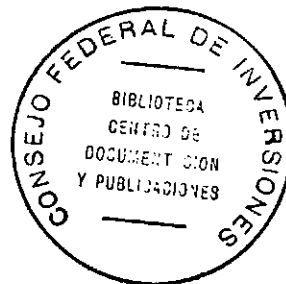


11978



- CAJA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD DE LA
PROVINCIA DE JUJUY -

DIAGNOSTICO Y RELEVAMIENTO

- INFORME Nº 1 -

- I N D I C E -

- . CAPITULO I : Análisis de las Políticas en Materia de Seguridad Social, específicamente en el Area del Seguro de Salud.-**
- . CAPITULO II : Relevamiento del Sistema Vigente en sus Aspectos Normativos.-**
- . CAPITULO III: Relevamiento del Sistema Vigente en sus Aspectos Asistenciales. Características de la Provincia.-**
- . CAPITULO IV : Relevamiento del Sistema Vigente en sus Aspectos Asistenciales. Características de la Obra Social.-**
- . CAPITULO V : Relevamiento del Sistema Vigente en sus Aspectos Administrativos.-**

- CONSIDERACIONES GENERALES -

- GENERALIDADES

Este trabajo corresponde al estudio de "Reorganización Integral del Sistema de la Caja del Seguro de Enfermedad", - para la Provincia de Jujuy, convenido con el C.F.I. según -- contrato del 14 de setiembre de 1972, conforme al mismo la - primer tarea consiste en el Diagnóstico y Relevamiento de la Situación de la mencionada Obra Social lo que origina el pre-- sente Informe N°1.-

- RELEVAMIENTO DE LA INFORMACION

. La información fundamental que forma parte de este documen-- to es producto del relevamiento practicado en terreno, tan-- to en la Caja como en Instituciones Públicas y Privadas de la Provincia, por el experto y su grupo colaborador, tarea esta que demandó 6 semanas-técnico (18 setiembre-7 octu--- bre).-

. Los datos, especialmente referidos a la Provincia, fueron-- suministrados por:

- . Ministerio de Bienestar Social (Sub-Secretaría de - Salud Pública)
- . Ministerio de Hacienda (Sub-Sector de Hacienda)
- . Contaduría de la Provincia
- . Asesoría de Desarrollo
- . Caja de Previsión
- . Colegio de Médicos

en función de nuestro plan de requerimiento sobre informa--- ción básica.-

. Otra información adicional se obtuvo de la revisión de la bibliografía especializada, que se menciona en el anexo - respectivo.-

- DESCRIPCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

El enfoque general con que se ha desarrollado esta etapa del Diagnóstico está dado en función del conocimiento de las políticas nacionales en materia de la Salud en el -- contexto de la Seguridad Social.-

Además se ha considerado fundamental analizar la Obra Social en relación a las distintas características básicas de la Provincia y del medio en que la misma se desenvuelve, sin descuidar algunos aspectos regionales.-

En consecuencia, la descripción y el análisis de la-- Caja se encuentra referido a sus propias particularidades-- pero también se han vinculado con los aspectos antes señalados.-

- PRESENTACION DEL TRABAJO

A los efectos de responder a los criterios ya enunciados y en cumplimiento del plan de trabajo previsto este estudio ha sido dividido en los siguientes capítulos principales:

1. Análisis de las Políticas en materia de Seguridad Social, específicamente en el área del Seguro de Salud.-
2. Relevamiento del Sistema vigente en sus aspectos normativos.-
3. Relevamiento del Sistema vigente en sus aspectos asigtenciales. Características de la Provincia.-

4. Relevamiento del Sistema vigente en sus aspectos asistenciales. Características de la Obra Social.-
5. Relevamiento del Sistema vigente en sus aspectos administrativos.-

Cada Capítulo a su vez se conforma de distintos apartados en los que analíticamente se consideran los diferentes temas específicos.-

Asimismo los capítulos llevan anexos de cuadros estadísticos, formularios, etc. y en el caso que no haya sido posible incorporarlos directamente en el contexto se los ha separado en capítulos adicionales.-

**- ANALISIS DE LAS POLITICAS EN MATERIA DE
SEGURIDAD SOCIAL, ESPECIFICAMENTE EN EL
AREA DEL SEGURO DE SALUD -**

- CAPITULO I -

- APARTADO 1: LEGISLACION NACIONAL**
- APARTADO 2: LEGISLACION PROVINCIAL**
- APARTADO 3: POLITICA REGIONAL**
- APARTADO 4: EVALUACION DE LAS POLITICAS**

- LEGISLACION NACIONAL -

APARTADO 1

- INFORME FINAL DE LA COMISION NACIONAL DE OBRAS Y
SERVICIOS SOCIALES - LEY 17.230 -

La Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales se instaura por medio de la Ley 17.230 del 6 de abril de 1967. -- Tenia como finalidad determinar el rol de las Obras y Servicios Sociales Estatales en la política de Bienestar Social, coordinar la actividad de este para el racional uso de los recursos y elaborar para el Poder Ejecutivo un proyecto de integración de las --- Obras Sociales dentro de un sistema homogéneo y coherente, según reza en el informe final elevado a la Secretaría de Promoción y Desarrollo de la Comunidad el 21-11-68 por el Secretario de la -- Comisión. Previo adentrarnos sobre las conclusiones en sí, señalemos que la Comisión se hallaba compuesta por representantes de -- las Secretarías de Estado de: Trabajo, Salud Pública, Seguridad Social, Hacienda y Asistencia y Promoción de la Comunidad, además de las del CONADE y el CONASE, según se estableció por Decreto -- 3692 del 23 de mayo de 1967. La Ley 17.230 otorgó a la Comisión -- facultades como nombrar veedores y proponer al Poder Ejecutivo la designación de Interventores, las Obras y Servicios Sociales debían solicitar autorización para la contratación de Servicios --- Asistenciales o para modificar las organizaciones y/o estructuras existentes.-

Puede resumirse la labor de la Comisión diciendo que recurrió a las Obras Sociales y efectuó un relevamiento de impresiones. Los datos logrados a través de Seminarios y Encuestas sirven para la elaboración de un Nomenclador de los Aranceles --- Médicos, Bioquímicos y Sanatoriales, un Plan de Encuestas uniforme y un censo del personal de las Obras, propende asimismo la ---

//

creación de un organismo unificador de las Obras Sociales Provinciales.-

Mediante esta labor se comprueba la heterogeneidad - de estructuras de las Obras Sociales circunstancia que ya se cong cia, que no obstante cubren en su generalidad rubros similares.-

- DECRETO 46 del 17 de Junio de 1970 -

(Publicado en el Boletín Oficial el 29 de Junio de -- 1970) de Políticas Nacionales especifica en sus políticas Nº42 Promover la racionalización de los servicios de Salud a través de la fijación de competencias y la coordinación de la acción pública nacional, provincial, municipal y de la privada; evitando superposiciones y aunando esfuerzos para lograr una mejor utilización de los recursos disponibles:

La política Nº 43 organizar y modernizar el sistema hospitalario con activa participación de la comunidad. Subrayamos la -- frase precedente por considerarla de fundamental importancia -- en el caso de análisis. También la política Nº 45 hace referencia a nuestra materia cuando consigna "Estructurar progresivamente y poner en vigencia un sistema integral de Seguridad Social con prestaciones que atiendan a la cobertura de los eventos de la vida humana:.....Salud.....(Anales de Legislación Argentina T.XXX B 1970. Pág. 1899 y otras).--

- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO -



En materia de Seguridad Social el Plan Nacional de Desarrollo 1971 - 1975 especifica (pág. 194) como objetivos el establecer un Seguro Social de Salud para lo que las medidas a adoptar serán las de estudio, programación e instrumentación de la atención de la cobertura, considerando su aplicación en forma progresiva. Asimismo, se sigue, el estudio de la implantación de un Seguro Social de Enfermedad como paso previo del Seguro de Salud.-

Obsérvese que la aplicación en forma progresiva es uno de los desideratum del Plan Nacional de Desarrollo aprobado - por Ley 19.089 del 14 de mayo del año 1971.-

- RESOLUCIONES DE LOS CONGRESOS DEL CONSEJO COORDINADOR DE OBRAS Y SERVICIOS SOCIALES PROVINCIALES Y MUNICIPALES -

A partir del año 1969 las Obras Sociales Provinciales comienzan a reunirse y formar un organismo interprovincial denominado Consejo Interregional de Obras y Servicios Sociales Provinciales y Municipales que se da sus Estatutos que son aprobados por diversos Gobiernos Provinciales. Los Organos de este Consejo lo componen los Congresos Ordinarios o Extraordinarios, autoridad máxima y un Organo Ejecutivo denominado Comisión Interregional. - Existen además las Comisiones Regionales que abarcan a Zonas de similares características.-

Ya en sus comienzos se decide el acercamiento progresivo de las diversas Obras Sociales, los pasos que se comentan en general como políticos son: la suscripción de un convenio interprovincial de reciprocidad de servicios asistenciales (Salta ---- 1968); la actuación conjunta en las Comisiones de la Ley 18.912 - de Aranceles, Normas, etc.; la presentación de proyectos conjuntos de sistemas administrativos, en especial contables.-

Es decir que se dan pautas de unificación política de las Obras Sociales Provinciales tendiendo sobre todo a la expansión de las mismas y a la racional utilización de sus recursos.-

- LEY 18.610 -

Legislación orgánica que tiende a la fijación de pautas mínimas en cuanto al régimen y funcionamiento de las Obras Sociales de la Administración Central del Estado Nacional, organismos descentralizados, empresas del Estado, para estatales, de administración mixta y de las asociaciones profesionales de trabajadores (posteriormente se introducen otros trabajadores no contemplados y sectores no profesionales). Se tiende en general a dar cobertura a todos los trabajadores en relación de dependencia (entendiendo por esta no sólo la laboral, sino también la económica).--

No se pretende alterar la estructura actual del sistema de las Obras Sociales, aunque no es uniforme y en el -- que se complementan las Obras Sociales Estatales, para estatales y las sindicales. Se pretende asimismo, ajustar su funcionamiento a través de normas generales que sirvan para una adecuada integración y complementación para aprovechar mejor la -- capacidad instalada y las posibilidades financieras.--

El Instituto Nacional de Obras Sociales es así -- el organismo que coordina y planifica la labor de la Obra Social involucrada además de controlar la inversión de recursos -- y el manejo técnico-administrativo.-- Las Obras Sociales de las Provincias quedan específicamente fuera del sistema más se hallan facultadas para adherir total o parcialmente al mismo, lo que posibilita la realización de programas y planes conjuntos.--

- LEY 18.912 -

Esta Ley del 31 de diciembre del año 1970 se dicta en reemplazo de la Ley 18.483 que había sufrido severas críticas - por el acentuado intervencionismo del Estado en la contratación y fijación de normas y aranceles para la prestación de servicios asistenciales para Obras Sociales.-

La Ley 18.912 deja a las partes interesadas (Obras Sociales y Prestadores) los poderes para contratar y acordar -- valores y normas, dentro de determinadas pautas prefijadas; más logrado el acuerdo, el Estado no efectuaba un acto homologatorio que ratificare lo actuado y su implicancia con la comunidad. El acento político de esta legislación también como en el caso de la Ley 18.483 recae en la unificación de normas y sobre todo aranceles para todo el país con algunas mínimas diferencias zonales. La norma considera que existen posibilidades de - una discusión contractual en un plano de igualdades y por ello crea organismos paritarios que tropezaron con dificultades diversas, hasta su derogación.-

La unificación nacional arancelaria y la discusión -- paritaria no resulta apta para el fin requerido.-

- LEY 18.980 -

Del 16 de abril del año 1971. Amplía el campo de aplicación de la Ley 18.610 a la Obra Social de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y a otros sectores tales como los trabajadores a domicilio, los talleristas (Ley 12.713) y los vendedores de diarios y revistas. Se posibilita también la creación de ---- Obras Sociales para el personal de la Dirección de empresas ya -- aludido que se completa con la Ley 19.774 del 9 de agosto del -- año 1972.-

Esta Ley federaliza los recursos obligando que el 70% - de los mismos deben destinarse a su lugares de origen, el 30% -- restante puede ser orientado para concurrir a cubrir necesidades de Provincias de menores recursos.-

Por esta misma legislación se transfieren a jurisdic--- ción del Ministerio de Bienestar Social varios Institutos de Ser- vicios Sociales (Ferroviarios, Carne y Afines, Vidrio, etc.).-

Se sigue configurando una sistematización en lo que a - sistemas de Obras Sociales se refiere, extendiéndose a sectores- de mayores recursos.-

Un elemento digno de destacar es la especial consigna-- ción en su exposición de motivos de que las Obras Sociales en -- jurisdicción provincial deben recibir un apoyo imprescindible, - hecho que resalta la necesidad de organizar sistemas coherentes- a esos niveles que posibiliten un eficaz desarrollo de la asis-- tencia médico social.-

- LEY 19.032 -

(Sancionada y Promulgada el 13 de mayo del año 1971).-

Se desea extender la cobertura asistencial al jubilado y pensionado y su grupo familiar primario, cubriéndose de este modo uno de los socios que existen en cuanto a Sistemas de Seguridad Social (asistencia médica de fomento, protección y recuperación de la salud) en nuestra población.-

Se persigue una verdadera integración de la clase pasiva en lo que a Servicios Sociales se refiere.-

Esta Legislación que se halla comprendida dentro del sistema general del Instituto Nacional de Obras Sociales (conforme al Artículo 16º) mantiene la co-administración del Instituto por parte del Estado y los representantes de los sectores pasivos y activos cotizantes al sistema.-

La premisa antes aludida es una de las fundamentales en las políticas que se han seguido sucediendo en materia de Obras Sociales.-

El ideal de esta Legislación se concretaría tal vez con la atención del jubilado y pensionado nacional en los niveles Provinciales y con la capacidad instalada de las Provincias.-

- LEGISLACION PROVINCIAL -

APARTADO 2

- PROVINCIAL -

. DECRETO LEY N° 6/65

Los fundamentos de este cuerpo legal dan -- pautas políticas de importancia para la cobertura asistencial de los agentes públicos activos de la Provincia y de las Municipios, así como para aquellos que se encuentran en pasividad. Se parangona, en los considerandos del Decreto Ley, la responsabilidad -- del riesgo salud, por parte de las Empresas con el del Estado -- como empleador y se integra la cobertura asistencial al concepto de remuneración (en sentido amplio).-

Se resalta el deber de dotar de asistencia a los agentes de la administración que no la tienen y que tampoco deben utilizar los servicios gratuitos hospitalarios por su -- relativa solvencia.-

Como se ve el criterio esbozado se encuadra en un sano y moderno criterio de cobertura médico-asistencial -- que ya se había insinuado en la Provincia con el Decreto Ley N°- 133 H 1963 (Caja de Obra Social de los Empleados Públicos) y con el Proyecto de Ley de Seguro de Enfermedad de 1964.-

- DECRETO 2187/65 -

Sancionado el 31 de diciembre de 1965 es la resultante reglamentaria del aludido Decreto Ley N° 6/65.-

Este introduce una variante no contemplada específicamente en la Ley, su Artículo 3° prevee la posibilidad de incorporación al regimen de la Caja de Seguro de Enfermedad de "afiliados voluntarios" entendiendo por tales los que perteneciendo a Empresas particulares que trabajen para el Estado Provincial y Municipal soliciten su afiliación por medio de dichas Empresas. De este modo la cobertura que originariamente se consideró para los agentes administrativos (activos y pasivos) se extendió también a algunos sectores de la actividad privada.-

Este Decreto excluye de los beneficios, como más adelante veremos, algunos riesgos.-

- DECRETO LEY 2712/65 -

Este Decreto Ley reforma al N° 6/65 autorizando al Poder Ejecutivo a retener mensualmente sobre la participación impositiva a las Municipalidades y Comisiones Municipales, los montos que debieran abonar a la Caja de Seguro de Enfermedad. Se consagra así la necesidad del normal aporte a la Caja-- para mantener sus recursos en orden.-

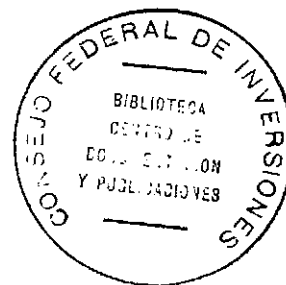
- POLITICA REGIONAL -

APARTADO 3

- REGIONAL -

Existen incipientes medidas, acuerdo de tipo político-regional, promovido sobre todo por las Obras Sociales de las Provincias del Noroeste que tienden a la consecución de "pactos de no agresión" entre los prestadores y prestatarios de servicios. Para ello se han promovido reuniones entre los sectores interesados y se han logrado interesantes bases para un futuro acuerdo en la materia.-

Las Obras Sociales del Noroeste Argentino -- reunidas en Tucumán ante el estado de cosas (principios de 1972) decidió tomar medidas de Tragua Social para no perturbar las bases del Seguro de Salud, el Noroeste Argentino acuerda así en lo que se refiere a Aranceles y Honorarios tomar como base el aumento de sueldos de los afiliados de las Obras Sociales, todo eso hasta el 31 de diciembre del año 1972.-



- EVALUACION DE LAS POLITICAS -

APARTADO 4

- EVALUACION DE LAS POLITICAS -

Podemos resumir que las politicas en los tres niveles tienden a:

- 1) - Implantar un Seguro Social de Enfermedad como paso previo al Seguro de Salud.-
- 2) - Aunar esfuerzos para lograr la mejor utilización de los recursos disponibles y coordinar la actividad de los diversos sectores.-
- 3) - Unificar políticamente los criterios de las Obras Sociales Provinciales.-
- 4) - No alterar la estructura actual del sistema de Obras Sociales.-
- 5) - Regionalizar las pautas y los valores (aranceles) de las prestaciones.-
- 6) - La cobertura de los mayores sectores con las Obras Sociales existentes.-
- 7) - La coparticipación de los aportantes y las organizaciones representativas de los mismos en la administración de las Obras Sociales.-
- 8) - Responsabilizar al Estado de la cobertura de sus agentes.
- 9) - Interrelación económica entre los salarios y el valor asignado a las prestaciones.-

- C A P I T U L O I I -

- . APARTADO 1 : NORMAS LEGALES DE LA CAJA**
- . APARTADO 2 : CONTRATOS Y NORMAS QUE RIGEN LAS
RELACIONES CON OTROS ORGANISMOS**
- . APARTADO 3 : EVALUACION Y CONCLUSIONES**

- NORMAS LEGALES DE LA CAJA -

APARTADO 1

- RELEVAMIENTO DEL SISTEMA VIGENTE -

ASPECTO NORMATIVO

. DECRETO LEY Nº 6

Por esta norma se creó el Seguro de Enfermedad para los agentes administrativos Provinciales activos y pasivos y para sus respectivos grupos familiares, el organismo de aplicación de éste se constituyó como Caja de Seguro de Enfermedad, -- organismo descentralizado y autárquico del Estado Provincial.--

Las facultades dispositivas de la Caja son muy amplias y en general no necesita la aprobación del Poder Ejecutivo, el que como corresponde a estas Entidades administrativas, -- mantiene sobre las mismas el control de legitimidad y oportunidad de sus actos. Las relaciones de la Caja con el Poder Ejecutivo se establecen por intermedio del Ministerio de Salud Pública.

La Ley prevee como beneficio de la Caja para -- sus afiliados la asistencia médica-integral, la odontológica, la farmacéutica, la de análisis bioquímicos, además de traslados -- por internaciones; todo esto se puede prestar a través de Instituciones estatales, semi-estatales o privadas que convengan con la Caja.--

Como en la generalidad de sus similares la Caja no reconoce los clásicos rubros accidente de trabajo y enfermedades profesionales, habiéndose agregado los acordados por la Ley 11.933.--

Como ya se consignara los beneficiarios pueden incorporar al Sistema de la Caja a diversos familiares, hecho -- este que produjo desviaciones de importancia que debieran ser -- salvadas con reglamentaciones internas a fin de evitar perjuicios mayores.--

Las autoridades de la Caja están constituidas por -- un Directorio (órgano máximo) de cuatro miembros de los que tres -- representan al Poder Ejecutivo, el cuarto es un representante de -- los afiliados directos. Desde la creación de la Caja el represen-- tante de los afiliados (no integró nunca el Directorio) lo que pu-- do haber ocasionado en algunos momentos la falta de comunicación -- entre la Caja y sus usuarios, elemento este de fundamental impor-- tancia para que los afiliados cumplan la labor conjunta de defensa de los intereses de la Institución a la que aportan, este y otros-- desajustes han originado acerbos críticas reflejadas en publica-- ciones periodísticas en la que se llega a plantear la inconstitu-- cionalidad de esta Ley Orgánica de la Caja.-

Las funciones ejecutivas del organismo se hallan re-- servadas al Presidente el que es designado por el Poder Ejecutivo-- por ser uno de sus tres representantes. La tarea administrativa es-- tá a cargo de un Gerente que colabora con el Presidente en sus --- tareas.-

El Capítulo de recursos es el que más problemas ha -- ocasionado, tornando a la Caja en un ente crónicamente deficieta--- rio, el hecho no se produce únicamente por el porcentaje de aporte exiguo sino que además el mismo se realiza sobre una parte de las-- remuneraciones. Es necesario aclarar que se excluyen para el apor-- te las bonificaciones, los aumentos de sueldo se han ido volcando-- reiteradamente con mayor acento a este rubro lo que produjo un --- desfase en el sueldo básico por el que se aporta y el ingreso -- real y permanente de los agentes administrativos.-

Este criterio (del aporte sobre una parte de la remuneración) ha-- sido dejado de lado en la legislación moderna por resultar pro--- fundamente lesivo a los intereses de las Obras Sociales, las que -- de ese modo no puede llegar a cumplir su verdadera función ----

social.-

Es también necesario contemplar el aporte de la -- Caja de Previsión Social que, para este caso, debe asimilarse la al Estado Empleador, máxime si se considera que los costos asistenciales ascienden en el caso de los agentes en pasividad.-

En otro orden de cosas se destaca lo anotado de la inclusión de una cláusula que declara inembargables los recursos de la Caja que constituyen, se consigna, "El Fondo para el Seguro de Enfermedad".-

En un capítulo sobre el final se enuncia un régimen de penalidades para los afiliados, que lamentablemente no se extiende a los servicios prestadores, lo que ha posibilitado la existencia de irregularidades que no pueden atacarse y en algunos casos ni siquiera controlarse.- Este es otro de los graves problemas que se debe solucionar sin menguar, por supuesto, el legítimo derecho de las partes intervinientes en todo el proceso asistencial; un sistema de sanciones con una reglamentación sumaria apta en la que se preserven las facultades de defensa, resulta de fundamental importancia en esta materia en la que no pueden admitirse desviaciones dolosas o culposas que atenten contra el espíritu de solidaridad social que la anima.-

- DECRETO-ACUERDO 2.187/65 -
(Reglamentario del Decreto Ley Nº 6/65)

Puede señalarse que los rubros sobre los que debió acentuarse la reglamentación no se hallan en algunos casos contemplados, sobre todo lo relativo a un sistema sancionatorio-sumarial y de contralor detallado y ecuaníme, que sólo se menciona para algunas causas en el Artículo 24. Esta reglamentación no fija la cuota afiliatoria a que alude en su Artículo 4º. En el Capítulo II de los Beneficios se extienden los beneficios acordados en lo referente a radiología y luego se hace una exhaustiva enumeración de los porcentajes que la Caja reconoce en cada materia y más aún, prácticas, lo que conviene en general dejarlo librado al criterio de las autoridades según las circunstancias ya que se corre de otro modo, el riesgo de anquilozar el sistema. La reglamentación en este Capítulo se detiene demasiado en lo que en realidad constituyen normas de trabajo que suelen variar, por lo que también debe dejarse para resolver por vía de actos administrativos internos (Resoluciones).-

En el Artículo 23 se consigna una severa política para los que orientaren la atención a determinados servicios, que resulta un acierto normativo de importancia. Puede decirse en general que la reglamentación puede ajustarse para evitar algunos problemas fundamentales.-

Por último se destaca que la reglamentación (Artículo 3º) expande el campo de cobertura a los que tienen vinculación con la administración pública a través de empresas privadas, hecho este que abrió un nuevo concepto de expansión que lamentablemente se concretó en pocos casos (empleados de Colegio y Círculo Médico).-

- CONTRATOS Y NORMAS QUE RIGEN LAS
RELACIONES CON OTROS ORGANISMOS-

APARTADO 2

- CONTRATOS Y CONVENIOS CON PRESTADORES -

Las relaciones con los prestadores, como es -- común en esta materia, se regulan a través de contratos o convenios que deslindan las respectivas responsabilidades de las partes en cuestión. En este tópico particular, la Caja del Seguro de Enfermedad, mantiene relaciones contractuales con el Colegio Médico de Jujuy que contrata en nombre de los médicos asociados al mismo y en el de los establecimientos asistenciales (Sanatorios, Clínicas, etc.) incorporados a sus sistema; con el Círculo Odontológico de Jujuy; con el Centro de Propietarios de Farmacias y con el Colegio Farmacéutico de Jujuy.-

No se observan en éstos problemas que sean -- dignos de destacar, más algunas características especiales pueden remarcarse como signos de la estructura de las entidades -- prestadores de servicio. En efecto, obsérvese que el Colegio Médico (Entidad no gremial) representa a los colegiados en las -- contrataciones y además representa los "Establecimientos Adheridos" (Clínicas y Sanatorios), exista exclusividad y el contrato recalca su contenido sobre todo en lo que respecta a Normas de Trabajo, no se pacta un sistema de sanciones tendiente a salvaguardar en forma eficiente el patrimonio y normal funcionamiento de la Caja. Puede decirse de los demás contratos lo mismo en general, lo que sin duda se debe (en lo relativo a sanciones y control) a que ni la Ley Orgánica ni la Reglamentación prevén el sistema, lo que llevó a obviarlo en los convenios.-

- NORMAS QUE RIGEN LAS RELACIONES CON OTROS ORGANISMOS -

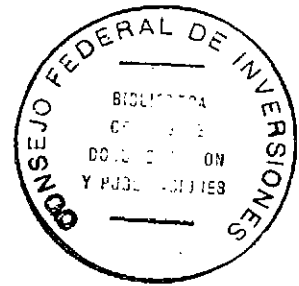
Puede decirse que la especificidad de la tarea de la Caja y su no intervención en la sanción de profesionales (Por supuesto en caso de hallarse lesionados sus intereses) ha hecho que no se creen, en general, conflictos normativos con --- otros organismos (Ejemplo: Colegios Profesionales). La Ley Orgánica es la que determina el modo de mantener las relaciones con el Poder Ejecutivo y aparte de ella las normas generales de la Administración Provincial que alcanzan a la Caja, las relaciones con otros organismos se mantienen en general por vía de convenios bilaterales.-

- EVALUACION Y CONCLUSIONES -

APARTADO 3

- EVALUACION Y CONCLUSIONES -

Luego del análisis realizado en cuanto a los ---
elementos normativos de la Caja de Seguro de Enfermedad po--
demos concluir en que la falta de algunos elementos normati--
vos específicos (métodos y normas de control y sanciones, --
integración de autoridades de acuerdo a las pautas actuales;
recursos prevalorados, etc.) han creado y crearán conflictos
insolubles que son necesarios extirpar para una correcta ---
prestación de los servicios asistenciales a los beneficia---
rios de la Caja. También resulta indispensable una normativa
de procedimiento de los servicios, precisa y clara que evi4-
ten dudas y elimine problemas.-



- ANEXO BIBLIOGRAFICO -

- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA -

- . Estadísticas Vitales y de Salud - "Tendencias de la Mortalidad Infantil en la República Argentina" 1954-1968. Serie 5 N° 18 - 1972 S.E.S.P./M.B.S.-
- . Estadísticas Vitales y de Salud - "Mortalidad Infantil y Pre-escolar" 1960-1966 - Serie 5 N° 1 - S.E.S.P./M.B.S.-
- . "Mortalidad Infantil" - Región Noroeste - República Argentina-1960-1966 - Serie 5 N° 4 - S.E.S.P./M.B.S.-
- . "Mortalidad Infantil" - República Argentina 1968 - Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 1 - N° 7 - S.E.S.P./M.B.S.-
- . "Mortalidad por Causa, Edad y Sexo, en la República Argentina" 1959-1961 - S.E.S.P./M.B.S.-
- . "Modelos de Mortalidad Proporcional Agrupada" - 1971 - S.E.S.P./M.B.S.-
- . Plan de Salud. Jujuy 1967 - M.B.S. Jujuy.-
- . Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas, Año 1970 -- Dirección de Estadísticas de Jujuy.-
- . "Notificación de Enfermedades Transmisibles" en Estadísticas - Vitales y de Salud. Serie 6 N° 3 - S.E.S.P./1970.-
- . Censo Nacional Económico, 1964.-
- . "Guía de Establecimientos Asistenciales en la República Argentina" en Estudios sobre Salud y Educación Médica - Serie 2 N° 2, S.E.S.P. 1969.-
- . "Recursos Humanos en los Establecimientos Asistenciales de la República Argentina" en Estudios sobre Salud y Educación Médica, Serie 2 N° 4 -

- **Caja del Seguro de Enfermedad. Jujuy 1971 - Comisión Interregional del Consejo Coordinador de Obras y Servicios Sociales- Provinciales.-**

11978
II



- RELEVAMIENTO DEL SISTEMA VIGENTE EN SUS
ASPECTOS ASISTENCIALES. CARACTERISTICAS
DE LA PROVINCIA -

- C A P I T U L O I I I -

- . APARTADO 1 : ASPECTOS GEOGRAFICOS, POLITICOS E INFRAESTRUCTURA DEL AREA DE ESTUDIO**
- . APARTADO 2 : POBLACION. DEMOGRAFIA^x**
- ✓ . APARTADO 3 : VITALES, MORTALIDAD INFANTIL. MORTALIDAD PRE-ESCOLAR**
- ✓ . APARTADO 4 : SALUD: MORBILIDAD, RECURSOS HUMANOS- Y MATERIALES Y SANEAMIENTO -- AMBIENTAL**
- ✓ . APARTADO 5 : ESTRUCTURA ECONOMICO SOCIAL: ECONOMIA, VIVIENDA, EDUCACION Y OTROS COM PONENTES DE NIVEL DE VIDA**
- . APARTADO 6 : ANEXO ESTADISTICO**
- . APARTADO 7 : EVALUACION Y CONCLUSIONES**

Propósitos

El propósito de presentar aspectos diagnósticos globales de ciertas características de la Provincia de Jujuy, especialmente referidos al Sector Salud y otros aspectos relacionados, obedece a la necesidad de ofrecer un marco de referencia a la Caja de Seguro de Enfermedad de dicha Provincia, incluyendo la posibilidad de su eventual expansión.-

En consecuencia, en este capítulo se ofrece información, y el análisis correspondiente, relativos a:

1. Aspectos geográficos, políticos e infraestructura del área de estudio.-
2. Población. demografía.-
3. Vitales, mortalidad infantil, mortalidad pre-escolar.
4. Salud
 - Morbilidad
 - Recursos Humanos y Materiales
 - Saneamiento Ambiental
5. Estructura Económico Social
 - Economía
 - Vivienda
 - Educación
 - Otros
6. Anexo Estadístico, en base a Tablas de referencia.-
7. Conclusiones.-

- ASPECTOS GEOGRAFICOS, POLITICOS E IN-
FRAESTRUCTURA DEL AREA DE ESTUDIO -

APARTADO 1

1. Determinación del Area

1.1 Geografía Física

La Provincia de Jujuy está ubicada en el ángulo Noroeste de la República Argentina.-

Su territorio está dividido jurisdiccionalmente en 15 Departamentos, cuya superficie se consigna en la siguiente Tabla:

JURISDICCION	SUPERFICIE Km²	%
<u>T O T A L</u>	53.219	100,0
. Capital	2.384	4,5
. San Antonio	690	1,3
. El Carmen	912	1,7
. San Pedro	2.150	4,0
. Ledesma	3.249	6,1
. Santa Bárbara	4.448	8,4
. Tumbaya	3.442	6,5
. Tilcara	1.845	3,5
. Humahuaca	3.792	7,1
. Valle Grande	962	1,8
. Cochinoca	7.837	14,7
. Rinconada	6.407	12,0
. Yavi	2.942	5,5
. Santa Catalina	2.960	5,6
. Susques	9.199	17,3

La Provincia está dividida en 4 regiones geográficas, a saber:

- a) Región de la Puna, con una extensión de 29.345 Km²;
- b) Región de la Quebrada, de 9.079 Km²;
- c) Valles, de 3.986 Km²;
- d) Ramal (Bosques), de 10.809 Km² de extensión.-

Cada Región presenta características climáticas, económicas y demográficas distintas.-

Posee Jujuy una importante red hidrográfica de gran significación regional, sobre todo económicamente. Sus aguas se utilizan para riego y para energía hidráulica.-

En cuanto a relieve, Jujuy presenta mesetas, montañas y llanura; la meseta (Puna) ocupa la región oeste -- del territorio; las llanuras ocupan poca extensión; las montañas forman los sistemas orográficos de la Puna, Pre cordillera Salto-Jujeña y de las Sierras Subandinas.-

1.2 Geografía Económica

Los recursos económicos (no suficientemente desarrollados) son tan variados como su topografía y clima. --- Existen centros de explotación minera en su zona norte y central; cultivos de caña de azúcar y su correspondiente industrialización, en la zona sudeste; agricultura, tabaco, hortalizas y citrus, en las zonas oriental y central. (Ver Anexo 15)

La ganadería se desarrolla en la zona oriental húmeda; el ganado ovino, en la zona norte (Puna y Quebrada).-

En torno del azúcar, se desarrolla la mayor parte de la actividad del sector primario (cultivo de caña) y del secundario (industria azucarera y sus derivados: papel). Esta industria es la más importante de la Provin--

cia, ya que moviliza cuantiosos capitales y ocupa gran - cantidad de mano de obra.-

Los Departamentos de Ledesma y San Pedro concentran la actividad industrial azucarera.-

También tiene relevancia la industria minera, cuyo exponente más importante lo constituyen los "Altos Hornos Zapla", centro siderúrgico de significación nacional. (Ver Anexo 15)

1.3 Medios de Comunicación

- . Red vial: tiene una extensión de 3.541 Km. Las rutas - Provinciales son las más extensas (2.650 --- Km) y las nacionales recorren 1.130 Km.-
- . Vías Férreas: el Ferrocarril General Belgrano vincula - a la Provincia con el resto del País y con - Bolivia.-
- . Aeropuerto: "El Codillal" es aeropuerto internacional. (Ver Anexo 15)

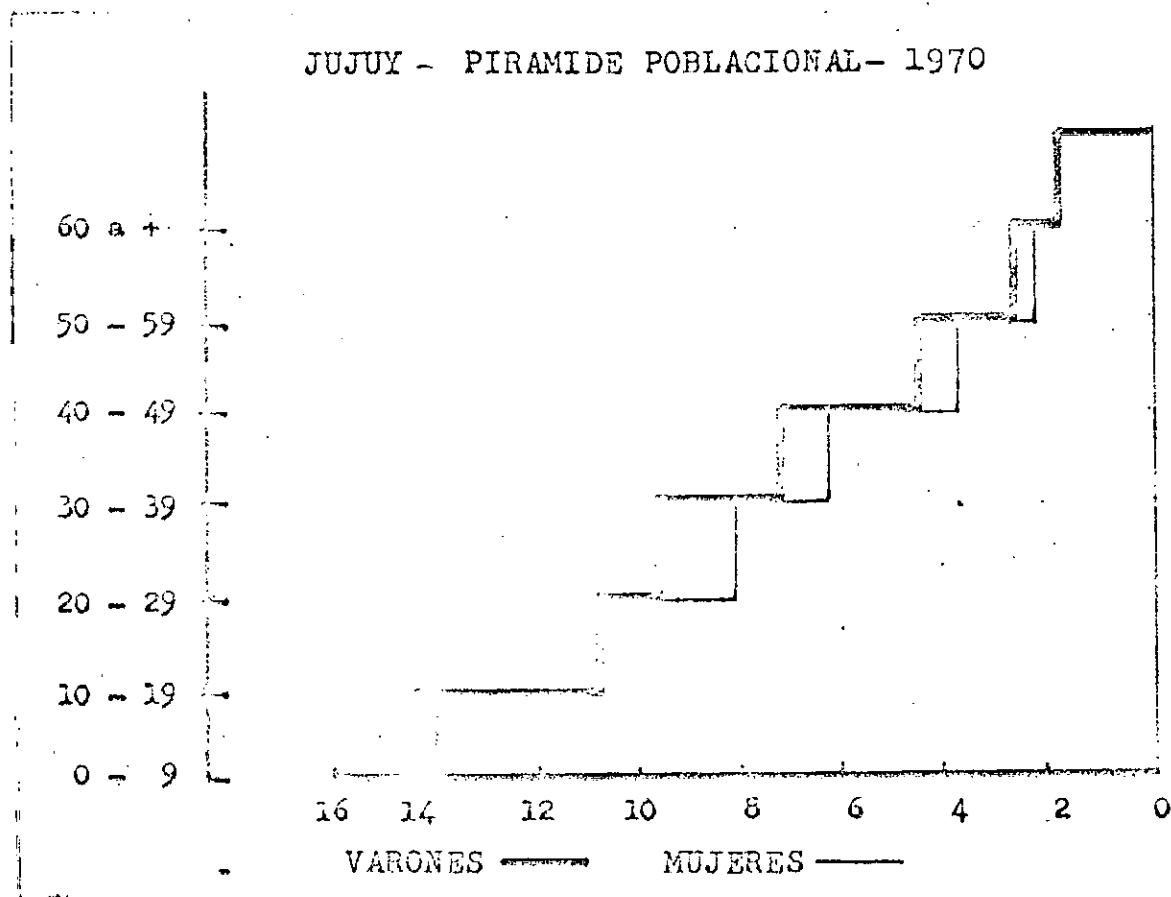
- POBLACION. DEMOGRAFIA -

APARTADO 2

2. Demografía

2.1 Estructura etárea

La población de Jujuy, según el Censo Nacional de -- 1970 alcanza a 306.199 habitantes, cuya distribución etárea se puede reconocer en la pirámide siguiente, que evidencia un población joven, con escaso componente de las edades avanzadas.



Esto, expresado en números se presenta en la tabla siguiente:

EDADES (en años)	PORCENTAJE	NUMERO
Todas	100,0	306.199
Menores de 1	3,4	10.411
1 - 4	12,6	38.581
5 - 14	25,5	78.081
15 - 59	54,0	165.347
60 y más	4,5	13.779

Censo Nacional 1970

2.2 Crecimiento Anual Medio

El crecimiento anual medio (período intercensal 1960-1970) fue de 22,4 ‰ tasa relativamente alta, que duplica prácticamente la tasa general del país. El crecimiento vegetativo pasó de 24,2 en 1960 a 25,8 o/oo Hab. en 1970.-

Sin embargo el crecimiento anual neto que en 1960 era de 28,2 o/oo habitantes, en 1970 fue de 23,4 o/oo.-

En cuanto a la población esperada y la censada, se -- puede observar en la tabla siguiente donde se compara con las otras provincias del N.O.-

**Población Esperada, por Crecimiento Vegetativo
y Migraciones, y Población Censada en 1970 (*)**

JURISDICCION	POBLACION ESPERADA	POBLACION CENSADA	DIFERENCIA	% DE LA DIFERENCIA
Catamarca	205.233	172.323	- 32.910	- 16,0
<u>Jujuy</u>	314.815	306.199	- 8.616	- 2,7
Salta	529.259	509.803	- 19.456	- 3,7
S. del Estero	580.455	495.419	- 85.036	- 14,6
Tucumán	937.627	765.962	- 171.665	- 18,3

(*) Dirección de Estadísticas. Jujuy.

2.3 Población según sexo (*)

SEXO	NUMERO	%
. Varones	156.112	50,9
. Mujeres	150.087	49,1
T O T A L	306.199	100,0

(*) Dirección de Estadísticas. Jujuy.

2.4 Nacionalidad

La población extranjera para el total de la provincia es de 12,6 % pero en ciertos Departamentos, el mismo se -- eleva significativamente.-

Tal el caso de Ledesma (21,7 %), Yavi (15,8 %), Santa Bárbara (14,5 %) y San Pedro (12,8 %). Ello obedece a las fuertes migraciones de países vecinos (Bolivia, Paraguay)- debido al incentivo de trabajo especialmente en la Zafra.-

Sin embargo, la población extranjera ha decrecido porcentualmente en los 10 últimos años, ya que en 1960 era de 18,4 %.-

En el anexo, se ofrece una tabla con la composición -- según nacionalidad y por Departamento.-

2.5 Densidad y Distribución geográfica de la población

La densidad de población es baja, (5,8 Hab./Km²) ---- aunque supera en general a las demás provincias del N.O.,- excepto a Tucumán con 34 Hab./Km²;

Población, Superficie y Densidad de Población. Año 1970

JURISDICCION	POBLACION 1970	SUPERFICIE Km²	HAB. POR Km² - 1970
TOTAL N.O.A.	2.249.706	465.590	4,8
<u>Jujuy</u>	306.199	53.219	5,8
Catamarca	172.323	99.818	1,7
Salta	509.803	154.775	3,3
Stgo. del Estero	495.419	135.254	6,7
Tucumán	765.962	22.524	34,0

Dirección de Estadísticas. Jujuy.

De todas maneras, se observa un crecimiento con respecto a 1960 en que la densidad era de 4,5 Hab./Km²

La población está concentrada prácticamente en -- cuatro centros urbanos, que representan el 78,6 % del total de la población de la provincia. Son ellos:

Departamentos con más de 25.000 Habitantes

1970

JURISDICCION	NUMERO	% RESPECTO DEL TOTAL DE POBLACION
<u>Total Provincial</u>	306.199	100,0
. La Capital	109.857	35,8
. Ledesma	54.218	17,7
. San Pedro	48.134	15,7
. El Carmen	28.705	9,4

Ello Significa, que el resto de los Departamentos además de concentrar escasa población, la misma es de carácter prácticamente rural y ello es ostensible en -- San Antonio, Valle Grande, Tumbaya, Rinconada, Santa -- Catalina y Susques, donde la población rural es del -- 100 %.-

Para el total de la provincia, la población rural es de 35,6 %. Según Zonas, la densidad de población es la siguiente:

Z O N A	Km ²	POBLACION	DENSIDAD
. Puna	29.345	25.653	0,9
. Quebrada	9.079	26.003	2,9
. Valles	3.986	141.058	35,4
. Ramal (Bosques)	10.809	113.483	10,4

- VITALES, MORTALIDAD INFANTIL,
MORTALIDAD PRE-ESCOLAR -

APARTADO 33

3. Vitales. Mortalidad Infantil. Mortalidad Preescolar.

3.1 Natalidad

La natalidad sigue siendo muy elevada alcanzando en 1960 a 42,2 o/oo Habitantes y a 38,8 en 1970.-

3.2 Mortalidad General

En 1965, la mortalidad general fue de 14,8 o/oo Habitantes y en 1970, de 13,0 o/oo. Estos valores no representan en la realidad la magnitud de la mortalidad, por lo que se ha preferido enfocar su análisis a través del estudio de la mortalidad proporcional agrupada.-

En el Anexo 3, se presentan las tasas de mortalidad general, según grupos etáreos.-

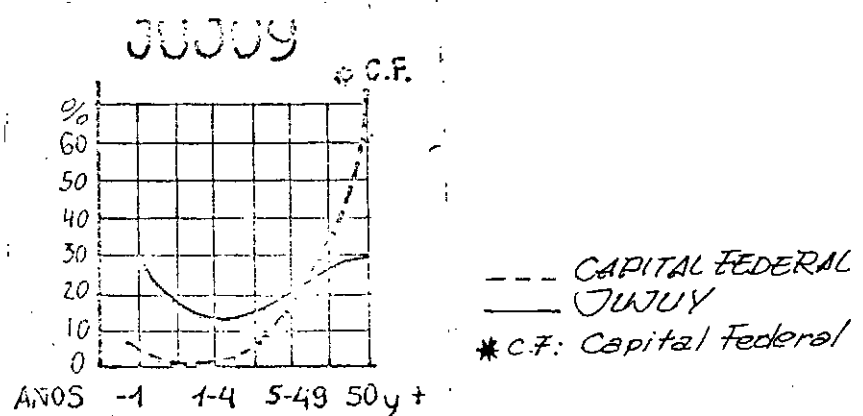
3.3 Mortalidad Proporcional Agrupada

De acuerdo al modelo y a la información de la ---- S.E.S.P. (1971) y a los efectos de comparación de los resultados para Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero (Años: 1965-1966) aparecen en la siguiente Tabla:

Porcentaje del Pormedio de Defunciones por Grupos de Edades
(1965-1966)

GRUPOS DE EDADES	JUJUY %	SALTA %	TUCUMAN %	SANTIAGO DEL ESTERO %	CATAMARCA %
- 1 año	32,7	31,4	25,3	21,1	27,6
1 - 4 años	16,9	10,3	4,3	5,5	5,5
5 - 49 años	21,4	21,2	17,1	20,1	15,6
50 y Más años	29,0	37,1	53,3	53,3	51,3
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Los resultados correspondientes a Jujuy configuran la Variedad IV. En "S itálica", donde la mortalidad de menores de 1 año es elevada, la proporción de muertes de 1 a 4 años también es importante (obsérvense los porcentajes de las otras Provincias); asimismo, es alta la mortalidad en el grupo de 5 a 49 años; por último, la proporción de muertes de 50 y más años, es notoriamente baja.-



En el país asumen esta modalidad Jujuy, Salta, Misiones, Neuquén, Río Negro y Formosa. En los últimos años, - Misiones, Salta y Neuquén mejoraron globalmente, no así - Jujuy y Río Negro que desmejoraron el grupo de 5-49 años.

Se compara la imagen configurada por Jujuy (Variedad IV) con la de Capital Federal (Variedad I en "palo de golf", puede apreciarse que en esta última es característico una menor mortalidad infantil y pre-escolar con mayor mortalidad proporcional agrupada por encima de los 50 años.-

La siguiente Tabla ofrece la distribución de la mortalidad en forma porcentual según las edades, en la Provincia de Jujuy y tiene mayor discriminación que la ofrecida en el gráfico anterior.-

Mortalidad Proporcional según Edades. Jujuy 1969.

EDADES	TOTAL	%
TOTAL	3.720	100,0
- 1	1.249	33,6
1 - 4	378	10,1
5 - 14	101	2,7
15 - 24	156	4,2
25 - 34	177	4,7
35 - 44	240	6,5
45 - 54	287	7,7
55 - 64	366	9,9
65 y más	732	19,7
Ignorada	34	0,9

3.4 Mortalidad Infantil

Dado el interés particular de este indicador, nos extenderemos en su consideración, máxime si se considera que Jujuy es la Provincia Argentina que tiene la tasa -- más elevada.-

En efecto, sin considerar el sub-registro, según información de la S.E.S.P., las tasas que en 1961 eran de - 131 o/oo, en 1968 alcanzaban a 136,4 alcanzando en el distrito de Cochinoca-Susques a 186,7 en 1966.-

Las Tablas siguientes ilustran suficientemente al -- respecto.-

En primer lugar, a los efectos de comparación se presentan las tasas de mortalidad infantil, según Regiones - del País.-

Tasas de Mortalidad Infantil según Regiones
República Argentina - Años 1960/66

REGIONES	A Ñ O S						
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
<u>TOTAL DEL PAIS</u>	62,4	59,1	58,7	61,8	58,3	54,3	52,4
. Patagonia	88,2	87,9	81,1	90,4	83,0	78,1	70,2
. Comahue	101,5	96,1	80,8	95,5	83,9	77,0	75,2
. Cuyo	60,8	53,6	76,5	69,8	59,5	51,3	55,8
. Centro	63,1	58,3	58,9	57,3	51,3	57,2	49,1
. <u>Noroeste</u>	89,2	88,2	82,7	84,5	83,8	81,2	80,2
. Noreste	69,4	66,7	62,4	72,3	65,7	63,7	63,4
. Pampeana	52,9	48,7	48,8	52,4	49,5	42,9	41,3
. Metropolitana	40,4	39,8	40,7	43,8	44,2	38,8	36,9

En el anexo, se ofrece una tabla con la mortalidad infantil en todo el país (años 1960-1966) y las defunciones de menores de 1 año en la provincia de Jujuy, según Departamentos. En ella, se muestra además el alto porcentaje de niños fallecidos sin atención médica, que en el total de la provincia es de 35 %, pero que en varios de los Departamentos supera el 90 %.-

En las tablas siguientes, se muestran las tasas de la Región Noroeste y de distintos Distritos de Jujuy.-

Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal e Infantil Tardía, en Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca. Año 1968 (*)

JURISDICCION	Tasa de Mortalidad Infantil -- o/oo	Tasa de Mortalidad Neonatal -- o/oo	Tasa de Mortalidad Infantil -- Tardía o/oo
. JUJUY	136,4	37,5	98,8
. SALTA	114,0	38,9	75,9
. TUCUMAN	74,9	30,3	44,6
. SANTIAGO DEL ESTERO	53,0	16,6	36,4
. CATAMARCA	85,9	26,5	59,4

(*) Fuente: "Tendencia de la Mortalidad Infantil en Argentina, Años: 1954-1968", en Estadísticas Vitales y de -- Salud. Serie 5 N° 18.-

Tasas de Mortalidad Infantil por Distrito Sanitario.
Jujuy. 1966 (*)

D I S T R I T O	TASAS o/oo
I - Capital	90,6
II - San Pedro	114,5
III - Ledesma - Santa Bárbara Valle Grande	121,8
IV - San Antonio - El Carmen	132,5
V - Humahuaca	129,9
VI - Santa Catalina - Yavi - Rinconada	157,9
VII - Tilcara - Tumbaya	158,6
VIII - Cochinoca - Susques	186,7

(*) Fuente: Plan de Salud. Ministerio de Salud Pública,
Provincia de Jujuy, año 1967.-

3.5 Mortalidad Proporcional agrupada en menores de 1 año

La S.E.S.P. ofrece un estudio de las muertes en menores de 1 año, agrupándolas de la siguiente forma:

- a) Defunciones dentro del primer día de vida.-
- b) Defunciones entre el 1º y el 6º día de vida.-
- c) Defunciones entre el 7º y el 27º día de vida.-
- d) Defunciones entre el 28º y el 364º día de vida.-

De acuerdo a este Modelo, se obtiene la siguiente Ta
bla, para las Provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Santia
go del Estero y Catamarca (Años: 1965-1966)..-

GRUPOS DE EDADES	JUJUY %	SALTA %	TUCUMAN %	SANTIAGO DEL ESTERO %	CATAMARCA %
Menores de 1 día	3,6	7,2	9,6	-	12,0
De 1 a 6 días	14,2	13,8	17,6	21,0	12,6
De 7 a 27 días	18,3	16,0	19,4	17,7	11,8
De 28 a 364 días	63,9	63,0	53,4	61,3	63,6
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En la Tabla anterior se observa que la concentración de muertes se acrecienta a partir del nacimiento, lo que demuestra la necesidad de establecer controles muy rigurosos una vez producido el parto, en forma de captación precoz y controles médicos y sociales.-

Comparativamente, se ofrece una tabla con la Mortalidad Proporcional Agrupada en menores de 1 año, incluyendo Suecia, Argentina y Jujuy.-

P A I S	D I A S			
	Menos de 1 día	1-6	7-27	28-364
. Suecia(1965)	34,5	38,6	8,5	18,4
. Argentina (65/67)	13,4	2,6	18,4	65,6
. Jujuy (65/67)	3,6	14,9	18,4	63,9

3.6 Mortalidad Pre-escolar (1-4 años)

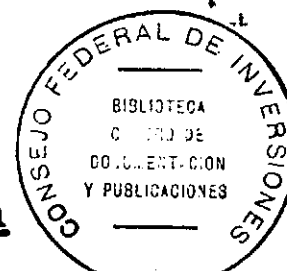
La mortalidad pre-escolar es otro indicador médico-social de interés y las cifras de Jujuy son elocuentes - de ello que, al igual que con la mortalidad infantil --- exhibe las tasas más altas del país, (véase la tabla del Anexo) mostrando 292,6 por 10.000, en 1960 y 198,6 - en 1966. (S.E.S.P.).-

Ilustrativamente, se presenta una tabla con datos - para todo el país, según Regiones de Desarrollo.-

Tasas de Mortalidad de 1 a 4 años según Regiones
República Argentina - Años 1960/65

REGIONES	A Ñ O S						
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
<u>TOTAL DEL PAIS</u>	43,3	34,1	34,9	33,7	34,0	31,3	28,8
. Patagonia	69,1	63,5	64,2	75,6	56,4	86,0	52,4
. Comahue	99,4	84,8	61,5	87,2	60,9	75,5	52,2
. Cuyo	44,1	30,9	43,1	32,7	35,0	26,3	28,4
. Centro	22,2	20,1	21,6	19,7	20,4	20,9	16,5
. <u>Noroeste</u>	103,3	74,4	81,9	67,9	80,9	76,8	68,8
. Noreste	66,9	52,8	50,7	60,8	53,5	49,6	48,3
. Pampeana	20,1	17,0	15,9	16,5	16,3	13,0	13,1
. Metropolitana	27,4	25,1	28,2	20,8	23,9	20,6	21,6

En la Región Noroeste se observa un descenso notorio ya que en 1960 la tasa era de 103,3 por 10.000 y -- en 1966 fue de 68,8.-



3.7 Estructura de la Mortalidad Infantil

La Tabla siguiente es suficientemente ilustrativa y exime del análisis particular, constituyendo otra expresión de la situación médico-social de Jujuy.-

Defunciones de Menores de 1 año según Causas Jujuy. Año 1969

C A U S A	NUMERO	%
T O T A L	1.249	100,0
. Otras Neumonías	198	15,8
. Enteritis y otras enfermedades Diarreicas	124	9,9
. Avitaminosis y otras deficiencias Nutricionales	91	7,3
. Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas	85	6,8
. Otras enfermedades bacterianas	66	5,3
. Otras causas de morbilidad y mor- talidad perinatales	65	5,2
. Otras enfermedades del aparato digestivo	38	3,1
. Meningitis	27	2,1
. Síntomas y estados morbosos mal definidos	84	6,7
. Sin atención médica	300	24,0

Defunciones según Causa - Año 1969

Total	3.720
Otras Neumonías	286
Otras formas de enfermedades del corazón	204
Tuberculosis del Aparato Respiratorio	203
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	179
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	155
Otras enfermedades bacterianas	106
Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas	86
Enfermedades isquémicas del corazón	81
Tumor Maligno	68
Sin atención médica	646
Síntomas y estados morbosos mal definidos	280
Otras enfermedades del aparato digestivo	118

3.8 Mortalidad Materna

Con el propósito de completar el aspecto de la mortalidad, hacemos una referencia a la mortalidad materna que en 1968 alcanzó según S.E.S.P. a 1,4 o/oo.-

A fin de ilustrar, se agrega en el Anexo, una Tabla con las muertes maternas según causas y grupos de edades para 1968 (S.E.S.P.).-

- SALUD: MORBILIDAD, RECURSOS HUMANOS Y-
MATERIALES Y SANEAMIENTO AMBIEN
TAL -

APARTADO 4

4. Salud

Además de los aspectos considerados al tratar la información sobre vitales, mortalidad general e infantil, consideramos en este capítulo otros aspectos relativos a salud, refiriéndonos en particular a Morbilidad, Enfermedades Transmisibles, así como a recursos para la Salud.-

4.1 Morbilidad. Enfermedades Transmisibles

La estructura de la morbilidad es consistente con los datos y con los factores que hemos considerado al tratar la mortalidad. En términos de tasas por 100.000 Habitantes, la morbilidad registrada destaca entre las principales causas a la Tuberculosis, Sarampión, Coqueluche, Tifoidea y Paratifoidea, Blenorragia, Sífilis, Chagas-Mazza, Disentería y otras.-

Se evidencian las diferencias en la notificación de las enfermedades transmisibles; no obstante, en el Anexo 8 se ofrece una Tabla con información al respecto, correspondiente a 1970.-

En el Plan de Salud de la Provincia (año 1967), se enuncian Programas del Departamento de Enfermedades Transmisibles, tales como: Inmunizaciones (antipoliomielítica antivariólica, antisarampionosa y otras); Plan de Lucha Antituberculosa, que incluye vacunaciones, terapia y otros.-

La morbilidad registrada en los egresos hospitalarios de menores de 1 año, refuerza las conclusiones anteriores y destaca como principales causas a las enteritis, diarreas, bronquitis y otras; respiratorias agudas, además de avitaminosis y otras deficiencias nutricionales.- Véase el Anexo 9.-

4.2 Recursos para la Salud

Se lamenta no poder brindar una información completa, ya que las autoridades de Salud Pública, oportunamente consultadas, no han aportado, a la fecha, la información relativa a Políticas y Programas para la Atención de la Salud, como así tampoco sobre el Presupuesto en Salud, para el Sub-sector público, mutual o privado.-

En cambio, han brindado información sobre establecimientos y su rendimiento, que se ofrece en los Anexos 10 y 11.-

En primer término, como un indicador "bruto" se ofrecen las razones de recursos asistenciales por habitantes, según datos de La Dirección de Estadísticas de la Provincia de Jujuy.-

RECURSOS (Por 1.000 Hab.)	1960	1970	PAIS(1969)
. Médicos	0,43	1,0	2,24
. Odontólogos	0,20	0,24	0,54
. Camas (Polí y Monovalentes)	6,3	12,0	6,0

Los referidos datos pierden significación si se analiza la distribución geográfica y la especialidad de los profesionales, así como el rendimiento de las camas hospitalarias, cuya velocidad de giro, en función de estadia y porcentaje ocupacional, no siempre es adecuado.-

La Tabla que sigue nos brinda cantidad de camas por cada mil habitantes, según jurisdicción, para el año --- 1.970.-

JURISDICCION	CAMAS POR 1.000 HABITANTES
<u>Total Provincia</u>	<u>12,0</u>
. Capital	11,4
. Cochinoca	4,3
. Humahuaca	7,4
. Ledesma	5,3
. Perico del Carmen	10,0
. Rinconada	8,0
. SanPPedro	5,8
. Tilcara	22,8
. Yavi	9,2

La tasa de camas por Departamento, es elevada, sobre todo en Tilcara, Capital y Perico del Carmen, donde el número es superior a 10 por mil. Más, es necesario señalar que seis Departamentos de los quince en que se divide la Provincia, carecen de recursos asistenciales materiales: esto es, Santa Bárbara, Santa Catalina, San Antonio, Susques, Valle Grande y Tumbaya, no poseen establecimiento asistencial alguno. Estos Departamentos no son muy densos apenas concentran un 7,3 % del total de población de Jujuy. Pero esos 23.000 Habitantes están obligados a trasladarse hacia Departamentos próximos para asistirse. Si --- bien las distancias en Jujuy no son muy extensas, sus ca-

racterísticas geográficas y la infraestructura vial existente, no crean condiciones propicias para el desplazamiento de enfermos.-

En cuanto a recursos humanos, en cada Departamento, se ha elaborado la Tabla siguiente. La información corresponde al año 1967, pero no ha sido posible obtenerla más actualizada. No obstante, en el Anexo 13 se incluyen números absolutos de profesionales del arte de curar, según especialidad y dependencia administrativa.-

Tasa de médicos y Enfermeros por 1000 Habitantes
por Jurisdicción 1967 (*)

JURISDICCION	Médicos por 1000 Hab.	Enfermeros por 1000 Hab.
T O T A L	0,7	2,1
. Capital	1,4	3,4
. San Antonio	-	-
. El Carmen	0,2	1,5
. San Pedro	0,6	2,0
. Ledesma	0,3	1,1
. Santa Bárbara	-	-
. Tumbaya	-	-
. Tilcara	0,7	4,4
. Humahuaca	0,1	1,0
. Valle Grande	-	-
. Cochinoca	0,4	2,7
. Rinconada	-	-
. Yavi	0,3	2,1
. Santa Catalina	-	-
. Susques	-	-

(*) Plan de Salud, Ministerio de Bienestar Social de Jujuy, 1967.-

En la Tabla precedente se evidencian las carencias - de recursos asistenciales de algunos Departamentos de la Provincia.-

4.3 Condiciones Sanitarias Ambientales

Agua

La provisión de agua potable está a cargo de Obras - Sanitarias Nacional y beneficia aproximadamente al 34 % - de los habitantes de la provincia.-

A fines de ampliar la cobertura, el Servicio Provincial de Agua Potable Rural, tiene a su cargo la dotación de agua a poblaciones menores.-

El resto de la población se surte por diversos medios: pozos domiciliarios, canillas públicas, acequias de riego y "ojos de agua" (vertientes).-

Excretas

La población servida por redes cloacales es aproximadamente un 10 % del total.-

En zonas suburbanas y rurales, la eliminación de excretas se efectúa mediante letrinas (individuales y colectivas).-

DEPARTAMENTO	Población Ser vida con Agua Potable	Población Ser vida con Re-- des cloacales
. Capital	52.400	16.400
. San Pedro	12.000	3.500
. Ledesma	7.756	6.196
. El Carmen	5.370	-
. San Antonio	350	-
. Tumbaya	1.100	-
. Tilcara	2.400	-
. Cochinoca	1.225	-
. Yavi	3.680	-
. Rinconada	100	-
. Humahuaca (1)	-	-
T O T A L	86.381	26.096

Año 1967, Plan de Salud de Jujuy.-

(1) Sin datos.-

Disposición de basuras

Falta una eliminación sistemática y adecuada. Donde existe recolección, nacen los vaciaderos sin control sanitario.-

Control de Vectores

Tiene por fin la eliminación de insectos y roedores, también murciélagos (transmisores de rabia paralítica) y perros vagabundos. El Programa Nacional de Lucha contra la enfermedad de Chagas-Mazza tiene a su cargo el control del Triatoma Infestans.-

Control de Alimentos

Depende de los Municipios.-

En el Ministerio de Bienestar Social existe un registro de los productos alimenticios que se expenden en la Provincia.-

Programa de Saneamiento ambiental

Forma parte del Plan de Salud (año 1967) de la Provincia de Jujuy.-

Objetivos:

- a) Agua: promoción de la extensión de la red de --- agua potable en centros que cuenten con -- ese servicio.-
- b) Excretas: incremento de conexiones de redes cloacales.-
- c) Basuras: promoción de recolección y eliminación final.-
- d) Control de insectos y roedores: desinfección y - desinsectización.-
- e) Higiene de la Vivienda.-
- f) Mejora de locales escolares y edificios públicos y establecimientos industriales.-

- ESTRUCTURA ECONOMICO SOCIAL: ECONOMIA,
VIVIENDA, EDUCACION Y OTROS COMPONENTES
DE NIVEL DE VIDA -

APARTADO 5

5. Situación Económico-Social - Otros Componentes del Nivel de Vida.-

5.1 Educación: (Información procedente de la Asesoría de Desarrollo - Jujuy)

- Analfabetismo: 24 % de la población total (1960)

1960 - 1970

- Matriculados Primarios:

Nº	46.235	69.585
Por 1.000 Habitantes	19,1	22,7

- Matriculados Secundarios:

Nº	4.117	8.230
Por 1.000 Habitantes	1,7	2,9

- Matriculados Educación Superior

Nº	230	524
Por 1.000 Habitantes	0,09	0,2

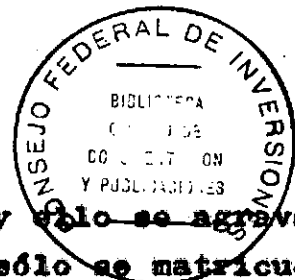
- Relación alumno/docente 22,7 20,6

- Egresados por 1.000 matriculados en escuelas primarias 49,0 65,0

- Gastos en Educación en el Presupuesto Provincial 17,9 15,0

Sin profundizar en el análisis de los datos antes ofrecidos se destaca la alta tasa de analfabetos, que en 1960 alcanzó al 24 %.-

En cuanto a la matriculación, en los distintos niveles de la educación, si bien se observan algunos progresos en el año 1970, con respecto a 1960, la tasa es muy



baja con respecto a la población general y sólo se agrava si se observa que en el nivel secundario sólo se matricula alrededor del 11 % del número de matriculados en la escuela primaria. Ello es más crítico aún en la tasa de matriculación en la educación superior (0,2 o/oo habitantes en 1970).-

La deserción estudiantil es tan elevada como lo expresa el hecho que sólo el 65 o/oo de los matriculados en la escuela primaria alcanza a egresar finalmente.-

La relación alumno/docente se ha deteriorado en casi 10 % en el decenio 1960-1970.-

5.2 Vivienda

Déficit Cuantitativo

Dado que aún no ha sido procesada la información -- proveniente del Censo Nacional del año 1970, se han tomado datos de una estimación, para esa fecha, realizada -- por la Dirección de Estadísticas Provincial.-

De acuerdo con ello, se observa que el déficit habitacional afecta a 9.458 familias, de las cuales, el 90 % corresponde a Zonas Urbanas; sólo 1.455 familias rurales carecen de vivienda.-

El 43,3 % de las familias urbanas sin vivienda, corresponde al Departamento Capital, y el 24,9 %, a Ledesma.-

Los Departamentos que en la última década experimentaron un intenso aumento de población, esto es, Capital, Ledesma y San Pedro, aumentaron su déficit habitacional. Esto redundó en beneficio para las Zonas Rurales, principales proveedoras de población para las ciudades, donde, obviamente, el déficit descendió casi en un 50 %.-

Déficit Cualitativo y de Equipamiento

De un total de 75.475 viviendas en 1970, el 53,3% tiene pisos de mala calidad. Esta categoría incluye pisos de tierra y otros. Asimismo, el 29% posee techos de mala calidad, o sea, de cartón, maderas, ramas y otros.- Finalmente, el 28,9% de las viviendas posee paredes de mala calidad, es decir, de cartón, maderas, chapas metálicas, y otros.-

En cuanto a equipamiento: el 69,1% de las viviendas de la Provincia, carecen de retrete.-

. Hacinamiento

Aproximadamente 41.000 familias viven hacinadas.-

En Capital, El Carmen, Ledesma y San Pedro, la cantidad de familias hacinadas se duplicó, respecto de lo observado en 1960, en las Zonas Urbanas.-

Si bien en las Zonas rurales también se ha producido un aumento en los índices de hacinamiento, estos son más bajos, excepción hecha de El Carmen y Ledesma (Departamentos esencialmente agrícolas) y Santa Bárbara (en franco desarrollo minero).-

. Régimen de Tenencia

Sólo en 38,8% de la población es propietaria de la vivienda que ocupa.-

En los 8 Departamentos con mayor desarrollo agrícola-industrial, el 50% de las viviendas son ocupadas por no-propietarios (esta categoría incluye inquilinos, mayordomos, ocupantes gratuitos, y otros), sin duda debido a la inmigración temporaria.-

- Población ocupada, por categoría (en %)

. Empleadores	4,4
. Asalariados	80,9
. Independientes	12,5
. Ayuda familiar	1,0

- Población ocupada en ingenios

1960	17.963	Porcentaje de	51,0
1970	11.818	Extranjeros	38,7

- Población que vive en las explotaciones (1969)

95.349 (Censo Agropecuario Nacional)

P.B.I.

Tasa Media de Crecimiento

5,31 % anual.

- Per cápita (precios de 1960)

1960	21.895
1970	25.550

- Participación Porcentual, en el P.B.I., por Sectores Económicos (1970)

	%	
Agricultura	= 29,9	
Ganadería	= 2,4	Primario = 39,9 %
Minería	= 7,6	
Industrias	= 26,5	Secundario = 29,2 %
Construcciones	= 2,6	
Comercio	= 7,0	
Servicios	= 6,2	Terciario = 30,3 %
Gobierno	= 17,1	

- ANEXO ESTADISTICO -

APARTADO 6

A N E X O 1

- JUJUY -

DEMOGRAFIA

. Composición de la Población según Nacionalidad, por
Departamento. Jujuy, 1970 (*)

JURISDICCION	ARGENTINOS		EXTRANJEROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
. Capital	99.313	90,4	10.544	9,6	109.857	100,0
. Cochinoca	6.429	98,7	79	1,3	6.508	100,0
. El Carmen	23.330	81,2	5.375	18,8	28.705	100,0
. Humahuaca	14.523	97,1	424	2,9	14.947	100,0
. Ledesma	42.501	78,3	11.717	21,7	54.218	100,0
. Rinconada	4.142	92,2	349	7,8	4.491	100,0
. San Antonio	2.267	90,8	229	9,2	2.496	100,0
. San Pedro	41.985	87,2	6.149	12,8	48.134	100,0
. Sta. Bárbara	7.946	85,5	1.339	14,5	9.285	100,0
. Sta. Catalina	2.588	96,3	98	3,7	2.686	100,0
. Susques	1.941	99,5	8	0,5	1.949	100,0
. Tilcara	6.482	94,8	350	5,2	6.832	100,0
. Tumbaya	4.167	98,6	57	1,4	4.224	100,0
. Valle Grande	1.838	99,5	8	0,5	1.846	100,0
. Yavi	8.445	84,2	1.576	15,8	10.021	100,0
- T O T A L	267.897	87,4	38.302	12,6	306.199	100,0

-(*)- Fuente: "Censo de Población, Familias y Viviendas, 1970"
Dirección de Estadística de Jujuy.-

A N E X O 1 Bis

Distribución de la población, según Departamentos.-

1970

DEPARTAMENTOS	Número	%
. La Capital	109.857	35,8
. Ledesma	54.218	17,7
. San Pedro	48.134	15,7
. El Carmen	28.705	9,4
. Humahuaca	14.947	4,9
. Yavi	10.021	3,4
. Santa Bárbara	9.285	3,0
. Tilcara	6.832	2,2
. Cochinoca	6.508	2,1
. Rinconada	4.491	1,5
. Tumbaya	4.224	1,4
. Santa Catalina	2.686	0,9
. San Antonio	2.496	0,8
. Susques	1.949	0,6
. Valle Grande	1.846	0,6
T O T A L	306.199	100,0

- Fuente: Censo Nacional de 1970

A N E X O 2

Población Urbana y Rural, por Departamento

1970

DEPARTAMENTO	POBLACION URBANA		POBLACION RURAL		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
. Capital	96.540	87,9	13.317	12,1	109.857	100,0
. El Carmen	10.797	37,6	17.908	62,4	28.705	100,0
. San Antonio	--	--	2.496	100,0	2.496	100,0
. Ledesma	37.571	69,2	16.647	30,8	54.218	100,0
. San Pedro	31.328	61,1	16.806	38,9	48.134	100,0
. Sta. Bárbara	2.033	21,9	7.252	78,8	9.285	100,0
. Valle Grande	--	--	1.846	100,0	1.846	100,0
. Tumbaya	--	--	4.224	100,0	4.224	100,0
. Tilcara	2.082	30,5	4.750	69,5	6.832	100,0
. Humahuaca	8.729	58,4	6.218	41,6	14.947	100,0
. Cochinoca	2.059	31,6	4.449	68,4	6.508	100,0
. Rinconada	--	--	4.491	100,0	4.491	100,0
. S. Catalina	--	--	2.686	100,0	2.686	100,0
. Susques	--	--	1.949	100,0	1.949	100,0
. Yavi	6.034	60,2	3.987	39,8	10.021	100,0
- T O T A L	197.173	64,4	109.026	35,6	306.199	100,0

- Fuente: "Población 1970" - Asesoría de Desarrollo, Jujuy.-

A N E X O 3

- JUJUY -

- TASAS -

. Tasas de Mortalidad General según Grupos de Edad,
de la Región Noroeste y de la Provincia de Jujuy.

Año: 1965 (*)

GRUPOS DE EDADES	T A S A S o/oo	
	Región Noroeste	Jujuy
TODAS LAS EDADES	9,6	14,8
- 1	81,3 (x)	122,3 (x)
1 - 4	7,7	22,6
5 - 9	1,3	2,8
10 - 14	0,9	1,5
15 - 19	1,6	2,9
20 - 24	2,2	4,2
25 - 29	2,9	4,9
30 - 34	3,5	5,7
35 - 39	4,8	7,1
40 - 44	6,1	8,5
45 - 49	7,6	9,9
50 - 54	12,3	16,2
55 - 59	16,3	21,6
60 - 64	26,8	30,2
65 - 69	36,1	50,6
70 y más	83,9	113,2

-(x)- Por mil nacidos vivos.-

-(*)- Fuente: "Tendencia de la Mortalidad en Argentina. 1947-1965", En Estadística Vitales y de Salud, Serie 5 Nº 12.-

A N E X O 4

NUMERO DE DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN PROVINCIAS

REPUBLICA ARGENTINA - AÑOS 1960-1966

PROVINCIAS	A Ñ O S													
	1960		1961		1962		1963		1964		1965		1966	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
TOTAL DEL PAÍS ...	29.502	62,4	28.158	59,1	28.811	58,7	30.366	61,8	28.944	58,3	27.392	54,3	25.677	52,4
Reg. Patagonia ...	577	88,2	602	87,9	594	81,1	673	90,4	621	83,0	575	78,1	538	70,2
Chubut	471	94,9	464	90,2	459	84,9	530	99,3	511	96,0	415	81,1	379	70,8
Santa Cruz	93	69,0	114	80,1	126	78,8	121	60,1	92	49,9	141	73,1	141	70,7
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sud	13	55,6	24	84,8	9	28,1	22	66,7	18	57,0	19	60,5	18	55,9
Reg. Comahue	1.472	101,5	1.482	96,1	1.261	80,6	1.520	95,5	1.368	83,9	1.320	77,0	1.200	75,2
La Pampa	234	62,9	231	59,6	213	55,1	203	55,6	209	54,6	198	52,1	161	43,4
Rioquén	507	117,9	520	120,3	456	101,4	543	114,2	549	113,0	490	93,0	429	86,8
Rto Negro	731	112,8	731	101,1	592	81,8	774	103,1	610	80,0	632	78,2	610	83,6
Reg. Cuyo	1.954	60,8	1.746	53,6	2.575	76,5	2.305	69,8	1.916	59,5	1.762	51,3	1.843	55,8
Mendoza	1.224	56,1	1.046	48,0	1.466	64,7	1.264	56,6	1.218	56,5	1.124	49,5	1.191	53,2
San Juan	730	70,8	700	65,0	1.109	100,7	1.041	97,5	698	65,8	638	54,8	652	61,1
Reg. Centro	3.052	63,1	2.919	58,3	2.835	58,9	2.905	57,3	2.630	51,3	2.852	57,2	2.349	49,1
Córdoba	2.250	56,9	2.259	54,7	2.155	54,6	2.164	51,6	1.997	47,0	2.210	53,5	1.794	45,6
La Rioja	316	77,4	331	83,7	288	73,9	358	94,0	272	67,3	336	83,9	267	67,2
San Luis	486	102,6	329	68,6	392	82,0	383	77,2	361	76,9	306	67,3	288	63,9
Reg. Noroeste	6.447	89,2	6.272	88,2	5.846	82,7	5.743	84,5	5.983	83,8	5.920	81,2	5.653	80,2
Catamarca	574	109,0	579	101,2	468	85,5	532	104,8	405	77,8	394	78,8	391	76,2
Jujuy	1.234	125,1	1.360	133,1	1.352	121,5	1.246	113,8	1.326	121,3	1.286	114,2	1.329	120,2
Sgo. del Estero ...	888	52,0	781	49,4	780	58,7	668	54,5	830	58,4	886	56,3	816	54,3
Salta	1.572	102,3	1.600	100,7	1.364	80,7	1.616	98,8	1.559	94,2	1.565	93,2	1.643	99,4
Tucumán	2.179	88,3	1.952	83,2	1.882	78,6	1.681	72,0	1.863	76,1	1.789	74,3	1.474	64,9
Reg. Noreste	4.202	69,4	4.068	66,7	4.055	62,4	4.575	72,3	4.355	65,7	4.296	63,7	4.003	63,4
Corrientes	1.336	77,8	1.323	74,0	1.267	71,7	1.453	81,8	1.383	75,1	1.294	70,6	1.110	62,5
Chaco	1.695	79,0	1.519	72,7	1.465	62,6	1.663	73,4	1.664	67,4	1.729	70,4	1.554	70,0
Formosa	317	42,4	381	51,8	408	50,0	411	57,7	366	49,3	374	43,7	395	48,7
Misiones	854	59,1	845	56,8	915	58,0	1.048	66,4	942	59,8	899	56,1	944	62,9
Reg. Pampeana	9.110	52,9	8.410	48,7	8.862	48,8	9.595	52,4	8.977	49,5	7.842	42,9	7.385	41,3
Buenos Aires	5.824	52,3	5.442	49,3	5.878	49,7	6.289	51,6	5.803	48,6	4.773	40,4	4.883	41,3
Entre Ríos	1.241	57,6	1.151	52,0	1.098	50,5	1.154	54,1	1.112	51,2	1.161	54,5	799	39,0
Santa Fé	2.045	52,1	1.817	45,4	1.886	45,4	2.152	53,9	2.062	51,1	1.908	44,7	1.703	42,5
Reg. Metropolitana	2.688	40,4	2.659	39,8	2.783	40,7	3.050	43,8	3.094	44,2	2.825	38,8	2.706	36,9
Capital Federal ..	2.688	40,4	2.659	39,8	2.783	40,7	3.050	43,8	3.094	44,2	2.825	38,8	2.706	36,9

TOMADA ESTADISTICAS VITALES Y DE SALUD - S.E.S.P.

SERIE 5 N° 1 - BUENOS AIRES - 1969

A N E X O 5

- JUJUY -

MORTALIDAD

. Defunciones de menores de 1 año, según tipo de atención,
por Departamento. Año: 1969 (*)

JURISDICCION	T O T A L		Fallecidos con Atención Médica		Fallecidos sin Atención Médica		IGNORADO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
T O T A L	1.241	100,0	689	55,5	445	35,9	107	8,6
Capital	335	100,0	256	76,4	55	16,4	24	7,2
Cochinoca	36	100,0	11	30,5	23	63,9	2	5,6
El Carmen	108	100,0	71	65,7	28	25,9	9	8,4
Humahuaca	74	100,0	31	41,9	39	52,7	4	5,4
Ledesma	270	100,0	147	54,4	94	34,8	29	10,8
Rinconada	48	100,0	10	20,8	37	77,1	1	2,1
San Antonio	9	100,0	3	33,3	6	66,7	-	-
San Pedro	140	100,0	103	73,6	23	16,4	14	10,0
Sta. Bárbara	20	100,0	3	15,0	9	45,0	8	40,0
Sta. Catalina	38	100,0	3	7,9	33	86,8	2	5,3
Susques	25	100,0	-	-	23	92,0	2	8,0
Tilcara	39	100,0	21	53,8	15	38,5	3	7,7
Tumbaya	10	100,0	-	-	8	80,0	2	20,0
Valle Grande	11	100,0	-	-	10	90,9	1	9,1
Yavi	78	100,0	30	38,5	42	53,8	6	7,7

(*)- Fuente: Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.-
Nº 12.-

ANEXO 6

TABLA N° 4

NUMERO DE DEFUNCIONES DE 1 A 4 AÑOS Y TASA DE MORTALIDAD PREESCOLAR, SEGUN PROVINCIAS

REPUBLICA ARGENTINA - AÑOS 1960-1966 (x)

PROVINCIAS	A Ñ O S													
	1960		1961		1962		1963		1964		1965		1966	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
TOTAL DEL PAIS ...	7.722	43,3	6.160	34,1	6.388	34,9	6.241	33,7	6.354	34,0	5.916	31,3	5.517	28,8
Reg. Patagonia....	152	69,1	146	63,5	154	64,2	189	75,6	141	56,4	215	86,0	131	52,4
Chubut	135	84,4	135	79,4	126	74,1	156	86,7	116	64,4	158	87,8	116	64,4
Santa Cruz	14	28,0	9	18,0	24	40,0	31	51,7	21	35,0	48	80,0	12	20,0
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sud	3	30,0	2	20,0	4	40,0	2	20,0	4	40,0	9	90,0	3	30,0
Reg. Comahue	497	99,4	441	84,8	320	61,5	462	87,2	323	60,9	415	75,5	287	52,2
La Pampa	30	21,4	37	26,4	30	21,4	36	25,7	22	15,7	16	11,4	26	18,6
Neuquén	184	131,4	162	108,0	106	70,7	190	126,7	123	82,0	168	105,0	109	68,1
Río Negro	283	128,6	242	105,2	184	80,0	236	98,3	178	74,2	231	92,4	152	60,8
Reg. Cuyo	543	44,1	383	30,9	535	43,1	405	32,7	438	35,0	331	26,3	363	28,4
Mendoza	365	44,5	251	30,2	312	37,6	257	30,6	304	35,8	200	23,5	241	28,0
San Juan	178	43,4	132	31,4	223	54,4	148	37,0	134	33,5	131	32,0	122	29,0
Reg. Centro	417	22,2	380	20,1	410	21,6	375	19,7	390	20,4	401	20,9	320	16,5
Córdoba	307	19,9	274	17,7	299	19,0	262	16,7	294	18,6	309	19,4	238	14,8
La Rioja	53	33,1	51	34,0	48	32,0	59	39,3	45	30,0	43	28,7	38	25,3
San Luis	57	31,7	55	30,6	63	35,0	54	30,0	51	28,3	49	27,2	44	24,4
Reg. Noroeste	2.665	103,3	1.920	74,4	2.130	81,9	1.772	67,9	2.112	80,9	2.013	76,8	1.830	68,8
Catamarca.....	87	39,5	70	33,3	85	40,5	88	41,9	85	42,5	87	43,5	69	34,5
Jujuy	907	292,6	609	196,5	787	245,9	516	156,4	737	216,8	771	226,8	695	198,6
Salta	747	143,7	543	102,5	601	111,3	576	104,7	605	110,0	531	94,8	593	104,0
Sgo. del Estero ..	330	55,0	230	39,0	262	45,2	213	37,4	247	44,1	308	56,0	181	32,3
Tucumán	594	63,9	468	49,8	395	41,6	379	39,9	438	45,6	316	32,6	292	29,8
Reg. Noreste	1.436	66,9	1.178	52,8	1.130	50,7	1.369	60,8	1.214	53,5	1.127	49,6	1.111	48,3
Corrientes.....	453	67,6	340	51,5	349	52,9	422	63,9	365	55,3	315	47,7	323	48,2
Chaco	601	82,3	426	57,6	378	51,1	458	61,1	444	58,4	435	57,2	382	49,6
Formosa	122	46,9	128	49,2	130	50,0	139	53,5	121	46,5	134	51,5	103	39,6
Misiones.....	310	55,4	284	49,8	273	47,9	350	60,3	284	48,1	243	41,2	303	50,5
Reg. Pampeana....	1.562	20,1	1.345	17,0	1.274	15,9	1.338	16,5	1.345	16,3	1.068	13,0	1.108	13,1
Buenos Aires	849	15,6	810	14,6	758	13,4	704	12,2	760	12,9	608	10,2	654	10,8
Entre Ríos.....	290	34,9	234	28,2	181	21,8	225	27,1	230	28,0	164	20,0	172	20,7
Santa Fé	423	28,5	301	20,1	335	22,0	409	26,7	356	23,0	296	18,9	282	17,7
Reg. Metropolitana	400	27,4	376	25,1	435	28,2	331	20,8	390	23,9	345	20,6	367	21,6
Capital Federal .	400	27,4	376	25,1	435	28,2	331	20,8	390	23,9	345	20,6	367	21,6

(x) TASAS POR 10.000 NIÑOS DE 1-4 AÑOS

A N E X O 7

- JUJUY -

MORTALIDAD

. Muertes maternas según causas seleccionadas por grupos de edades y tasa de Mortalidad Materna. Año: 1968 (*)

C A U S A	TODAS LAS EDADES		GRUPOS DE EDADES						
	Nº	Tasa por 1000 nacidos vivos	Menos de 20 años-	20-24	25-29	30-34	35-39	40-45	45 y más
. Parto y complicaciones del <u>em</u> barazo, parto y puerperio	15	1,4	4	1	1	3	6	-	-
. Hemorragias del embarazo y <u>par</u> to	5	0,5	-	-	-	2	3	-	-
. Aborto con infección	2	0,2	1	-	-	-	1	-	--
. Aborto sin mención de infección o toxemia	2	0,2	1	-	1	-	-	-	-
. Infecciones del embarazo, parto y puerperio	2	0,2	2	-	-	-	-	-	-
. Otras complicaciones del <u>embara</u> zo, parto y puerperio	2	0,2	-	-	-	-	2	-	-
. Toxemias del embarazo y puerpe-rio, excepto toxemias de abor--tos	2	0,2	-	1	-	1	-	-	-

-(*)- Fuente: Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Nº 5 - 1971.-

- JUJUY -

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

. Total de Casos y Tasas por 100.000 habitantes,
según enfermedades. Año: 1970

GRUPOS DE ENFERMEDADES	TOTAL DE CASOS	TASAS POR -- 100.000 Hab.
. Encefalitis infecciosa aguda	43	14,3
. Enfermedad de Chagas-Mazza	245	81,5
. Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	394	131,1
. Lepra	1	0,3
. Paludismo	12	4,0
. Sífilis Primaria	437	154,4
. Tuberculosis	1.536	511,1
. Tétanos	12	4,0
. Brucelosis Humana	3	1,7
. Coqueluche	1.460	485,8
. Difteria	24	8,0
. Disentería { Amebiana	130	75,2
{ Infantil-Estival	96	
. Escarlatina	2	0,7
. Fiebre Reumática	4	1,3
. Hepatitis infecciosa a virus	413	137,4
. Influenza o gripe (epidemia)	7.281	--
. Meningitis purulentas Meningocóccicas	38	12,6
. Neumonía atípica primaria	4	1,3
. Parotiditis urliana	611	203,1
. Rubéola	656	218,3
. Sarampión	1.760	585,7
. Tracoma	3	1,0
. Varicela	1.124	374,0
. Blenorragia	772	256,9

- Fuente: "Notificación de Enfermedades Transmisibles" en
Estadísticas Vitales y de Salud. Serie 6 No 3.
S.E.S.P., 1970.-

A N E X O 9

- JUJUY -

MORBILIDAD

. Egresos de menores de 1 año, por Diagnóstico.

Año: 1969 (*)

C A U S A S	E G R E S O S	
	Nº	%
. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	454	19,2
. Bronquitis, enfisema y asma	345	14,5
. Otras enfermedades del Aparato Digestivo	238	10,0
. Otras Neumonías	207	8,7
. Infecciones respiratorias agudas	160	6,7
. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	132	5,5
. Otras enfermedades bacterianas	104	4,4
. Síntomas y estados morbosos mal definidos	278	11,7
. Las demás causas	459	19,3
- <u>T O T A L</u>	2.377	100,0

-(*)- Fuente: Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 2 Nº 15

RECURSOS ASISTENCIALES PUBLICOS Y PRIVADOS

HOSPITALES SEGUN DEPTO.	TIPO DE HOSPITAL	Nº DE. CAMAS	DEPENDENCIA ADMINISTRAT.	Nº DE MEDICOS	Nº DE ODONTOLOGOS	Nº DE BIOQUIMICOS	ENFERMERAS (') PROFESIONALES	AUXILIARES (') ENFERMERIA
<u>CAPITAL</u>								
CENTRO SANITARIO	SIN INTERNAC. GENERAL	—	PROVCIAL.	21	20	2	19	58
PABO SORIA	POLIVALENTE	402	PROVCIAL.	79	4	4	89	51
HECTOR QUINTANA	PEDIATRIA	190	PROVCIAL	30	3	2	37	22
SAN ROQUE	TISILOGIA Y ENFERM. INFECCIOSAS	450	PROVCIAL.	26	2	3	31	70
NESTOR SEQUEIROS	NEUROPSIQUIATRIA	62	PROVCIAL.	3	—	—	2	9
POLIC. FERROVIARIO	POLIVALENTE	16	OBRA SOCIAL	NO SE TIENENE ESTOS DATOS				
<u>COSQUIN</u>								
INSTIT. SRA. DE ROSARIO	POLIVALENTE	28	PROVCIAL.	4	1	—	—	35
<u>EL CARMEN</u>								
ADOLFO ZABALA	POLIVALENTE	43	PROVCIAL.	7	2	1	8	19
INSTIT. SRA. DEL CARMEN	POLIVALENTE	117	PROVCIAL.	8	2	1	2	34
CENTRO RECUPERACION VICENTE ARROYO	REHABILITACION	96	PROVCIAL.	NO SE TIENEN ESTOS DATOS			—	7
<u>EL TILLY</u>								
CENTRO EL TILLY	POLIVALENTE	68	PROVCIAL.	6	1	1	4	39
MED. EL TILLY	POLIVALENTE	38	PRIVADO	NO SE TIENEN ESTOS DATOS				
<u>EL TILLY</u>								
OSCAR CARRAS	POLIVALENTE	10	PROVCIAL.	6	2	1	1	16
ESCOLA ESCUELA	POLIVALENTE	59	PROVCIAL.	6	2	1	6	29
SAN MIGUEL	POLIVALENTE	24	PROVCIAL.	4	1	—	—	20
INGENIO LEDESMA	POLIVALENTE	130	PRIVADO	NO SE TIENEN ESTOS DATOS				
CALILEGUA			PRIVADO	NO SE TIENEN ESTOS DATOS				

(') Enfermeras Profesionales: involucra enfermeras universitarias y diplomadas.

(') Auxiliares de enfermería: involucra auxiliares de enfermería y enfermeras empíricas

(Continuación)

HOSPITALES SEGUN DEPARTAMENTO	TIPO DE HOSPITAL	Nº DE CAMAS	DEPENDENCIA ADMINISTRAT.	Nº DE MEDICOS	Nº DE ODONTOLOG.	Nº DE BIOQUIMIC.	Nº DE PROFESIONALES ENFERMERAS	AUXILIARES ENFERMERIA
<u>RINCONADA</u>								
MINA PIRQUITAS	POLIVALENTE	36	MIXTO	3	1	-	2	14
<u>SAN PEDRO</u>								
GUILLERMO PATERSON	POLIVALENTE	215	PROVCIAL.	32	5	3	19	69
LA ESPERANZA	POLIVALENTE	30	PRIVADO	NO SE TIENEN DATOS				
INGENIO RIO GRANDE	NO SE TIENEN ESTOS DATOS							
<u>TILCARA</u>								
MAIMARA	POLIVALENTE	30	PROVCIAL.	3	-	-	1	12
SALVADOR MAZZA	POLIVALENTE	101	PROVCIAL.	5	1	1	2	32
<u>U YAVI</u>								
JORGE URO	POLIVALENTE	99	PROVCIAL.	8	2	1	6	38

MEDICOS: Distribución según especialidad, tasas por habitantes (total y según especialidad) : No existe dato.

ODONTOLOGOS: Tasas por habitantes : No existe dato.

PARTERAS, TECNICOS Y OTROS AUXILIARES EN SALUD: No existe dato.

RENDIMIENTO: Porcentaje ocupación, estadía, giro: Se adjuntan publicaciones Anual 1970 y 1971.

Información Proporcionada por el Ministerio de Bienestar Social
Jujuy - Setiembre - 1972

ANEXO 11

TABLA Nº 1
 RENDIMIENTO HOSPITALARIO SEGUN ZONA SANITARIA - AÑO 1971 - PROVINCIA DE JUJUY

ZONA SANITARIA	PROM.CAMAS DISPONIBLES	Nº DE EGRESOS	DIAS ESTADA	% OCUPACION.	PROMEDIO ESTADIA	Nº DE DEFUNCIONES			TASA MORT.HOSP.		GIRO DE CAMAS
						TOTAL	-48Hs.	+48Hs.	TOTAL	+48Hs.	
T O T A L	2.095	37.031	553.902	71,5	15,0	1.467	569	898	4,0	2,4	17,7
ZONA "A"	1.280	17.595	377.295	78,8	21,5	760	286	474	4,3	2,7	13,7
ZONA "B"	450	13.035	107.671	67,3	8,3	504	205	299	3,9	2,3	29,0
ZONA "C"	202	3.031	35.877	46,7	11,8	78	28	50	2,6	1,6	15,0
ZONA "D"	163	3.370	33.059	56,5	9,8	125	50	75	5,7	2,2	20,7

TABLA Nº 1 a
 RENDIMIENTO HOSPITALARIO SEGUN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ZONA SANITARIA - ZONA "A"
 AÑO 1971 - PROVINCIA DE JUJUY

HÓSPITALES	DEPENDENCIA ADMINISTRAT.	PROM.CAMAS DISPONIBLES	Nº DE EGRESOS	DIAS ESTADA	% OCUPACIONAL	PROMEDIO ESTADIA	Nº DE DEFUNCIONES			TASA MORT.HOSP.		GIRO DE CAMAS
							TOTAL	-48Hs.	+48Hs.	TOTAL	+48Hs.	
T O T A L	--	1.280	17.595	377.295	78,8	21,5	760	286	474	4,3	2,7	13,7
PABLO SORIA	PROVCIAL.	401	8.602	114.095	79,9	11,9	370	124	246	4,3	2,9	21,5
HECTOR QUINTANA	"	186	3.326	45.605	70,7	13,7	193	94	99	5,8	3,0	17,9
SAN ROQUE	"	450	1.004	145.111	81,6	144,5	73	12	61	7,3	6,1	2,2
NESTOR SEQUEIROS	"	66	211	24.703	98,9	117,1	5	-	5	2,4	2,4	3,2
POLICLINICO FERROVIARIO	OBRA SOCIAL	20	322	4.435	61,2	13,8	7	-	7	2,2	2,2	16,1
ARTURO ZABALA	PROVCIAL.	48	2.073	11.774	65,	5,7	63	33	30	3,0	1,4	43,2
NSTRA.SRA.DEL CARMEN	"	109	2.057	31.583	74,1	15,3	49	23	26	2,4	1,3	18,9

- Información Proporcional por Autónomos
 M.B.S. - Jujuy - Sub-Secretaría de ---
 Salud Pública -

TABLA N° 1 b

RENDIMIENTO HOSPITALARIO SEGUN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ZONA SANITARIA - ZONA "B" - AÑO 1971
PROVINCIA DE JUJUY

HSOPITALES	DEPENDENCIA ADMINISTRAT.	PROM.CAMAS DISPONIBLES	N° DE EGRESOS	DIAS ESTADA	%	PROMEDIO ESTADIA	N° DE DEFUNCIONES			TASA MORT.HOSP.		GIRO CAMAS
							TOTAL	-48Hs.	+48Hs.	TOTAL	+48Hs.	
T O T A L	---	450	13.035	107.671	67,3	8,3	504	205	299	3,9	2,3	29,0
GUILLERMO PATERSON	PROVCIAL.	216	5.312	55.552	74,6	10,5	270	93	177	5,1	3,3	24,6
LA ESPERANZA	PRIVADO	32	1.614	8.259	71,3	5,1	31	17	14	1,9	0,9	50,4
INGENIO LEDESMA	"	109	3.178	22.954	56,1	7,2	83	34	49	2,6	1,5	29,2
ESCOL. ZEGADA	PROVCIAL.	59	1.838	13.748	63,9	7,5	84	41	43	4,6	2,3	31,2
OSCAR ORIAS	"	10	276	1.159	33,2	4,2	11	8	3	4,0	1,1	27,6
SAN MIGUEL	"	24	817	5.999	69,2	7,3	25	12	13	3,1	1,6	34,0

TABLA Nº 1 c
 RENDIMIENTO HOSPITALARIO SEGUN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ZONA SANITARIA - ZONA "C"
 AÑO 1971 - PROVINCIA DE JUJUY

HOSPITALES	DEPENDENCIA ADMINISTRAT.	PROM.CAMAS DISPONIBLES	Nº DE EGRESOS	DIAS ESTADA	%	PROMEDIO ESTADIA	Nº DE DEFUNCIONES			TASA MORT.HOPS.		GIRO CAMAS
							TOTAL	-48Hs.	+48Hs.	TOTAL	+48Hs.	
T O T A L	---	202	3.031	35.877	46,7	11,8	78	28	50	2,6	1,6	15,0
MAINARA	PROVCIAL.	34	748	6.723	49,1	9,0	9	2	7	1,2	0,9	22,0
SALVADOR MAZZA	"	100	1.019	14.772	41,4	14,5	27	7	20	2,6	2,0	10,2
GENERAL BELGRANO	"	68	1.264	14.382	53,2	11,6	42	19	23	3,3	1,8	18,6

TABLA Nº 1 d
 RENDIMIENTO HOSPITALARIO SEGUN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ZONA SANITARIA - ZONA "D"
 AÑO 1971 - PROVINCIA DE JUJUY

HOSPITALES	DEPENDENCIA ADMINISTRAT.	PROM.CAMAS DISPONIBLES	Nº DE EGRESOS	DIAS ESTADA	%	PROMEDIO ESTADIA	Nº DE DEFUNCIONES			TASA MORT. HOSP.		GIRO CAMAS
							TOTAL	-48Hs.	+48Hs.	TOTAL	+48Hs.	
T O T A L	---	163	3.370	33.059	56,5	9,8	125	50	75	3,7	2,2	20,7
NSTRA.SRA.DEL ROSARIO	PROVCIAL.	28	646	4.986	46,3	7,7	19	12	7	2,9	1,2	23,1
MINA PIQUITAS	MIXTO	36	865	7.110	46,0	8,2	17	7	10	2,0	1,2	24,0
JORGE URO	PROVCIAL.	99	1.859	20.963	63,2	11,3	89	31	58	4,8	3,1	18,8

A N E X O 12

- JUJUY -

SALUD: RECURSOS MATERIALES

. Total de Establecimientos y Total de Camas, según Dependencia
Administrativa, por Departamento y Localidad - Año:1969 (*)

DEPARTAMENTO	LOCALIDAD	ESTABLE- CIMIENTOS	DEPENDENCIA	TOTAL DE CAMAS
- <u>CAPITAL</u>		7	Privados	166
	. San Salvador de Jujuy	5	Provinciales	1.072
		1	O.S.	16
- <u>COCHINOCA</u>	. Abra Pampa	1	Provincial	28
- <u>HUMAHUACA</u>	. Humahuaca	1	Provincial	69
	. Mina El Aguilar	2	Privados	42
- <u>LEDESMA</u>	. Calilegua	1	Privado	33
	. Lib.San Martín	1	Privado	10
		1	Provincial	12
	. Pueblo Ledesma	1	Privado	120
	. Fraile Pintado	1	Provincial	73
	. Yuto	1	Provincial	30
		1	Privado	14
- <u>PERICO DEL CARMEN</u>	. Sto.Domingo	1	Provincial	125
	. Perico	1	Provincial	49
	. P. del Carmen	1	Provincial	115
- <u>RINCONADA</u>	. Minas Pirquitas	1	Privado	36
- <u>SAN PEDRO</u>	. San Pedro	1	Privado	4
	. San Pedro	1	Provincial	204
	. La Mendieta	1	Privado	42
	. La Esperanza	1	Privado	30
- <u>TILCARA</u>	. Maimará	1	Provincial	52
	. Tilcara	1	Provincial	104
- <u>YAVI</u>	. La Quiaca	1	Provincial	93

-(*)- Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina.
Estudio sobre Salud y Educación Médica. Serie 2 N° 2.-

RECURSOS HUMANOS

Provincia de Jujuy. Año 1969.

RECURSOS HUMANOS		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					
		Comunidad	Nacionales	Provinciales	Municip.	O.S.y Mut.	Privada
MEDICOS ASISTENCIALES	Medicina	-	-	98	-	-	55
	Cirugía	-	-	62	-	2	52
	Pediatría	-	-	50	-	2	20
	Tocoginecología	-	-	13	-	-	21
	Medicina General	-	-	4	-	4	6
T O T A L		-	-	227	-	8	154
OTROS MEDICOS	Lab. Análisis Clínicos	-	-	-	-	-	-
	Anatomía Patológica	-	-	1	-	-	2
	Radiología y Radioterapia	-	-	6	-	-	5
	Enseñanza e Investigación	-	-	-	-	-	-
	Administración	-	-	-	-	-	1
	Bioestadística	-	-	-	-	-	-
T O T A L		-	-	7	-	-	8
NO MEDICOS	Bioquímicos o Químicos	-	-	15	-	-	14
	Farmacéuticos	-	-	7	-	-	1
	Kinesiólogos	-	-	3	-	-	-
	Obstetras	-	-	24	-	1	15
	Odontólogos	-	-	33	-	1	7
T O T A L		-	-	82	-	2	37

- JUJUY -

RECURSOS HUMANOS

Provincia de Jujuy. Año: 1969.-

(Continuación)

RECURSOS HUMANOS		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA				
		Comunidad	Nacionales	Provinciales	Municip.	O.S.y Mut.Privada
• PERSONAL DE ENFERMERIA TOTAL		-	-	611	-	7
TECNICOS Y AUXILIARES	Dietistas	-	-	3	-	-
	Foniatras	-	-	3	-	-
	Farmacía	-	-	28	-	4
	Hemoterapia	-	-	15	-	1
	Laboratorio	-	-	37	-	3
	Radiología	-	-	18	-	5
	Radioterapia	-	-	1	-	-
T O T A L		-	-	105	-	13

- Fuente: Recursos Humanos en los Establecimientos Asistenciales de la República Argentina - Estudio sobre Salud y Educación Médica. Serie 2 Nº 4.-

A N E X O 14.

- JUJUY -

ECONOMIA

II - SECTOR SECUNDARIO Y TERCIARIO (*) -

. Cantidad de Establecimientos según rama de Actividad, y Personal Ocupado, por Departamento. Al 30 de Abril de 1964.-

DEPARTAMENTO	Comercio y/o Prestación de Servicios		Minería, Industria Manufacturera, Producción y/o distribución de Elec- tricidad, Distribución de agua o gas Servicios Sanitarios. Construcción-	
	Número de Esta- blecimientos	Personal Ocupado	Número de Establecimientos	Personal Ocupado
Capital	2.070	5.000	285	5.816
Cochinoca	125	180	16	70
El Carmen	393	790	59	271
Humahuaca	282	436	12	35
Ledesma	827	1.502	103	1.815
Rinconada	46	73	9	180
San Antonio	23	47	7	13
San Pedro	766	1.711	154	2.035
Sta. Bárbara	124	199	8	68
Sta. Catalina	46	61	1	3
Susques	15	15	6	139
Tilcara	134	241	16	45
Tumbaya	71	96	18	73
Valle Grande	21	21	--	--
Yavi	434	718	45	194
T O T A L	5.377	11.090	739	10.757

(*)- Fuente: Censo Nacional Económico. Año: 1964

- TRANSPORTE COMUNICACIONES Y ENERGIA -

	<u>1960</u>	<u>1970</u>
- <u>PARQUE AUTOMOTOR</u> (Unidades)	3.457	9.897
. Vehículos Livianos	1.657	5.535
. Vehículos Pesados	1.800	4.344
. Habitante por Automotor	69,8	30,9
- <u>TELEFONOS INSTALADOS</u>	1.454	3.095
. Habitante por teléfono	166,0	98,9
- <u>TRANSPORTE AEREO COMERCIAL</u>		
. Pasajeros	--	9.191
. Carga	--	87.315
. Km.Recorridos	--	58.393
. Pasajero por 100 Habitantes	--	3,0
- <u>RED VIAL</u> (Extensión en Km.)	3.179	3.541
. <u>Km.Pavimentados</u>	304	583
% Km.Pavimentados/Red Vial	9,5	16,5
. <u>Red Provincial Km.</u>	2.062	2.620
Km. Pavimentados	103	292
% Km.Pavimentados/Red.Provincial	4,9	11,1
. <u>Red Nacional Km.</u>	1.117	1.130
Km.Pavimentados	201	291
% Km.Pavimentados/Red Nacional	17,9	26,0
- <u>ENERGIA ELECTRICA</u> (Miles KWH)	16.991	58.396
% Provincial	--	2,4
% Nacional	--	97,6
. Consumo KWH por habitante	70,3	125,1

- SECTOR INDUSTRIAL

	<u>1960</u>	<u>1970</u>
. Azúcar (Tonelada)	186.989	259.143
. Alcohol (Miles de Litros)	18.166	26.960
. Celulosa y Papel (Tonelada)	.	35.069
. Madera (M 3)	46.790	28.761
. Acero (Tonelada)	.	154.202
. Arrabio (Tonelada)	60.045	98.019
. Producción de Tabaco (Tonelada)	.	5.965
. % Sobre Producción Provincial	.	44,1

- SECTOR AGROPECUARIO

. Caña de Azúcar Has.	22.100	22.100
Tonelada	7.362	13.525
. Tabaco Has.	6.816	11.355
Rto./ha.	1.080	957
Tonelada	25.300	37.863
. Tomate Has.	1.640	1.815
Rto./ha.	1.542	2.086
. Pimiento y ají (Tonelada)	9.030	14.250
(Has. sembradas)	650	1.010
. Puros y Chauchas (Tonelada)	5.500	6.820
(Has. sembradas)	350	420
. Papas (Tonelada)	9.200	18.500
(Has. sembradas)	1.500	2.700
. Garbanzos (Tonelada)	.	560
(Has. sembradas)	.	560
. Limones (Tonelada)	9.720	18.300
. Naranjas (Tonelada)	25.000	44.500
. Pomelo (Tonelada)	4.360	9.000

	<u>1960</u>	<u>1970</u>
- <u>Existencia Ganadera</u>		
. Vacunos	91.354	105.585
. Lanares	458.902	489.787
. Caprinas	95.986	116.730
- <u>SECTOR FORESTAL</u>		
. Leña (M 3)	280.329	108.767
. Carbón Vegetal	915	4.923
. Quebracho (para teñido)	3.500	.
- <u>MINERIA</u>		
. Hierro (Tonelada)	134.384	212.000
. Cobre (Tonelada)	-	996
. Borato de Sodio (Tonelada)	236	4.704
. Caliza (Tonelada)	-	384.000
. Zinc (Tonelada)	52.000	76.456
. Plomo (Tonelada)	24.000	38.000
. Petróleo (M 3)	.	248.994
- <u>SECTOR PUBLICO</u>		
Personal de la Administración Pública	5.941	9.578
. Índice de Aumento	100,0	161,2
. Total de Empleados Públicos		
(Nacionales + Provinciales + Municipales)	-	18.185

<u>PRESUPUESTO (En Millones M\$N)</u>	<u>1960</u>	<u>1970</u>
<u>INGRESOS</u>	3.366.8	17.763.7
. Corrientes	3.102.8	12.250.4
- Provinciales	628.8	2.040.6
- Nacionales	2.474.0	9.809.6
. De Capital	264.0	513.0
<u>EROGACIONES</u>	3.351.8	12.763.7
. Corrientes	2.115.6	6.861.9
. De Capital	1.246.2	5.901.8
 FINANZAS (Bco. Provincia)		
(Miles a \$)		
<u>DEPOSITOS</u>	5.015	58.005
. Cuentas Corrientes Particulares	1.428	12.958
. Cuentas Corrientes Oficiales	2.535	19.390
. Caja de Ahorro	297	5.978
. Otros	755	19.679
<u>CREDITOS</u>	2.851	47.200
. Producción Primaria	1.257	15.928
. Producción Industrial	379	8.500
. Comercio	885	13.208
. Construcciones	104	1.972
. Otros	226	7.592
- <u>INDICE DE COSTO DE VIDA</u>	100,0	813,5

- EVALUACION Y CONCLUSIONES -

APARTADO 7

7 - CONCLUSIONES -

- 1. La Provincia de Jujuy posee una población joven; su tasa de crecimiento anual medio es elevada; entre la población esperada y la efectivamente censada en 1970, se observa una diferencia negativa del 2,7% (proporción no significativa). Cuatro Departamentos, a saber: Capital, Ledesma, San Pedro y El Carmen, concentran el 78,6% de la población total; la densidad provincial es de 5,8 habitantes por kilómetro cuadrado.-**

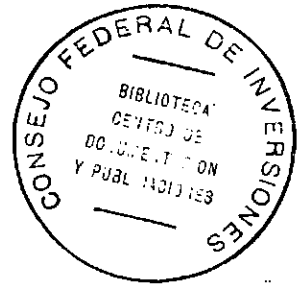
La migración tiene características particulares: existe una migración interna y temporaria, que implica movilidad de las zonas rurales a los centros urbano industriales; y una migración internacional-temporaria, principalmente procedente de Bolivia y Paraguay.-

La migración temporaria está determinada por el tipo de producción económica de la Provincia. Actualmente, el sector primario representa un 40% del P.B.I., con mayor peso de la agricultura y la minería; el sector secundario participa en un 30%, y la industria más importante la constituye el azúcar y sus derivados. Las actividades de estos 2 sectores de la economía suponen demanda de mano de obra en ciertas épocas del año, lo cual moviliza grandes masas de población activa hacia los centros agrícola-industriales del Sudeste de la Provincia. Ambos tipos de movilidad territorial tienen como consecuencia la agudización del déficit habitacional existente (cuantitativo y cualitativo), el hacinamiento y la aparición de "villas de emergencia" en los centros urbanos-industriales, una alta tasa de deserción escolar, y sobre todo en materia de salud, la difícil captación de la población móvil y dispersa (sobre todo la rural) para fines preventivos y asistenciales.-

2. La provincia está dividida en 4 zonas geográficas: Puna, Quebrada, Valles y Ramal (Bosques); cada una de ellas posee recursos (naturales y económicos) diversos, y en consecuencia, diferente densidad de población y distintas posibilidades de desarrollo.- La situación sanitaria está también influida por las condiciones geo-político-económicas y sociales: las regiones de la Puna y la Quebrada carecen de recursos asistenciales adecuados, y si bien son las menos densas, los accidentes geográficos y las escasas vías de comunicación, dificultan el acceso de la población a los servicios de zonas vecinas. Las regiones de Valles y Ramal están mejor cubiertas, ya que los Departamentos de Capital, Ledesma, El Carmen, San Pedro, concentran la mayor parte de los servicios asistenciales de toda la Provincia. En consecuencia, la implantación de programas de atención médica y de prevención es más viable que en la Puna y la Quebrada. Mas, en éstas son urgentes políticas que ataquen la alta mortalidad infantil, que prevengan ciertas enfermedades (sobre todo las derivadas de las malas condiciones ambientales y de las deficiencias alimentarias) y que controlen otras (transmisibles).-

Todas estas deficiencias suponen la coordinación de programas y actividades de la Obra Social con el resto de los sectores responsables de la protección de la salud, como así también de recursos disponibles.-

11978
III



C A P I T U L O I V

APARTADO 1: CAMPO DE APLICACION.

APARTADO 2: PRESTACIONES CUBIERTAS.

APARTADO 3: DEMANDA.

APARTADO 4: RECURSOS Y PROGRAMAS

APARTADO 5: COSTOS.

APARTADO 6: FINANCIACION.

APARTADO 7: EVALUACION Y CONCLUSIONES

C A M P O D E A P L I C A C I O N

APARTADO 1

Según la Ley de creación, están comprendidos --
siguientes grupos:

1) Como afiliados obligatorios:

- . Empleados y Obreros de la Administración --
Pública, Municipalidades y Comunas de la --
Provincia.
- . Jubilados y Pensionados provinciales.

2) Como afiliados voluntarios:

- . Los integrantes del grupo familiar de los-
afiliados que fallecieren.
- . Los trabajadores de Empresas que contratan
con el Estado.
- . Los miembros de la familia del afiliado di
recto que no están comprendidos en el gru-
po de "familiares a cargo" (indirectos).

3) Como afiliados indirectos:

- . Cónyuge sin recurso o ingresos propios, --
que no esté amparado por régimen similar.
- . Hijos varones hasta 18 años e hijas mujeres
hasta 22 años si estuvieren a cargo del a-
filiado directo.
- . Hijos incapacitados.

. Padres y padres políticos.

. Hermanos hasta los 18 años, a cargo total -
del afiliado directo.

La Obra Social protege al 9% de la población total de la Provincial

En total, suman 28.627 afiliados, al mes de junio de 1972, cantidad que se ha incrementado en un 0,9% respecto - del año 1971.

El 99,9% de los afiliados, pertenece a la Categoría de Obligatorios. El restante 0,1% corresponde a los afiliados Voluntarios. Como se observa, la incidencia de éstos en el campo de aplicación de la Obra Social, es ínfima.

NUMERO DE AFILIADOS

AÑO 1972 (x)

CATEGORIA	DIRECTOS		A CARGO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obligatorios	11.989	41,9	16.638	58,1	28.627	100,0
Voluntarios	12	60,0	8	40,0	20	100,0
T O T A L	12.001	41,9	16.646	58,1	28.647	100,0

(x) Al mes de junio.

Los afiliados Obligatorios directos representan el 41,9% del total; los indirectos de los Obligatorios, el 58,1%.

Los voluntarios directos representan el 60%, -- mientras que el 40% restante corresponde a la categoría de indirectos de los voluntarios.

AFILIADOS OBLIGATORIOS: ACTIVOS Y PASIVOS

AÑO 1972 (x)

CATEGORIA	DIRECTOS		A CARGO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Activos	10.688	40,0	16.035	60,0	26.723	100,0
Pasivos	1.301	68,3	603	31,7	1.904	100,0
T O T A L	11.989	41,8	16.638	58,2	28.627	100,0

(x) Al mes de junio.

Los afiliados obligatorios se han subclasificado en categorías de activos y pasivos. Así, el 93,3% de los afiliados obligatorios, son activos; sólo el 6,7% son afiliados pasivos. -- Aún cuando no se cuenta con una distribución por edades, podría afirmarse que la pirámide poblacional de la Obra Social, guarda una cierta correspondencia con la de la provincia, considerando que la-

clase pasiva (de 60 años y más) representa sólo el 4,5% del total-
de población de Jujuy.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS AELIADOS OBLIGATORIOS

SEGUN SEAN ACTIVOS O PASIVOS

AÑO 1972 (x)

CATEGORIA	DIRECTOS	A CARGO	TOTAL
Activos	89,2	96,3	93,3
Pasivos	10,8	3,7	6,7
T O T A L	100,0	100,6	100,0

(x) Al mes de junio.

Las cargas por afiliado obligatorio son de 1,4;
las correspondientes por cada voluntario son 0,7.

CARGAS POR AFILIADO DIRECTO

AÑO 1972(x)

C A T E G O R I A S	NUMERO DE CARGAS
Obligatorios	1,4
Voluntarios	0,7

(x) Al mes de Junio.

Dentro de la categoría de afiliados obligatorios las cargas por cada activo son 1,5, las cargas por cada pasivo, apenas 0,5. Esto se explica por el hecho de que este subgrupo incluye a Jubilados y Pensionados, obviamente, población de edad avanzada y con familiares cuyas edades han excedido los límites de la categoría "afiliado a cargo".

CARGAS POR AFILIADO OBLIGATORIO ACTIVO Y PASIVO

AÑO 1972 (x)

<u>AFILIADOS</u> <u>OBLIGATORIOS</u>	<u>NUMERO DE CARGAS</u>
Activos	1,5
Pasivos	0,5

(x) Al mes de Junio.

EVALUACION

1) La importancia relativa que va adquiriendo - la cobertura asistencial de la Obra Social respecto del total de población provincial, se pone de manifiesto en el hecho de que ha incrementado de 7,6% (en 1969) al 9% (en 1972).

En consecuencia, la Obra Social de Jujuy se halla muy próxima a la media general de cobertura, que, en 1970, era del 9,8%; superando a Buenos Aires (6,1%), Formosa (2,2%) y Misiones (5,9%), y por debajo de La Rioja (14,4%), Salta (13,4%) y -- Mendoza (11,9%).

2) Asimismo, ha incrementado la proporción de - población pasiva: en 1969 representaba el 4,6% del total de afiliados obligatorios, actualmente, es del 6,7%.

3) Del mismo modo, han incrementado las cargas- por afiliado directo: en 1969, eran 1,3; en 1972, son 1,4.

ANEXOS

ANEXO 1
NUMERO DE AFILIADOS
AÑO 1971

CATEGORIA	NUMERO	%
Obligatorios	27.045	99,9
Voluntarios	20	0,1
T O T A L	27.065	100,0

ANEXO 2
AFILIADOS OBLIGATORIOS: ACTIVOS Y PASIVOS
AÑO 1971

CATEGORIA	AFILIADOS OBLIGATORIOS	
	NUMERO	%
Activos	25.223	93,2
Pasivos	1.822	6,7
T O T A L	27.045	100,0



PRESTACIONES CUBIERTAS

APARTADO 2

La Caja otorga, de acuerdo a la Ley de creación y su Reglamentación, las siguientes prestaciones:

1) Asistencia médica integral:

- . Cirugía.
- . Partos.
- . Consultas médicas.

2) Asistencia odontológica:

- . Atención y tratamiento.
- . Prótesis y ortodoncia.

3) Asistencia farmacéutica:

- . Recetas magistrales y específicos.

4) Servicio de laboratorio:

- . Análisis clínicos.

5) Servicios complementarios:

- . Inyecciones.
- . Rayos X. (Electricidad médica).
- . Anteojos.
- . Ortopedia.
- . Otros.

6) Traslados de enfermos, por internaciones.

D E M A N D A

APARTADO 3

La información estadística obtenida sobre la utilización de los servicios ha permitido extraer algunos índices de demanda por afiliado, correspondientes al año 1971.

Por carecerse de series de años anteriores, no ha sido posible observar las tendencias de esta utilización.

Algunas series estadísticas están referidas al lugar de radicación del beneficiario, pero por desconocerse la distribución geográfica de los afiliados, no pudo concretarse la determinación de índices de utilización zonal.

No obstante, la información suministrada ofreció la posibilidad de cuantificar la demanda de las prestaciones más importantes.

Índices de Utilización

La tasa de consultas de 2,1 por afiliado-año, es inferior a lo esperado, en relación a las tasas resultantes de otros estudios de Obras Sociales.

La tasa de recetas de 3,1 por afiliado-año, está indicada en una media normal, sin embargo es significativa la relación recetas-visitas. En el caso de la Caja, esta relación es de 1,5, en tanto que, en otras Obras Sociales, éste coeficiente se halla comprendido entre 0,60 y 0,80.

La tasa de utilización de análisis de 0,4 por afiliado-año se encuentra aproximadamente en el promedio general - de otras Obras Sociales.

En cuanto a la tasa de internaciones, 60 o/oo afiliados, si bien, es similar a la de otras Obras Sociales, está evidenciando una subutilización que no es dable cuantificar en este caso.

Con respecto a las tasas de odontología y radiología, de 0,2 y 0,1 respectivamente por afiliado-año, cabe un comentario similar al efectuado para análisis.

INDICES DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS POR AFILIADO-AÑO

AÑO 1971

UNIDAD DE SERVICIO	NUMERO	DEMANDA POR AFILIADO
Consultas	57.260	2,1
Análisis	11.796	0,4
Recetas	84.485	3,1
Internaciones por o/oo afil.	1.645	60,8
Odontología	5.194	0,2
Radiografías	2.762	0,1

DEMANDA POR AFILIADO SEGUN SERVICIOS, EN CUATRO PROVINCIAS

AÑOS 1970-1971

SERVICIOS	BUENOS AIRES	RIO NEGRO	LA RIOJA	JUJUY
CONSULTAS	4,4	3,3	2,9	2,1
RECETAS	3,3	2,4	3,2	3,1
ODONTOLOGIA	0,3	-	0,3	0,2
ANALISIS	1,0	-	1,1	0,4
INTERNACIONES por o/co	61,0	53,0	64,0	60,8
RADIOGRAFIAS	-	0,2	0,02	0,1

Distribución de consultas según lugar de atención

La distribución de atenciones en consultorio y domicilio muestra una proporción relativamente baja, de consultas en domicilio, 6,0% para la totalidad de la provincia para el año-1971. La tendencia es decreciente, si consideramos los tres (3) - últimos años, de los que se ha obtenido información.

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS EN CONSULTORIO Y

DOMICILIO

AÑOS 1969-1971

AÑOS	CONSULTORIO	DOMICILIO	TOTAL
1969	91,2	8,8	100,0
1970	⁹ 83,0	7,0	100,0
1971	94,0	6,0	100,0

Internaciones

Se obtuvo información respecto de la distribución y estadías hospitalarias, según "clínica", "cirugía" y "parto" sólo para el mes de junio de 1972.;

El promedio de estadía para cada servicio, es coincidente con otros estudios de Obras Sociales provinciales, -- salvo el número de días de estadía para partos que se muestra algo superior al resto.

NUMERO DE EGRESOS Y PROMEDIO DIAS DE ESTADA SEGUN TIPO DE INTERNACIONES

MES DE JUNIO DE 1972

TIPO DE INTERNACION	Nº DE EGRESOS	Nº DIAS ESTADA	PROMEDIO DIAS ESTADA
Clínica	31	226	7,3
Quirúrgica	73	397	5,4
Partos	31	132	4,3
Total	135	755	5,6

PROMEDIO DIAS DE ESTADIA POR SERVICIO, EN CUATRO PROVINCIAS

AÑOS 1970-1971

TIPO DE INTERNACION	BUENOS AIRES	MISIONES	S.FE	JUJUY
Clínica	7,5	5,6	7,6	7,3
Cirugia	6,8	3,5	6,5	5,4
Partos	3,8	2,5	2,9	4,3

Igual consideración cabe para los partos en relación con el total de internaciones: 23% para 1972 (Junio). Esta proporción fue superior en 1970 (25,6%, para descender al 22,2% en 1971.

TIPO DE INTERNACION	AÑO 1970		AÑO 1971		AÑO 1972 (Mes de Junio)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Partos	376	25,6	365	22,2	31	23,0
Otros	1.090	74,4	1.280	77,8	104	77,0
Total	1.466	100,0	1.645	100,0	135	100,0

La distribución según tipo de parto y la duración de la estadía muestra una tasa de cesáreas relativamente elevada- (12,5%) lo que unido a los partos distócicos (2,1%) reduce la proporción de partos normales a sólo un 85,4%.

NUMERO DE EGRESOS POR PARTOS Y PROMEDIO DIAS DE ESTADIA

AÑO 1970

TIPO DE PARTO	EGRESOS		NUMERO DIAS ESTADIA	PROMEDIO DIAS DE ESTADIA
	Nº	%		
Normales	321	85,4	1.360	4,7
Distócicos	8	2,1	50	6,2
Cesárea	47	12,5	340	7,0
Total	376	100,0	1.750	4,7

En el anexo 2 se halla una tabla sobre la distribución porcentual de partos y costos de partos, por mes.

La tasa de utilización de partos, para el año -- 1971, fue de 13,5 por o/o afiliados.

Prestaciones odontológicas

La información obtenida no permite elaborar tasas de utilización por prácticas, como tampoco analizar la estructura de esa utilización.

PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS
AÑOS 1969-1971

AÑOS	CONSULTAS	RESERVISTOS APROBADOS
1969	1.251	1.791
1970	1.795	1.585
1971	1.945	3.242
1972 (x)	Extracciones:	367

(x) Enero a Junio.

Utilización de servicios según departamentos

Ha sido posible reunir información sobre la utilización en cada departamento, para las consultas médicas, los análisis clínicos y las radiografías, y de los años 1969, 1970 y 1971.

Es así que se pudo establecer que, en 1971, el 84,9% de las consultas fueron efectuadas en la Capital. La distribución en el resto de localidades se observa en el cuadro siguiente:

CONSULTAS SEGUN LOCALIDAD
AÑOS 1969-1971

LOCALIDAD	1969		1970		1971	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capital	36.179	86,0	42.735	85,1	48.597	84,9
San Pedro	2.631	6,3	3.567	7,1	3.960	7,0
L.G.San Martín	1.176	2,8	1.529	3,1	1.618	2,8
El Carmen	877	2,1	984	2,0	1.046	1,8
Perico	900	2,1	1.023	2,0	1.626	2,8
Humahuaca	89	0,2	49	0,1	123	0,2
La Quiaca	226	0,5	316	0,6	271	0,5
Tilcara	10	-	14	-	19	-
Total	42.088	100,0	50.217	100,0	57.260	100,0

Asimismo, el 82,1% de los análisis efectuados en 1971, corresponden a la Capital.

ANÁLISIS SEGUN LOCALIDAD
AÑOS 1969-1971

LOCALIDAD	1969		%	1970		1971	
	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Capital	3.609	84,5		3.840	81,5	4.610	82,1
San Pedro	456	10,7		601	12,9	737	13,1
L.G. Sann Martín	93	2,2		109	2,3	136	2,4
El Carmen	44	1,0		69	1,5	52	1,0
Perico	62	1,4		77	1,6	77	1,4
Humahuaca	--	--		1	--	--	--
La Quiaca	8	0,2		12	0,2	5	--
Tilcara	--	--		--	--	--	--
Total	4.272	100,0		4.709	100,0	5.617	100,0

No hay información de Tilcara y Humahuaca (excepto en 1970) lo cual puede indicar la carencia de servicios especializados para realizar este tipo de práctica.

Por último, el 88,3% de las radiografías fueron tomadas (en 1971) en la Capital.

RADIOGRAFIAS SEGUN LOCALIDAD
AÑOS 1969-1971

LOCALIDAD	1969		1970		1971	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capital	1.904	89,2	2.369	88,7	2.4399	88,3
San Pedro	169	8,0	240	9,0	250	9,1
L.G. San Martín	35	1,6	32	1,2	37	1,3
El Carmen	11	0,5	11	0,4	15	0,5
Perico	15	0,7	18	0,7	21	0,8
Humahuaca	-	-	-	-	-	-
La Quiaca	-	-	-	-	-	-
Tilcara	-	-	-	-	-	-
Total	2.134	100,0	2.670	100,0	2.762	100,0

También en este caso no se anotan datos para Humahuaca, La Quiaca y Tilcara. La explicación puede ser similar a la anterior: falta de recursos humanos y equipo técnico.

EVALUACION

Los índices obtenidos y los comentarios que se hallan al pie de cada uno de los cuadros, evalúa la atención de los servicios comparativamente con otras Obras Sociales similares y -- con las tasas que pueden esperarse.

En general, puede inferirse del contexto total del trabajo que las subdemandas en algunos servicios(consultas, intervenciones, análisis) podrían ser debidas a que un sector, tal vez -- muy importante de los afiliados, no se asiste por los servicios de la Obra Social. La encuesta que se está realizando (ver Informe General-opinión de los afiliados) permitirá hacer estimaciones sobre la no demanda y consecuentemente la proporción de la demanda entre los verdaderos usuarios.

ANEXOS

ANEXO 1
PRESTACIONES MEDICAS. SEGUN DEPARTAMENTOS
AÑO 1971

CONCEPTOS	TOTAL	JUJUY	S. PEDRO	L.G. S. MARTIN	EL CARMEN	PERICO	HUMANUA- CA	LA QUIACA	TILCARA
CONSULTAS	57.260	48.597	3.960	1.618	1.046	1.626	123	271	19
C. ODONTOLOG.	1.952	1.653	80	105	26	47	10	31	-
ANALISIS	5.617	4.610	737	136	52	77	-	5	-
E. MEDICA	2.762	2.439	250	37	15	21	-	-	-
INTERNACION	1.578	1.447	123	6	-	2	-	-	-
" JUHILADOS	67	62	5	-	-	-	-	-	-
INYECCIONES	576	486	35	-	51	4	-	-	-
DENTISTERIA	3.242	2.776	266	79	16	69	4	32	-
OPTICA	1.179	1.093	82	1	-	3	-	-	-
T. ESPECIALES	1.978	1.872	100	1	-	5	-	-	-
PROV. MEDICAMENT.	100	100	-	-	-	-	-	-	-
KINESIOLOGIA	237	237	-	-	-	-	-	-	-

ANEXO 2DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PARTOSNUMERO Y COSTO

TIPO DE PARTOS MES	NORMALES		DISTOCICOS		CESAREAS	
	% DEL NUMERO	% DEL COSTO	% DEL NUMERO	% DEL COSTO	% DEL NUMERO	% DEL COSTO
Enero	62,9	44,1	3,8	3,2	33,3	52,7
Febrero	80,6	70,9	6,5	5,3	12,9	23,8
Marzo	88,6	81,9	5,7	8,1	5,7	10,0
Abril	73,9	59,9	-	-	26,1	40,1
Mayo	78,4	69,4	8,1	7,4	13,5	23,2
Junio	76,9	59,5	-	-	23,1	40,5
Julio	71,4	55,4	-	-	28,6	44,6
Agosto	89,2	78,5	-	-	10,8	21,5
Setiembre	65,3	50,6	4,3	3,8	30,4	45,6
Octubre	82,5	70,9	2,5	3,1	15,0	26,0
Noviembre	75,8	61,1	-	-	24,2	38,9
Diciembre	90,7	78,7	-	-	9,3	21,3
Promedio general	79,2	65,9	2,7	2,7	18,1	31,4

ANEXO 3

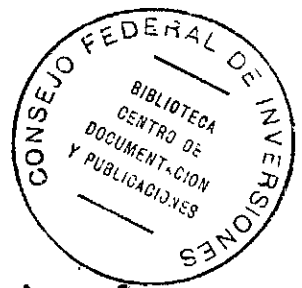
NUMERO DE RECETAS

AÑO 1971

LOCALIDAD	RECETAS ADJUN- TAS A CONSUL-- TAS	RECETAS VERDES	RECETAS PARTICULARES	TOTAL
Capital	31.707	24.443	15.075	71.225
Interior	6.905	2.698	3.657	13.260
Total	38.612	27.141	18.732	84.485

RECURSOS Y PROGRAMAS

APARTADO 4



La Caja no posee servicios propios; los recursos técnicos son, pues, de naturaleza privada.

Comparando con estudios anteriores, se advierte un incremento en los recursos, sobre todo en el número de odontólogos, que se ha duplicado, también el número de médicos, farmacias y establecimientos, aunque en éstos el aumento es menor.

Lamentablemente no se cuenta con información -- del número de camas de establecimientos adheridos, como tampoco con la cantidad de recursos humanos a nivel provincial, lo cual imposibilita la determinación de índices.

PROGRAMAS

Programa de prestaciones y Atención Médica

No existen Programas de Atención Médica en el O-torgamiento de las prestaciones y la utilización de los servicios-- se reduce a la demanda espontánea del afiliado, lo que se ve agrava-do por el "Freno" determinado por el elevado coseguro. No está me-dida la demanda no satisfecha y lo único que puede conocerse, pero-que tampoco ha sido suficientemente estudiado, es la demanda satis-fecha.

Programa de prestaciones

Estadística

Hace unos dos años se inició un programa de es-- tadística, especialmente referido a las internaciones en Sanatorios y Consulta Médica.

El mismo se sigue efectuando rutinariamente, pe-ro sus resultados son archivados, sin que se aproveche la informa-- ción correspondiente.

Cabe destacar, que el Plan de Tabulaciones para- Internaciones es de buen diseño y se cumple pese al reducido perso-nal de Estadística (capacitado en servicio). La información actual- puede ser de utilidad para controles, auditoría y estudio de deman-

da y costo de servicios.

Programa para el análisis de prestaciones y costos

No hay estudios sobre prestaciones y no existen sectores técnicos preparados para ello. Los asesores profesionales se circunscriben a tareas de control.

Programas de divulgación, información y educación sanitaria

No existen programas ni actividades de divulgación, ni de información acerca de los beneficios, derechos, situación de la Institución y otros aspectos relacionados, de interés de los afiliados, prestadores, de otras Instituciones, e incluso de la opinión pública.

Tampoco hay programas de Educación Sanitaria.

ANEXOS

ANEXO 1RECURSOS TECNICOS ADHERIDOS (x)

DEPARTAMENTOS	MEDICOS	FARMACIAS	SANATORIOS	ODONTOLOGOS
Capital	172	25	5	47
San Pedro	29	7	5	10
Ledesma	5	-	2	2
L.G.S. Martín	6	3	1	4
Ing. La Esperanza	2	-	-	1
La Mendieta	2	-	-	-
El Carmen	3	1	-	1
Calilequa	2	-	-	-
C. Perico	3	-	-	3
F. Pintado	2	-	-	-
A. Pampa	1	-	-	-
La Quiaca	4	1	-	4
Humahuaca	2	2	-	1
Yuto	4	1	-	-
Maimará	1	-	-	-
Tilcara	1	2	-	1
M. Puquita	1	-	-	-
Palpalá	4	2	-	-
Mina Aguilar	-	-	-	1
T O T A L	244	44	13	75

(x) Año 1971.

C O S T O S

APARTADO 5

Costos del sistema

En los sistemas de atención médica pueden obtenerse los costos unitarios de los servicios mediante la selección de unidades estadísticas adecuadas, como asimismo también determinarse los costos por afiliado conociendo el número de personas protegidas.

Costos unitarios de los servicios

A pesar que la Caja lleva series de estadísticas bastante analíticas de los servicios que presta, la falta de coordinación entre éstas y las registraciones contables impiden calcular los costos unitarios de los servicios.

La oficina de estadística ha podido suministrar únicamente los siguientes costos:

- 1) Por egreso (incluye internaciones quirúrgicas, clínicas y partos).
- 2) Por parto.
- 3) Por receta.

1) En los CUADRO 1, 2 y 3 se analizan los egresos sanatoriales para el primer semestre de 1970, año 1971 y mes de junio de 1972, respectivamente. Según esta información, el costo sanatorial ha evolucionado en la siguiente forma:

EVOLUCION DEL COSTO POR EGRESO

AÑO	PERIODO	COSTO (100%)
1970	Primer semestre	526,80
1971	Año	654,31
1972	Junio	862,84

Comparativamente con otras Obras Sociales los --
costos por egresos guardan estrecho paralelismo, pero intrínsecamen
te no se sabe si son comparables dado que no se conoce si con res--
pecto al grado de complejidad de los mismos, también mantienen la -
misma relación.

COSTO EGRESOS - I.O.M.A.

AÑO 1970	598,54
ABRIL 1972	878,90

2) En el CUADRO 4 se registran las erogaciones -
por partos año 1971, discriminadas según su complejidad. El costo -

medio resultante fue de:

CONCEPTOS	\$
Costo medio	623,28
Normales	518,66
Distócicos	607,62
Cesáreas	1.083,73

Con respecto a partos, los costos de otras Obras Sociales, están fijados en los siguientes valores:

CONCEPTOS	\$
AÑO 1970	370,17.
Abril 1972	691,89

3) En el CUADRO 3 aparece el costo de la receta (100%) para julio de 1972 el que alcanzó a \$30,04.

Esta última información es sólo indicativa, - ya que se trata de un dato aislado y obtenido exprefeso para este - trabajo,; sobre éste aspecto no se realizan en la Obra elaboracio--

nes estadísticas permanentes.

Distribución del gasto asistencial

Estadísticamente también se ha obtenido la distribución del gasto sanatorial para todo tipo de internación, en sus distintos conceptos: pensión, derechos, honorarios médicos, análisis, electricidad médica, medicamentos y otros. En los CUADROS 5- y 6 se puede apreciar la distribución relativa de dichos gastos. Los promedios para los años 1970 (primer semestre) y 1971 (año completo), fueron los que a continuación se indican:

CONCEPTOS	1970 (1er.semestre)	1971
Pensión	18,3	15,8
Derechos	19,3	16,3
H. Médicos	42,2	45,4
Análisis	1,7	1,6
E. Médica	2,4	3,3
Medicamentos	12,9	14,2
Otros	3,2	3,4
Total	100,0	100,0

En esta distribución se puede apreciar un incremento de medicamentos en los porcentajes relativos aunque es más considerable, en este caso, ~~este caso~~ el porcentaje de aumento en honorarios médicos.

Costos por afiliado

Las registraciones contables ofrecen la base para el cálculo de los egresos por los servicios de atención de la salud, por afiliado-año que aparecen en el CUADRO 7 y que fueron calculados para el gasto total asistencial (100%).

Dicho costo ascendió a \$ 194,36 para el año 1971. Se encuentra distribuido en: \$ 181,25 costo asistencial y \$ 13,06 costo administrativo.

El costo afiliado-año no es demasiado alto comparativamente con el de otras Obras Sociales, sin embargo, debe tenerse en cuenta que las demandas son inferiores a las de aquellas.

EVALUACION

La estadística elaborada por la Caja ofrece una buena información sobre costos sanitarios, lo que favorecerá la estimación de los cálculos actuariales del sistema que se proponga.

Además se ha podido obtener el costo afiliado-año que facilitará las estimaciones futuras previa aplicación de coeficientes de corrección de la demanda potencial no atendida por la Obra Social. La información sobre la misma resultará de la encuesta de utilización (ver Informe General-opinión de los afiliados).

CUADRO 1

TOTAL PAGADO POR SANATORIO Y DISTRIBUCION DEL MISMO SEGUN RUBROS

PRIMER SEMESTRE AÑO 1970

SANATORIO	EGRESO	DIAS INTERNA CION	TOTAL PAGADO	COSTO		DISTRIBUCION DE LOS GASTOS					
				PROMEDIO EGRESO	SANATORIALES	DERECHOS	H.MEDICOS	ANALISIS	E.MEDIC.	MEDICAMENT.	OTROS
Lavalle	120	8,9	76.379,09	636,49	15.107,96	14.056,49	28.793,08	980,10	2.715,24	12.567,02	2.159,20
Mayo	138	6,2	77.740,00	563,33	13.366,16	14.121,51	31.899,48	1.169,06	2.002,80	11.929,65	3.251,34
I.M. del Nort.	142	5,2	65.910,08	464,22	11.212,30	12.671,18	31.369,43	1.108,50	1.119,48	7.174,15	1.255,04
Jujuy	92	4,6	40.653,05	441,88	6.964,24	8.682,62	17.373,26	666,50	506,16	6.049,77	410,50
San José	65	6,8	37.893,30	582,97	6.924,92	7.379,03	15.429,72	872,50	1.770,56	3.588,95	1.927,62
M.Fernandez	47	5,7	21.497,46	457,39	4.426,80	4.238,44	11.338,59	108,60	-	933,23	451,80
San Pedro	10	6,6	3.522,82	532,28	875,28	781,44	1.839,60	26,50	-	-	-
Mater	9	5,5	3.645,57	405,06	898,80	863,10	1.883,67	-	-	-	-
Claverie	9	7,3	8.465,72	940,63	1.333,84	1.487,60	3.615,86	-	141,12	1.138,50	748,80
Jure	4	1,1	1.538,64	359,66	263,76	301,56	936,72	-	-	36,60	-
San Luis	3	5,0	1.145,99	381,99	277,20	279,84	518,40	-	-	70,55	-
I.Maternidad	3	6,3	2.203,76	734,58	351,12	427,68	1.116,00	-	-	193,76	115,20
Ledesma	1	2,1	322,44	322,44	36,96	69,48	216,00	-	-	-	-
Moreno	1	2,0	325,56	325,56	36,96	72,60	216,00	-	-	-	-
T O T A L	644	6,0	341.243,48	526,80	62.076,30	65.432,57	146.545,81	4.931,76	8.255,36	43.682,18	10.319,50

CUADRO 2
TOTAL PAGADO EN INTERNACIONES Y DISTRIBUCION DEL GASTO SEGUN RUBROS
AÑO 1971

MESES	EGRESO	DIAS INTER- NACION	TOTAL PAGADO	COSTO PROMEDIO EGRESO	DISTRIBUCION DE LOS GASTOS						
					SANATORIAL.	DERECHOS	H.MEDICOS	ANALISIS	E.MEDIC.	MEDICAM.	OTROS
Enero	141	5,9	84.056,43	596,14	14.931,76	15.295,64	86.745,80	924,05	2.080,20	11.904	2.175
Febrero	134	5,4	80.824,32	603,16	13.139,28	14.081,23	35.031,41	1.817,45	2.730,38	11.823	2.202
Marzo	138	4,2	74.952,76	542,43	12.437,04	13.410,29	33.064,01	1.251,80	2.660,00	9.674	2.455
Abril	101	8,1	65.732,51	650,81	9.967,50	10.128,04	30.416,23	904,00	3.302,50	8.766	2.248
Mayo	150	6,3	96.046,66	640,31	15.724,14	15.125,22	43.717,64	1.857,00	3.358,00	12.721	3.543
Junio	113	5,9	78.458,12	694,31	12.957,90	12.129,92	36.108,00	1.346,95	3.186,80	10.113	2.616
Julio	104	4,6	61.345,56	589,86	9.332,40	10.609,28	29.291,85	776,60	1.310,00	8.367	1.658
Agosto	134	5,5	101.667,29	758,71	14.223,90	16.263,84	49.789,19	1.270,85	2.555,00	13.445	4.119
Setiembre	122	6,2	94.524,58	774,79	14.763,30	14.076,40	43.011,82	1.651,50	3.879,00	14.324	2.818
Octubre	148	5,8	106.431,01	719,12	16.352,10	17.992,06	48.983,15	1.185,50	3.757,00	14.249	3.912
Noviembre	151	5,3	102.876,86	681,30	15.617,40	15.916,64	46.361,09	1.790,00	2.317,82	16.045	4.828
Diciembre	121	5,4	71.849,68	593,79	11.919,60	11.390,32	29.473,74	1.306,75	2.175,60	13.064	2.519
T O T A L	1.557		1.018.765,78	654,31	161.366,32	166.418,88	461.993,93	16.082,45	3.312,30	144.495	35.093

CUADRO 3

COSTO POR UNIDAD DE SERVICIO

AÑO 1972

MES	UNIDAD	SERVICIOS	COSTO TOTAL	COSTO UNITARIO
A Julio	Receta	Farmacia	309.626,92	30,04
A Junio	Internación	Sanatorios	116.483,52	862,84

CUADRO 4
NUMERO Y GASTO TOTAL POR TIPO DE PARTOS

MESES	TIPO DE PARTOS	N°	TOTAL PAGADO	NORMALES		DISTOCICOS		CESAREAS	
				N°	\$	N°	\$	N°	\$
Enero		27	17.935,34	17	7.902,05	1	.571,40	9	9.461,89
Febrero		31	16.460,01	25	11.662,80	2	873,14	4	3.924,07
Marzo		35	17.080,32	31	13.991,26	2	1.386,33	2	1.702,73
Abril		23	15.125,27	17	9.054,02	-	-	6	6.071,25
Mayo		37	25.616,75	29	17.768,81	3	1.904,58	5	5.943,36
Junio		26	17.249,65	20	10.262,89	-	-	6	6.986,76
Julio		21	13.777,04	15	7.633,21	-	-	6	6.143,83
Agosto		37	21.983,38	33	17.258,73	-	-	4	4.724,65
Setiembre		23	16.082,57	15	8.140,11	1	603,10	7	7.339,36
Octubre		40	24.025,01	33	17.044,93	1	737,70	6	6.242,38
Noviembre		33	22.796,76	25	13.935,48	-	-	8	8.861,28
Diciembre		32	19.365,56	29	15.240,63	-	-	3	4.124,93
Total		365	227.497,66	289	149.894,92	10	6.076,25	66	71.526,49
Costo medio			623,28		518,66		607,62		1.083,73

CUADRO 5

TOTAL PAGADO POR SANATORIO Y SU DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GASTOS

PRIMER SEMESTRE AÑO 1970

SANATORIOS	EGRESO	DIAS DE INTER-- NACION	TOTAL PAGADO	COSTO PROMEDIO EGRESO	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GASTOS						
					SANATORIALES	DERECHOS	H.MEDICOS	ANALISIS	B.MEDICA	MEDICAM.	OTROS
Lavalle	120	8,9	76.379,09	636,49	19,7	18,4	37,6	1,4	3,7	16,4	2,8
Mayo	138	6,2	77.740,00	563,33	17,4	18,4	41,2	1,6	2,7	15,4	3,3
I.M. del NORTE	142	5,2	65.910,08	464,22	17,0	19,2	47,5	1,7	1,8	10,9	1,9
Jujuy	92	4,6	40.653,05	441,88	17,1	21,4	42,7	1,6	1,3	14,9	1,0
San José	65	6,8	37.893,30	582,97	18,3	19,5	40,7	2,3	4,7	9,5	5,0
M. Fernandez	47	5,7	21.497,46	457,39	20,6	19,7	52,7	0,5	-	4,4	2,1
San Pedro	10	6,6	3.522,82	532,28	24,8	22,3	52,2	0,7	-	-	-
Mater	9	5,5	3.645,57	405,06	24,7	23,6	51,7	-	-	-	-
Claverie	9	7,3	8.465,72	940,63	15,7	17,6	42,7	-	1,7	13,5	8,8
Jure	4	1,1	1.538,64	359,66	17,2	19,6	60,8	-	-	2,4	-
San Luis	3	5,0	1.145,99	381,99	24,2	24,5	45,3	-	-	6,0	-
I.deMaternid.	3	6,3	2.203,76	734,58	15,9	19,4	50,6	-	-	8,8	5,3
Ledesma	1	2,1	322,44	322,44	11,5	21,5	67,0	-	-	-	-
Moreno	1	2,0	325,56	325,56	11,4	22,3	66,3	-	-	-	-
T O T A L	644	6,0	341.243,48	526,80	18,3	19,3	42,2	1,7	2,4	12,9	3,2

CUADRO 6

TOTAL PAGADO POR SANATORIO Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GASTOS

MESES	EGRESO	DIAS INT. ²	TOTAL PAGADO	COSTO POR EGRESO	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GASTOS						
					SANATORIALES	DERECHOS	H. MEDICOS	ANALISIS	E. MEDICA	MEDICAMENTOS	OTROS
Enero	141	5,9	84.056,14	596,14	17,8	18,2	43,7	1,0	2,5	14,2	2,6
Febrero	134	5,4	80.824,32	603,16	16,3	17,4	43,3	2,3	3,4	14,6	2,7
Marzo	138	4,2	74.952,76	542,41	16,6	17,9	44,1	1,7	3,5	12,9	3,3
Abril	101	8,1	65.732,51	650,81	15,2	15,4	46,3	1,4	5,0	13,3	3,4
Mayo	150	6,3	96.046,66	640,31	16,4	15,7	45,5	1,9	3,5	13,3	3,7
Junio ,	113	5,9	78.458,12	694,31	16,5	15,5	46,1	1,7	4,1	12,8	3,3
Julio	104	4,6	61.345,56	589,86	15,2	17,3	47,7	1,3	2,2	13,6	2,7
Agosto	134	5,5	101.667,29	758,71	14,0	15,9	49,0	1,3	2,5	13,2	4,1
Setiembre	122	6,2	94.524,68	774,79	15,6	15,0	45,5	1,7	4,1	15,2	2,9
Octubre	148	5,8	106.431,01	719,12	15,4	16,9	46,1	1,1	3,5	13,4	3,6
Noviembre	151	5,3	102.876,86	681,30	15,2	15,5	45,1	1,7	2,3	15,6	4,6
Diciembre	121	5,4	71.849,68	593,79	16,6	15,8	41,1	1,8	3,1	18,2	3,4
Total	1.557		1.018.765,88	654,31	15,8	16,3	45,4	1,6	3,3	14,2	3,4

CUADRO 7

COSTO TOTAL POR AFILIADO (100%)

AÑO 1971

CONCEPTOS	\$ LEY	%
Gasto Asistencial	181,25	93,2
Gasto Administrativo	13,06	6,8
T O T A L	194,31	100,0

FINANCIACION

APARTADO 6

SITUACION FINANCIERA

La Caja casi desde el comienzo de sus actividades viene arrastrando una situación deficitaria que se ha tornado - en crítica en estos últimos dos años.

No cabe duda que, para tratar de escudriñar las razones o causas que desde su lanzamiento la indujeron hacia esta - pendiente, sería necesario no solamente revizar los aspectos contables, sino los mecanismos de control adoptados para inferir de ellos las posibles desviaciones en la conducta usuaria y prestataria.

En este capítulo nos limitaremos a un análisis técnico-financiero de la Institución ya que los otros matices están considerados en "Aspectos Administrativos - Informe General".

COTIZACION Y COSEGURO

La Caja financia las prestaciones que otorga mediante el aporte bipartito de sus afiliados y del Estado, del $2\frac{1}{2}\%$ - sobre los sueldos básicos de la Administración Pública Provincial y Municipal y el aporte único de los jubilados y pensionados del $2\frac{1}{2}\%$ - de la cuantía de sus prestaciones.

La participación que asume la Caja en el pago - de los servicios es del 50% del valor total de los mismos, por consiguiente, el afiliado absorbe el otro 50%.

CONSIDERACIONES GENERALES

El análisis de la situación financiero-económica de la Caja se ha estructurado de la siguiente forma:

- A) ANALISIS DE LOS RESULTADOS FINANCIEROS, Teniendo en cuenta los compromisos asumidos por la - Caja con el reconocimiento del 50% del gasto a sistencial a sus afiliados.
- B) ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS en el plan de financiamiento y recuperos del coseguro -- (50% del gasto asistencial, menos farmacias).
- C) ANALISIS DE LA INCIDENCIA DEL GASTO ADMINIS-- TRATIVO.

A) ANALISIS DE LOS RESULTADOS FINANCIEROS(50% del gasto asistencial)

Con el propósito de realizar la valoración de la situación financiera de la Caja, se analizaron particularmente las corrientes de los ingresos y de los egresos en sus diferentes conceptos.

Ingresos y Egresos

En base a las registraciones contables y los balances de los respectivos ejercicios se confeccionaron los cuadros que a continuación se detallan:

CUADRO 1: Registra los ingresos realizados, según los diferentes conceptos en el período 1966-1971;

CUADRO 2: Transcribe los egresos por gastos asistenciales a cargo de la Caja (50% del total) para el mismo período;

CUADRO 3: Considera los gastos de personal y funcionamiento, correspondiente también al período mencionado;

CUADRO 4: En base a la anterior información se estimaron los resultados financieros de los respectivos ejercicios.

La confrontación de los ingresos con los egresos arroja un déficit acumulado en los seis (6) años de gestión de la Caja de \$939.477,32.

Análisis y Evaluación del déficit

Indicadores de la evolución de los recursos y las erogaciones

En el CUADRO 5 se elaboraron los índices de evolución de los ingresos y de los egresos deflacionados por el costo de vida para el período 1966-1971.

Según puede apreciarse en la serie de índices deflacionados, los ingresos han ido creciendo desaceleradamente -- con relación a los egresos asistenciales. Obsérvese que de base -- 100 en 1966 los ingresos pasaron a 114, en tanto que los egresos -- para el mismo período pasaron de 100 a 167.

Por consiguiente entre las causas del déficit se debe apuntar la falta de paralelismo entre los aumentos de las escalas de sueldos básicos y el crecimiento de los costos asistenciales.

Aportes medios y bases de cotización

En el año 1971, conociendo el número de afiliados a la Caja para ese año, se calculó el aporte medio mensual correspondiente a un agente en actividad con el siguiente resultado: en promedio cada afiliado aporta \$6,81, cantidad ésta que es equivalente al $2\frac{1}{2}\%$ de una retribución básica (sueldo-jubilación) mensual de \$272,40.

El porcentaje de cotización aplicado a una remuneración de tan bajo nivel pierde significación si se considera que este aporte intenta financiar un gasto médico siempre creciente.

Las bases de cotización mínimas (remuneración mínima) en otras Obras Sociales con igual porcentaje de descuento, para ese año, fueron de \$350,00, por consiguiente, el aporte mínimo del afiliado era de \$8,75, en tanto que el aporte medio ascendía a \$19,83.

Es, pues, evidente que una de las causales de la distorsión de los ingresos ha sido, sin lugar a dudas, la limitación de la base de cotización a los salarios básicos en lugar de incluir en ella la totalidad de las remuneraciones.

Esta situación se ve agravada cuando ocurre -- que los mayores porcentajes de aumentos salariales se vuelcan a -- las bonificaciones, acrecentándose sensiblemente la brecha entre -- los salarios básicos y el total de remuneraciones.

Conforme a una información suministrada por Contaduría General de la Provincia, que se agrega como ANEXO 1, las -- bonificaciones adicionales al sueldo básico (bonificación mayor -- costo de vida, gastos de representación, dedicación especial, riesgo y estado docente), representan el 67% de la actual base de cotización.

Para agosto de 1972, el sueldo básico medio para un agente de la Administración Pública era de \$389,97, en tanto que la remuneración media por todo concepto ascendía a \$653,52. El número de agentes considerados para el cálculo, son los de Planta Permanente que se agrega como ANEXO 2.

Con respecto a los empleados de Municipalidades y Comisiones Municipales la incidencia de las bonificaciones es de menor importancia, representa sólo el 18,4% de los sueldos básicos. Esta circunstancia es motivada, en razón de que la Municipalidad de Capital, que es la de mayor número de agentes, no tiene bonificaciones por mayor costo de vida. El sueldo básico medio de este sector de afiliados, para agosto de 1972 era de \$446,00 y la remuneración media, incluidas las bonificaciones de \$528,30. Según puede apreciarse es algo menor a la remuneración media de los empleados provinciales (ANEXO 3 - Informe Contaduría General de la Provincia).

Si bien esta incidencia del 18,4%, tal como se ha manifestado, es sensiblemente menor a la anterior, es de destacar que esto no invalida lo anteriormente dicho con respecto de las causales de distorsión, ya que, el número de agentes en este sector representa sólo aproximadamente, el 10% del total de afiliados.

Jubilados y Pensionados: carencia de aporte patronal

Sin duda, otra causal del deterioro financiero radica en la falta del 2½% de cotización patronal del sector pasivo para quienes, ni la Caja de Previsión ni el Estado contribuyen a -- complementar el aporte del afiliado. Por consiguiente, en los hechos los agentes en actividad están financiando la mitad de los gastos -- de atención médica de dicho sector.

Esta situación resulta doblemente perjudicial a la financiación del sistema, ya que no solamente el aporte del sector pasivo es la mitad de la del sector activo, sino que la demanda y el gasto asistencial en este universo de afiliados de edad avanzada es un 35% superior al gasto de un adulto(según estudios en o---tras Obras Sociales).

Acrecentamiento relativo del gasto farmacéutico

De la distribución de los gastos asistenciales-- según los diferentes servicios, adjunto en el CUADRO 6, es de destacar la importancia relativa que ha ido adquiriendo el rubro de medicamentos desde 1966 a 1970, del 17,4% que representaba sobre el gasto total en 1966 ha pasado en 1970 al 44,7%.

Del año 1971 no se tiene aún información preci-

sa porque no se ha producido aún el cierre del ejercicio.

Seguidamente, comparamos la distribución del -
gasto asistencial de la Caja, para el año 1970, con el de otras O-
bras Sociales similares.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL COSTO TOTAL (100%)

AÑO 1970

SERVICIOS	JUJUY	BUENOS AIRES	LA PAMPA	NEUQUEN
Farmacias	44,7	37,0	42,0	31,0
Médicos	13,6	30,0	24,1	21,3
Sanatorios	23,2	17,8	12,0	24,7
Laboratorios	3,6	5,8	5,0	7,1
Odontólogos	4,5	0,2	11,0	8,0
Radiografías	3,7	-	-	5,6
Otros	6,7	9,2	5,9	2,3
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0

En I.O.M.A. (Instituto de Obra Médico Asisten -
cial de la Provincia de Buenos Aires) la tendencia en los últimos a
ños, de la distribución del gasto asistencial fue la siguiente:

RUBROS	AÑOS	1965	1968	1971
Farmacias		37,9	37,1	35,7
Médicos		35,2	36,4	41,6
Sanatorios		15,5	16,4	14,7
Odontólogos		5,1	3,8	0,7
Laboratorios		4,3	4,5	4,7
Reintegros		2,0	1,8	2,6
T O T A L		100,0	100,0	100,0

Se puede observar que el valor relativo del gas
to de farmacia es decreciente, absorbiendo la diferencia el rubro -
médicos.

El incremento relativo experimentado en los gas
tos farmacéuticos de la Caja puede haber sido consecuencia tal vez-
de una menor demanda de servicios médicos. Obsérvese que sumando --

los porcentajes de asistencia médica y sanatorios, se aprecia que en 1966, estos dos rubros representaban el 49,6% y en 1970 solamente el 36,7%.

Si bien es cierto que la circunstancia del aumento relativo de medicamentos no constituye un indicador suficiente como para señalarla como una causal del déficit (puede ser ocasionada por una demanda normal), sin embargo, es conveniente hacer notar, según ya se ha manifestado al tratar "Demanda de la Obra Social", que la relación receta-visita es inversa a la que se presenta en la gran mayoría de las Obras Sociales similares (en la Caja 1,5 - recetas por cada visita y en otras Obras Sociales entre 0,6 y 0,8).

De allí que podría inferirse que la utilización más frecuente de los servicios farmacéuticos pueda ser ocasionada por la extensión de recetas que no corresponden estrictamente a visitas médicas.

Morosidad en los aportes

Según ha podido comprobarse algunas reparticiones públicas no cumplen con el depósito de aportes en forma regular y en término ocasionando por tal motivo problemas de liquidez y en ciertos casos (Municipales y Comisiones Municipales) han colaborado a acrecentar el déficit de la Caja ya que la prolongada mora ha vol

cado la deuda hacia el rubro de incobrables. En otros, la situación es más seria porque nunca han depositado los aportes, en tanto que sus afiliados están utilizando los servicios de la Caja.

Los datos precisos sobre las deudas no se han obtenido porque en enero de este año se comenzó a llevar sistemáticamente el control de aportes. (concretado en setiembre 72/)

RESUMIENDO:

El déficit señalado presumiblemente ha sido con
secuencia de:

- 1) La aplicación de un porcentaje fijo sobre bases de cotización limitadas a sueldos básicos.
- 2) La falta del aporte patronal de Jubilados y Pensionados.
- 3) La morosidad y en algunos casos la incobrabilidad de aportes, a veces como consecuencia de la inoperancia de controles adecuados.
- 4) El aumento desproporcionado de los gastos asistenciales en relación a los sueldos básicos, base de la cotización.

B) PRESTAMOS PARA COSEGURO

La Caja con el propósito de facilitar económicamente el acceso a la prestación al afiliado, le liquida al prestador el importe total de su factura. El 50% que le corresponde pagar al afiliado se recupera:

- 1) Mediante un débito en la cuenta corriente -- del afiliado;
- 2) O bien, pagando el afiliado en la Caja, en -- el momento de adquirir la orden de atención, la totalidad del coseguro o un importe par-- cial del mismo.

La cuota máxima autorizada por las normas legales es del 20% de la remuneración del afiliado, pero, generalmente, ésta no sobrepasa los \$40,00 mensuales, excepcionalmente se llega a descontar hasta \$60,00 por mes. Cuando la devolución del préstamo -- para coseguro se efectúa mediante amortizaciones mensuales, éstas -- son efectivizadas por el afiliado mediante:

- 1) Retenciones en sus haberes;
- 2) Pago directo en la Caja.

La situación financiera derivada de la aplica-- ción de este plan de amortización de préstamos y recuperos por cose-- guros, no siempre ha quedado reflejada en los balances al cierre de

cada ejercicio. Desde el año 1966 a 1969 los cuadros contables estaban referidos, en los egresos, a los importes que por Ley estaban a cargo exclusivo de la Caja (50% de los servicios) y en ingresos no se consideraban los recuperos por coseguro. Desde el Balance de --- 1970 se incorporan la totalidad de los pagos asistenciales (100%) y la contrapartida de las entradas de ingresos por recuperos. Con respecto al Balance del ejercicio 1971 no se conocen sus resultados, ya que aún no se ha producido el cierre del mismo en razón del ajuste de aranceles que se hallaba pendiente de pago a los profesionales - hasta hace corto tiempo.

Evaluación del sistema de recuperos

Dadas las circunstancias antes explicadas y considerando de gran importancia para el esclarecimiento de la situación financiera de la Caja, tener un panorama del desarrollo del -- plan de préstamos y recuperos por coseguro, se obtuvieron de las registraciones contables, algunos datos que nos han permitido valorar, estimativamente, este proceso.

Primeramente se calculó, aproximadamente, el gasto asistencial que la Caja tuvo que afrontar al tomar a su cargo la parte en el gasto a cargo del afiliado.

A continuación se transcriben los importes que-

en concepto de coseguro, estimativamente, debió liquidar la Caja a sus prestadores:

COSEGURO PAGADO POR LA CAJA

<u>A Ñ O S</u>	<u>GASTO ASISTENCIAL(x)</u>
1966	420.204,42
1967	524.766,87
1968	541.577,45
1969	687.826,83
1970	784.742,41
1971	1.399.404,25
T O T A L	4.358.522,24

(x) 50% de los gastos asistenciales,
excepto farmacia.

Después se sumaron los recuperos en los distintos años según registraciones contables:

RECUPEROS POR COSEGURO

<u>A Ñ O S</u>	<u>RECUPEROS</u>
1966	3.651,31
1967	80.437,33
1968	314.807,96
1969	386.205,17
1970	405.626,01
1971	894.396,64
<u>T O T A L</u>	<u>2.085.124,42</u>

Según estas estimaciones el importe no recuperado por cosegueros ascendería al 31-12-71 a \$2.273.397,82.

Dado que el Balance de 1971 todavía no ha sido cerrado, no se conoce con exactitud el saldo de deuda de las 12.000 fichas de cuenta corriente de los afiliados directos; si se opta -- por estimar que la deuda ha seguido la evolución de los recuperos -- respecto de 1970, la misma podría estimarse en unos \$750,000,00.

La resultante de estas estimaciones es que ---- \$1.523.397,82 no se han recuperado ni se esperan recuperar.

Un plan racionalmente financiero (que tal vez se hubiera desviado en la realidad por la situación de apremio económico de los afiliados) hubiera sido el de amortización total del préstamo en un año, con lo cual los recuperos se hubieran obtenido en promedio hacia la mitad de cada año.

A continuación se confrontan la hipótesis con lo que en realidad ocurrió en la Caja:

COMPARACION DE UNA HIPOTESIS SOBRE RECUPEROS CON LOS
EFECTIVAMENTE RECAUDADOS

A Ñ O S	HIPOTESIS	REAL
1966	210.102,21	3.651,31
1967	472.485,64	80.437,33
1968	533.172,16	314.807,96
1969	614.702,15	386.205,17
1970	736.284,62	405.626,01
1971	1.092.073,33	894.396,64
SALDO	699.702,13	---
T O T A L	4.358.522,24	2.085.124,42

En los últimos años, según esta hipótesis parecen haber ido aumentando los recuperos en una tendencia hacia su normalidad. Las distorsiones de mayor envergadura se han producido en los primeros años de funcionamiento de la Caja.

Es lógico plantearse las razones que ocasionaron este grave problema de incobrabilidad de los recuperos y en -- nuestra opinión esto ha sido consecuencia de fallas en los controles internos y falta de coordinación administrativa con las reparticiones que deben efectuar las deducciones de las planillas de -- sueldo. (En numerosos casos no se reciben planillas que permitan -- el control de las posteriores retenciones. Ver en el Informe General - Funcionamiento financiero-administrativo).

Asimismo es de destacar que este sistema de -- préstamos aparte de los problemas que crea la falta de pago tiene las siguientes desventajas respecto a la liquidez de la Caja:

- 1) Con respecto a los plazos, a pesar de que -- la Caja trata de reducirlos a un máximo de seis meses, las circunstancias obligan a prolongarlo aún más allá del año, ya que la acumulación de servicios prestados a diferentes miembros de la familia del afiliado directo, llevan el coseguro a sumas de verdadera envergadura, difícilmente amortizable-

en corto plazo.

- 2) Las cuotas se reciben en dinero devaluado, - de modo que en el transcurso de un año pueden haber perdido un 30% o 40% de su valor o riginal según haya sido el índice inflacionario de dicho período.
- 3) El alto costo del proceso administrativo ya que, se estima que el 20% de la tarea administrativa se destina a este fin.

RESUMIENDO:

- 1) El no recupero de la suma señalada, indica-
que el real coseguro abonado por los afilia-
dos en los últimos seis años, ha sido en --
promedio, del 37%. (50% coseguro legal menos
13% de coseguro descontado por falta de pa-
go).
- 2) Este coseguro por no recupero, se ha distri-
buído en forma desigual entre los usuarios,
mientras que algunos afiliados han afronta-
do el 50%, otros han recibido los servicios
sin ningún desembolso.
- 3) El sistema de financiación del coseguro ---
constituye el factor más significativo en la
crisis financiera de la Caja.

C) INCIDENCIA DEL GASTO ADMINISTRATIVO

Los dos grandes rubros de erogaciones de la Caja son los asistenciales y los de funcionamiento. Teniendo en cuenta que el pago a los prestadores se efectúa por el 100% de la liquidación a excepción de farmacias (50%) y que esta circunstancia da lugar a todo el proceso administrativo de recuperos y cesión de haberes, al medir la incidencia de los gastos administrativos se calculó la misma sobre los gastos asistenciales totales. En el CUADRO 7 se calcularon los gastos asistenciales por el 100% y los totales de egresos durante el período 1966-1971.

En el CUADRO 8 se observa que el gasto de funcionamiento de la Caja ha decrecido proporcionalmente desde 1966- a 1971 pasando de 14,2% a 9,2%.

Este análisis es suficiente para demostrar que los gastos administrativos (Personal y Otros Gastos de Funcionamiento) no fueron causantes de la situación financiera deficitaria.

Situación financiera actual

Para superar la situación de iliquidez y de deficit económico analizada anteriormente, la Caja se vio en la necesidad de adoptar las siguientes medidas:

1) No reconocer los últimos aumentos arancelarios de los prestadores que se producían como consecuencia de la aplicación de la Ley ---- 18.912.

2) Demorar los pagos.

3) Solicitar subsidios al Gobierno Provincial.

En este momento la Caja mediante la ayuda recibida del Estado está superando parte de su desequilibrio financiero y ha reconocido los honorarios fijados por las últimas disposiciones derivadas de la Ley 18.912.

EVALUACION

Lo expuesto en este apartado confirman la necesidad de una reestructuración total del sistema de financiación que asegure el equilibrio financiero.

CUADRO 1
INGRESOS REALIZADOS SEGUN CONCEPTOS (2)
Periodo 1966-1971

C O N C E P T O	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Subsidio art.20 inc.a Ley 65 65	10.000,00	-	-	-	-	-
Aporte af.Pcial	420.551,30	437.069,61	521.573,43	607.165,56	686.983,89	939.118,10
Aporte Estado Pcial	268.239,32	438.841,14	427.982,83	532.260,20	596.337,07	883.818,34
Aporte Af. Munic.	(1)	29.395,35	60.240,99	66.003,08	74.324,02	78.224,76
Aporte Estado Munic.	6.456,08	53.580,62	58.655,09	64.679,74	74.140,48	78.269,68
T O T A L E S	705.246,70	958.886,72	1.068.452,34	1.270.108,58	1.431.785,46	1.979.430,88

(1) Incluido en aporte afiliado provincial. (2) No incluye recuperos.

CUADRO 2
EGRESOS ASISTENCIALES (*)
Período 1966-1971

SERVICIOS	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Asistencia Méd.	109.932,85	91.379,18	125.724,63	174.885,32	192.967,35	-
Sanatorios	142.400,52	253.695,54	243.790,30	295.837,83	332.462,35	-
Análisis Clínic.	22.568,40	28.689,26	32.309,04	43.473,55	51.145,36	-
Tratam. Espec.	19.936,09	31.380,06	33.528,64	45.737,32	60.219,02	-
Electric. Médica	22.667,52	33.249,47	38.498,40	50.158,92	52.522,20	-
Optica, Ort., etc.	22.643,61	29.405,32	17.653,88	17.273,42	22.668,42	-
Odontología	78.116,55	62.539,52	44.458,06	53.379,87	63.935,17	-
Enfermería	1.091,30	3.691,97	5.382,54	7.080,60	8.822,54	-
Traslados	786,33	1.703,60	231,96	-	-	-
Medicamentos	36.671,97	239.354,97	366.724,32	511.119,57	635.273,22	-
Inyecciones	61,35	32,95	-	-	-	-
T O T A L	508.876,39	764.121,84	908.301,77	1.198.946,40	1.420.015,63	2.101.655,53

(*) Corresponde al 50%.

CUADRO 3

GASTOS DE ADMINISTRACION

Período 1966-1971

C O N C E P T O	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Gastos en Personal	116.349,48	110.703,29	125.530,78	170.189,11	216.552,94	271.923,04
Asesores Médicos y Odontólogos	---	23.751,68	28.682,44	36.035,84	---	---
Gastos de Funcionamiento	37.681,77	40.456,87	49.040,24	71.375,17	70.775,90	82.421,90
T O T A L E S	154.031,25	174.911,84	203.253,46	277.600,12	287.328,84	354.344,94

CUADRO 4
ESTADO DE SITUACION FINANCIERA
Período 1966-1971

AÑOS	INGRESOS	EGRESOS		TOTAL	DEFICIT O SUPERAVIT
		GASTOS ASISTENCIALES	GASTOS ADMINISTRATIVOS		
1966	705.246,70	508.876,39	154.031,25	662.907,64	42.339,06
1967	958.886,72	764.121,84	174.911,84	939.033,68	19.853,04
1968	1.068.452,34	908.301,77	203.253,46	1.111.555,23	- 43.102,89
1969	1.270.108,58	1.198.946,40	277.600,12	1.476.546,52	-206.437,94
1970	1.431.785,46	1.420.015,63	287.328,84	1.707.344,47	-275.559,01
1971	1.979.430,88	2.101.655,53	354.344,94	2.456.000,47	-476.569,59
DEFICIT ACUMULADO					-939.477,32

CUADRO 5**INDICES DEFLACIONADOS DE INGRESOS Y EGRESOS****Período 1966-1971**

A Ñ O S	INGRESOS		EGRESOS ASISTENCIALES		EGRESOS ADMINISTRATIVOS	
	NORMAL	DEFLACIONA DOS	NORMAL	DEFLACIONADOS	NORMAL	DEFLACIONADOS
1966	100	100	100	100	100	100
1967	136	105	150	116	114	88
1968	152	101	178	119	132	88
1969	180	112	235	146	180	111
1970	203	112	279	154	187	103
1971	281	114	412	167	230	93

CUADRO 6**EGRESOS ASISTENCIALES****DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN SERVICIOS****Periodo 1966-1970**

C O N C E P T O S	1966	1967	1968	1969	1970
Asistencia Médica	21,6	12,0	13,8	14,6	13,6
Sanatorios	28,0	33,2	26,8	24,7	23,2
Análisis Clínicos	4,4	3,8	3,6	3,6	3,6
Tratamientos especiales	3,9	4,1	3,7	3,8	4,2
Electricidad médica	4,5	4,2	4,3	4,2	3,7
Optica, Ortopedia, etc.	4,4	2,5	1,9	1,4	1,6
Odontología	15,4	8,2	4,9	4,5	4,5
Enfermería	0,3	0,5	0,6	0,6	0,6
Traslados	0,1	0,2	-	-	-
Medicamentos	17,4	31,3	40,4	42,6	44,7
Inyecciones	-	-	-	-	-
T O T A L E S	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

CUADRO 7
EROGACIONES TOTALES EN VALORES ABSOLUTOS(x)
Periodo 1966-1971

AÑOS	GASTOS ASISTENCIALES (x)	GASTOS ADMINISTRATIVOS	TOTAL
1966	929.081,01	154.031,25	1.083.112,26
1967	1.288.888,71	174.911,84	1.463.800,55
1968	1.449.879,22	203.253,46	1.653.132,68
1969	1.886.773,23	277.600,12	2.164.373,35
1970	2.204.758,04	287.328,84	2.492.086,88
1971	3.501.059,79	354.344,94	3.855.404,73

(x) Costo total del Servicio Asistencial liquidado a los prestadores, en Farmacias 50%.

CUADRO 8

EROGACIONES TOTALES EN VALORES RELATIVOS

(1004)

Periodo 1966-1971

A Ñ O S	GASTOS ASIS- TENCIALES	GASTOS ADMI- NISTRATIVOS	T O T A L
1966	85,8	14,2	100,0
1967	88,1	11,9	100,0
1968	87,7	12,3	100,0
1969	87,2	12,8	100,0
1970	88,5	11,5	100,0
1971	90,8	9,2	100,0

ANEXOS



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE JUJUY

MINISTERIO DE HACIENDA, ECONOMIA.
OBRAS PUBLICAS Y PREVISION SOCIAL

CORRESPONDE A EXP.

A N E X O 1

Repartición: CONTADURIA GENERAL DE LA PROVINCIA

SAN SALVADOR DE JUJUY, 5 DE octubre DE 1972

Señor Contador General:

De acuerdo a las instrucciones impartidas oportunamente, elevo a su consideración planilla con el costo mensual de la Planta de Personal Permanente según Presupuesto original 1972, de acuerdo a las asignaciones del mes de agosto ppdo.

Como puede observarse en la misma, dicho costo asciende a la suma de /// \$3.986.729,99 de Sueldo Básico y \$ 2.694.136,18 de Adicionales.

Por otra parte cumpla en informar que al 30-6-72 el Personal Temporario/ de la Administración Pública Provincial es el siguiente:

Personal Jornalizado.....	1.956
" Contratado	140
Total	2.096

Atribúyase a la presente carácter de atenta nota.-

CR.

MIGUEL ANGEL GARCIA
AUDITOR

COSTO MENSUAL DE PERSONAL DE PLANTA PERMANENTE CONFORME
A LAS REMUNERACIONES DEL MES DE AGOSTO DE 1972.-

Jurisdicción		Sueldo	B.M.C.Vida	Gtos Repres.	Compensación Jerárquica	Dedicación Especial	Riesgo	Estado Docente	T o t a l
Jurisdicción	"A" Gobernación	67.369,00	33.498,00	12.465,00	.-	.-	.-	.-	113.332,00
"	"B" M. Gobierno, Just. Educación	1.911.579,98	862.643,58	9.186,00	.-	182.095,00	271.990,00	242.265,60	3.479.760,16
"	"C" M. Hacienda, Ec. Obras Públicas	576.177,00	334.556,00	18.407,00	.-	.-	.-	.-	929.140,00
"	"D" M. Bienestar Social	1.183.733,01	580.435,00	10.772,00	.-	.-	.-	.-	1.774.940,01
"	Tribunal de --	32.942,00	18.451,00	1.380,00	.-	.-	.-	.-	52.773,00
"		214.929,00	32.160,00	.-	83.832,00	.-	.-	.-	330.921,00
T O T A L				52.210,00	83.832,00	182.095,00	271.990,00	242.265,60	6.680.866,17


MIGUEL ANGEL GARCIA
AUDITOR

ANEXO 2

RESUMEN DE LA PLANTA DE PERSONAL

CLASIFICACION INSTITUCIONAL Y POR CATEGORIA

C O N C E P T O	TOTAL	Autoridades Superiores	Categ. "A" Jerárquico	Categ. "B" Profesional	Categ. "C" Técnico	Categ. "D" Administ.	Categ. "E" Servicio y Maest.	Personal fuera de escala
Total	10.223	15	73	171	1.444	1.384	1.687	5.449
Administ. Central	9.918	15	58	160	1.408	1.250	1.586	5.441
Jurisdicción "A"	97	4	6	10	6	26	40	5
" " "B"	5.652	3	21	26	30	452	364	4.756
" " "C"	1.064	5	23	89	286	341	314	6
" " "D"	2.810	3	8	30	1.071	417	863	418
" " "E"	43	-	-	5	15	14	5	4
" " "F"	252	-	-	-	-	-	-	252
Organismos Descent.	305	-	15	11	36	134	101	8
Deción Provincial de Vialidad	194	-	3	8	23	68	90	2
Caja del Seguro de Enfermedad	42	-	5	-	-	29	4	4
Instituto Provinc. de Previsión Social	69	-	7	3	13	37	7	2



PROVINCIA DE JUJUY

CONTADURIA GENERAL DE LA PROVINCIA

SAN SALVADOR DE JUJUY, 5 de Octubre de 1972.-

Señor Contador General:

Elevo a su consideración planilla con el costo mensual del Personal de Planta Permanente de las Municipalidades y Comisiones Municipales conforme a las asignaciones del mes de agosto // ppdo.

El mismo asciende a \$ 763.390 de acuerdo al siguiente detalle:

	<u>Nº de</u> <u>Agentes</u>	<u>Sueldo</u> <u>Básico</u>	<u>B.M.C.V.</u>	<u>Gtos.</u> <u>Repr.</u>	<u>TOTAL</u>
Municipalidades	1.257	582.627.=	96.532.=	6.065.=	685.224.=
Comisiones Municipales	188	61.847.=	16.319.=	--	78.166.=
TOTAL	1.445	644.474.=	112.851.=	6.065.=	763.390.=
=====					

Sirva de atenta nota.

wg.-


ANA R. MONTIEL

Auditor

COSTO MENSUAL DE PERSONAL DE PLANTA PERMANENTE DE LAS MUNICIPALIDADES Y COMISIONES
MUNICIPALES CONFORME A LAS REMUNERACIONES DEL MES DE AGOSTO DE 1972

M u n i c i p i o	n° de Agentes	Sueldo Básico	B.M.C.Vida	Gastos de Represent.	T o t a l
MUNICIPALIDADES:	1.257	582.627.=	96.532.=	6.065.=	685.224.=
La Capital	749	411.479.=	—.	4.974.=	416.453.=
Libertador General San Martín	125	39.336.=	24.891.=	173.=	64.400.=
San Pedro de Jujuy	176	55.294.=	36.286.=	230.=	91.810.=
La Quiaca	40	21.882.=	—.	460.=	22.342.=
Palpalá	56	17.934.=	11.639.=	57.=	29.630.=
Perico	63	20.684.=	13.485.=	57.=	34.226.=
Humahuaca	25	8.371.=	5.395.=	57.=	13.823.=
El Carmen	23	7.647.=	4.836.=	57.=	12.540.=
COMISIONES MUNICIPALES:	188	61.847.=	16.319.=	—.	78.166.=
1° Categoría:					
Calilegua	8	2.766.=	741.=	—.	3.507.=
Fraile Pintado	11	3.835.=	1.118.=	—.	4.953.=
La Esperanza	26	8.578.=	1.845.=	—.	10.423.=
Yuto	14	4.623.=	1.273.=	—.	5.896.=
La Mendieta	21	6.962.=	1.824.=	—.	8.786.=
Abra Pampa	8	2.841.=	905.=	—.	3.746.=
Monterrico	5	2.024.=	743.=	—.	2.767.=
Tilcara	17	5.571.=	1.483.=	—.	7.054.=
2° Categoría:					
Rinconada	4	1.321.=	254.=	—.	1.575.=
Palma Sola	4	1.368.=	291.=	—.	1.659.=
Puesto Viejo	4	1.368.=	253.=	—.	1.621.=
Santa Clara	4	1.368.=	291.=	—.	1.659.=
San Antonio	9	2.779.=	600.=	—.	3.379.=
El Piquete	5	1.655.=	349.=	—.	2.004.=
Maimará	6	1.895.=	408.=	—.	2.303.=
3° Categoría:					
Pampa Blanca	3	918.=	300.=	—.	1.218.=
Santa Catalina	3	918.=	300.=	—.	1.218.=
Caimancito	8	2.403.=	575.=	—.	2.978.=
Hipólito Irigoyen	2	630.=	243.=	—.	873.=
Volcán	5	1.493.=	414.=	—.	1.907.=
Susques	1	345.=	131.=	—.	476.=
Yavi	3	918.=	300.=	—.	1.218.=

Municipio	Nº de Agentes	Sueldo Básico	B.M.C.Vida	Gastos de Represent.	Total
<u>COLISIONES MUNICIPALES:</u>					
<u>3º Categoría:</u>					
Tuabaya	4	1.206.=	357.=	--	1.563.=
Pucmanarca	3	918.=	300.=	--	1.218.=
Vinalito	3	963.=	290.=	--	1.253.=
Valle Grande	2	633.=	188.=	--	821.=
Cieneguillas	3	918.=	300.=	--	1.218.=
Pampichuela	2	630.=	243.=	--	873.=
TOTAL	1.445	644.474.=	112.851.=	6.065.=	763.390.=
=====					

EVALUACION Y CONCLUSIONES

APARTADO 7

EVALUACION Y CONCLUSIONES

- 1) La población protegida, a pesar de estar casi -
exclusivamente constreñida (salvo pequeños gru-
por de voluntarios) a los agentes de la Adminis-
tración Pública, Jubilados y Pensionados provin-
ciales y Municipales, está tiene una importante
incidencia en el total de la población provin-
cial lo que ocasiona que el normal funcionamien-
to de la Caja interese, tanto a los sectores cu-
biertos, como a los prestadores de servicios.
- 2) Las tasas de utilización de los servicios son -
comparativamente inferiores a las de otras Obras
Sociales. La magnitud de la demanda no satisfe-
cha es desconocida, motivo por el cual, se ha pro-
yectado la encuesta que está en ejecución. Asi--
mismo puede valorarse la distribución de dichas
tasas de demanda en las distintas zonas de la -
provincia.
- 3) La Caja no cuenta con programas asistenciales -
que le permitan dirigir la atención médica ha--

cia la detección, prevención y cura de enfermedades prevalentes.

- 4) Los costos unitarios de los servicios que ha sido posible medir, son semejantes a los de otras Obras Sociales. En cuanto al gasto afiliado-año, considerando la totalidad de las erogaciones (Obra Social + Coseguro) se muestra en un nivel similar al de la media nacional.
- 5) La situación financiera reconoce como las más importantes causas de desequilibrio las siguientes :

Déficit en los recuperos de coseguro (préambos y recuperos propiamente dichos).

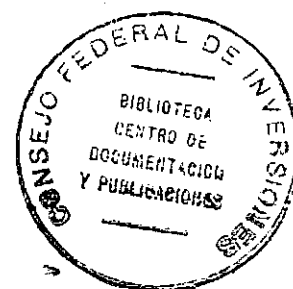
Limitación de la base de cotización a los salarios básicos.

La carencia de aporte patronal del sector pasivo.

Distorsión en el aumento de las prestaciones con relación al aumento salarial (base de cotización).

Morosidad e incobrabilidad de aportes.

Del análisis de la información verificada por los técnicos intervinientes sobre la situación financiera de la Caja, surgen ciertas incoherencias, - particularmente, en financiación y recuperación - de coseguro. En esta etapa de diagnóstico sólo se describe la trayectoria de tal situación, confrontándola con una esperada. Establecer las causales correspondientes implicaría una tarea de auditoría no prevista en el plan de trabajo.



**- RELEVAMIENTO DEL SISTEMA VIGENTE EN SUS ASPECTOS
ADMINISTRATIVOS -**

- LEY 19.710 -

Esta reciente norma deroga a la Ley 18.912 y crea un sistema que regimenta las prestaciones asistenciales a -- las Obras Sociales comprendidas dentro de la Ley 18.610 y de los que se hubieren incorporado posteriormente a la misma, -- como en el caso ya analizado del I.N.O.S. esta regulación no alcanza las Obras Sociales de carácter Público Provincial o Municipal (salvo la Ciudad de Buenos Aires).--

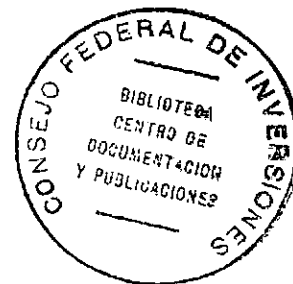
Se regula cuatro modalidades de contratación de -- servicios: relación de dependencia con remuneración fija; -- por capitación por cartera fija; por prestaciones, también -- se admiten que estas formas sean mixtas.--

Esta Ley crea una Comisión Parataria Nacional que convendrá los Convenios Tarifarios y tendrá facultades de -- interpretación de los Convenios que celebre.--

Las representaciones de las Obras Sociales (entidades Prestatarias) será ejercida por la C.G.T.--

Como es dable observar se amplían los Sistemas de Contratación de servicios médicos y paramédicos y se da a -- las organizaciones obreras la facultad de discutir en forma directa los convenios tarifarios.--

Se sigue de este modo en líneas generales el ---- espíritu de la "Ley-base" 18.610.--



- C A P I T U L O V -

- . APARTADO 1: INFORME GENERAL**
- . APARTADO 2: ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO Y RECURSOS
HUMANOS Y MATERIALES DISPONIBLES**
- . APARTADO 3: RELACIONES CON OTRAS ENTIDADES U ORGA
NIZACIONES.-
INFORMACION QUE SUMINISTRAN A LAS MIS
MAS**
- . APARTADO 4: INFORMACION SOBRE LOS SISTEMAS ACTUA
LES**
- . APARTADO 5: EVALUACION FINAL SOBRE LA ORGANIZACION
ADMINISTRATIVA**

- INFORME GENERAL -

APARTADO 1

- COMENTARIOS SOBRE LA EVOLUCION HISTORICA DE LA CAJA -

- . A raíz de la creciente alza de la atención Hospitalaria gratuita y la consiguiente disminución de la atención médica privada, el Gobierno Jujeño encara la creación de una Obra Social Se toma co- mo base el Decreto Ley 133/63 y el Proyecto de Ley de Seguro de- Enfermedad sin tratarse por la Legislatura en 1964. Se dictan -- así el Decreto Ley N° 6 del 10-9-65 el que se dicta y se regla- - menta (31-12-65) tomando además de los dicho antecedentes de La- Rioja y Salta.-
- . Los descuentos destinados a la Caja de Seguro comenzaron desde - octubre pero por los tres meses del año 1965 no brindó servicios a fin de recolectar fondos que le permitieran enfrentar las futu- ras erogaciones.-
- . El 3 de enero de 1966 (lunes) comienza a trabajar la Caja con el Primer Directorio compuesto por:

Primer Presidente: Sr. Miguel Costello (Experto Minero)

Vocales Representantes del Estado

- . Dr. Hugo Pemberton (Médico Pediatra)
- . Sr. Carlos Liendo Paz (Idóneo en Farma-
cia)

Contaba además con un Contador Organizador a cargo de la Geren- - cia:

- . Contador Mariotti

El Directorio tenía una Secretaría y había 5 empleados, después- de unos 10 días de nombraron 8 empleados más y un Asesor Médico- y otro Odontológico. El 18 de enero se habilita la Primera Dele- gación en San Pedro y el 8 de febrero se designa Gerente de la -- Caja al Señor

- . Ruben A. Vacca

//

a raíz de ello el Contador Mariotti pasa a ser Contador Auditor.-

- En fecha 1º de marzo de 1966 llega al poder provincial por elecciones el Peronismo siendo Gobernador el Abogado Dr. Martiarena, lo que produce un cambio de Directorio que quedó constituido --- así:

Presidente: Dr. Roberto Amado Cura

Vocales :

.Dr. Nure Yazlle (Actual Asesor Médico)

.Sr. Robustiano Alemán

Este Directorio contrata 8 supernumerarios para corregir el sistema afiliatorio, en especial organizar registros y legajos y entregar los carnets, lo que se hizo.-

Es de hacer notar que cuando la Caja comenzó a funcionar se afiliaban y utilizaban los servicios todo automáticamente, pero como el personal de origen se nombró el 30-12-65 y el 3-1-66 ya se atendía público, sin elementos ni sistema organizado, las afiliaciones se hicieron sin control alguno (sólo por lo que consignaban los que lo solicitaban), no se entregaban carnets, ni se controlaba documentación. Poco después de esto se quiso reestructurar el sistema de legajos y se traspapeló documentación, lo que originó la medida de orden aludida. Además se habilitaron todas las Delegaciones.-

- Producida la Revolución Argentina el 29-6-66 el Directorio presentó su renuncia, la que les fue aceptada el 31-8-66 y se nombra -- INTERVENTOR de la Caja con amplias facultades al Dr. Hugo Pembrerton que actuó con el asesoramiento del Sr. Miguel Costello. Se propuso reestructurar la Caja y el personal fue declarado en comisión. Por resolución Nº 61 del 28-11-66 se designan Delegados por concurso La Quiaca, Abra Pampa, Libertador General San Martín y San Pedro. Llega como gerente el Señor Medrano Roso (hasta mayo -- de 1970).-

///

///

- . En esta época (mediados de 1966) comenzaron a aportar al sistema de la Caja los Municipios y Previsión Social a pesar de que desde el 3-1-66 se usaban los servicios, ello ocurrió así en razón de que el Ejercicio Presupuestario se cerraba el 31-10 de cada año y para preverse las Partidas para la Caja se debió prolongar hasta el 31-12; las Municipalidades y Previsión quedaron eximidas del aporte por los tres meses de 1965 (aporte patronal), pero por problemas presupuestarios esto se prolongó hasta junio,-- luego en 1967 se abonaron mediante el Decreto 2712/67 por el que Contaduría Provincial retuvo los montos adeudados desde el ----- 1-1-66. Previsión nunca aportó el porcentaje patronal y a pesar de que han existido peticiones (escritas) no se abonó el mismo.--
- . En este momento la Caja soportaba un poderoso déficit lo que determinó que el porcentaje de cobertura se hiciera en forma genérica en un 50%, esto se hizo de hecho, sin disposición escrita -- el 1-9-66 por el Señor Interventor Dr. Pemberton.--
- . También en esta época se implantó el sistema de chequeras para la atención médica. Era Asesor médico el Dr. Antonio Alvarado -- (actual Sub-Secretario de Salud Pública) el proponía dársela al afiliado, pero el criterio no se aceptó y se la entregó directamente al médico, se le daban 50 cheques, el afiliado firmaba uno de ellos y cuando el médico pasaba la factura se le abonaba y -- luego se mandaba a descontar al afiliado de su sueldo lo que le correspondía, pero la Caja recién cobraba de 4 a 6 meses después y a veces por falta en los legajos no cabraba o porque el médico no consignaba bien los datos.--
- . El sistema aludido duró unos pocos meses hasta el 30-1-67 por el perjuicio que ocasionaba a la Caja; el 30-1-67--por Resolución -- Nº 79 los cheques se comenzaron a vender a los afiliados en la --

////

////

Caja y los recetarios que antes se entregaban a los médicos, -- ahora los extendían en los particulares y luego eran visados -- en la Caja; en el interior las Delegaciones visaban las recetas pero no controlaban las internaciones.--

- . El 31-2-67 y ante una gran influencia de afiliados a cargo sin-cuota adicional que entraban al sistema no se sabe bien porqué, tal vez porque el Artículo 4º de la Reglamentación alude a una-cuota para estas que no se fija en ninguna parte, el Instituto- por Resolución verbal exige que las esposas de los afiliados di- rectos que tuvieran recursos propios los debían declarar dentro de los 30 días y abonar el 5% de ese recurso; además otros fami- liares como padres, hermanos, etc. debían dentro de ese plazo - presentar un certificado judicial en el que constare que se ha- llaba a exclusivo cargo del afiliado directo, que no gozaba de- ningún otro servicio y que no tenían recursos propios y abonar- además el 2 1/2% del sueldo de su afiliado directo, esto se --- aplicó sin disposición legal alguna; mas en 1968 hay dos Resolu- ciones que se relacionan con ello la N° 151 del 8-7-68 y la 1-- N° 185.--

- . En septiembre de 1967 se hizo un proyecto con la consignada an- teriormente y se elevó en enero de 1968 (aunque ya se aplicaba- desde septiembre del 67). En julio de 1968 (era Interventor el- Sr. Costello por enfermedad del Dr. Pemberton) el Podes Ejecuti- vo lo devuelve y se aconseja su archivo y así se hace, archiván- dose en el Ministerio de Bienestar Social. Es de destacar que - en ese Proyecto se incluía como familiar a cargo a la concubina que tuviera 5 años de convivencia y 2 hijos.--

////

////

- . En marzo de 1969 ante la enfermedad de Pemberton se nombra un -- nuevo Interventor que queda confirmado con la muerte del Dr. -- Pemberton que fue el Dr. Juan José Alvarado (sobrino del actual Gerente a cargo de la Institución) que estuvo hasta marzo de -- 1970. Durante este período la Caja comenzó a participar activamente de Congresos y Reuniones con Obras Sociales de las demás Provincias lo que valió la introducción de nuevas ideas. Se comenzaron a reconocer marcapasos y audífonos y se tiende a la -- prosecución de los Proyectos de 1967, así se elabora un nuevo -- proyecto que no se elevó porque Alvarado se fue (no quedó escrito).--
- . En marzo de 1970 asume la Intervención el Dr. Adolfo Pereyra -- Rosas durante su período eleva un proyecto de reestructuración de la Caja.--

- FUNCIONAMIENTO OPERATIVO CON LOS AFILIADOS -

Los afiliados de la Capital, son atendidos directamente en la sede de la Obra para todo tipo de trámites; los cheques para Consulta y Ordenes Médicas son entregados directamente en el Sector "Prestaciones", sin ningún tipo de descentralización, lo que ocasiona grandes afluencias de público durante los días hábiles; los sábados por la mañana tienen habilitado un turno de atención para hacer uso de las prestaciones.-

Otras tareas atendidas directamente en la Sede son:

- Consultas según afiliación.
- Afiliación.
- Renovación de credenciales.
- Visación de recetas, presentadas en recetarios particulares de los profesionales.
- Cesión de haberes; mediante el cual descuentan el 50 % del coseguro en cuotas mensuales, directamente en las reparticiones públicas.
- Informe según facturas presentadas por los profesionales.
- Informe según el estado de la cuenta corriente pendiente.
- Revisación médica y odontológica en Sede para algunos tipos de afiliaciones y para ratificación de órdenes - por prácticas y tratamientos especiales.
- Reintegros en caso de prestaciones realizadas en otras provincias.
- Otras consultas.

En las Delegaciones del interior se atienden (en domicilios particulares de los Delegados), los siguientes trámites:

- Expedición de órdenes médicas.

- Expedición de cheques consulta.
- Consultas según afiliación.
- Recepción de fichas de afiliación (el trámite posterior es realizado en Sede)
- Visación de Recetas, presentadas en recetas particulares de los profesionales.
- Recepción de trámites para renovación de credenciales - (el resto es realizado en Sede)
- Recepción de otros tipos de consultas.

- FUNCIONAMIENTO OPERATIVO CON LOS PRESTADORES -

La Caja contrata los servicios con las siguientes Organizaciones Colegiadas de los Prestadores:

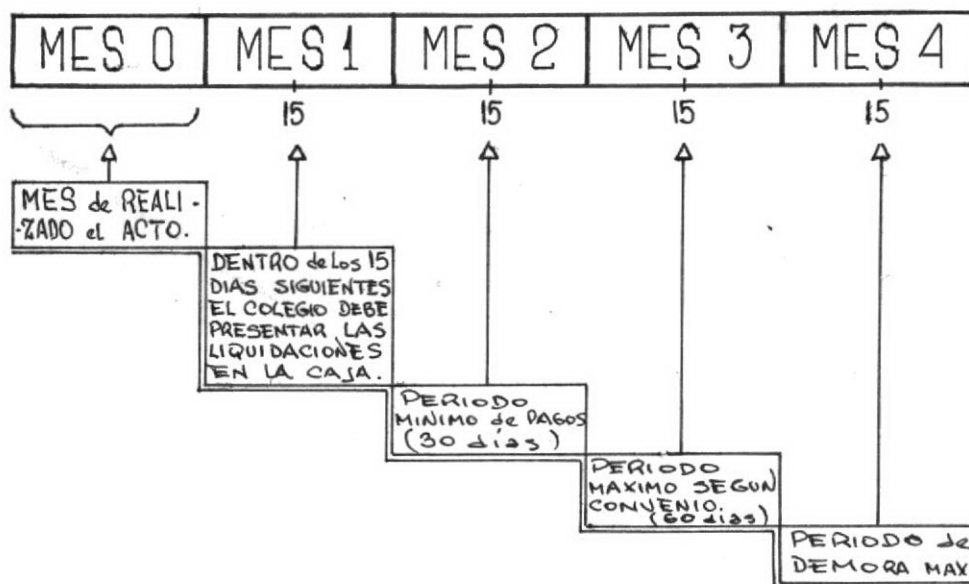
- Colegio Médico
- Colegio Bioquímico
- Colegio Farmacéutico
- Centro de Propietarios de Farmacia

En cuanto a los servicios sanatoriales se incluyen en los contratos con el Colegio Médico.-

Los servicios de enfermería y óptica son convenidos en forma directa e individual con los prestadores.-

En los Convenios se establecen dos aspectos, administrativos (condiciones de presentación, pago y otros) y de arancelamiento. Según los mismos los plazos de presentación, liquidación y pago, son los que se indican en el ciclo operativo que sigue:

CICLO OPERATIVO DE PRESENTACION Y PAGO



Con respecto al procedimiento administrativo (ver información sobre sistemas) -

- FUNCIONAMIENTO ECONOMICO Y FINANCIERO -

Las modalidades en los sistemas contables utilizados por la Caja, no permiten conocer con exactitud la evolución en lo económico financiero. Este aspecto se halla tratado más ampliamente - en la financiación de la Obra Social.-

Desde el punto de vista financiero existen de desequilibrios- tales que en determinados períodos se acumulan pagos apareciendo iliquidez, y en otros períodos existen grandes sumas en Disponibilidad, sin utilización.-

Esto es producto de una programación inadecuada de pagos y - en algunos períodos inexistentes.-

Por otra parte las reparticiones públicas, no cumplen con - los aportes puntualmente, sobre todo el aporte patronal, que se - realiza cuando la Tesorería de la Provincia cuenta con recursos - suficientes para efectivizarlos.-

El atraso en los aportes patronales oscila en un período -- aproximado de cuatro meses. Algunas Reparticiones Municipales y - Comisiones Municipales nunca han efectuado sus aportes desde la - creación de la Caja hasta la fecha, a pesar que sus afiliados -- continúan utilizando los servicios asistenciales.-

Por otra parte la Caja opera sobre la base de un financiamiento del coseguro para gran parte de las prestaciones, sistema denominado "Cesión de Haberes".-

Este coseguro (50 %) es pagado directamente por la Caja al - prestador o sanatorio, dentro de los 60 días de presentada la -- facturación, y su recupero se inicia a los dos o tres meses des - pués, fecha a partir de la cual se le comienza a descontar en pe - queñas cuotas en la repartición donde presta servicios el afili - do.-

Estas cuotas en ningún caso sobrepasan los \$ 60 mensuales, - y siendo habitual que la cuota sea de \$ 40.-

Si tenemos en cuenta que el tiempo de recupero medio es de diez meses, y dado que no se cobran intereses, cuando el capital termina de recuperarse, es un importe sensiblemente menor; producto del deterioro monetario.-

Por otra parte el porcentaje de incobrabilidad en este rubro es muy alto, y esto se debe a:

- . Afiliados que se van de baja de la Administración Pública con saldos deudores importantes.-
- . Que las reparticiones no siempre efectúan el descuento mensual correspondiente.-
- . Que los agentes cambian de reparticiones y éstas no comunican el cambio al Instituto. Como el Sistema de identificación del afiliado y de descuento se lleva por reparticiones y el afiliado difícilmente comunica este cambio, la deuda se transforma en incobrable.-

Es de destacar que no todas las reparticiones comunican los descuentos efectuados, por lo tanto el descargo de la cuenta corriente, en estos casos, se realiza por lo devengado y no por lo realmente descontado.-

- FUNCIONAMIENTO DE LAS ASESORIAS MEDICAS
Y ODONTOLÓGICAS -

Situación General

1. Actualmente, el regimen de incompatibilidad de cargos de la - Administración Pública, determina una situación de opción y - de renuncia de los profesionales asesores de la Caja.-
2. La falta de normas y de un regimen de sanciones escritas, dificulta las decisiones y origina falta de uniformidad en los dictámenes y sus eventuales contradicciones.-
Ello determina dificultades en las relaciones con los prestadores, y deficiencia en la tarea, que los propios asesores -- cuestionan.-
3. La actividad de control y supervisión se limita al ámbito de la Caja y no se efectúan visitas a los Sanatorios locales ni a las Delegaciones del Interior.-
4. Las remuneraciones de los asesores son reducidas y a ello se suma la imposibilidad legal de atender privadamente a los afiliados de la Caja del Seguro. Este factor, es probable que -- desaliente, aunque no está explicitado, la dedicación a la tarea no siempre grata de control.-

Situación Particular

1. En odontología, el sistema de archivo y el ordenamiento de la Ficha Odontológica (por odontólogo y no por afiliado) dificulta el acceso rápido a la información, con la consiguiente pérdida de tiempo para el personal y para el afiliado, resintiéndose aún más la tarea específica del asesor.-
2. **Control y Auditoría de la Receta y de las Farmacias**
No existe prácticamente ningún mecanismo seguro de control y en consecuencia existe el consenso entre los asesores profesionales y las autoridades de la Caja, afiliados, e incluso - entre los prestadores que se producen una serie de irregulari

dades en el suministro de medicamentos a nivel de la Farmacia, tales como con "venta" de la receta por los afiliados, sustitución de medicamentos, etc. Ello no está sin embargo, documentado.-

En Síntesis

El control de las prestaciones y de los prestadores no es eficiente y no hay un programa de auditoría profesional. Esta situación es particularmente grave en el Sector Farmacias, Médicos y Sanatorios y menos en las otras prestaciones.-

- OPINIONES ACERCA DE SU FUNCIONAMIENTO -

Se recogió la opinión de los sectores que participan e interactúan con el Instituto, a efectos de recoger sus impresiones respecto a problemas que se detectan en su funcionamiento.-

A tales efectos en diferentes entrevistas pudo extraerse lo siguiente:

. **Gobierno:** La opinión de las máximas autoridades de la Provincia, se centró fundamentalmente en los siguientes puntos:

- Gran déficit que actualmente soporta el Instituto (a pesar que no se sabe de cuanto es). Esta situación provoca la concreción de préstamos importantes que el Gobierno, hace a la Caja del Seguro.-
- La falta de control de las Prestaciones Asistenciales -- que provoca grandes desviaciones.-
- La no utilización de servicios por parte de los sectores menos pudientes, por no poder pagar tan elevado cosegu--ro.-

. **Relaciones con los Prestadores** - Entrevistas con las Entidades Gremiales Representativas.-

A los efectos de conocer el estado actual de las relaciones con los prestadores, se procedió a mantener entrevistas - con las distintas entidades representativas de los prestadores a saber:

- . Médicos
- . Odontólogos
- . Farmacéuticos e Idóneos en Farmacia
- . Opticos
- . Especialistas en Análisis Biológicos
- . Enfermeros

• Conclusiones Generales

Las relaciones y la opinión general de los prestadores - con referencia a la Caja son buenas, excepto los médicos que desearían que se acorte el plazo medio de 60 días, en que tiene lugar el pago. Los prestadores, están acordes en general, - en la necesidad de adecuar la Ley a la situación actual y normatizar las prestaciones a fin de evitar ciertos excesos y mala utilización de los servicios. Los propios farmacéuticos reconocen, por ejemplo, la necesidad de ordenar el sistema de suministro de medicamentos, para evitar excesos, así como la necesidad de sancionar a los infractores. Al respecto, los demás prestadores coinciden en la eventual conveniencia de la - farmacia propia de la Caja.-

Asimismo, la generalidad de los prestadores consideró -- que el coseguro que afronta el afiliado es demasiado elevado - y limita el uso de los beneficiarios, especialmente los de menores recursos económicos, lo que determina que la asistencia médica correspondiente sea requerida ante los hospitales públicos.-

- AFILIADOS -



Considerando que la representación de los afiliados se halla canalizada a través de las organizaciones gremiales, se consultó a la Asociación más representativa de la Provincia (AJEOP) con respecto al número de afiliados adheridos.-

En las entrevistas mantenidas con algunos de los dirigentes nos fueron planteados los siguientes problemas:

1. Exceso de representatividad política de los médicos en el manejo del sistema.-
2. Dificultades en el control de las prestaciones, por no contarse con la fuerza suficiente para aplicar las sanciones.-
3. Representación muy limitada de los afiliados en el gobierno de la Caja.-
4. Dificultades para acceder a los Servicios por parte de afiliados de menores recursos, por el elevado coseguro.-
5. Dificultades en los trámites administrativos para la atención de afiliados.-
6. Falta de información adecuada sobre los beneficios que brinda la Caja.-
7. Atención inadecuada a los afiliados del interior.-

Con el propósito de obtener una opinión directa del afiliado, según los servicios que brinda la Caja, y de conocer el grado de utilización de los mismos, se está llevando a cabo en estos momentos, mediante la colaboración de AJEOP, una encuesta en la cual se ha incluido, la utilización de los hospitales públicos, en caso de no ser utilizados los servicios de la Obra Social.-

- AUTORIDAD SUPERIOR DE LA CAJA -

El principal motivo por este sector apuntado, es la falta de apoyo de las autoridades de las Reparticiones Provinciales, - que no contribuyen a que la Caja del Seguro realice su gestión - en forma normal.-

Además se indicó que el local, en el cual funciona el Instituto, es totalmente inadecuado: espacio insuficiente, falta de ventilación, precariedad de las instalaciones.-

Asimismo se apuntó la falta de un cuerpo médico permanente que supervise las prestaciones realizadas o a realizar, (producto de la Ley Provincial, sobre incompatibilidad médica para el desempeño de más de una función pública) le ha ocasionado ultimamente a la Caja la acefalía total del cuerpo médico asesor.-

• Funcionarios y Empleados

Producto de una serie de entrevistas realizadas en los -- puestos de trabajo en forma individual o en grupos, pudieron - extractarse los siguientes problemas por ellos vivenciados, a- saber:

- Deficiente control de las prestaciones, producto de la escasez de personal auxiliar que refuercen los contro- les y por la falta de asesoría médica adecuada.-
- Lento crecimiento de los aportes, en función de los --- aumentos en los gastos asistenciales. Los ap.ortes a la Caja del Seguro se hacen según el sueldo básico y no -- según el sueldo total incluida bonificación, aumento -- costo de vida y bonificación por antigüedad.-
- Crecimiento excesivo de los fondos destinados a la fi- nanciación del Coseguro, con una alta tas a de inco bra- - bilidad (no saben cuanto), con archivos de control de - las cuentas corrientes inadecuados y apoyo casi nulo --

por parte de las Reparticiones Públicas.-

- Deficiente organización basada en una estructura normativa incoherente; falta de instructivos de funcionamiento normatizados y de planes de trabajo futuro.-
- Falta de un regimen de penalidades adecuado para penar los actuales abusos de prestadores y afiliados.-
- Falta de medios materiales para realizar las tareas -- convenientemente.-

- PUBLICACIONES REALIZADAS EN LOS DIARIOS DE
LA PROVINCIA -

Se presenta a continuación, una serie de publicaciones periodística referida a:

- . Información brindada por la Caja del Seguro a sus afiliados.-
- . Críticas recibidas durante su gestión.-

El relevamiento por nosotros efectuado, incluye como podrá apreciarse, las críticas expuestas en las notas periodísticas, avalando nuestra tarea realizada.-

Como se observará por las fechas, aunque en algunos casos no pudo ser determinada, la crítica recibida es permanente a lo largo de su desarrollo.-

INFORMATION

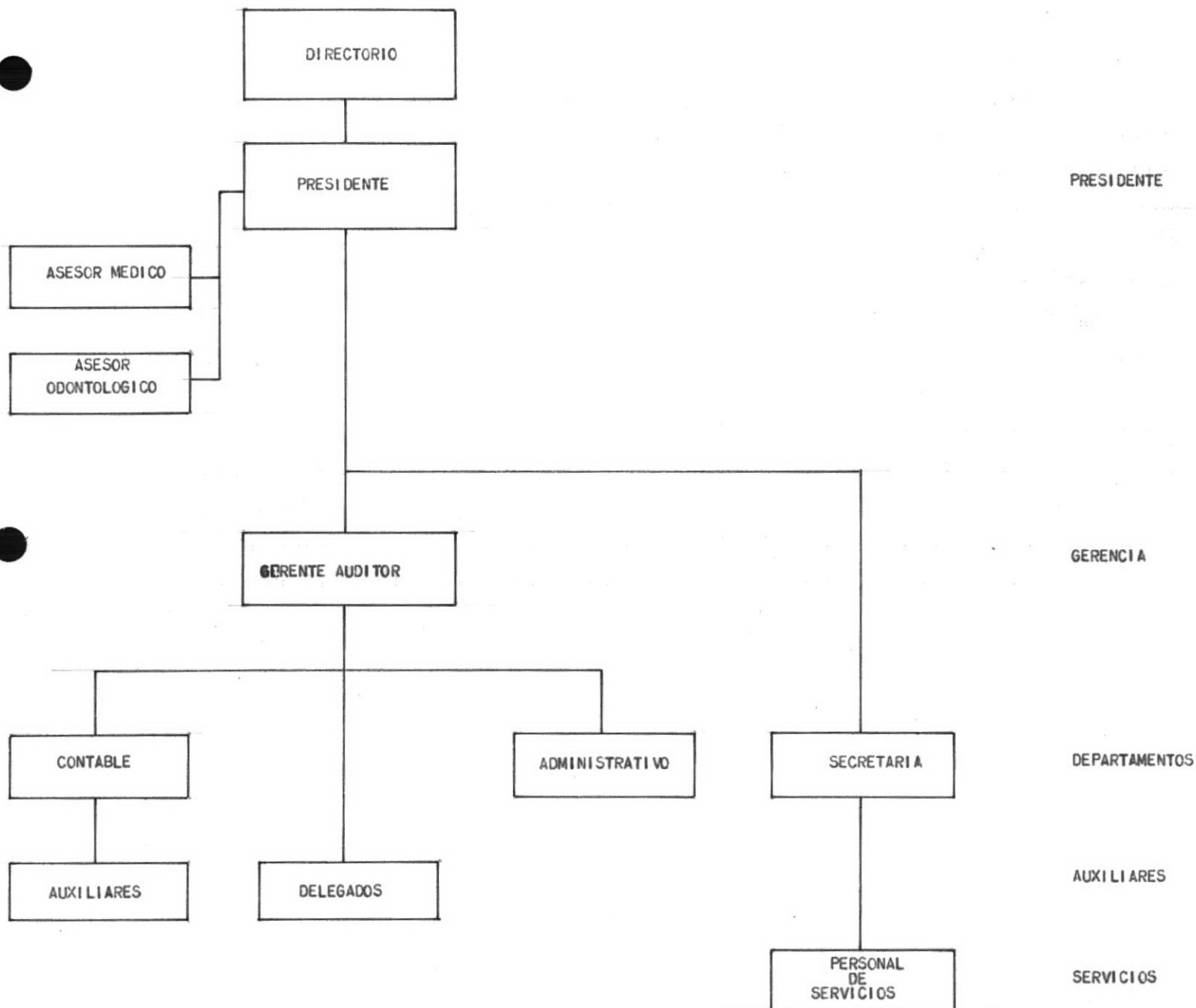
. Faltan Fotocopias

CRITICAS

. Faltan Fotocopias

- BREVE COMENTARIO SEGUN LA EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA -

La Caja del Seguro comenzó funcionando con -- una estructura que podría esquematizarse del siguiente modo:



El Gerente Auditor cumplía la función de Gerente, su-
perando a los distintos departamentos, teniendo además el --
control directo de las Delegaciones.-

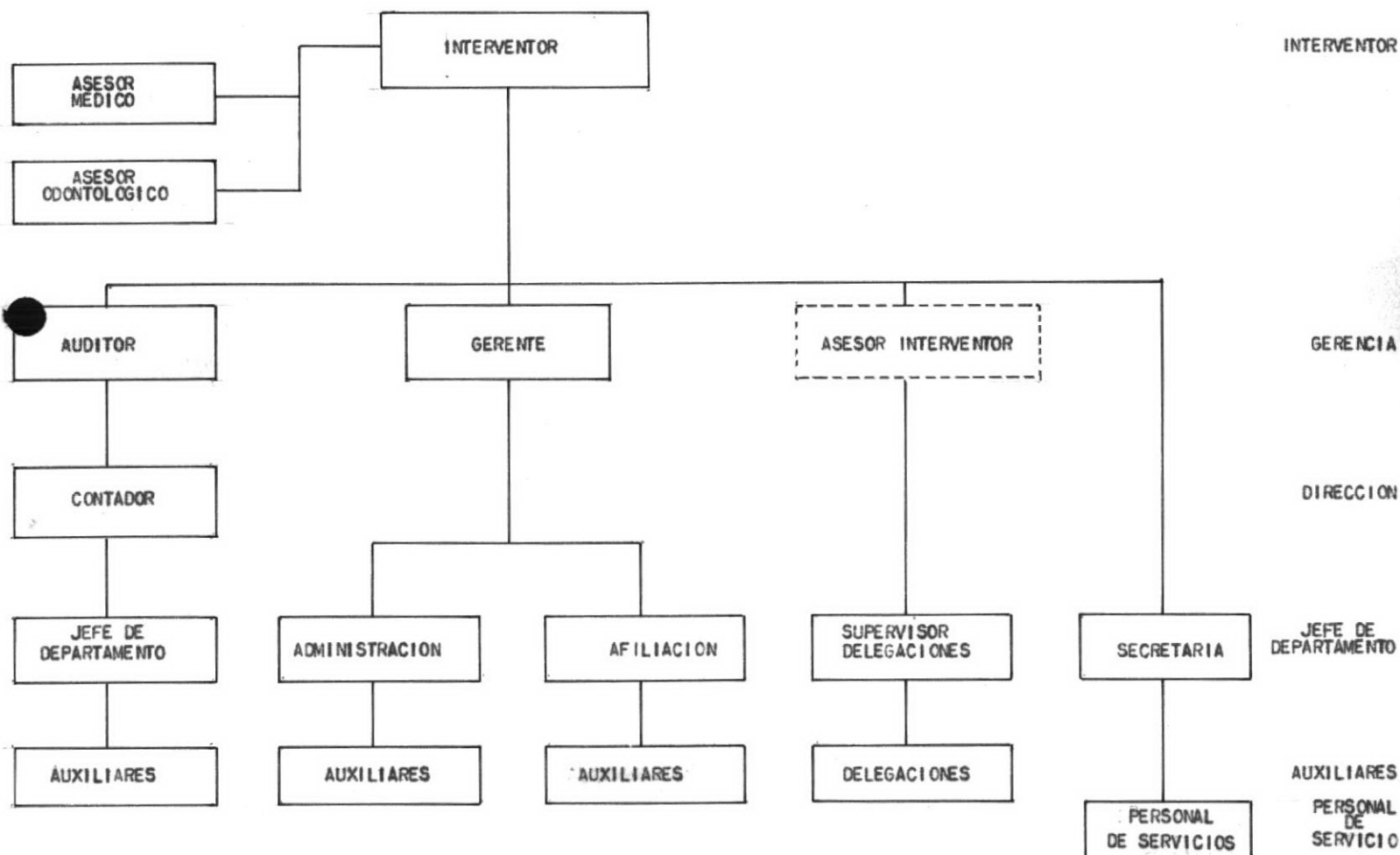
La función de auditoría, no existía en la realidad, --
pues al mismo tiempo, debía controlar él mismo las operaciones-
que autorizaba.-

El volumen de operaciones que debía realizar, hacían -
impracticable el cumplimiento de ambas funciones.-

Por otra parte no es compatible la concentración de am-
bas funciones en una sola persona.-

Es conveniente aclarar, que la figura Auditor, surgió-
como requisito indispensable normatizado en la Provincia, para-
poder realizar el libramiento de cheques.-

Posteriormente, y a raíz del cambio gubernamental, se-
intervino la Caja, pudiendo esquematizarse el organigrama de --
acuerdo a las versiones recogidas, en la forma siguiente:



Se desdoblan las funciones del Gerente y Auditor y aparece una figura particular, el Asesor Interventor.-

Este asesor cumplía funciones en línea supervisando al -- sector delegaciones y al mismo tiempo el de asesor administrativo del interventor.-

Aparece el Departamento de Afiliaciones separado del de -- Administración cumpliendo este las mismas funciones que los actuales Sectores de Prestaciones y Control y Liquidaciones.-

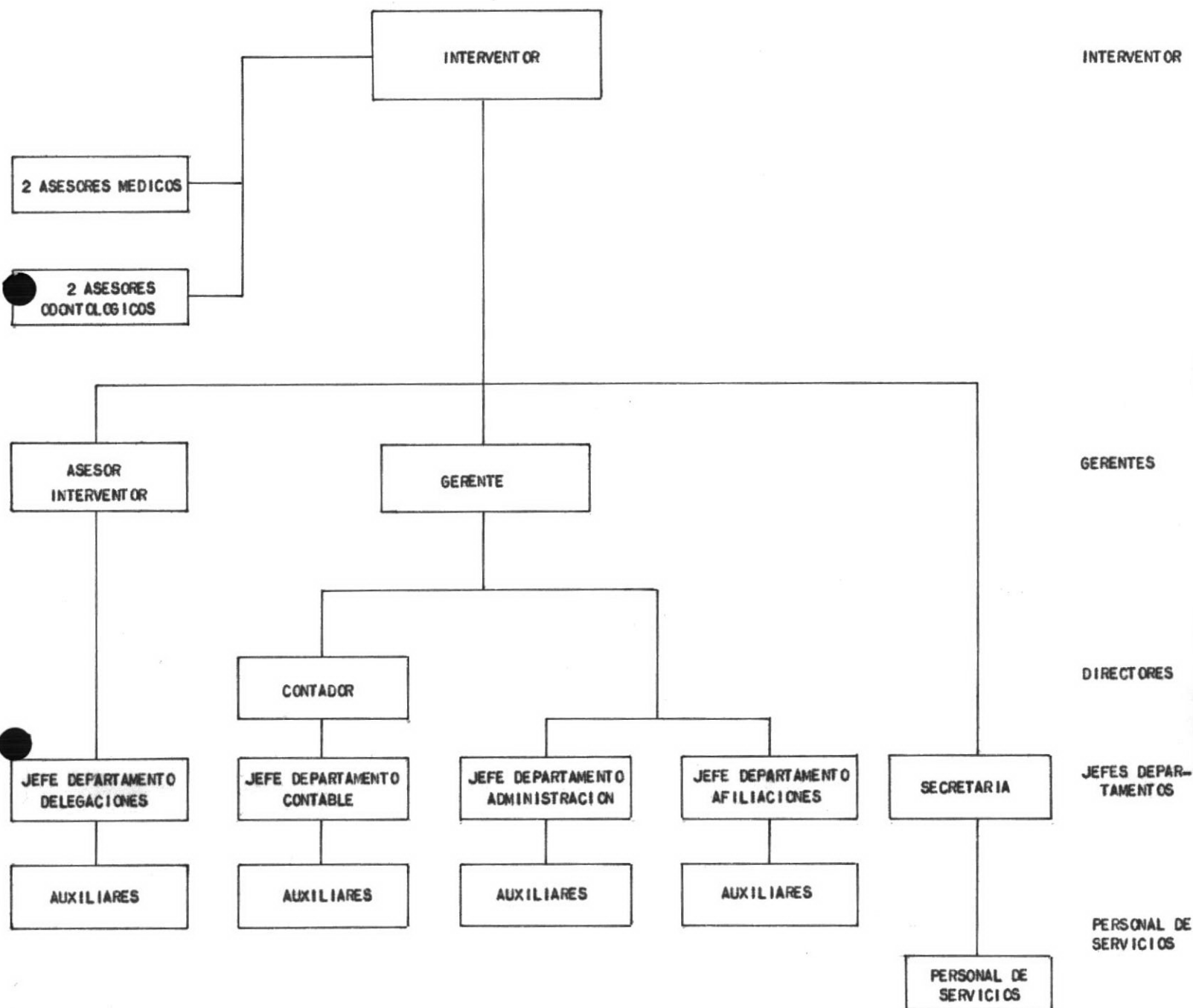
Surge la figura del contador a nivel Dirección, con supervisión directa sobre el Departamento Contable, y respondiendo en primera instancia al auditor.-

Además aparece un supervisor directo de delegados respondiendo según su gestión al asesor interventor.-

El auditor al estar en línea y pretender ejercer su específica función, atentaba contra la rapidez de los trámites, ya -- que el control era ejercido en forma concomitante alla ejecución; de la tarea.-

Las operaciones de la Caja fueron ampliándose aceleradamente, y un asesor médico y odontológico no bastaban para el control adecuado de las prestaciones.-

De allí que el organigrama por razones de mejor funcionamiento, vuelve a modificarse, pudiendo graficarse de la siguiente manera:





Desaparece la figura del Auditor, que si bien intervenía la labor actuando en la línea, era el único elemento de control de los mecanismos de pagos y recaudaciones.-

Las funciones de supervisión del área contable, es tomada por el gerente, restringiendo al mínimo de esta manera el tiempo dedicado al desarrollo de la organización.-

En 1970 con la aprobación del presupuesto para ese --- ejercicio, se modifica nuevamente, la estructura del organismo, creándose la Dirección Administrativa y la de Afiliaciones, Delegaciones e Inspecciones, suprimiéndose el cargo de Asesor Interventor; asimismo de los anteriores Departamentos Contable y Administrativo, se crean los de: Contaduría, Tesorería, Prestaciones, Control y Liquidaciones y Afiliaciones y Estadística.-

Esta estructura es la que actualmente se halla vigente y pudiéndose observar en el apartado, Estructura y Funcionamiento, de este Capítulo.-

- FUNCIONAMIENTO DE LAS DELEGACIONES -

En la actualidad la Caja del Seguro de Enfermedad cuenta - con siete Delegaciones y se encuentran ubicadas en las siguientes localidades: San Pedro de Jujuy; Libertador General San Martín; Ciudad Perico; El Carmen; Tilcara; Humahuaca y La Quiaca.-

Realizan tareas de Afiliación, Expedición de Ordenes Médicas, Consultas, Cesión de Haberes y Recibos; Atención Caja y Depósitos. Autorizan recetas por medicamentos y también están facultadas para autorizar internaciones. En el caso de Presupuestos Odontológicos lo envían a la Central donde se aprueba y remite para expedir la correspondiente Orden Médica.-

De las precitadas Delegaciones, la de San Pedro de Jujuy - es la de mayor movimiento por el universo de afiliados que nuclea en su radio de acción.-

Todas las Delegaciones dependen directamente del Director - de Afiliaciones, Delegaciones e Inspecciones.-

- ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO Y RECURSOS
HUMANOS Y MATERIALES DISPONIBLES -

APARTADO 2

- ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES
DISPONIBLES -

A efectos de presentar el funcionamiento global del sistema "Caja del Seguro", y los distintos niveles de responsabilidad y de funciones, hemos elaborado en esta etapa de relevamiento, una esquema gráfico dinámico, Entrada-Salida-Operaciones y otro estático que representa al organigrama actual observado.-

. ESQUEMA DINAMICO

Se presenta dentro de este esquema, un panorama sobre el funcionamiento de la Institución, partiendo desde sus orígenes, hasta la actualidad, mediando un proceso de retroalimentación a través del tiempo que va regulando su accionar.-

Este proceso se inicia, cuando el medio "Provincia", por imperio de una necesidad (Ver información general, Evolución - Histórica), aprueba el Decreto Ley Nº 6 del año 1965, mediante el cual se crea la Caja del Seguro.-

Esta Caja está al servicio de los agentes públicos provinciales y municipales, activos y pasivos, para cubrir sus atenciones médicas, a cambio de aportes realizados por estos, y por el Estado que constituyen los recursos financieros de la Institución.-

Con estos fondos recibidos, la Caja produce sus "Salidas" es decir, Servicios Asistenciales, a través de "Operaciones"-- indicadas en la reglamentación; para dichas "Operaciones" necesita de una serie de recursos humanos y materiales a efectos de concretar los servicios requeridos por el mismo medio, representado por los afiliados.-

Este circuito continuo, puede ser observado en el gráfico B adjunto.-

ESQUEMA ESTATICO

**Muéstrase a través del mismo, la organización actual de --
la Caja del Seguro, representada en un Organigrama.-**

**En el se ha incluido, la planta de personal con la que --
actualmente cuenta la Institución.-**

- RELACIONES CON OTRAS ENTIDADES U ORGANI-
ZACIONES.-
INFORMACION QUE SUMINISTRA A LAS MISMAS-

APARTADO 3

- RELACIONES CON OTRAS ENTIDADES U ORGANISMOS -

. Con el Gobierno Provincial

Las relaciones con el Gobierno Provincial se canalizan a través del Ministerio de Bienestar Social. Actualmente, como la Caja está intervenida, este Ministerio ratifica las resoluciones más importantes de la misma.-

. Con los Prestadores

Estas relaciones están reguladas a través de los Convenios. Con respecto a las comunicaciones formales e informales con la Caja podrían clasificarse de normales.-

. Con el Personal

La Caja incorpora y promueve a su personal mediante concurso de antecedentes, antigüedad y oposición son sujeción a la carrera administrativas provincial.-

Las relaciones entre el personal y las autoridades se desarrollan sin la fluidez necesaria como para que el mismo tenga algún grado de participación en las decisiones.-

. Con los Afiliados

Se relacionan con la Caja exclusivamente en el momento de solicitar un trámite (afiliatorio o de prestación).-

. Con la Prensa

No existen, solamente la prensa se hace eco de las actividades de la Caja cuando la misma solicita la publicación de alguna información o los gremios del personal o bien los prestadores elevan alguna crítica para su publicación.-

• Con los Proveedores

Rigen las mismas normas que para el resto de la administración pública provincial. Se respetan puntualmente las cláusulas contractuales por lo que no hay conflictos.-

• Con Otras Obras Sociales

Se han firmado convenios con otras Obras Sociales que actúan en el ámbito de la Provincia para que, en el caso de afiliados de ambas Obras, el mismo pueda ser atendido por cualquiera de ellas y cubrir de la otra Obra Social la diferencia de gastos que tendría el afiliado a su cargo (Dosme, Ejército, Policía).-

• Con las otras Instituciones

La Caja está relacionada por sus actividades con el Banco de la Provincia, con las Municipalidades y con otras Entidades Privadas que prestando servicios a la Provincia pueden adherir a su personal. En estos casos no hay conflictos planteados.-

- INFORMACION QUE SE SUMINISTRA A LOS NIVELES
PROVINCIALES Y/O NACIONALES -

La información suministrada a los niveles superiores, es -
escasa y entre otras podemos citar: el Informe sobre la Situa--
ción Económica Financiera que se produce y envía al Gobernador-
de la Provincia, en forma irregular y a su petición.-

El Informe según Deudores y Deudores Morosos cuyo destina-
tario es el Tribunal de Cuentas, elaborado a pedido del citado-
Organismo.-

El balance anual es la única información que obligatoria--
mente la Caja debe elevar al Tribunal de Cuentas para el control
de su situación. Para el año 1971 aún no ha sido elaborado.-

No se suministra información regular a los niveles naciona-
les.-

**- EVALUACION FINAL SOBRE ORGANIZACION
ADMINISTRATIVA -**

APARTADO 5

- EVALUACION GENERAL SOBRE LA ORGANIZACION ADMINISTRATIVA -

Los sistemas administrativos actualmente en funcionamiento adolecen de una serie de fallas que se encuentran generalizadas.

Algunas de estas fallas son de tipo estructural, otras de métodos utilizados. La corrección del primer tipo de fallas conducirá a que puedan funcionar correctamente los sistemas del -- Instituto. La corrección de las segundas traería aparejado una notoria reducción del tiempo empleado, pudiendo encauzarse este tiempo recuperado en otras actividades importantes, que actualmente no se realizan.-

Uno de los problemas más importantes encontrados, es la actitud pasiva asumida por la Caja, en la obtención de sus ingresos en conceptos de aportes y recupero de coseguro, y de información básica para mantener actualizado el universo de afiliados. Estas actividades se vienen cumpliendo por imperio de la Ley, no realizándose las mismas, en algunos casos en forma regular, pues las Reparticiones Provinciales obligadas, efectúan -- los aportes con demoras, y en algunos casos (muy pocos) las mismas no llegan a realizarse.-

Con respecto al objetivo perseguido por cada procedimiento no estaba clarificado en un gran porcentaje de los mismos. De acuerdo a ello, determinamos a nivel sectores, los objetivos -- que debieran lograrse con cada una de las actividades (se presentan en el resumen de cada procedimiento); como esta tarea -- fue realizada al final del relevamiento, quedaron en evidencia, que muchos de estos objetivos no se cumplen, ya sea por incomunicación entre sectores o por falta de recursos humanos suficientes.-

La información a nivel superior, si bien se produce en algunos sistemas, no es utilizada convenientemente para fines de políticas de proyección del Instituto. Esto es debido a que a veces no se tiene confianza en dicha información, y en otras circunstancias es inadecuada en cuanto a su diseño y volumen.-

El personal con que cuenta el Instituto es potencialmente bueno y bien dispuesto, consideramos que con instructivos de funcionamiento y de responsabilidad claramente definidas y una adecuada capacitación, pueden constituirse en elementos de considerable valor.-

Si bien es cierto que es insuficiente el número de agentes con que cuenta actualmente el Instituto no se vería tan ampliada la necesidad, con una adecuada restructuración de los métodos de trabajo, de los turnos de atención al público y del espacio y demás condiciones físicas del edificio en el cual funciona.-

Los archivos utilizados como fuente de información y de operaciones se encuentran en regular estado de utilización y confiabilidad, entre otras causas esto es debido a que algunos de ellos, muy importantes por cierto, son utilizados por cualquier empleado que necesite información o debe realizar un movimiento, sin tener determinadas personas la responsabilidad directa según su manejo y actualización.-

La documentación que actualmente se maneja en el Instituto se encuentra desprovista en general de técnicas adecuadas de diseño, y volumen (copias).-

Con respecto a formularios y notas, salvo algunas excepciones no se encuentran preimpresos, lo que ocasiona que el afiliado o el empleado deba realizar la redacción y confección de los mismos en cada trámite particular. En algunos casos se preparan para las tareas del día en las horas de menor atención al público, formularios encolumnados en forma manual con el propósito de facilitar la atención. Estos argumentos aquí comentados, contribuyen, conjuntamente con las otras causas ya enunciadas a la subutilización del tiempo normal de trabajo.-

Otro punto de vital importancia, con respecto a los problemas de índole Administrativo es elrreferido a los canales de información con el afiliado. Se ha podido comprobar -- que a éste solo se le suministra información, por la vía de -- la atención al público. En un sector fue realizado un relevamiento de los motivos por los cuales concurría el afiliado a-ventanilla, obteniéndose los siguientes resultados:

TAREAS REALIZADAS EN UN TURNO DE ATENCION	Cantidad de Público a--tendido.-	% de Inci- dencia so- bre total
• Solicitud de información para realizar un trámite cualquiera	29	55
• Presentación de la documentación para ob- tener el producto del trámite	14	26
• <u>Seguimiento de Trámites iniciados:</u>		
- Obteniéndose en ese momento el producto del trámite: 9		
- Sin obtención del mismo: <u>1</u>	10	19
- T O T A L	53	100

Puede apreciarse que un 55% de las personas que fue--ron atendidas en ventanilla recibió respuesta a su pedido de in-
formación, mientras que el 45% restante fue atendido dentro del-
específico objeto de funcionamiento de este Sector.-

Con respecto a la eficiencia de la organización, podemos decir que las operaciones no están sometidas a una supervisión general y financiera ajustadas a directivas de política general de conducción de la Institución.-

No se elaboran standar de medición desconociéndose por tal motivo, si la Institución avanza por los caminos adecuados.

Dado que algunas veces, la información se genera fuera de oportunidad, pierde valor de uso como elemento de decisión.-

No se ha realizado una correcta descentralización de responsabilidades, para decidir sobre asuntos de rutina, obligando en todos los casos a consultar a la autoridad máxima.-

Las tareas y funciones, no están enunciadas por escrito ni se ha formalizado el organigrama correspondiente, el que se adjunta es producto del relevamiento en terreno de las funciones que cumplen cada uno de los distintos sectores. En el mismo puede apreciarse entre otras cosas, la inexistencia de una Mesa de Entradas y Salidas, un sector de auditorías, un archivo general, de un sector de inspecciones a afiliados y prestadores.-

Como resumen de lo expuesto podemos decir que la reorganización administrativa tiene carácter de imprescindible si se desea alcanzar las metas propuestas en un sistema integral de atención médica al afiliado y confiamos en que esta reorganización pueda realizarse, considerando la disposición favorable en contrada en las autoridades y el personal de la Caja.-