

Situación, necesidades y demandas de los servicios de salud en el Nordeste argentino.

María Alejandra Fantín.

Cita:

María Alejandra Fantín. (2007). *Situación, necesidades y demandas de los servicios de salud en el Nordeste argentino. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ixjornadasaepa/75>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eqfA/cXe>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Situación, necesidades y demandas de los servicios de salud en el Nordeste argentino

María Alejandra Fantin

Instituto de Investigaciones Geohistóricas - Conicet

Resumen

Es universalmente reconocido que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, así como un importante condicionante para lograr el desarrollo social y económico en el largo plazo.

De acuerdo a este principio, reafirmado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en 1978 en Alma Ata los representantes de los países de todo el mundo se comprometieron con el objetivo “Salud para Todos en el Año 2000”.

Frente a éste compromiso, mundialmente aceptado, los gobiernos deben desempeñar un rol esencial en la organización, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

Este trabajo propone evaluar el nivel del equipamiento y la infraestructura sanitaria y profesional existente en las cuatro provincias del Noreste argentino (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones) en relación a la potencial demanda existente y a las condiciones de salud de la población.

La información sobre los servicios de salud fue obtenida de la publicación de Ministerio de Salud Pública de la Nación y actualizada por las respectivas oficinas de estadística de las provincias.

Dicha publicación contiene información sobre localización (localidad, dirección, teléfono), dependencia (nacional, provincial, municipal, privada o mixta), tipo de atención (general básica, especializada), disponibilidad de camas, etc. de todos los establecimientos sanitarios registrados en las provincias.

Los datos sobre la disponibilidad real de médicos en las provincias analizadas fueron obtenidos en primera instancia de las Direcciones de Fiscalización Sanitaria provinciales y del Colegio Médico de Misiones y posteriormente actualizados mediante información obtenida en los respectivos Colegios y Federaciones médicas .

Introducción

Es universalmente reconocido que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, así como un importante condicionante para lograr el desarrollo social y económico en el largo plazo.

De acuerdo a este principio, reafirmado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en 1978 en Alma Ata¹ los representantes de los países de todo el mundo se comprometieron con el objetivo “Salud para Todos en el Año 2000”.

Compromiso que fue ratificado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social realizada en Copenhague en 1995², donde se estableció lograr el acceso universal y equitativo de toda la población a la educación y a la atención primaria de la salud³.

El concepto de atención primaria de la salud desarrollado en Alma-Ata contiene importantes connotaciones sociales y políticas. Por un lado plantea claramente que no solo se debe desarrollar una política que abasteciera de servicios de salud sino que además se debe hacer frente a las causas coyunturales, tanto sociales, económicas y políticas de la falta de salud⁴.

¹ La Conferencia de Alma-Ata (Kazajstán), en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), fue apadrinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y estuvieron representados 151 estados con la participación de los ministros de salud de más de 100 países.

² En la Cumbre, que contó con la participación de 117 jefes de Estado y de gobierno, junto con ministros de otros 69 países, los participantes se comprometieron a intentar resolver los graves problemas sociales del mundo abordando tres cuestiones fundamentales que interesaban a todos los países: la erradicación de la pobreza, la promoción del pleno empleo y el fomento de la integración social, especialmente de los grupos más desfavorecidos

³ “Nos comprometemos a promover y a lograr los objetivos del acceso universal y equitativo a una educación de calidad, el nivel más alto posible de salud física y mental, y el acceso de todas las personas a la atención primaria de la salud, procurando de modo especial rectificar las desigualdades relacionadas con la situación social sin hacer distinción de raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad; a respetar y promover nuestras culturas comunes y particulares; a procurar fortalecer la función de la cultura en el desarrollo; a preservar las bases esenciales de un desarrollo sostenible centrado en las personas; y a contribuir al pleno desarrollo de los recursos humanos y al desarrollo social. El fin de estas actividades es erradicar la pobreza, promover un empleo pleno y productivo y fomentar la integración social.” (ONU, 1995:21)

⁴ “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (OMS, 1978:3-4)

Distingue, además que la atención primaria comprende entre otras actividades la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con la inclusión de la planificación familiar; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

Asimismo, establece la importancia de la participación comunitaria en el diseño y aplicación de la atención primaria de la salud “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” y recomienda “que los gobiernos estimulen y aseguren la plena participación de la comunidad mediante la difusión eficaz de la de la información pertinente, el incremento de la alfabetización y el establecimiento del marco institucional necesario que permita a los individuos, las familias y las comunidades hacerse responsables de su salud y bienestar” (OMS, 1978:3 y 27)

Frente a éste compromiso, mundialmente aceptado, los gobiernos deben desempeñar un rol esencial en la organización, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

“La rectoría en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno. En relación con cada país, esto significa establecer el sistema de salud mejor y más equitativo que sea posible. La salud de la gente siempre debe ser prioridad nacional, y la responsabilidad correspondiente del gobierno es continua y permanente. Por su parte, los ministerios de salud tienen que asumir gran parte de la función rectora de los sistemas de salud.

La política y las estrategias sanitarias tienen que incluir la prestación de servicios y el financiamiento privado, junto con el financiamiento y las actividades del Estado. Solo así será posible que los sistemas de salud en su totalidad puedan orientarse a lograr metas favorables al interés público. La rectoría abarca las tareas de definir la visión y la dirección de la política sanitaria, ejercer influencia por medio de la reglamentación y la defensa de la causa, y reunir información y utilizarla”(OMS, 2000:135).

Por otro lado, “la situación de salud de la población, en muchos países en desarrollo, permite afirmar que, la estrategia de la prestación universal de los servicios

de salud es ineficiente y a la vez inequitativa, lo que representa un fracaso en cuanto a su principal objetivo de la equidad⁵ sumado a la eficiencia”⁶ (Barrios Kück, 2002:3).

Por tal razón, “los recursos públicos aplicados en la esfera del bienestar social deben estar destinados fundamentalmente a cubrir las necesidades de quienes no están en condiciones de sufragar por sí mismos la satisfacción de las mismas, y deben ser aplicados respondiendo a los principios de: focalización (identificar con la mayor precisión posible a los beneficiarios), subsidio a la demanda (traducir en la medida de lo posible el subsidio en poder de compra), evaluación a través de la medición del efecto y no del gasto, prioridad a los más necesitados, y equidad (entendida como compensación de las desventajas, mediante el trato desigual a quienes son socialmente desiguales)” (Duhau, 2001:313).

“La comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos desafíos sanitarios, pero hoy día muchos sistemas de salud nacionales son endeble, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. Lo que se necesita ahora es voluntad política para poner en marcha planes nacionales, junto con medidas de cooperación internacional para coordinar recursos, aprovechar los conocimientos y desarrollar sistemas sanitarios robustos que traten y prevengan las enfermedades y promuevan la salud de la población” (OMS, 2006:vi).

Al respecto Katz, (1993:15) señala que uno de los grandes problemas por los que atraviesa el sector salud en Argentina es “la marcada heterogeneidad interprovincial e interregional que se observa en la organización y el funcionamiento de los mercados de atención medicosanitaria”. Al respecto señala: “la Argentina es una mezcla extrema de gran modernidad por un lado y enorme subdesarrollo, por el otro”

Pero esta realidad no es privativa de nuestro país; es la consecuencia macroestructural que el accionar del capitalismo mundial ha acentuado desde mediados de la década del 70, con el resurgimiento del liberalismo económico en detrimento del estado de bienestar que caracterizó a la segunda postguerra, y que aumentó la inequidad social y por lo tanto la brecha entre los que tienen y los que no.

⁵ Equidad: Se refiere a la acción de priorizar a los más carenciados para lograr la igualdad de oportunidades. Es la opción de reducir la inequidad existente entre acceso - resultado. Este principio ayuda a establecer una oferta adecuada de servicios teniendo en cuenta las necesidades de la población afectada. (CIRD, 2002)

⁶ Eficiencia: Es la opción que ofrece la mejor relación costos - resultados. Mide el costo asociado con el cumplimiento de los objetivos (menor costo o mejor uso de recursos). La eficiencia evita el derroche, el desaprovechamiento o uso no prioritario de los recursos que disminuyen la equidad social. De aquí la necesidad de minimizar costos y maximizar la productividad. (CIRD, 2002)

Es importante destacar que las provincias correspondientes a este estudio, se encuentran entre las más carenciadas del país. Las cuatro jurisdicciones presentan importantes porcentajes de viviendas deficitarias⁷ (Chaco 50,7 %, Corrientes 38,7%, Formosa 58,7 % y Misiones 49,7 %), de hogares con servicio sanitario inadecuado⁸ (Corrientes 40%, Chaco 52,6%, Misiones 53,5% y Formosa 55,6%), de viviendas sin conexión de agua (Formosa 45%, Chaco 53%, Misiones 57% y Corrientes 67 %) entre otras falencias.

El análisis espacial de estas y otras variables⁹ permite distinguir diferencias interprovinciales, como ser: un aumento de la precariedad desde el Sur y el Este de las provincias de Chaco y Formosa, hacia el noroeste de la región, en correlato con la variación espacial del desarrollo económico y social de ambas provincias.

En Corrientes, la mayor precariedad se localiza en los departamentos correspondientes a la cuenca iberana y de los esteros y lomadas del triángulo noroeste de la provincia, con sus difíciles condiciones ambientales y un régimen de subdivisión y tenencia de la tierra que deriva en las actividades económicas de subsistencia.

En la provincia de Misiones, se puede observar una clara diferencia entre los departamentos de la ribera del Paraná con mejores condiciones y los de la ribera del Uruguay con las situaciones más críticas.

En concordancia con este modelo espacial, los mayores niveles de mortalidad se localizan en los departamentos del oeste de Chaco y Formosa, y en correspondientes al triángulo Noroeste de Corrientes, lo que no hace más que afirmar la relación existente entre el binomio salud-enfermedad y los niveles de vida de la población

Frente a este esquema teórico, y ante la realidad social existente en las provincias del NEA, es de esperar que los sistemas de salud respondan con eficiencia y equidad a las necesidades de la población a fin de compensar las diferencias existentes en las sociedades.

Sistema de salud de la República Argentina

En Argentina, la máxima autoridad nacional en materia de salud es el Ministerio de Salud, quien comparte con otros organismos del gobierno nacional el área de

⁷ Se consideraron viviendas deficitarias a las casas tipo “B” a los ranchos, casilla, pieza de inquilinato, pieza de hotel o pensión, local no construido para habitación, vivienda móvil y en la calle

⁸ Se calificó como **servicio sanitario inadecuado** cuando no tienen baño o si lo tuvieron, presentan un modo de eliminación de excretas que no sea a red pública, cámara séptica o pozo ciego.

⁹ Cfr. Meichtry y Fantin, 2003; Fantin, 2004

programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita. (Cetrángolo et all, 2002:3).

No obstante, el Ministerio de Salud es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación¹⁰ (Belmartino,1999: 291).

Ahora bien, teniendo en cuenta que las provincias cuentan con autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del Ministerio de Salud de la Nación es acotado, siendo los gobiernos provinciales los responsables de la salud de sus habitantes a través de sus respectivos Ministerios y Secretarías.

Si bien los vínculos entre el Ministerio de Salud y las provincia se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA¹¹), pueden observarse en algunos casos servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones (Belmartino,1999: 291).

Por otra parte, el sistema de salud en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado. Esta

¹⁰ Entre los organismos dependientes del Ministerio de Salud pueden citarse: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad. También depende del MSAS la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Por último dependen del MSAS como remanentes de las políticas de descentralización hospitalaria: el Hospital Nacional “Baldomero Sommer”, el Hospital Nacional “Profesor A. Posadas”, y la Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca” y, la entidad más numerosa del sistema de Obras Sociales, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)

¹¹ El COFESA se creó en 1981 y es un organismo intejurisdiccional que está integrado por la autoridad de salud pública de más alto nivel en el orden nacional, a nivel provincial y de la ciudad de Buenos Aires y es presidido por el Secretario de Salud Pública de la Nación. Entre sus funciones se encuentran las de analizar los problemas de salud presentes en todo el país y en cada una de las provincias, la identificación de sus causas y la recomendación de cursos de acción orientados a lograr una política sectorial estable. En los hechos, este Consejo Federal no cumple el rol de coordinación que tiene asignado, tornándose confusas sus funciones reales.

conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.(Acuña et al. 2002).

El *subsector público* funciona con financiación y provisión públicas, se encuentra principalmente integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones) y la red de hospitales públicos y centros de salud que proveen asistencia sanitaria gratuita a toda la población¹².

El subsector público sufrió a lo largo de las últimas décadas un proceso de descentralización que ha desplazado la dependencia de los servicios asistenciales nacionales hacia los niveles provincial y municipal, por lo tanto “las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, puesto que realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica”. (Acuña et al. 2002:11)

Por otra parte, si se tiene en cuenta la “capacidad instalada” del subsistema, considerando como indicador la cantidad de camas disponibles, vemos que el sector público es proporcionalmente el mejor posicionado dentro del sistema (Cuadro 1).

El *subsector de seguro social obligatorio*: está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. La mayoría de las Obras Sociales brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores, pues su capacidad instalada propia es muy escasa. (Acuña et al. 2002:12)

Las obras sociales de régimen nacional, más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, son los agentes centrales del seguro de salud, dan cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio (Belmartino, 1999: 290) y se encuentran bajo la

¹² “Según datos de la Encuesta de Desarrollo Social (1997), se estima que la población que accede sólo a los servicios del salud de este subsector, se constituye en poco más de un tercio de la población (13,4 millones de personas) de las cuales el 62,3% de la población posee algún tipo de cobertura social y que el 37.6% solamente utiliza el hospital público”. (Acuña et al. 2002:5)

dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00) . Las Obras Sociales provinciales son 23 instituciones que otorgan cobertura a un 29,41% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. (Acuña et al. 2002:13)

El *subsector privado* incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las obras sociales mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas¹³.

Equipamiento sanitario

El objetivo primordial de los servicios sanitarios es proteger y/o mejorar la salud y la eficacia con que se logra ese objetivo depende de las prestaciones que se ofrecen y de la manera en que están organizadas. “La prestación eficiente de servicios sanitaria exige que los diversos recursos financieros se repartan de manera equilibrada entre los muchos insumos que se usan a tal fin” (OPS, 2000:83)

En un análisis general, la asistencia médico-sanitaria incluye básicamente tres clases de bienes y servicios diferentes: los servicios médicos, odontológicos y auxiliares (prestados por profesionales habilitados para ello), los medicamentos (elaborados por laboratorios farmacéuticos, intermediados por droguerías y vendidos al público en farmacias) y los servicios hospitalarios (brindados por hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados).

En Argentina le corresponde a cada Ministerio de Salud provincial la gerencia y la gestión política y técnica para el cumplimiento de programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política, por lo tanto la prestación de servicios de salud es responsabilidad de los respectivos gobiernos provinciales a través de los ministerios o secretarías correspondientes.

En las cuatro provincias, tanto el subsector público como el privado conforman una amplia red de servicios de salud estructurada por niveles de complejidad. Si bien los

¹³ Según un estudio de 2001 operan en Argentina 196 empresas de medicina prepaga, de ellas el 58% radican en la Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior. El 65% de los asociados son adherentes individuales y el resto son afiliaciones corporativas. Las diez empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. (Tobar, 2001)

respectivos ministerios tienen a su cargo la supervisión y control de los servicios privados “no hay un plan sectorial que coordine el desarrollo de la capacidad instalada de las diversas instituciones. Cada una actúa por separado, lo que lleva a duplicaciones en las principales ciudades del país”(OPS, 1998:451).

Por ello, con el fin de evaluar la disponibilidad, el acceso y la distribución de la prestación de servicios de salud sería ideal contar con una serie de indicadores o bien con un indicador compuesto, pero los datos disponibles no permiten contar con esa información; por tal motivo el número de camas hospitalarias disponibles es uno de los pocos índices útiles relacionados con la disponibilidad de recursos de salud (OPS,2005).

Cuadro N° 2

**Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales.
Nordeste 2001**

Provincia	Sector público	Sector privado	Total
Corrientes	2299	1226	3525
Chaco	1837	2347	4184
Formosa	997	692	1689
Misiones	1547	1552	3099

Fuente: Ministerio de salud

Al analizar la provisión de camas en las cuatro provincias se observa que, Misiones posee la menor relación camas/habitantes con un índice de 32,1 camas por 10.000 habitantes; Formosa 34,9 y Corrientes y Chaco 37,9 y 42,5, respectivamente. Pero la participación del sector público y privado es muy heterogénea; en la provincia del Chaco existe un predominio del sector privado (56%) mientras que en Corrientes y Formosa el sector público concentra en 65 % y 59% respectivamente (cuadro 1).

Como fue expresado anteriormente los servicios de salud pueden ser ofrecidos tanto por los sectores público y privado, pero las fuerzas del mercado no aseguran que todas las personas tengan acceso al conjunto mínimamente aceptable de los beneficios de la salud. Por ello se hace necesaria la participación del estado, a través de una modalidad solidaria, especialmente en aquellos ámbitos geográficos en los cuales existen recursos insuficientes a fin de lograr que todas las personas tengan acceso a la atención sanitaria de acuerdo a sus necesidades reales de salud y que dicha situación no dependa exclusivamente de la capacidad de pago que tengan. “Dado que los recursos

son limitados siempre habrá forma de racionamiento, pero el precio no deberá ser el criterio principal para determinar quien recibe asistencia y de que tipo” (OPS; 2000:53).

“En una sociedad pluralista y justa, toda persona, independientemente de su posición social, debe tener derecho a la mejor calidad de atención de salud, lo que es posible lograr por la concurrencia de los sectores públicos y privados hacia los intereses de la salud pública como un todo” (Sans e Hidalgo, 2002:170).

Es de esperar que el sector privado elija concentrar sus esfuerzos en áreas de mayor nivel socioeconómico, mientras que es siempre deseable que el sector público disponga de mayor cantidad de recursos en aquellas áreas que presentan altos niveles de pobreza o altos porcentajes de población sin cobertura de salud. Si esto no fuese así, la realidad sería muy preocupante.

Poseer o no cobertura en salud tiene vital importancia para determinar el tipo de institución a la que se recurre en caso de requerirse atención médica. Si bien la afiliación a una obra social no implica necesariamente que se acceda efectivamente a su beneficio, se puede decir que existe una asociación directa entre la tenencia de algún tipo de cobertura y la utilización de servicios no pertenecientes al sector público (INDEC, 1990).

En la Argentina según el censo de 2001, el 48% de la población no contaba con cobertura de salud, pero este porcentaje no es homogéneo en todo el país, ya que existen importantes diferencias regionales.

Las provincias del NEA presentan porcentajes considerablemente superiores a la media nacional, Chaco 65,5%, Corrientes 62,1%, Formosa 65,8% y Misiones 57,8%.

Si bien estas cifras permiten tener una visión general de estas provincias en el marco nacional, existen al interior de ellas diferencias muy marcadas, que dependen fundamentalmente de la condición urbana o rural y de las características del mercado laboral, y por consiguiente del grado de urbanización existente. Es sabido que en las ciudades, con mayor porcentaje de población dedicada a actividades secundarias y terciarias, el porcentaje de población sin cobertura en salud es menor debido a que ésta es obligatoria para los que trabajan en relación de dependencia, condición que se da con menor frecuencia en el trabajo rural.

El mapa 1 presenta el porcentaje de población que carece de obra social o plan médico a nivel de departamento y de alguna manera muestra la carga poblacional que debe atender el sector de la salud pública.

Directamente en relación con las características del empleo urbano, los departamentos en los cuales se localizan las ciudades capitales cuentan con las mejores condiciones, con valores de ausencia de cobertura que oscilan entre 51% y 57% aproximadamente.

Esta realidad es preocupante, ya que en ellas habita más del 30% de la población provincial, por lo tanto la carga que debe afrontar el sector público de salud es muy grande. Estamos hablando, para comienzos de la década, de una cifra aproximada a los 650.000 habitantes sin cobertura y no existen razones para pensar que la situación pueda haber mejorado en los últimos años.

En el otro extremo están las áreas con condiciones socioeconómicas más críticas, como ser los departamentos del oeste de Chaco y Formosa donde más del 78 % de la población carece de cobertura social.

Igualmente preocupante es la situación en los restantes departamentos, con valores que superan o que en el mejor de los casos, se encuentran muy próximos a los promedios provinciales

Los datos antes expuestos ponen de manifiesto que la demanda sanitaria hacia el sector de la salud pública es diferencial por zonas, no sólo teniendo en cuenta el nivel socioeconómico sino también en cuanto a la proporción de población sin cobertura. Esto va a repercutir necesariamente en la infraestructura sanitaria del sector estatal.

Es importante destacar que la autonomía de las provincias en materia de salud, dificulta el análisis de la disponibilidad de los servicios de salud del sector público, porque los servicios se encuentran clasificados de diferente manera en cada una de ellas.

Por lo tanto, para poder comparar la disponibilidad de equipamiento sanitario en las distintas jurisdicciones, se agrupó a los establecimientos en, servicios de atención básica de salud que son los establecimientos sin internación por un lado, y los establecimientos con internación, por otro.

Al observar el cuadro 2 se advierte una importante diferencia en cuanto a la cantidad total de establecimientos existentes en cada jurisdicción. De todas maneras, si se compara el total de servicios de salud pública en relación con el total de población, independientemente del nivel de complejidad, la mejor situación se observa en Formosa y Chaco con un índice de 4,6 servicios cada 10.000 habitantes, y 4,0 por 10.000 habitantes respectivamente. Corrientes por su parte, presenta el índice más bajo con 2,4 servicios por 10.000 habitantes y la provincia de Misiones se encuentra en una posición intermedia con 3,6 servicios cada 10.000 habitantes.

Cuadro N° 3

Establecimientos asistenciales del sector público por jurisdicción. 2001.

Jurisdicción	Servicios sin internación	Servicios con internación	Servicios sin internación por 10.000 hab.	Servicios con internación por 10.000 hab.	Servicios totales por 10.000 hab.
Chaco	351	44	3,6	0,4	4,0
Corrientes	178	48	1,9	0,5	2,4
Formosa	192	34	3,9	0,7	4,6
Misiones	309	35	3,2	0,4	3,6

Fuente: Ministerios de Salud de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones. 2001.

Si embargo es importante aclarar que la diferencia en cuanto a la cantidad de servicios radica principalmente en el número de entidades de menor complejidad, destinadas a la atención primaria de la salud cuya instalación depende fundamentalmente de la distribución espacial de la población.

Si bien el número de servicios es importante, no da cuenta de la real disponibilidad de prestaciones, por ello, a fin de analizar la oferta sanitaria del sector público el mapa 2 presenta la disponibilidad de camas por cada diez mil habitantes, que es el indicador utilizado internacionalmente para cuantificar y estandarizar la oferta sanitaria.

La disponibilidad de camas del sector público, permite afirmar, en una primera aproximación, una mayor capacidad de equipamiento sanitario en la provincia de Corrientes con 24,7 camas del sector público por diez mil habitantes, mientras que Misiones presenta la menor relación con 16 camas por diez mil habitantes y Chaco y Formosa en una situación intermedia de 18,7 y 20,5 respectivamente.

Por su parte, al analizar la distribución espacial de la disponibilidad de camas del sector público por departamento, (mapa 2) se puede observar una dotación relativamente equitativa, especialmente en Chaco, Formosa y Corrientes; en general los departamentos con condiciones socioeconómicas más desfavorables¹⁴ poseen mayor atención por parte de los gobiernos provinciales. Esto demuestra la preocupación de los respectivos ministerios por brindar a toda la población acceso a los servicios de salud.

¹⁴ Tal es el caso de los departamentos localizados en el norte y noroeste de las provincias de Chaco y Formosa y en el centro de la provincia de Corrientes y en el este de Misiones.

La provincia de Misiones exhibe una situación totalmente diferente, en primer lugar cuenta con la situación más crítica en la relación camas públicas/habitantes, especialmente en los departamentos 25 de mayo, Candelaria, Caingua, Guaraní, y Montecarlo, y por otro la distribución se concentra fundamentalmente en los departamentos Capital, Concepción y Eldorado que exhiben en las mejores condiciones socioeconómicas.

La distribución espacial de este índice pero referido a las camas disponibles en el sector privado (mapa 3) presenta un patrón espacial considerablemente diferente. En general, la mayor disponibilidad se registra en los departamentos que albergan a las ciudades capitales y centros urbanos importantes¹⁵, mientras que los distritos con menor proporción de población o con condiciones socioeconómicas más desfavorables presentan índices muy bajos o inclusive en algunos de ellos no existe la participación privada.

Esta diferente distribución de las tasas obtenidas responde a alguna manera a los objetivos que persigue cada sector; es de esperar que el sector privado concentre sus esfuerzos en áreas de mayor nivel socioeconómico, mientras que es siempre deseable que el sector público disponga de mayor cantidad de recursos en aquellas áreas que presentan altos niveles de pobreza o altos porcentajes de población sin cobertura.

Es importante resaltar, la condición del departamento Pilcomayo en el noreste de la provincia de Formosa con una importante disponibilidad de servicios privados. Esta situación puede, de alguna manera, estar relacionada con la movilidad de la población en relación a los servicios de salud, la presencia de cercana de Asunción puede constituir un importante “mercado” para los servicios privados argentinos.

Hecho que podría explicar la situación de los departamentos misioneros que presentan una dotación de camas relativamente importante especialmente en los sectores donde existe una movilidad de población fronteriza considerable dinámica.

En el mapa 4 que representa una síntesis de las camas disponibles (públicas y privadas) por 10.000 habitantes, se observa que los sectores que carecen de servicios privados, fundamentalmente porque las condiciones socioeconómicas o la cantidad de población no los hacen rentables, poseen servicios públicos que intentan equiparan los requerimientos de la población en materia de salud.

¹⁵ La atención privada se basa principalmente en la prestación de servicios en los consultorios y unidades hospitalarias pequeñas y medianas, con fines de lucro, por lo tanto su localización depende fundamentalmente de la disponibilidad de obtener beneficios económicos.

Pero, a pesar de los esfuerzos realizados por el sector público se advierte que los departamentos correspondientes a las capitales provinciales o que albergan ciudades importantes presentan las mejores condiciones, mientras que existen otros departamentos que poseen una situación más crítica, lo cual sumado a las condiciones de vida de la población, anteriormente expuestas, explica de alguna manera las condiciones de salud de la población.

Disponibilidad de profesionales médicos

Para lograr los objetivos de las políticas y programas sanitarios, se requieren distintos tipos de recursos: humanos, económicos, materiales, etc., de los cuales el recurso humano es el más importante, ya que todas las modalidades de atención de la salud dependen de la existencia de personal capacitado. Pero a pesar de la gran importancia de los recursos humanos para el sector salud, se ha prestado muy poca atención a la planificación de los mismos.

“Los recursos humanos constituyen uno de los factores decisivos para provocar cambios en los sistemas de salud acordes con las necesidades y demandas de la población¹⁶; sin embargo, se reconoce que ha sido un aspecto olvidado por las agendas políticas de la reforma del sector, que ahora empieza a ganar prioridad” (OPS, 2002:373).

Numerosos autores (Salinas et al., 1989; Rodriguez et al., 1994; Masciadri, 1997) que han analizado la disponibilidad de recursos humanos en salud, coinciden en la dificultad encontrada en la obtención de información, por la disparidad de registros utilizados, por la presencia de datos contradictorios dentro y entre fuentes, o bien por la ausencia de información.

La obtención de datos sobre la disponibilidad real de médicos en las provincias analizadas merece un comentario especial, por lo compleja que resultó la tarea, especialmente en el Chaco, Formosa y Corrientes

Cabe señalar que en éstas provincias existe la Dirección de Fiscalización Sanitaria, oficina en la cual se deben inscribir todos los médicos que ejercen esta profesión. El registro se realiza en un libro habilitado para tal fin y en el cual se consignan datos sobre número de matrícula, nombre y apellido, documento de identidad

¹⁶ “*Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.* (OPS,2005:1)

(tipo y número), nacionalidad, fecha de nacimiento, fecha de obtención del título, universidad de egreso y fecha de inscripción, pero no se consignan las bajas producidas por fallecimiento, emigración, cambio de actividad, etc.; como así tampoco se actualiza el lugar de residencia de los profesionales¹⁷.

Por lo tanto, no permite obtener información de la real disponibilidad y distribución de los profesionales médicos, por ello y ante la necesidad de realizar un análisis detallado de los datos consignados en los registros, se organizó, en cada una de estas provincias una base de datos, a la cual se le incorporó la especialidad de los profesionales¹⁸.

Una vez conformada la base de datos, nos encontramos con el inconveniente de no contar con la información sobre la localización real y actual de los profesionales, información imprescindible para poder cumplir con los objetivos de esta investigación.

Esta dificultad fue solucionada mediante la obtención de los listados de médicos vinculados al sector público (de planta, contratados, residentes, etc.) y al área de seguridad social a partir de los médicos agremiados en Federación Médica y Colegios Médicos del Chaco y en la Federación Médica y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Formosa (ACLISA).

La realización de las bases de datos insumió un tiempo considerable, pero fue el primer aporte concreto de esta investigación, ya que las mismas fueron entregadas a las respectivas Direcciones de Fiscalización y están siendo consecuentemente utilizadas.

En la provincia de Misiones la base de datos de los profesionales médicos y los servicios asistenciales existentes, fue proporcionada por el Colegio Médico, quien por decreto del Gobierno provincial tiene a su cargo, desde 1986, la responsabilidad de habilitar e inhabilitar clínicas y la matriculación de profesionales médicos y el registro de las especialidades.

Datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ponen de manifiesto que la República Argentina se encuentra en una situación favorable, en cuanto a la disponibilidad de recursos médicos, con respecto a otros países de América Latina (OPS,1998).

¹⁷ A esto hay que sumar que en algunos de los casos los datos consignados son ilegibles, erróneos o incompletos, lo cual dificultó aún más la tarea ya que se debió recurrir a confrontar con los expedientes archivados.

¹⁸ Las mismas también deben ser registradas en la Dirección de Fiscalización Sanitaria, para lo cual existe un libro destinado a tal fin, donde se consigna número de matrícula, nombre y apellido, documento de identidad (tipo y número), fecha de registro y número de expediente.

Por otra parte, si bien la oferta de médicos puede considerarse buena en nuestro país, no se puede afirmar lo mismo en lo que respecta a su distribución regional; existen importantes diferencias entre la capital y las provincias, entre jurisdicciones ricas y pobres y al interior de las mismas¹⁹. En el 2001, en la provincia de Córdoba la relación es 44 médicos por diez mil habitantes; en Buenos Aires de 34 médicos por diez mil habitantes²⁰, mientras que en las provincias del noreste en conjunto la relación es de 18 médicos por diez mil habitantes, siendo la provincia de Corrientes la mejor posicionada con 23 médicos por diez mil habitantes mientras que Chaco, Misiones y Formosa presentan una tasa de 17, 15 y 14 médicos por diez mil habitantes respectivamente.

Pero la distribución de los recursos médicos en las cuatro provincias es espacialmente irregular. En el mapa 5 se puede observar la gran disparidad existente en las provincias, y el patrón de distribución está directamente relacionado con la presencia de centros urbanos y sus jerarquías. Los departamentos correspondientes a las capitales provinciales poseen más de 20 médicos cada 10.000 habitantes, llegando a casos extremos como en Corrientes con 95 médicos cada 10.000 habitantes, mientras que otras áreas no alcanzan a 8 médicos cada 10.000 habitantes como es el caso de la mayoría de las jurisdicciones de Formosa, y los departamentos del oeste del Chaco, los del noreste de Misiones y la mayoría de unidades administrativas de noroeste de Corrientes.

Médicos según condición de especialidad

La condición de especialidad es uno de los indicadores comunmente utilizados para medir el nivel de complejidad de la práctica médica, tomándose como índice la relación médicos especialistas/médicos generales o bien médicos especialistas/población total (Salinas y otros, 1989).

En la provincia del Chaco, la matrícula especializada en relación con la matrícula general representa el 55 %²¹, en Misiones y Corrientes el 54% y 44% respectivamente. En la provincia de Formosa, la relación matrícula

¹⁹“La distribución geográfica de los profesionales denota la falta de lineamientos de política que promuevan su radicación en determinadas áreas de acuerdo con las necesidades de salud de la población”. (Abramzón., 2005)

²⁰ Los datos del total de médicos por provincia fueron obtenidos de Abramzón. (2005): Recursos Humanos en Salud en Argentina en 2004. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.

²¹ Cabe aclarar que existen mayor número de matrículas registradas porque existen profesionales que tienen más de una especialidad, pero en este caso se consideró solo al profesional, independientemente de la cantidad de especialidades registradas.

especializada/matrícula general es tan sólo del 14 %, muy inferior a la registrada en las demás provincias. Esto indica una importante carencia de profesionales especializados lo que alerta sobre la escasa complejidad de la práctica médica, o un subregistro de especialistas, lo cual da cuentas de la deficiencia del registro²².

Entre las especialidades más comunes sobresalen las denominadas especialidades básicas como ser pediatría, tocoginecología, clínica médica, y cardiología.

En números absolutos hay más especialistas varones, indudablemente porque existen más médicos de este sexo. Pero de igual manera se observa una mayor tendencia a la especialización por parte de profesionales de sexo masculino; la situación de mayor diferencia se observa en la provincia de Misiones, donde la relación especialistas varones/médicos varones es de 53%, mientras que en las mujeres se reduce a 40%. En la provincia del Chaco es de 58% y 50% respectivamente, relación que se reduce en Corrientes a 45% y 41%.

Cuadro N° 3

Primeras cinco especialidades médicas. Nordeste, 2000

Especialidad	Chaco %	Formosa %	Corrientes %	Misiones %
Pediatría	14.1	17.1	17.3	20.6
tocoginecología ²³	11.8	11.1	12.5	18.9
clínica médica	7.5	3.4	8.9	4.8
cirugía ²⁴	7.5	12.8	9.9	14.6
cardiología	5.2	9.4	8.0	6.3

Fuente: Direcciones de Fiscalización Sanitaria

Hay un claro patrón de distribución geográfica de los especialistas; debe señalarse que en la provincia de Chaco el 73% se encuentran radicados en Resistencia, la capital provincial y el 17 % en Presidencia Roque Sáens Peña, la segunda ciudad. El 10% restante se distribuye en el resto de la provincia. Aún así quedan zonas pobremente atendidas.

²² Debido al reducido número de especialistas en esta provincia el análisis por sexo y por universidad de egreso no permite observar tendencias. A título ilustrativo se hace notar que el 14% de los varones poseen especialidad, en las mujeres el porcentaje asciende a 15%.

²³ Incluye tocoginecología y ginecología

²⁴ En cirugía se incluyeron todas las cirugías específicas como ser: cardiovascular, gastroenterológica, general, de tórax, infantil, pediátrica, plástica, vascular, oncológica.

En Formosa, del total de especialistas matriculados, el 54% se localiza en la capital y el 40% en la ciudad de Clorinda, con lo cual queda virtualmente agotada la oferta de especialidades.

Esta gran concentración de especialistas en las principales ciudades se repite nuevamente en Corrientes donde la capital concentra el 71% de los mismos. En Misiones la distribución es más equilibrada, la ciudad de Posadas reúne el 57% de los médicos especialistas, un 10% se localiza en Eldorado, y el resto se distribuye en toda la provincia.

Si tenemos en cuenta que la condición de especialidad es uno de los indicadores comunmente utilizados para medir el nivel de complejidad de la práctica médica, la gran concentración de especialistas en algunos departamentos y la escasez o inexistencia en otros ponen de manifiesto que la complejidad sanitaria en la región es realmente deficitaria, o por lo menos desequilibrada, especialmente en Chaco y Formosa.

Consideraciones Finales

“Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad es promover, restablecer o mantener la salud” y “tiene la responsabilidad no solamente de mejorar la salud de las personas sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad, y de tratarlas con dignidad” (OMS, 2000:6-9).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2000) los tres objetivos fundamentales que persiguen los sistemas de salud son:

- ⇒ Mejorar la salud de la población a la que sirve;
- ⇒ Responder a las expectativas de las personas;
- ⇒ Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

La mejora de la salud es, sin lugar a dudas, la meta primordial de un sistema de salud y una de las principales funciones es asegurar el acceso de la población a la atención sanitaria.

En las provincias estudiadas, el gran porcentaje de habitantes que carece de cobertura social, ocasiona una importante carga a los servicios del sector público, los cuales, en muchos casos se ven sobrepasados por la demanda existente.

Los indicadores utilizados para analizar la oferta sanitaria muestran especialmente en Chaco, Corrientes y Formosa, una distribución relativamente equitativa del equipamiento sanitario del sector público. Los sectores en donde la atención médica privada es escasa son atendidos por los sistemas de salud estatales que

destinan gran parte de sus esfuerzos hacia las zonas más desfavorecidas. Esta situación no se observa en la provincia de Misiones donde los servicios públicos presentan una distribución es menos equilibrada.

Por el contrario, los servicios del sector privado se concentra en los departamentos que albergan las ciudades importantes como ser San Fernando y Comandante Fernández en la provincia del Chaco; Formosa y Pilcomayo en la provincia de Formosa; Capital y Monte Caseros en Corrientes y Capital y Leandro M. Alem en Misiones, que poseen la mayor cantidad de población y las mejores condiciones socioeconómicas.

La situación descrita con respecto a los servicios privados es aún más evidente cuando se observa la distribución de los profesionales médicos la cual muestra una total inequidad.

Esta diferente distribución del equipamiento sanitario del sector público y del sector privado responde, de alguna manera, a los objetivos que persigue cada uno; es de esperar que las prestaciones privadas concentren sus esfuerzos en áreas de mayor nivel socioeconómico, mientras que es siempre deseable que el sector público disponga de mayor cantidad de recursos en aquellas áreas que presentan altos niveles de pobreza o altos porcentajes de población sin cobertura.

Es importante destacar que a pesar de los esfuerzos de los servicios públicos las áreas con condiciones de vida más deficitarias presentan indicadores de salud – mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, mortalidad materna – más críticos. Esto estaría confirmando que si bien las condiciones socioeconómicas no son los únicos factores que influyen sobre la salud, se encuentran entre los principales; por lo tanto una de las herramientas más efectivas, es indudablemente mejorar la calidad de vida de la población mediante ingresos dignos, que permitan el acceso a viviendas adecuadas, y a servicios esenciales, como ser agua potable, saneamiento, etc., responsables de gran número de enfermedades.

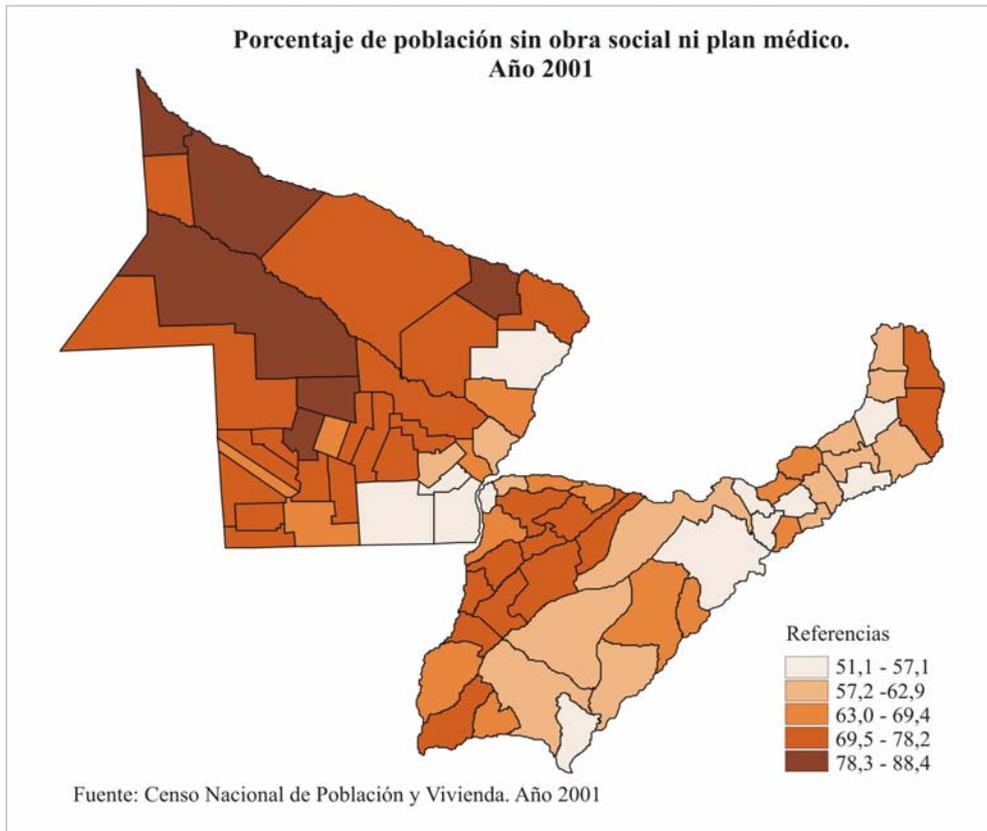
Bibliografía

- Abramzón, Mónica (2006) Recursos humanos en salud en Argentina. Un desafío pendiente. **Revista de Salud Pública**. Vol. X. Nº 1. Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Acuña, Carlos y Mariana Chudnovsky (2002) **El Sistema de Salud en Argentina**. Universidad de San Andrés. http://burbuja.udesar.edu.ar/departamentos/economia/mariano_tommasi/cedi/dts/dt60.pdf

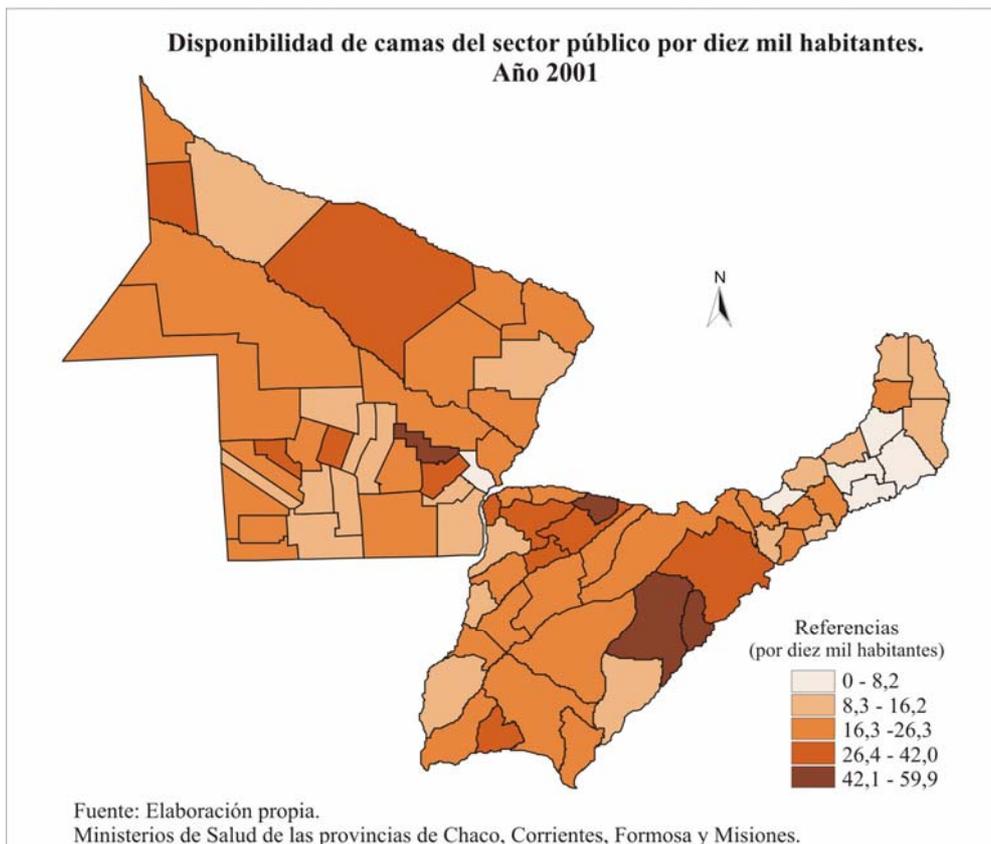
- Barrios Kück, Maria Elizabeth (2002) **Equidad en el gasto público en salud en Paraguay** Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) Asunción, Paraguay
- Belmartino, Susana, **Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina** ¿Quién será el árbitro?, Ed. Lugar, Buenos Aires, 1999.
- Cetrángolo Oscar y Florencia Devoto (2002) **Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual.** [http:// www.eclac.cl](http://www.eclac.cl)
- CIRD (2002). **Manual para la definición de un Conjunto de servicios de salud esenciales.** Centro de información y recursos para el desarrollo (CIRD), Asunción, Paraguay.
- Duhau, Emilio (2001) “Política social, pobreza y focalización. Reflexiones en torno al programa de educación, salud y alimentación” **Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina: Parte III. Políticas Sociales y Gobiernos Locales.** Comp. Alicia Ziccardi CLACSO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Fantín, María Alejandra (2004) “La mortalidad infantil en relación con las condiciones socioeconómicas en la frontera argentino-paraguaya”. **Población y Desarrollo N° 27.** Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Asunción, y UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas. San Lorenzo, Paraguay.
- Fantín, María Alejandra. (1999) “Diferenciales socioeconómicos y salud en Chaco y Formosa” **Folia Histórica del Nordeste 14.** Instituto de Investigaciones Geohistóricas – CONICET e Instituto de Historia – Facultad de Humanidades – UNNE. Resistencia.
- Figueras, J. et al. (2002) Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta Sanitaria* 16(1) (Pp. 5-17) <http://www.scielosp.org/pdf/gsv/v16n1/v16n1a01.pdf>
- INDEC. (1990). **La pobreza urbana en la Argentina.** INDEC, Buenos Aires.
- Katz, J. et al. (1993). **El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento.** Fondo de Cultura Económica, Serie Economía, Buenos Aires.
- Masciadri, Viviana, A.. (1997). **Diagnóstico y proyección de la demanda y de la oferta de personal de salud de la provincia de Córdoba: enfermeros, médicos y odontólogos.** CEA, Universidad Nacional de Córdoba, Tesis de Maestría.
- Meichtry, Norma C.; Fantín; María Alejandra; (2003) “Frontera y territorios aledaños. Condiciones socioeconómicas en Paraguay y el Nordeste” **Cuarto Encuentro Internacional Humboldt “Geografía de la Integración”.** Puerto Iguazú, Argentina.
- Murray, C. y J. Frenk (2000) “Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos No. 3. [http://www.who.int/docstore/ bulletin/digests/spanish/number3/bu0542.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/bu0542.pdf)
- OMS (1978) **Alma-Ata 1978 Atención primaria de la salud.** Serie: Salud para todos N° 1. Ginebra.
- OMS (2000) **Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.** Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

- OMS (2006) **Informe sobre la salud en el mundo 2006** Ginebra, Suiza
- ONU (1995) **Cumbre mundial sobre Desarrollo Social**. Copenhague, Dinamarca
- OPS (1998) **Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina**. Área de desarrollo estratégico de la salud. Unidad de políticas y sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeargentina-ES.pdf>
- OPS (2000) **Informe anual del director. El progreso en la salud de la población**. <http://www.paho.org/Spanish/D/ar2000-1.pdf>
- OPS (2002). **La salud en las Américas. V.1**, Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.
- OPS (2005) **Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local**. Unidad de Entornos Saludables Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental OPS/OMS <http://www.paho.org/>
- Sans, Mónica y Hidalgo, Pedro C. (2002) “Los sistemas de salud de Cuba y Uruguay en el contexto de América Latina: una reflexión”. **Ciencia & saúde coletiva, Vol.7, N°.1**. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a15v07n1.pdf>

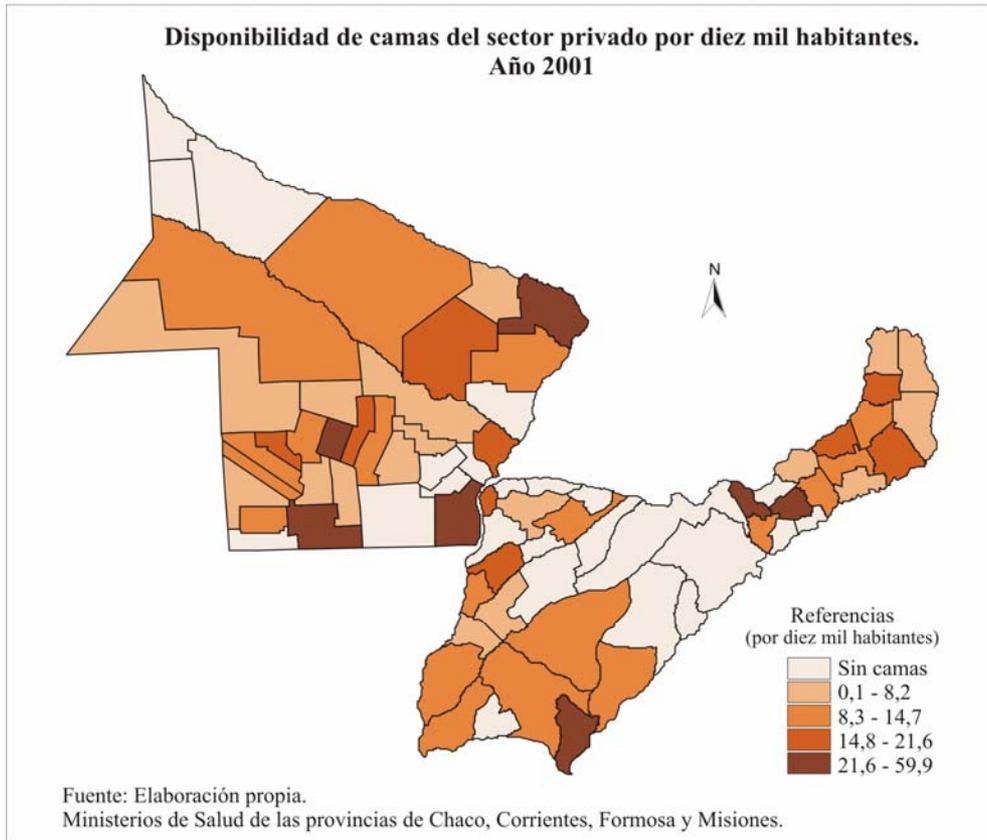
Mapa 1



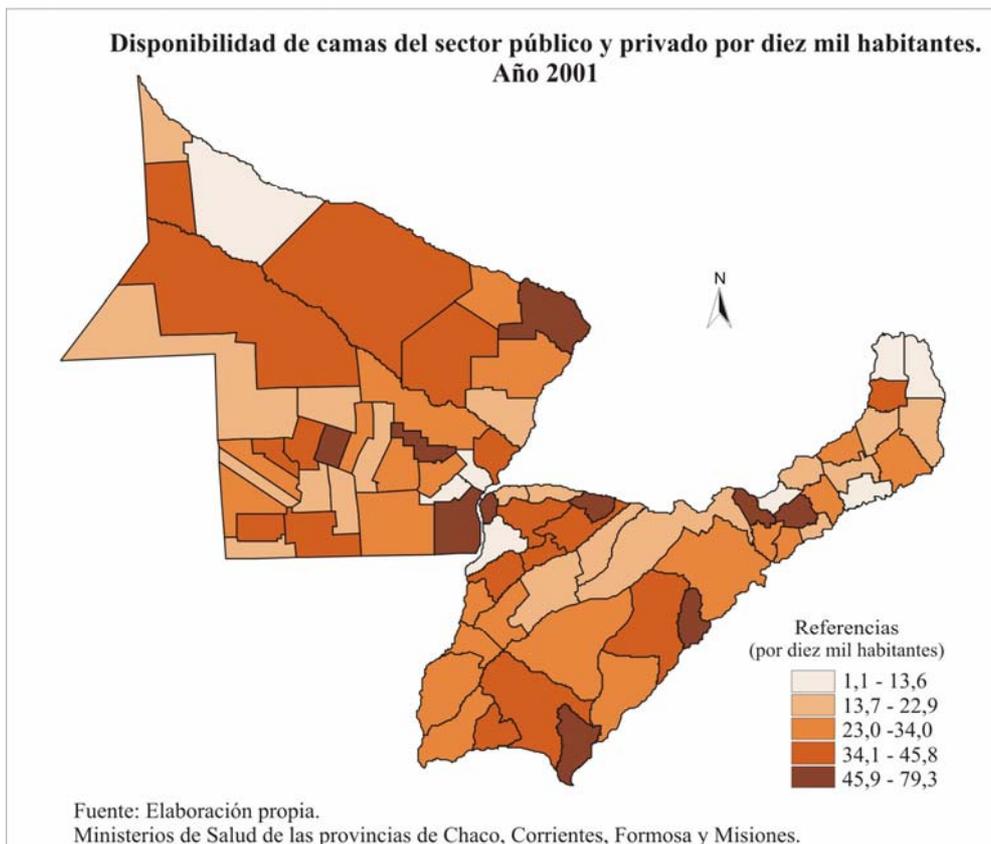
Mapa 2



Mapa 3



Mapa 4



Mapa 5

