el principio de equidad es vulnerado, así el que no tiene posibilidades económicas, va a obtener peor servicio o calidad que el que si la posee.¿Es esto equitativo?.

De las tres unidades analizadas, la MCBA es quien parece encontrarse en peores condiciones para atender la demanda requerida.Sin embargo en ella se está implementado una

descentralización entendida como privatización ya que se otorgaron en concesiones actividades antiguamente desempeñadas por los mismos establecimientos como limpieza, comida y vigilancia y, una descentralización administrativa que ha designado un delegado descentralizador en cada establecimiento hospitalario ,cuya misión es preparar las condiciones para efectuar la descentralización. Estos delegados se desepeñan con apoyo técnico directo desde la misma municipalidad y deben organizar las acciones, presupuestos, costos, capacitación, etc.

No debemos olvidarnos de los conflictos de poder que esta situación acarrea en las instituciones citadas. Como ya lo señalásemos, la existencia de las cooperadoras en los establecimientos públicos, recaudando dinero voluntario a los pacientes de los hospitales y decidiendo unilateralmente su inversión, ha dado lugar a viejos conflictos como pudimos observarlo en los hospitales visitados. Imaginemos ahora los que se deben presentar cuando un Delegado descentralizador tiene mas poder de decisión dentro de cada establecimiento que los propios directores de hospitales. También el hecho de que le sean transferidos a la municipalidad hospitales ex-nacionales que se encuentran situados dentro del mismo area programática de otros municipales, seguramente provocará este y otro tipo de conflictos que si bien no son objeto de nuestro estudio, influirán en la profundización de la inequidad.

Concluyendo, si comparamos Mendoza, unidad de recursos medios, con San Juan de escasos recursos, nuestra hipótesis se cumple ya que en una unidad de mayores recursos y ante la ausencia de un apoyo o dirección central, se puede ofrecer una mejor atención, profundizándose así la brecha entre unidades ricas y pobres.

Pero si comparamos Mendoza con la MCBA, encontramos que si bien ambas poseían (al tiempo de que esta investigación se realizó) el mismo número de hospitales, debemos destacar que la municipalidad posee mayor número de profesionales de la salud trabajando en ellos que la provincia y que, como ya lo explicásemos, la magnitud de la población que debe atender es importante y rebasa su capacidad ya que proviene de los diecinueve partidos que la circundan con alto índice de población carenciada (lo curioso de esto es que tanto en provincias como en la MCBA, y en servicios como neonatología o urgencias, el subsector público continúa siendo el preferido ya que se reconoce la dedicación desinteresada ofrecida por los profesionales del subsector).

Según un estudio elaborado por la Secretaría de Hacienda y Finanzas de la MCBA, en julio de este año, el 54,2% de los pacientes internados en los hospitales de la municipalidad tenía su domicilio en el gran Buenos Aires o conurbano

bonaerense mientras que los hospitales mas demandados eran el de niños, P de Elizalde (78%), Santojanni (71%) y Sardá (68%). Sólo un 41,8% de estos pacientes pertenecía a la propia Capital Federal y así los técnicos calculaban que, teniendo también en cuenta los hospitales nacionales recientemente transferidos a la comuna, el costo total por la atención de la salud, será de 371.541.000 dólares en 1992.

Por último digamos que las ideas descentralizadoras que se pregonan como uno de los componentes fundamentales de una Reforma del Estado, no han sido mas que meras acciones privatizadoras o desconcentración de funciones mas que una distribución de poder o recursos ya que en las tres unidades analizadas persiste el manejo de los recursos financieros en los niveles centrales quienes deciden cómo administrar y a qué establecimientos otorgar el dinero existente y así las acciones de salud continúan desarrollándose impulsadas desde los niveles centrales de acuerdo a los recursos financieros que cada una posee, sin tener en cuenta que hay dos grandes ausentes: por un lado la participación de la comunidad en decisiones tan importantes como la atención de su salud y,por otra, un Estado reformado, fuerte, eficaz que dirija el caótico sistema ya que el es el único posible garante del Derecho a la salud para que el sistema sea equitativo accesible a toda la población y atenúe las diferencias regionales. Y aunque el ejercicio del poder continúe centralizado como ocurre en la práctica,la gestión del desarrollo debe descentralizarse bajo una dirección central y con la autonomía financiera necesaria.

Como ya vimos, a pesar de que se estan implementando medidas descentralizadoras de distintos tipos en el campo de la salud de las tres unidades investigadas, no parecen haberse tenido en cuenta los pasos necesarios a seguir, recomendados por organismos internacionales acerca de obtener consenso para aplicar dichas medidas, ni establecer nuevos mecanismos de cooperación o monitoreo de dichas acciones. Parecería que en pos de la eficiencia y eficacia se hubiera dejado de lado la equidad ya que el no tener en cuenta las dificultades del subsector público, significa que las crecientes masas carenciadas recibirán menor calidad y cantidad de servicios de atención de la salud ya que el no poder pagar deben aceptar lo que el sistema puede ofrecerles.

Argentina se ha visto recientemente atacada por enfermedades producto de deficientes condiciones sanitarias como el cólera y más recientemente la falta de recursos en el campo de la salud, se evidenció en muertes causadas por seudo-medicamentos que circulaban con numeraciones y permisos falsos de inexistentes Direcciones fiscalizadoras. El país, que llego a ser un ejemplo en América Latina por la dedicación y el esfuerzo dedicados a mejorar y controlar las condiciones sanitarias de la población, es un mero recuerdo

y ejemplo de ello son las condiciones en que se desarrolla la vida cotidiana de la población que rodea a la vistosa capital con reminiscencias europeas y que no difiere de aquellas que se observan en otros países del Tercer Mundo, por ello sentimos que no habrá porvenir común en esta Argentina de los tiempos del cólera, sin control, sin orientación, sin evaluación ni equidad en la participación y la distribución, tanto de bienes como de esfuerzos para preservar la salud de su pueblo.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS [illegible]CAS
Profesor Emérito Dr. AL[illegible]

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. ISUANI,Ernesto Aldo: "Política Social y Dinámica Política en América Latina (Nuevas respuestas para viejos problemas? Desarrollo Económico:Revista de Ciencias Sociales.IDES n 175 Vol.32.Buenos Aires 1992

2. LOSA, Nestor:"Justicia Municipal y Autonomía Comunal" A.D.HOC SRL. Buenos aires 1991. pág 21 al 26.

3.ROFMAN, Alejandro:"Aspectos Conceptuales sobre Descentralización político administrative en América Latina", en" Descentralización de los servicios de salud como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud".CLAD.OPS.Quito, Ecuador, 1990.

4.ROFMAN, Alejandro:" El proceso de descentralización en América Latina:Causas, Desarrollo y Perspectivas" en CLAD: Serie de Temas de Coyuntura en Gestión Pública. Caracas,Venezuela, 1990.

5. CEPAL: "La Equidad en el Panorama Social de América Latina durante los aMos 80".Edición 1991.

6.ROFMAN, Alejandro:"El proceso de descentralización en América Latina: Causas, Desarrollo y Perspectivas ".Ob.Cit. pág 13.

7.FURLAN, José Luis:"La descentralización del Estado: Estudios y Reflexiones a partir de le experiencia de Córdoba".Maestría en Administración poublica. Fac. de C. Económicas.UBA,Tesis de Magister.Arg.1988.

8.FERNANDEZ,Mario:"Aspectos institucionales en la formulación de las políticas de salud en América Latina:Aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación.OPS- CLAD.- Caracas.Venezuela.1988.pág 21-22.

9.BORJA,Yorgi;PERDIGO, y otros:"Organización y descentralización Municipal".Fondo Editorial de la Cooperación.EUDEBA.Bs.As. 1987.pág.32.

10.VERONELLI, Juan C.:"Los proyectos de transformación de los sistemas nacionales de salud en América Latina" OPS-OMS,México.1984.

11 GORDILLO, Agustin : "Tratado de Derecho Administrativo".Parte General. Tomo 1.Capitulo XI.Buenos Aires.1976.

12.DIEZ, Manuel M. : "Manual de Derecho Administrativo.TOMO I. Bs.As. 1977.

13:"ROFMAN, Alejandro:"Aspectos Conceptuales sobre Descentralización politica-administrativa en América Latina".Ob.Cit.

14.BOISIER, Sergio:"La Descentralización: Un tema Difuso y Confuso".ILPES. Santiago.Chile.Doc.90-95.1990.pág 16.

15.BRANA de Zalzman,I; CIAPPONE, E y otros:"La descentralización como instrumento de cambio para nuestros hospitales". Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.Arg. 1986.Copia Mimeo.

16.FURLAN, Jose Luis:"La descentralización,..ob.cit.1988

17.ISUANI, Ernesto Aldo:"Ciudadania o Marginalidad:Política Social Argentina en los 90" en "Mucho, poquito o nada:crisis y alternativas de política social en los 90". UNICEF-CIEPP-Siglo XXI de España edit.Buenos Aires .1990.

18.DAWSON (1920); MAC LACHLAN (1977);GODBER (1982); SOMERS (1977); GUILBERG (1977), GLASGOW (1977); SHEPS ; MADISON (1977) y otros han tratado el tema sobre la necesidad de regionalizar o desconcentrar las acciones de atención a la salud para que el paciente acceda a una red que vaya aumentando en complejidad paulatinamente.

19.MORAES NOVAES, Humberto; de CAPOTE MIR,Roberto:"Sistemas Locales de servicios como política de regionalización de la salud".Trabajo presentado en el Taller "El hospital y la red de los sistemas locales de servicios de salud".OPS.Buenos Aires. 1987.Copia Mimeo.

20.MATTOS, C.:"La descentralizacion:¿Una nueva panacea para erfrentar el subdesarrollo regional? en:" Descentralización del Estado; requerimientos y políticas en la crisis".CEUR. Buenos Aires.1989.

21.RONDINELLI,D:"Government Descentralization in Comparative Perspectives:Theory and Practice in Developing Countries".Citado por MATTOS, C.:"La descentralización (Una nueva panacea para enfrentar el subdesarrollo regional?" Ob. Cit.

22. CEPAL"La equidad en el panorama social de A.Latina durante los años 80".Ob.Cit.

23.MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL:"Exposición Ministerial del Dr. A. Porto sobre el "Gasto Social en Argentina".Asociacion de Bancos de Buenos Aires.(ADEBA). Bs.As.1991.

24.MUSGROVE, Philips:"La equidad del sistema de servicios de salud: Conceptos, indicadores e interpretación".Boletin.OPS 95 (6).1983.

25.GIBSON, Robert and WALDO, Daniel:"National Health expenditures" en "Health Care Financiang Review", Washington.1.1982

26.DE LUCA, O.Beatriz L.:"Aspectos problemáticos de la administración de las políticas de salud en la Argentina: La preparación de pos grado en Salud Pública".Tesis de Magister Maestría en Administración Pública. Fac. Ciencias Económicas. Univ. de Buenos Aires. 1986. Copia Mimeo.

27.STARR, Paul:"Medical Care and the Pursuit of equality in América".Apéndice A del Vol. II del Informe de la Comisión Presidencial para el estudio de los problemas éticos en la esfera de la medicina.Washington D.C.1983.

28.Ibidem. pág.10

29.Ibidem págs 15 a 17.

30. OPS-OMS: CARLYLE DE MACEDO:"Programa y Organización de los servicios de salud basados en la estrategia de atención primaria.Washington D.C. 1987.

31.MINISTERIO de ECONOMIA.Subsecretaria de Economia Programación de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la Argentina" PRONATASS."El Gasto Público Social" Vol.IV. Sector Salud.

32.MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL-OPS:"Argentina; descripción de su situación de salud";Buenos Aires. 1955.

33.ISUANI,E.Aldo, MERCER, Hugo.:"La Fragmentación Institucional del Sector Salud en la Argentina:(Pluralismo o irracionalidad?. Soletín Teching. Buenos Aires. Dic. 1986.

34.MNISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL-OPS:"Argentina:Descripción de su situación de salud".Ob.Cit.

35.ISUANI,E.Aldo y MERCER, H.:"La fragmentación Institucional del sector salud en....." .Ob.Cit. pág.19.

36.Ibidem. pág 79.

37.Ibidem. pág.40

38.GINES GARCIA y otros:"El gasto en salud y medicamentos :Argentina 1985.Estudios CEDES.Bs.As.1987.

39. MSAS. Exposición Ministerial."El gasto social en Argentina".ADEBA. Ob.Cit.1998.

40.BANCO MUNDIAL;"Estudio de políticas:Financiamiento de los Servicios de Salud en los países en desarrollo.Washington D.C.1987.

41.MINISTERIO DE EDUCACION.SECyT.;"Las instituciones de salud en la Argentina:Desarrollo y crisis".Buenos Aires.1977 pág.66.

42.MCBA: Plan de Salud. 1968.

43.PENNA Y MADERO:'La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires' Kraft edit. Buenos Aires.1910.

44.MINISTERIO DE EDUCACION.SECyT".."Las instituciones de salud en la Argentina....." Ob.cit. pág 72-73.

45.BARRIONUEVO,Lourdes, DE LUCA,O.Beatriz:La Descentralización, la participación y la democracia en los Municipios" Rev. de Estudios Municipales. Asoc. Arg. de Estudios Municipales.Bs.As.1989.pág.17.

46.BARRIONUEVO, Lourdes:"La Descentralización en los Hospitales Municipales de la Capital Federal".Maestría en Administración Pública. Fac. de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires.Tesis de Magister.1998.Mimeo.

47.MCBA.Secretaría Salud Pública y Medio Ambiente:"Análisis de la Gestión:Propuestas para el Mediano Plazo".Bs.As.1988

48.MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE: Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Atención Médica. Area Metropolitana. Bs.As.1988.

49.BARRIONUEVO,Lourdes.DE LUCA, O.Beatriz:"La Actividad Desreguladora del Estado como Factor del fortalecimiento del subsector Privado de atención de la salud en Argentina".Maestría en Administración pública. Universidad de Buenos Aires. 1997. Copia mimeo.

50.MINISTERIO DE ECONOMIA.SECR.DE HACIENDA:"Normas para la confección del presupuesto de la Administración Nacional.1991".

51. MARSHALL, Adriana:"Gasto Público y Servicios Sociales: su performance entre 1974 y 1988".Fac.Latinoamericana de Ciencias Sociales.FLACSO.Buenos Aires.1988.,pág.5

52.BAIBORRIA,Luisa:"Planificación de los recursos financieros en la salud pública urbana :El caso de la Ciudad de Buenos Aires". Maestría en Administración Pública. Fac.

de C.Económicas. Universidad de Buenos Aires. Tesis de Magister. 1986. Mimeo.

53.MARSHALL, Adriana:"Gasto Público y Servicios Sociales... ob. cit.

54. MCBA.: Plan de Salud. 1988.

55.ISUANI,Ernesto Aldo,PEREZ IRIGOYEN, Claudia:"Sistema de Salud:(Descentralización o atomización? Administración Pública y Sociedad. VIII Congreso Nacional de Administración Pública.Córdoba.Argentina.1988.

56.MARSHALL, Adriana:. "Gasto Público y Servicios Sociales... Ob. cit.

57.BAIGORRIA,L.,BARRIONUEVO,L.y DE LUCA, O.Beatriz:"Descentralización en el area de Salud: Un estudio de Caso." Adminstración Pública y Sociedad. VIII Congreso Nacional de Administración Pública.Univ. Nac. de Córdoba.Arg.1988.pág. 140-144.

58.PERIODICO: "Página 12". Buenos Aires, 3 de Junio de 1991.

59.PERIODICO de la Asociación de Médicos Municipales de la Capital Federal."Mundo Hospitalario" Bs.As.1991.

60.PERIODICO:" Clarín".Buenos Aires 27 de Julio de 1990.

PROVINCIA DE MENDOZA

1.CONI Emilio:"Saneamiento de la Provincia de Mendoza", Editorial Coni. Bs.As. 1896 pág.348.

2.CEVERINO de RODRIGUEZ, V."Mendoza en el Centenario 1900-1930."en FUNDACION BANCO DE BOSTON:"La Ciudad de Mendoza:su Historia a través de cinco temas".Bs.As. 1991.

3. MINISTERIO DE ECONOMIA de la Nación. Subsecretaría de Economía de la Nación. PRO.TASS. El Gasto Público en Salud. Vol. IV. Sector Salud. pág. 15

4.OPS-OMS :Informe Final del Taller sobre Sistemas Locales de Salud-Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay. Presentación de Argentina".Piriápolis,Uruguay.1988. Mimeo.

5.IBAÑEZ, F.,CRUZ Juan C:"Estudio de los Mercados de Salud en la Provincia de Mendoza".Estudios CEPAL.1988.Mimeo.

6. DIARIO LOS ANDES:" Martes 21 de Julio de 1987. Mendoza.

7.IBAÑEZ, F.,CRUZ,Juan C. :"Estudio de los Mercados de Salud., Ob.Cit.

8. Ibidem.

9.MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PUBLICA DE LA NACION:"Guia de establecimientos y servicios médico-asistenciales.Dirección de Estadística y Economía Sanitarias. Buenos Aires. 1958

PROVINCIA DE SAN JUAN

1.GOBIERNO DE SAN JUAN. S. DE SALUD PUBLICA: "Proyecto de Descentralización y Federalización :Diagnóstico de Salud. 1988.

2.OPS-OMS:"Informe Final del taller sobre Sistemas locales de Salud:Argentina,Chile, Brasil, Paraguay y Uruguay".Piriápolis.Uruguay.1988.

3.INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS: (INDEC):"La población de San Juan". Buenos Aires.1977

4.MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PUBLICA DE LA NACION; "Guia de establecimientos y Servicios Médicos-asistenciales.Dirección de Estadística y Economía Sanitarias. Bs. As. 1988.

5.SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA.DIRECCION DE ESTADISTICAS PARA LA SALUD:"Estadísticas Vitales y de Salud".Serie 4 N 2. Región Cuyo.1967.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1.BAIGORRIA,Luisa:"Planificación de los Recursos Financieros en la Salud Pública Urbana:el caso de la ciudad de Buenos Aires". Maestría en Administración Pública.Facultad de Ciencias Económicas.Universidad de Buenos Aires.Tesis de Magister.1988.Copia Mimeo.

2.BAIGORRIA, Luisa;BARRIONUEVO, Lourdes;de LUCA,O.Beatriz: "Descentralización en el area de salud:Un estudios de caso Administración Pública y Socieded.VIII Congreso Nacional de Administración Pública. Córdoba.Argentina.1980.

3.BANCO MUNDIAL:" World Development Report 1989". Oxford University Press.Washington D.C.1989.

4. BANCO MUNDIAL: "Financiamiento de los Servicios de Salud en los paises en desarrollo: estudio de políticas del Banco Mundial. Washington D.C.1987.

5.BARRIONUEVO, Lourdes:"La Descentralización en los Hospitales Municipales de la Capital Federal".Maestría en Administración pública. Facultad de Ciencias Economicas.Universidad de Buenos Aires.Tesis de Magister.1988.

6.BARRIONUEVO,Lourdes, de LUCA,O.Beatriz:"La Actividad Desreguladora del Estado como factor de Fortalecimiento del Subsector Privado de Salud en Argentina".Maestría en Administración Pública.Facultad de C. Económicas. Univ.de Buenos Aires.Copia Mimeo.1987.

7. BORJA,Yordi;CALDERON,F. y otros:"Descentralización y Democracia: Gobiernos Locales en América Latina" CLACSO, SUR, CEUNT (Barcelona).Santiago.Chile.1989.

8. BORJA,Yordi, PERDIGO y otros:"Organización y Descentralización Municipal".Fondo Editorial de la Cooperación.SUDEBA.Buenos Aires.1987.

9 .BOISIER, Sergio:"La Descentralización: Un Tema Difuso y Confuso".ILPES.Santiago, Chile.Doc.90-95.1990.

10. BUSIELO, Eduardo,IGUINI,Ernesto A.:"Mucho, Poquito o Nada: Crisis y alternativas de Política Social en los 90" CIEPP-UNICEF-SIGLO XXI de ESPAÑA.Buenos Aires.1990.

11.BRAÑA de Zalzman,I;CIAFFONE,E y otros:"La Descentrali-

zación como Instrumento de Cambio para Nuestros Hospitales Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.Buenos Aires.Argentina.1986.Copia Mimeo.

12. CEUR, FUNDACION EBERT;Laurelli, Elsa;Rofman, Alejandro Compiladores: "Descentralización del Estado:Requerimientos y Políticas en la Crisis".Buenos Aires.Argentina.1989.

13. CEPAL:"La equidad en el Panorama Social de América Latina durante los aNos 80".CEPAL. 1991.

14.CEPAL:"Panorama Social de América Latina":1991.

15.CLAD:"Descentralización y Democratización.Serie Concursos de Ensayos. CLAD N 2.Caracas. Venezuela.1989

16.CLAD-OPS-GOBIERNO de ECUADOR:"Descentralización de los Servicios de salud Como Estrategia para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud". Quito. Ecuador. 1990.

17. CLAD-OPS:"Políticas de Salud en América Latina:Aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación.Caracas.Venezuela.1988.

18.CLAD:"Descentralización Político Administrativas:Bases para su fortalecimiento."Serie Temas de Coyuntura.Caracas. Venezuela.1990.

19.C.F.I.:"Indicadores Económico-Sociales 3/90.Buenos Aires.Argentina.1990.

20. C.F.I.:" Diagnóstico Económico Social de la Provincia de San Juan:1963 a 1977. Buenos Aires.Argentina.1978.

21. C.F.I.:"Gastos:Clasificación Económica.Provincia de San Juan.1980.

22. CONI, Emilio:"Saneamiento de la Provincia de Mendoza" Coni editores. Buenos Aires.Argentina.1896

23. DE LUCA; O.Beatriz;"Aspectos Problemáticos de la Administración de las Políticas de Salud en la Argentina: La preparación de pos-grado en Salud Pública".Maestria en Administración Pública.Fac. de Ciencias Económicas.Univ. de Buenos Aires. Tesis de Magister. Arg. 1988.

24. DIEZ,Manuel:Manual de Derecho Administrativo".Tomo I. Buenos Aires. Argentina.1977.

25. EEUU.Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:"Securing Access to Health Care:The etical implications of differences in the availability of health Services".Vol.I.Washington D.C.1983.

26 FUNDACION BANCO DE BOSTON;"La Ciudad de Mendoza:Su historia a través de cinco Temas.Bs.As. Arg. 1991.

27.FURLAN,José luis;"La Descentralización del Estado: Estudios y Reflexiones a partir de la experiencia de Córdoba".Maestria en Administración Pública.Fac. de Ciencias Económicas.Univ. de Buenos Aires. Tesis de Magister. Arg.1988.

28. F.I.E.L.:"El Gasto Público en la Argentina:1960-1983.Bs.As. Arg.1985.

29. F.I.E.L.:"El Fracaso del Estatismo: Una propuesta para la Reforma del Sector Público Argentino:Edit. Sudamericana-Planeta.Bs.As. Arg. 1987.

30.GINES GARCIA y otros:"El Gasto en Salud y Medicamentos: Argentina 1985"Estudios CEDES.Buenos Aires.1985.

31. GOBIERNO DE SAN JUAN;.Secretaria de Salud Pública Pública."Proyecto de Descentralización y Federalización:Diagnóstico de Salud". San Juan, Argentina.1988.

32. GOBIERNO DE CORDOBA :Ministerio de la Función Pública;Cuadernos de la Reforma.Serie Descentralización. Córdoba.Argentina.1988.

33. GORDILLO,Agustin:" Tratado de Derecho Administrativo. Parte General. Tomo I.Capitulo XI. Bs.As.Argentina.1979.

34 GIBSON,Robert,WALDO,Daniel:"National Health Expenditures" en Health Care Financing Review.Washington D.C.1.1982.

35. ISAMEI,Francisco,CRUZ,Juan Carlos:"Estudio de los Mercados de Salud en la Provincia de Mendoza".Estudios CEPAL Mendoza,Argentina.Copia Mimeo.1988.

36. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS (INDEC):"La Población de San Juan. Buenos Aires. Arg. 1977.

37. INSTITUTO DE INVESTIGACION Y FORMACION EN ADMINISTRACION PUBLICA:Univ. Nacional de Córdoba.VIII Congreso Nacional de Administración Pública.Córdoba,Argentina.1988.

38. ISUANI, Ernesto Aldo:"Política Social y Dinámica Política:¿Nuevas respuestas para viejos Problemas?.Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales.IDES n 126, Vol.32. Buenos Aires. Argentina. 1992.

39. ISUANI,E.A.,NESCER,H.:"La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina (Pluralismo o irracionalidad?.Boletín Informativo Teching.N 244.Diciembre

Buenos Aires. Arg. 1986.

40. ISUANI,E.A.,PEREZ IRIGOYEN,Claudio:"Sistema de Salud: ¿Descentralización o Atomización?.Administración Pública y Sociedad.VIII Congreso nacional de Administración Pública. Univ. Nac. de Córdoba. Argentina.1988.

41. JOURNAL OF HEALTH ADMINISTRATION EDUCATION;"Health Care Financing in Latin America and the Caribbean".US Agency for International Development.Princenton University Press.New Jersey. Vol.8 n 4. 1990.

42. MC LACHLAN,G:"The British Experience in Regionalization an Health Policy".n HRP-0024039. U.S.Department of Comerce NIIS. USA.1977.Copia Mimeo.

43. MARSHALL, Adriana:"Gasto Público y Servicios Sociales:Su performance entre 1976 y 1983. Fac. Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO.Buenos Aires.1985.

44.MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PUBLICA de la Nación:"Guia de Establecimientos y Servicios Médico-Asistenciales. Dirección de Estadísticas y Economía sanitarias. Buenos Aires.1988."Estadísticas Vitales y de Salud.Serie 4 n 2.Región Cuyo.Argentina.1967.

45. MINISTERIO DE ECONONIA DE LA NACION.Secretaria de Hacienda."Normas para la Confección del Presupuesto de la Administración Nacional.Bs.As.Arg.1987.

46. MINISTERIO DE ECONOMIA DE LA NACION: PRONATASS.El Gasto Público Social".Vol.IV. Sector salud.Bs.As.Arg.1991.

47. MINISTERIO DE EDUCACION DE LA NACION.Secretaría de Ciencia y Técnica:"Las Instituciones de Salud en la Argentina:Desarrollo y Crisis".Bs.As.Arg. 1987.

48. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL de la Nación: Exposición Ministerial sobre :"El Gasto Social en Arg. Asociación de Bancos de Buenos Aires (ADEBA).Bs.As. Arg. 1991.

49.MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL de la Nación;"Encuesta Permanente de Hogares"; "Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Atención Médica de 1982". Tablas Básicas Nacionales de 1977 y 1980.

50. NGAS/OPS/OMS:"Argentina:Descripción de su Situación de Salud".Buenos Aires. Arg. 1985.

51. MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BS.AS. Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente. "Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. 1985-1989".

52. MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BS.AS. Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.: "Análisis de la Gestión: Propuestas para el mediano Plazo". Bs.As. 1982.

53. MUSGROVE, Philips: "Medición de la equidad en Materia de Salud. Brasilia. Brasil. 1987. Copia Mimeo.

54. O.P.S.: "La equidad del Sistema de Servicios de Salud: conceptos, indicadores e interpretación". Boletín OPS 95 (6). 1983.

55. O.P.S.: "Salud para Todos en el Año 2.000: Plan de acción para la Instrumentación de las Estrategias regionales. Washington D.C. Doc. oficial n 179. 1987.

56. O.P.S. "Taller sobre el Hospital y la Red de los Sistemas Locales de Servicios de Salud". Bs.As. 1987.

57. O.P.S. "El Hospital Básico y su Función en los Programas de Extensión de la Cobertura de los Servicios de Salud. Boletín n 88. 1980.

58. O.P.S.: "La investigación en Sistemas de Salud y la Descentralización: el caso de la atención primaria". Serie Desarrollo de servicios de Salud n 9.

59. OPS/OMS: "Programa y Organización de los Servicios de Salud basados en la estrategia de Atención Primaria". Washignton D.C. 1987.

60. OPS/OMS: "Informe Final del Taller sobre Sistemas Locales de Salud para Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay". Piriápolis. Uruguay. 1988.

61. PENNA y MADERO: "La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires". Kraft. edit. Bs.As. Arg. 1910

62. PETREI, Humberto: "El Gasto Público Social y sus efectos Distributivos: Un examen comparativo de cinco países de América Latina" ECIEL, Río de Janeiro. Brasil. 1987.

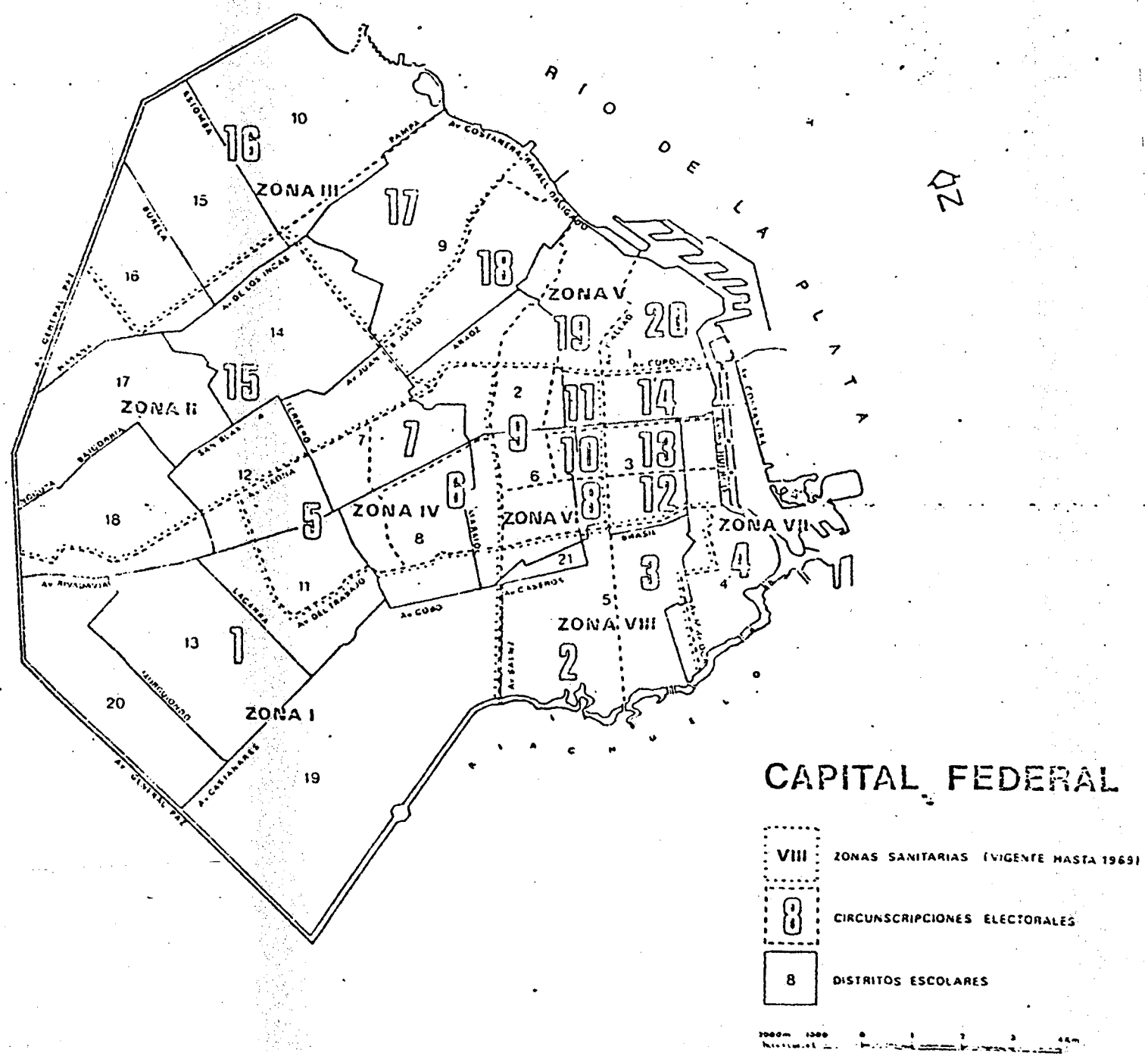
63. PRESIDENCIA DE LA NACION; CONADE: Distribución de Establecimientos Hospitalarios en la R. Argentina. Serie C N 70. Buenos Aires. 1968.

64 SHEPS, C; MADISON, D.: "The Medical Perspectives in Regionalization and Health Policy". n HRP-0024039 US Department of Comerce. USA. 1977. Copia Mimeo.

65. STARR,Paul:"Medical Care and the Pursuit of Equality in América".Apéndice A del Vol. II del Informe de la Comisión Presidencial para el estudio de los problemas éticos en la esfera de la medicina, Washington D.C.1983.

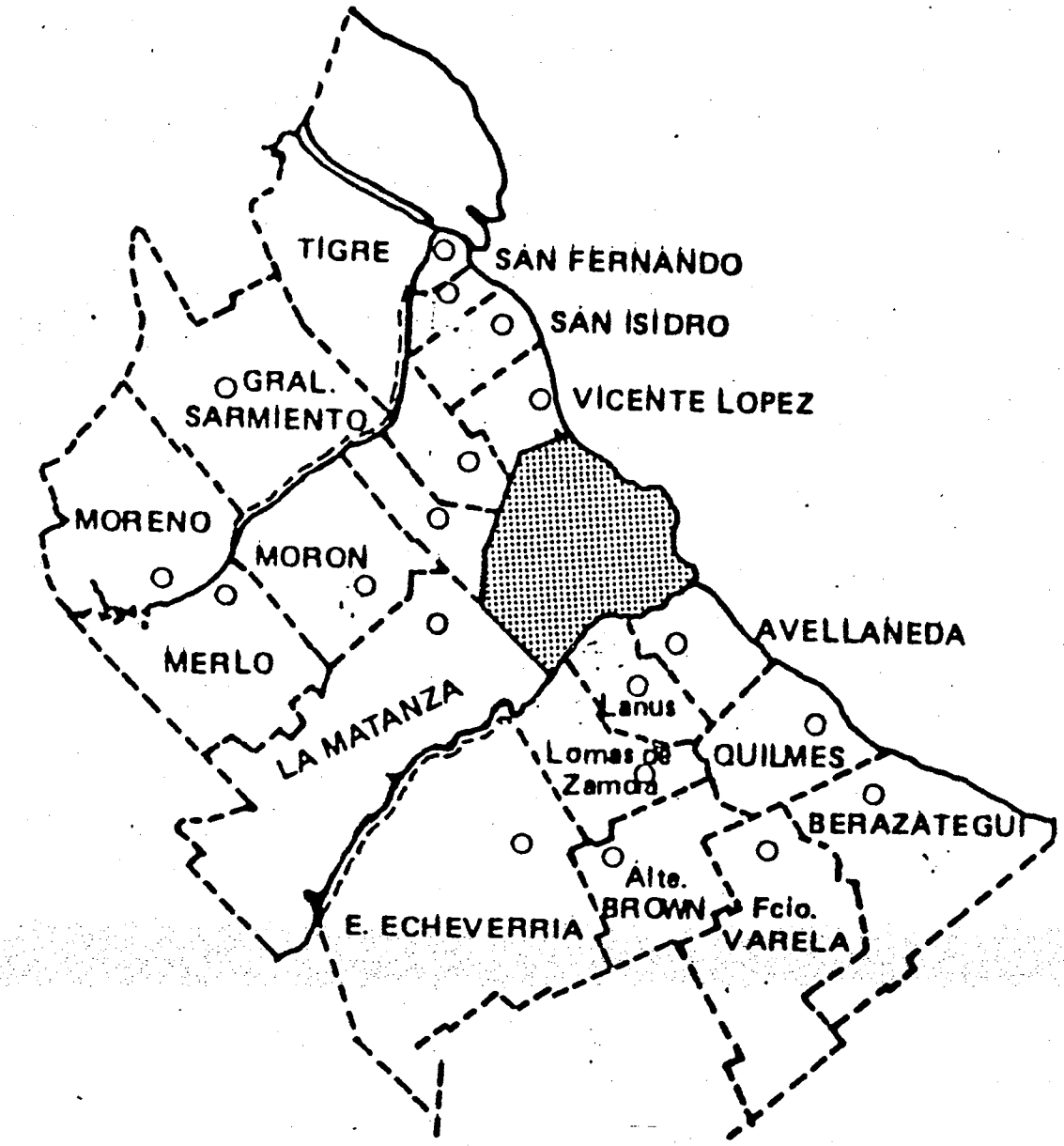
66.VERONELLI,Juan C.:"Los Proyectos de transformación de los Sistemas Nacionales de Salud en América Latina".OPS/OMS. México.1988.

ANEXOS


R I O D E L A P L A T A
ZONA I
ZONA II
ZONA III
ZONA IV
ZONA V
ZONA VI
ZONA VII
ZONA VIII
CAPITAL FEDERAL
ZONAS SANITARIAS (VIGENTE HASTA 1969)
CIRCUNSCRIPCIONES ELECTORALES
DISTRITOS ESCOLARES

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

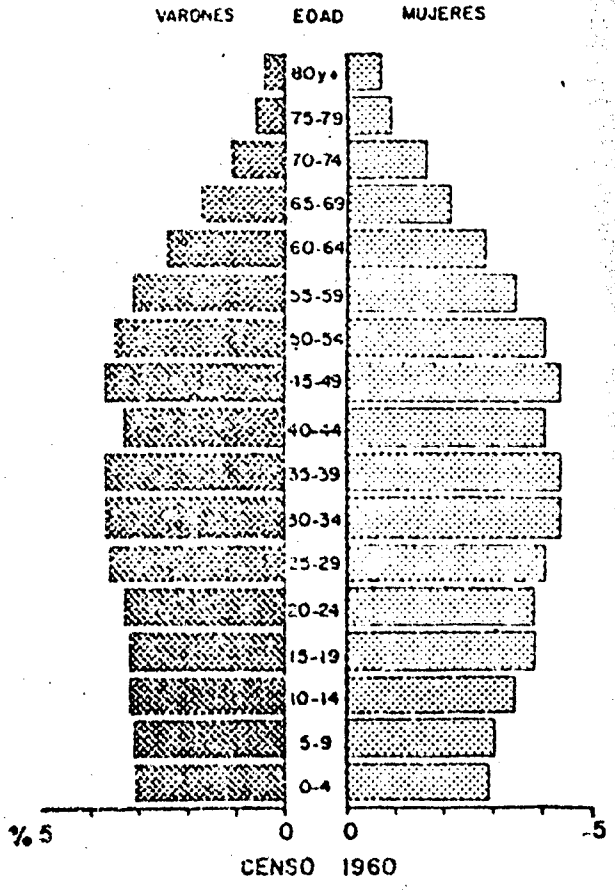
PARTIDOS DEL CONURBANO BONAERENSE

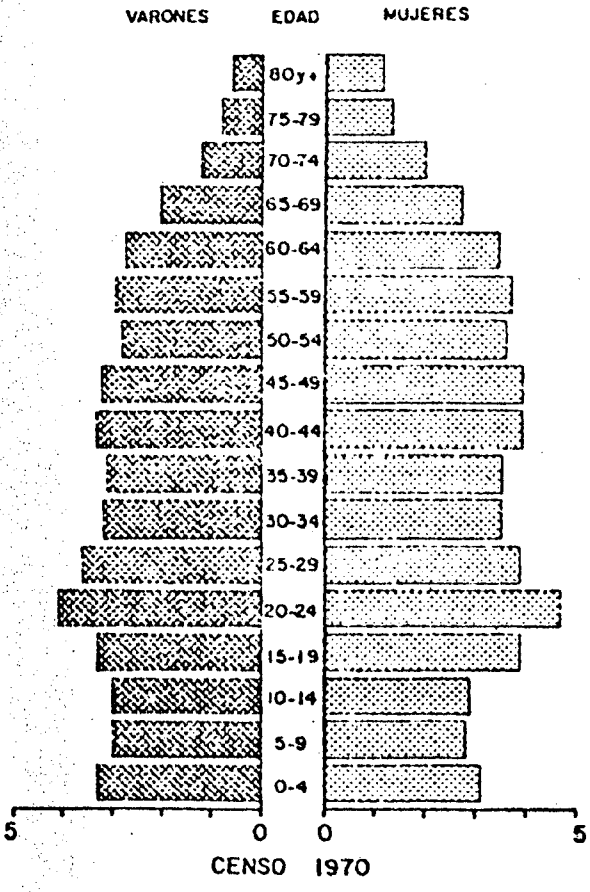


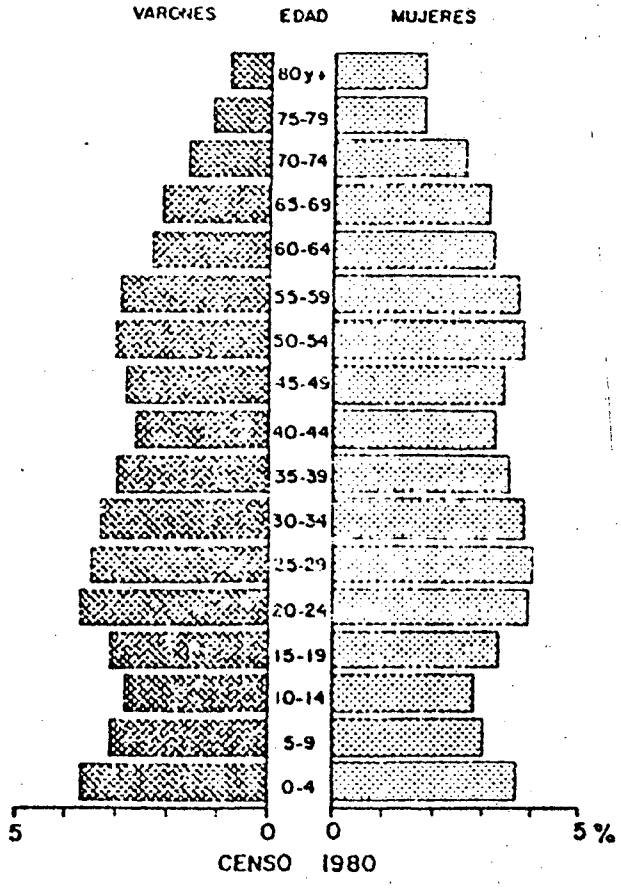
Capital Federal

CAPITAL FEDERAL

EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO, EN 1960, 1970 Y 1980



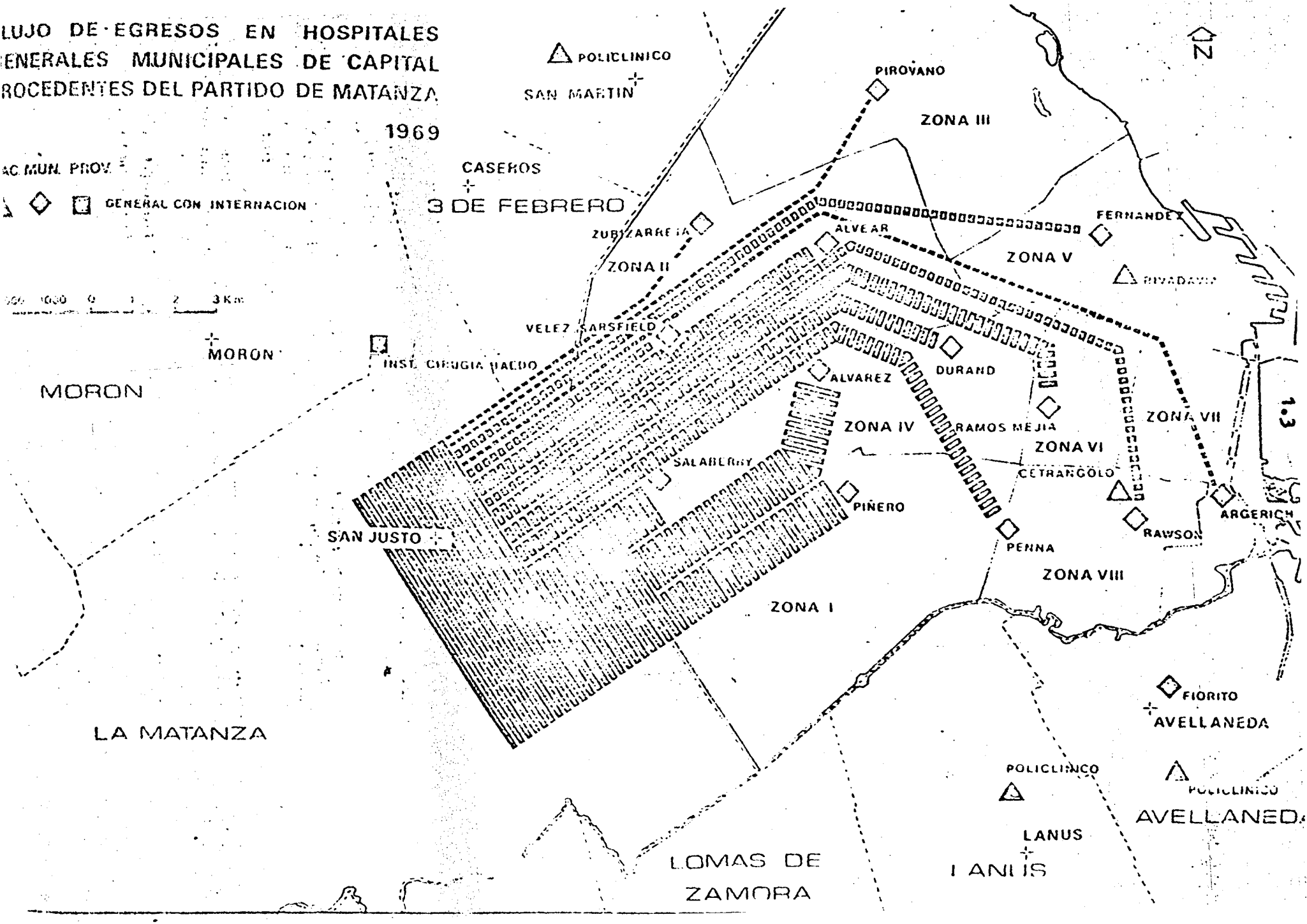


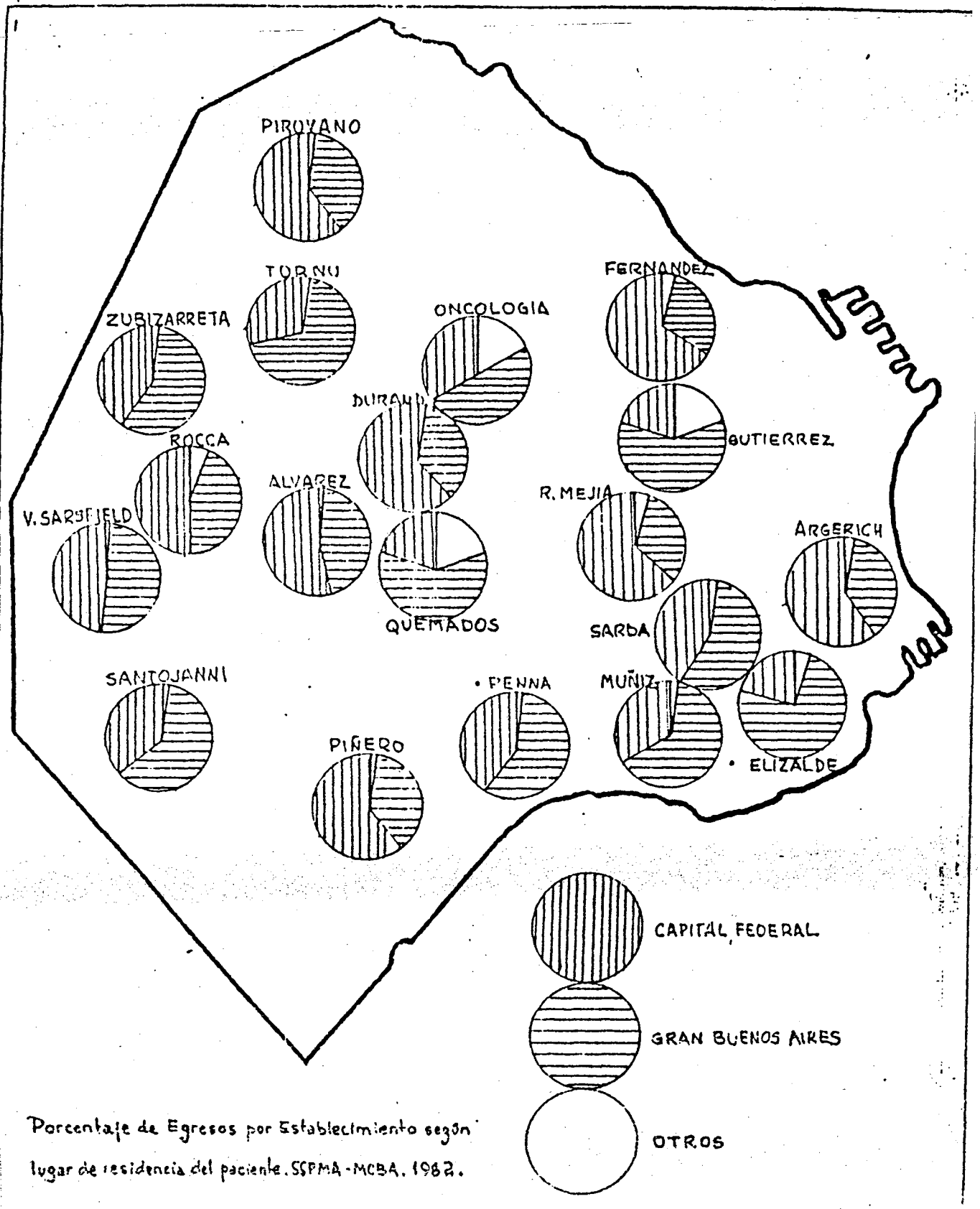


TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	18.7	72.2	9.1

TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	18.1	70.2	11.7

TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	19.1	66.0	14.9

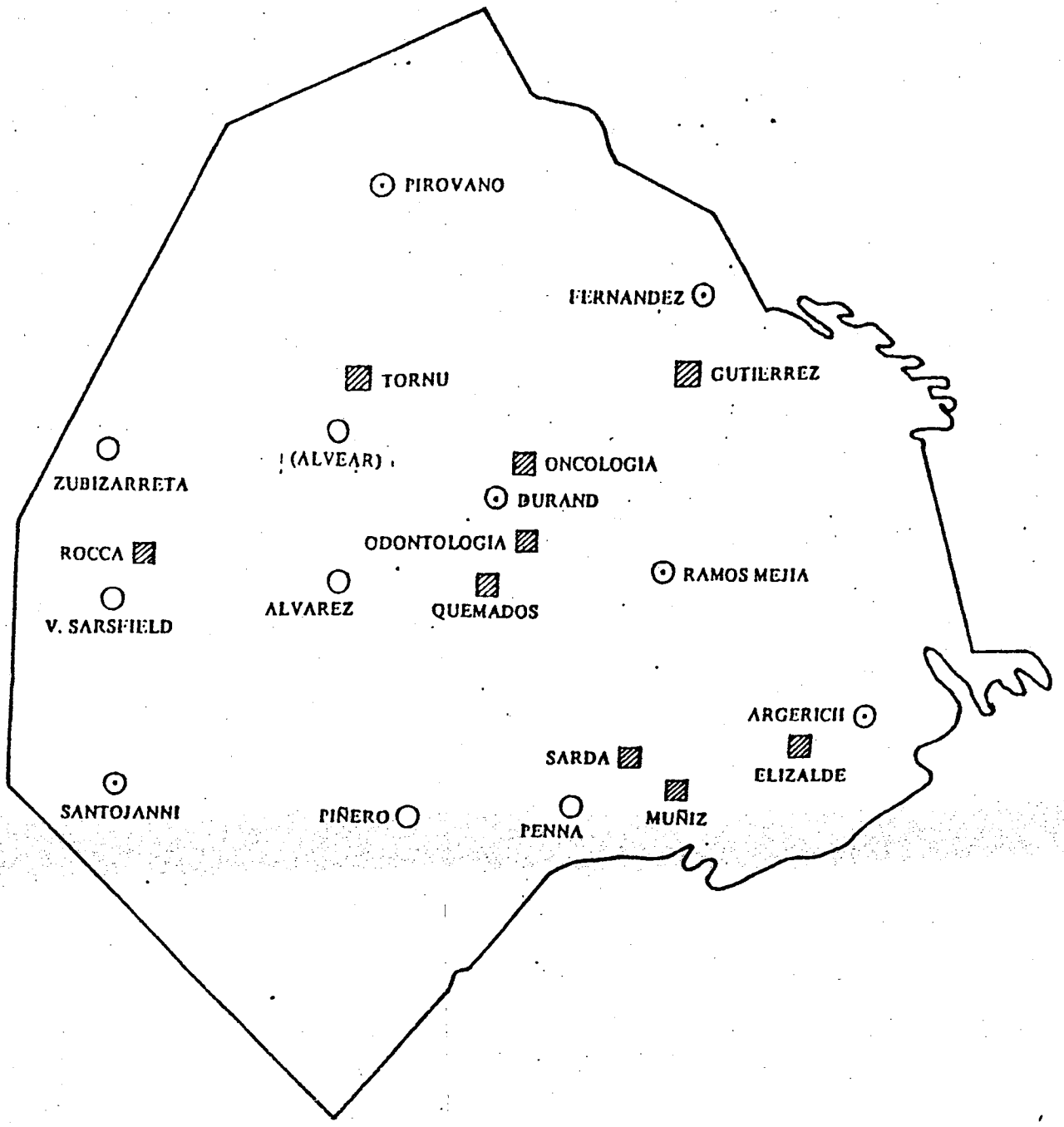

LUJO DE EGRESOS EN HOSPITALES
ENERALES MUNICIPALES DE CAPITAL
ROCEDENTES DEL PARTIDO DE MATANZA
1969
AC. MUN. PROV.
GENERAL CON INTERNACION
POLICLINICO
SAN MARTIN
CASEROS
3 DE FEBRERO
PIROVANO
ZONA III
ZUBIZARRETA
ZONA II
ALVEAR
ZONA V
FERNANDEZ
RIVADAVIA
VELEZ SARSFIELD
MORON
INST. CIRUGIA DACCO
MORON
ALVAREZ
DURAND
ZONA IV
RAMOS MEJIA
ZONA VI
ZONA VII
SALABERRY
CETRANGOLO
PIÑERO
ARGERICH
SAN JUSTO
RAWSON
PENNA
ZONA VIII
ZONA I
FIORITO
AVELLANEDA
POLICLINICO
POLICLINICO
AVELLANEDA
LANUS
LANUS
LOMAS DE
ZAMORA
LA MATANZA
1.3



Porcentaje de Egresos por Establecimiento según lugar de residencia del paciente. SSPMA - MCBA. 1982.

GRAFICO Nº 1.5

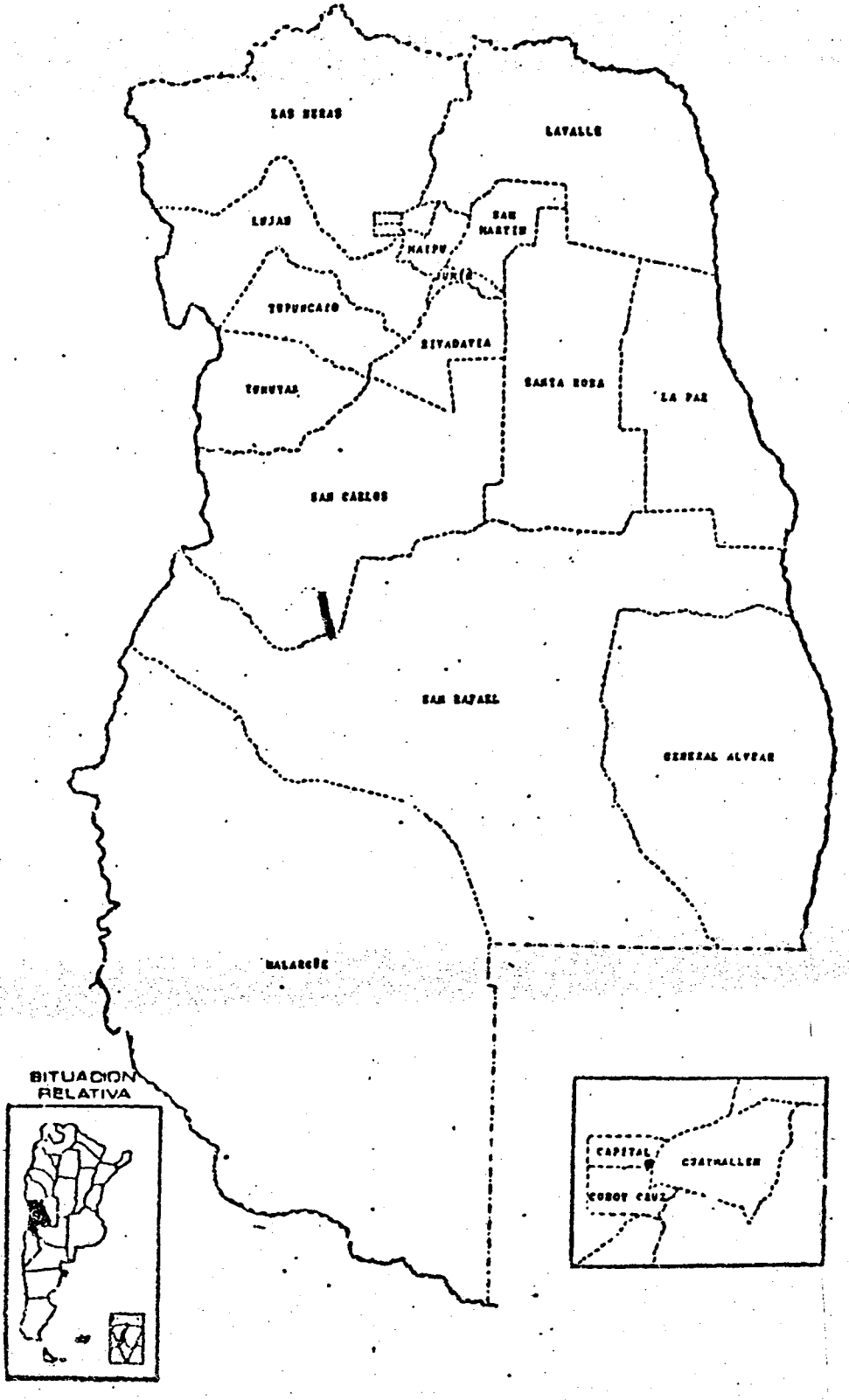
SISTEMA HOSPITALARIO MUNICIPAL
1981



REFERENCIAS

- Hospitales especializados
- Hospitales generales
- Hospitales base

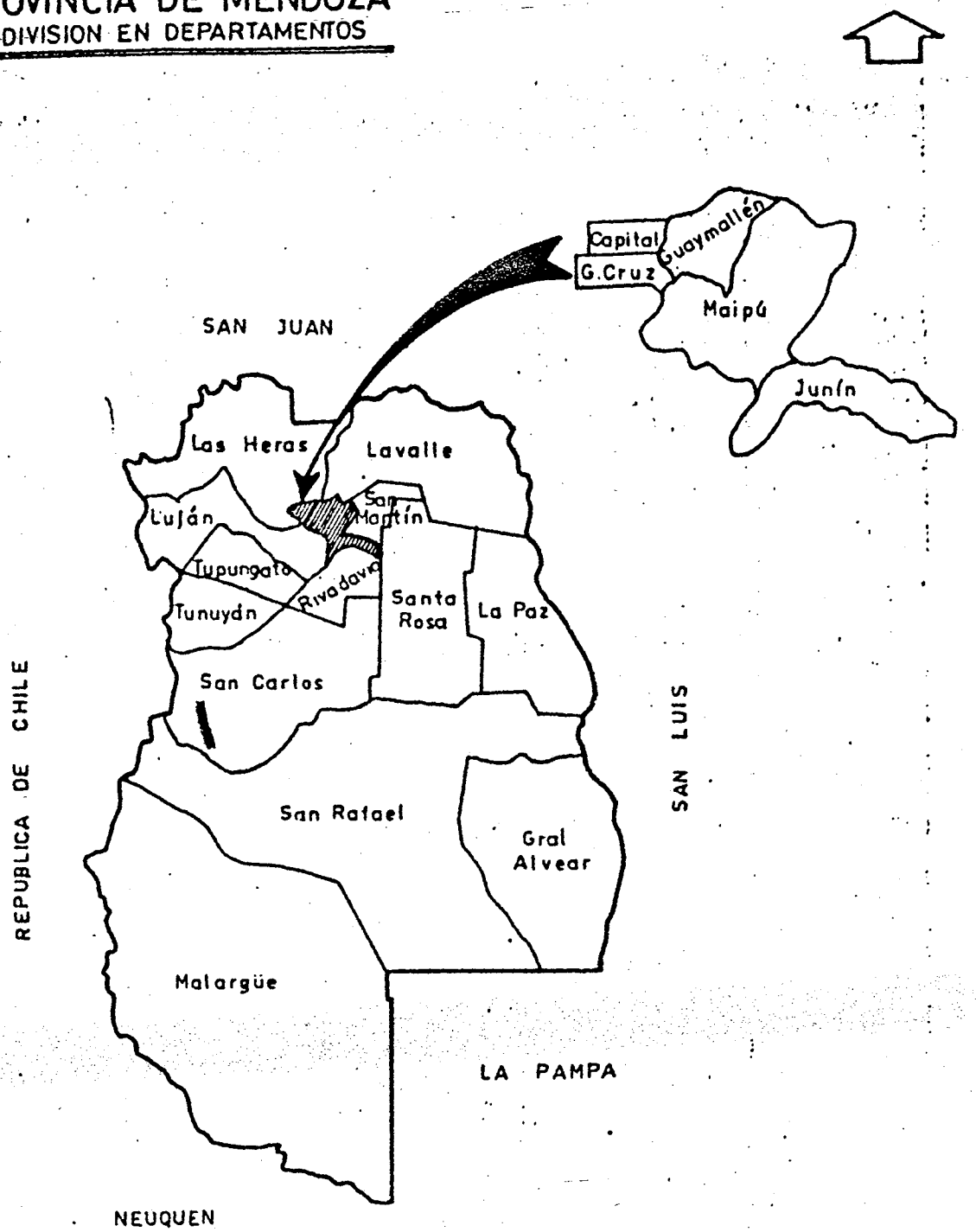
PROVINCIA DE MENDOZA



Mapa 1

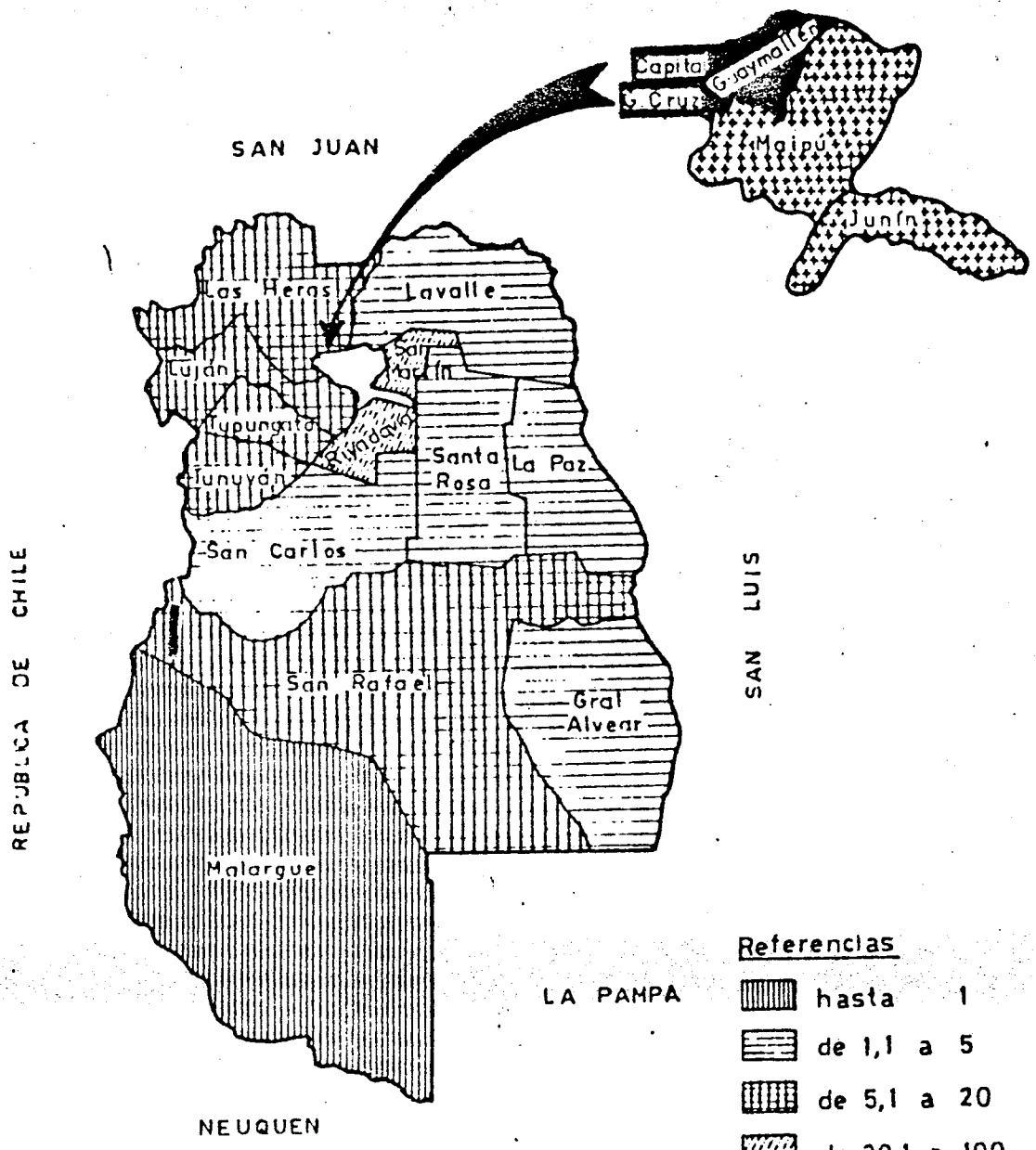
PROVINCIA DE MENDOZA

SUBDIVISION EN DEPARTAMENTOS



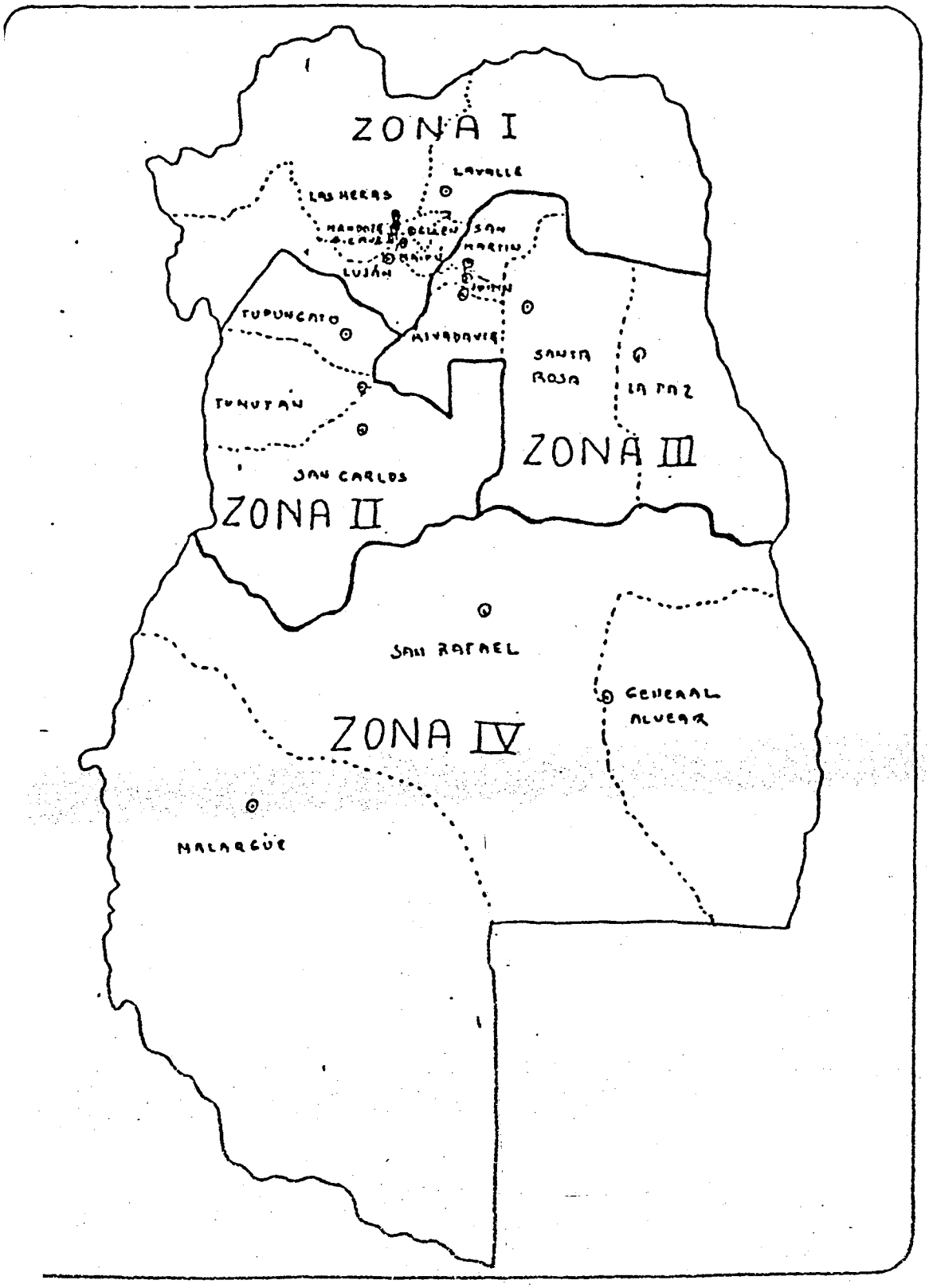
PROVINCIA DE MENDOZA

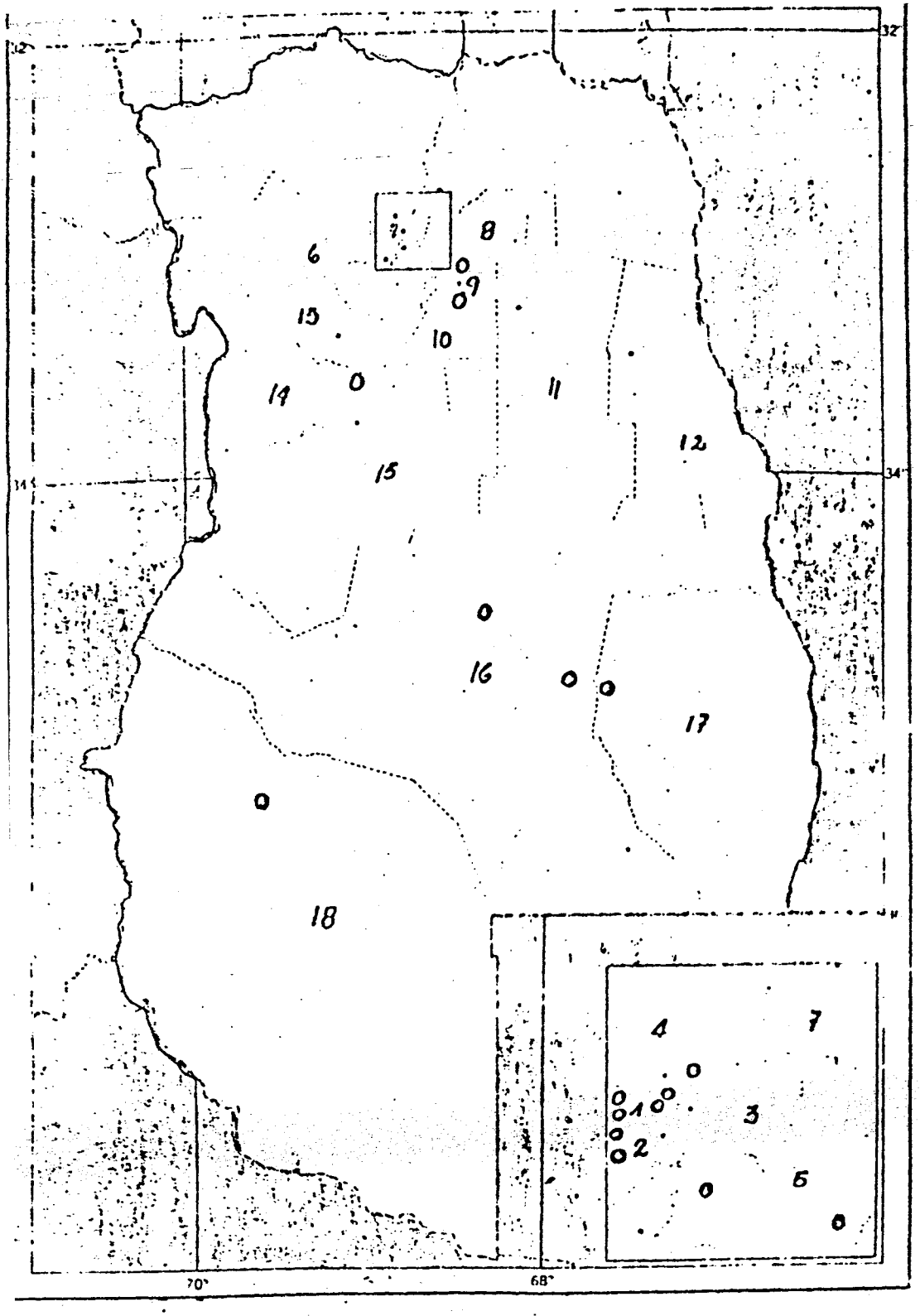
DENSIDAD DE LA POBLACION POR DEPARTAMENTOS 1991



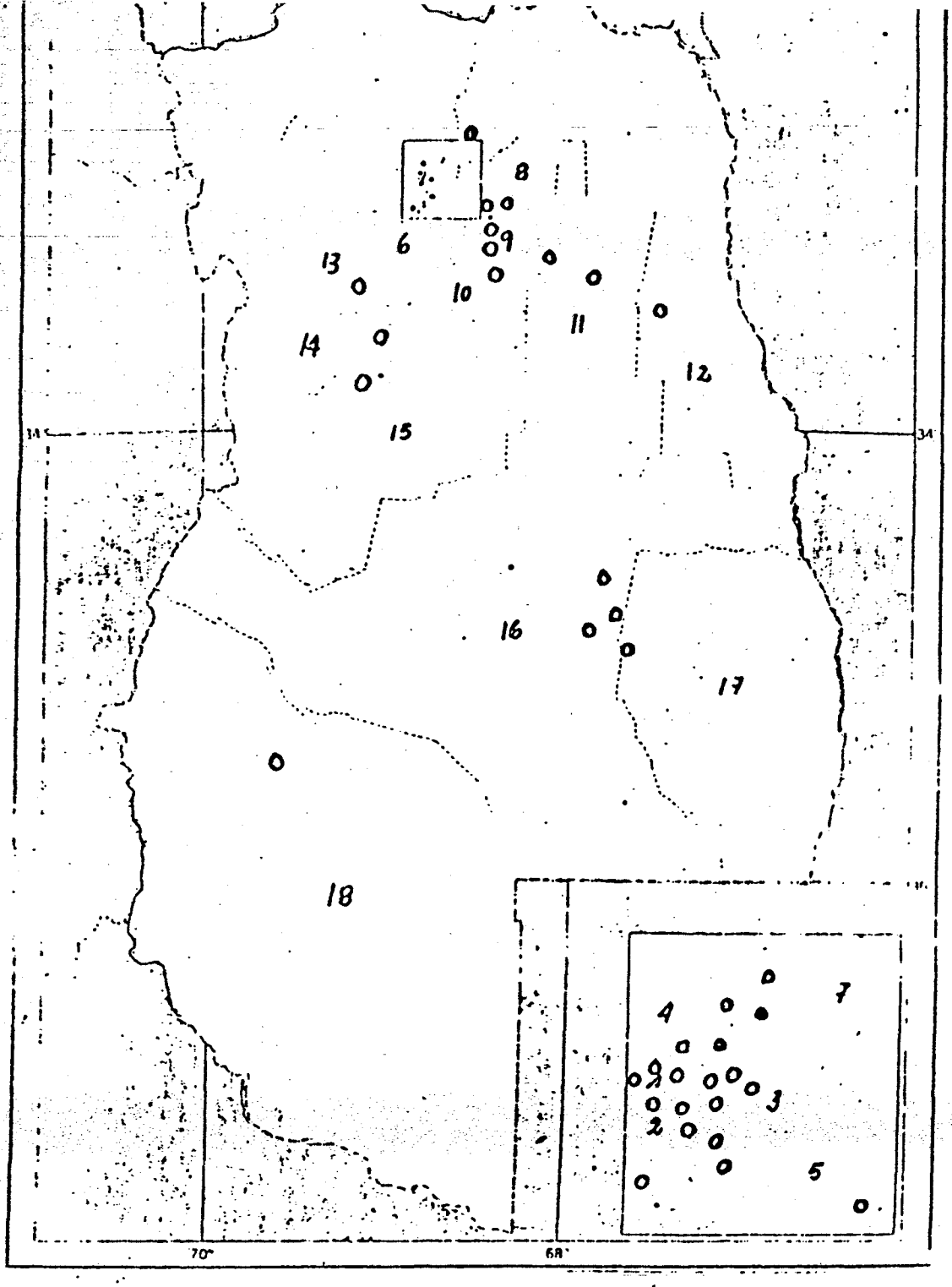
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS
Profesor Emérito ALEJANDRO E. BUNGE

DIVISION POLITICA Y ZONAS SANITARIAS

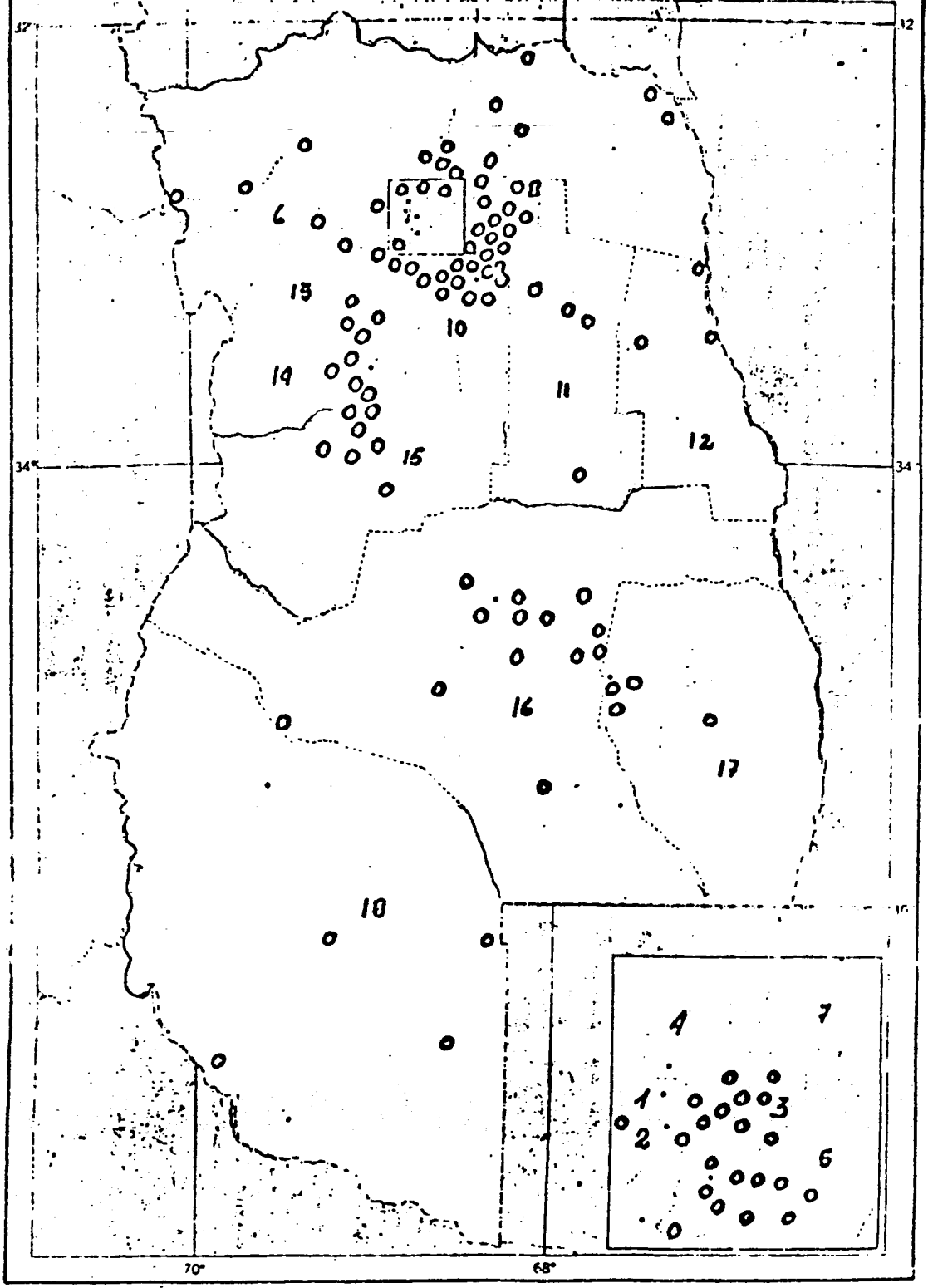




1 - Ciudad
2 - Godoy Cruz
3 - Güiñ
4 - Las Heras
5 - Maipú
6 - Luján
7 - Lavalle
8 - San Martín
9 - Junín
10 - Rivadavia
11 - Santa Rosa
12 - La Paz
13 - Tupungato
14 - Tunuyán
15 - San Carlos
16 - San Rafael
17 - Gral. Alvear

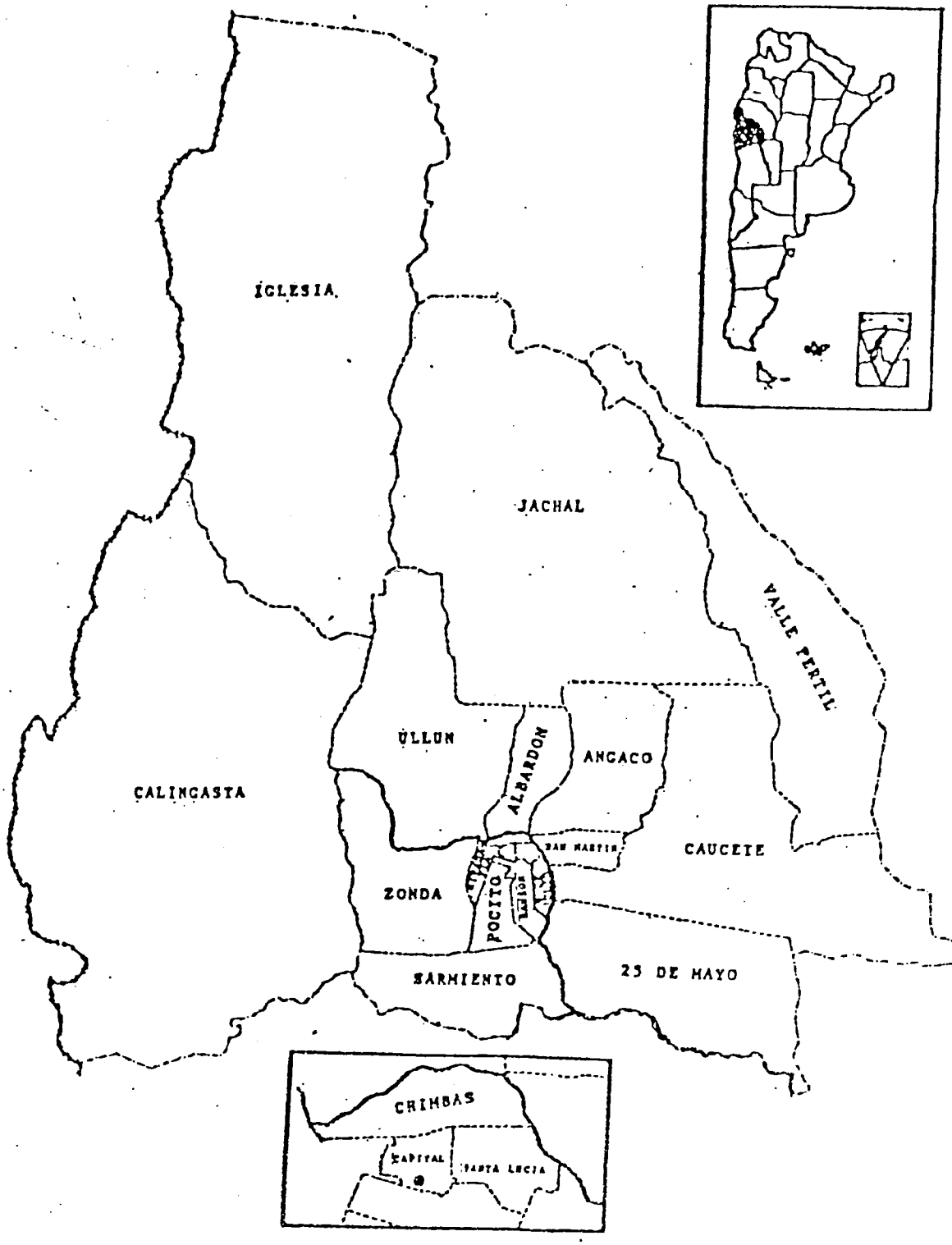


1 - Ciudad
2 - Godoy Cruz
3 - Güién
4 - Las Heras
5 - Maipú
6 - Luján
7 - Lavalle
8 - San Martín
9 - Junín
10 - Rivadavia
11 - Santa Rosa
12 - La Paz
13 - Tupungato
14 - Tunuyán
15 - San Carlos
16 - San Rafael
17 - Gral. Alvear
18 - Malargüe

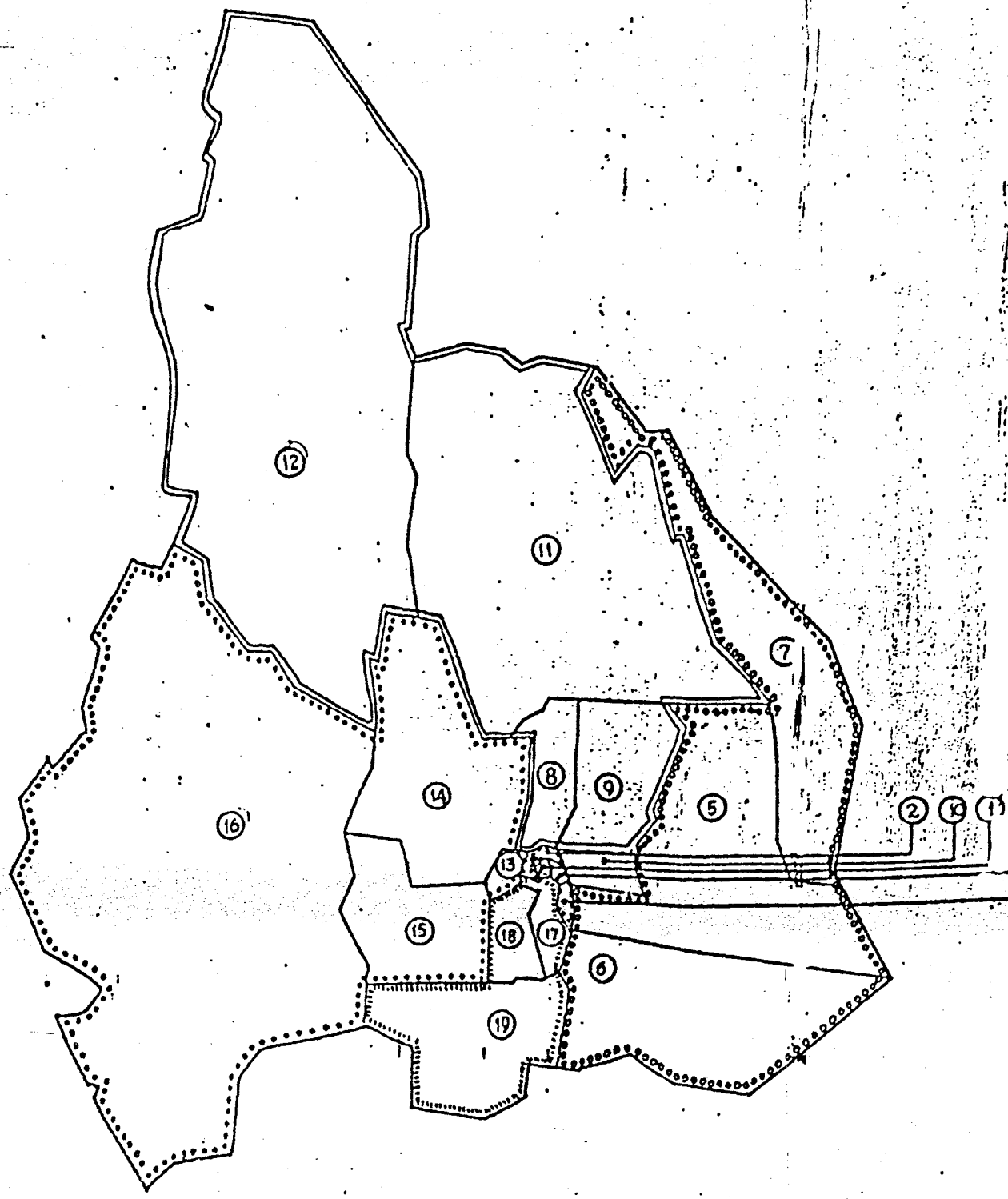


1 - Ciudad
2 - Godoy Cruz
3 - Gllén
4 - Las Heras
5 - Maipú
6 - Lujón
7 - Lavalle
8 - San Martín
9 - Junín
10 - Rivadavia
11 - Santa Rosa
12 - La Paz
13 - Tupungato
14 - Tunuyán
15 - San Carlos
16 - San Rafael
17 - Gral. Alvear
18 - Malargüe

PROVINCIA DE SAN JUAN



Zonas sanitarias



REFERENCIAS:

Zona sanitaria I: 1-Capital, 2-Chimbas, 3-9 de Julio, 4-Santa Lucía.

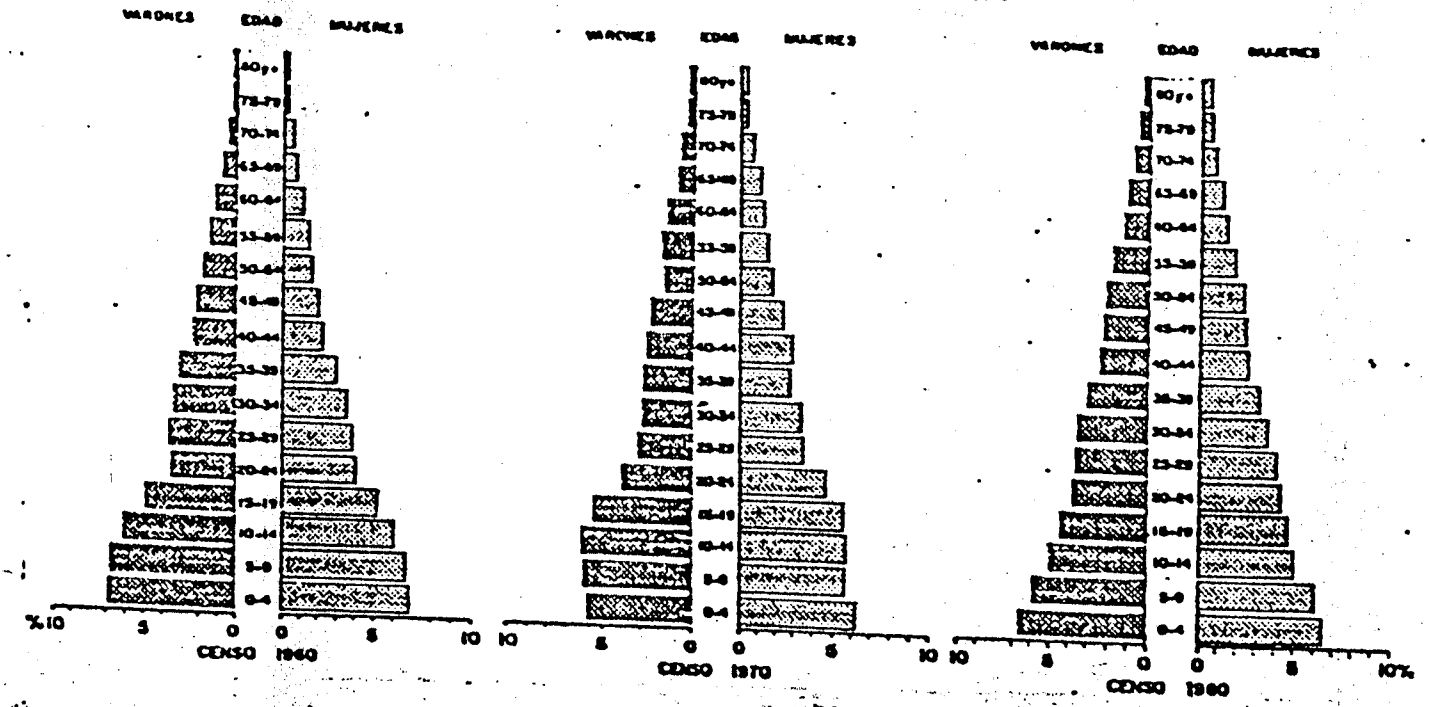
Zona sanitaria II: 5-Caucete, 6-25 de Mayo, 7-Valle Fértil.

Zona sanitaria III: 8-Albardón, 9-Angaco, 10-San Martín, 11-Jáchal, 12-Iglesia.

Zona sanitaria IV: 13-Rivadavia, 14-Ullum, 15-Zonda, 16-Calingasta.

Zona sanitaria V: 17-Rawson, 18-Pocito, 19-Sarmiento.

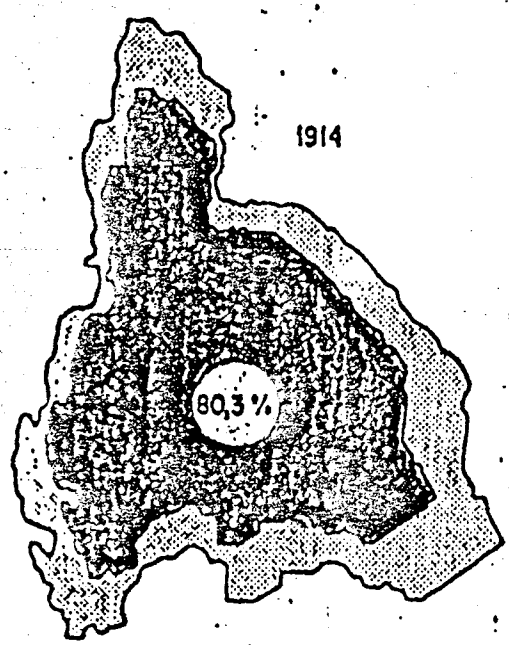
EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO
Años 1960-1970-1980 – SAN JUAN

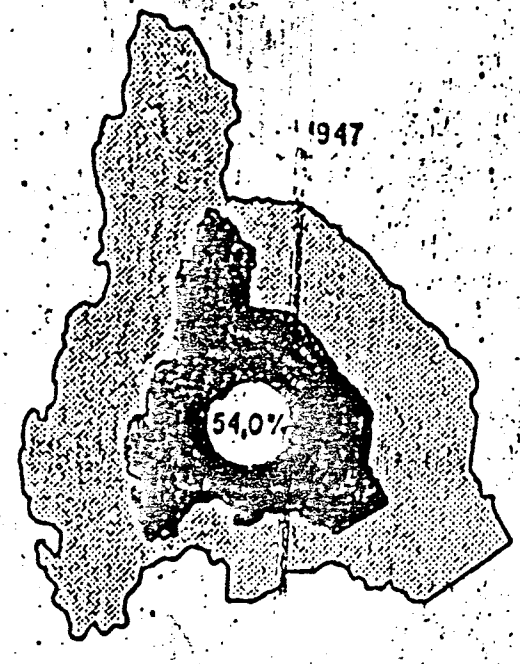


TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	39.5	56.8	3.7

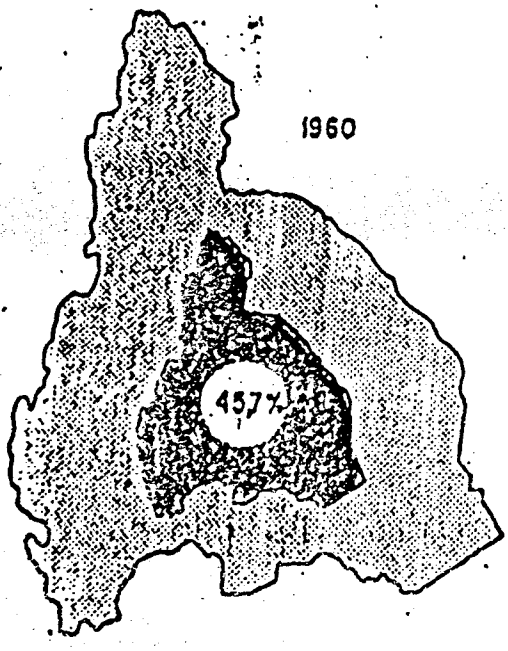
TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	33.7	59.4	6.9

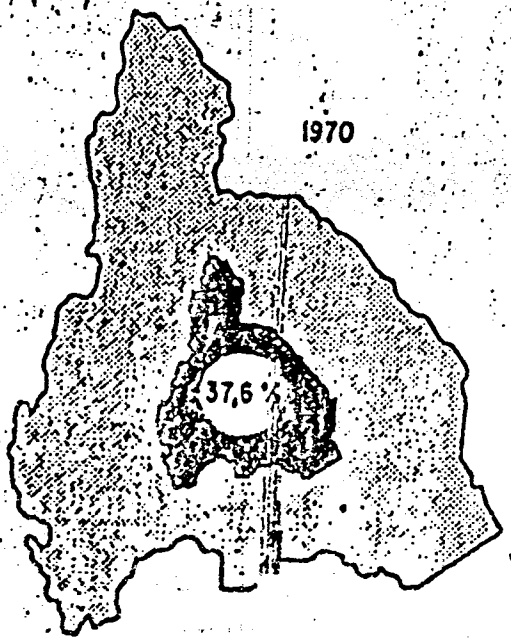
TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	35.1	59.1	5.8

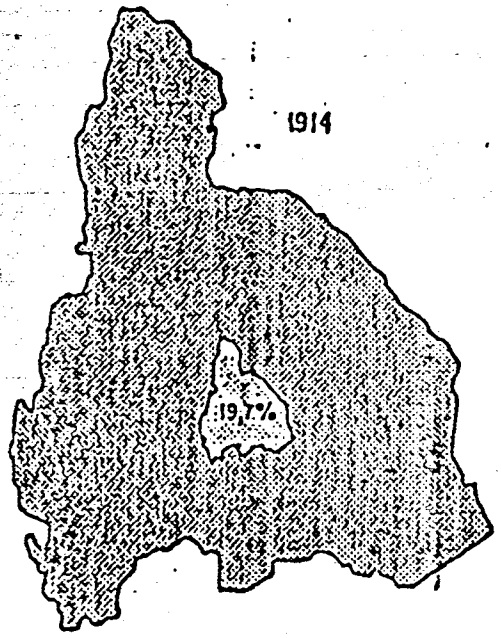


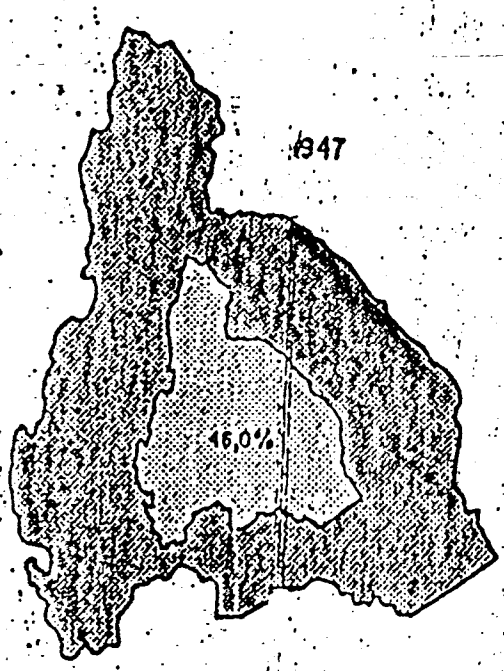


PORCENTAJE DE LA POBLACION RURAL

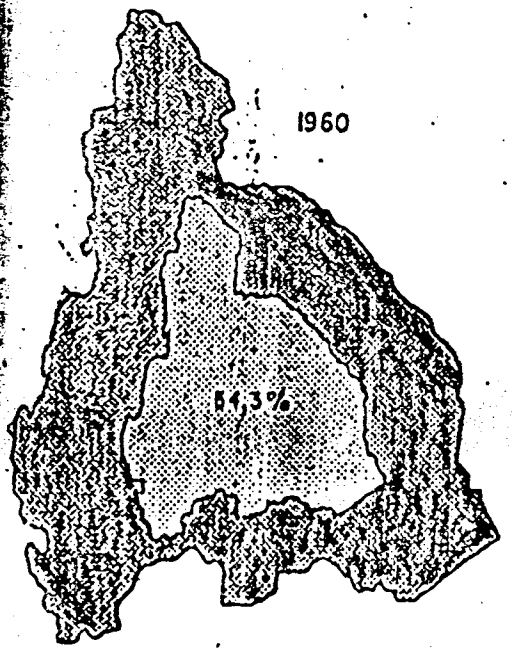


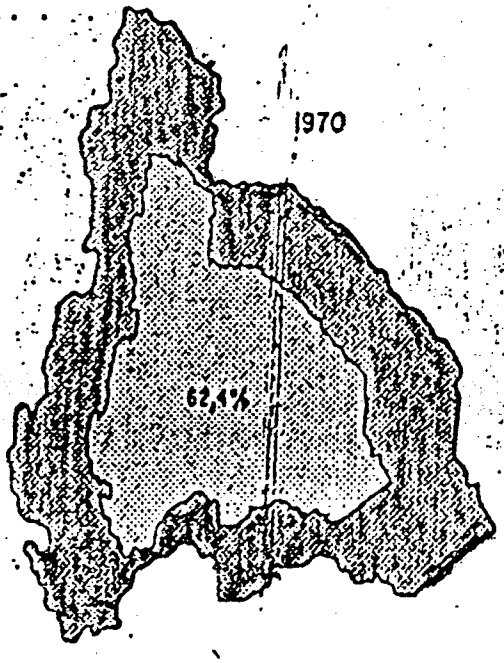


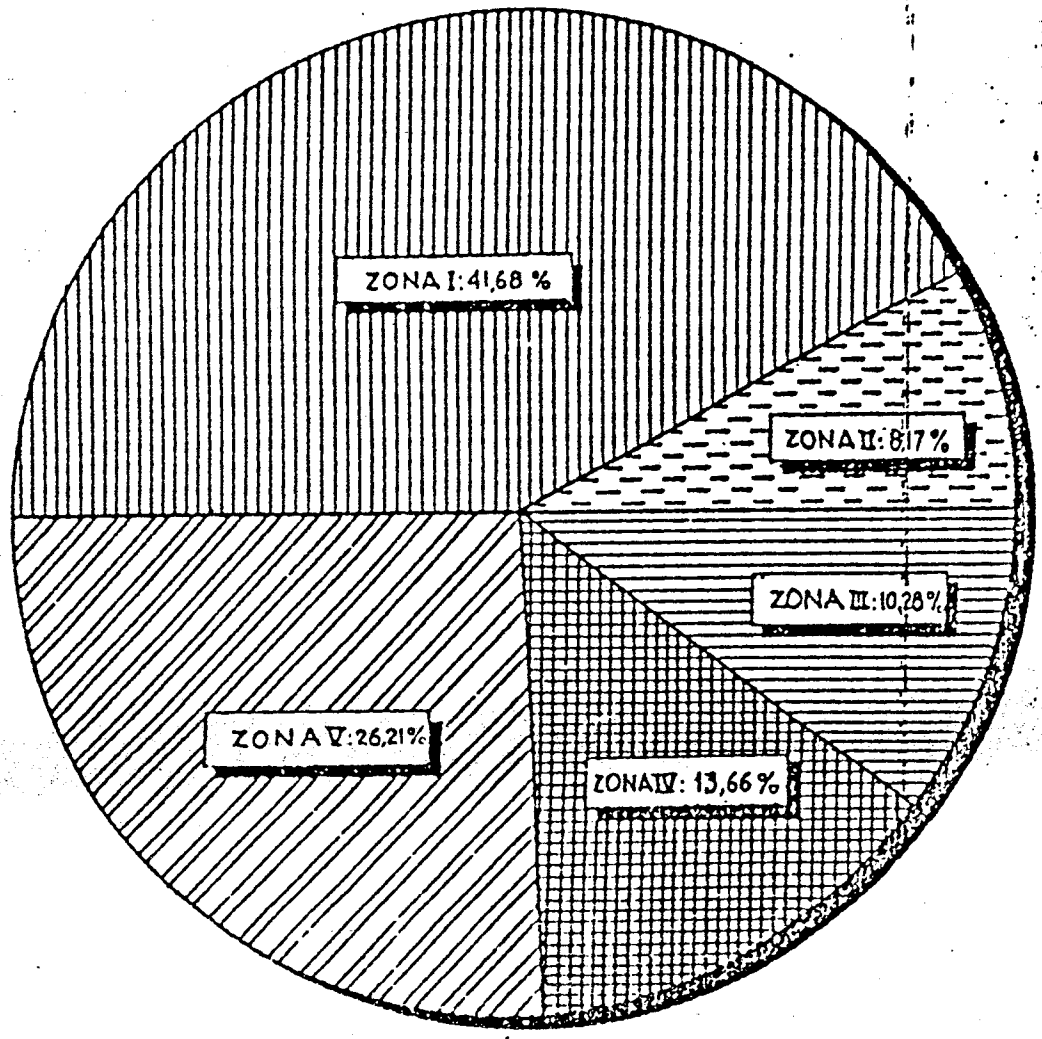




PORCENTAJE DE LA POBLACION URBANA





Población estimada, según zona urbana

San Juan . Año 1986