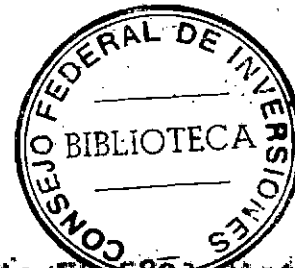


**CATALOGADO**

18477

Buenos Aires 17 de junio de 1975

Señor Secretario General  
Dr. Alberto Gonzalez Arzac  
S / D



Ref: Expte. N° 5803 Sistema de Atención Médica Integrado para la Provincia de Misiones

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. con el objeto de remitirle el informe correspondiente a la etapa primera de Diagnóstico del Proyecto de referencia.

Saludamos a Ud. atte.

R.M. Durante

Miguel Limoli

Florentino Garcia

M 411 ;  
t;  
Arg. CFI,  
MISIONES;

0  
M 411  
GMS

18477

SISTEMA INTEGRADO DE ATENCION  
MEDICA PARA LA PROVINCIA DE MISIONES

I. DIAGNOSTICO

- Junio 1975 -

El presente trabajo fue elaborado,  
en el Consejo Federal de Inversiones bajo la  
dirección de la Dra. INES FONTAU, por un equi-  
po integrado por los Dres. ROSA MARIA DURANTE,  
FLORENTINO D. GARCIA y MIGUEL LIMOLI.

Intervino en representación de la  
Provincia de Misiones el Dr. HILARIO ARNAUDO,  
Director de Atención Médica del Servicio Pro-  
vincial de Salud.

## C O N T E N I D O

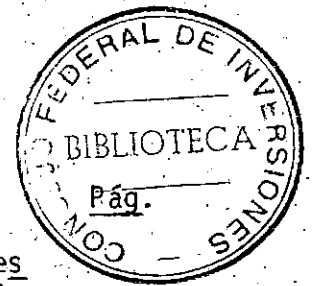
|  | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| <b>CAPITULO 1.- Variables que caracterizan a la población:</b>   |             |
| Estructura de la población según sexo y edad. Pertenencia étnica. Corrientes migratorias. Elementos culturales de la población. Nivel de escolaridad. Características socio-ocupacionales .....  | 3           |
| <b>CAPITULO 2.- Situación sanitaria:</b>   |             |
| Problemas de salud de la población, su relación con el medio ambiente y factores condicionantes. Patología predominante. Mortalidad por grupo etareo. Estructura de la mortalidad. Mortalidad materna e infantil. Enfermedades transmisibles. Condiciones de saneamiento ambiental. .... | 19          |
| <b>CAPITULO 3.- Recursos destinados a la atención de la salud:</b>   |             |
| Establecimientos asistenciales según ubicación geográfica, complejidad y dependencia. Camas hospitalarias. Nivel de complejidad. Equipamiento. Recursos humanos del sector, según tipo, distribución geográfica y relación con la población .....  | 69          |
| <b>CAPITULO 4.- Utilización de los recursos sanitarios:</b>  |             |
| Indicadores de utilización y rendimiento. Demanda. Factores que condicionan la accesibilidad a la atención. Flujos de derivación de pacientes .....  | 89          |
| <b>CAPITULO 5.- Financiamiento:</b>  |             |
| Recursos financieros y fuentes de financiamiento. Presupuesto ejecutado. Modalidad administrativa .....  | 117         |
| <b>CAPITULO 6.- Legislación:</b>   |             |
| Legislación sanitaria existente. Aplicación real de la legislación .....   | 134         |

INDICE DE CUADROS

|   | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| CUADRO N° 1.1.- Población total por grupos de edad y sexo. Misiones 1970 .....  | 8           |
| CUADRO N° 1.2.- Población de 10 años y más por grupos de edad según condición de alfabetismo. Misiones 1970 .....   | 9           |
| CUADRO N° 1.3.- Población de 5 años y más por grupo de edad y nivel de instrucción. Misiones 1970 .....   | 10          |
| CUADRO N° 1.4.- Distribución porcentual de la población extranjera. Misiones .....  | 11          |
| CUADRO N° 1.5.- Distribución porcentual de la población total por origen. Misiones .....  | 11          |
| CUADRO N° 1.6.- Distribución porcentual de la población rural según pertenencia étnica. Misiones 1971. ....   | 12          |
| CUADRO N° 1.7.- Población económicamente activa de 10 años y más por sector de producción y categoría ocupacional. Misiones 1970 .....                        | 13          |
| CUADRO N° 1.8.- Distribución porcentual de la población económicamente activa según sectores de producción para Misiones y total del país .....               | 14          |
| CUADRO N° 1.9.- Distribución de la población ocupada en el sector primario según categoría ocupacional. Misiones 1970 .....                                   | 15          |
| CUADRO N° 1.10.- Distribución porcentual de la población urbana según tamaño de los centros, en los años 1895, 1914, 1947, 1960. y 1970 .....                 | 16          |
| CUADRO N° 2.1.- Defunciones de menores de 1 año por departamento de residencia, nacidos vivos y tasas de mortalidad infantil. Misiones 1972 .....             | 20          |
| CUADRO N° 2.2.- Defunciones de niños de 1 a 4 años y tasas de mortalidad, según departamento de residencia. Misiones 1972 ..                                  | 22          |
| CUADRO N° 2.3.- Defunciones y egresos del subsector público, que reconocen como causa la desnutrición, según departamento de residencia. Misiones .....       | 24          |
| CUADRO N° 2.4.- Proporción de egresos de hospitales generales del subsector público según grupos de causas seleccionados. Misiones y total del País 1972..... | 26          |
| CUADRO N° 2.5.- Proporción de defunciones según grupos de causas seleccionados. Misiones y total del País 1972 .....  | 28          |
| CUADRO N° 2.6.- Tasas de ocurrencia por 100.000 habitantes para algunas enfermedades transmisibles. Misiones y total del país 1972 .....                      | 29          |

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| CUADRO N° 2.7.-  | Percepción de enfermedades, de accidentes y de morbilidad total, según respuesta del encuestado. Tasas específicas por edad y sexo por 100 encuestados. Región N.E.A. 1970/71 ..... | 31 |
| CUADRO N° 2.8.-  | Tasas de perceptores de morbilidad en las últimas dos semanas por cada mil encuestados, según grupos de enfermedades y sexo. Región N.E.A. 1970/71 .....                            | 33 |
| CUADRO N° 2.9.-  | Defunciones según grupos etareos seleccionados y departamento de residencia. Misiones 1972 .....  | 38 |
| CUADRO N° 2.10.- | Proporción de defunciones según grupos etareos seleccionados y departamento de residencia. Misiones 1972 .....  | 39 |
| CUADRO N° 2.11.- | Algunos indicadores hospitalarios, según servicios. Hospital R. Madariaga. Posadas, Misiones 1973 .....   | 47 |
| CUADRO N° 2.12.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....  | 48 |
| CUADRO N° 2.13.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Clínica Médica. Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....  | 49 |
| CUADRO N° 2.14.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Clínica Quirúrgica. Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....  | 50 |
| CUADRO N° 2.15.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Obstetricia. Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....   | 51 |
| CUADRO N° 2.16.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Clínica Pediátrica. Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....  | 52 |
| CUADRO N° 2.17.- | Egresos del Servicio de Lactantes, según causa (lista 150 C.I.E.) Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....   | 53 |
| CUADRO N° 2.18.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....  | 54 |
| CUADRO N° 2.19.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Traumatología. Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....   | 55 |
| CUADRO N° 2.20.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Ginecología Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....  | 56 |
| CUADRO N° 2.21.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Tisiología Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972 .....   | 56 |
| CUADRO N° 2.22.- | Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio Urología. Hospital Dr. R. Madariaga. Posadas, Misiones 1972.  | 57 |

|   | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| CUADRO N° 2.23.- Número de egresos según servicios. Hospital Base Zona II..Oberá,Misiones 1972.....   | 58.         |
| CUADRO N° 2.24.- Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Hospital Base Zona II. Oberá, Misiones 1972 ...   | 58          |
| CUADRO N° 2.25.- Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Clínica Médica. Hospital Base Zona II. Oberá, Misiones 1972 .....   | 59          |
| CUADRO N° 2.26.- Egreso según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Obstetricia. Hospital Base Zona II. Misiones, Oberá 1972.  | 60          |
| CUADRO N° 2.27.- Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Pediatría. Hospital Base Zona II. Oberá, Misiones 1972 .  | 60          |
| CUADRO N° 2.28.- Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Clínica Quirúrgica. Hospital Base Zona II. Oberá, Misiones 1972 .....   | 61          |
| CUADRO N° 2.29.- Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Hospital Base de Zona III. Eldorado, Misiones 1972 .....  | 62          |
| CUADRO N° 2.30.- Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Adultos. Hospital Base de Zona III. Eldorado, Misiones 1972 .....   | 63          |
| CUADRO N° 2.31.- Egresos según causa (lista 150 C.I.E.) Servicio de Pediatría. Hospital Base de Zona III. Eldorado, Misiones 1972 .....   | 64          |
| CUADRO N° 3.1.- Población, establecimientos con internación, camas para agudos y relación cama por 1.000 habitantes según zona sanitaria. Misiones 1973 .....   | 71          |
| CUADRO N° 3.2.- Número de establecimientos asistenciales del Servicio Provincial de Salud, según nivel de complejidad y zona sanitaria. Misiones 1973 .....   | 74          |
| CUADRO N° 3.3.- Algunos equipos seleccionados, existentes en los Hospitales de área y modelo teórico del equipamiento necesario. Servicio Provincial de Salud. Misiones 1974 .....  | 76          |
| CUADRO N° 3.4.- Relación de enfermeras, médicos, odontólogos y bioquímicos por 10.000 habitantes según zona sanitaria. Misiones .....   | 78          |
| CUADRO N° 3.5.- Horas semanales de recurso humano necesarias, existentes y déficit para establecimientos de niveles I, II, III y IV, según tipo de recurso y zona sanitaria. Servicio Provincial de Salud. Misiones 1974..... | 81          |



|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| CUADRO N° 3.6.-  | Déficit porcentual de horas de recurso humano para establecimientos de niveles I, II, III y IV, según tipo de recurso y zona sanitaria. Servicio Provincial de Salud. Misiones 1974 ..... | 82  |
| CUADRO N° 4.1.-  | Proporción de consultantes en un año según edad. Región N.E.A. ....   | 89  |
| CUADRO N° 4.2.-  | Proporción de consultantes en un año según sexo y edad. Región N.E.A. ....  | 90  |
| CUADRO N° 4.3.-  | Proporción de consultantes en un año según afiliación. Región N.E.A. ....   | 90  |
| CUADRO N° 4.4.-  | Proporción de consultantes en un año según afiliación y nivel de ingreso per cápita. Región N.E.A. ....   | 91  |
| CUADRO N° 4.5.-  | Promedio de consultas por persona y por año según edad. Región N.E.A. ....  | 92  |
| CUADRO N° 4.6.-  | Promedio de consultas por persona y por año según afiliación y nivel de ingreso. Región N.E.A. ....   | 93  |
| CUADRO N° 4.7.-  | Proporción de consultas según lugar de atención. Región N.E.A. ....   | 93  |
| CUADRO N° 4.8.-  | Consultas según lugar de atención y afiliación. Región N.E.A. ....  | 94  |
| CUADRO N° 4.9.-  | Consultas según lugar de atención y nivel de ingreso. Región N.E.A. ....  | 95  |
| CUADRO N° 4.10.- | Proporción de población internada y razón egresos/población. Región N.E.A. ....   | 97  |
| CUADRO N° 4.11.- | Egresos por causas generales (excluye parto) según sexo y grupos de edades. Región N.E.A. ....  | 98  |
| CUADRO N° 4.12.- | Proporción de internados por partos según edad. Región N.E.A. ....  | 98  |
| CUADRO N° 4.13.- | Días de estada por egreso según causa de internación. Región N.E.A. ....  | 99  |
| CUADRO N° 4.14.- | Proporción de internados según causa y condición de afiliación. Región N.E.A. ....  | 99  |
| CUADRO N° 4.15.- | Egresos según subsector de atención y causa de internación. Región N.E.A. ....  | 100 |
| CUADRO N° 4.16.- | Egresos según subsistema de financiación y causas de internación. Región N.E.A. ....  | 100 |
| CUADRO N° 4.17.- | Egresos según sistema de financiación y condición de afiliación. Región N.E.A. ....   | 101 |



|  | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| CUADRO N° 4.18.- Promedio de días de estada según causas de internación y efector. Región N.E.A. ....  | 101         |
| CUADRO N° 4.19.- Algunos indicadores hospitalarios según establecimiento y zona sanitaria. Misiones 1973 .....   | 106         |
| CUADRO N° 4.20.- Índices de rendimiento por servicios. Hospital Base de Zona y Central Provincial, Hospital Madariaga. 1973 ...                                      | 107         |
| CUADRO N° 4.21.- Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos asistenciales y de defunciones sin atención médica, según departamento, Misiones 1972 ..... | 112         |
| CUADRO N° 5.1.- Gasto en salud del subsector público según fuente de financiación. (en miles de pesos) Misiones 1969-1974 ....                                       | 118         |
| CUADRO N° 5.2.- Proporción del gasto en salud del subsector público según fuentes de financiación. Misiones Años 1969-1974 ..  | 119         |
| CUADRO N° 5.3.- Presupuesto y población estimadas, cubierta por los subsectores público y de obras sociales. Misiones 1973 ..  | 120         |
| CUADRO N° 5.4.- Presupuesto y población según subsectores público y de obras sociales. Misiones 1973,.....   | 121         |
| CUADRO N° 5.5.- Presupuesto del Servicio Provincial de Salud. Totales ejecutados en miles de pesos corrientes. Misiones Años 1969-1974 .....                         | 126         |
| CUADRO N° 5.6.- Presupuestos del Servicio Provincial de Salud en miles de pesos constantes de 1970. Composición porcentual del gasto. Misiones Años 1969-1974 .....  | 127         |
| CUADRO N° 5.7.- Presupuesto del Servicio Provincial de Salud. Tendencia del gasto a valores constantes con base = 100 en 1970. Misiones 1969-1974 .....              | 128         |
| CUADRO N° 5.8.- Ejecución del presupuesto del Servicio Provincial de Salud. Misiones 1969-1974 .....   | 131         |

## INTRODUCCION

El presente informe corresponde, juntamente con el "Diagnóstico Preliminar", al desarrollo de la primera etapa, de diagnóstico, del Proyecto de un Sistema Integrado de Atención Médica para la Provincia de Misiones. Tiene como objeto la caracterización de la situación sanitaria de la Provincia y la identificación de los factores que la condicionan, para en una segunda etapa, constituirse en un elemento importante en la elaboración de propuestas tendientes a dar solución a los problemas detectados.

La culminación de esta etapa hubiese sido muy difícil de no mediar la importante colaboración brindada por los profesionales y técnicos del Servicio Provincial de Salud en la obtención y análisis de los datos. Fueron también importantes aportes de información los suministrados por el Departamento de Estadísticas de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el Instituto Nacional de Obras Sociales, el Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones, otras Obras Sociales, los Colegios Profesionales de la Provincia y otras instituciones relacionadas con el Sector Salud; vaya para todos ellos nuestro agradecimiento.

La lectura de este informe debe ser complementada con la del "Diagnóstico Preliminar", no obstante tratamos en cada tema de resumir los aspectos relevantes del primer informe a los efectos de que su consulta no se haga imprescindible, salvo en aquellos casos en los que se desee profundizar el análisis. En este trabajo se hizo necesaria la incorporación de información recogida a posteriori del Diagnóstico Preliminar.

Señalamos permanentemente el fuerte condicionamiento que la situación en otros sectores impone al estado de salud de la población y a los medios con que pretendemos enfrentar los problemas del sector. Destacamos, a la par que los problemas detectados, áreas a las que será necesario investigar y algunos caminos en la búsqueda de soluciones. Solo nos resta desear que este trabajo sea un aporte útil al largo y complejo proceso de búsqueda de salud para la población misionera.

CAPITULO 1

## 1. POBLACION

### 1.1. Estructura de la población según sexo y edad

En el cuadro número 1.1. se pone en evidencia la alta proporción de menores de 15 años -43,7%- y el bajo porcentaje correspondiente a la población mayor de 65 años.

La población de mujeres en edad fértil alcanza la cifra de 96.350, lo que representa el 43,7% del total de población femenina.

Cabe recordar con respecto a las mujeres en edad fértil y la población infantil, que estos grupos concentran los individuos de más alta vulnerabilidad biológica -los niños menores de 5 años y las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio- y que son considerados prioritarios en todos los programas de salud.

### 1.2. Condición de alfabetismo y nivel de escolaridad

El total de analfabetos de la provincia asciende en el año 1970 a 48.300, lo que significa el 15,4% sobre el total de población (cuadro n° 1.2). Es evidente que se encuentra en una posición sumamente desfavorable con respecto al país, donde para el mismo año, los analfabetos representan el 8,37%.

La condición de alfabetismo según grupos de edad muestra que el mayor porcentaje de analfabetos se concentra en el grupo de mayores de 50 años.

Observando la población según grupos de edad y nivel de instrucción se pone en evidencia que para toda la provincia el 12,6% de los habitantes no tienen ningún tipo de instrucción, el 77,3% tiene el nivel primario, mientras que porcentajes muy bajos alcanzan el nivel medio -8,9%- y el universitario 1,1% (Cuadro N° 1.3.).

Con respecto a la instrucción primaria, el porcentaje más bajo de población con este tipo de nivel se da en el grupo de mayores de 50 años -67,1%- Si bien en el grupo de 15-49 años el peso de habitantes con instrucción primaria es algo mayor, sigue siendo notoriamente bajo.

Desgranamiento en el ciclo escolar: este indicador establece la relación porcentual de las personas que habiendo iniciado su instrucción no llegan a completarla.

Para el total del país el porcentaje alcanza a 55%, en tanto que para Misiones es de 78,3% sólo superado por las provincias de Chaco y Corrientes.

La incorporación al servicio militar obligatorio de la población masculina permite constatar la instrucción recibida y completar información sobre el tema.

Así, para el total del país y en el año 1970 el porcentaje de población masculina que no ha completado el ciclo primario a los 20 años de edad es de 32,9%. También este porcentaje es mucho mayor para la provincia de Misiones -56,6%- sólo superada por cuatro provincias.

En los valores presentados se reitera la notable diferencia relativa existente en Misiones y el total del país, ubicándose la Provincia en situación desfavorable frente a la mayoría de las jurisdicciones argentinas.

### 1.3. Migraciones

Observando el cuadro número 1.4 se pone en evidencia la evolución que siguiera la población según su origen en la provincia de Misiones donde se ve el paulatino incremento de población nativa que en 1895 representaba el 49,2% de la población pasando a constituir el 83,0% en 1970.

La composición porcentual de la población extranjera (Cuadro N° 15) muestra un marcado predominio de americanos provenientes de países limítrofes -brasileños y paraguayos- en todos los períodos, mientras que el aporte europeo sólo se manifiesta en forma notoria en los datos censales de 1914 y de 1947 en los que alcanzan a representar el 33,9% y el 28,4%, respectivamente de la población extranjera en Misiones.

La composición poblacional requiere referirse brevemente a los hechos históricos de la provincia y la toma de colonización de la tierra.

Los primeros asentamientos organizados de población están ligados a la división y ventas de tierras fiscales en 1880. El 70% del territorio de la provincia se vendió o concedió a entidades privadas; sobre la reducida zona restante se crearon las primeras colonias en la zona centro y sur de la provincia: San Ignacio, San Javier, Candelaria, Apóstoles. Entre estos primeros colonos predominaban los austriacos (44%) y los brasileños (24%); los argentinos constituían solo el 15%.

El segundo movimiento importante de colonización se realizó en el noroeste, a partir de 1919, sobre el Alto Paraná donde se fundaron las colonias de Eldorado, Monte Carlo, Victoria, Puerto Rico y San Alberto. Aquí se asentaron grupos de alemanes y polacos y se transformó en un polo de desarrollo que superó a la primera zona de colonización.

A los grupos europeos se debe la fundación de la mayoría de las colonias de la provincia que se asentaron en áreas casi despobladas o habitadas fundamentalmente por paraguayos y brasileños. En 1895, estos grupos americanos representaban el 92,6% de la población extranjera en Misiones, y a su vez los extranjeros constituían el 50,8% de la población total.

Conviene recordar que la población originaria de la provincia surge por síntesis de la población indígena y los españoles que se asentaron en la región desde la conquista creando una cultura de la que fueron expresión las misiones jesuíticas.

Por lo tanto, la tradición cultural paraguayo-guaraní en la provincia de Misiones tiene una relevancia que va mucho más allá del influjo de las migraciones ya que se origina en un tronco histórico común.

La línea de desarrollo económico en la Argentina tomó fundamentalmente el litoral y la zona centro, marginando al resto del país, con lo que Misiones no logró salir de su reducido desarrollo.

Al mismo tiempo se produjo con gran rapidéz el desarrollo de los estados del sur de Brasil en base a la explotación agraria y a la radicación de colonos europeos. Este proceso condujo a la marginalización de parte de su población agraria, la que resolvió la situación migrando hacia Misiones en la zona del Alto Uruguay.

Ahora bien, en este área, Argentina como tal no había existido ni demográfica ni culturalmente. La población asentada sobre el alto Uruguay que es casi totalmente brasileña ha venido a ocupar áreas vacías.

Las migraciones desempeñaron un papel fundamental en la composición poblacional de Misiones y lo siguen haciendo aún.

Los migrantes europeos tuvieron un período bien definido de asentamiento. No ocurre lo mismo con la migración paraguaya y brasileña que contribuyó a integrar una parte muy importante de la población misionera en las primeras décadas del siglo y que aún continúa teniendo un gran peso sobre el total de población extranjera. A pesar de esto no resulta fácil conocer el ritmo y volumen de la migración de los países limítrofes ya que con frecuencia se realiza en forma clandestina eludiendo los controles de inmigración.

#### 1.4. Pertenencia étnica. Elementos culturales

La población misionera presenta una particular constitución étnica como resultado de la gran variedad de grupos que la componen.

En las primeras décadas del siglo predominó la población extranjera sobre la nativa. La distribución porcentual de esta última se incrementó notoriamente constituyendo el 83,0% de la población en 1970, pero no puede hablarse de homogeneidad cultural. Los hijos de los inmigrantes nacidos en territorio misionero, son legalmente argentinos y censados como tales, aún cuando pertenecen culturalmente al grupo de procedencia de sus padres.

Puede encararse el examen de los grupos étnicos (3) determinando dos grandes núcleos: a) el americano: constituido por los paraguayos y brasileños de origen, así como los hijos de argentinos de los mismos; b) el europeo: constituido por los europeos de origen y los americanos descendientes de ellos.

Con respecto a la categoría ocupacional, entre el 74% y el 65% de los productores propietarios -el grupo de más alto ingreso- son de origen europeo, mientras que entre el 79% y el 97% de los trabajadores rurales son americanos, predominando entre estos los paraguayos.

La relación entre la condición de la vivienda y el grupo étnico al que pertenecen muestra que los americanos tienen un porcentaje más elevado de vivienda mala o precaria, mientras que entre los europeos, las condiciones habitacionales son algo mejores.

Otro tanto sucede con respecto a la escolaridad. El porcentaje más importante de analfabetos corresponde a los americanos -y entre estos a los brasileños- mientras que la población de procedencia europea tiene un peso mayor en todos los niveles de escolaridad.

En cuanto a la participación social también se da con porcentajes más elevados en el grupo europeo que en los americanos.

En el grupo europeo las relaciones se dan generalmente en el seno de asociaciones y grupos de la misma nacionalidad. Aún en la actualidad las familias de origen alemán mantienen celosamente sus tradiciones religiosas, practican en forma casi exclusiva el idioma natal en el hogar y se manifiestan hostiles al matrimonio con otros grupos étnicos (5).

El 90,1% de las personas entre 15 y 25 años de las familias alemanas habla el alemán antes que el español aún cuando sólo el 37% de estos jóvenes tienen ambos progenitores nacidos en Alemania.

Manifiestan opiniones desvalorizadas con respecto a los otros grupos de población, especialmente con respecto a los paraguayos (3).

El grupo americano está compuesto básicamente por brasileños y paraguayos.

Los paraguayos conservan la lengua guaraní y aunque se relacionan preferentemente con sus connacionales, la adaptación al medio misionero y la integración con los nativos no resulta difícil. Por el contrario, como ya se expresara, esta integración tiene raíces históricas.

Los brasileños se encuentran en una situación peculiar; constituyen la población predominante en la zona este de la Provincia sobre todo en los departamentos 25 de Mayo y Guaraní.

Es la población con menos nivel de educación formal, trabajan la tierra de manera muy rudimentaria, a base de ínfimo equipamiento. La fuerza de trabajo básica está formada por toda la familia. Los niños se incorporan tempranamente al trabajo por lo que la concurrencia a las escuelas es bajísima aún en la edad escolar. El nivel de ingreso es muy bajo aún para los colonos porque la tierra es poco productiva. En esta zona se habla casi exclusivamente en portugués.

Aquí no puede hablarse de integración o de falta de integración a la población nativa ya que en esa zona nunca hubo presencia argentina.

#### 1.5. Características socio-ocupacionales

La población económicamente activa de 10 y más años alcanza la cifra de 155.750 personas, lo que representa el 34,9% de la población de la Pro

vincia, con lo que se ubica muy por debajo del porcentaje de activos del país -48,1%. Esta baja proporción de población ocupada está en relación con el elevado peso que tiene la población infantil.

La distribución relativa de los activos según sector de producción muestra la relevancia que tiene el sector primario en la Provincia de Misiones -que ocupa el 46,4% de esa población mientras que para todo el país este sector agrupa el 15,3% de los activos (Cuadro N° 1.8).

El peso de la población que trabaja en los sectores primario y secundario ha disminuído algo en los últimos años, en tanto que creció ligeramente en el sector terciario.

Dentro del sector de producción primaria la distribución de la población activa según categoría ocupacional muestra un peso muy importante para el grupo de asalariados (43,3%), destacándose por otra parte el importante volumen de trabajadores familiares sin remuneración que representa el 19,9% de los activos (Cuadro N° 1.9).

La fuerza de trabajo de la provincia está absorbida en su mayor parte por la actividad agraria cuya estructura está centrada básicamente en cultivos industriales con graves problemas de mercado que se han exacerbado durante la década 1960-1970. La mayor parte de la producción agrícola se desarrolla en minifundios en base a la pequeña producción campesina. Gran proporción de las explotaciones yerbateras no supera las 10 hectáreas y aún cuando se ocupa exclusivamente la mano de obra familiar, la reducida superficie de las parcelas no permite emplear productivamente esa mano de obra, estimándose que la subocupación de la misma alcanza el 50% del total ocupado(4).

Como consecuencia de ésto, entre los productores de los estratos más bajos se produce la emigración de algunos miembros de la familia, o bien trabajan fuera de su explotación como asalariados.



CUADRO N° 1.1 - POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
MISIONES. 1970

| GRUPOS DE EDAD  | P O B L A C I O N |       |         |       |         |       |
|-----------------|-------------------|-------|---------|-------|---------|-------|
|                 | TOTAL             | %     | VARONES | %     | MUJERES | %     |
| 0 - 14 .....    | 195.100           | 43,7  | 96.150  | 42,5  | 98.950  | 44,9  |
| 15 - 49 .....   | 198.850           | 44,5  | 102.500 | 45,3  | 96.350  | 43,7  |
| 50 - 64 .....   | 36.050            | 8,1   | 18.700  | 8,3   | 17.350  | 7,9   |
| 65 y más .....  | 16.950            | 3,8   | 9.000   | 4,0   | 7.950   | 3,6   |
| T O T A L ..... | 446.950           | 100,0 | 226.350 | 100,0 | 220.600 | 100,0 |

FUENTE: Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970.  
Resultados obtenidos por muestra I.N.D.E.C.

CUADRO N° 1.2 - POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS POR GRUPO DE EDAD SEGUN  
CONDICION DE ALFABETISMO. MISIONES. 1970

| GRUPOS<br>DE EDAD | P O B L A C I O N |       |                          |      |             |      |
|-------------------|-------------------|-------|--------------------------|------|-------------|------|
|                   | TOTAL             |       | CONDICION DE ALFABETISMO |      |             |      |
|                   |                   |       | ALFABETOS                |      | ANALFABETOS |      |
|                   | N°                | %     | N°                       | %    | N°          | %    |
| 10 - 14 .....     | 61.700            | 100,0 | 54.750                   | 88,7 | 6.950       | 11,3 |
| 15 - 49 .....     | 198.850           | 100,0 | 173.200                  | 87,1 | 25.650      | 12,9 |
| 50 y más .....    | 53.000            | 100,0 | 37.300                   | 70,4 | 15.700      | 29,6 |
| TOTAL .....       | 313.550           | 100,0 | 265.250                  | 84,6 | 48.300      | 15,4 |

FUENTE: Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas. 1970.  
Resultados obtenidos por muestra. I.N.D.E.C.

CUADRO N° 1.3 - POBLACION DE 5 AÑOS Y MAS POR GRUPO DE EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION.  
 MISIONES. 1970.

| GRUPOS DE EDAD  | TOTAL   |       | SIN INSTRUCCION |      | PRIMARIO |      | MEDIO  |      | UNIVERSITARIO Y SUPERIOR |     |
|-----------------|---------|-------|-----------------|------|----------|------|--------|------|--------------------------|-----|
|                 | N°      | %     | N°              | %    | N°       | %    | N°     | %    | N°                       | %   |
| 5 - 14 .....    | 116.800 | 100,0 | 17.350          | 14,9 | 97.050   | 83,1 | 2.400  | 2,0  | --                       | --  |
| 15 - 49 .....   | 195.700 | 100,0 | 15.600          | 8,0  | 149.900  | 76,6 | 26.500 | 13,5 | 3.700                    | 1,9 |
| 50 y más .....  | 51.600  | 100,0 | 12.900          | 25,0 | 34.600   | 67,1 | 3.650  | 7,1  | 450                      | 0,9 |
| T O T A L ..... | 364.100 | 100,0 | 45.850          | 12,6 | 281.550  | 77,3 | 32.550 | 8,9  | 4.150                    | 1,1 |

FUENTE: Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Resultados obtenidos por muestra INDEC.

CUADRO N° 1.4 - DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION EXTRANJERA MISIONES.

| ORIGEN           | A Ñ O S |       |       |       |
|------------------|---------|-------|-------|-------|
|                  | 1895    | 1914  | 1947  | 1960  |
| Europeos .....   | 5,6     | 33,9  | 28,4  | 16,0  |
| Brasileños ..... | 69,1    | 34,4  | 25,9  | 25,6  |
| Paraguayos ..... | 23,5    | 28,4  | 42,3  | 56,7  |
| Otros .....      | 1,8     | 3,3   | 3,4   | 1,7   |
| T O T A L .....  | 100,0   | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

FUENTE: NATALE, O. *Hechos y estructuras demográficas provinciales C.F.I.*

CUADRO N° 1.5 - DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL, POR ORIGEN. MISIONES.

| ORIGEN         | A Ñ O S |       |       |       |       |
|----------------|---------|-------|-------|-------|-------|
|                | 1895    | 1914  | 1947  | 1960  | 1970  |
| Nativos .....  | 49,2    | 61,8  | 73,8  | 77,2  | 83,0  |
| Extranjeros .. | 50,8    | 38,2  | 26,2  | 22,8  | 17,0  |
| TOTAL .....    | 100,0   | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

FUENTE: NATALE, O. *Hechos y estructuras demográficas provinciales C.F.I.*

CUADRO N° 1.6 -DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION RURAL  
SEGUN PERTENENCIA ETNICA. MISIONES, 1971

| PERTENENCIA ETNICA        | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|
| Argentinos .....          | 23         |
| Argentino-Americano ..... | 22         |
| Argentino-Europeo .....   | 18         |
| Paraguayos .....          | 17         |
| Brasileño .....           | 7          |
| Polacos-Ucranianos .....  | 5          |
| Brasileño-Europeo .....   | 3          |
| Alemanes .....            | 2          |
| Paraguayo-Europeo .....   | 1          |
| Europeo .....             | 1          |
| Otros .....               | 1          |
| <b>TOTAL .....</b>        | <b>100</b> |

FUENTE:

*Estudio sobre el nivel de vida de la población rural de Misiones. Dirección General de Estadísticas y Censo. Misiones, 1970.*

CUADRO N° 1.7 - POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE 10 AÑOS Y MAS POR SECTOR DE PRODUCCION Y CATEGORIA OCUPACIONAL. MISIONES. 1970

| CATEGORIA OCUPACIONAL                   | SECTOR DE PRODUCCION |                 |                   |                 |                 |
|---|----------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|
|   | TOTAL                | SECTOR PRIMARIO | SECTOR SECUNDARIO | SECTOR TERCARIO | SIN ESPECIFICAR |
| TOTAL .....                             | 155.750              | 72.200          | 24.450            | 44.600          | 14.500          |
| Asalariado .....                        | 90.650               | 31.250          | 19.150            | 34.200          | 6.050           |
| Trabajador familiar sin remuneración .. | 18.550               | 14.400          | 350               | 850             | 2.950           |
| Cuenta propia .....                     | 36.650               | 24.000          | 4.000             | 7.550           | 1.100           |
| Patrón .....                            | 5.400                | 2.400           | 900               | 1.850           | 250             |
| Sin especificar ...                     | 4.500                | 150             | 50                | 150             | 4.150           |

FUENTE: Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Resultados obtenidos por muestra. INDEC.

CUADRO N° 1.8 - DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA SEGUN SECTORES DE PRODUCCION PARA MISIONES Y TOTAL DEL PAIS.

|                  | PRIMARIO |      |      | SECUNDARIO |      |      | TERCIARIO |      |      |
|------------------|----------|------|------|------------|------|------|-----------|------|------|
|                  | 1947     | 1960 | 1970 | 1947       | 1960 | 1970 | 1947      | 1960 | 1970 |
| Total del país.. | 25,7     | 18,5 | 15,3 | 27,9       | 31,7 | 28,6 | 40,5      | 39,8 | 47,4 |
| Misiones .....   | 50,0     | 47,5 | 46,4 | 19,8       | 17,4 | 15,7 | 26,0      | 26,1 | 28,6 |

FUENTES: NATALE, O. *Hechos y estructuras demográficas provinciales: CFI.*  
*Censo Nacional de Población, familias y viviendas 1970. Resultados Obtenidos por muestra INDEC.*

CUADRO N° 1.9 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION OCUPADA EN EL SECTOR PRIMARIO SEGUN CATEGORIA OCUPACIONAL MISIONES. 1970

| CATEGORIA OCUPACIONAL              | POBLACION OCUPADA EN EL SECTOR PRIMARIO |       |
|------------------------------------|---|-------|
|                                    | N°                                      | %     |
| T O T A L .....                    | 72.200                                  | 100,0 |
| Asalariado .....                   | 31.250                                  | 43,3  |
| Trabajador familiar s/remuneración | 14.400                                  | 19,9  |
| Cuenta propia .....                | 24.000                                  | 33,2  |
| Patrón .....                       | 2.400                                   | 3,3   |

FUENTE: Censo Nacional de Población, familias y viviendas. 1970. Resultados obtenidos por muestra. INDEC.



CUADRO N° 1.10 - DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION URBANA SEGUN TAMAÑO DE LOS CENTROS, EN LOS AÑOS 1895, 1914, 1947, 1960 y 1970

| CENTROS URBANOS               | AÑOS DE LOS CENSOS |      |      |      |      |
|-------------------------------|--------------------|------|------|------|------|
|                               | 1895               | 1914 | 1947 | 1960 | 1970 |
| De más de 50.000 habitantes.. |                    |      |      | 61,4 | 58,7 |
| De 20.000 a 49.999 habitantes |                    |      | 82,1 |      |      |
| De 10.000 a 19.999 habitantes |                    | 100  |      | 10,7 | 18,7 |
| De 5.000 a 9.999 habitantes.. |                    |      |      | 5,7  | 9,1  |
| De 4.999 a 2.000 habitantes.. | 100                |      | 17,9 | 22,2 | 13,4 |
| T O T A L .....               | 100                | 100  | 100  | 100  | 100  |

FUENTE: NATALE, O. *Hechos y estructuras demográficas provinciales, C.F.I. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Localidades con 1.000 y más habitantes. INDEC.*

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Censo Nacional de población, familias y viviendas 1970. INDEC
- 2.- NATALE, Oscar. Hechos y estructuras demográficas provinciales C.F.I.
- 3.- Estudio sobre el nivel de vida de la población rural de Misiones. Dirección General de Estadísticas y Censos. Misiones. 1971.
- 4.- SLUTZKY, Daniel. Tenencia y distribución de la tierra en la región N.E.A.
- 5.- MICOLIS, Marisa. Une communauté allemande en Argentine: Eldorado. 1973. Centre International de recherches sur le bilinguisme.
- 6.- FLOOD, Carlos. Estudio de la mano de obra transitoria de la Provincia de Misiones. Secretaría del Consejo Provincial de Desarrollo. Misiones 1972.

CAPITULO 2

## 2. SITUACION SANITARIA

### 2.1. Problemas de salud de la población, su relación con el medioambiente y factores condicionantes:

Del análisis de distintos indicadores de morbimortalidad surge el estado sanitario deficiente que afecta a gran parte de la población misionera.

Las altas tasas de mortalidad infantil y materna, los bajos valores del índice de mortalidad proporcional, el predominio de la patología infecciosa asociada a desnutrición como causa de enfermedad y muerte, describen claramente esta seria situación que analizáramos en detalle en las páginas 8 a 19 del "Diagnóstico Preliminar".

Los índices promedios provinciales, ocultan el bajo nivel sanitario de la mitad de la población, especialmente la radicada en los departamentos del centro y norte de la provincia, que muestran tasas de mortalidad infantil que superan el 80% e índices de mortalidad proporcional inferiores al 45 %, valores típicos de zonas francamente subdesarrolladas.

Dentro de este panorama condicionado por fenómenos que reconocen en sus orígenes la multicausalidad pueden definirse en la provincia los siguientes problemas sanitarios:

#### 2.1.1. La Mortalidad Materna:

Como hemos visto en el "Diagnóstico Preliminar" (pág. 14) la mortalidad materna en la provincia de Misiones (3,1 %) aparece juntamente con la de las provincias de Chaco, San Luis y Formosa, entre las más altas del país, duplicando la tasa promedio nacional(1). Del análisis de las causas de estas muertes se desprende que la gran mayoría son evitables mediante la adecuada atención del embarazo, parto y puerperio. Por otra parte hemos detectado que la tercera parte de las mismas son registradas como ocurridas sin atención médica, situación que de ser corregida permite suponer una importante reducción del riesgo de morir de las madres misioneras.

Asimismo la baja proporción de nacimientos atendidos en establecimientos asistenciales (2) (48%) demuestra la baja cobertura hospitalaria con que cuentan las embarazadas en la provincia para la atención del parto; si bien pueden concurrir como factores importantes las dificultades de accesibilidad geográfica a los servicios y las pautas culturales de la población, es también claro que será difícil esperar una reducción de la mortalidad materna en la provincia mientras el sistema de atención médica no aumente la cobertura en lo referente a atención del embarazo, parto y puerperio.

#### 2.1.2. La Mortalidad Infantil:

En la provincia de Misiones se registró en 1972 la muerte de 1.215 niños antes de cumplir el primer año de edad, esto hace que la

CUADRO N° 2.1 - DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, NACIDOS VIVOS Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL. MISIONES, 1972.

| DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA      | DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO | NACIMIENTOS VIVOS | TASA MORTALIDAD INFANTIL |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Apóstoles .....                 | 54                              | 487               | 110,9                    |
| ✓Caingúas .....                 | 63                              | 1.233             | 51,1                     |
| Candelaria .....                | 18                              | 284               | 63,4                     |
| Capital .....                   | 217                             | 2.852             | 76,1                     |
| Concepción .....                | 15                              | 207               | 72,5                     |
| Éldorado .....                  | 98                              | 1.090             | 89,9                     |
| General Belgrano .....          | 34                              | 456               | 74,6                     |
| Guaraní .....                   | 81                              | 895               | 90,5                     |
| Iguazú .....                    | 77                              | 735               | 104,8                    |
| ✓Leandro Alem .....             | 80                              | 804               | 99,5                     |
| ✓General San Martín .....       | 72                              | 828               | 87,0                     |
| Montecarlo .....                | 53                              | 712               | 74,4                     |
| Oberá .....                     | 180                             | 2.014             | 89,4                     |
| ✓San Ignacio .....              | 50                              | 974               | 51,3                     |
| ✓San Javier .....               | 47                              | 535               | 87,8                     |
| San Pedro .....                 | 33                              | 443               | 74,5                     |
| 25 de Mayo .....                | 29                              | 701               | 41,4                     |
| Otras provincias y países ..... | 14                              | 472               | 29,6                     |
| Toda la provincia .....         | 1.215                           | 15.722            | 77,3                     |

FUENTE: "Estadísticas Vitales". Servicio Provincial de Salud. Misiones, 1972.

tasa de mortalidad infantil alcance, a pesar del subregistro, valores muy altos (77%).

Si, como comentáramos en el "Diagnóstico Preliminar" (págs.10/12), tenemos en cuenta que las altas tasas alcanzadas en 1972 se inscriben en lo que aparece como una tendencia ascendente a partir de 1965 (3) y que este promedio provincial oculta la situación de la mitad de los departamentos provinciales que superan este promedio (llegando en el caso de Apóstoles e Iguazú a superar la tasa de 100%) se presenta claramente la gravedad del problema de la salud infantil en la provincia.

Si añadimos que por lo menos el 21% de estas muertes ocurrieron sin atención médica y que del total de las defunciones de este grupo no menos del 52% reconocen como causa básica enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales. Estos hechos graves por sí mismos, revelan in directamente a la par que las deficientes condiciones socioeconómicas y ambientales en las que se desarrolla la vida de muchos niños misioneros, elementos causales básicos en la génesis de la desnutrición y de la mayor parte de la patología infecciosa, la relativa ineficacia del sistema de atención médica que no puede prevenir o resolver los efectos de un grupo bastante limitado de patología cuyo diagnóstico y tratamiento requiere el manejo de tecnología médica elemental.

#### 2.1.3. La Mortalidad en la niñez temprana:

Es reconocida por los expertos la específica y fuerte relación existente entre la mortalidad de los niños de 1 a 4 años de edad y los factores socioeconómicos, ambientales y de atención médica deficitaria que se hallan siempre presentes como componentes fundamentales en las muertes de estos niños.

Todos estos factores determinaron un riesgo mayor para aquellos niños que no han alcanzado un estado normal de nutrición, lo que los transforma en altamente vulnerables a la patología infecciosa.

A la vez es también aceptado que esta mortalidad es fácilmente reductible mediante la aplicación de los conocimientos existentes.

Los hechos señalados permiten valorar adecuadamente el significado de la tasa de mortalidad del grupo de 1 a 4 años en la provincia de Misiones, la que en 1969 presentó un valor de 4,9% que casi duplica el promedio nacional para el mismo año que era de 2,8%.

Las causas que provocan estas muertes merecen comentarios semejantes a los realizados para la mortalidad de menores de 1 año; en el grupo de 1 a 4 años el peso de la patología infecciosa y ligada a deficiencias nutricionales es bastante más notorio que en el caso anterior, superando las dos terceras partes como causa de las muertes de estos niños en 1972.

Al igual que en el caso de la mortalidad infantil, puede observarse en el cuadro N° 2.2. como la tasa promedio provincial que en 1972 era del 4,5% oculta la situación mucho más seria de la mitad de los depar-

CUADRO N° 2.2 - DEFUNCIONES DE NIÑOS DE 1 a 4 AÑOS Y TASAS DE MORTALIDAD, SEGUN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. MISIONES, 1972

| DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA | N° DE DEFUNCIONES | POBLACION 1-4 AÑOS (ESTIMADA) | TASA % |
|----------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|
| Apóstoles .....            | 10                | 2.381                         | 4,2    |
| Caingúas .....             | 29                | 6.509                         | 4,5    |
| Candelaria .....           | 2                 | 1.556                         | 1,3    |
| Capital .....              | 33                | 11.978                        | 2,8    |
| Concepción .....           | 6                 | 1.153                         | 5,2    |
| Eldorado .....             | 14                | 4.606                         | 3,0    |
| General M. Belgrano .....  | 20                | 2.968                         | 6,7    |
| Guaraní .....              | 35                | 825                           | 42,4   |
| Iguazú .....               | 19                | 2.675                         | 7,1    |
| L.N.Alem .....             | 8                 | 3.197                         | 2,5    |
| Lib.Gral.San Martín .....  | 7                 | 4.853                         | 1,4    |
| Montecarlo .....           | 12                | 3.677                         | 3,3    |
| Oberá .....                | 57                | 8.580                         | 6,6    |
| San Ignacio .....          | 19                | 4.667                         | 4,1    |
| San Javier .....           | 14                | 2.251                         | 6,2    |
| San Pedro .....            | 11                | 1.543                         | 7,1    |
| 25 de Mayo .....           | 6                 | 2.918                         | 2,1    |
| T O T A L .....            | 302               | 66.337                        | 4,5    |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud

tamentos de la provincia que presentan valores superiores llegando al extremo en el departamento Guaraní donde la tasa alcanza el valor de 42,4%.

Con relación a la atención médica de estos niños en el momento de la afección que produce su muerte no fue posible extraer datos de la información secundaria disponible, no obstante suponemos que una alta proporción de las mismas ocurrieron sin atención médica. Basamos este supuesto en un estudio sobre "Morbimortalidad en la población de 1 a 4 años de edad" (4) que realizáramos en 1972 y donde demostramos que para el total del país, en el año 1969, por lo menos un 25% de las defunciones de estos niños ocurrieron sin atención médica; no hallamos razones para pensar que la situación en la provincia de Misiones pueda apartarse demasiado del promedio nacional.

#### 2.1.4. La desnutrición:

Intentando cuantificar el problema de la desnutrición en la provincia, hemos recurrido a información secundaria disponible que permite detectar la existencia real de este factor como causa de enfermedad y muerte en la población de la provincia.

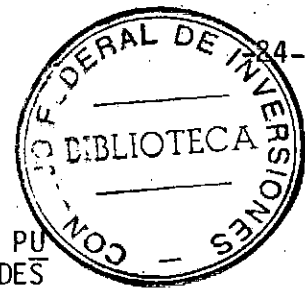
Como pudo comprobarse en el análisis de la estructura de las defunciones que realizáramos en el "Diagnóstico Preliminar" las deficiencias nutricionales aparecen como causa básica del 3% de todas las defunciones ocurridas en la provincia durante 1972.

Esta proporción aumenta notoriamente en las defunciones del grupo de menores de 1 año (7,2%) y de 1 a 4 años (7,8%). Si por otra parte tenemos en cuenta la reconocida asociación entre la patología infecciosa y las deficiencias nutricionales y la alta proporción de defunciones y egresos que reconocen como causa básica la infección podemos deducir que la desnutrición juega un rol importante como causa directa o asociada en la morbi-mortalidad de la población misionera, fundamentalmente en la niñez.

Avalamos este supuesto con los hechos demostrados por la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez (5) que realizara la Oficina Sanitaria Panamericana en el período de 1968-1971. Dicen los investigadores "cuando se considera sólo la causa básica la magnitud del problema de la deficiencia nutricional en la mortalidad es minimizada". En las provincias de Chaco y San Juan este estudio demostró que en el 57% y 36,9% respectivamente de las defunciones de menores de 5 años (excluidas las defunciones neonatales) aparecía la deficiencia nutricional como causa asociada.

En un estudio que técnicos provinciales realizaron en 1970 y 1971(6) respecto a los egresos y defunciones que reconocen como causa la desnutrición pudo comprobarse (Ver Cuadro N° 2.3.) que se produjeron 299 egresos en los hospitales del Servicio Provincial de Salud y 221 defunciones, esto significó que en cada año de los mencionados, el 15% de los egresos del subsector público y el 6% del total de las defunciones





CUADRO N° 2.3 - DEFUNCIONES Y EGRESOS DEL SUBSECTOR PUBLICO, QUE RECONOCEN COMO CAUSA LA DESNUTRICION, SEGUN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. MISIONES.

| DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA | N° DE DEFUNCIONES * | N° DE EGRESOS ** |
|----------------------------|---------------------|------------------|
| Apóstoles .....            | 12                  | 4                |
| Caingúas .....             | 19                  | 5                |
| Candelaria .....           | 6                   | 10               |
| Capital .....              | 27                  | 191              |
| Concepción .....           | 1                   | 2                |
| Eldorado .....             | 6                   | 9                |
| General Belgrano .....     | 16                  | --               |
| Guaraní .....              | 11                  | --               |
| Iguazú .....               | 21                  | 6                |
| L.N.Alem .....             | 19                  | 6                |
| Libertador Gral.S.Martín   | 8                   | 7                |
| Montecarlo .....           | 8                   | 3                |
| Oberá .....                | 15                  | 16               |
| San Ignacio .....          | 8                   | 21               |
| San Javier .....           | 28                  | 7                |
| San Pedro .....            | 10                  | 12               |
| 25 de Mayo .....           | 6                   | --               |
| T O T A L .....            | 221                 | 299              |

\* Defunciones registradas en 1971. Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud.

\*\* Egresos registrados en 1970. Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud.

registradas en la provincia tuvieron como causa la desnutrición. El análisis por grupo etareo reveló que el grupo más afectado fue el de menores de 5 años que aportó el 85% de los egresos y el 74% de las defunciones por dicha causa.

## 2.2. Patología predominante:

Una aproximación al conocimiento de la patología predominante en la provincia puede obtenerse a partir del estudio de la estructura por causa de los egresos y consultas que se producen en la población; aportan también datos de valor el estudio de la estructura por causa de las defunciones y el análisis de la notificación de enfermedades transmisibles.

Todos estos pasos fueron cumplidos por el grupo con el propósito de obtener el mayor conocimiento posible, a través de información secundaria, de las afecciones que con mayor frecuencia son causa de enfermedad y muerte en la población misionera. Toda la información señalada fue presentada en el "Diagnóstico Preliminar", a excepción de la referida a Consultas datos que son recogidos por el Departamento de Estadísticas de Salud del Servicio Provincial pero que no son elaborados; su procesamiento requeriría un esfuerzo y gasto adicional que tal vez no se justifique en razón de las importantes inconsistencias que generalmente padece este tipo de dato.

En esta etapa el acceso a información inédita recogida y elaborada por la Encuesta Nacional de Salud, E.N.S. (7), nos permite un mayor acercamiento al conocimiento de la patología dominante en función del análisis de los resultados obtenidos por la Encuesta de Morbilidad del E.N.S. Es así que analizamos los datos recogidos para la Región del Noroeste Argentino durante el año 1971, producto de la encuesta de 7.086 personas residentes en la región.(8). La rigurosidad metodológica con que fue realizada la muestra hace confiables los resultados obtenidos y teniendo en cuenta que se trata de la única información existente al respecto entendimos que era importante su inclusión en el presente trabajo aunque se trate de indicadores globales para toda la Región N.E.A.

### 2.2.1. Estructura de Egresos, Defunciones y Notificación de enfermedades transmisibles.

Como dijéramos inicialmente esta información la provee rutinariamente el Departamento de Estadísticas del Servicio Provincial de Salud y fué analizada en el "Diagnóstico Preliminar". A modo de conclusión destacamos en los cuadros siguientes cómo sobresalen proporcionalmente con respecto a promedios nacionales algunos grupos de causas de egresos (Cuadro 2.4.), defunciones (Cuadro 2.5.) y las tasas de ocurrencia de las enfermedades transmisibles (Cuadro 2.6.) más frecuentes en la Provincia.

En el caso de los egresos del subsector público (Cuadro 2.4.) puede observarse que la proporción de los mismos que reconoce como

CUADRO N° 2.4 - PROPORCION DE EGRESOS DE HOSPITALES GENERALES DEL SUBSECTOR PUBLICO SEGUN GRUPOS DE CAUSAS SELECCIONADOS. MISIONES Y TOTAL DEL PAIS. 1972.

| GRUPOS DE CAUSAS                                | PROPORCION DE EGRESOS MISIONES | PROPORCION DE EGRESOS TOTAL DEL PAIS |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Embarazo, parto y puerperio .....               | 30,3                           | 25,9                                 |
| Enf.infecciosas y parasitarias .....            | 18,6                           | 5,5                                  |
| Enf.del aparato digestivo .....                 | 11,2                           | 15,6                                 |
| Accidentes .....                                | 10,4                           | 7,6                                  |
| Enf.del aparato cardiovascular .....            | 4,6                            | 5,9                                  |
| Enf.del aparato genitourinario .....            | 4,3                            | 4,3                                  |
| Enf.del aparato respiratorio .....              | 3,5                            | 11,3                                 |
| Síntomas y estados morbosos mal definidos ..... | 3,2                            | 4,3                                  |
| Trastornos mentales .....                       | 3,1                            | 2,1                                  |
| Cáncer .....                                    | 2,6                            | 2,2                                  |
| Las demás causas .....                          | 8,2                            | 15,3                                 |
| <b>T O T A L</b> .....                          | <b>100,0</b>                   | <b>100,0</b>                         |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud.  
Departamento de Estadísticas de Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública.

causa afecciones infecciosas y parasitarias (18,6%) casi cuadruplica a lo observado en la estructura que corresponde al total del país (5,5%) por otra parte los accidentes también aparecen en una proporción algo mayor en la estructura provincial (10,4%) que en la nacional (7,6%).

La estructura de las defunciones de la provincia (Cuadro 2.5.) también muestran proporciones mayores de defunciones que tienen como causa básica afecciones infecciosas (20,8%) que la estructura de las defunciones del total del país (13,1%). Otro tanto ocurre con los accidentes que en la estructura provincial comprenden el 10% de las defunciones y en la nacional el 8%. Las causas de mortalidad perinatal y las deficiencias nutricionales también tienen mayor peso en las defunciones de la provincia.

Las tasas de ocurrencia para las enfermedades transmisibles (Cuadro 2.6.) más frecuentes en la provincia muestra el claro predominio de algunas de ellas con respecto a las tasas promedios del país (9). La Necatoriasis o anquilostomiasis muestra por ejemplo una tasa 27 veces mayor que la del país, siendo superada solamente por la que presenta la provincia de Corrientes.

La tasa de ocurrencia de difteria, según las notificaciones registradas, es 9 veces superior en la provincia que el promedio nacional, la lepra presenta una tasa 7 veces superior, la blenorragia y sífilis 4 veces mayor. En el caso de la tasa de ocurrencia de la difteria sólo es superada por la que presenta la provincia de Chubut (11,1‰) la de lepra es superada por las provincias de Chaco (27,5‰) y de Formosa (19,5‰), la de blenorragia por Jujuy (372,7‰) y la de Sífilis es la más alta del país. Merecen también mención la frecuencia de la influenza, Diarrea infantil estival, tuberculosis, fiebre reumática, meningoencefalitis y ofidismo y aracnoidismo. Si bien son reconocidas las limitaciones de la información precedentemente analizada en razón del importante subregistro que padecen, es también cierto que la mencionada subenumeración es un problema en todo el país y que la comparación entre los valores locales y los promedios nacionales puede ser válida fundamentalmente en los casos donde las diferencias son tan francas como las mencionadas. Por lo expuesto podemos concluir que la necatoriasis, la difteria, la lepra y las enfermedades venéreas constituyen afecciones transmisibles de incidencia particularmente alta en la provincia de Misiones.

#### 2.2.2. Encuesta de Morbilidad:

En este ítem se presenta y analiza información inédita provista por la Encuesta de Morbilidad del Estudio sobre Salud y Educación Médica (7) realizado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, la Asociación de Facultades de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud. Entre los cuatro objetivos generales de la encuesta de Salud se incluyó el conocimiento de las enfermedades y los accidentes que padece la población en un período de tiempo. El capítulo de morbilidad del estudio permitió adquirir conocimientos sobre:

CUADRO N° 2.5 - PROPORCION DE DEFUNCIONES SEGUN GRUPOS DE CAUSAS SELECCIONADOS. MISIONES Y TOTAL DEL PAIS. 1972

| GRUPOS DE CAUSAS                          | PROPORCION DE DEFUNCIONES |              |
|---|---------------------------|--------------|
|   | MISIONES                  | PAIS         |
| Enfermedades cardiovasculares .....       | 26,9                      | 33,4         |
| Enf.de origen infeccioso y parasitario .. | 20,8                      | 13,1         |
| Accidentes .....                          | 10,0                      | 8,0          |
| Cáncer .....                              | 9,8                       | 16,5         |
| Síntomas y estados morbosos mal definidos | 8,8                       | 6,1          |
| Causas de mortalidad perinatal .....      | 5,6                       | 3,5          |
| Desnutrición .....                        | 3,1                       | 1,1          |
| Las demás causas .....                    | 14,9                      | 18,3         |
| <b>T O T A L</b> .....                    | <b>100,0</b>              | <b>100,0</b> |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud  
 Departamento de Estadísticas de Salud. Secretaría de Estado  
 de Salud Pública.

CUADRO N° 2.6 - TASAS DE OCURRENCIA POR 100.000 HABITANTES PARA ALGUNAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. MISIONES Y TOTAL DEL PAIS. 1972.

| ENFERMEDAD                           | MISIONES<br>TASAS ‰<br>* | TOTAL DEL PAIS<br>TASAS ‰<br>** |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Influenza .....                      | 1.752,4                  | 466,1                           |
| Diarrea infantil estival .....       | 1.552,9                  | 367,8                           |
| Necatoriasis .....                   | 433,7                    | 16,2                            |
| Blenorragia .....                    | 311,1                    | 71,4                            |
| Coqueluche .....                     | 263,3                    | 163,3                           |
| Sífilis .....                        | 162,9                    | 45,8                            |
| Sarampión .....                      | 126,8                    | 112,9                           |
| Tuberculosis .....                   | 116,5                    | 67,4                            |
| Varicela .....                       | 99,8                     | 77,0                            |
| Parotiditis .....                    | 64,3                     | 49,7                            |
| Rubeola .....                        | 56,6                     | 28,7                            |
| Hepatitis a virus .....              | 52,9                     | 56,2                            |
| Ofidismo y aracnoidismo .....        | 22,4                     | 2,5                             |
| Fiebre reumática .....               | 19,2                     | 3,4                             |
| Lepra .....                          | 19,2                     | 2,5                             |
| Difteria .....                       | 10,9                     | 1,2                             |
| Meningoencefalitis .....             | 6,5                      | 3,1                             |
| Fiebre tifoidea y paratifoidea ..... | 2,4                      | 4,5                             |
| Tétanos .....                        | 2,0                      | 1,4                             |

FUENTE: \* Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud  
 \*\* Departamento de Estadísticas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública.

- 1.- Quiénes se sintieron enfermos
- 2.- Qué tipo de proceso mórbido percibieron.
- 3.- Qué tipo de actitud asumieron al sentirse enfermos.

Algunas variables consideradas fueron las siguientes:

- a) Enfermedad o sintomatología padecida en las dos últimas semanas, en tendiendo por tal a las enfermedades que el sujeto que es objeto de la encuesta manifiesta haber percibido en el período de referencia, sea en el carácter de síntomas o como un síndrome. Se definió a los "Síntomas percibidos" como cualquier manifestación del estado de cerrestesia, sin juzgar el estado de salud o de enfermedad del encuestado. Estos síntomas pueden referirse a uno o a varios órganos o sistemas.

La manifestación de enfermedad que se recogió puede ser la caracterización del síndrome o consistir en las connotaciones objetivas y subjetivas que sobre la situación tuviere el encuestado. La idea de enfermedad que éste tenga pudo deberse al estricto conocimiento o bien derivarse de los contactos que haya tenido con profesionales de la salud o con otras personas.

- b) Accidentes ocurridos en las últimas dos semanas: Se tomó como definición de accidentes a "todo hecho traumático, espontáneo, imprevisto y repentino que provoca en el organismo una reacción orgánica o un trastorno funcional o pasajero" incluyendo a cualquier tipo de accidente, envenenamiento o violencia casual autoinfligido o provocado por terceros y las lesiones provocadas por terceros. También incluye el envenenamiento por picadura y/o mordeduras de animales.

La percepción de morbilidad surge de una pregunta donde se inquere si en las últimas dos semanas estuvo enfermo, sintió algún malestar, o tuvo algún problema de salud.

Se considera este tipo de información, teniendo en cuenta la importante limitante metodológica que hace al análisis de las percepciones, proveniente de la dificultad de obtener información con características subjetivas, restricción común, a toda investigación que trata datos de esta naturaleza.

Para la descripción global de las percepciones manifestadas por la población encuestada se han construido tres índices: la tasa de percepción de enfermedad, la tasa de percepción de accidentes y la tasa de percepción de morbilidad total, que intentan medir el riesgo de "padecer" un problema de salud, enfermedad o accidente, en las dos semanas previas a la realización de la encuesta.

En la región del N.E.A. la tasa de encuestados que percibió algún problema de salud en los últimos 15 días representa un tercio del total (Ver Cuadro N°2.7.), ascendiendo al 34,6%. La tasa de percepción es del 2,6%.

CUADRO N° 2.7 - PERCEPCION DE ENFERMEDADES, DE ACCIDENTES, Y DE MORBILIDAD TOTAL, SEGUN RESPUESTA DEL ENCUESTADO. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO POR CIENTO ENCUESTADOS. REGION NEA. 1970/71

| GRUPOS DE EDAD Y SEXO |         | ENFERMEDAD | ACCIDENTE | MORBILIDAD TOTAL |
|-----------------------|---------|------------|-----------|------------------|
| - 10                  | Varones | 29,8       | 1,9       | 30,5             |
|                       | Mujeres | 31,2       | 1,5       | 32,0             |
|                       | Total   | 30,5       | 1,7       | 31,2             |
| 10 - 24               | Varones | 19,4       | 2,4       | 20,8             |
|                       | Mujeres | 24,3       | 1,4       | 24,7             |
|                       | Total   | 21,7       | 1,9       | 22,6             |
| 15 - 24               | Varones | 20,1       | 4,2       | 21,9             |
|                       | Mujeres | 33,2       | 2,8       | 34,6             |
|                       | Total   | 26,8       | 3,5       | 28,4             |
| 25 - 44               | Varones | 27,7       | 3,8       | 29,4             |
|                       | Mujeres | 42,6       | 2,7       | 43,5             |
|                       | Total   | 35,2       | 3,2       | 36,6             |
| 45 - 64               | Varones | 39,4       | 2,9       | 40,4             |
|                       | Mujeres | 58,6       | 3,5       | 59,0             |
|                       | Total   | 48,5       | 3,2       | 49,2             |
| 65 y más              | Varones | 53,6       | 1,3       | 54,2             |
|                       | Mujeres | 67,3       | 1,2       | 67,3             |
|                       | Total   | 60,8       | 1,2       | 61,1             |
| Total                 | Varones | 28,6       | 2,9       | 29,9             |
|                       | Mujeres | 38,6       | 2,2       | 39,5             |
|                       | Total   | 33,6       | 2,6       | 34,6             |

FUENTE: Estudio Sobre Salud y Educación Médica. S.E.S.P., A.F.A.M.E.R.A., O.P.S. Información inédita.



Las tasas obtenidas señalan que las mujeres perciben enfermedad en mayor medida que los hombres. Esta diferencia asciende al 10%, siendo la tasa para las mujeres de 38,6% y para los hombres de 28,6%. Esta situación se mantiene en cada uno de los grupos etareos en que fue desagregada la muestra, aunque con variaciones en las diferencias. Estas se van ampliando a medida que aumenta la edad hasta el grupo de 45-64 años donde llega a su máximo (19,2%) y disminuye levemente en grupo de mayores de 65 años.

Si analizamos el comportamiento de las tasas según la edad, vemos que se distribuyen en forma bimodal. A partir de la tasa del grupo de menores de 10 años se produce un descenso de la misma en el grupo de 10 a 14 años y a partir de allí un aumento constante. Esta situación es común a varones y mujeres.

En el caso de los accidentes los hombres registran tasas de percepción más altas que las mujeres, esto es válido para el total y cada grupo etareo con excepción del comprendido entre 45-64 años donde la relación se invierte. Las diferencias entre las tasas de varones y mujeres se acentúan con la edad hasta el grupo de 15-24 años. En el grupo siguiente comienza a disminuir hasta invertirse en el de 45-64 años, para finalizar casi equiparados en el grupo de mayor edad.

Las tasas por edad, independientemente del sexo, se comportan de manera distinta a la observada en enfermedad. En este caso la distribución se asemeja a una curva normal alcanzando su máximo en el grupo de 15-24 años. Esta distribución coincide con la de los varones; las mujeres sufren otro tipo de oscilaciones teniendo su frecuencia máxima en el grupo de 45-64 años.

Al analizar la distribución de las percepciones por grupo de enfermedades y sexo (Cuadro N° 2.8) se observa que las correspondientes al aparato respiratorio casi duplican al grupo que las sigue. Esta diferencia se hace aún más notoria en la medida en que las correspondientes a los demás grupos de enfermedades se presenta más atenuada.

En todos los casos las mujeres superan a los hombres, siendo las diferencias más notables las correspondientes a "mal definidas" "aparato digestivo" "mentales" y "genitourinario" donde las percepciones de aquellas exceden al doble de las de varones.

La Encuesta Nacional de Salud analizó también la conducta manifiesta por los encuestados frente a la percepción de morbilidad, para ello agrupó a la percepción de enfermedad y de los accidentes conjuntamente como una percepción de morbilidad; de este estudio surgió que del total de perceptores que, como dijimos, fue el 34,6% de los encuestados, sólo el 22,6% consultó al médico. En relación al consumo de medicamentos pudo comprobarse que del total de encuestados el 34,2% consumió medicamentos en las últimas dos semanas, de éstos el 78,4% percibió morbilidad en tanto que un 21,6% consumió medicamentos sin que hubiera habido percepción de por medio.

CUADRO N° 2.8. - TASAS DE PERCEPTORES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, POR CADA MIL ENCUESTADOS, SEGUN GRUPOS DE ENFERMEDADES Y SEXO. REGION NEA. 1970/71.

| GRUPOS DE ENFERMEDADES                                   | TASAS POR 1.000 |         |       |
|--|-----------------|---------|-------|
|  | VARONES         | MUJERES | TOTAL |
| Aparato respiratorio .....                               | 130,9           | 150,3   | 140,6 |
| Mal definidas .....                                      | 57,8            | 108,6   | 83,0  |
| Aparato digestivo .....                                  | 59,7            | 101,2   | 80,3  |
| Sistema osteomuscular .....                              | 47,9            | 61,1    | 54,5  |
| Sistema nervioso central y órganos de los sentidos ..... | 24,7            | 33,2    | 28,9  |
| Aparato circulatorio .....                               | 13,2            | 23,3    | 18,2  |
| Mentales .....   | 10,9            | 23,9    | 17,4  |
| Piel y tejido celular subcutáneo .....                   | 15,4            | 16,8    | 16,1  |
| Aparato genito-urinario .....                            | 7,6             | 20,7    | 14,1  |
| Infecciones y parasitarias .....                         | 12,9            | 13,4    | 13,1  |
| Embarazo, parto y puerperio .....                        | --              | 8,0     | --    |
| Endócrinas y del metabolismo .....                       | 2,0             | 3,1     | 2,5   |
| Otros .....  | 1,7             | 3,1     | 2,4   |

FUENTE: Estudio sobre Salud y Educación Médica. S.E.S.P., A.F.A.M.E.R.A., O.P.S. Información inédita.

### 2.3. Mortalidad por grupos etáreos:

Los M.M.P.A. (Modelos de Mortalidad Proporcional Agrupada) constituyen un excelente indicador para resumir el panorama de la mortalidad en grupos etareos seleccionados, consisten esencialmente en establecer el porcentaje de fallecimientos registrados en menores de un año, entre uno y cuatro años, entre cinco y cuarenta y nueve años y los ocurridos en individuos de cinta años o más (10).

El primer valor mide el impacto de los fallecimientos de menores de un año con respecto al total de muertes; es aceptado que refleja indirectamente los cuidados prodigados a la madre durante el embarazo y el parto y al niño en los primeros meses de vida, cuidados que están en relación directa con las condiciones de vida de una comunidad y con la eficacia del sistema de atención médica.

El segundo valor mide la proporción de las muertes del grupo de 1 a 4 años sobre el total, muertes que se aceptan como fuertemente condicionadas por la agresión que sobre los niños ejercen los factores ambientales provocando fundamentalmente enfermedades infecciosas y nutricionales.

El tercer valor representa el peso relativo de las muertes acaecidas en un amplio grupo etareo, el de 5 a 49 años. Permite completar el ciclo y alcanzar el cuarto valor configurado por la mortalidad proporcional de individuos de 50 años y más, indicador éste que utilizado aisladamente es conocido como Índice de Swarrop-Uemura, del que hiciéramos mención en el "Diagnóstico Preliminar" (pág. 9).

Si se unen los valores antes mencionados se obtienen distintas curvas que permiten caracterizar la situación de un área en lo relativo a mortalidad y clasificarlas básicamente según 4 variedades o modelos:

*Variedad I* (en palo de hockey), se caracteriza por un bajo porcentaje de defunciones de menores de un año, seguido de una proporción aún menor de defunciones del grupo de 1 a 4 años, ascenso paulatino del porcentaje de defunciones del grupo de 5 a 49 años, y vértical del grupo de mayores de 50 años. Esta variedad se presenta en áreas donde la mayor parte de la población comparte los beneficios de un alto nivel de vida y donde fueron controlados los factores socioeconómicos, ambientales y culturales que condicionan alta mortalidad en la niñez.

*Variedad II* (en jota): esta variedad se caracteriza por una discreta elevación de las proporciones de defunciones de los tres primeros grupos, más notoria para el grupo de menores de 1 año lo que provoca una inflexión en el extremo izquierdo de la curva asemejándola a la letra jota.

Se presenta en áreas en las cuales pese a contar con un nivel de vida aceptable no se han podido controlar los factores que generan las muertes infantiles y donde la expectativa de vida al nacer no alcanza todavía valores óptimos.

*Variedad III* (en "U"): se caracteriza por una alta proporción, de defunciones de menos de un año, que desciende para el grupo siguiente (1-4 años) pero siempre en valores superiores a los de la variedad II, decrece notablemente la proporción de defunciones de mayores de 50 años. Corresponde a áreas en las cuales grandes proporciones de población no tienen acceso a condiciones de vida adecuada y donde la expectativa de vida al nacer es baja.

*Variedad IV* (en "S itálica"): la curva casi se horizontaliza mostrando dos inflexiones, la primera con concavidad superior generada por el pasaje de una alta proporción de defunciones de menores de 1 año a una algo inferior del grupo de 1 a 4 años, y otra con concavidad inferior generada por el pasaje de una proporción importante de defunciones de 5 a 49 años a una menor de defunciones del grupo de mayores de 50 años. Se presenta en áreas donde las condiciones de vida son altamente hostiles generando una muy alta proporción de defunciones en la niñez y un acortamiento exagerado en la expectativa de vida al nacer.

La aplicación de estos modelos al estudio de la mortalidad en la provincia de Misiones muestra, como puede observarse en los cuadros N°s. 2.9 y 2.10 y en los gráficos siguientes, que la provincia en su conjunto puede ubicarse dentro de la Variedad III.

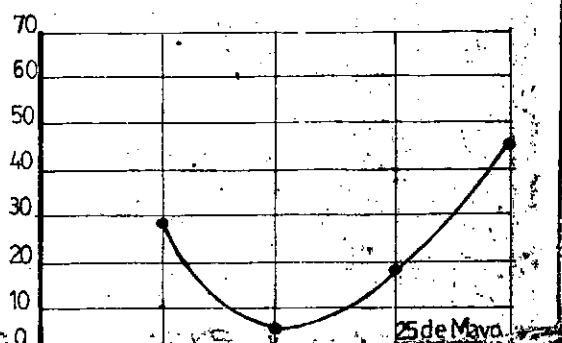
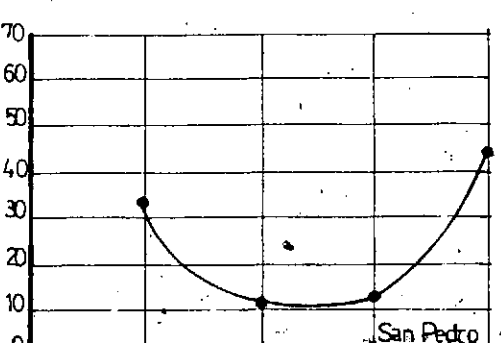
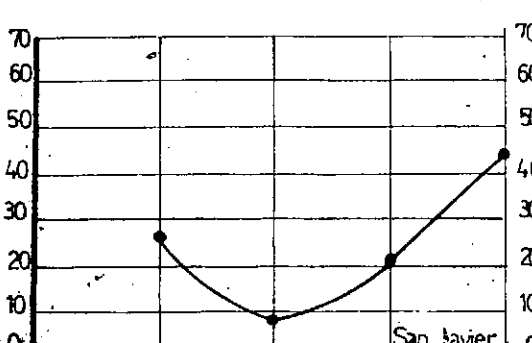
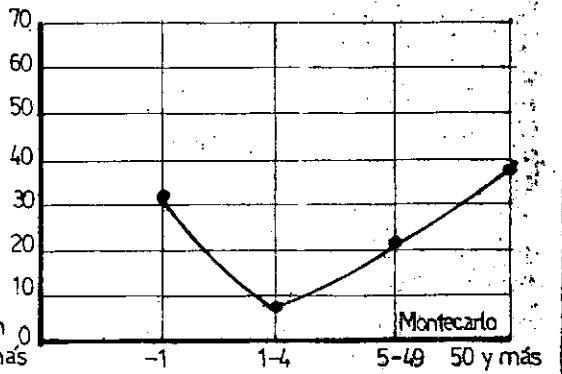
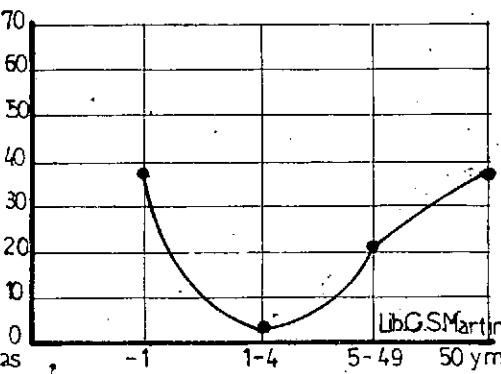
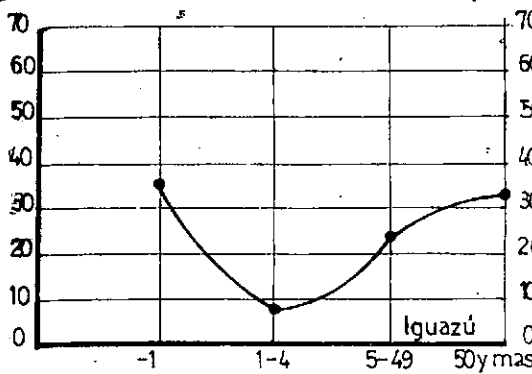
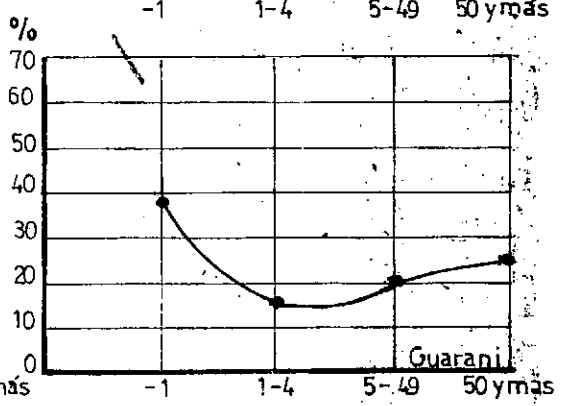
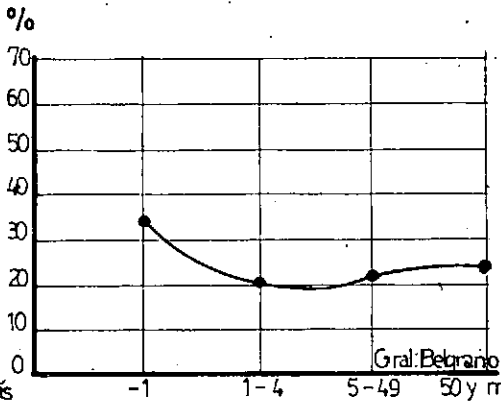
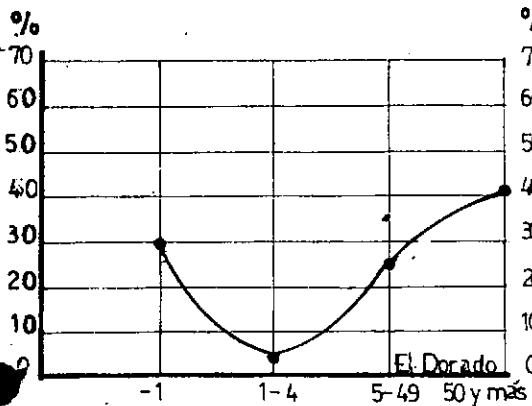
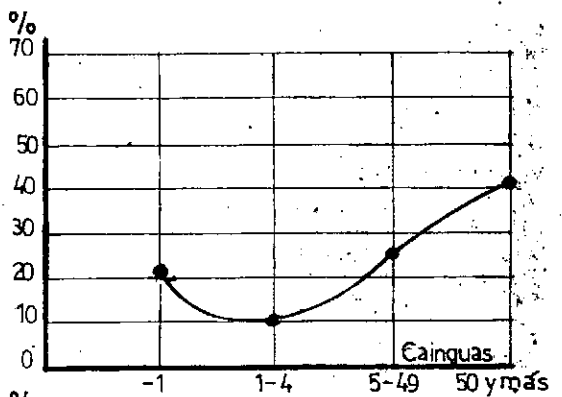
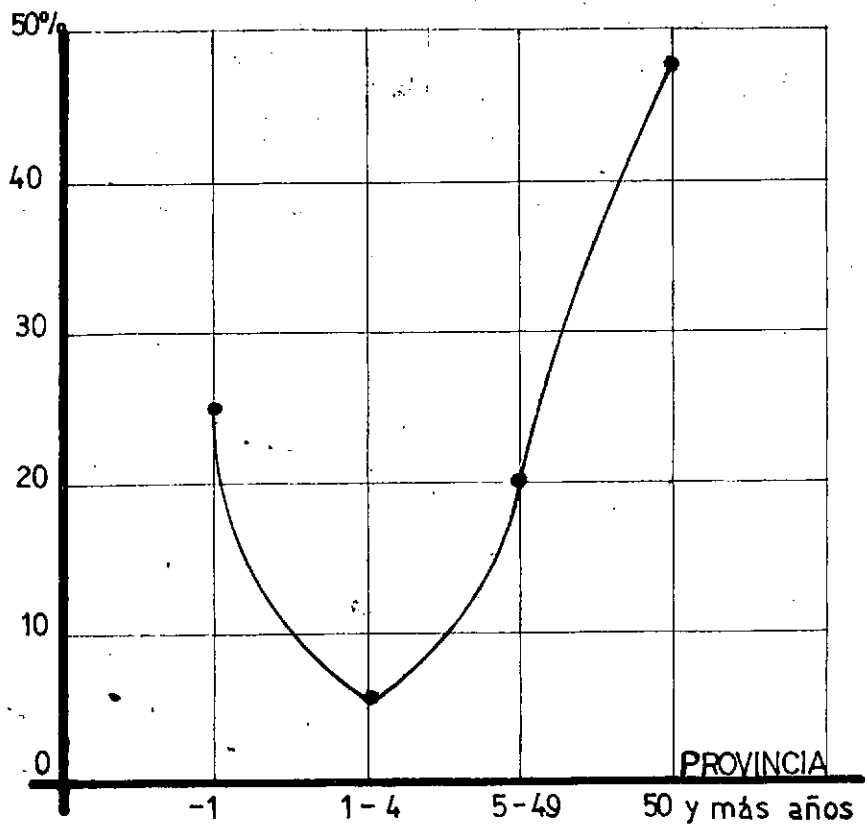
Si consideramos la situación a nivel de departamento podemos comprobar que 10 de los mismos corresponden a la Variedad III, 3 podrían clasificarse como de transición entre las Variedades II y III, y 4 dentro de la Variedad II. Esto ratificaría nuestras apreciaciones anteriores respecto a que el panorama de la mortalidad en la provincia de Misiones traduce el impacto que condiciones socioeconómicas y ambientales inadecuadas producen en grupos importantes de la población y que culminan provocando una alta proporción de defunciones en la niñez que es el grupo más sensible a las condiciones del ambiente en el que viven.

#### 2.4. Estructura de la Mortalidad:

Este tema fue desarrollado en el "Diagnóstico Preliminar" y en el ítem 2.2. del presente informe; podemos aquí a modo de conclusión, señalar que la estructura de la mortalidad para la provincia de Misiones, a pesar de guardar semejanza con la estructura del total de las defunciones ocurridas en el país, muestra un marcado aumento de la proporción de defunciones que reconocen como causa básica las afecciones de origen infeccioso y parasitario (Ver cuadro N° 2.5.), las deficiencias nutritivas, las causas de morbilidad y mortalidad perinatal, y los accidentes, con una disminución del peso de las afecciones cardiovasculares y el cáncer.

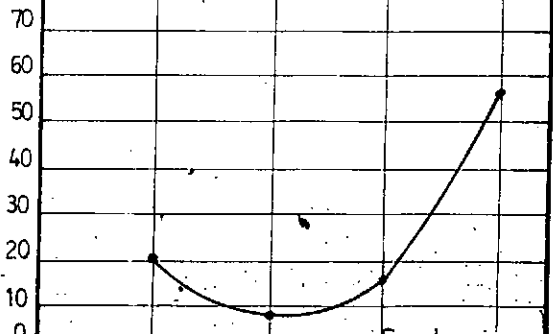
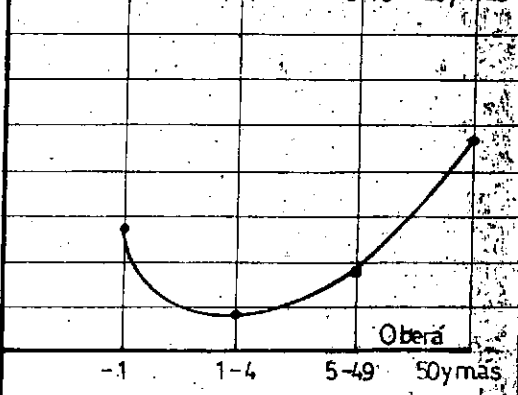
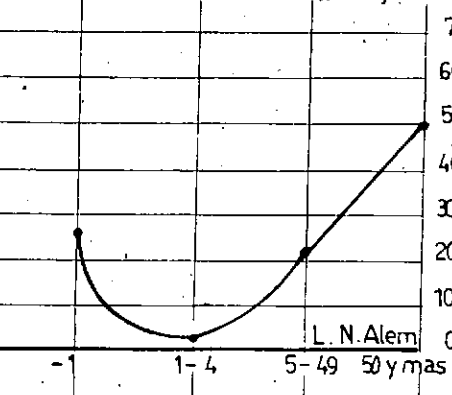
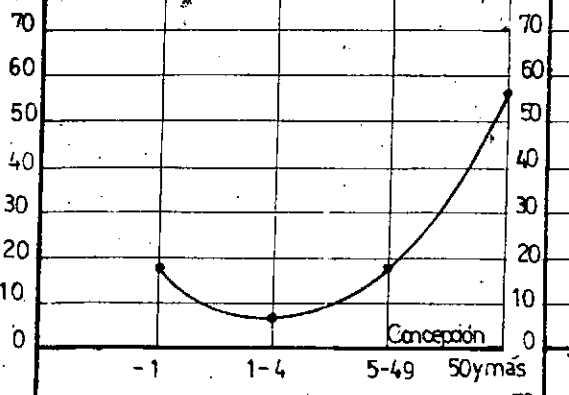
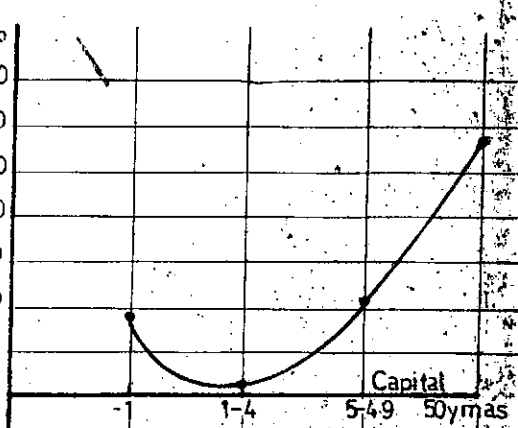
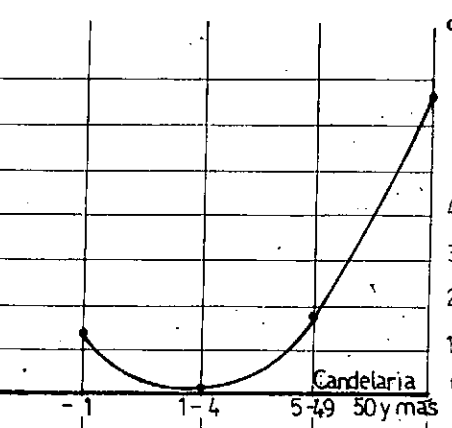
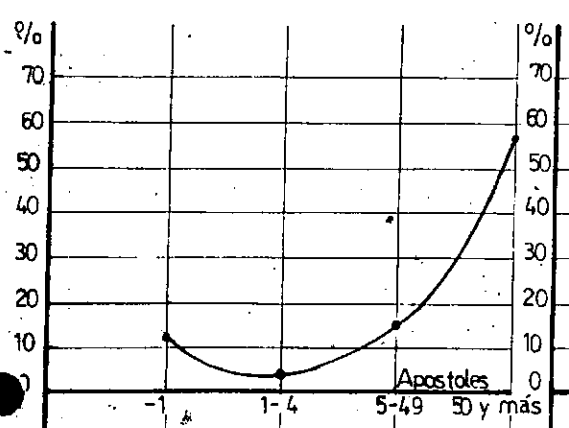
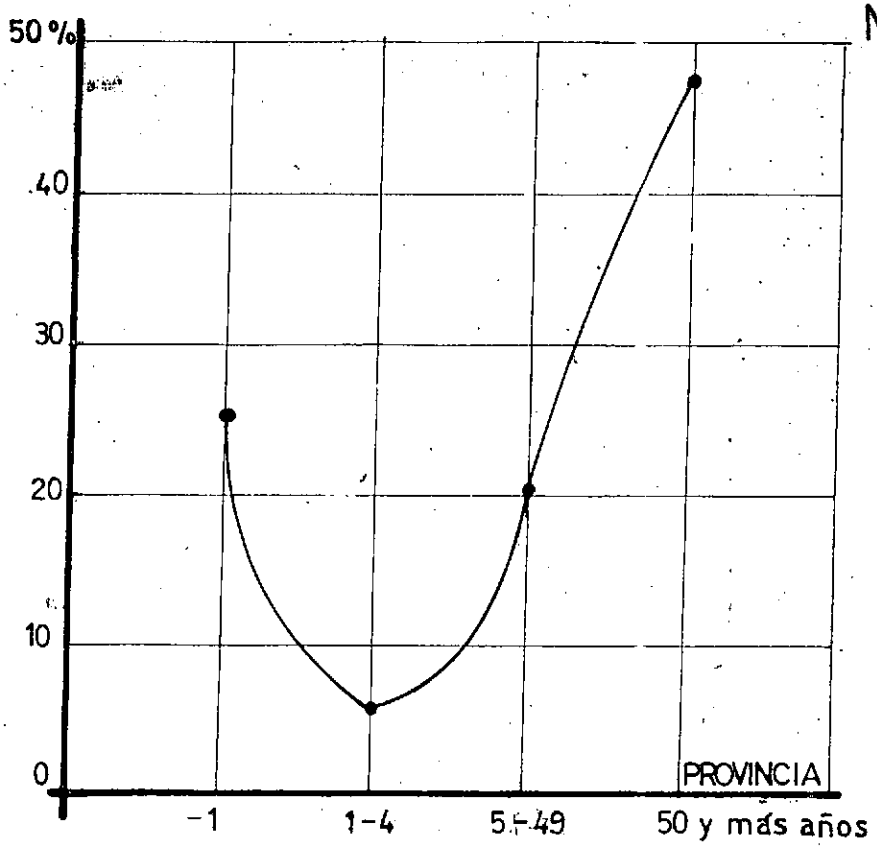
Este tipo de estructura caracteriza a las zonas en las cuales las condiciones generales de vida y el sistema de atención médica no han permitido el control de patología fuertemente condicionada por dichos factores como son las afecciones infecciosas y parasitarias, las deficiencias nutricionales y las causas de morbimortalidad relacionadas con la atención del parto y del recién nacido. Aparecen como una excepción a estos comentarios la elevada proporción de defunciones por accidentes que podemos explicar en razón de la alta frecuencia de accidentes automovilísticos que se producen en las rutas de la provincia especialmente en las temporadas de mayor afluencia turística.

# MODELOS DE MORTALIDAD PROPORCIONAL SEGUN DEPARTAMENTO - Misiones 1972 -36-



# MODELOS DE MORTALIDAD PROPORCIONAL SEGUN DEPARTAMENTO

Misiones 1972



CUADRO N° 2.9 - DEFUNCIONES\* SEGUN GRUPOS ETAREOS SELECCIONADOS Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. MISIONES. 1972.

| DEPARTAMENTOS            | DEFUNCIONES      |            |            |              | TOTAL        |
|--------------------------|------------------|------------|------------|--------------|--------------|
|                          | MENORES DE 1 AÑO | 1-4        | 5-49       | 50 y más     |              |
| Apóstoles .....          | 54               | 10         | 35         | 139          | 238          |
| Caingúas .....           | 63               | 29         | 75         | 120          | 287          |
| Candelaria .....         | 18               | 2          | 23         | 84           | 127          |
| Capital .....            | 217              | 33         | 248        | 666          | 1.164        |
| Concepción .....         | 15               | 6          | 15         | 47           | 83           |
| Eldorado .....           | 98               | 14         | 82         | 133          | 327          |
| General Belgrano .....   | 34               | 20         | 21         | 24           | 99           |
| Guaraní .....            | 81               | 35         | 43         | 54           | 213          |
| Iguazú .....             | 77               | 19         | 50         | 69           | 215          |
| Leandro N. Alem .....    | 80               | 8          | 65         | 152          | 305          |
| Ldor.Gral.San Martín ... | 72               | 7          | 40         | 73           | 192          |
| Montecarlo .....         | 53               | 12         | 36         | 64           | 165          |
| Oberá .....              | 180              | 57         | 125        | 320          | 682          |
| San Ignacio .....        | 50               | 19         | 38         | 137          | 244          |
| San Javier .....         | 47               | 14         | 38         | 78           | 177          |
| San Pedro .....          | 33               | 11         | 12         | 44           | 100          |
| 25 de Mayo .....         | 29               | 6          | 18         | 45           | 98           |
| <b>T O T A L</b> .....   | <b>1.201</b>     | <b>302</b> | <b>964</b> | <b>2.249</b> | <b>4.716</b> |

\* Se excluyeron las defunciones de edad ignorada.

FUENTE: Departamento de Estadística. Servicio Provincial de Salud.

CUARO N° 2.10- PROPORCION DE DEFUNCIONES SEGUN GRUPOS ETAREOS SELECCIONADOS Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. MISIONES, 1972

| DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA     | PROPORCION DE DEFUNCIONES |            |             |               |              |
|--------------------------------|---------------------------|------------|-------------|---------------|--------------|
|                                | -1 año                    | 1-4 años   | 5-49 años   | 50 y más años | Total        |
| Apóstoles .....                | 22,7                      | 4,2        | 14,7        | 58,4          | 100,0        |
| Caingúas .....                 | 21,9                      | 10,1       | 26,1        | 41,8          | 100,0        |
| Candelaria .....               | 14,2                      | 1,6        | 18,1        | 66,1          | 100,0        |
| Capital .....                  | 18,6                      | 2,8        | 21,3        | 57,2          | 100,0        |
| Concepción .....               | 18,1                      | 7,2        | 18,1        | 56,6          | 100,0        |
| Eldorado .....                 | 30,0                      | 4,3        | 25,1        | 40,7          | 100,0        |
| General Belgrano .....         | 34,3                      | 20,2       | 21,2        | 24,2          | 100,0        |
| Guaraní .....                  | 38,0                      | 16,4       | 20,2        | 25,3          | 100,0        |
| Iguazú .....                   | 35,8                      | 8,8        | 23,3        | 32,1          | 100,0        |
| L.N. Alem .....                | 26,2                      | 2,6        | 21,3        | 49,8          | 100,0        |
| Libertador Gral.San Martín ... | 37,5                      | 3,6        | 20,8        | 38,0          | 100,0        |
| Montecarlo .....               | 32,1                      | 7,3        | 21,8        | 38,8          | 100,0        |
| Oberá .....                    | 26,4                      | 8,4        | 18,3        | 46,9          | 100,0        |
| San Ignacio .....              | 20,5                      | 7,8        | 15,6        | 56,1          | 100,0        |
| San Javier .....               | 26,5                      | 7,9        | 21,5        | 44,1          | 100,0        |
| San Pedro .....                | 33,0                      | 11,0       | 12,0        | 44,0          | 100,0        |
| 25 de Mayo .....               | 29,6                      | 6,1        | 18,4        | 45,9          | 100,0        |
| <b>T O T A L</b> .....         | <b>25,5</b>               | <b>6,4</b> | <b>20,4</b> | <b>47,7</b>   | <b>100,0</b> |

FUENTE: Departamento de Estadística. Servicio Provincial de Salud.



## 2.5. Mortalidad Materna e Infantil:

Estos aspectos específicos de la mortalidad fueron comentados en el "Diagnóstico Preliminar" y en los ítems 2.1.1., 2.1.2. y 2.1.3. del presente informe. Podemos concluir al respecto que las altas tasas de mortalidad materna, infantil y de la niñez temprana (1 a 4 años), y las causas que las provocan (en más de la mitad de los casos patología infecciosa y relacionada con la desnutrición) son claro exponente de la fuerte influencia de las deficientes condiciones ambientales.

La alta tasa de mortalidad materna (2,2% en 1972) y las causas que la provocan juntamente con la baja proporción de nacimientos atendidos en establecimientos asistenciales (48% en 1972) muestran las deficientes cobertura y condiciones en las que se resuelve el embarazo y el parto de la mayoría de las madres misioneras.

Las altas tasas de mortalidad infantil (77,3%) y del grupo de 1 a 4 años (4,5%) y la estructura de causas que las provocan hablan de la existencia de factores que como las malas condiciones de vivienda, la promiscuidad, la desnutrición, etc, condicionan la mayoría de las mismas, si a esto agregamos que más de la tercera parte de las mismas ocurren sin atención médica y que una alta proporción son debidas a causas fácilmente controlables con la tecnología médica actual debemos concluir que el sistema de atención médica se muestra, por distintas razones, imposibilitado de resolver los problemas que plantea la atención materno-infantil.

## 2.6. Enfermedades transmisibles:

Este capítulo fué tratado en el "Diagnóstico Preliminar" (pág.17) y en el ítem 2.2.1. del presente informe. De lo observado surge que las enfermedades transmisibles presentan en la provincia tasas de ocurrencia (medida a través de la notificación) bastante mayores que las tasas promedios para el país, sobresaliendo notoriamente algunas afecciones a las que atribuimos claro predominio local, a pesar de las limitaciones de que padece la información utilizada.

El cuadro N° 2.6. muestra que la Necatoriasis, presenta valores 27 veces superior a los del promedio nacional, la difteria y el ofidismo y aracnoidismo son notificados, en la provincia, con una frecuencia 9 veces superior que en promedio para el país; la lepra y la fiebre reumática 6 veces, mientras que la diarrea infantil estival, blenorragia, sífilis e influenza muestran valores 4 veces superiores en Misiones con respecto al promedio nacional.

Cabe destacar por otra parte que enfermedades transmisibles controlables por vacunación como difteria, coqueluche y sarampión presentan tasas relativamente altas.

## 2.7. Estructura de egresos de los Hospitales Base de Zona:

El objetivo de este capítulo es el de suministrar al Servicio Provincial de Salud información básica útil para iniciar un proceso de normatización de la atención médica que fué programado por las autoridades sanitarias

provinciales con el fin de mejorar la calidad de la misma.

Se convino con los técnicos provinciales sobre la conveniencia de identificar las principales causas de egresos de los Hospitales Base de Zona, en razón de ser estos los que producen el mayor volumen y variedad de egresos del Servicio Provincial y por otra parte ofrecen más garantías en cuanto a la calidad de la información.

Fueron utilizados datos que surgen del Programa Nacional de Estadísticas de Salud en el año 1972; los egresos están clasificados según la Lista Intermedia de 150 grupos de causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se decidió utilizar esta desagregación entendiéndose que es suficiente para la identificación de las principales causas de egresos; por otra parte, el utilizar la Lista de 70 grupos de causas que la OMS recomienda para tabulaciones de morbilidad obligaría a una reelaboración de la información que además de costosa no introduciría modificaciones sustanciales en la estructura de egresos.

Profundizando la discusión del estudio a realizar, se llegó a la conclusión que podía aportarse mayor información analizando los egresos por causa y servicio. De esta manera se podría facilitar la orientación del proceso de normatización y así permitir a las autoridades y técnicos provinciales decidir sobre dónde y cómo iniciar el programa y a la vez suministrar los elementos que permitan evaluar en alguna medida las acciones desarrolladas.

El proceso de normatización tiene como objetivo fundamental el de mejorar la calidad de la atención médica introduciendo pautas para la prevención de la enfermedad y para que su diagnóstico y tratamiento sea oportuno y eficaz. Sus resultados pueden evaluarse a distintos niveles, por el comportamiento de diversos indicadores; por ejemplo a nivel de la población general la disminución de la incidencia o la desaparición de determinada patología, la disminución de tasas de mortalidad específica, el aumento de la sobrevivencia de pacientes con determinadas afecciones crónicas, la disminución de secuelas, modificaciones en la estructura de la morbimortalidad, etc.

Este tipo de evaluación es difícil porque no siempre se consigue la información necesaria, por otra parte modificaciones a nivel de la población pueden originarse en cambios producidos en otros sectores.

A un nivel menos general, y tal vez con mayor probabilidad de éxito, pueden evaluarse las modificaciones producidas en la atención de los pacientes en el hospital, mediante el análisis de los cambios producidos en un conjunto de indicadores como pueden ser la tasa de mortalidad hospitalaria por servicio, el promedio de días de estada, la relación egresos/consultas, la relación partos/consultas obstétricas, la proporción de operaciones cesareas sobre el total de partos, la tasa de infecciones post-quirúrgicas, etc.

Por lo tanto al análisis de la estructura de egresos de los Hospitales base de Zona se agregan las estructuras de los egresos de cada uno de los Servicios y una tabla donde aparecen para cada Servicio algunos de los indicadores antes mencionados.

### 2.7.1. Egresos del Hospital Dr. R. Madariaga: (Cuadros. N°s. 2.11 a 2.22)

En este hospital se produjeron en 1972, 8.460 egresos; las 10 primeras causas constituyen el 53,4% de los mismos. Observando la estructura por causa surge que algo más de la cuarta parte son egresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Otro grupo importante lo constituyen las apendicitis (8,3%) las enfermedades diarreicas (3,5% del total), la tuberculosis del aparato respiratorio (3% del total) y las neumonías (1,8%).

Los síntomas y estados morbosos mal definidos aparecen como 3ra. causa, hecho llamativo en el hospital de mayor complejidad de la provincia. Habrá que determinar en que medida esta categoría está constituida por casos con diagnóstico mal definidos y que casos corresponden a mala calidad de la información.

#### Egresos del Servicio de Clínica Médica:

En este servicio el 50% de los egresos comprende las 10 causas más frecuentes, Como puede verse en el cuadro 2.12. las afecciones cardiovasculares significan el 28,0% de los egresos. Otro grupo importante lo constituyen las afecciones del aparato respiratorio que comprenden no menos del 12% de los egresos de este servicio; le siguen las enfermedades relacionadas con la nutrición (7,7%) y las del aparato digestivo (6,4%).

Las neurosis y los síntomas y estados morbosos mal definidos comprenden, respectivamente el 4,7% y 4,3% de los egresos del servicio.

#### Egresos del Servicio de Cirugía:

En el Servicio de Cirugía las 3 primeras causas de egresos (Apendicitis, Obstrucción intestinal y hernia, y Colelitiasis y Colectitis) comprenden el 55% de los egresos.

La apendicitis es con mucho la primera causa de egresos del Servicio comprendiendo el 38% de los mismos.

#### Egresos del Servicio de Obstetricia:

La primera causa de egresos de este servicio es el parto sin mención de complicaciones que totaliza el 77% de los egresos, el resto está constituido por diversas complicaciones del embarazo, parto y puerperio. (partos distócicos, hemorragias etc.).

#### Egresos del Servicio de Pediatría:

En este servicio aparecen como primera causa de egresos las helmintiasis (7,5%), le siguen las bronquitis (6,6%), neumonías (6,4%) y

las enteritis y otras enfermedades diarreicas (6,1%).

Si intentamos una reagrupación de las primeras causas de egresos podemos observar que las infecciones del aparato respiratorio constituyen el 22,5% del total de egresos del servicio, le siguen las enfermedades diarreicas y otras del aparato digestivo (10%) y las helmintiasis y anquilostomiasis que comprenden el 10,2% de los egresos. Luego aparecen las anemias y deficiencias nutricionales con un 9% y las nefritis y nefrosis con un 3%.

#### Egresos del Servicio de Lactantes:

El análisis de la estructura de egresos de este servicio muestra como primera causa a las enteritis y otras afecciones diarreicas (20,3%); pero si reagrupamos las primeras causas veremos que aparecen en proporciones semejantes o aún mayores todas las causas de morbilidad y mortalidad perinatales (24%) y las afecciones agudas del aparato respiratorio (22%),

Aparecen en proporciones llamativas los síntomas y estados morbosos mal definidos (9%) y las deficiencias nutricionales y anemias (8%).

#### Egresos del Servicio de Cirugía Infantil:

La apendicitis es la causa del 41,5% de los egresos de este servicio, si le sumamos las quemaduras (8%) y la obstrucción intestinal y hernia (7%), totalizamos entre las tres primeras causas el 56,5%.

Aparecen luego en proporciones cercanas al 5%, las infecciones de la piel y tejido celular, la fisura del paladar y labio leporino, y las heridas y laceraciones.

#### Egresos del Servicio de Traumatología:

La causa de la tercera parte de los egresos de este servicio son las fracturas de los miembros, le siguen traumatismos diversos (10%), las osteomielitis y periostitis (7%) y los traumatismos intracraneales (6,7%).

#### Egresos del Servicio de Ginecología:

Llama la atención que la tercera parte de los egresos esté constituida por abortos, le siguen las afecciones del aparato genitourinario (28,5%), los tumores benignos y de naturaleza no especificada (12,7%), los tumores del cuello de útero (9,3%) y los tumores de la mama (3,7%).

#### 2.7.2. Egresos del Hospital Base de Zona II: (Cuadros N°s. 2.23 a 2.28)

En el Hospital de Oberá se produjeron, en 1972, 3.195 egresos de los cuales el 42% correspondieron al servicio de Obstetricia, el 21%

al servicio de Clínica Quirúrgica y el resto se reparte en partes iguales entre los servicios de Clínica Médica y Pediatría.

Analizando la estructura se observa que las diez primeras causas constituyen el 60% del total de egresos del hospital. Se destacan los egresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio que significan el 40,3% del total. En segundo lugar con bastante menor peso aparecen las neumonías 4,9% y las enfermedades diarréicas 4,4%, que como surge de la observación comparada de la tabla correspondiente al servicio de Pediatría están constituidas en su gran mayoría por egresos pediátricos.

#### Egresos del Servicio de Clínica Médica:

Se analizaron las primeras causas hasta totalizar el 70% de los egresos, de las mismas las afecciones respiratorias, incluyendo la tuberculosis, alcanzan el 20,3%; le siguen las enfermedades del corazón y cerebro-vasculares que suman el 18,7%. Las anemias aparecen constituyendo el 7,2% y las enteritis y enfermedades diarréicas el 4,5% de los egresos de este servicio.

#### Egresos del Servicio de Obstetricia:

Las seis primeras causas de egresos de este servicio constituyen el 96,6% de la totalidad de los egresos. La primera causa es el parto sin mención de complicaciones (67,5%); le siguen las complicaciones del embarazo, parto y puerperio que totalizan el 25%.

#### Egresos del Servicio de Pediatría:

Llama la atención el bajo porcentaje de egresos de este servicio, sobre todo si se tiene en cuenta que el servicio de Obstetricia produce el 42,1% de los egresos del hospital.

Las diez primeras causas constituyen el 71,6% de los egresos del servicio, apareciendo como primera las enteritis y otras enfermedades diarréicas que juntamente con otras enfermedades del aparato digestivo suman el 21,3%. Las neumonías sumadas a las infecciones respiratorias agudas totalizan el 24,6%.

Otra causa importante de egresos en este servicio es el sarampión que suma el 7,3% de los mismos.

Las anemias juntamente con las avitaminosis y otras deficiencias nutricionales constituyen el 9,4% de los egresos.

#### Egresos del Servicio de Clínica Quirúrgica:

La primera causa de egresos de este servicio es la Apendicitis que comprende el 15% de los mismos, le siguen las fracturas de los miembros con el 13,2%, luego las laceraciones y heridas (10%) y la obstrucción intestinal y hernia con el 9% del total de egresos del servicio.

Es interesante observar que si agrupamos todos los egresos relacionados con accidentes (fracturas, laceraciones y heridas, traumatismos internos y del craneo, quemaduras, etc) reúnen casi el 40% del total de egresos de la especialidad.

### 2.7.3. Egresos del Hospital Base de Zona III: (Cuadros N°s. 2.29 a 2.31)

Durante 1972 se produjeron, en el Hospital de Eldorado, 2.912 egresos, las diez primeras causas comprenden el 47% de los mismos.

Se destacan, al compararlo con la estructura de los Hospitales Base de las zonas I y II, la baja proporción de partos y la alta proporción de fracturas de los miembros.

Ambas causas ocupan el primero y segundo lugar entre los motivos de egresos significando los partos el 10% de los mismos y las fracturas el 5,6%. Aparecen en tercero y cuarto lugar, las enteritis y diarreas y las apendicitis.

Los síntomas y estados morbosos mal definidos comprenden el 3% de los egresos totales del Hospital.

#### Egresos del Sector de Adultos:

Los egresos de este sector comprenden el 68% del total de egresos. Las diez primeras causas totalizan el 55% de los egresos del sector apareciendo los partos en primer lugar (15%), luego le siguen la apendicitis y complicaciones del embarazo, parto y puerperio con un 6% de los egresos respectivamente y las fracturas de los miembros (5%).

#### Egresos del Sector de Pediatría:

Las diez primeras causas suman el 50%. Las dos primeras causas son las enteritis y diarreas y las neumonías que juntas constituyen el 20% de los egresos del Servicio, le siguen las fracturas de los miembros (6%) y las causas mal definidas (5%).

Hemos comentado inicialmente nuestro criterio respecto a la conveniencia de iniciar el proceso de normatización a nivel de establecimiento y tal vez más aún a nivel de servicio, por ello elaboramos la estructura de egresos no sólo para la totalidad de los egresos producidos en cada uno de los hospitales base de zona, sino también para cada uno de los servicios que lo constituyen. Es así que decididos a nivel provincial cuales serán los parámetros que se utilizarán en la selección de los establecimientos o servicios en los que se iniciará la implementación de la normatización, quizá convenga desagregar aún más la información utilizando la Lista de 999 grupos de causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

No obstante lo expresado queremos destacar que del presente estudio surge claramente la importancia que como causa de internación tiene, para el Servicio Provincial de Salud, todas las causas relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio, del recién nacido y la atención pediátrica, estas causas significan en todos los Hospitales Base de Zona más de la cuarta parte de los egresos llegando el Hospital de Oberá a totalizar 40% de sus egresos.

Si tenemos en cuenta este hecho y las altas tasas de mortalidad infantil que muestra la provincia y lo relacionamos con la existencia a Nivel Nacional de normas para la atención médica de la madre y el niño, como así también de un Programa de Atención Materno-Infantil aparece como muy conveniente iniciar el proceso de normatización de este área, para ello se contaría con normas ya elaboradas que deberían adaptarse a las circunstancias provinciales y con el apoyo de técnicos del Nivel Nacional para la implementación del proceso.

CUADRO N° 2.11 - ALGUNOS INDICADORES HOSPITALARIOS, SEGUN SERVICIOS. HOSPITAL DR.R.MADARIAGA.POSADAS,MISIONES.1973

| SERVICIOS             | CAMAS | EGRESOS |       | PROMEDIO DIAS DE ESTADA | % OCUPACIONAL | TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA | N° DE CONSULTAS |       |
|-----------------------|-------|---------|-------|-------------------------|---------------|---------------------------------|-----------------|-------|
|                       |       | N°      | %     |                         |               |                                 | N°              | %     |
| Obstetricia .....     | 34    | 2.193   | 25,8  | 4,0                     | 70,4          | 0,3                             | 5.752           | 5,4   |
| Cirugía .....         | 35    | 1.258   | 14,8  | 9,6                     | 93,6          | 4,5                             | 2.509           | 2,4   |
| Clínica .....         | 43    | 1.136   | 13,3  | 14,5                    | 95,2          | 15,8                            | 10.583          | 10,0  |
| Pediatría Clínica ... | 24    | 596     | 7,0   | 14,6                    | 93,8          | 1,5                             | --              | --    |
| Pediatría Quirúrgica. | 9     | 468     | 5,5   | 6,8                     | 89,7          | 1,5                             | --              | --    |
| Pediatría Traum. .... | 10    | 268     | 3,1   | 13,2                    | 91,8          | --                              | --              | --    |
| Lactantes .....       | 18    | 460     | 5,4   | 7,1                     | 50,0          | 5,6                             | 34.234          | 32,4  |
| Prematuros .....      | 4     | 111     | 1,3   | 10,4                    | 58,8          | 38,7                            | --              | --    |
| Rec.Nac.Pat. ....     | 6     | 227     | 2,7   | 5,7                     | 52,3          | 11,0                            | --              | --    |
| Hidratación .....     | 6     | 275     | 3,2   | 6,4                     | 77,0          | 17,4                            | --              | --    |
| Traumatología .....   | 30    | 574     | 6,7   | 21,1                    | 97,4          | 4,0                             | 4.043           | 3,8   |
| Ginecología .....     | 10    | 369     | 4,3   | 11,4                    | 96,2          | 0,8                             | 2.977           | 2,8   |
| Enf. Infecciosas .... | 62    | 310     | 3,6   | 52,0                    | 71,1          | 9,0                             | 396             | 0,4   |
| Urología .....        | 23    | 267     | 3,1   | 27,4                    | 86,4          | 7,5                             | 1.611           | 1,5   |
| TOTAL .....           | 310   | 8.512   | 100,0 | --                      | --            | --                              | 105.630         | 100,0 |

FUENTE: Estadísticas Hospitalarias. Departamento de Estadística. Servicio Provincial de Salud. Misiones. 1973.



CUADRO N° 2.12.- EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). HOSPITAL DR. R. MADARIAGA  
POSADAS, MISIONES 1972.

| CODIGO          | CAUSA  | N°    | %     |
|-----------------|--|-------|-------|
| A. 118          | Partos sin mención de complicaciones .....         | 1.745 | 20,6  |
| A. 100          | Apendicitis .....                                  | 704   | 8,3   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....    | 356   | 4,2   |
| A. 005          | Enteritis y diarreas .....                         | 298   | 3,5   |
| A. 117          | Complicaciones del embarazo parto y puerperio .... | 293   | 3,5   |
| A. 140          | Fracturas de los miembros .....                    | 264   | 3,1   |
| A. 006          | Tuberculosis del aparato respiratorio .....        | 257   | 3,0   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario .... | 251   | 3,0   |
| A. 101          | Obstrucción intestinal y hernia .....              | 189   | 2,2   |
| A. 115          | Abortos .....                                      | 168   | 2,0   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma .....                  | 167   | 2,0   |
| A. 092          | Neumonías .....                                    | 151   | 1,8   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....     | 145   | 1,7   |
| A. 065          | Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales .. | 121   | 1,4   |
| A. 145          | Laceraciones y heridas .....                       | 114   | 1,3   |
| A. 103          | Colelitiasis y colecistitis .....                  | 112   | 1,3   |
| A. 109          | Hiperplasia de próstata .....                      | 108   | 1,3   |
| A. 084          | Otras formas de enfermedad del corazón .....       | 102   | 1,2   |
| A. 089          | Infecciones respiratorias agudas .....             | 100   | 1,2   |
| A. 131          | Lesiones al nacer y partos distocicos .....        | 100   | 1,2   |
|                 | Las demás causas .....                             | 2.716 | 32,0  |
| T O T A L ..... |  | 8.460 | 100,0 |

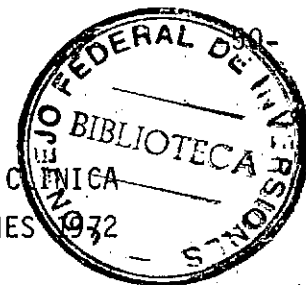
FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

CUADRO N°2.13 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.) SERVICIO DE CLINICA MEDICA  
HOSPITAL DR. R. MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972

| CODIGO          | C A U S A  | N°    | %     |
|-----------------|--|-------|-------|
| A. 084          | Otras formas de enfermedad del corazón .....                       | 91    | 8,5   |
| A. 085          | Enfermedades cerebrovasculares .....                               | 76    | 7,1   |
| A. 083          | Enfermedades isquémicas del corazón .....                          | 70    | 6,5   |
| A. 082          | Enfermedades hipertensivas .....                                   | 63    | 5,9   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma.....                                   | 61    | 5,7   |
| A. 070          | Neurosis, trast., personalidad y otros .....                       | 50    | 4,7   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....                    | 46    | 4,3   |
| A. 005          | Enteritis y diarreas .....   | 33    | 3,1   |
| A. 067          | Anemias .....  | 33    | 3,1   |
| A. 065          | Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales ..                 | 29    | 2,7   |
| A. 079          | Otras enf. del Sistema Nervioso y órg. de sentidos                 | 27    | 2,5   |
| A. 092          | Neumonías .....  | 27    | 2,5   |
| A. 149          | Efectos adversos de sustancias químicas .....                      | 27    | 2,5   |
| A. 096          | Otras enfermedades del aparato respiratorio .....                  | 24    | 2,2   |
| A. 064          | Diabetes .....   | 20    | 1,9   |
| A. 081          | Enfermedades reumáticas crónicas del corazón .....                 | 20    | 1,9   |
| A. 086          | Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos cap..                 | 19    | 1,8   |
| A. 121          | Artritis y espondilitis .....                                      | 18    | 1,7   |
| A. 089          | Infecciones respiratorias agudas .....                             | 17    | 1,6   |
| A. 147          | Efectos de cuerpos extraños penetran por orificios naturales ..... | 17    | 1,6   |
| A. 102          | Cirrosis hepática.....   | 14    | 1,3   |
| A. 106          | Otras nefritis y nefrosis .....                                    | 13    | 1,2   |
|                 | Las demás causas .....   | 273   | 25,6  |
| T O T A L ..... |  | 1.068 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadística. Servicio Provincial de Salud. Misiones

CUADRO N° 2.14.- EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA DE 150 C.I.E.) SERVICIO DE CLINICA QUIRURGICA. HOSPITAL DR. R. MADARIAGA. POSADAS, MISIONES



| CODIGO          | CAUSA   | N°    | %     |
|-----------------|---|-------|-------|
| A. 100          | Apendicitis .....                                 | 529   | 37,9  |
| A. 101          | Obstrucción intestinal y hernia .....             | 144   | 10,3  |
| A. 103          | Colelitiasis y colecistitis .....                 | 93    | 6,7   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....    | 68    | 4,9   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....   | 58    | 4,2   |
| A. 088          | Otras enfermedades del aparato circulatorio ..... | 48    | 3,4   |
| A. 145          | Laceraciones y heridas .....                      | 38    | 2,7   |
| A. 061          | Tumores benignos y de naturaleza no especificada. | 33    | 2,4   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario ... | 28    | 2,0   |
| A. 144          | Traumatismos internos .....                       | 26    | 1,9   |
| A. 076          | Cataratas .....                                   | 25    | 1,8   |
| A. 150          | Los demás efectos de causa externa .....          | 22    | 1,6   |
| A. 005          | Enteritis y diarreas .....                        | 19    | 1,4   |
| A. 058          | Tumor maligno de otras localizacions y no espec.. | 16    | 1,1   |
| A. 062          | Bocio no tóxico .....                             | 16    | 1,1   |
| A. 119          | Infecciones de la piel y tejido celular .....     | 15    | 1,1   |
|                 | Las demás causas .....                            | 217   | 15,6  |
| T O T A L ..... |   | 1.395 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

CUADRO N° 2.16 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.) SERVICIO DE CLINICA PEDIATRICA HOSPITAL DR. R.MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972

| CODIGO          | CAUSA   | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 043          | Otras helmintiasis .....                          | 42  | 7,5   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma .....                 | 37  | 6,6   |
| A. 092          | Neumonías .....                                   | 36  | 6,4   |
| A. 005          | Enteritis y diarreas .....                        | 34  | 6,1   |
| A. 090          | Influenza .....                                   | 31  | 5,6   |
| A. 067          | Anemias .....                                     | 29  | 5,2   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....    | 26  | 4,7   |
| A. 065          | Avitaminosis de deficiencias nutricionales .....  | 23  | 4,1   |
| A. 089          | Infecciones respiratorias agudas .....            | 22  | 3,9   |
| A. 106          | Otras nefritis y nefrosis .....                   | 19  | 3,4   |
| A. 042          | Anquilostomiasis .....                            | 15  | 2,7   |
| A. 074          | Epilepsia .....                                   | 12  | 2,1   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario ... | 11  | 2,0   |
| A. 119          | Infección de la piel y tejido celular .....       | 10  | 1,8   |
| A. 127          | Anomalías congénitas del corazón .....            | 10  | 1,8   |
| A. 072          | Meningitis .....                                  | 9   | 1,6   |
|                 | Las demás causas .....                            | 192 | 34,4  |
| T O T A L ..... |   | 558 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

CUADRO N° 2.17.- EGRESOS DEL SERVICIO DE LACTANTES, SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.)  
HOSPITAL DR. R. MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972.

| CODIGO          | CAUSA   | N°    | %     |
|-----------------|---|-------|-------|
| A. 005          | Enteritis y otras enfermedades diarreicas .....     | 207   | 20,3  |
| A. 131          | Lesiones al nacer y partos distócicos .....         | 100   | 9,8   |
| A. 135          | Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatal . | 95    | 9,3   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....     | 92    | 9,0   |
| A. 092          | Neumonías .....                                     | 76    | 7,4   |
| A. 065          | Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales ... | 65    | 6,4   |
| A. 089          | Infecciones respiratorias agudas .....              | 52    | 5,1   |
| A. 093          | Bronquitis .....                                    | 49    | 4,8   |
| A. 096          | Otras enfermedades del aparato respiratorio .....   | 24    | 2,3   |
| A. 016          | Tos ferina .....                                    | 23    | 2,2   |
| A. 133          | Enfermedad hemolítica del recién nacido .....       | 21    | 2,1   |
| A. 134          | Afecciones anóxicas e hipóxicas del recién nacido . | 18    | 1,8   |
| A. 034          | Sífilis congénita .....                             | 16    | 1,6   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....      | 16    | 1,6   |
| A. 067          | Anemias .....                                       | 14    | 1,4   |
| A. 078          | Otitis media y mastoiditis .....                    | 14    | 1,4   |
|                 | Las demás causas .....                              | 139   | 13,6  |
| T O T A L ..... |   | 1.021 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

CUADRO N° 2.18. - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.) SERVICIO DE CIRUGIA INFANTIL  
HOSPITAL DR. R.MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972.

| CODIGO          | CAUSA  | N°  | %     |
|-----------------|--|-----|-------|
| A. 100          | Apendicitis .....                                    | 170 | 41,5  |
| A. 148          | Quemaduras .....                                     | 32  | 7,8   |
| A. 101          | Obstrucción Intestinal y hernia .....                | 27  | 6,6   |
| A. 119          | Infecciones de la piel y tejido celular .....        | 20  | 4,9   |
| A. 129          | Fisura del paladar y labio leporino .....            | 20  | 4,9   |
| A. 145          | Laceraciones y heridas .....                         | 18  | 4,4   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario .....  | 12  | 2,9   |
| A. 130          | Las demás anomalías congénitas .....                 | 11  | 2,7   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....      | 11  | 2,7   |
| A. 061          | Tumores benignos y de naturaleza no especificada ... | 11  | 2,7   |
|                 | Las demás causas .....                               | 78  | 19,0  |
| T O T A L ..... |  | 410 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

CUADRO N° 2.19.- EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.) SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA  
HOSPITAL DR. R. MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972.

| CODIGO          | CAUSA   | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 140          | Fracturas de los miembros .....                     | 254 | 34,0  |
| A. 150          | Los demás efectos de causa ext. y no especificadas. | 78  | 10,4  |
| A. 123          | Osteomielitis y periostitis .....                   | 53  | 7,1   |
| A. 143          | Traumatismos intracraneales .....                   | 50  | 6,7   |
| A. 145          | Laceraciones y heridas .....                        | 44  | 5,9   |
| A. 125          | Otras enfermedades del sistema osteomuscular .....  | 37  | 4,9   |
| A. 148          | Quemaduras .....                                    | 31  | 4,1   |
| A. 121          | Artritis y espondilitis .....                       | 29  | 3,9   |
| A. 130          | Las demás anomalías congénitas .....                | 25  | 3,3   |
| A. 146          | Lesiones superficiales .....                        | 22  | 2,9   |
| A. 141          | Luxaciones sin fractura .....                       | 14  | 1,9   |
| A. 124          | Anquilosis y deformidades osteomusculares adq.....  | 13  | 1,7   |
| A. 139          | Fractura de columna .....                           | 12  | 1,6   |
| A. 138          | Fractura del cráneo .....                           | 11  | 1,5   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....     | 11  | 1,5   |
|                 | Las demás causas .....                              | 63  | 8,4   |
| T O T A L ..... |   | 747 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud, Misiones.

CUADRO N° 2.20 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). SERVICIO DE GINECOLOGIA  
HOSPITAL DR. R. MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972

| CODIGO          | C A U S A  | N°  | %     |
|-----------------|--|-----|-------|
| A. 115          | Abortos .....  | 110 | 31,1  |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario .....  | 101 | 28,5  |
| A. 061          | Tumores benignos y de naturaleza no especificada ... | 45  | 12,7  |
| A. 055          | Tumores malignos del cuello uterino .....            | 33  | 9,3   |
| A. 054          | Tumores malignos de la mama .....                    | 13  | 3,7   |
| A. 117          | Otras complicaciones embarazo, parto y puerperio ... | 11  | 3,1   |
|                 | Las demás causas .....                               | 41  | 11,6  |
| T O T A L ..... |  | 354 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud, Misiones.

CUADRO N° 2.21 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). SERVICIO DE TISIOLOGIA,  
HOSPITAL DR. R. MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972

| CODIGO          | C A U S A   | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 006          | Tuberculosis del aparato respiratorio .....       | 237 | 68,1  |
| A. 067          | Anemias .....                                     | 29  | 8,3   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma .....                 | 18  | 5,2   |
| A. 096          | Otras enfermedades del aparato respiratorio ..... | 11  | 3,2   |
| A. 044          | Todas las demás infecciosas y parasitarias .....  | 9   | 2,6   |
| A. 092          | Neumonías .....                                   | 8   | 2,3   |
|                 | Las demás causas .....                            | 36  | 10,3  |
| T O T A L ..... |   | 248 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones.



CUADRO N° 2.22.- EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). SERVICIO UROLOGIA HOSPITAL  
DR. R. MADARIAGA. POSADAS, MISIONES 1972.

| CODIGO          | C A U S A   | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 109          | Hiperplasia de próstata .....                       | 108 | 38,4  |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario ..... | 71  | 25,3  |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....     | 21  | 7,5   |
| A. 058          | Tumor maligno de otras localizaciones y no espec... | 16  | 5,7   |
| A. 108          | Cálculos del aparato urinario .....                 | 13  | 4,6   |
|                 | Las demás causas .....                              | 52  | 18,5  |
| T O T A L ..... |   | 281 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud, Misiones.

CUADRO N° 2.23 - NUMERO DE EGRESOS SEGUN SERVICIOS HOSPITAL BASE ZONA II  
OBERA, MISIONES 1972

| SERVICIO                 | N°    | %     |
|--------------------------|-------|-------|
| Obstetricia .....        | 1.348 | 42,1  |
| Clínica quirúrgica ..... | 677   | 21,1  |
| Clínica médica .....     | 595   | 18,6  |
| Pediatría .....          | 575   | 18,0  |
| TOTAL .....              | 3.195 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud, Misiones.

CUADRO N° 2.24 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). HOSPITAL BASE ZONA II  
OBERA, MISIONES 1972

| CODIGO | CAUSA   | N°    | %     |
|--------|---|-------|-------|
| A. 118 | Partos sin mención de complicaciones .....            | 911   | 28,5  |
| A. 117 | Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio. | 207   | 6,5   |
| A. 092 | Neumonías .....                                       | 158   | 4,9   |
| A. 005 | Enteritis y diarreas .....                            | 140   | 4,4   |
| A. 100 | Apendicitis .....                                     | 108   | 3,4   |
| A. 140 | Fracturas de los miembros .....                       | 101   | 3,2   |
| A. 115 | Abortos .....   | 87    | 2,7   |
| A. 084 | Otras enfermedades del corazón .....                  | 84    | 2,6   |
| A. 113 | Hemorragias del embarazo y parto .....                | 83    | 2,6   |
| A. 111 | Otras enfermedades del aparato genitourinario .....   | 81    | 2,5   |
| A. 067 | Anemias .....   | 76    | 2,4   |
| A. 145 | Laceraciones y heridas .....                          | 74    | 2,3   |
| A. 101 | Obstrucción intestinal y hernia .....                 | 66    | 2,1   |
|        | Las demás causas .....                                | 1.019 | 31,9  |
|        | TOTAL .....   | 3.195 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud, Misiones.

CUADRO N° 2.25 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.) SERVICIO DE CLINICA MEDICA  
HOSPITAL BASE ZONA II. OBERA, MISIONES 1972

| CODIGO          | CAUSA   | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 084          | Otras formas enferm.corazón .....               | 82  | 13,6  |
| A. 092          | Neumonías .....                                 | 49  | 8,2   |
| A. 006          | Tuberculosis aparato respiratorio .....         | 46  | 7,7   |
| A. 067          | Anemias .....                                   | 43  | 7,2   |
| A. 005          | Enteritis y diarreas .....                      | 27  | 4,5   |
| A. 111          | Otras enfermedades aparato genitourinario ..... | 23  | 3,8   |
| A. 085          | Enfermedades cerebrovasculares .....            | 21  | 3,5   |
| A. 137          | Sint.estados morbosos mal definidos .....       | 21  | 3,5   |
| A. 096          | Otras enfermedades aparato respiratorio .....   | 16  | 2,6   |
| A. 104          | Otras enfermedades aparato digestivo .....      | 16  | 2,6   |
| A. 149          | Efectos adversos de sust. químicas .....        | 13  | 2,1   |
| A. 113          | Hemorragias del embarazo y parto .....          | 12  | 2,0   |
| A. 070          | Neurosis, trast. pers. y otros .....            | 11  | 1,8   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma .....               | 11  | 1,8   |
| A. 115          | Abortos .....                                   | 11  | 1,8   |
| A. 082          | Enfermedades hipertensivas .....                | 10  | 1,6   |
| A. 042          | Anquilostomiasis .....                          | 9   | 1,5   |
|                 | Las demás causas .....                          | 174 | 29,2  |
| T O T A L ..... |   | 595 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud, Misiones.

CUADRO N° 2.26 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.) SERVICIO DE OBSTETRICIA.  
HOSPITAL BASE ZONA II. OBERA, MISIONES 1972

| CODIGO          | CAUSA   | N°    | %     |
|-----------------|---|-------|-------|
| A. 118          | Partos sin mención de complicaciones .....          | 910   | 67,5  |
| A. 117          | Otras compl.embarazo, parto y puerperio .....       | 205   | 15,2  |
| A. 115          | Abortos .....                                       | 71    | 5,2   |
| A. 113          | Hemorragias del embarazo y parto .....              | 66    | 4,9   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario ..... | 33    | 2,4   |
| A. 055          | Tumor maligno cuello uterino .....                  | 18    | 1,3   |
|                 | Las demás causas .....                              | 45    | 3,3   |
| T O T A L ..... |   | 1.348 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud. Misiones

CUADRO N° 2.27 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.) SERVICIO DE PEDIATRIA  
HOSPITAL BASE ZONA II. OBERA, MISIONES 1972

| CODIGO          | CAUSA   | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 005          | Enteritis y diarreas .....                          | 110 | 19,1  |
| A. 092          | Neumonías .....                                     | 109 | 18,9  |
| A. 025          | Sarampión .....                                     | 42  | 7,3   |
| A. 089          | Infecciones respiratorias agudas .....              | 33  | 5,7   |
| A. 067          | Anemias .....                                       | 31  | 5,3   |
| A. 135          | Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales | 27  | 4,7   |
| A. 065          | Avitaminosis y otras enfermedades nutricionales ... | 24  | 4,1   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....      | 13  | 2,2   |
| A. 137          | Sint. y estados morbosos mal definidos .....        | 12  | 2,0   |
| A. 140          | Fracturas de los miembros .....                     | 11  | 1,9   |
|                 | Las demás causas .....                              | 163 | 28,3  |
| T O T A L ..... |   | 575 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud. Misiones.

CUADRO N° 2.28 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). SERVICIO DE CLINICA QUIRURGICA. HOSPITAL BASE ZONA II. OBERA, MISIONES 1972

| CODIGO          | C A U S A                                       | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 100          | Apendicitis .....                               | 101 | 14,9  |
| A. 140          | Fractura de los miembros .....                  | 90  | 13,2  |
| A. 145          | Laceraciones y heridas .....                    | 67  | 9,9   |
| A. 101          | Obstrucción intestinal y hernia .....           | 61  | 9,0   |
| A. 144          | Traumatismos internos .....                     | 35  | 5,1   |
| A. 150          | Los demás efectos de causa externa .....        | 32  | 4,6   |
| A. 061          | Tumores benignos y no especificados .....       | 28  | 4,1   |
| A. 148          | Quemaduras .....                                | 24  | 3,5   |
| A. 111          | Otras enfermedades aparato genitourinario ..... | 23  | 3,4   |
| A. 143          | Traumatismos intracraneales .....               | 23  | 3,4   |
|                 | Las demás causas .....                          | 193 | 28,5  |
| T O T A L ..... |   | 677 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud, Misiones.

CUADRO N° 2.29 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). HOSPITAL BASE DE ZONA III.  
ELDORADO, MISIONES, 1972.

| CODIGO          | CAUSA   | N°    | %     |
|-----------------|---|-------|-------|
| A. 118          | Partos .....  | 294   | 10,1  |
| A. 140          | Fractura de los miembros .....                        | 162   | 5,6   |
| A. 005          | Enteritis y diarreas .....                            | 157   | 5,4   |
| A. 100          | Apendicitis .....                                     | 153   | 5,2   |
| A. 117          | Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio. | 125   | 4,3   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario .....   | 124   | 4,3   |
| A. 092          | Neumonías .....                                       | 97    | 3,3   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....       | 91    | 3,1   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....        | 87    | 3,0   |
| A. 115          | Abortos .....   | 86    | 2,9   |
| A. 145          | Laceraciones y heridas .....                          | 81    | 2,8   |
| A. 101          | Obstrucción intestinal y hernia .....                 | 81    | 2,8   |
| A. 061          | Tumores benignos y no especificados .....             | 65    | 2,2   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma .....                     | 62    | 2,1   |
| A. 103          | Colelitiasis y colecistitis .....                     | 62    | 2,1   |
| A. 150          | Los demás efectos de causas externas .....            | 55    | 1,9   |
| A. 119          | Infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo .. | 48    | 1,6   |
| A. 043          | Otras helmintiasis .....                              | 36    | 1,2   |
| A. 084          | Otras formas de enfermedad del corazón .....          | 31    | 1,1   |
| A. 144          | Traumatismo internos .....                            | 31    | 1,1   |
| A. 148          | Quemaduras .....                                      | 31    | 1,1   |
| A. 135          | Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales . | 30    | 1,0   |
| A. 079          | Otras enfermedades del sistema nervioso .....         | 29    | 1,0   |
| A. 105          | Nefritis aguda .....                                  | 28    | 1,0   |
| A. 021          | Otras enfermedades bacterianas .....                  | 27    | 0,9   |
| A. 149          | Efectos adversos de sustancias químicas .....         | 27    | 0,9   |
| A. 016          | Tos ferina .....                                      | 26    | 0,9   |
| A. 070          | Neurosis .....  | 26    | 0,9   |
|                 | Las demás causas .....                                | 760   | 26,1  |
| T O T A L ..... |   | 2.912 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud. Misiones.

GRUPO N° 2.30 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). SERVICIO DE ADULTOS.  
HOSPITAL BASE DE ZONA III. ELDORADO, MISIONES. AÑO 1972

| CODIGO          | CAUSA  | N°    | %     |
|-----------------|--|-------|-------|
| A. 118          | Partos .....   | 294   | 14,9  |
| A. 100          | Apendicitis .....                                    | 127   | 6,4   |
| A. 117          | Complicaciones del embarazo, parto y puerperio ..... | 125   | 6,3   |
| A. 140          | Fractura de los miembros .....                       | 109   | 5,5   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario .....  | 104   | 5,3   |
| A. 115          | Abortos .....  | 86    | 4,3   |
| A. 145          | Laceraciones y heridas.....                          | 68    | 3,4   |
| A. 103          | Colelitiasis y colecistitis .....                    | 62    | 3,1   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....       | 56    | 2,8   |
| A. 061          | Tumores benignos y no especificados .....            | 51    | 2,6   |
| A. 101          | Obstrucción intestinal y hernia.....                 | 46    | 2,3   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....      | 45    | 2,3   |
| A. 150          | Los demás efectos de causa externa .....             | 43    | 2,2   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma .....                    | 40    | 2,0   |
| A. 005          | Enteritis y diarrea .....                            | 38    | 1,9   |
| A. 084          | Otras enfermedades del corazón .....                 | 31    | 1,6   |
| A. 092          | Neumonías .....                                      | 31    | 1,6   |
| A. 144          | Traumatismos internos .....                          | 30    | 1,5   |
| A. 070          | Neurosis .....                                       | 25    | 1,3   |
| A. 019          | Infecciones meningocóccicas .....                    | 24    | 1,2   |
| A. 113          | Hemorragias del embarazo, parto y puerperio.....     | 23    | 1,2   |
| A. 085          | Enfermedades cerebrovasculares .....                 | 23    | 1,2   |
|                 | Las demás causas .....                               | 497   | 25,1  |
| T O T A L ..... |  | 1.979 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud. Misiones

CUADRO N° 2.31 - EGRESOS SEGUN CAUSA (LISTA 150 C.I.E.). SERVICIO DE PEDIATRIA.  
HOSPITAL BASE DE ZONA III. ELDORADO, MISIONES 1972

| CODIGO          | CAUSA   | N°  | %     |
|-----------------|---|-----|-------|
| A. 005          | Enteritis y diarrea .....                           | 119 | 12,7  |
| A. 092          | Neumonía .....                                      | 66  | 7,7   |
| A. 140          | Fractura de los miembros .....                      | 53  | 5,7   |
| A. 137          | Síntomas y estados morbosos mal definidos .....     | 46  | 4,9   |
| A. 101          | Obstrucción intestinal y hernia .....               | 35  | 3,7   |
| A. 104          | Otras enfermedades del aparato digestivo .....      | 31  | 3,3   |
| A. 135          | Otras causas de morbilidad perinatal .....          | 30  | 3,2   |
| A. 100          | Apendicitis .....                                   | 26  | 2,8   |
| A. 016          | Tos ferina .....                                    | 24  | 2,6   |
| A. 043          | Otras helmintiasis .....                            | 24  | 2,6   |
| A. 105          | Nefritis .....                                      | 24  | 2,6   |
| A. 119          | Infecciones de la piel y tejido celular .....       | 24  | 2,6   |
| A. 093          | Bronquitis, enfisema y asma .....                   | 22  | 2,4   |
| A. 134          | Afecciones anóxicas e hipóxicas .....               | 21  | 2,2   |
| A. 021          | Otras enfermedades bacterianas .....                | 20  | 2,1   |
| A. 111          | Otras enfermedades del aparato genitourinario ..... | 20  | 2,1   |
| A. 130          | Las demás anomalías congénitas .....                | 19  | 2,0   |
| A. 065          | Avitaminosis y otras enfermedades nutricionales ... | 18  | 1,9   |
| A. 148          | Quemaduras .....                                    | 18  | 1,9   |
| A. 079          | Otras enfermedades del sistema nervioso .....       | 15  | 1,6   |
|                 | Las demás causas .....                              | 278 | 29,8  |
| T O T A L ..... |   | 933 | 100,0 |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Social Provincial de Salud, Misiones.



## 2.8. Condiciones de Saneamiento Ambiental:

Como dijéramos en el "Diagnóstico Preliminar" al desarrollar el tema, el medio ambiente contribuye en gran medida a definir la situación sanitaria de la población ya que de las condiciones del entorno depende la existencia, difusión y transmisión de un buen número de enfermedades. La provisión de agua potable y la existencia de un sistema adecuado de eliminación de excretas son indicadores demostrativos de la situación de saneamiento ambiental y permiten comprobar que la Provincia presenta un panorama inadecuado. Según datos del Censo de Población y Vivienda de 1960, única información disponible hasta el momento, sólo el 13% de las viviendas de la Provincia tienen abastecimiento adecuado de agua, agravándose la situación en algunas zonas donde esta proporción desciende al 2% como puede verse en el "Diagnóstico Preliminar" Cuadro N° 31 pág. 72.

Con relación a la eliminación de excretas si tenemos en cuenta todos los sistemas existentes que tienden a evitar la contaminación encontramos una situación más favorable pues el 70% de las viviendas de la provincia poseen alguno de los mencionados sistemas, porcentaje que en las zonas más desprovistas desciende hasta un 34%.

Estimaciones realizadas a partir de información suministrada por los técnicos provinciales referida al desarrollo de servicios de agua potable por parte de la Dirección de Hidráulica, agua potable y saneamiento rural, hacen suponer que se puede haber duplicado el número de viviendas provistas de agua potable, no obstante permaneceríamos en una proporción baja (30%) de viviendas que cuentan con el mencionado servicio.

Esta situación ambiental es uno de los elementos fundamentales en la génesis del panorama sanitario descrito donde las afecciones infecciosas y parasitarias conjugadas con las deficiencias nutricionales son causas principales de morbi-mortalidad, especialmente en la infancia para la cual significan la muerte de una importante proporción de casos, prueba terminante es la alta incidencia de la Necatoriasis y de la diarrea infantil estival en la provincia; enfermedades específicamente relacionadas a la eliminación de excretas y el abastecimiento de agua potable.

En el presente acápite creemos haber demostrado suficientemente como la situación sanitaria de la provincia es clara expresión de la conjunción de distintos factores ecológicos desfavorables que condicionan la enfermedad y la muerte en la población misionera, especialmente en la población infantil que es la más sensible a este tipo de influencias. Hemos hecho referencia, que completaremos más adelante, a la ineficacia del sistema de atención médica que aparece como incapaz de prevenir o resolver los problemas que patología fácilmente controlable, provoca a la población. Queremos ahora dejar claramente expresado nuestro convencimiento de que los problemas descritos no podrán ser resueltos adecuadamente mediante acciones puramente sanitarias; es obvio que las raíces de la situación sanitaria descrita asientan en factores que sólo pueden ser removidos mediante acciones multisectoriales tendientes a modificar profundamente las condiciones en las que se desarrolla la vida de una proporción importante de la población misionera.

Es dentro de este marco conceptual que deberíamos replantear lo que señaláramos como "problema de salud de la población misionera" y referirnos a "problemas que hacen a la salud de la población misionera", definiendo fundamentalmente como tales:

- a) problemas relacionados con las condiciones de la vivienda.
- b) problemas nutricionales de la población, y
- c) problemas relacionados con la accesibilidad y respuesta del sistema de atención médica.

BIBLIOGRAFIA Y FUENTES DE INFORMACION

- 1.- ALFARO, E.Z.; GARCIA SCARPONI, F.D.- Mortalidad Materna en la República Argentina - Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 1 N° 5.
- 2.- Estadísticas Vitales - 1972 - Departamento de Estadísticas - Servicio Provincial de Salud.
- 3.- GARCIA SCARPONI, F.D.; DURANTE, R.M.- Tendencia de la Mortalidad Infantil en la República Argentina - Serie 5 N° 18 - Departamento de Estadísticas de Salud - Secretaría de Estado de Salud Pública.
- 4.- GARCIA SCARPONI, F.D.; DURANTE, R.M. - Morbimortalidad en la población de 1 a 4 años - Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 2 N° 20.
- 5.- PUFFER, R.R.; SERRANO, C.V.- Características de la Mortalidad en la Niñez. O.P.S. - 1973.
- 6.- RICHTER, I.; SOTO, J. y otros - Desnutrición: Egresos hospitalarios y Defunciones - Dirección de Planificación Servicio Provincial de Salud.
- 7.- Estudio sobre Salud y Educación Médica - S.E.S.P., A.F.A.M.E.R.A. y O.P.S. Información Inédita.
- 8.- Estudios Metodológicos - Estudio Sobre Salud y Educación Médica-Serie 7 N° 4
- 9.- Notificación de Enfermedades Transmisibles - Departamento de Estadísticas de Salud - Serie 6 N° 5 - 1972.
- 10.- RIZZI, C.H. y otros - Indicadores de Bienestar y Salud - Serie 8 N° 3, Departamento de Estadísticas de Salud - S.E.S.P.
- 11.- Enfermedades transmisibles - Año 1972. Departamento de Epidemiología. Servicio Provincial de Salud. Misiones.
- 12.- GARCIA SCARPONI, F.D. "Mortalidad Infantil" Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 2 N° 25.
- 13.- DURANTE, Rosa M.; GARCIA SCARPONI, F.D. - "Egresos infantiles por diagnóstico". Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 2 N° 15.
- 14.- PUFFER, R.R.; GRIFFITH. "Características de la Mortalidad Urbana. OPS. 1968.
- 15.- RIZZI, C.H. - "Estructura de la Mortalidad por grupos de causas". Serie 2 N° 4 Programa Nacional de Estadísticas de Salud. S.E.S.P.
- 16.- ARRUNADA, M.M.; HAMILTON, D.M. y AMBROSI, H.O. "Subregistro de Mortalidad Infantil" Serie 2 N° 2, Programa Nacional de Estadísticas de Salud. S.E.S.P.

CAPITULO 3

### 3. RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCION MEDICA:

En este capítulo se realiza una síntesis de la situación de la provincia de Misiones en cuanto a los recursos físicos y humanos, del Sector Salud, que ya fuera descripta en el "Diagnóstico Preliminar" (Item 2. Recursos Sectoriales). Además se complementa el análisis realizado, con la elaboración de nuevos datos, referidos a clasificación de establecimientos, equipamiento y recursos humanos.

#### 3.1. Establecimientos asistenciales y camas Complejidad:

La provincia cuenta, en total, con 144 establecimientos asistenciales (1) de los cuales 54 cuentan con internación. De los establecimientos con internación el 61% pertenece al subsector privado, el resto al subsector público; las Obras Sociales no poseen capacidad instalada de internación en la Provincia.

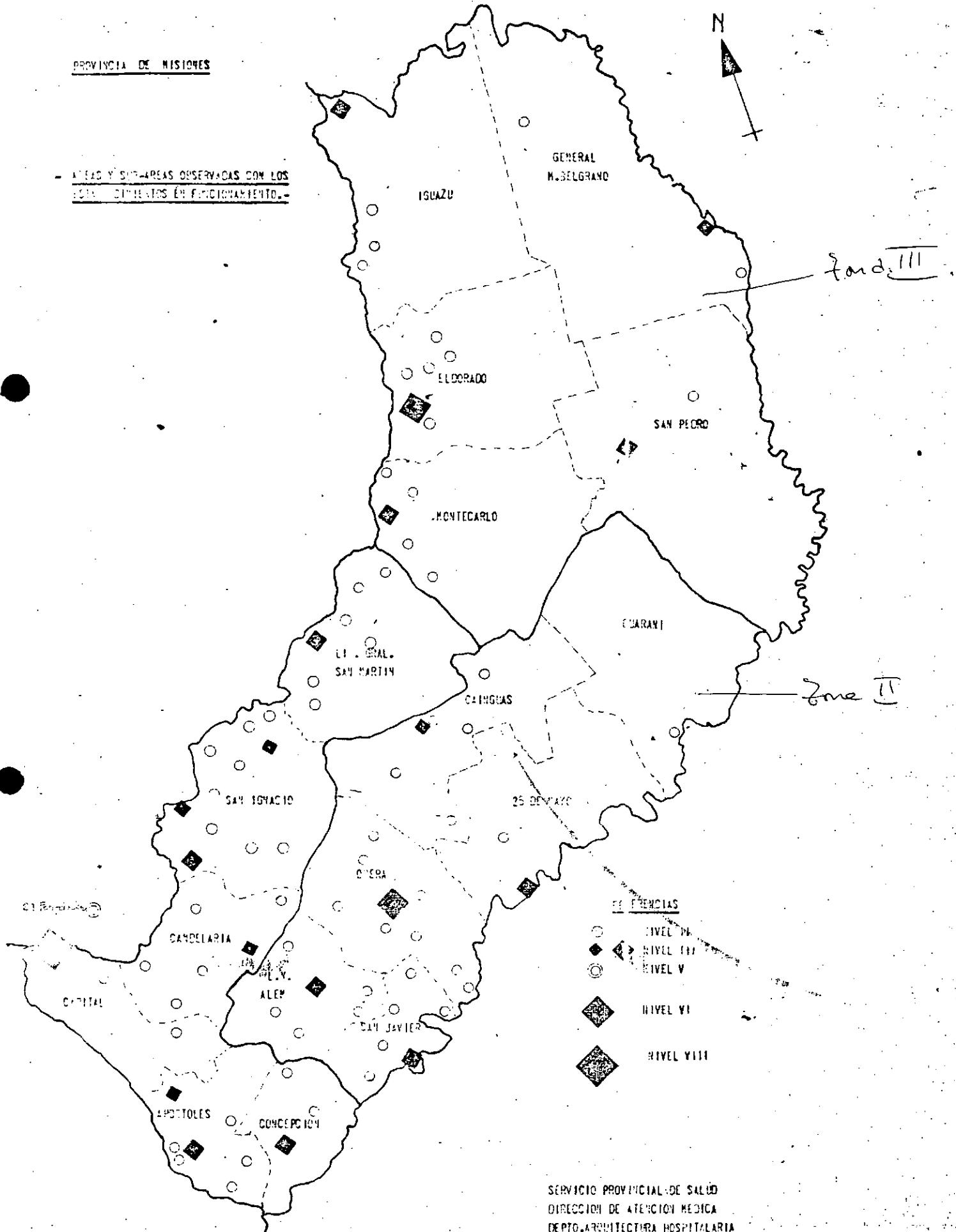
Si observamos la distribución geográfica de los establecimientos con internación vemos que la mayoría se hallan en las zonas sanitarias I y II\*, que acumulan el 83% de los mismos (Ver cuadro N° 3.1.). Se concentran en el sur de la provincia y en una franja que se extiende a lo largo de la ruta N° 12. En relación con las camas surge del "Diagnóstico Preliminar" que del total de camas para pacientes agudos con que cuenta la provincia (1.142) el 68% pertenecen al subsector público. Geográficamente, de manera semejante a lo que ocurre con los establecimientos, se concentran especialmente en la Zona I que contiene el 54% del total de camas de la Provincia, este fenómeno de concentración se agrega al déficit marcado que pone en evidencia la relación de este importante recurso de atención médica con la población misionera, obteniéndose una relación, para el total de la Provincia de 2,4 camas cada 1.000 habitantes.

---

\* Las Zonas Sanitarias son delimitadas por Decreto Provincial N° 522/69 y están constituidas por las siguientes jurisdicciones: Zona I: departamentos Capital, Candalaria, Apóstoles, Concepción, San Ignacio y Libertador San Martín. Zona II: Leandro N. Alem, Oberá, Cainguas, 25 de Mayo, Guaraní y San Javier. Zona III: Montecarlo, Eldorado, Gral. Belgrano, Iguazú y San Pedro.

PROVINCIA DE MISIONES

- AREAS Y SUB-AREAS OBSERVADAS CON LOS  
SUSCEPTIBLES EN FORTIFICAMIENTO -



CUADRO N° 3.1 - POBLACION, ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACION, CAMAS PARA AGUDOS Y RELACION CAMA POR 1.000 HABITANTES SEGUN ZONA SANITARIA. MISIONES, 1973

| ZONA<br>SANITARIA | POBLACION<br>(1) |       | ESTABLECIMIENTOS<br>(2) |       | CAMAS<br>(2) |       | RELACION CA<br>MAS DE AGUDOS<br>POR 1.000<br>HABITANTES |
|-------------------|------------------|-------|-------------------------|-------|--------------|-------|---|
|                   | N°               | %     | N°                      | %     | N°           | %     |   |
| Zona I            | 209.616          | 44,3  | 22                      | 42,3  | 623          | 54,5  | 3,0   |
| Zona II           | 173.286          | 36,6  | 21                      | 40,4  | 303          | 26,5  | 1,7   |
| Zona III          | 90.168           | 19,1  | 9                       | 17,3  | 214          | 18,7  | 2,4   |
| TOTAL             | 473.070          | 100,0 | 52                      | 100,0 | 1.142        | 100,0 | 2,4   |

FUENTE: (1) I.N.D.E.C. Censo 1970.

(2) Departamento de Estadística. Servicio Provincial de Salud.

Intentando definir con mayor precisión las características de los establecimientos asistenciales de la Provincia se utilizó el concepto de complejidad\* que es el más utilizado actualmente para la clasificación de establecimientos sanitarios.

La información disponible en la provincia no permite, en la actualidad, conocer la complejidad de los establecimientos del subsector privado. Para categorizar los mismos el único elemento que se posee es el dato referido al número de camas. De acuerdo con esto se puede observar que del total de establecimientos de este subsector (33), el 91% posee menos de 20 camas.

En el caso del subsector público el Gobierno de la Provincia por Decreto N° 1248/69 establece en su capítulo III los niveles de complejidad a los cuales deberán ajustarse los establecimientos asistenciales del Servicio Provincial de Salud. La clasificación utilizada por la provincia es semejante a la propuesta por la Secretaría de Estado de Salud Pública en la "Guía para la clasificación de servicios de Atención Médica" (3).

De acuerdo al decreto mencionado se pueden identificar, en los establecimientos de la Provincia, seis niveles de complejidad, de los cuales reseñamos algunas de las características más salientes:

*Nivel I (Puesto de salud):* Se realizan actividades de visita y consulta por profesional médico general en forma periódica y/o diaria.

*Nivel II (Consultorios externos periféricos):* Realizan actividades de atención médica mediante consulta por médico general y pediatra de concurrencia diaria y médico obstetra de concurrencia periódica.

*Nivel III (Unidad Sanitaria):* Realiza actividades de atención médica mediante visita, consulta y en régimen de internación, por médico general.

*Nivel IV (Hospitales de Area):* Realiza actividades de atención médica mediante visita, consulta y en régimen de internación por médicos con adiestramiento en las cuatro clínicas básicas (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica y Clínica Tocoginecológica).

---

\* Teniendo en cuenta lo difícil que resulta valorar numéricamente al conjunto de variables que influyen en el funcionamiento de un hospital se recurre habitualmente a indicadores que sólo reflejan aspectos particulares.

Para llegar a una representación global de las características de un hospital utilizamos como indicador de "complejidad hospitalaria" definida como "el número de tareas diferenciadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas" (2).



*Nivel V (Hospitales Base de Zona):* (equivalente a nivel VI Nacional) Realizan actividades de atención médica mediante visita, consulta y régimen de internación por profesionales médicos especialistas en Clínica Médica, Clínica Quirúrgica- Clínica Pediátrica y Clínica Tocoginecológica y en las siguientes especialidades críticas otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología.

*Nivel VI (Hospital Base de Zona y Central Provincial):* (equivalente a nivel VIII Nacional). Realiza actividades de atención médica mediante visita, consulta y régimen de internación por médicos especialistas en las cuatro clínicas básicas, las especialidades críticas y en cardiología, Urología, Psiquiatría, Dermatología, Alergología, Neumonología, Gastroenterología y Cirugía Torácica.

De acuerdo a la categorización mencionada los establecimientos del Servicio Provincial de Salud pueden clasificarse según nivel de complejidad y Zona Sanitaria (4) de acuerdo al cuadro 3.2.

Del cuadro N° 3.2. se desprende que el 79% de los establecimientos del Servicio Provincial de Salud realizan atenciones mediante consulta y visitas, no poseen internación, y en algunos casos no cuentan con atención diaria, por profesional médico.

El 21% restante cuenta con atención según el régimen de consulta, e internación, los establecimientos de nivel V y VI son tres, uno por cada zona sanitaria, y constituyen la máxima complejidad del subsector público provincial. En la Zona I existen dos hospitales monoclinicos para el tratamiento de pacientes crónicos de lepra y afecciones mentales. Del estudio de su distribución geográfica surge que la mitad de los establecimientos del Servicio Provincial de Salud se encuentran en jurisdicciones de la Zona Sanitaria I.

### 3.2. Equipamiento:

Con el objeto de asegurar la disponibilidad de equipos adecuados a la complejidad de los establecimientos, técnicos del Servicio Provincial de Salud se encuentran abocados a la ejecución de un Programa de equipamiento de los establecimientos del Servicio. Para ello diseñaron y están aplicando una metodología (5) que podríamos resumir en sus aspectos fundamentales de la siguiente manera:

- a) Se elaboraron planos prototipos para cada uno de los niveles de complejidad que habían sido establecidos por el Decreto Provincial N° 1248/69, definiéndose las funciones para cada ambiente.
- b) Se elaboraron modelos de equipamiento para cada uno de los distintos niveles de complejidad. Dichos modelos incluyen los equipos fijos, muebles, instrumental, etc. definidos como necesarios para la ejecución de las actividades asignadas a cada nivel.

CUADRO N° 3.2 - NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD, SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y ZONA SANITARIA. MISIONES, 1973

| ZONAS<br>SANITARIAS |    | I    | II   | III | IV  | V   | VI  | MONOCLINICOS | TOTAL |       |
|---------------------|----|------|------|-----|-----|-----|-----|--------------|-------|-------|
|                     |    |      |      |     |     |     |     |              | N°    | %     |
| Zona I .....        |    | 24   | 13   | 4   | 4   | --  | 1   | 2            | 48    | 50,0  |
| Zona II .....       |    | 26   | --   | 2   | 2   | 1   | --  | --           | 31    | 32,3  |
| Zona III ...        |    | 13   | --   | --  | 3   | 1   | --  | --           | 17    | 17,7  |
| TOTAL               | N° | 63   | 13   | 6   | 9   | 2   | 1   | 2            | 96    | 100,0 |
|                     | %  | 65,6 | 13,5 | 6,2 | 9,4 | 2,1 | 1,0 | 2,1          |       |       |

FUENTE: - Estadísticas Hospitalarias. Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones 1973.

- Análisis de Situación del Sector Salud. Dirección de Planificación. Servicio Provincial de Salud. Misiones, 1973.

- c) Se encuentra en ejecución el inventario de todos los elementos definidos en el ítem anterior, según nivel de complejidad. Esta tarea fue completada hasta el nivel IV inclusive y tiene como objeto confrontar lo existente con los modelos establecidos.

La metodología descrita introduce un alto grado de racionalidad en el manejo de los aspectos atinentes al equipamiento de los establecimientos asistenciales y entendemos que en poco tiempo se recogerán los frutos de esta ardua tarea.

De toda la información recogida hasta el momento, que como dijimos incluye el equipamiento de todos los establecimientos del Servicio Provincial de Salud desde el Nivel I al Nivel IV, nosotros seleccionamos datos referidos al equipamiento de los establecimientos de Nivel IV en las áreas de radiología, laboratorio y esterilización (Ver cuadro N° 3.3.).

Se adoptó esta decisión intentando conocer, en los establecimientos cuyo nivel implica necesariamente una dotación adecuada en los servicios de diagnóstico y tratamiento, en qué medida la realidad se aproxima a los modelos teóricos propuestos por los técnicos provinciales, modelos que, por otra parte, consideramos adecuados.

Si tenemos en cuenta que los establecimientos de Nivel IV (Hospitales de Área) deben atender la demanda de atención médica mediante visita, consulta e internación en las cuatro clínicas básicas (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, y Clínica Tocoginecológica) es lógico suponer que deberán contar con equipamiento adecuado en las áreas de apoyo. Del Cuadro N° 3.3. surge que en el área de radiología 4 de los 9 hospitales de área no poseen equipos de potencia adecuada y 2 no tienen tampoco equipos rodantes. El área de laboratorio aparece como más desprovisto ya que 5 hospitales carecen de los equipos elementales. En lo referente a equipos para esterilización el panorama se muestra mejor, sólo 1 hospital no cuenta con equipamiento completo para dicha función.

La provincia, como dijimos, está desarrollando un programa de equipamiento con la intención de corregir la situación deficitaria descrita, que en la actualidad pone en evidencia que muchos de los establecimientos del Servicio Provincial de Salud no cuentan con el equipamiento suficiente en áreas que hacen a sus actividades fundamentales y que por lo tanto no alcanzan el Nivel de Complejidad que les fuera asignado. Este hecho adquiere relevancia si tenemos en cuenta que las falencias anotadas imposibilitan la resolución a nivel de los hospitales de área de problemas de salud cuya atención requiere de tecnología elemental que al no estar al alcance de los profesionales condiciona un número de derivaciones que supera lo aceptable, creando dificultades de todo tipo a los pacientes, postergando el tratamiento y hasta desalentando la demanda.

En relación a los hospitales Base de Zona, que no fueron todavía incorporados a este estudio de equipamiento, pudimos comprobar en visitas realizadas a los Hospitales de Eldorado y Oberá, que tienen una adecuada planta física y se encuentran convenientemente equipados de acuerdo a su complejidad, especialmente en las áreas de diagnóstico y tratamiento.

CUADRO N° 3.3 - ALGUNOS EQUIPOS SELECCIONADOS, EXISTENTES EN LOS HOSPITALES DE AREA Y MODELO TEORICO DEL EQUIPAMIENTO NECESARIO. SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD. MISIONES, 1974

| EQUIPOS                               | EQUIPAMIENTO NECESARIO SEGUN MODELO | HOSPITALES DE AREA |             |           |          |          |                   |           |             |                    |    |    |    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------|-----------|----------|----------|-------------------|-----------|-------------|--------------------|----|----|----|
|                                       |                                     | ZONA SANITARIA I   |             |           |          |          | ZONA SANITARIA II |           |             | ZONA SANITARIA III |    |    |    |
|                                       |                                     | APOSTOLES          | SAN IGNASIO | PTO. RICO | CAINGUAS | L.N.ALEM | SAN JUAN          | SAN PEDRO | PTO. IGUAZU | MONTE CARLO        |    |    |    |
| Aparato Rx 200 mA .....               | 1                                   | --                 | --          | --        | 1        | --       | --                | --        | --          | --                 | -- | -- | -- |
| Aparato Rx 100 mA .....               | --                                  | --                 | --          | --        | --       | 1        | --                | 1         | --          | 1                  | -- | 1  | -- |
| Aparato Rx portátil .....             | 1                                   | 1                  | --          | 1         | 1        | 1        | --                | --        | --          | --                 | -- | -- | -- |
| Autoclave Chamberlain ..              | 1                                   | 1                  | 2           | 1         | 1        | --       | --                | 1         | 1           | 1                  | -- | 1  | 1  |
| Estufa eléctrica esterilización ..... | 2                                   | 1                  | 1           | 3         | 1        | 2        | 1                 | 1         | 2           | 1                  | 2  | 1  | 1  |
| Centrífuga .....                      | 1                                   | 1                  | --          | --        | 2        | 1        | --                | --        | --          | --                 | -- | -- | -- |
| Equipo electroforesis ..              | 1                                   | --                 | --          | --        | 1        | --       | --                | --        | --          | --                 | -- | -- | -- |
| Fotolorímetro .....                   | 1                                   | 1                  | --          | --        | --       | --       | --                | --        | --          | --                 | -- | -- | 1  |
| Microscopio .....                     | 1                                   | --                 | --          | --        | 1        | 1        | --                | --        | 1           | 1                  | 1  | 1  | 1  |

FUENTE: Modelos de equipamiento para establecimientos asistenciales niveles I, II, III y IV. Dirección de Atención Médica del Servicio Provincial de Salud. Misiones, 1974.

*es el mismo.*

El Hospital Central Provincial ~~es~~ Hospital Base de Zona I, Dr. Ramón Madariaga, carecen de una planta física funcional, ésta se halla francamente deteriorada y su equipamiento es deficitario. Está proyectada la construcción de un nuevo hospital, en reemplazo del existente.

3.3. Recursos Humanos:

Analizando la situación del recurso humano del Sector Salud en la Provincia ya mencionamos en el "Diagnóstico Preliminar" (pág. 49) que al déficit se suma una distribución geográfica no acorde con la distribución de la población, queremos aquí a manera de síntesis mostrar la relación del recurso humano básico con la población según zona sanitaria.

En el cuadro N° 3.4. se pone de manifiesto dicha aseveración al observarse que la relación de enfermeras, médicos, odontólogos y bioquímicos por habitantes es baja para el total de la Provincia (6), ésta situación se agrava para la Zona Sanitaria II la que muestra razones próximas a la mitad del promedio provincial y cuatro veces menores a las de la Zona I que es la más favorecida de Misiones en cuanto al recurso humano sectorial.

La importancia de la situación descrita reside no solamente en el hecho de la disminución global de la oferta de atención médica para la población de la Provincia, que este déficit de recurso humano condiciona, sino también en su concentración en determinadas áreas geográficas en detrimento de la cobertura de población residente en otras. En algunos departamentos la relación médico/habitante llega, como viéramos en el "Diagnóstico Preliminar", a menos de 1 médico cada 10.000 habitantes.

En el caso de los odontólogos y bioquímicos el grado de concentración en la Zona Sanitaria I es semejante al de los médicos y enfermeras.

En resumen, podemos decir que el recurso humano básico para la constitución de equipos de salud es en la Provincia escaso, en relación con la población, y se encuentra mal distribuido geográficamente. Observando su distribución según Zona Sanitaria se destaca la concentración de este recurso en la Zona I. El mismo análisis efectuado según departamento permite comprobar que los departamentos de Capital, Oberá y Eldorado que agrupan el 43% de la población cuentan con el 73% de los médicos, el 77% de los odontólogos y el 75% de los bioquímicos.

Es perfectamente conocido el rol preponderante que el recurso humano juega en la atención médica de las poblaciones y la situación descrita para la provincia de Misiones debe significar un serio llamado de atención sobre la necesidad de fijar una política de capacitación y distribución del recurso humano del sector, política que necesariamente deberá instrumentarse mediante acciones multisectoriales.

CUADRO N° 3.4 - RELACION DE ENFERMERAS(1), MEDICOS, ODONTOLOGOS Y BIOQUIMICOS POR 10.000 HABITANTES SEGUN ZONA SANITARIA. MISIONES

| ZONAS    | ENFERMERAS<br>* | MEDICOS<br>** | ODONTOLOGOS<br>*** | BIOQUIMICOS<br>**** |
|----------|-----------------|---------------|--------------------|---------------------|
| ZONA I   | 14,5            | 11,2          | 4,6                | 1,4                 |
| ZONA II  | 4,9             | 3,8           | 1,7                | 0,4                 |
| ZONA III | 12,1            | 7,9           | 2,4                | 1,0                 |
| TOTAL    | 10,5            | 7,9           | 3,1                | 0,9                 |

FUENTES:

\* Análisis de situación del Sector Salud. Dirección de Planificación. Servicio Provincial de Salud. Misiones, 1973.

\*\* Colegio de Médicos de la Provincia de Misiones, 1974

\*\*\* Departamento de Odontología. Dirección de Atención Médica. Servicio Provincial de Salud, Misiones, 1975

\*\*\*\* Colegio de Bioquímicos de la Provincia de Misiones, 1974

(1) Se refiere únicamente al personal de enfermería del subsector público.

Reconociendo la importancia de este problema la Dirección de Atención Médica del Servicio Provincial de Salud elaboró un "Modelo Mínimo"(7) de las necesidades en horas y número de personal según funciones para establecimientos de niveles de complejidad I, II, III y IV. Dicho "Modelo" tiene como objeto el permitir la determinación, a partir de necesidades mínimas teóricas, de los déficit de recursos humanos que el Servicio Provincial de Salud padece en cada uno de sus establecimientos y según las distintas Zonas Sanitarias. Esta meritoria tarea, que no tiene réplica en la mayoría de las provincias argentinas, ha sido concluida para todos los establecimientos comprendidos entre los niveles I y IV inclusive. Actualmente se completa la parte correspondiente a los Hospitales Base de Zona (Eldorado, Oberá y Madariaga). Dado el interés del trabajo realizado por los técnicos provinciales, entendemos pertinente incluir en el presente informe una somera descripción de la metodología utilizada y algunos comentarios sobre los resultados obtenidos hasta el momento.

A punto de partida del Decreto N° 1248/69 que reglamenta las misiones y funciones de las Zonas Sanitarias y establece los niveles de Complejidad de los establecimientos de atención médica del Servicio Provincial de Salud, los técnicos provinciales elaboraron:

- a) Planos prototipos de las plantas físicas de los establecimientos teniendo en cuenta las definiciones de funciones de cada ambiente.
- b) Modelos de equipamiento acordes con la complejidad asignada a cada establecimiento, es decir con las actividades previamente definidas y
- c) Modelos mínimos de las horas y número de personal necesario según la complejidad del establecimiento. Ya hemos hecho referencia a los modelos de equipamiento en el ítem anterior;

Respecto a los modelos de recursos humanos fueron establecidos los siguientes esquemas:

*Para el Nivel I (Puesto de Salud):* Se asignaron un médico general de 18 hs. semanales, un odontólogo de 9 hs. semanales y dos auxiliares de enfermería de 37,5 hs. semanales cada uno.

*Para el Nivel II (Consultorios externos periféricos):* Se asignaron un médico general, un médico pediatra y un médico tocoginecólogo, cada uno con 18 hs. semanales. Una obstétrica con 18 hs. semanales, dos auxiliares de enfermería con 37,5 horas semanales cada una, un auxiliar de Servicio Social (30hs. semanales) y un auxiliar administrativo (30 hs. semanales).

*Para el Nivel III (Unidad Sanitaria):* Se asignaron dos médicos generales de 44 hs. semanales cada uno, un odontólogo de 18 hs. semanales, seis auxiliares de enfermería con 37,5 hs. semanales cada una, tres auxiliares técnicos de 37,5 hs. semanales (1 de servicio social, 1 de Estadísticas y 1 de laboratorio), un auxiliar administrativo de 30 hs. semanales; dos mucamas, un chofer y un auxiliar de Servicios Generales cada uno con 37,5 hs. semanales.

Para el Nivel IV (hospitales de Area): Se asignaron cinco médicos generales de 44 hs. semanales cada uno, orientados en las cuatro clínicas básicas y uno de ellos en anestesiología. Un odontólogo (18 hs/s), un bioquímico (44hs/s) y una obstétrica de 44 hs. semanales. Auxiliares de enfermería fueron estimadas en seis de 37,5 hs. semanales cada una, seis auxiliares técnicos (1 de Servicio Social, 1 de Estadísticas, 1 de Laboratorio, 1 de Hemoterapia, 1 de Radiología y 1 de Anestesia) cada uno con 37,5 hs. semanales. En el área administrativa un administrador y tres auxiliares y en el área de mantenimiento y servicios una costurera, tres lavanderas, un cocinero y cuatro ayudantes, tres mucamas, dos choferes y 2 auxiliares de Servicios Generales todos de 37,5 hs. semanales.

A partir de estos modelos se efectuó un censo del personal actualmente existente según tipo y establecimiento, de esta manera pudo obtenerse una idea clara del déficit existente en cuanto a recurso humano en todos los establecimientos del S.P.S. categorizados en los niveles I, II, III y IV, no habiendo finalizado aún dicha tarea en los Hospitales Base de Zona (Dr. Madariaga, Oberá y Eldorado) que se encuentran comprendidos en los niveles V y VI.

En los cuadros siguientes N°3.5. y N°3.6. pueden observarse las horas semanales de trabajo del personal del Servicio Provincial de Salud que revista en los establecimientos antes mencionados (niveles I al IV), según Zona Sanitaria, tipo de personal, discriminados según las horas teóricas necesarias de acuerdo con el "Modelo Mínimo", las horas existentes en la actualidad y el déficit estimado mediante la confrontación de la realidad con el modelo técnico.

Las categorías de personal fueron agrupadas de la siguiente manera:

*Médicos:* comprenden todos los profesionales médicos, cualquiera sea su especialidad o función (Directores, jefes de Servicio, etc.).

*Otros profesionales:* esta categoría comprende a los odontólogos, bioquímicos y obstétricas.

*Enfermeras:* Comprende todo aquel personal que desempeña funciones de enfermería tenga o no capacitación formal.

*Otros Técnicos:* comprende a los auxiliares de Servicio Social, Estadística, Laboratorio, Hemoterapia, Radiología y Anestesia.

*Administrativos:* comprende a toda persona que desempeñe tareas administrativas.

*Mantenimiento y Servicios Generales:* comprende al personal de mantenimiento, lavandera, cocineros, mucamas, choferes, etc.

En el análisis de la información de los cuadros N° 3.5. y 3.6. deberá tenerse presente que las cifras corresponden a horas semanales, al igual que los porcentajes, no se refieren a las horas de recurso humano necesario o existen



CUADRO N° 3.5 - HORAS SEMANALES DE RECURSO HUMANO NECESARIAS, EXISTENTES Y DEFICIT PARA ESTABLECIMIENTOS DE NIVELES I, II, III Y IV, SEGUN TIPO DE RECURSO Y ZONA SANITARIA. SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD. MISIONES 1974

| TIPO DE RECURSO           | HORAS SEMANALES |       |       |         |       |       |          |       |       |        |        |       |
|---------------------------|-----------------|-------|-------|---------|-------|-------|----------|-------|-------|--------|--------|-------|
|                           | ZONA I          |       |       | ZONA II |       |       | ZONA III |       |       | TOTAL  |        |       |
|                           | N               | E     | D     | N       | E     | D     | N        | E     | D     | N      | E      | D     |
| Médicos .....             | 2.598           | 841   | 1.757 | 1.612   | 615   | 997   | 1.536    | 823   | 713   | 5.746  | 2.279  | 3.467 |
| Otros Profesionales ..... | 1.008           | 312   | 696   | 531     | 182   | 349   | 609      | 265   | 344   | 2.148  | 759    | 1.389 |
| Enfermeras .....          | 6.150           | 4.763 | 1.387 | 4.762   | 3.150 | 1.612 | 3.150    | 2.513 | 637   | 14.062 | 10.426 | 3.636 |
| Otros Técnicos .....      | 1.913           | 458   | 1.455 | 1.380   | 150   | 1.230 | 1.350    | 525   | 825   | 4.643  | 1.133  | 3.510 |
| Administrativos .....     | 1.080           | 870   | 210   | 510     | 300   | 210   | 720      | 420   | 300   | 2.310  | 1.590  | 720   |
| Mantenimiento .....       | 3.150           | 1.988 | 1.162 | 2.400   | 1.537 | 863   | 3.825    | 1.650 | 2.175 | 9.375  | 5.175  | 4.200 |

FUENTE: Dirección de Atención Médica. Servicio Provincial de Salud.

N. horas necesarias

E. horas existentes

D. horas de déficit

CUADRO N° 3.6 - DEFICIT PORCENTUAL DE HORAS DE RECURSO HUMANO PARA ESTABLE-  
CIMENTOS DE NIVELES I, II, III Y IV SEGUN TIPO DE RECURSO  
Y ZONA SANITARIA. SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD. MISIONES 1974

| TIPO DE RECURSO          | PORCENTAJE DE DEFICIT |         |          |       |
|--------------------------|-----------------------|---------|----------|-------|
|                          | ZONA I                | ZONA II | ZONA III | TOTAL |
| Médicos .....            | 67,6                  | 61,8    | 47,1     | 60,3  |
| Otros Profesionales .... | 69,0                  | 65,7    | 56,5     | 64,7  |
| Enfermeras .....         | 22,5                  | 33,8    | 20,2     | 25,9  |
| Otros Técnicos .....     | 76,1                  | 89,1    | 61,1     | 75,6  |
| Administrativos .....    | 19,4                  | 41,2    | 42,0     | 31,2  |
| Mantenimiento .....      | 36,9                  | 35,9    | 56,9     | 44,8  |

FUENTE: Dirección de Atención Médica. Servicio Provincial de Salud.

N. horas necesarias

E. horas existentes

D. horas de déficit

te en la totalidad de los establecimientos de la Zona Sanitaria, puesto que, como dijimos, no están incluidos en cada una de las Zonas Sanitarias, los Hospitales Base.

Deberá tenerse presente también que los déficit en horas de personal surgen de la comparación de las horas existentes con las horas necesarias según el modelo teórico elaborado por los técnicos provinciales. Obviamente este panorama incompleto del recurso humano, existente y deficitario, a nivel de Zona Sanitaria, puede modificarse sustancialmente al incorporar las horas de personal correspondientes a los Hospitales Base de Zona que son los de mayor complejidad de la Provincia.

Es de destacar que para los establecimientos en estudio (Niveles I a IV) el mayor déficit de horas médicas y de otros profesionales aparece en la Zona Sanitaria I.

Con relación al personal de enfermería llama la atención el menor déficit de horas en relación con el de horas profesionales y técnicas, siendo la Zona Sanitaria II la que muestra el mayor déficit. Los auxiliares técnicos presentan un déficit importante mayor, en promedio, que el de los profesionales apareciendo como más deficitaria la Zona Sanitaria II. El déficit en horas de enfermería podría incrementarse significativamente en caso de considerarse como horas existentes solamente las cumplidas por personal con título habilitante. En este estudio, como dijimos anteriormente, se consideró para calcular el número de horas de enfermería, las cubiertas por todo aquel personal que desempeña tales funciones, tenga o no título habilitante.

Es importante tener en cuenta que para la determinación de las horas médicas necesarias se definió que para los niveles III y I los profesionales médicos deberán ser de 44 horas semanales de dedicación. La comparación de este modelo de horas necesarias con las existentes en la actualidad (la dedicación habitual es de 18 horas semanales) nos da un déficit de horas profesionales que no es siempre equivalente a déficit en la cantidad de personal.

El estudio sobre Recurso Humano realizado por la Dirección de Atención Médica del Servicio Provincial de Salud, que posibilitó, efectuar esta síntesis, contiene información que permite realizar un análisis de estos recursos a nivel de establecimiento. Este hecho es de importancia pues facilita la asignación del recurso humano según pautas racionales de programación.

#### 3.4. Establecimientos hospitalarios Bases de Zona

Como ya se ha explicado anteriormente, la provincia está dividida en 3 zonas sanitarias.

Cada una de estas zonas tiene un hospital de mayor complejidad, que es cabecera de zona y recibe la patología que no ha podido ser resuelta en los niveles inferiores. Debe actuar, asimismo como supervisor de todos los centros asistenciales del área, en razón de que, en la estructura actual, los Directores de los Hospitales Base son a la vez jefes de las respectivas Zonas Sanitarias.

Haremos aquí una breve descripción de los hospitales bases de las 3 zonas sanitarias con información recogida directamente, en oportunidad de visitas que efectuaremos a los mismos.

### Hospital Base de Zona I "Dr. Ramón Madariaga"

Es el Hospital Central Provincial y Base de la I Zona de Salud. Tiene 330 camas de dotación. Es el de mayor complejidad de la Provincia, nivel VI según la clasificación provincial y nivel VIII para la nacional. Su construcción es antigua de tipo pabellonado, con gran distancias entre uno y otro pabellón, lo cual dificulta el traslado de los pacientes.

Su planta física se encuentra en deficitarias condiciones de mantenimiento; algunas áreas, como las de cirugía han sido remodeladas, presentando no obstante serios defectos.

El equipamiento de este hospital ha sido efectuado hace muchos años, y gran parte de sus equipos están obsoletos.

El número total de médicos es de 106. Tiene 8 bioquímicos, 5 odontólogos y 12 obstétricas. El sector de enfermería cuenta con 96 enfermeras profesionales, 84 auxiliares de enfermería y 68 ayudantes de enfermería.

Otros profesionales; 9 asistentes sociales, 2 dietistas, 3 farmacéuticos, 4 kinesiólogos y 1 fonoaudiólogo.

La mayor parte de los profesionales trabajan a tiempo parcial.

En el año 1973 produjo 105.630 consultas y 8.512 egresos.

Se comporta como centro al cual confluyen las derivaciones del resto de la provincia.

Está proyectada la construcción de un nuevo hospital para el cual ya se ha llamado a licitación.

### Hospital Base de Zona II. Oberá

Es el Hospital cabecera de la II Zona de Salud, que comprende los departamentos de Oberá, Alem, San Javier, 25 de Mayo, Cáminga y Guaraní, con una población en 1970 de 167.160.

Fue iniciada su construcción en 1950, interrumpida su ejecución en 1954 y continuada la obra en 1964; terminada en 1970 y habilitado en 1971.

Es un hospital de nivel VI de complejidad con una adecuada planta física; cuenta en la actualidad con 88 camas; las salas de internación están subdivididas por boxes.

Tiene un escaso número de habitaciones destinadas a consultorios externos.

Está ubicado en una villa vecina a la ciudad, lo cual dificulta el acceso de la población al mismo.

En el año 1973 ha producido 3.470 egresos / 91.944 consultas.

Posee el equipamiento necesario para quirófanos, laboratorio y Radiología. Casi en su totalidad, el mismo fue provisto por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Actualmente tiene un plantel de personal constituido por un médico Director, una médica secretaria técnica y 25 profesionales médicos que reúnen un total de 792 horas médicas.

Otros Profesionales: 3 odontólogos, 2 bioquímicos, 1 farmacéutico, 1 asistente social y 4 obstétricas.

El personal de enfermería está formado por una enfermera supervisora, cuatro enfermeras jefe, 14 enfermeras profesionales, 17 auxiliares de enfermería y 18 ayudantes de enfermería.

En el sector administrativo trabajan 13 personas. Existe un total de 11 auxiliares técnicos (radiología, laboratorio, saneamiento, etc.); la división Estadística cuenta con 9 personas incluyendo el jefe de la Unidad. Hay un jefe de Servicios generales y 37 personas en este sector.

El Sector de Obstetricia es el que produce la mayor parte de los egresos, otro sector con alta producción es el Servicio de Emergencias.

El hospital, por ser base de Zona, tiene bajo su dependencia 3 hospitales de área, 3 unidades sanitarias y 24 puestos de salud, en la práctica según lo manifestado por la Dirección del hospital la atención de los problemas diarios absorbe todas las horas de trabajo y no permite efectuar la supervisión del área.

#### Hospital Base de Zona III . Eldorado S.A.M.I.C.

Fue inaugurado en el año 1971, como Hospital de la Comunidad. Es el Hospital Base de la Zona III de Salud, que comprende los departamentos de Eldorado, Montecarlo, San Pedro, Gral. Belgrano e Iguazú.

Le corresponde nivel VI de complejidad; está constituido básicamente por un block de 3 plantas, ocupadas para la internación, a nivel intermedio del block se inserta, por los desniveles del terreno, una planta baja con consultorios Externos y Servicios de Diagnóstico.

Funciona actualmente con 130 camas; la planta física se encuentra en muy buenas condiciones y está provisto de un excelente equipamiento.

Tiene 2 quirófanos, 2 salas de partos y 2 quirófanos de Partos. Se atienden las cuatro clínicas Básicas y las especialidades críticas Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología y Ortopedia.

Tiene Servicio de Terapia Intensiva, con médicos dedicados exclusivamente a la especialidad.

Su personal médico está constituido por 32 médicos de planta y 32 residentes. El 80% de los profesionales médicos cumplen 4 horas semanales, el resto 30 horas semanales; otros profesionales y/o especialistas, 3 bioquímicos, 1 anatomatólogo, 1 radiólogo, 1 anestésista, 2 obstétricos.

Realizan cursos para médicos residentes en medicina Rural de 3 años de duración y cursos de auxiliares de enfermería y laboratorio.

En el año 1973 el presupuesto fue de 1.500 millones de pesos moneda nacional.

BIBLIOGRAFIA Y FUENTES DE INFORMACION

1. Catastro de Establecimientos Asistenciales de la Provincia. Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones 1973.
2. Perfiles de Complejidad. Método para determinar niveles de atención de establecimientos hospitalarios I.F.I. 1969 Vera Ocampo L.H., Boyer, M.E.; Chorny, A.M.; Fontan, I.; De Mendoza, J.S.; Plachner, M.I.; Faigón, L.
3. Guía para la Clasificación de Servicios de atención médica. Secretaría de Estado de Salud Pública. Departamento de Organización de Establecimientos y Areas Programáticas, 1969.
4. Estadísticas Hospitalarias. Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud. Misiones. 1973.
5. "Modelos de equipamiento para establecimientos asistenciales niveles I, II, III y IV" Dirección de Atención Médica. Servicio Provincial de Salud.
6. Análisis de situación del Sector Salud - Dirección de Planificación. Servicio Provincial de Salud. Misiones 1973.
7. "Modelo mínimo de necesidades de personal". Estudio realizado por la Dirección de Atención Médica del Servicio Provincial de Salud. Misiones 1974.
8. Giacomini, Hebe; Ucha J. A. "Egresos días-camas disponibles y pacientes-día por jurisdicción, según establecimiento" - Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud - Año 4 N° 37.
9. Giacomini, Hebe; Ucha J. A. -"Egresos, del subsector público según provincia de residencia y ocurrencia" - Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud - Año 4 N° 38.

CAPITULO 4



#### 4. UTILIZACION DE LOS RECURSOS SANITARIOS:

##### 4.1. Demanda y Utilización:

La condición de salud sentida o percibida por la población de un área y su internación con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de características propias de la población y de la estructura asistencial.

Ambos factores condicionan la utilización de los servicios ofrecidos y en cierta forma regulan la demanda. La demanda atendida de atención médica se puede medir a través de las consultas y egresos del sistema de atención médica.

Si bien no existe información de las consultas y egresos que se producen en el subsector privado y de Obras Sociales, se intentará estimar la demanda de atención médica de la población misionera, por un lado a través del Programa Nacional de Estadísticas que aporta datos del subsector oficial y por otro a través de la Encuesta Nacional de Salud y Educación Médica (1) (E.N.S.). Este estudio suministra datos captados directamente de la población de acuerdo con la metodología de encuesta domiciliaria.

La información de que disponemos es para la región N.E.A. como la provincia está representada en la muestra tomada, se acepta como válidos para la provincia los datos de la región.

El primer indicador que se analizará es el de *porcentaje de consultantes en un año*: es el cociente entre el número de personas que manifestaron haber consultado al médico en el último año previo a la entrevista y el total de encuestados (Cuadro N° 4.1).

CUADRO N° 4.1 - PROPORCION DE CONSULTANTES EN UN AÑO SEGUN EDAD. REGION N.E.A. - E.N.S.

| GRUPOS DE EDAD       | POBLACION TOTAL ENCUESTADA |       | CONSULTANTES EN 1 AÑO |      |
|----------------------|----------------------------|-------|-----------------------|------|
| TOTAL .....          | 7.086                      | 100,0 | 3.362                 | 47,4 |
| Menos de 1 año ..... | 195                        | 100,0 | 138                   | 70,8 |
| 1 - 4 años .....     | 790                        | 100,0 | 478                   | 60,5 |
| 5 - 14 años .....    | 1.922                      | 100,0 | 662                   | 34,4 |
| 15 - 24 años .....   | 1.271                      | 100,0 | 570                   | 44,8 |
| 25 - 34 años .....   | 825                        | 100,0 | 422                   | 51,2 |
| 35 - 44 años .....   | 783                        | 100,0 | 388                   | 49,6 |
| 45 - 64 años .....   | 976                        | 100,0 | 509                   | 52,2 |
| 65 y más años .....  | 324                        | 100,0 | 195                   | 60,2 |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud

La proporción mayor corresponde al grupo de menores de 1 año (70,8 %) y al de 1-4 años (60,5), desciende luego en los grupos siguientes para ascender después hasta alcanzar valores altos en el grupo de 65 y más (60,2 %).

CUADRO N° 4.2 - PORPORCION DE CONSULTANTES EN 1 AÑO SEGUN SEXO Y EDAD.  
REGION N.E.A. - E.N.S.

| EDAD<br>EN AÑOS | POBLACION |      | S E X O |     |         |      |
|-----------------|-----------|------|---------|-----|---------|------|
|                 |           |      | VARONES |     | MUJERES |      |
|                 | N°        | %    | N°      | %   | N°      | %    |
| Total .....     | 7.086     | 8,5  | 3.567   | 7,1 | 3.519   | 9,9  |
| 0 - 14 .....    | 2.907     | 7,6  | 1.487   | 8,2 | 1.420   | 7,0  |
| 15 - 44 .....   | 2.879     | 8,2  | 1.412   | 5,9 | 1.467   | 10,4 |
| 45 y más ...    | 1.300     | 11,1 | 668     | 7,5 | 639     | 14,9 |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Al introducir la variable sexo notamos que la proporción de consultantes es mayor para las mujeres en todos los grupos de edad, con excepción del grupo de 0 - 14 años donde la mayor proporción corresponde a los varones.

CUADRO N° 4.3 - PROPORCION DE CONSULTANTES EN UN AÑO SEGUN AFILIACION.  
REGION N.E.A. - E.N.S.

| AFILIACION            | POBLACION | POBLACION CONSULTANTE<br>EN 1 AÑO |      |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------|------|
|                       |           | N°                                | %    |
| TOTAL .....           | 7.086     | 3.362                             | 47,4 |
| Afiliados .....       | 1.350     | 873                               | 64,7 |
| No afiliados .....    | 5.725     | 2.482                             | 43,4 |
| Sin identificar ..... | 11        | 7                                 | --   |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Al considerar la condición de afiliación puede observarse que el porcentaje es mayor en los afiliados a algún sistema de seguro de salud.

CUADRO N° 4.4 - PROPORCION DE CONSULTANTES EN UN AÑO SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO PER CAPITA. REGION N.E.A. - E.N.S.

| NIVEL DE INGRESO               | AFILIADOS |                    |       | NO AFILIADOS |                    |       |
|--------------------------------|-----------|--------------------|-------|--------------|--------------------|-------|
|                                | POBLACION | N° DE CONSULTANTES | %     | POBLACION    | N° DE CONSULTANTES | %     |
| TOTAL .....                    | 1.292     | 843                | 65,25 | 5.228        | 2.257              | 43,17 |
| Nivel I (menor ingreso) .....  | 309       | 173                | 57,0  | 3.211        | 1.227              | 38,2  |
| Nivel II (ingreso medio) ..... | 498       | 321                | 64,5  | 1.267        | 611                | 48,2  |
| Nivel III (mayor ingreso) ..   | 485       | 349                | 72,0  | 750          | 419                | 55,9  |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Se observa en el cuadro N° 4,4 que tanto en los afiliados como en los no afiliados el porcentaje de consultantes aumenta a medida que aumenta el ingreso, lo que indica que el ingreso es otro condicionante de la consulta médica.

Al estudiar el indicador *promedio de consultas por persona por año*, es decir, el cociente entre el número de consultas realizadas en un año y la población encuestada, vemos que para el área bajo estudio (NEA) es de 3,6 (Cuadro N° 4.5).

CUADRO N° 4.5 - PROMEDIO DE CONSULTAS POR PERSONA Y POR AÑO SEGUN EDAD.  
REGION N.E.A. - E.N.S.

| EDAD                 | N° DE *<br>CONSULTAS EN<br>2 SEMANAS | POBLACION<br>TOTAL | PROMEDIO<br>CONSULTAS<br>PERSONA/AÑO |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| TOTALES .....        | 964                                  | 7 086              | 3,6                                  |
| Menos de 1 año ..... | 79                                   | 195                | 10,5                                 |
| 1 - 4 años .....     | 121                                  | 790                | 4,0                                  |
| 5 - 14 años .....    | 157                                  | 1 922              | 2,1                                  |
| 15 - 24 años .....   | 126                                  | 1 271              | 2,6                                  |
| 25 - 34 años .....   | 135                                  | 825                | 4,4                                  |
| 35 - 44 años .....   | 126                                  | 783                | 4,3                                  |
| 45 - 64 años .....   | 160                                  | 976                | 4,3                                  |
| 65 y más .....       | 68                                   | 324                | 5,5                                  |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

\* Se consideraron las consultas en 2 semanas y se multiplicó por 26 número de quincenas en 1 año para estimar el número de consultas anuales.

En forma semejante a lo observado en la proporción de consultantes, es el grupo de menores de 1 año el que tiene un mayor promedio de consulta por persona y por año (10,5), le sigue en importancia el grupo de 65 años y más (5,5).

CUADRO N° 4.6 - PROMEDIO DE CONSULTAS POR PERSONA Y POR AÑO SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO. REGION M.E.A. - E.N.S.

| NIVEL DE INGRESOS               | CONSULTAS |                              |                              |              |                              |                              |
|---------------------------------|-----------|------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|
|                                 | AFILIADOS |                              |                              | NO AFILIADOS |                              |                              |
|                                 | POBLACION | N° DE CONSULTAS EN 2 SEMANAS | PROMEDIO CONSULTAS PERS./AÑO | POBLACION    | N° DE CONSULTAS EN 2 SEMANAS | PROMEDIO CONSULTAS PERS./AÑO |
| TOTAL .....                     | 1.292     | 321                          | 6,5                          | 5.228        | 593                          | 3,0                          |
| Nivel I (menos ingresos) .....  | 309       | 48                           | 4,0                          | 3.211        | 277                          | 2,2                          |
| Nivel II (ingreso medio) .....  | 498       | 114                          | 6,0                          | 1.267        | 186                          | 3,8                          |
| Nivel III (mayor ingreso) ..... | 485       | 159                          | 8,5                          | 750          | 130                          | 4,5                          |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud

Vemos en el Cuadro N° 4.6 que el promedio de consultas por persona y por año es mayor (más del doble) en la población afiliada que en la no afiliada. Por otra parte en ambos grupos el promedio de consultas aumenta a medida que aumenta el ingreso.

CUADRO N°4.7 - PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN LUGAR DE ATENCION. REGION N.E.A. - E.N.S.

| LUGAR DE ATENCION                | CONSULTAS | PORCENTAJE |
|----------------------------------|-----------|------------|
| TOTAL .....                      | 973       | 100,0      |
| Consultorio particular .....     | 392       | 40,3       |
| Domicilio del paciente .....     | 139       | 14,3       |
| Consultorio institución privada. | 111       | 11,4       |
| Consultorio institución oficial. | 265       | 27,2       |
| Consultorio Obra Social o Mutual | 28        | 2,9        |
| Otro lugar .....                 | 38        | 3,9        |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

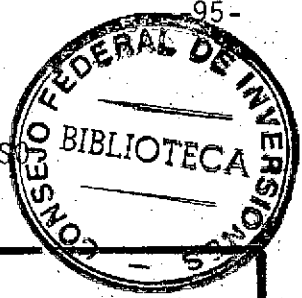
Si analizamos las consultas por lugar de atención Cuadro N° 4.7; vemos que el mayor porcentaje (40,3%) se realiza en "consultorio particular"; le sigue en importancia "consultorio de institución oficial" 27,2%. Debe destacarse el llamativo bajo porcentaje del "consultorio de Obra Social" incluido seguramente en consultorio particular y/o el de institución privada, por carecer, en general, las obras sociales de servicios propios en la Región.

CUADRO N° 4.8 - CONSULTAS SEGUN LUGAR DE ATENCION Y AFILIACION.  
REGION N.E.A. - E.N.S.

| LUGAR DE ATENCION                 | CONSULTAS EN<br>2 SEMANAS |       | AFILIACION                |       |                              |      |
|-----------------------------------|---------------------------|-------|---------------------------|-------|------------------------------|------|
|                                   |                           |       | CONSULTAS<br>DE AFILIADOS |       | CONSULTAS DE<br>NO AFILIADOS |      |
|                                   | N°                        | %     | N°                        | %     | N°                           | %    |
| TOTAL .....                       | 972                       | 100,0 | 330                       | 34,0  | 642                          | 66,0 |
| Consultorio Particular .....      | 392                       | 100,0 | 149                       | 38,1  | 242                          | 61,9 |
| Domicilio del paciente .....      | 139                       | 100,0 | 32                        | 23,0  | 107                          | 77,0 |
| Consult. institución privada .... | 111                       | 100,0 | 70                        | 63,0  | 41                           | 37,0 |
| Consult. institución oficial .... | 265                       | 100,0 | 33                        | 12,5  | 232                          | 87,5 |
| Consult. Obra Social o Mutual ... | 28                        | 100,0 | 28                        | 100,0 | --                           | --   |
| Otro lugar .....                  | 38                        | 100,0 | 18                        | 47,4  | 20                           | 52,6 |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Del cuadro N° 4.8. surge que la mayor proporción de consultas corresponden a no afiliados (66,0%), hecho lógico si se observa que de la población encuestada (7.086) sólo 1350 son afiliados y 5725 no afiliados. Dentro de las consultas realizadas en los consultorios de una "institución privada" el mayor porcentaje corresponde a los afiliados (63%), probablemente porque actúan como servicios contratados de una obra social; en los "consultorios de una institución oficial" la mayor proporción de consultas corresponde a no afiliados (87,5%).



CUADRO N° 4.9 - CONSULTAS SEGUN LUGAR DE ATENCION Y NIVEL DE INGRESO REGION N.E.A. - E.N.S.

| LUGAR DE ATENCION                  | NIVEL DE INGRESO      |       |         |       |          |       |           |       |
|------------------------------------|-----------------------|-------|---------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|                                    | TOTAL                 |       | NIVEL I |       | NIVEL II |       | NIVEL III |       |
|                                    | N° DE CONS. EN 2 SEM. | %     | N°      | %     | N°       | %     | N°        | %     |
| TOTAL .....                        | 914                   | 100,0 | 325     | 100,0 | 300      | 100,0 | 289       | 100,0 |
| Consult.particular .               | 360                   | 39,4  | 114     | 35,1  | 124      | 41,3  | 122       | 42,2  |
| Domicilio paciente .               | 139                   | 15,2  | 18      | 5,5   | 49       | 16,3  | 72        | 24,9  |
| Consult.institución privada .....  | 111                   | 12,1  | 18      | 5,5   | 43       | 14,3  | 50        | 17,3  |
| Consult.institución oficial .....  | 238                   | 26,0  | 153     | 47,2  | 62       | 20,7  | 23        | 8,0   |
| Consult.Obra Social o Mutual ..... | 28                    | 3,1   | 3       | 0,9   | 14       | 4,7   | 11        | 3,8   |
| Otro lugar .....                   | 38                    | 4,2   | 19      | 5,8   | 8        | 2,7   | 11        | 3,8   |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Se observa que para el nivel de menos ingreso (I) la mayor proporción de consultas se da en "consultorio de institución oficial" (47,2%); le sigue en orden "consultorio particular" con un 35%. En el nivel de ingreso medio (II) el mayor porcentaje de consultas se registra en consultorio particular (41,3%) y en segundo lugar en consultorio de institución oficial (20,7%), es decir que se invierte la situación anterior. En el "domicilio del paciente" y "consultorio de institución privada" se producen en cada caso, aproximadamente un 15% de las consultas. En el nivel de mayores ingresos (III) el porcentaje más importante de consultas se registra en el "consultorio particular" 42,2% y luego en "domicilio del paciente" 24,9%.

Resulta claro que la proporción de consultas en institución oficial disminuye a medida que aumenta el ingreso; la proporción de consultas en consultorio particular no ofrece tanta diferencia (oscila entre el 35,1% en el nivel I de ingreso al 42,2%, en el nivel III). Las consultas producidas en domicilio del paciente e instituciones privadas aumentan notoriamente con el nivel de ingreso.

De los indicadores estudiados surge que:

La *proporción de consultantes* en 1 año es de 47,4%. Analizando esta proporción según grupos de edades se observa que es más alta en el grupo menores de un año 70,8%, le siguen los grupos de 1 - 4 y 65 y más en los que alcanza al rededor del 60%. El sexo femenino consulta más en todas las edades excepto el grupo de 0 - 14 años.

Si se considera la condición de afiliación se observa que es mayor la proporción de consultantes entre los afiliados (64,7%) que en los no afiliados (43,4%).

El nivel de ingreso influye directamente, pues se observa una mayor proporción de consultantes en la población de mayor ingreso, independientemente de la condición de afiliación.

El *promedio de consultas por persona y por año* es de 3,6. También aquí los mayores promedios se encuentran en los grupos de menores de 1 año (10,5 consultas persona/año) y de 65 y más (5,5).

La afiliación a algún sistema de atención médica y el nivel de ingreso más alto condicionan también un mayor promedio de consultas persona/año.

Si se analiza la *proporción de consultas según lugar de atención* ésta es mayor en el "consultorio particular" (40,3%), debe destacarse que la proporción es también alta (con 30%) en "institución oficial"

Al introducir la variable afiliación se observa que la población "no afiliada" consulta fundamentalmente en "institución oficial" y la población afiliada en "consultorio particular" o "de institución privada", no obstante un 12,5% de la población que consulta en "institución oficial" está afiliada a algún sistema. //

Teniendo en cuenta diferentes tramos de ingreso, la población de menores ingresos consulta predominantemente en institución oficial; mientras que la población con ingresos medios o altos lo hace con mayor frecuencia en consultorio particular.

Si comparamos esta información con la que suministra el Programa Nacional de Estadísticas, vemos en el Diagnóstico Preliminar, en la tabla N° 2.7 que las consultas realizadas en establecimientos del Subsector oficial, registrada por departamentos y zonas sanitarias muestran tasas que oscilan entre 96,6 consultas por 100 habitantes (Zona I) y 110,0 cons/100 habitantes (Zona III); es mucho más baja para la zona II 51,8 consultas/100 habitantes. Esto significa que para toda la provincia las consultas no alcanza a una por habitante y por año, dando un promedio provincial de 0,8 consultas persona/año; si casi un 30% de las consultas se realizan en institución oficial (cuadro N° 4.8) podemos suponer que la población tiene un promedio de 2,4 consultas persona-año, incluyendo los otros lugares de atención; aún así está por debajo del promedio (3,6 consultas persona/año) hallados para la región N.E.A. por la Encuesta Nacional de Salud y Educación Médica.



Aquí debe destacarse que la definición de consulta difiere cuando nos referimos a los datos del Programa Nacional de Estadísticas, o a la definición que utiliza la Encuesta, mucho más amplia, ésta entiende como consulta médica "la manifestación de un individuo de haber contactado con un médico, o lo que él entiende por tal, sobre problemas relativos a la salud. Por tanto la definición incluye desde un extenso procedimiento diagnóstico-terapéutico hasta la simple conversación que sobre asuntos pertinentes a su salud realiza un individuo con un médico".

Esto podría explicar el mayor promedio de consultas persona/año, dada por esta última fuente de información.

#### UTILIZACION DEL RECURSO INTERNACION:

A través de los datos de la Encuesta trataremos de determinar como la población utiliza las camas disponibles para su internación.

CUADRO N° 4.10 - PROPORCION DE POBLACION INTERNADA Y RAZON EGRESOS/POBLACION.  
REGION N.E.A. - E.N.S.

|                         | POBLACION ENCUESTADA | POBLACION DE INTERNADOS EN 1 AÑO |                 | N° EGRESOS EN 1 AÑO |                       |
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
|                         | (1)                  | (2)                              | (3) = (2) ÷ (1) | (4)                 | (5) = (4) x 100 ÷ (1) |
| TOTAL .....             | 7.075                | 354                              | 5,0             | 378                 | 5,3                   |
| Varones .....           | 3.561                | 119                              | 3,3             | 128                 | 3,6                   |
| Mujeres .....           | 3.514                | 235                              | 6,7             | 250                 | 7,1                   |
| Mujeres (excluye parto) | 3.514                | 131                              | 3,7             | 146                 | 4,1                   |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

De la población encuestada se interna un 5,0%, esta proporción es mayor en las mujeres (6,7%) que en los varones, 3,3%, esta diferencia disminuye mucho si se excluye la población internada por partos. Son levemente mayores los valores correspondientes a la relación egresos/población encuestada respecto a la población internada/población encuestada lo cual significa que sólo una mínima parte de la población tiene más de un egreso por año. Se mantienen las mismas observaciones anteriores según consideremos al sexo masculino o femenino.

CUADRO N° 4.11 - EGRESOS POR CAUSAS GENERALES (EXCLUYE PARTOS) SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDADES. REGION N.E.A. - E.N.S.

| GRUPOS DE EDAD | EGRESOS   |         |                   |                          |         |                   |
|----------------|-----------|---------|-------------------|--------------------------|---------|-------------------|
|                | VARONES   |         |                   | MUJERES (EXCLUYE PARTOS) |         |                   |
|                | POBLACION | EGRESOS | RAZON EGRESO/POB. | POBLACION                | EGRESOS | RAZON EGRESO/POB. |
| TOTAL .....    | 3.567     | 128     | 3,6               | 3.519                    | 146     | 4,1               |
| 0 - 14 ....    | 1.487     | 48      | 3,2               | 1.420                    | 36      | 2,5               |
| 15 - 44 ...    | 1.412     | 45      | 3,2               | 1.467                    | 74      | 5,0               |
| 45 y más ..    | 668       | 35      | 5,2               | 632                      | 36      | 5,7               |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Al analizar la relación egreso población por causas = generales excluyendo partos según sexo y grupos de edades se observa (Cuadro N° 4.11) que es un poco mayor en las mujeres 4,1% que en los varones 3,6. Excepto en el grupo 0 - 14, donde la razón egreso población es mayor en los varones, en los grupos restantes esta razón es mayor en las mujeres. Para ambos sexo la razón aumenta con la edad y alcanza su valor máximo en el grupo de 45 años y más.

CUADRO N° 4.12 - PROPORCION DE INTERNADOS POR PARTOS SEGUN EDAD. REGION N.E.A. - E.N.S.

| GRUPOS DE EDAD | POBLACION ENCUESTADA | INTERNADOS POR PARTO | PROPORCION DE INT.POR PARTO |
|----------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| TOTAL .....    | 1.467                | 104                  | 7,1                         |
| 15 - 24 .....  | 651                  | 36                   | 5,5                         |
| 25 - 34 .....  | 413                  | 49                   | 11,9                        |
| 35 - 44 .....  | 397                  | 19                   | 4,8                         |

*mujeres de 15 a 44.*

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud

Si analizamos la proporción de internados por parto (Cuadro N°4.12 notamos, como es de esperar, que el mayor valor corresponde al grupo de 25-34 años, grupo en el que habitualmente se encuentra la mayor tasa de fecundidad.

CUADRO N° 4.13 - DIAS DE ESTADA POR EGRESO SEGUN CAUSA DE INTERNACION. REGION N.E.A - E.N.S.

| CAUSAS DE INTERNACION | SEXO    | PROMEDIO |
|-----------------------|---------|----------|
| Todas las causas      | Total   | 8,1      |
|                       | Varones | 9,9      |
|                       | Mujeres | 7,2      |
| Causas generales      | Total   | 9,5      |
|                       | Varones | 9,9      |
|                       | Mujeres | 9,3      |
| Partos                | Mujeres | 4,3      |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

El promedio de días de estada por egreso es en el área 8,1, pero aumenta a 9,5 si se excluyen los egresos por parto.

CUADRO N° 4.14 - PROPORCION DE INTERNADOS SEGUN CAUSA Y CONDICION DE AFILIACION REGION N.E.A. - E.N.S.

| AFILIACION  | TOTAL DE POBLACION ENCUEST. (1) | MUJERES ENTRE 15 y 44 AÑOS (2) | INTERNADOS       |                                       |                  |                                       |        |                                       |
|-------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------------------------|------------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|
|             |                                 |                                | TODAS LAS CAUSAS |                                       | CAUSAS GENERALES |                                       | PARTOS |                                       |
|             |                                 |                                | N° (3)           | % (4)<br>$4 = \frac{3 \times 100}{1}$ | N° (5)           | % (6)<br>$6 = \frac{5 \times 100}{1}$ | N° (7) | % (8)<br>$8 = \frac{7 \times 100}{2}$ |
| Afiliados   | 1.350                           | 328                            | 86               | 6,4                                   | 62               | 4,6                                   | 24     | 7,3                                   |
| No Afiliad. | 5.725                           | 1.139                          | 268              | 4,7                                   | 188              | 3,3                                   | 30     | 7,0                                   |
| TOTAL       | 7.075                           | 1.467                          | 354              | 5,0                                   | 250              | 3,5                                   | 104    | 7,0                                   |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Para cada uno de los grupos de causas la proporción de internados es siempre mayor en la población afiliada que en la no afiliada. La causa "partos" es la que evidentemente eleva la proporción para todas las causas.

EFECTOR Y SISTEMA DE FINANCIACION:

CUADRO N° 4.15 - EGRESOS SEGUN SUBSECTOR DE ATENCION Y CAUSA DE INTERNACION.  
REGION N.E.A. - E.N.S.

| CAUSA DE INTERNACION   | TOTAL |       | EGRESOS           |       |                       |       |                   |       |
|------------------------|-------|-------|-------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------|-------|
|                        |       |       | SUBSECTOR PUBLICO |       | SUBSECTOR OBRA SOCIAL |       | SUBSECTOR PRIVADO |       |
|                        | N°    | %     | N°                | PROP. | N°                    | PROP. | N°                | PROP. |
| Todas las causas ..... | 366   | 100,0 | 342               | 66,1  | 2                     | 0,6   | 122               | 33,3  |
| Causas generales ..... | 265   | 100,0 | 175               | 66,0  | 2                     | 0,6   | 88                | 33,2  |
| Parto .....            | 101   | 100,0 | 67                | 66,3  | --                    | --    | 34                | 33,7  |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

La mayor proporción de egresos, cualquiera sea la causa de internación corresponde al efector público (66%) (Cuadro N° 4.15) el subsector privado absorbe un 33%, son muy bajos los porcentajes correspondientes al efector "obra social", esto se debe seguramente a que en el área las obras sociales no cuenta, en general, con servicios con internación propia y contratan al subsector privado.

CUADRO N° 4.16 - EGRESOS SEGUN SUBSISTEMA DE FINANCIACION Y CAUSAS DE INTERNACION. REGION N.E.A. - E.N.S.

| CAUSAS DE INTERNACION | TOTAL EGRESOS | EGRESOS               |      |                              |      |                       |      |
|-----------------------|---------------|-----------------------|------|------------------------------|------|-----------------------|------|
|                       |               | DEL SUBSECTOR PUBLICO |      | DEL SUBSECTOR OBRAS SOCIALES |      | DEL SUBSECTOR PRIVADO |      |
|                       |               | EGRESOS               | %    | EGRESOS                      | %    | EGRESOS               | %    |
| Todas las causas      | 366           | 242                   | 66,1 | 52                           | 14,2 | 72                    | 19,7 |
| Causas generales      | 265           | 175                   | 66,0 | 38                           | 14,3 | 52                    | 19,6 |
| Parto .....           | 101           | 67                    | 66,3 | 14                           | 13,9 | 20                    | 19,8 |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Si analizamos el sistema de financiación vemos el Cuadro N° 4.16 que es también el sistema público el que financia la mayor proporción de los egresos; comparando con el cuadro anterior observamos que la proporción del sector privado disminuye a expensas del aumento de la proporción de egresos financiados por "obras sociales" confirmando la hipótesis que la carencia de servicios propios lleva a las obras sociales a contratar con el subsector privado.

CUADRO N° 4.17 - EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION Y CONDICION DE AFILIACION. REGION N.E.A. - E.N.S.

| CONDICION DE AFILIACION | TOTAL DE EGRESOS |       | SISTEMA DE FINANCIACION |      |             |      |                       |      |                       |      |
|-------------------------|------------------|-------|-------------------------|------|-------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|
|                         |                  |       | PUBLICO                 |      | OBRA SOCIAL |      | PRIVADO CON COBERTURA |      | PRIVADO SIN COBERTURA |      |
|                         | N°               | %     | N°                      | %    | N°          | %    | N°                    | %    | N°                    | %    |
| TOTAL.....              | 366              | 100,0 | 242                     | 66,1 | 52          | 14,2 | 11                    | 3,0  | 61                    | 16,7 |
| Afiliados ..            | 87               | 100,0 | 15                      | 17,3 | 52          | 59,8 | 11                    | 12,6 | 9                     | 10,3 |
| No afiliados            | 279              | 100,0 | 227                     | 81,4 | --          | --   | --                    | --   | 52                    | 18,6 |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud.

Si se consideran conjuntamente el sistema de financiación y la condición de afiliación se observa en el Cuadro N° 4.17 que el 72,4% de los egresos de los afiliados son financiados por una "obra social" o un sistema privado con cobertura".

Es importante destacar que al 27,6% de los afiliados no ha utilizado la cobertura para la internación. Más del 80% de los egresos de los no afiliados son financiados por el sistema público.

CUADRO N° 4.18 - PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA SEGUN CAUSAS DE INTERNA-CION Y EFECTOR. REGION N.E.A. - E.N.S.

| CAUSAS DE INTERNACION  | EFECTOR |             |         |
|------------------------|---------|-------------|---------|
|                        | PUBLICO | OBRA SOCIAL | PRIVADO |
| Todas las causas ..... | 9,7     | 6,5         | 5,3     |
| Causas generales ..... | 11,2    | 6,5         | 5,8     |
| Partos .....           | 5,7     | --          | 4,1     |

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud

Los mayores promedios de días de estada corresponden al efector "público" y los menores al privado según se desprende del Cuadro N° 4.18.

Se interna un 5,0% de la población encuestada, la razón egreso/población tiene un valor similar 5,5%; la proporción es mayor para las mujeres y en el grupo de 45 años y más.

Para todas las causas es mayor la proporción de internados para la población afiliada que para la no afiliada.

El sistema público financia las dos terceras partes de los egresos.

Una tercera parte de los afiliados no ha utilizado la cobertura para la internación.

El promedio de días de estada es mayor en el sistema público que en el sistema privado.

Para completar la información sobre utilización de los recursos de salud por parte de la población utilizamos un estudio sobre el nivel de vida de la población rural misionera (2), que aporta información sobre distintos aspectos relacionados con el tema. El mencionado estudio fue realizado, en 1971, por la Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de Misiones aplicando la metodología de encuesta, del mismo fueron tomados los siguientes aspectos:

*Última vez que se ha recibido atención médica:* El 60% de los encuestados afirmaron haberse atendido él o su familia en los últimos 6 meses. Un 30% de la misma hacía más de 6 meses que no concurría al médico o nunca había ido. No se hallaron diferencias según las distintas categorías ocupacionales con excepción de los peones rurales y de la población desocupada; ambos grupos mostraron una demanda de atención mucho más baja que el resto de las categorías.

*Servicio médico más frecuentemente usado:* En el análisis del tipo de servicio médico que usa la población se muestra que el "médico particular" es utilizado por los productores, propietarios y comerciantes, profesionales y empleados públicos (69% a 76%).

En segundo término, están los obreros industriales y los productores ocupantes. Por último, los peones rurales y los no trabajadores demandan este tipo de servicio en porcentajes muy bajos.

Respecto a la utilización del "hospital" la clase baja rural y urbana oscila entre un 33% y un 24% de concurrencia; el porcentaje del estrato medio, con excepción de los productores ocupantes, no alcanza nunca al 15%.

Los centros de salud de atención parcial son más utilizados que los de atención permanente. Esto se debe a que, en general, aquéllos están ubicados en zonas rurales. Los no trabajadores son los que más frecuentemente utilizan estos servicios, con un 50%, frente a un 15% para la totalidad de la población.

*Dificultades de traslado a los servicios médicos:* Un aspecto importante a considerar son las dificultades de traslado al servicio médico; básicamente se midió la distancia entre el encuestado y un servicio de atención médica.

La distancia entre el encuestado y el médico particular es alta, ya que el 50% vive entre 3 y 15 km. Esto explicaría en parte, las diferencias encontradas según nivel de ocupación; aquellos con mayor poder económico, podrían trasladarse con mayor facilidad a distancias mayores.

Un porcentaje alto de la población -entre 13,6% y 24,3%- no saben a cuanto viven de un centro asistencial del sector público, lo cual está mostrando, en parte, la poca difusión de este tipo de servicio.

Sin embargo, el 25% de la población, tiene un centro de salud de atención médica parcial a menos de 3 kms, esto explica en buena medida, la mayor concurrencia que tienen estos centros en relación con los de atención permanente.

*Atención del parto:* En cuanto a la atención del parto, un 54% de la población ha tenido atención profesional en su casa o en el hospital; la tercera parte de las mujeres que han tenido hijos tuvieron una matrona para ayudarlos. El 15% no recibió ningún tipo de atención.

Analizando según categoría socioocupacional se observa que los productores propietarios, los profesionales y empleados públicos tienen atención médica del parto, en un porcentaje que supera a la categoría de los productores ocupantes y los obreros industriales.

*Asistencia médica y pertenencia étnica:* Los datos que se disponen para analizar el problema de la salud y pertenencia étnica, y que se consideran relevantes son los que se refieren básicamente al tipo de servicio médico frecuentado tanto en el sector oficial como en el sector privado.

Puede observarse que los europeos y los euroamericanos utilizan frecuentemente el sector privado en un 77%, de los encuestados; los argentinos y americanos también utilizan este sector en primer término, pero en menor porcentaje -45%- y en segundo lugar el hospital público -25%-.

Existe gran difusión del curanderismo y especialmente en los habitantes brasileños es muy frecuente la utilización de estas prácticas.

Como conclusión general de la utilización de los recursos de atención médica podemos observar un bajo porcentaje de consultas por persona y por año, dado este promedio, probablemente, porque hay una parte importante de la población que no consulta.

Lo que se afirma para consultas es válido también para la interacción. Esto nuevamente se constata cuando se analiza la atención del parto. Por distintas fuentes encontramos que sólo la mitad de las mujeres reciben atención médica durante el parto.

Vimos que la demanda de atención médica está determinada, entre otros elementos, por la condición de afiliación, el nivel socioocupacional, el origen étnico, la distancia a los centros de atención.

La población de mayores ingresos y de origen europeo, o euroamericanos consultan en primer término al sector privado. En general, es la población de los niveles socioocupacionales más bajos la que accede al subsector público. Este sector, sin embargo, atiende la mayor parte de los egresos de toda la población.

Debe destacarse que dos hechos fundamentales en la vida de un ser humano, su nacimiento y su muerte, sólo reciben atención médica en un 50% y 60% respectivamente, el resto de la población no accede a esta asistencia; por tanto entendemos que los recursos de atención médica no pueden atender las necesidades de la población en forma adecuada en el lapso que transcurre entre esos dos hechos vitales.



#### 4.2. Indicadores de rendimiento:

El estudio del rendimiento de los recursos de atención médica no es una tarea sencilla, habitualmente se recurre al uso de indicadores universalmente aceptados pero que por sí mismos no dicen mucho, especialmente si se consideran aislados. Estos indicadores deben ser interpretados con cautela y relacionándolos entre sí, con otros datos que no se refieren al rendimiento en forma directa pero que en cierta medida lo condicionan como por ejemplo, la cantidad y calidad del recurso, el tipo de patología que debe atenderse, las condiciones socioeconómicas y familiares de los pacientes, el lugar de residencia de los pacientes, etc. Por otra parte la interpretación de los mismos estará fuertemente condicionada por nuestro conocimiento del terreno en el cual las variables mencionadas se relacionan. Es a la luz de estas observaciones que deben analizarse los datos presentados y comentados en este capítulo, nos referimos exclusivamente a los indicadores que muestran los establecimientos con internación del Servicio Provincial de Salud y la fuente de los mismos es el Departamento de Estadísticas de Salud del S.P.S.

En los cuadros siguientes se presentan algunos indicadores que, como dijimos, son de uso común y cuya validez nos es motivo de discusión en este trabajo.

En el Cuadro N° 4.19 se describen los indicadores de todos los establecimientos con intervención de la provincia distribuidos por Zona Sanitaria.

Se excluyen en la consideración a los monoclínicos que por más peculiares características escapan a las posibilidades de comparación.

En este cuadro (N° 4.19) podemos observar que los promedios de días de estada solo superan los siete días en los Hospitales Base de Zona y entre establecimientos más; esto se explica teniendo en cuenta la baja complejidad de la mayoría de los establecimientos que obliga a la derivación hacia los hospitales base y en especial hacia el Central Provincial (R. Madariaga) que cuenta con el mayor promedio (11,8 días). El porcentaje ocupacional es mayor del 80% en los Hospitales Base de Zona siendo muy inferior en el resto de establecimientos, lo cual es compatible con el escaso número de camas que presentan y su condición de derivadores. En cuanto a las tasas de mortalidad, las cifras más altas aparecen en los Hospitales Base de Zona, siendo esto explicable por ser los establecimientos que atienden la derivación de la patología más compleja.

CUADRO N° 4.19 - ALGUNOS INDICADORES HOSPITALARIOS SEGUN ESTABLECIMIENTO Y ZONA SANITARIA. MISIONES 1973.

| ESTABLECIMIENTOS             | EGRESOS | PROMEDIO CAMAS DISPON. | PROMEDIO DIAS DE ESTADA | PORCENT. DE OCUPACION | GIRO DE CAMAS | TASA DE MORTALIDAD HOSPITAL. |
|------------------------------|---------|------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------|------------------------------|
| TOTAL PROVINCIAL .....       | 26.419  | 1.078                  | 11,3                    | 76,5                  | 24,5          | 4,3                          |
| TOTAL ZONA I .....           | 13.348  | 741                    | 16,1                    | 79,6                  | 18,0          | 4,6                          |
| Hosp.B.Zona y Central Prov.. | 8.512   | 330                    | 11,8                    | 82,9                  | 25,8          | 5,6                          |
| Monoclínico Villa Lanús .... | 579     | 148                    | 97,7                    | 104,7                 | 3,9           | 1,6                          |
| Monoclínico Baliña .....     | 16      | 120                    | 2232,2                  | 81,5                  | 0,13          | 25,0                         |
| Hosp.de Area Apóstoles ..... | 1.499   | 52                     | 7,2                     | 56,9                  | 23,8          | 3,6                          |
| Hosp.de Area Concepción .... | 541     | 18                     | 5,4                     | 44,2                  | 30,0          | 5,5                          |
| Hosp.de Area Puerto Rico ... | 573     | 16                     | 3,2                     | 50,7                  | 27,3          | 1,9                          |
| Hosp.de Area San Ignacio ... | 897     | 30                     | 6,6                     | 54,4                  | 29,9          | 2,9                          |
| Unidad Sanitaria Bonpland .. | 78      | 9                      | 2,8                     | 6,7                   | 8,7           | 2,6                          |
| Unidad Sanitaria Corpus .... | 30      | 6                      | 2,4                     | 3,2                   | 5,0           | --                           |
| Unidad Sanit.Jardín América. | 566     | 8                      | 2,5                     | 47,8                  | 70,8          | --                           |
| Unidad Sanitaria San José .. | 57      | 10                     | 3,0                     | 4,7                   | 5,7           | --                           |
| TOTAL ZONA II .....          | 6.458   | 182                    | 6,6                     | 65,9                  | 35,5          | 4,2                          |
| Hosp.Base de Zona II .....   | 3.470   | 83                     | 7,3                     | 83,8                  | 41,8          | 5,9                          |
| Hosp.de Area Alba Posse .... | 112     | 10                     | 3,1                     | 18,7                  | 11,2          | --                           |
| Hosp.de Area Leandro N. Alem | 1.642   | 37                     | 5,7                     | 69,5                  | 44,4          | 2,4                          |
| Hosp.de Area San Javier .... | 781     | 40                     | 7,8                     | 41,7                  | 19,5          | 2,4                          |
| Unidad Sanit.A.del Valle ... | 453     | 12                     | 2,9                     | 30,1                  | 37,8          | 2,4                          |
| TOTAL ZONA III .....         | 6.613   | 155                    | 6,2                     | 73,9                  | 42,7          | 3,7                          |
| Hosp.Base de Zona III .....  | 3.470   | 98                     | 8,6                     | 83,6                  | 35,4          | 5,8                          |
| Hospital Area Iguazú .....   | 2.126   | 30                     | 2,5                     | 49,6                  | 17,7          | 1,0                          |
| Hosp.de Area Montecarlo .... | 356     | 13                     | 8,3                     | 62,3                  | 27,4          | 5,3                          |
| Hosp.de Area San Pedro ..... | 661     | 14                     | 4,2                     | 67,9                  | 60,0          | 1,1                          |

FUENTE: Estadísticas Hospitalarias. Departamento de Estadística. Servicio Provincial de Salud. Misiones 1973.

La información disponible permite el análisis de estos indicadores para los distintos Servicios del Hospital Base de Zona I y Central Provincial Dr. Madariaga (Cuadro N° 4.20). De estos indicadores llama la atención el alto porcentaje ocupacional de los Servicios de las Cuatro Clínicas Básicas y de Traumatología, este hecho adquiere trascendencia si tenemos en cuenta que se trata del Hospital que es Centro de derivación de toda la provincia.

CUADRO N° 4.20 - INDICES DE RENDIMIENTO POR SERVICIOS. HOSPITAL BASE DE ZONA Y CENTRAL PROVINCIAL, HOSPITAL MADARIAGA, 1973.

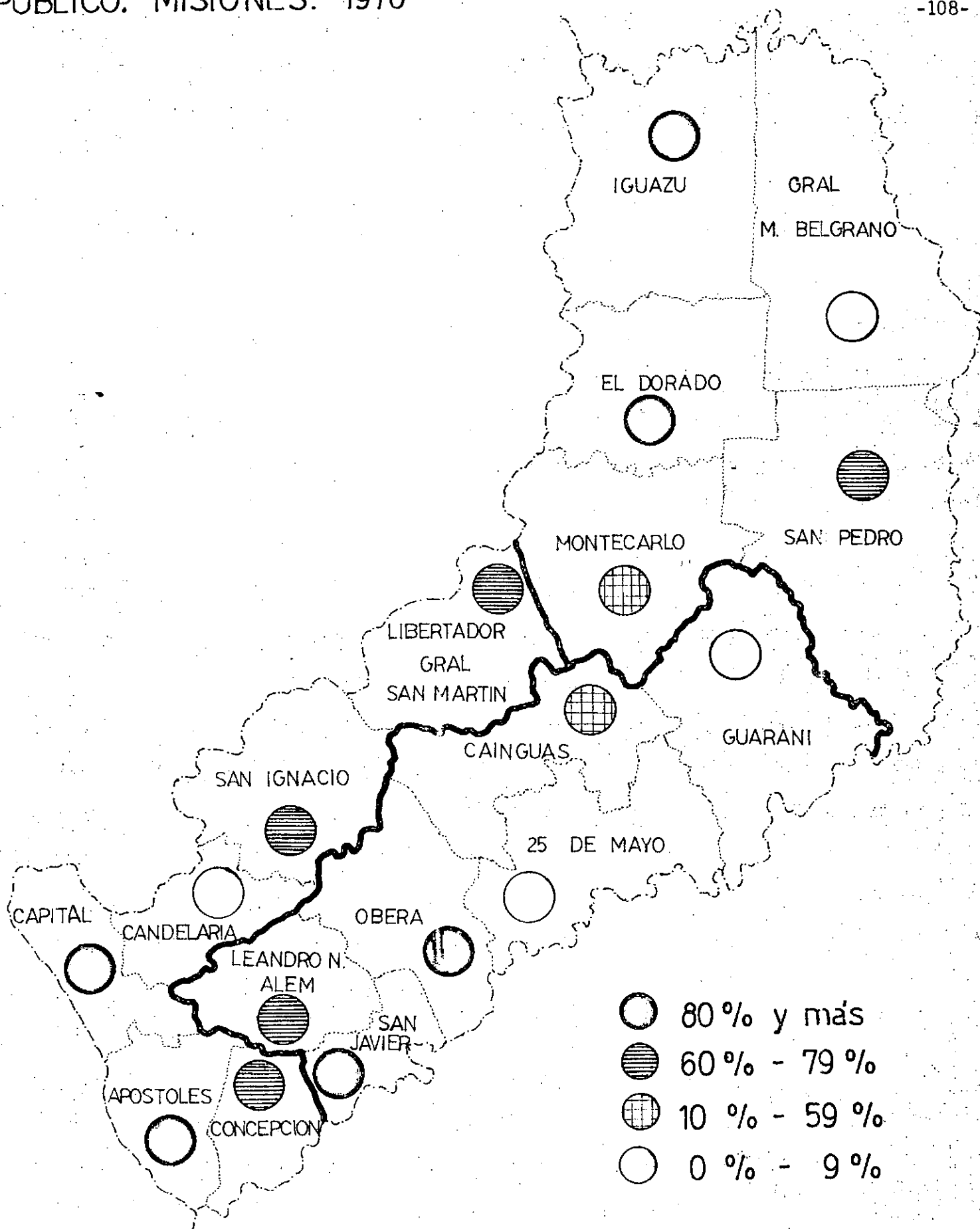
| SERVICIOS                         | EGRESOS TOTAL | PROMEDIO CAMAS DISPON. | PROMEDIO DIAS DE ESTADA | PORCENT. DE OCUPACION | TASA DE MORTALID. HOSPITAL. |
|-----------------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| TOTAL .....                       | 8.512         | 330                    | 11,8                    | 82,9                  | 5,6                         |
| Traumatología .....               | 574           | 34                     | 21,1                    | 97,4                  | 4,0                         |
| Cirugía .....                     | 1.258         | 35                     | 9,6                     | 93,6                  | 4,5                         |
| Clínica .....                     | 1.136         | 47                     | 14,5                    | 95,2                  | 15,8                        |
| Urología .....                    | 267           | 23                     | 27,4                    | 86,4                  | 7,5                         |
| Enfermedades infecciosas .....    | 310           | 62                     | 52,0                    | 71,1                  | 9,0                         |
| Pediatría Clínica .....           | 596           | 25                     | 14,6                    | 93,8                  | 1,5                         |
| Pediatría Cirugía .....           | 468           | 10                     | 6,8                     | 89,7                  | 1,5                         |
| Pediatría Traumatología .....     | 268           | 10                     | 13,2                    | 91,8                  | --                          |
| Pediatría Lactancia .....         | 460           | 18                     | 7,1                     | 50,0                  | 5,6                         |
| Pediatría Prenatales .....        | 111           | 5                      | 10,4                    | 58,8                  | 38,7                        |
| Pediatría Recién Nacidos Pat. ... | 227           | 7                      | 5,7                     | 52,3                  | 11,0                        |
| Pediatría Hidrat. ....            | 275           | 6                      | 6,4                     | 77,0                  | 17,4                        |
| Obstetricia .....                 | 2.193         | 34                     | 4,0                     | 70,4                  | 0,3                         |
| Ginecología .....                 | 369           | 12                     | 11,4                    | 96,2                  | 0,8                         |

FUENTE: Departamento de Estadísticas. Servicio Provincial de Salud.

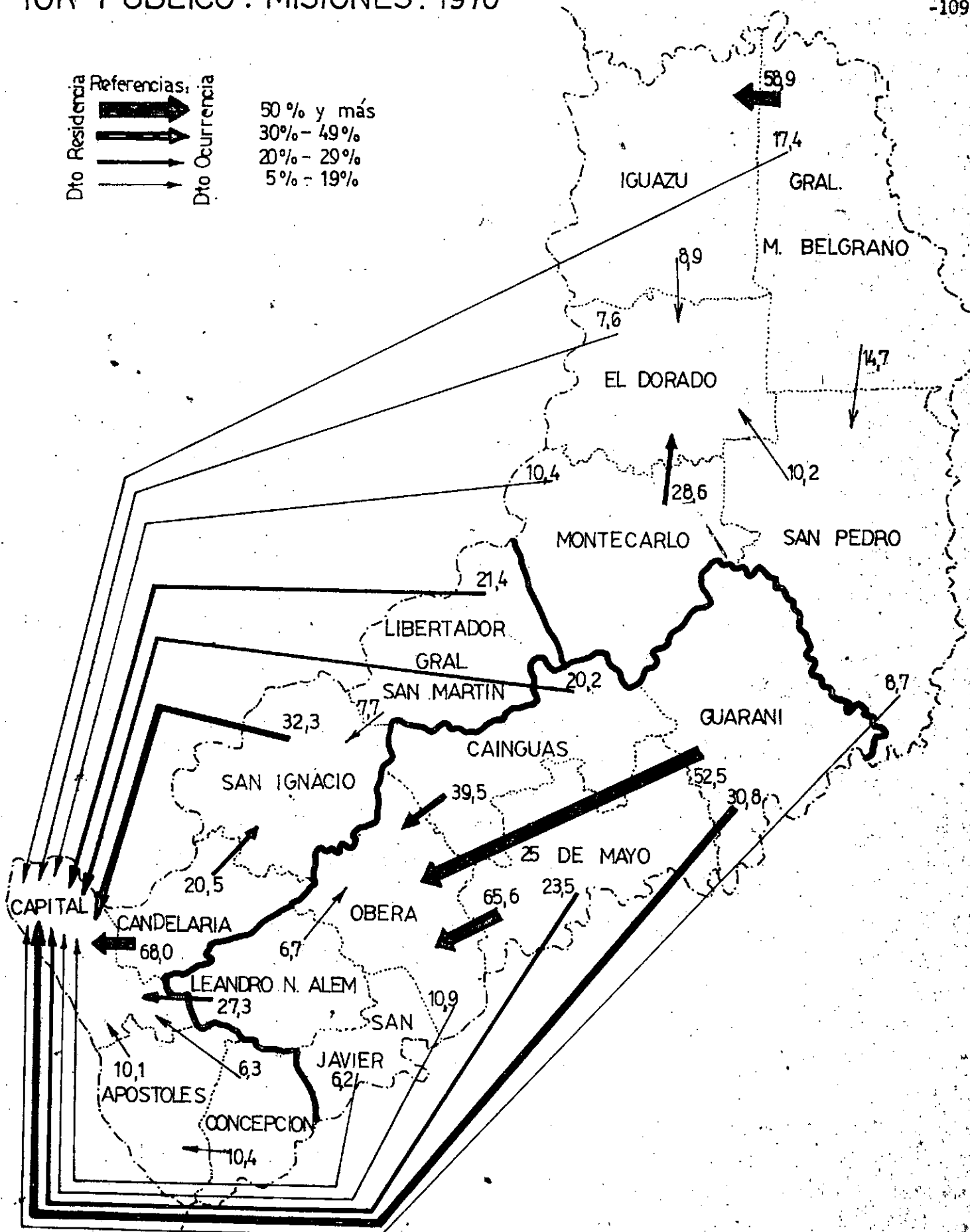
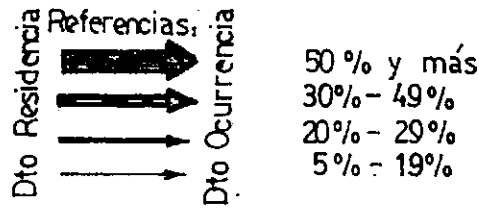
#### 4.4. Flujos de derivación de pacientes:

Como comentáramos en el "Diagnóstico Preliminar" (Item 3 - pág. 57) al estudiar a nivel local las tasas de egresos de una población o la utilización de los recursos, es de suma importancia considerar las migraciones que la población realiza en busca de atención médica, en especial cuando es necesaria la internación. En este sentido un estudio realizado por el Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Estado de Salud Pública con los egresos del subsector público ocurridos en 1970 nos permite poner en evidencia como la población misionera atendida en los establecimientos del subsector público se traslada dentro (3) y fuera (4) de la provincia para resolver aquellos problemas de salud que requieren internación. En la provincia existen determinadas áreas (departamentos) que resuelven dentro de sí mismas más del 80 por ciento de los egresos que sus residentes producen en los establecimientos del Servicio

PROPORCION DE EGRESOS DE RESIDENTES ATENDIDOS EN EL MISMO DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. SUBSECTOR PUBLICO. MISIONES. 1970



PROPORCION DE EGRESOS DE RESIDENTES OCURRIDOS EN UN DEPARTAMENTO DISTINTO AL DE RESIDENCIA. SUBSECTOR PUBLICO. MISIONES. 1970



Provincial de Salud, tal es el caso de los departamentos Capital, Eldorado, Apóstoles, Iguazú, Oberá, San Javier y Concepción, mientras que en el otro extremo aparecen sin poder resolver los egresos que genera su población. Los departamentos de Guaraní, 25 de Mayo y General Belgrano, Candelaria sólo atiende en su área geográfica el 9% de los egresos que sus residentes producen en el subsector público.

De esta primera apreciación surge que existen departamentos capaces de satisfacer la mayor parte de la demanda de internación que en el subsector público, genera su población, mientras que en otros esta demanda se deriva hacia otras jurisdicciones a veces en su totalidad.

Si observamos los flujos de derivación dentro de cada Zona Sanitaria se destaca que en la Zona I las derivaciones confluyen casi en su totalidad hacia el departamento Capital. En la Zona II los departamentos que la constituyen derivan en mayor proporción a Oberá y Capital, mientras que en la Zona III lo hacen fundamentalmente hacia Eldorado.

El análisis de esta información muestra claramente como los departamentos en los que asientan los Hospitales Base de Zona (Eldorado, Oberá y Capital) se comportan como focos de atracción en primera instancia para los departamentos que integran las respectivas Zonas; siendo el departamento Capital un punto de derivación para todos los departamentos de la provincia.

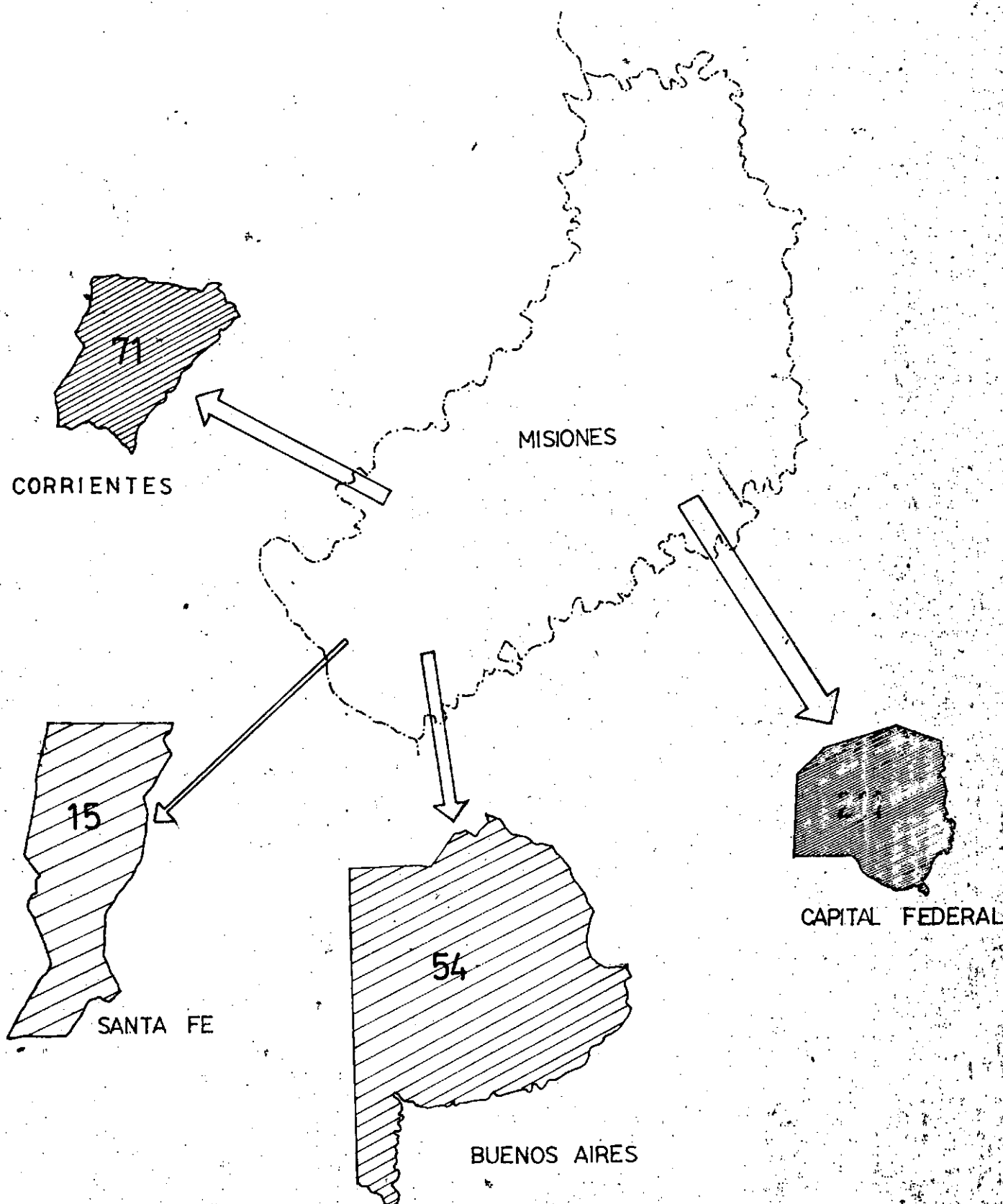
Es de destacar que a excepción hecha de las derivaciones que se producen en el departamento Capital que posee la más alta complejidad de la provincia, no se registran derivaciones interzonales lo que revela a la par que un importante grado de autosuficiencia en cada zona, el acierto del criterio con que los técnicos provinciales delimitaron las Zonas Sanitarias. Hasta aquí hemos hecho referencia a las migraciones que para su internación la población realiza dentro de la provincia, si observamos el mapa siguiente, se hacen evidentes las derivaciones desde la provincia hacia otras jurisdicciones. En general son pocos los egresos ocurridos fuera de la provincia, en 1970 solo el 1,8% se produjeron en otras jurisdicciones, de estos más de la mitad correspondieron a la Capital Federal (55,4%), le siguen Corrientes (18,6%), Buenos Aires, (14%) y Santa Fe (4%).

#### 4.5. Factores que condicionan la accesibilidad a la atención:

Es conocido y universalmente aceptado que en muchas circunstancias las poblaciones deben superar una serie de dificultades o "barreras" que se interponen entre su percepción de enfermedad y la concreción de la consulta al médico o a cualquiera de los integrantes del equipo de salud. Estas dificultades pueden desde retardar y hacer inoportuna la asistencia a impedirla. Los factores que comunmente se aceptan como condicionantes del acceso a la atención médica son de caracter geográfico (distancias al recurso, estado de los caminos, medios de transporte, etc.), económico (costo de la atención), culturales (pautas culturales), legales (se observan fundamentalmente en sistemas de atención médica como el nuestro, en el que coexisten distintos subsistemas, existiendo disposiciones legales que impiden el acceso a poblaciones no beneficiarias) y organizativas (tramitaciones, obtención de bonos moderadores, colas de espera, etc.).

# EGRESOS DE RESIDENTES EN LA PROVINCIA DE MISIONES OCURRIDOS EN EL SUBSECTOR PUBLICO DE OTRAS JURISDICCIONES - 1970

-111-



Con el objeto de estudiar este problema de la accesibilidad de la población misionera a la atención médica decidimos, teniendo en cuenta que debíamos restringirnos al análisis de información secundaria existente, utilizar indicadores globales disponibles para verificar nuestra hipótesis de que la población misionera enfrenta, en general, serias dificultades para su acceso a la atención. Es así que ya en el "Diagnóstico Preliminar" presentamos dos de los indicadores más utilizados, los nacimientos y las defunciones según tipo de atención (Item 3 pág. 61); los mismos surgen del análisis de los certificados de nacimientos y defunciones ocurridas en la provincia y están referidos al total de la población. Ambos indicadores resumen al éxito de las distintas barreras frente a la necesidad de atención médica de la población.

CUADRO N° 4.21 - PORCENTAJE DE NACIMIENTOS ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE DEFUNCIONES SIN ATENCION MEDICA, SEGUN DEPARTAMENTO. MISIONES 1972.

| DEPARTAMENTO                  | PROPORCION DE NACIMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS | PROPORCION DE DEFUNCIONES SIN ATENCION MEDICA O ATENCION IGNORADA |
|-------------------------------|---|---|
| Apóstoles .....               | 59,4  | 37,7  |
| ✓ Caingúas .....              | 29,5  | 40,3  |
| Candelaria .....              | 16,4  | 51,6  |
| Capital .....                 | 87,2  | 21,1  |
| Concepción .....              | 70,5  | 33,3  |
| Eldorado .....                | 48,2  | 24,8  |
| General Belgrano .....        | 7,2   | 50,0  |
| Guaraní .....                 | 8,8   | 59,1  |
| Iguazú .....                  | 42,1  | 46,5  |
| ✓ Leandro N. Alem .....       | 44,4  | 36,2  |
| ✓ Libertador San Martín ..... | 39,7  | 32,4  |
| Montecarlo .....              | 30,4  | 28,0  |
| ✓ Oberá .....                 | 51,4  | 35,3  |
| ✓ San Ignacio .....           | 62,1  | 39,2  |
| ✓ San Javier .....            | 29,6  | 47,2  |
| San Pedro .....               | 22,2  | 34,8  |
| ✓ 25 de Mayo .....            | 7,7   | 56,1  |
| TOTAL PROVINCIAL .....        | 48,0  | 33,4  |

FUENTE: Estadísticas Vitales. 1972 - Departamento de Estadística. Servicio Provincial de Salud. Misiones.



En el caso de la atención institucional del parto sabemos que es importante que la población conozca y confíe en los servicios de salud de que dispone y reconozca que la atención institucional otorga mayores garantías para la madre y el niño, obviamente la accesibilidad física y económica condicionan también la atención del parto.

Con referencia a las defunciones entendemos que si una persona no recibió atención médica durante el curso de una enfermedad suficientemente grave como para provocarle la muerte puede deducirse con seguridad que no están dadas las condiciones para el acceso oportuno a la atención.

En el Cuadro N° 4.21 podemos observar que la mitad de los nacimientos ocurridos en la provincia no se producen en establecimientos asistenciales y la tercera parte de las defunciones no contaron con atención médica. Esto ya llama la atención sobre la cobertura efectiva con que cuenta la población misionera.

Esta situación aparece como grave en los departamentos de General Belgrano, 25 de Mayo, Guaraní y Candelaria en los que sólo se produjeron en establecimientos entre el 7% y el 16% de los nacimientos y no contaron con atención médica entre el 50% y 59% de las defunciones. En el otro extremo aparecen mostrando una situación aceptable los departamentos de Capital y Concepción en los que más del 70% de los nacimientos ocurrieron en establecimientos y menos de la tercera parte de las defunciones fueron registradas como sin atención médica o con atención ignorada. Muestran también una situación aceptable en cuanto a las defunciones los departamentos de Eldorado, Libertador San Martín y Montecarlo.

Como ya dijéramos, los indicadores mencionados resumen una situación y no permiten medir la influencia de cada uno de los factores antes mencionados (geográficos, económicos, culturales, etc.) como condicionantes del acceso de la población al recurso; no obstante, intentaremos destacar los aspectos más relevantes mediante la asociación con otros indicadores.

En el caso mencionado de los valores deficitarios que con relación a la atención del parto y las defunciones muestran los departamentos de General Belgrano, 25 de Mayo, Guaraní y Candelaria, surge claramente al observar los indicadores de recurso/población (médicos y camas por habitantes) el marcado déficit o carencia de recursos básicos dentro del área de cada uno de estos departamentos, que por la misma causa se comportan como importantes derivadores en lo que hace a las afecciones motivo de internación (Ver ítem "Flujos de Derivación"). Aparecería aquí como relevante la barrera geográfica que crea a la población la necesidad de desplazarse fuera del área del departamento de residencia en busca de atención, barrera que no parece fácil de superar ni por la proximidad geográfica a centros con recursos, ni por la facilidad de transporte, como hace pensar lo que ocurre en el Departamento de Candelaria colindante con Capital, con gran frecuencia de transporte y caminos transitables durante todo el año.

Excepción hecha del Departamento de Candelaria es notorio que los restantes son departamentos ubicados en las márgenes del Rfo Uruguay, zona de caminos de tierra que por sus características son intransitables en épocas de lluvia; ésto hace que a pesar de su proximidad geográfica con los hospitales base de Zona Eldorado en el caso del Departamento General Belgrano y con Oberá en el caso de los Departamentos de 25 de Mayo y Guaraní aparezca claramente la limitante geográfica al acceso oportuno a la atención médica.

Nos hemos referido a los casos más claros donde los indicadores disponibles se presentan con valores extremos, pero esta situación es, con diferencias de gradación, común a varios departamentos de la provincia que por no poseer recursos suficientes dentro de su área, obligan a la población a desplazarse en busca de atención debiendo enfrentar la mencionada barrera geográfica que en muchos casos se transforma en geográfico-económica, dados los gastos que demanda el transporte y la estadía del mismo paciente, si el problema no es resuelto en el día, o de su acompañante en el caso de que el enfermo deba ser internado.

Con relación a la barrera económica ha sido demostrada por la Encuesta Nacional de Salud al poner en evidenciala relación directa existente entre el bajo nivel de ingresos de la población y la disminución de la demanda de atención, medida a través de la relación de consultas y egresos con la población clasificada según nivel de ingresos. Esta barrera económica debe ser visualizada no solamente en el costo directo de la atención, barrera que claramente debe superarse para la atención médica en el subsector privado, sino también en el coseguro que debe pagarse para la atención en las obras sociales, y en el costo del tratamiento (medicamentos, etc.) que no es cubierto en el sector privado, y muy poco en el público y en el de obras sociales.

El "Estudio de Prefactibilidad sobre la Financiación del Hospital Eldorado" (5) señala en las consideraciones finales del "Estudio Socio-ocupacional del Area" que solamente un grupo relativamente reducido de población puede hacer frente a sus gastos de atención médica (18%), agregándose la población protegida por Obras Sociales, estimada en un 15%, el resto (67%) podría calificarse como "indigente" desde el punto de vista de la posibilidad de financiar por sí mismos sus necesidades de atención médica. Si bien los resultados de este estudio no los podemos considerar representativos de lo que ocurre en el resto de la Provincia, podemos suponer que la situación general no se aparta demasiado de estos resultados. En el "Diagnóstico Preliminar" señalamos que, por la información recogida, 61.600 habitantes estaban cubiertos por Obras Sociales lo que significa un 13% del total de la población de la Provincia. Estos datos son próximos a los obtenidos en el estudio de Eldorado y por la Encuesta Nacional de Salud, que para la región del NEA, señala que un 19% de la población encuestada manifestó estar afiliada a algún sistema de seguro de salud. Si consideramos los datos más optimistas respecto a la población capaz de hacer frente por sí mismas a los gastos de atención médica y a la población cubierta por Obras Sociales o algún tipo de sistema de pre-pago, podemos suponer que el resto de la población, aproximadamente un 60% sufre en mayor o menor grado los efectos de la barrera económica ante sus necesidades de atención médica.

El "Estudio sobre el nivel de vida de la población rural de Misiones" (6) permite verificar algunos aspectos de los aquí señalados, referentes a las barreras de acceso a la atención médica. De la población encuestada el 70% coincidió en que razones de orden económico eran un obstáculo importante a la atención, unos lo referían fundamentalmente a lo elevado de los honorarios médicos (44%), otros al alto costo de los medicamentos (25%), estos resultados convalidarían nuestra hipótesis que el 60% de la población debe enfrentar inconvenientes de carácter económico frente a la necesidad de atención. Respecto a otro tipo de barreras el mismo estudio encontró que el 15% de la población encuestada refiere como importantes los problemas relacionados con el traslado hasta el lugar de atención (camino malos, falta de transporte, etc.). Con relación a las pautas culturales el estudio muestra, por ejemplo, la gran difusión que la utilización de la matrona tiene en la atención del parto, ya que el 31% de las mujeres que han tenido hijos han recurrido a ella para la atención del parto; este hecho debe ser tenido en cuenta cuando se analizan los bajos porcentajes de partos institucionales que muestra la Provincia.

Otro elemento cultural importante es la tendencia de la población a recurrir al curandero en demanda de atención, en este sentido el Estudio que estamos comentando señala que el 25% de la población encuestada concurre al curandero cuando se siente enferma, esta tendencia aparece más marcada en los grupos argentinos y brasileños que en los paraguayos. En este sentido el "Estudio de prefactibilidad sobre la financiación del Hospital Eldorado" también aporta información, del mismo surge que el 23% de los informantes consultados recurren primero al curandero cuando están enfermos, aunque señalan que dicha conducta está condicionada por la limitante económica pues "al curandero se le paga lo que se puede", existe una proporción importante que concurre indistintamente al médico o al curandero (50%).

En resumen, la información disponible que aquí analizamos muestra claramente la existencia de factores que limitan o condicionan las posibilidades de la población misionera para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Señalamos el rol que juegan los aspectos geográficos, económicos y culturales, que en gran proporción de casos actúan combinados. La visualización de estas limitantes adquiere singular importancia en el momento de proyectar modificaciones al sistema de atención médica y ponen en evidencia, junto con otros factores, la necesidad de respuestas multisectoriales a los problemas de la Salud.

BIBLIOGRAFIA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Estudio sobre Salud y Educación Médica. Región N.E.A. - Secretaría de Estado de Salud Pública. Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina. Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Estudio sobre el nivel de vida de la población rural de Misiones (Tomo II). Dirección General de Estadísticas y Censo. Secretaría del Consejo Provincial de Misiones 1971.
3. "Lugar de atención y lugar de residencia de pacientes hospitalizados". Argentina 1970. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Año 3 N° 35.
4. Egresos del Subsector Público según provincia de residencia y ocurrencia. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 4 N° 38.
5. ASTEC. "Estudio de prefactibilidad sobre la financiación del Hospital Eldorado" Misiones, 1970.
6. Estudio sobre el nivel de vida de la población rural de Misiones. Tomo II. Dirección General de Estadística y Censos. Misiones 1971.
7. ALFARO, Elva Z. y otros. "Mortalidad según tipo de atención y certificación médica en la Causa de Muerte" Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Año 3 N° 30.

CAPITULO 5

## 5. FINANCIAMIENTO

### 5.1. Recursos Financieros. Fuentes de Financiamiento.

El financiamiento de la salud se realiza en nuestro país a través de diversas fuentes que esquemáticamente se pueden diferenciar en tres subsectores: el subsector público, que depende del presupuesto oficial; el subsector de obras sociales, financiado con el aporte de la población trabajadora y de sus empleadores; y el subsector privado financiado por aportes directos de la población y sistemas privados de prepago.

En el caso del subsector privado es difícil dimensionar el peso del mismo en el financiamiento global del sector salud.

En este capítulo analizamos los subsectores público y de obras sociales que cubren a la parte más numerosa y desprotegida de la población. Por otra parte no existe información disponible del subsector privado en cuanto a su financiamiento.

Subsector público: Del presupuesto del subsector público de salud, el aporte provincial fué, en 1974, el 88,7%, y el aporte Nacional, a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública, fué del 11,3% restante. El aporte Nacional fué destinado específicamente a la financiación de programas especiales.\* (Ver Cuadros N°s. 5.1 y 5.2)

Los fondos afectados a estos programas especiales deben mantenerse individualizados en los registros contables lo que obliga a la apertura de cuentas bancarias especiales. Estas características y la cantidad de programas en ejecución impone un gran incremento del trabajo administrativo.

Analizando los aportes que la Secretaría de Estado de Salud Pública realizara, año a año, para cada uno de los programas se pone de manifiesto la discontinuidad con que cada uno de ellos fué apoyado. Los Programas mencionados no surgieron a solicitud de los responsables provinciales sino que obedecían a decisiones de la Secretaría de Estado de Salud Pública respecto a prioridades asignadas a los distintos programas. Estos, a pesar de su diversidad, en general se encuadran dentro de las actividades preventivas.

De los aportes realizados por el Gobierno Nacional los mejores desarrollados fueron los relacionados con inversiones en el sector. Resultado de ello es el equipamiento de los hospitales Eldorado y Oberá que cuentan con una buena dotación de instrumental y equipos financiados con el aporte nacional.

---

\* Equipamiento del Hospital Eldorado. Programa de lucha antileprosa. Agua potable para comunidades rurales. Higiene del trabajo y seguridad en establecimientos agrícolas. Prevención de la rabia. Convenio S.A.M.I.C. Equipamiento del Hospital de Oberá. Educación Sanitaria. Protección de Radiaciones. Programa de Fluoración del Agua. Saneamiento básico rural. Asistencia materno-infantil. Salud mental. Mejoramiento de viviendas rurales.

CUADRO N° 5.1 - GASTO EN SALUD DEL SUBSECTOR PUBLICO SEGUN FUENTE DE FINANCIACION. (EN MILES DE PESOS)  
 MISIONES 1969 - 1974

| FUENTE  | 1969  | 1970   | 1971   | 1972   | 1973   | 1974   |
|---|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Transferencia de la S.E.S.P. a la Provincia * | 1.999 | 2.904  | 1.724  | 3.221  | 3.561  | 9.951  |
| Presupuesto Provincial **                     | 5.363 | 8.164  | 10.117 | 17.544 | 35.350 | 78.355 |
| T O T A L                                     | 7.363 | 11.069 | 11.842 | 20.766 | 38.912 | 88.307 |

FUENTE: \* Departamento de presupuesto; Secretaría de Estado de Salud Pública.

\*\* Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud.

CUADRO N° 5.2 - PROPORCION DEL GASTO EN SALUD DEL SUBSECTOR PUBLICO SEGUN FUENTES DE FINANCIACION. MISIONES. AÑOS 1969 - 1974

| FUENTES                    | 1969  | 1970  | 1971  | 1972  | 1973  | 1974  |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Presupuesto de la S.E.S.P. | 27,0  | 26,0  | 14,6  | 15,5  | 9,1   | 11,3  |
| Presupuesto Provincial ... | 73,0  | 74,0  | 85,4  | 84,5  | 90,9  | 88,7  |
| T O T A L .....            | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

FUENTES: Departamento de Presupuesto. Secretaría de Estado de Salud Pública.

Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud.



Subsector de Obras Sociales: Según la Encuesta Nacional de Salud y Educación Médica (3) el 19,1% de la población tiene cobertura de asistencia médica por algún sistema de afiliación. Si hacemos extensivo este porcentaje a la población total, tendremos una estimación del número total de afiliados de la provincia, próxima a los 89.900.

Por otra parte según datos por nosotros recogidos (Diagnóstico Preliminar. Item 6) en cinco de las Obras Sociales de mayor envergadura de Misiones estas cubrían 61.663 personas lo que representaría el 68,6% del total de afiliados estimados para la Provincia.

El gasto en salud realizado en 1973 por estas Obras Sociales para la atención de sus 61.663 afiliados es de \$ 19.549.120, lo que representa un gasto de \$ 317,0 por persona y por año. Si aplicamos este gasto al total de afiliados estimados de la provincia obtendríamos un gasto total, para el subsector de \$ 28.492.227 (Ver Cuadro N° 5.3).

CUADRO N° 5.3 - PRESUPUESTO Y POBLACION ESTIMADAS, CUBIERTA POR LOS SUBSECTORES PUBLICO Y DE OBRAS SOCIALES. MISIONES, 1973

| SUBSECTORES          | GASTO             | POBLACION TEORICAMENTE CUBIERTA | GASTO POR PERSONA - AÑO |
|----------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Público .....        | \$ 38.912.777 (1) | 473.060 (2)                     | \$ 82,3                 |
| Obras Sociales ..... | \$ 28.492.227 (3) | 89.881 (3)                      | \$317,0                 |

FUENTES: (1) Cuadro N° 5.1.

(2) Estimación para 1973. Departamento de Estadísticas SPS. Misiones

(3) Estimación basada en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Educación Médica.

La relación gasto/población en los dos subsectores considerados puede corregirse si se tiene en cuenta que parte de la población afiliada (17,3%) se atiende en el subsector público (3). Esto representa aproximadamente 15.300 personas que requieren asistencia en los hospitales del Servicio Provincial de Salud, mientras que la atención del resto de la población afiliada (74.600) es financiada por las obras sociales que las cubre. Si efectuamos, en el Cuadro N° 5.3, los ajustes mencionados puede verse que la población cuya atención consideramos realmente financiada por el subsector de obras sociales es menor, y por lo tanto es mayor el gasto estimado por persona y por año. (Cuadro N° 5.4.)

CUADRO N° 5.4. - PRESUPUESTO Y POBLACION SEGUN SUBSECTORES PUBLICO Y DE OBRAS SOCIALES. MISIONES 1973.

| SUBSECTORES          | GASTO<br>\$ | POBLACION<br>CUBIERTA | GASTO POR<br>PERSONA-AÑO<br>\$ |
|----------------------|-------------|-----------------------|--------------------------------|
| Público .....        | 38.912.777  | 473.060               | 82,3                           |
| Obras Sociales ..... | 28.492.227  | 74.602                | 381,9                          |

FUENTE: Cuadro N° 5.3.

Asignamos al subsector público la totalidad de la población de la provincia ya que, por ley, debe asumir la asistencia de toda la población; por otra parte cuenta con la mayor concentración de recursos y los niveles más complejos de atención.

Surge de lo expuesto que las Obras Sociales, en 1973, brindarían asistencia efectiva al 15,8% de la población con el 42,3% del gasto de ambos subsectores, mientras que el subsector público con el 57,7% de dicho gasto debe brindar cobertura al 100% de la población.

Cabe destacar que en 1974 el aumento sustancial del presupuesto del subsector público hace que la participación en el gasto de dicho subsector haya aumentado considerablemente, estimándose en un 75%.

La comparación de la relación gasto/población (Cuadro N° 5.2) para los subsectores considerados pone de manifiesto una vez más los magros recursos con que el subsector público asume la responsabilidad sanitaria de la provincia. Agrava esta situación el hecho de que mientras las obras sociales se ocupan solamente de actividades de recuperación de la salud el subsector público tiene bajo sus responsabilidades actividades preventivas de saneamiento, capacitación de personal, etc.

## 5.2. Elaboración del presupuesto

La elaboración del presupuesto de salud en el año 1974 se fundamentó en la determinación de áreas prioritarias a cubrir (4).

Como ya se expresara en el capítulo 3, todo el sistema asistencial integra una red de establecimientos de complejidad escalonada. En el nivel inferior de la red (Nivel I) se brinda atención médica indiferenciada al paciente ambulatorio mientras que en el nivel más alto (Nivel VI equivalente a VIII nacional) se cuenta con mayor complejidad de la provincia, donde se brinda asistencia especializada al paciente ambulatorio o internado. Los hospitales más complejos son centros de referencia, hacia los que se derivan los pacientes más graves o con requerimientos más complejos de asistencia desde los centros sanitarios de menos grado de especialización.

Por otra parte los hospitales de alta complejidad concentran recursos que tienen por función la supervisión y el apoyo de las tareas de los centros de menor nivel.

Para que esta interacción tenga la agilidad necesaria y pueda cumplir adecuadamente con sus objetivos debe contar no sólo con los centros asistenciales sino también con una red de comunicación efectiva y un parque de vehículos adecuados para el traslado de pacientes.

En la elaboración del presupuesto de 1974 se fijaron como prioridades los establecimientos extremos del sistema, es decir los hospitales más complejos (Nivel VI y VIII) y los menos complejos (Nivel I, II) así como montar la infraestructura necesaria para lograr una ágil comunicación (red de radiocomunicación y ambulancia).

Consideramos como muy acertada esta selección de prioridades que se basa en los siguientes hechos:

Los centros asistenciales de más bajo nivel, son los más numerosos están ubicados preferentemente en áreas rurales o en pequeñas localidades, con figurando un buen número de bocas de captación de pacientes en zonas habitualmente desprotegidas desde el punto de vista de la asistencia médica.

Esta circunstancia, agregada a buenos medios de comunicación y transporte facilita a la población rural el acceso a la mejor posibilidad de atención existente en la provincia.

Por otra parte, el énfasis puesto en el refuerzo de los hospitales base de zona permite dar a todo este sistema sólidos núcleos de referencia.

El segundo criterio de selección de establecimientos fue el referente a la situación en que se encontraban los servicios. En este aspecto fueron clasificados en las siguientes categorías: "en funcionamiento", "a habilitar", "a transformar", y "a construir" de las cuales se consideraron como prioritarias las dos primeras y de la categoría "a transformar" se seleccionaron aquellos establecimientos que con muy pequeño incremento presupuestario podían pasar al nivel superior.

De esta manera surgió como prioritaria la adecuación de los Hospitales Base de Zona: Madariaga (Nivel VIII), Oberá y Eldorado, ambos de nivel VI, y los puestos de salud (Nivel I) consultorios externos periféricos (II) unidad sanitaria (Nivel III).

#### Elaboración del presupuesto de personal:

En base a los modelos teóricos, ya descriptos en el capítulo 3 se determinó la necesidad mínima de cada tipo de personal y los déficit existentes y se trató de cubrirlos en aquellos hospitales que se definiera como prioritarios.

### Presupuesto de bienes y servicios

Normalmente este presupuesto debería surgir de la suma de los presupuestos elaborados en cada uno de los establecimientos en base a los registros de consumo.

Con excepción del hospital de Eldorado que lleva algunas estadísticas de elementos consumidos, el resto de los hospitales no tiene este tipo de registro por lo que el presupuesto fue elaborado en conjunto para toda la provincia, por el Consejo Técnico, integrado por los jefes de Zona y Directores de Servicio Provincial de Salud.

Para cada uno de los rubros más importantes se estimó la necesidad total y se decidió en que porcentaje sería cubierto.

A modo de ejemplo se citan las consideraciones realizadas para las partidas de medicamentos, ropa de cama combustibles y lubricantes.

*Combustibles y lubricantes:* Se realizó una estimación de Km. a recorrer en base a la experiencia de los jefes de zona y se asignó el 100% del gasto requerido para combustibles.

*Ropa de cama:* Se considera que el desgaste anual alcanza al 30% y no se había realizado una reposición significativa en los últimos dos años. Se estimó como indispensable reponer el 50% de los equipos.

*Medicamentos:* Se estimó como necesario un gasto de 1,00\$ por habitante y por mes, lo que representaba un incremento de 3,73 veces más en relación al correspondiente a 1973.

### Presupuesto de equipamiento

Se elaboró un presupuesto considerando el equipo necesario para cubrir el déficit existente según el modelo de equipamiento que se describiera en el capítulo 3 y tomando en cuenta los establecimientos seleccionados como prioritarios.

Para los establecimientos I y II se puso énfasis en completar el equipamiento odontológico. En cuanto a los Hospitales Base de Zona, el de Oberá y el de Eldorado contaban con un excelente equipamiento por lo que se estimó la inversión necesaria para su mantenimiento, calculando el 10% de la inversión realizada en los años 1971, 1972, 1973.

El Hospital Central Provincial "Dr. Ramón Madariaga" cuenta con un equipamiento sumamente precario y casi en su totalidad puede considerarse obsoleto. Se hizo hincapié en equipar el servicio de enfermería que no se había renovado prácticamente desde la habilitación del hospital y a la creación de un sector de cuidados intensivos.

Con respecto a la necesidad de automotores se previó dotar al hospital Madariaga (Nivel VIII) de 3 ambulancias, (contemplando la posibilidad de trasladar enfermos fuera de la provincia) y a los hospitales de Eldorado y Oberá de 2 ambulancias. Según el modelo de equipamiento todos los establecimientos con internación deberán contar con ambulancias.

#### Plan de obras y reparaciones de planta física:

Se elaboró un plan de inversiones a 4 años teniendo en cuenta para cada establecimiento el modelo que le correspondía según su nivel y la prioridad que tenía asignada.

Los hospitales de Nivel VI (Eldorado y Oberá) cuentan con edificios de reciente construcción por lo que se elaboró un programa de mantenimiento preventivo.

Con respecto al hospital Madariaga, la obsolescencia de las instalaciones obligan a su total reemplazo. Se cuenta para ello con el anteproyecto para la nueva obra que deberá financiarse con una gran participación de la Secretaría de Estado de Salud Pública, existiendo ya un convenio entre el Ministerio de Bienestar Social de la Nación y de la provincia, mediante el cual se financia la expropiación de los terrenos en que se erigirá el hospital. En la actualidad ya se ha llamado a licitación para concretar su construcción.

Es evidente que la elaboración del presupuesto se llevó a cabo con un alto grado de racionalidad y basado en criterios preestablecidos y políticas prefijadas que tenían como principal objetivo ampliar la cobertura de asistencia de la población y mejorar su nivel.

Es cierto, que si bien se gastó todo el monto presupuestado para 1974, no se alcanzaron todas las metas propuestas, entre otras la adecuación de los hospitales de Alem, Apóstoles e Iguazú. Obviamente, tuvo singular participación en este hecho el vertiginoso proceso inflacionario que viene sufriendo el país y que destruyó con facilidad muchos intentos de planificación.

Sin embargo la utilidad de la elaboración del presupuesto sigue en pie, así como el de los estudios previos en los que se apoya la preparación de modelos teóricos de equipamiento y personal, el catastro de los recursos existentes, la elaboración de un vademecum, etc. Todos estos trabajos marcan una línea de acción en la que deberá ahondarse en años sucesivos, ya que siguen siendo válidos los objetivos en que dicha línea de acción se respaldara.

#### 5.3. Ejecución del presupuesto y modalidad administrativa

La clasificación es la habitual del plan de cuentas nacionales: Erogaciones corrientes y Erogaciones de Capital. Los presupuestos destinados a Salud Pública muestran casi siempre un monto bajo destinado a inversión. Las erogaciones de capital se utilizan en el sector fundamentalmente para remodelación de los hospitales y renovación del equipamiento médico.

Analizando los datos del presupuesto de salud de la provincia de Misiones en un período de seis años se observa que el monto destinado a inversión oscila entre 2,17% y 8,75% (cuadro N° 5.6.). Considerando que lo necesario sólo para un adecuado mantenimiento edilicio representa el 10% anual de la inversión, es obvio que el bajísimo porcentaje de presupuesto asignado a erogaciones de capital no alcanza, no ya para incrementar las estructuras físicas, sino que ni siquiera es suficiente para mantener lo existente.

En cuanto a las Erogaciones Corrientes, las dos partidas más importantes son las que se refieren a Gastos en Personal y Bienes de Consumo.

Los Gastos en Personal suelen ser muy significativos en el sector, lo que resulta obvio por tratarse de una actividad que brinda servicios a terceros. Mientras que en otros campos la tecnificación lleva a una disminución de la mano de obra, en el sector salud sucede lo contrario.

La utilización de técnicas y equipamientos más complejos en la atención médica requieren el empleo de mayor número de personas que deben ser capacitadas específicamente, sin disminuir por ello la necesidad de contar con recursos humanos dedicados a la atención personal del enfermo.

La envergadura del Gasto en Personal -que habitualmente se encuentra entre el 70% y 85% en el sector salud- contribuye a rigidizar las posibilidades del presupuesto, ya que resulta grande el peso de los gastos fijos, dejando un porcentaje muy pequeño para la administración del gasto no fijo.

En la provincia de Misiones para todos los años de la misma serie el Gasto en Personal oscila entre 74,9% y 63,9% (cuadro N° 5.6.). Este último porcentaje corresponde al último año (1974) con lo que se pone en evidencia un manifiesto deterioro del gasto destinado a personal.

Con referencia a los Bienes de Consumo sabemos que el gasto más importante en los sistemas oficiales de atención médica está representado por el gasto en alimentos y en medicamentos que constituyen habitualmente entre el 65% y 75% del total de la partida Bienes de Consumo. Aunque en la Provincia no pudo obtenerse este dato, podemos estimarlo entre los límites mencionados.

### Tendencia del gasto

En el cuadro N° 5.7. puede observarse la tendencia del gasto considerado en valores constantes con base = 100 en 1970.

Para casi todos los grandes rubros del gasto se produjo un descenso en los años 1971 y 1972, recuperándose en 1973 y alcanzando para el total del presupuesto en 1974 un incremento del 136,5% con respecto al año 1970.

Considerando por separado cada una de las partidas que consideramos significativas, se pone de relieve un mayor incremento en Bienes de Consumo (160,5%) mientras que los gastos en personal y las erogaciones de capital aumentan en 124,9% y 83,0%, respectivamente.

CUADRO N° 5.5 - PRESUPUESTO DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD. TOTALES EJECUTADOS  
EN MILES DE PESOS CORRIENTES. MISIONES. AÑOS 1969 - 1974.

| CONCEPTO  | 1969         | 1970         | 1971         | 1972          | 1973          | *1974         |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| <u>Erogaciones a atender con recursos de Administración Central sin afectación especial</u> |              |              |              |               |               |               |
| <u>I. EROGACIONES CORRIENTES</u>  | <u>5.072</u> | <u>7.450</u> | <u>9.556</u> | <u>16.725</u> | <u>34.582</u> | <u>73.048</u> |
| 1. Gastos en Personal .....   | 4.015        | 5.489        | 7.577        | 12.327        | 25.056        | 50.102        |
| 2. Bienes de Consumo .....  | 738          | 1.408        | 1.446        | 2.740         | 6.319         | 14.890        |
| 3. Servicios .....  | 319          | 478          | 463          | 675           | 1.022         | 1.499         |
| 4. Transferencia corriente .  | --           | 73           | 69           | 982           | 2.183         | 6.555         |
| <u>II. EROGACIONES DE CAPITAL</u>   | <u>291</u>   | <u>714</u>   | <u>560</u>   | <u>819</u>    | <u>768</u>    | <u>5.307</u>  |
| Inversión Física  |              |              |              |               |               |               |
| Bienes  |              |              |              |               |               |               |
| TOTAL GENERAL .....   | 5.363        | 8.164        | 10.117       | 17.544        | 35.350        | 78.355        |

\* Crédito autorizado.

FUENTE: Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

CUADRO N° 5.6 - PRESUPUESTOS DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD EN MILES DE PESOS CONSTANTES DE 1970. COMPOSICION PORCENTUAL DEL GASTO. MISIONES. AÑOS 1969 ~ 1974

| CONCEPTO   | 1969  |       | 1970  |       | 1971  |       | 1972  |       | 1973   |       | 1974   |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|
|  | MONTO | %     | MONTO | %     | MONTO | %     | MONTO | %     | MONTO  | %     | MONTO  | %     |
| Erogaciones a atender con recursos de Administración Central sin afectación espec. |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |        |       |
| <u>I. EROGACIONES CORRIENTES</u>   |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |        |       |
| 1. Gastos en Personal  | 5.764 | 94,57 | 7.450 | 91,25 | 6.950 | 94,46 | 7.393 | 95,33 | 10.144 | 97,83 | 18.005 | 93,23 |
| 2. Bienes de Consumo   | 4.563 | 74,86 | 5.489 | 67,24 | 5.510 | 74,90 | 5.449 | 70,26 | 7.350  | 70,88 | 12.349 | 63,94 |
| 3. Servicios   | 838   | 13,76 | 1.408 | 17,26 | 1.051 | 14,30 | 1.211 | 15,62 | 1.853  | 17,88 | 3.670  | 19,01 |
| 4. Transferencia Corriente   | 362   | 5,95  | 478   | 5,85  | 337   | 4,58  | 298   | 3,85  | 300    | 2,89  | 369    | 1,91  |
|  | --    | --    | 73    | 0,90  | 50    | 0,68  | 434   | 5,60  | 640    | 6,18  | 1.615  | 8,37  |
| <u>II. EROGACIONES DE CAPITAL</u>  |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |        |       |
| Inversión Física Bienes  | 330   | 5,43  | 714   | 8,75  | 407   | 5,54  | 362   | 4,67  | 225    | 2,17  | 1.308  | 6,77  |
| TOTAL GENERAL  | 6.095 | 100   | 8.164 | 100   | 7.357 | 100   | 7.756 | 100   | 10.369 | 100   | 18.005 | 100   |



FUENTE: Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud. Misiones.



CUADRO N° 5.7 - PRESUPUESTO DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD. TENDENCIA DEL GASTO  
A VALORES CONSTANTES CON BASE = 100 EN 1970. MISIONES. 1969-1974

| CONCEPTO  | 1969         | 1970       | 1971         | 1972         | 1973          | 1974          |
|---|--------------|------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| <u>Erogaciones a atender con recursos de Administración Central sin afectación especial</u> |              |            |              |              |               |               |
| <u>I. EROGACIONES CORRIENTES</u>  | <u>77,37</u> | <u>100</u> | <u>93,29</u> | <u>99,24</u> | <u>136,16</u> | <u>241,67</u> |
| 1. Gastos en Personal.....  | 83,12        | 100        | 100,38       | 99,27        | 133,89        | 224,95        |
| 2. Bienes de Consumo .....  | 59,53        | 100        | 74,66        | 85,98        | 131,57        | 260,50        |
| 3. Servicios .....  | 75,89        | 100        | 70,56        | 62,43        | 62,76         | 77,34         |
| 4. Transferencia corriente .  | --           | 100        | 68,54        | 590,49       | 870,28        | 2196,08       |
| <u>II. EROGACIONES DE CAPITAL</u>   | <u>46,28</u> | <u>100</u> | <u>57,01</u> | <u>50,71</u> | <u>31,55</u>  | <u>183,08</u> |
| Inversión Física  |              |            |              |              |               |               |
| Bienes  |              |            |              |              |               |               |
| <b>TOTAL GENERAL .....</b>  | <b>74,65</b> | <b>100</b> | <b>90,12</b> | <b>95,00</b> | <b>127,01</b> | <b>236,55</b> |

FUENTE: Dirección de Administración, Servicio Provincial de Salud, Misiones.

Sin embargo, como ya se dijera en el capítulo sobre recursos humanos, los planteles de personal distan mucho de estar cubiertos y el mantenimiento físico de los hospitales y su equipamiento -salvo excepciones- es deficitario.

Esto nos lleva a suponer que el menor incremento en personal y erogaciones de capital con respecto a bienes de consumo no significa que los requerimientos en los dos primeros grupos estén mejor cubiertos sino que hubo que responder a necesidades mucho más acuciantes: la de medicar los pacientes ambulatorios y la de medicar y alimentar a los enfermos internados.

Por otra parte, se destaca la partida de transferencias corrientes que es la que tiene mayores modificaciones a través de los años. Muestra un descenso muy marcado en el año 1971 y sube vertiginosamente en los últimos tres años, alcanzando en números índices el valor de 2.196,08 en el año 1974, es decir que ha tenido un incremento de 2.096% con respecto al año 1970. En esta partida se incluyen las becas para capacitación del personal, con lo que se evidencia un esfuerzo notable por mejorar el nivel técnico profesional.

#### Manejo del presupuesto

El presupuesto de mayor peso que se administra en el sector es el de bienes de consumo y el de las erogaciones de capital.

El manejo del presupuesto se hace según las normas de contabilidad de presupuesto, elaborado a nivel provincial y que responde a la ley nacional de contabilidad.

Como se expresó anteriormente la estimación del presupuesto para bienes de consumo se hace a nivel central para todos los establecimientos. También desde nivel central se hacen todas las licitaciones públicas y privadas, no solo de los elementos que son comunes a todos los hospitales, sino también de los bienes que en forma específica se solicite desde el nivel local o zonal. Esta actitud parece estar justificada en parte por la poca posibilidad de compra que ofrecen algunas localidades, pero sobre todo por el escaso manejo administrativo que tienen los hospitales y las zonas ya sea por carencia de personal o bien por falta de capacitación del personal existente.

En el intento de agilizar el trámite de compra de los elementos de uso más frecuente que suelen trabar el buen desenvolvimiento de la tarea hospitalaria, se utilizó desde 1973 el recurso de la caja chica. A cada uno de los hospitales de área y base de zona se les asignó un monto para compras directas de víveres frescos, medicamentos, viático y otros. Si bien el monto de la caja no es demasiado importante, puede ser repuesto a solicitud del nivel local cuando se ha gastado el 70% de lo asignado. Este mecanismo que permitiría a los hospitales moverse con gran agilidad presupuestaria no está aprovechado suficientemente. Por el contrario se recarga el trabajo del grupo administrativo de nivel central solicitando compras de elementos que el director del hospital está facultado a comprar por sí mismo.

A raíz de esta ineficacia administrativa de los niveles locales, el nivel central debe asumir una sobrecarga de trabajo considerable. En 1974 la Dirección de Administración realizó 1.157 contrataciones de las cuales sólo 134 fueron licitaciones públicas y/o privadas; las 1.023 restantes corresponden a compras directas realizadas a pedido de los hospitales y de las zonas(7

No es de extrañar por consiguiente, que no se conozca el presupuesto ejecutado para cada establecimiento, ya que esto solo puede surgir cuando cada hospital tiene un plantel administrativa que le permita manejar los gastos y llevar la contabilidad de los mismos.

### Ejecución del presupuesto

Por lo tanto el análisis de la ejecución del presupuesto debe hacerse en forma global.

Observando el cuadro n° 5.8. puede notarse que la proporción del presupuesto ejecutado con respecto al autorizado está por encima del 100% en casi todos los años de la serie. Si bien la utilización de la totalidad del presupuesto indica una ágil administración, sabemos que no es fácil llegar a hacerlo dentro del ámbito de la administración pública, donde la obligación de atenerse a una serie de normas y reglamentaciones regidas por la ley de contabilidad implica el manejo de un pesado engranaje administrativo que dificulta con frecuencia la utilización total de los créditos acordados. Creemos que este alto porcentaje de ejecución se debe fundamentalmente a una marcada restricción inicial del presupuesto que obligó al sector a moverse en el límite de sus necesidades.

CUADRO N° 5.8 - EJECUCION DEL PRESUPUESTO DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD.  
MISIONES. 1969 - 1974

|   | 1969  | 1970  | 1971   | 1972   | 1973   | 1974   |
|---|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Presupuesto Autorizado<br>(en miles de pesos) | 5.827 | 8.083 | 9.244  | 16.144 | 25.903 | 73.575 |
| Presupuesto Ejecutado<br>(en miles de pesos)  | 5.363 | 8.164 | 10.117 | 17.544 | 35.350 | 78.355 |
| Porcentaje de ejecución                       | 92,0  | 101,0 | 109,4  | 108,7  | 136,5  | 106,5  |

FUENTE: Movimiento de ejecución de presupuesto. Registro de Contabilidad de Presupuesto. Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

BIBLIOGRAFIA Y FUENTES DE DATOS

1. Presupuesto General de la Administración Pública - Pcia. de Misiones. Ejercicios financieros 1969 al 1974.
2. Cuentas especiales de Secretaría de Estado de Salud Pública.
3. Encuesta Nacional de Salud y Educación Médica - Secretaría de Estado de Salud Pública - Organización Panamericana de la Salud. Asociación Facultades de Medicina de la República Argentina.
4. Proyecto del Presupuesto de Salud Pública 1974. Dirección de Atención Médica - Dirección General del Servicio Provincial de Salud - Misiones.
5. Presupuesto de Salud Pública. Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud 1969 a 1974.
6. Recopilación de normas y reglamentaciones sobre contabilidad de Presupuesto. Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud.
7. Estadísticas de producción. Departamento de Presupuesto. Dirección de Administración. Servicio Provincial de Salud. Misiones.

CAPITULO 6

## 6. LEGISLACION:

En el "Diagnóstico Preliminar" (Item 5, pág. 75) enumeramos y comentamos algunos aspectos de la legislación sanitaria provincial surgida en los últimos veinte años. Intentaremos aquí presentar un panorama general del desarrollo y aplicación de los instrumentos legales del sector salud destacando a aquellos aspectos que entendemos más relevantes.

La provincia de Misiones cuenta con un importante conjunto de normas legales que establecen la organización, objetivos y hasta las actividades a que deben ajustarse el subsistema público de atención médica.

Fijan también las normas reglamentarias a que debe ajustarse el subsistema privado y cuya aplicación fiscalizan los Colegios Profesionales del Arte de Curar los que por ley son definidos como "agentes naturales del Poder Ejecutivo para la custodia de la Salud Pública". (1).

En el desarrollo de este aparato legal durante los últimos veinte años, se destacan claramente dos períodos en los cuales se producen la gran mayoría de los instrumentos legales del sector, son ellos: 1956-1957 y 1968-1969, fuera de estos períodos no aparecen prácticamente normas legales referidas directamente a la salud pública.

### 1956-1957

En diciembre de 1956 es sancionado el decreto-ley número 1719 que crea, entre otras, la Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social jerarquizando y definiendo los fines atinentes a la salud pública del conjunto de acciones de competencia del Ministerio de Asuntos Sociales. Del articulado de este Decreto Ley surge la intención de "encauzar la acción sanitaria del Estado", coordinando, unificando y racionalizando los servicios de atención médica que se prestan en la Provincia, autorizando al subsector público la realización de convenios con el subsector privado a los efectos antes mencionados. Por otra parte define claramente la autoridad fiscalizadora de la Dirección General de Salud Pública en lo que respecta a "todos los servicios relacionados con el arte de curar privados, los que no podrán funcionar sin su previa autorización" y sobre la producción y el comercio de drogas y productos medicinales.

Reconoce la necesidad de organizar y coordinar con otros sectores los esfuerzos tendientes a solucionar los problemas de la atención materno infantil, de la adolescencia, de la infancia abandonada y de la alimentación. Destaca asimismo la necesidad de desarrollar la investigación y las prácticas de la medicina preventiva, instituyendo por ejemplo, "el reconocimiento médico y periódico de la población de la Provincia".

Dispone también el estudio y elaboración de proyectos de las carreras médico-hospitalaria y técnico-administrativa, y la creación de un instituto para el perfeccionamiento del personal auxiliar técnico de la medicina. Esto último se ha concretado en el mes de enero del año siguiente en el que por Decreto Ley 192/57 se crea la Escuela de Auxiliares técnicos de la Medicina de la cual dependerán la Escuela de Visitadoras de Higiene Social, las Escuelas de Enfermeros y "aquellas otras cuyas necesidades sean impuestas por las circunstancias".

En enero de 1957 se sanciona el Decreto Ley 169 que estructura el funcionamiento de la Dirección General de Salud Pública, establece las atribuciones de los colegios profesionales y el ejercicio de las profesiones médicas y ramas afines, y el Decreto N° 175 por el cual se crea el Departamento de Medicina Escolar, destacando como fundamentación el "lamentable estado de salud de nuestra población escolar".

En resumen, el conjunto de leyes de este período destaca la importancia de la participación del estado en la atención médica, la necesidad de organizar y racionalizar la utilización de los recursos y del desarrollo de las vinculaciones entre los distintos subsectores. Asimismo instrumenta la capacitación del personal auxiliar de la medicina y la atención del grupo escolar; y promueve el desarrollo de acciones de medicina preventiva y de investigación en dicho campo. Este cuerpo legal no introduce modificaciones en lo relativo al sistema de financiamiento del subsector público que sigue recibiendo los recursos que le fija la ley de presupuestos y aportes del Gobierno Nacional.

### 1968-1969

Luego de un largo período de silencio legislativo para el Sector Salud, aparece en la Provincia en marzo de 1968 la Ley número 394/68. Esta ley tiene como antecedentes la Ley Nacional número 17.102 de diciembre de 1966 por la cual se autoriza la creación de los "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad" (S.A.M.I.C.) y faculta "a reformar el régimen, funcionamiento y manejo vigente en los organismos asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Estado de Salud Pública. Los fundamentos de esta ley hacen referencia al mejoramiento, mediante este sistema, de la atención médica de todos los sectores de la población, dando una atención igualitaria y permitiendo aunar los esfuerzos de la comunidad y el subsector oficial en una acción conjunta; también se hace referencia a la mayor agilidad del sistema administrativo y del manejo del presupuesto, y a un mejor conocimiento de las necesidades zonales. Otro aspecto importante es que amplía las fuentes de financiamiento de los servicios de atención médica que se incorporen al sistema los que además de los créditos oficiales podrán recibir tasas correspondientes a los servicios que presta. De esta manera se establece el primer antecedente legal relativo al cobro directo de las prestaciones en establecimientos del subsector público. En la Provincia se decidió la incorporación al S.A.M.I.C. de tres hospitales, Eldorado, Oberá e Iguazú. La realidad planteó importantes limitaciones al funcionamiento de este sistema lo que se tradujo en la imposibilidad de implementarlo en dos de los establecimientos antes mencionados (Oberá e Iguazú); actualmente sólo sigue vigente en el Hospital Eldorado.

El funcionamiento de este sistema demostró en la práctica que no aumenta la cobertura de la población en atención médica, no supera las dificultades que plantea la concreción de la participación comunitaria y tampoco resuelve el problema del financiamiento, puesto que como se ha podido comprobar la mayoría de los pacientes son indigentes en cuanto a las posibilidades de financiar por sí mismos su atención médica. Puede aceptarse como un aspecto positivo del sistema la mayor agilidad que otorga al manejo presupuestario.

La inquietud por evaluar los resultados de la aplicación del S.A.M.I.C. según lo establecido por la Ley que estamos comentando llevó a un profesional del Servicio Provincial de Salud, el Dr. Hilario Arnaudo, a realizar una investigación referida a "Factores que determinan la escasa utilización del Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad Eldorado", aún no publicado.



Las conclusiones de este trabajo son las siguientes:

- a) "La opinión negativa hacia el SAMIC es de mayor peso entre los que no conocen que entre los que conocen el establecimiento, y entre los residentes rurales que entre los urbanos".
- b) "Un alto porcentaje opinó que se demora en brindar atención. La mayor demora se atribuye a los trámites administrativos previos a la atención. La demora en la atención es señalada con menor insistencia por los entrevistados de nivel socioeconómico más bajo y de menor educación".
- c) "Un alto porcentaje de los entrevistados elegiría el SAMIC para asistirse en caso de patología grave, en comparación con otros servicios locales".
- d) "El grupo de origen alemán y suizo elegiría, en un alto porcentaje, otro servicio local para asistirse en casos de patología no grave".
- e) "Las familias de nivel socioeconómico bajo tienden a utilizar intensivamente al SAMIC. Los de alto nivel socioeconómico utilizan menos el servicio".

Si analizamos estas conclusiones vemos que el sistema propuesto por la ley 394/68 no aumentó, al menos en el SAMIC Eldorado, la utilización de los servicios por parte de la población; la población no percibió una mejoría de la atención en cuanto que señala la demora impuesta por los nuevos trámites administrativos previos a la atención, no resolvió las diferencias socioeconómicas que se plantean habitualmente en el área de la atención médica y tampoco dió respuesta adecuada al problema del financiamiento.

En el "Estudio de prefactibilidad sobre la financiación del Hospital Eldorado" (3), se estima que el 67% de la población del área podría clasificarse como indigente. Por otra parte dispone, como dijimos, el cobro directo por las prestaciones en los establecimientos que se incorporen al sistema y que son establecimientos del subsector público.

En junio de 1968, es decir a pocos meses de la sanción de la ley 394, aparece el Decreto número 1399 por el cual se crea el *Servicio Provincial de Salud*; en los considerandos de este Decreto se hace referencia a la necesidad de "dotar a la Provincia de un servicio que tutele la salud de la población entendiendo por tal, de acuerdo a la definición de la OMS, como un derecho fundamental de todo ser humano, el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad", como asimismo a la necesidad de coordinación entre los distintos subsectores, la importancia de los aspectos preventivos de la atención médica y la facultad fiscalizadora del Estado. Los considerandos antes mencionados no la diferencian esencialmente de aquel Decreto-Ley número 1719 de 1956 que crea la Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia, el que, pese a sus buenas intenciones, no consiguió modificar sustancialmente las condiciones de salud y de atención médica que soporta gran parte de la población misionera. No obstante, el decreto 1399, establece un hecho nuevo en los establecimientos públicos de la Provincia, que ya había introducido la Ley 394 para aquellos que se incorporan al SAMIC, y es la posibilidad de cobrar tasas por los servicios que prestan. Esta decisión aparece como contradictoria con los elevados fines comunitarios que se establecen para el servicio y la interpretamos como una respuesta parcial e

inadecuada a las dificultades financieras que atraviesa el subsector público, subsector que mientras es fortalecido y jerarquizado por la letra de la ley no recibe el adecuado respaldo presupuestario.

Este Decreto Ley introduce otro nuevo elemento, que intenta resolver el problema de la participación de la comunidad: son los Consejos de la Comunidad. Dichos Consejos deben funcionar a nivel del Director General del Servicio Provincial de Salud y sus miembros son "designados por el Poder Ejecutivo a propuesta del Director General", parecería ésto una manera no muy adecuada de participación en cuanto a que es el Estado el que elige los representantes y no la comunidad misma. Por otra parte crea las Zonas Sanitarias estableciendo así un sistema regionalizado de atención médica.

Llegamos así a mayo de 1969, momento en que es sancionado el Decreto número 1248, fundamentalmente reglamentario, por el que se reglamenta el funcionamiento técnico y administrativo de las Zonas de Salud y se establecen los niveles de complejidad de los establecimientos asistenciales, sus objetivos y actividades; la importancia de este Decreto es fundamentalmente técnica.

Al mes siguiente por Decreto N° 1536 se aprueban las disposiciones reglamentarias de la Ley N° 394 de "Servicios de Atención Médica Integral de la Comunidad". De esta manera el gobierno de la Provincia consolida mediante un conjunto de instrumentos legales de aparición casi simultánea una situación no muy clara por la cual se permite la subsistencia, dentro del Subsector Público, del Servicio Provincial de Salud y de algunos establecimientos que funcionarían de acuerdo a lo previsto por el SAMIC.

Surge clara la contradicción que existe entre los Decretos Leyes N° 1399/68 y 1248/69 que aparecen como una intención de fortalecer y organizar la participación del Subsector Público dentro del sistema de atención médica y la ley 394/68 y el Decreto 1536/69 por los que se permite la creación de Servicios que a punto de partida de una infraestructura que pertenece al Servicio Provincial de Salud se constituirían en dependencia, en una primera etapa, de la Subsecretaría de Bienestar Social por intermedio del Presidente del Consejo de Administración que es un representante de dicha Subsecretaría.

La actuación de ese Consejo de Administración estaba limitada solamente por una eventual supervisión y asistencia técnica que por otra parte estaba en manos no del Servicio Provincial de Salud sino de la Subsecretaría de Bienestar Social.

En marzo de 1971 aparece, aisladamente, el Decreto número 671, el que a partir de sugerencias de la Federación Médica de la Provincia y la Jefatura de la III Zona de Salud introduce modificaciones al Decreto número 1536/69 reglamentario de la Ley 394/68 de SAMIC, con el objeto de favorecer la aplicación del mencionado sistema.

Hemos visto hasta aquí como el grupo de leyes, en general -Decretos-leyes, que aparecen en la Provincia de Misiones en los últimos años presenta contradicciones como las señaladas. Por otra parte no hay coherencia entre lo manifestado en la letra de la ley y los créditos que el Gobierno Provincial y el Nacional asignan al sector, habiendo demostrado que ni se obtuvo un fortalecimiento

notorio del Subsector Público como pretendían algunas leyes, ni se logró implementar a un nivel significativo el Sistema de Atención Médica Integrada para la Comunidad. Este estado de cosas se extiende hasta el mes de abril de 1975 en que el Gobierno de la Provincia firma con el Gobierno Nacional un convenio de incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud creado por ley nacional número 20.748 de diciembre de 1974.

Por esta Ley se declara a "la salud derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina" y se establece que "A tales efectos el Estado nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación, usando para ello los instrumentos con que le provee la presente ley y fijándose como meta a partir del principio de solidaridad nacional su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos".

Esta Ley significa un hecho de gran trascendencia puesto que establece la política sanitaria nacional y la creación del sistema a través del cual se ejecutará dicha política. La adhesión de la Provincia de Misiones a lo establecido por esta Ley significa, según entendemos, superar las contradicciones antes señaladas a la par que la iniciación de un proceso de mejoramiento de la atención médica.

Entendemos que es necesario destacar algunos aspectos importantes de la mencionada ley número 20.748.

Son sus fines la promoción, protección y reparación de la salud de la población, tendiendo a incorporar progresivamente al sistema todas las acciones y recursos de salud de los efectores pertenecientes a los distintos subsectores.

Podrán incorporarse mediante la firma de convenios las provincias, la Universidad y el sector privado relacionado con la salud.

La administración del sistema se efectuará por un Consejo Federal, con un secretario ejecutivo nacional y la participación de representantes provinciales, de entidades profesionales y gremiales.

En cada provincia se elaborarán los programas de salud correspondientes y elaborarán sus presupuestos, se crearán las áreas programáticas debiendo organizarse las prestaciones por áreas.

El personal será incorporado a su opción al régimen de la carrera sanitaria nacional; la opción a no incorporarse crea una incompatibilidad por el término de 5 años para desempeñar cargos en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La ley 20.749 de Carrera Sanitaria Nacional, complementaria de la anterior establece que el personal que preste servicios dentro del sistema, lo hará bajo el régimen de cargo único; el ingreso será mediante concurso.

Contempla la capacitación del personal de todos los niveles.

Es necesario recalcar la importancia de una ley en la cual el Estado asume la responsabilidad del cuidado de la salud de sus habitantes, intentando en pasos sucesivos, llegar a la integración de un sistema único, eliminando las dificultades de acceso a la atención médica que actualmente sufre la población por la coexistencia de los tres subsectores: oficial, de obras sociales y privado.

La planificación y normalización centralizada dará unidad y coherencia al sistema, en tanto que la descentralización ejecutiva agilizará la administración e implementación de las actividades.

Otro aspecto importante es la creación del cargo único, lo cual dará mayor eficacia al sistema ya que el personal podrá dedicarse con mayor tiempo y eficiencia a brindar las prestaciones de salud. Por otra parte, tendrá posibilidades de capacitarse dentro de sus horarios de trabajo.

Una financiación adecuada que mejore la infraestructura hospitalaria, provea equipamiento y pueda ofrecer una remuneración adecuada a los trabajadores de la salud, significará una oferta adecuada de atención médica a la población y la posibilidad de incorporación al sistema, de los otros subsectores.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Decreto-Ley número 1719/56, "Creación de las Direcciones Generales de Salud Pública y Asistencia Social y otras".
- (2) Dr. Hilario Armando "Factores que determinan la escasa utilización del Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad Eldorado" Eldorado. Misiones. Enero 1974.
- (3) ASTEC. Estudio de prefactibilidad sobre financiación del Hospital Eldorado de la Provincia de Misiones. Buenos Aires, 1970.

## CONCLUSIONES

Para concluir esta primera etapa del estudio "Sistema Integrado de Atención Médica para la Provincia de Misiones" consideramos de interés sintetizar los elementos más relevantes del diagnóstico sanitario de la provincia.

Con respecto a las características demográficas de la población misionera, puede señalarse que se trata de una población muy joven (el 43,7% de los habitantes son menores de 15 años), con una tasa de natalidad que figura entre las más altas del país.

Su distribución es predominantemente rural -(56,8%). Aún cuando se observa una tendencia al crecimiento de las poblaciones urbanas y una concomitante despoblación del campo, que no se da como consecuencia de la tecnificación rural, sino más bien por la existencia de una estructura agraria muy deteriorada y escasamente productiva que no alcanza a dar un adecuado nivel de ocupación a la mano de obra existente.

Por otra parte la industrialización en los centros urbanos no alcanza un nivel que permita absorber la mano de obra desplazada del medio rural.

La población económicamente activa se ocupa preferentemente en el sector primario y está absorbida por una actividad agraria que se deteriora en forma ininterrumpida. El reducido tamaño de las explotaciones y su baja productividad llega a los agricultores a un empobrecimiento continuo y a la emigración de miembros de la familia.

Con respecto a los indicadores de alfabetización se ubica entre las provincias con mayor porcentaje de analfabetos y con un alto desgranamiento escolar.

Muestra una composición étnica muy heterogénea que continúa alimentándose por las migraciones de los países limítrofes. De esta disimilitud de origen surgen una gran diversidad de elementos culturales que se traducen claramente, en las condiciones de vivienda, nivel económico, escolaridad, y actitudes diferentes en cuanto a la atención de la salud de cada grupo de población.

El medioambiente contribuye también en forma preponderante en el condicionamiento del estado sanitario de la población, pues de las características del entorno depende la existencia y difusión de buena parte de la patología. En este sentido la provincia muestra una situación deficitaria con respecto a la provisión de agua potable, y eliminación de excretas.

Las características demográficas y del medioambiente son elementos fundamentales en la génesis del panorama sanitario de la provincia, dentro del cual las afecciones infecciosas y parasitarias conjugadas con las deficiencias nutricionales son causas principales de morbi-mortalidad, preponderantemente en la

infancia. Son también indicadores de lo expuesto, la alta incidencia de la Necatoriasis y la diarrea infantil, afecciones directamente relacionadas con las condiciones en que están dadas la eliminación de excretas y el suministro de agua potable.

Surge claramente del presente trabajo el estado sanitario deficiente que afecta a gran parte de la población misionera. Las altas tasas de mortalidad infantil y materna, los bajos valores del índice de mortalidad proporcional, el mencionado predominio de la patología infecciosa asociada a la desnutrición son indicadores suficientes de la afirmación precedente. Esta seria situación afecta a más de la mitad de la población de la provincia, especialmente la radicada en los departamentos del centro y noreste que muestran tasas de mortalidad infantil que superan el 80% e índices de mortalidad proporcional inferiores al 45%, valores típicos de zonas francamente subdesarrolladas que indican que en dichas regiones mueren anualmente 80 niños menores de un año por cada mil que nacen vivos y que del total de las defunciones ocurridas, en un año, en la provincia más de la mitad (55%) se producen antes de los 50 años de edad.

Es obvio que las raíces de la situación sanitaria descrita asientan en factores que sólo pueden ser removidos mediante acciones multisectoriales que trascienden al sector salud y cuyo objetivo debe ser la modificación profunda de las condiciones en las que se desarrolla la vida de una proporción importante de la población misionera.

Es dentro de este marco conceptual que debemos replantear los que habitualmente son señalados como "problemas de salud de la población" y referirnos a "problemas que hacen a la salud de la población". Sólo así podremos adquirir un conocimiento adecuado de dichos problemas y hallar respuestas óptimas y definitivas que satisfagan las auténticas necesidades de la población en lo atinente a su salud. Por otra parte únicamente con este enfoque podrá dimensionarse adecuadamente la responsabilidad que cabe al sector en el cuidado de la salud del pueblo.

Frente a esta población y sus problemas de salud hallamos un servicio provincial de atención médica constituido por una red de establecimientos cuyos niveles de complejidad varían desde el puesto de salud, con atención periódica del médico, hasta los hospitales base de zona con recursos humanos y de equipamiento adecuados para atender la patología que con mayor frecuencia es causa de enfermedad y muerte en la población misionera. Del estudio de los recursos surge que al déficit se suma una distribución geográfica inadecuada, con concentración en el sur de la provincia y en una franja que se extiende a lo largo de la ruta N° 12.

El análisis de los recursos financieros destinados a la salud pone de relieve que el sector público que es el que concentra un mayor cúmulo de recursos de todo tipo y sobre el que pesa la responsabilidad de toda la población; cuenta y ha contado siempre con posibilidades monetarias que están muy por debajo de las necesidades del sector. A ello se debe una buena cantidad de distorsiones en cuanto al equipamiento y dotación de personal de los hospitales que solo en casos excepcionales pueden considerarse adecuado para el nivel del hospital y para el tipo de asistencia que pretende brindar.

El Servicio Provincial de Salud presenta desde el punto de vista de su administración una tendencia fuertemente centralizadora, en buena parte alenta da por la falta de operatividad administrativa de los niveles locales.

Por otro lado existe un importante hiato entre la política sustentada por el nivel central que viene manteniendo una línea coherente de pensamiento desde hace varios años y la respuesta lograda a nivel de los efectores.

Desde el nivel central, se han elaborado una serie de modelos, programas y recursos técnicos y administrativos tendientes a normalizar la tarea haciendo la conducción más ordenada y dinámica. Como ejemplos de estos esfuerzos pueden citarse los "modelos de equipamiento" y de "dotación de personal", la descentralización de las compras a través de las cajas chicas, etc. Todos estos estudios, que configuran un gran esfuerzo, dado el pequeño grupo humano que trabaja en ese nivel, pueden alinearse en una tendencia política que tiene como objetivos:

- a) Ampliar la cobertura de población en atención médica.
- b) Mejorar la atención que se brinda desde el sector oficial.
- c) Racionalizar el uso de los recursos.

En el nivel zonal los Hospitales Base tienen la responsabilidad de supervisar técnicamente a los establecimientos de menor nivel que se encuentran en la zona, a los que sirven como hospital de referencia.

Sin embargo, en la práctica, el grupo profesional del hospital base se encuentra absorbido por la tarea asistencial y organizativa de su propio establecimiento y no asumen o sólo lo hacen parcialmente la responsabilidad sobre el resto de los efectores de la zona.

Esto desvirtúa, el encuadre teórico del funcionamiento de la red de establecimientos, ya que en lugar de basarse sobre comunicaciones fluidas en ambos sentidos se limita a la derivación de pacientes cuando los requerimientos superan las posibilidades de atención de los centros asistenciales de menor nivel.

Al indagar como la población utiliza los servicios de atención médica para resolver sus problemas de salud, vimos que el promedio de consultas por persona y por año es muy bajo y la tasa de egresos está por debajo del promedio para el país.

La información que aporta la Encuesta Nacional de Salud y Educación médica demuestra que las mayores tasas de consultas y egresos están en relación directa con la afiliación de la población a algún sistema de atención médica y con su nivel de ingreso.

El Estudio sobre Nivel de Vida de la Población Misionera confirma que son los grupos de mayor nivel educacional y económico los que más consultan.



Todos estos aspectos nos muestran claramente que utiliza el servicio de atención médica con mayor frecuencia la población que está en mejores condiciones socioeconómicas y en situación de trabajo estable, afiliada a algún sistema de atención médica.

Es decir, que los servicios de salud atienden a la población que se encuentra en una situación preferencial, que es una mínima parte, y que espontáneamente acude en demanda de atención. Esto último nos muestra una característica saliente del Sistema, que centra la atención y el perfeccionamiento de la tarea médica dentro de los muros del hospital sin proyectarse a la comunidad.

Una medida de la accesibilidad a la población a los recursos de atención médica es la asistencia del nacimiento y de la muerte. Es evidente que si ante situaciones tan trascendentes una alta proporción de la población no recibe atención médica, es poco probable que en el lapso que media entre estos dos extremos haya sido asistido adecuadamente.

Las diversas dificultades que debe superar la población para acceder al sistema de atención médica, por un lado, y las características del mismo que atiende sólo la demanda espontánea, no obstante los lineamientos políticos y la legislación vigente que lo responsabilizan de la salud de toda la población, se conjugan para no satisfacer el cumplimiento de las postulaciones referentes a una atención médica integral, igualitaria y de cobertura total.

El proyecto de salud de la provincia de Misiones deberá adecuarse a las necesidades de la población, teniendo en cuenta su estructura demográfica y socio-económica cultural procurando una adecuación y mejor distribución de la capacidad instalada y los recursos financieros.

Será necesario que promueva el mejor desempeño del personal profesional, técnico, administrativo y general, desarrollando las posibilidades personales de todos los integrantes del equipo de salud.

Es preciso asimismo, que el proyecto tenga capacidad para promover e internalizar pautas de salud en los habitantes y apoyar actividades de salud que se brinden por igual a toda la población.