

1008

26245

PROGRAMA PILOTO DE IMPLEMENTACION
DE UN SISTEMA DE ATENCION MEDICA -
PARA LA POBLACION EN TRES LOCALIDA
DES (UBERA, LEANDRO N. ALEM Y BER
NARDO DE IRIGOYEN) - PROVINCIA DE
MISIONES -

Informe Final

Realizado por: Dra. Inés Fontau
Lic. Estela Junco

Participaron en el diseño de la encuesta:
Lic. Adela Kumcher
Lic. Iris Guerzi

Colaboraron en la recolección y elaboración de la información:
Sr. Ricardo Diehl
Dra. Rosa María Durante
Lic. Iris Guerzi

Dirección de Operaciones
Departamento de Asuntos Sociales

Expte. N° 7152

Buenos Aires, junio de 1978

M. 411
M. 500ES
B. 312

INDICE

	Págs.
Introducción	1
I. Marco conceptual	2
1.1. El costo de la atención	3
1.2. El sistema de atención médica	4
II. Sistema de atención médica existente	9
II.1. Oberá y Leandro N. Alem	10
II.1.1. Recursos	10
II.1.2. Cobertura	17
II.1.3. Evaluación	25
II.2. Bernardo de Irigoyen	26
II.2.1. Recursos	26
II.2.2. Cobertura	28
II.2.3. Evaluación	30
III. Caracterización de la población	31
III.1. Según datos censales	32
III.1.1. Caracterización económica	32
III.1.2. Población	33
III.1.3. Ingresos	39
III.2. Según encuesta	48
III.2.1. Resultados de la encuesta	50
IV. Análisis de experiencias anteriores - SAMIC - Eldorado	61
IV.1. Descripción del sistema	62
IV.2. Evaluación	63
IV.2.1. Nivel de atención médica	64
IV.2.2. Cobertura	65

	Págs.
IV.2.3. Análisis de la demanda	67
IV.2.4. Recursos financieros y su utilización	72
IV.3. Conclusiones	79
V. Análisis y recomendaciones	81
V.1. Oberá y Leandro N. Alem	82
V.1.1. Recursos existentes	82
V.1.2. Características de la población	82
V.1.3. Sistema administrativo y financiero	84
V.1.4. Recomendaciones	85
V.2. Bernardo de Irigoyen	86
VI. Sistema de atención propuesto	88
VI.1. Premisas básicas	89
VI.2. Sistema de atención médica	90
VI.2.1. Servicios de salud	90
VI.2.2. Organismo financiero	92
Notas	95
Anexo	97
. Fundamentos para un indicador de cobertura de atención médica	98
. Índice Cuadros del Anexo	101
. Cuadros del Anexo	103

Índice de Cuadros

Págs.

Capítulo II

Cuadro II.1.: Establecimientos del Sector Público - Zona Sanitaria II - Misiones	12
Cuadro II.2.: Egresos, camas de dotación y relación Egresos/Cama del sistema oficial - <u>Ci</u> fras absolutas y números índices - Zo- na II; Años 1972 a 1976	14
Cuadro II.3.: Recursos existentes en el sistema priva- do - Oberá, 1977	16
Cuadro II.4.: Nacimientos según sistema de atención - Oberá, 1975/76 - Cifras porcentuales	19
Cuadro II.5.: Nacimientos según sistema de atención - Leandro N. Alem, 1975/75 - Cifras por- centuales	20
Cuadro II.6.: Relación entre población asalariada de 10 y más años y población afiliada a <u>O</u> bras Sociales según rama de actividad económica - Provincia de Misiones -	21
Cuadro II.7.: Gasto en Salud financiado por Obras sociales según rama de actividad de los usuarios - Años 1976 y 1977 - <u>Ci</u> fras porcentuales	23
Cuadro II.8.: Distribución porcentual de la pobla- ción asalariada y del gasto en salud según rama de actividad de los usua- rios	24
Cuadro II.9.: Nacimientos según tipo de atención del parto en los años 1971 a 1976 Departamento General Belgrano	29

Capítulo III

Cuadro III.1.	: Población y tasa de crecimiento intercensal urbana y rural, por Departamento - Provincia de Misiones	34
Cuadro III.2.	: Distribución porcentual de la población urbana y rural según departamento - Misiones, 1970	36
Cuadro III.3.	: Población económicamente activa por categoría ocupacional, según rama de actividad - Misiones, 1970 -	38
Cuadro III.4.	: Estimación del ingreso disponible en una chacra de 25 has. (Oberá) -	40
Cuadro III.5.	: Evolución del salario del peón rural en la Provincia de Misiones -	42
Cuadro III.6.	: Número de establecimientos, personal ocupado e ingreso medio anual de los trabajadores industriales en el departamento de Oberá - Provincia de Misiones	44
Cuadro III.7.	: Número de establecimientos, personal ocupado e ingreso medio anual de los trabajadores industriales en el Departamento de Leandro N. Alem - Provincia de Misiones	45
Cuadro III.8.	: Número de establecimientos, personal ocupado e ingreso medio anual de los trabajadores Industriales en el Departamento de General Belgrano - Provincia de Misiones	46
Cuadro III.9.	: Número de cargos y remuneración mensual promedio del sector público - Provincia de Misiones, 1977	49
Cuadro III.10.	: Encuestados según rama de actividad del jefe de la familia - Cifras porcentuales -	51

Cuadro III.11. :	Porcentaje de encuestados según categoría ocupacional del jefe de la familia - 1977	52
Cuadro III.12. :	Encuestados según condición de alfabetización y localidad - Cifras porcentuales -	54
Cuadro III.13. :	Alfabetos y analfabetos según ramo de actividad -	55
Cuadro III.14. :	Condición de afiliación de la población encuestada -	56
Cuadro III.15. :	Condición de afiliación según ramo de actividad - Oberá - L. H. Alem - Bernardo de Irigoyen -	58
Cuadro III.16. :	Nivel de ingreso mensual por localidad - Cifras porcentuales -	59

Capítulo IV

Cuadro IV.1. :	Nacimientos ocurridos en Eldorado según sistema de atención - Cifras porcentuales	66
Cuadro IV.2. :	Promedio de egresos mensuales por todas las causas según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1971 a 1977	69
Cuadro IV.3. :	Egresos según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1971 a 1977 Cifras porcentuales	71
Cuadro IV.4. :	Egresos según categoría y especialidad del Hospital de Eldorado - Años 1975 a 1977 - Cifras porcentuales	73

<p>Cuadro IV.5. : Consultas según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1972 a 1976</p>	<p>74</p>
<p>Cuadro IV.6. : Recursos financieros según fuente de procedencia - Hospital de Eldorado 1973/74/75</p>	<p>77</p>
<p>Cuadro IV.7. : Distribución del gasto</p>	<p>76</p>

INTRODUCCION

La elaboración de un proyecto para un sistema de atención médica en un área implica el análisis de la situación socioeconómica de la población y de los recursos existentes para la atención de la salud que en la actualidad configuran los diferentes sistemas de atención.

La necesidad de dar un ordenamiento adecuado al sector y de utilizar los recursos en forma racional obliga a la búsqueda de nuevas formas organizativas que permitan la integración de los sistemas existentes. Dentro de esta línea de pensamiento se realiza el presente trabajo - donde se analizan las posibilidades de las áreas en estudio y se elabora un proyecto de atención médica contemplando los aspectos técnicos organizativos y financieros del mismo.

Los datos analizados fueron tomados de publicaciones oficiales o proporcionados -en el caso de los inéditos- por los departamentos de Estadística y de Atención Médica del Servicio Provincial de Salud de Misiones, por la Dirección del Hospital de Eldorado y por el Círculo Médico de la Zona Centro. La información referente a los establecimientos de Oberá, Leandro N. Alem y Bernardò de Irigoyen, así como la encuesta a la población, fue relevada por técnicos de este Organismo.

1. Marco conceptual

1.1. El costo de la atención

1.2. El sistema de atención médica

1. Marco conceptual.

La elaboración de un sistema de atención médica que contemple las necesidades de la población en un área determinada requiere el análisis de la situación existente y de las posibilidades que de ella surjan, dentro del marco que le preste la dinámica del sector salud en el país.

En el ánimo de definir este encuadre cabe desarrollar -- brevemente la composición del sistema de atención médica en la Argentina, así como algunos de los factores cuya interrelación debe tenerse en cuenta.

1.1. El costo de la atención.

1.1.1. Complejidad de la oferta.

La asistencia médica -volcada fundamentalmente a la atención de los enfermos- ha incrementado enormemente su complejidad en los últimos veinte años, a raíz de la incorporación de nuevos métodos de -- diagnóstico y tratamiento basados en los avances técnicos alcanzados en otros terrenos científicos.

Obviamente estos métodos requieren equipos específicos, cuya complejidad se trasmite, multiplicándose, en el personal requerido para su instalación, mantenimiento y operación. A su vez, el grupo profesional (que deba interpretar datos hasta ayer inexistentes para elaborar un diagnóstico o seguir la evolución de un enfermo) necesita actualizarse permanentemente.

1.1.2. Crecimiento de la demanda.

Con respecto a la población, la concentración en medios urbanos, la cercanía a los centros de atención y el incremento del nivel de vida fueron acompañados de cambios fundamentales en sus pautas - para requerir atención, generando una demanda creciente de servicios -

4

especializados. Asimismo, el aumento de la expectativa de vida trajo como consecuencia la participación cada vez mayor de grupos de edad avanzada, con lo que se incorporó a la demanda una gran cantidad de enfermos crónicos.

En todos los países analizados en forma sistemática, estos cambios en la oferta y demanda de asistencia médica, provocaron un crecimiento incesante de los costos de atención y del gasto en salud como porcentaje del producto bruto, independientemente de su nivel de desarrollo (1) (2).

1.2. El sistema de atención médica.

El sector salud en Argentina cuenta con una gran capacidad instalada, extendida en todo el país, un elevado número de médicos y una cantidad muy escasa de auxiliares de la medicina.

La forma en que se organizan estos recursos da origen a tres sistemas: a) el sistema oficial; b) el de obras sociales; c) el sistema privado.

a) El sistema público es el que tiene mayor capacidad instalada -70% de las camas de internación- y una gran extensión geográfica; aún en las pequeñas localidades y agrupaciones de población de las áreas rurales existen establecimientos sanitarios oficiales. Brinda asistencia en forma gratuita, por lo que es el sistema de máxima apertura.

Tradicionalmente ha sido el único sistema presente en las poblaciones pequeñas y el de mayor complejidad en los grandes centros urbanos, donde no solo sobrelleva la responsabilidad de la asistencia de los pacientes, sino también la de la formación de personal, ya que inevitablemente los últimos años de las carreras de los profesionales de la medicina y la totalidad de la de los auxiliares recaen más sobre el hospital que sobre los centros de enseñanza.

Financiado fundamentalmente por fondos públicos, sus presupuestos y por consiguiente, su instalación física y planteles de personal, han sufrido los vaivenes de las líneas políticas vigentes.

b) El sistema de obras sociales, con escasos servicios propios -11% de las camas de internación- pero con una posibilidad de financiamiento -- muy fluida, proporcionado por los trabajadores en relación de dependencia y sus empleadores. A raíz de que los organismos competentes no señalaron en un principio normas o criterios para las obras sociales, cada una de ellas estableció su forma de funcionamiento, por lo que el conjunto resulta sumamente heterogéneo, existiendo una amplia gama de variación en cuanto a los riesgos cubiertos, tipo de prestaciones, extensión de los beneficios a familiares, monto y tipo de cotización, etc.

A pesar de estar presentado como una unidad, está formado por una enorme cantidad de pequeños regímenes estancos, que asisten poblaciones cerradas, constituyendo ésto el inconveniente más grande -- del sistema.

En virtud de la Ley 18610/71 se normatizan los criterios básicos para el funcionamiento de las obras sociales y se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales -I.N.O.S.- con atribuciones para "promover la coordinación e Integración" de estas Instituciones y la función de evaluar y analizar su desempeño, por lo que es dable esperar un gradual ordenamiento y cohesión de este sistema.

El "Registro de Obras Sociales", que también es de competencia del I.N.O.S., permite conocer el número de beneficiarios, modalidad de prestación y recursos con que cuenta cada obra social, con lo -- que se tendrá el panorama de su cobertura teórica, aún cuando para conocer la cobertura real se requieren estudios especiales.

c) El sistema de atención privada funciona con fines de lucro y está con centrado fundamentalmente en los grandes núcleos urbanos. Cuenta con el 20% de la capacidad instalada del país, su nivel de oferta es sumamente heterogéneo y está financiado por el paciente ya sea mediante el pago - de la prestación o bien por el aporte a un sistema de prepago.

En esta descripción, los sistemas pueden aparecer claramente diferenciados, dado la necesidad de presentar la información de manera ordenada. Cuando se intenta describir su funcionamiento, dicha diferenciación es bastante más difícil de establecer.

El costo creciente de la atención, va limitando a los sectores de mayores ingresos la posibilidad de financiar la asistencia, con lo que el grupo de pacientes privados tiende a desaparecer.

Por otra parte, a raíz de la enorme masa de población afiliada que aporta a las obras sociales, este sistema se convierte en el más sólidamente financiado, y, por carecer de instalaciones propias, debe contratar la capacidad instalada y las prestaciones en el sector privado, constituyéndose en el nuevo sostén de este grupo profesional.

La contratación de los servicios privados se retribuye por acto médico, con aranceles diferenciados que se actualizan periódicamente y que se aplican en todo el país. Esta modalidad de pago contribuye a la inducción de atenciones innecesarias por parte de los profesionales; por otra parte, los pacientes, que cuentan con un acceso muy fácil al sistema, son proclives a exagerar sus requerimientos de atención. El sistema trata de poner un freno a la demanda excesiva, requiriendo para todas las atenciones el pago de un porcentaje del costo.

Este coseguro, o moderador, condiciona el consumo de las atenciones de salud, resultando una barrera importante para los asegurados de escasos recursos, mientras que los que cuentan con un buen nivel de ingreso utilizan el servicio. De esta manera, el sentido de solidaridad que anima al sistema de obras sociales se revierte, cayendo en una situación paradójica, en la que los que tienen menos aportan a un sistema en el cual se asisten los que ganan más. Con motivo de este mecanismo alrededor del 20 % de la población afiliada no utiliza los servicios a los que teóricamente tiene derecho y busca su asistencia en el sector oficial (3) (4) (5). "El hospital público, cuyo volumen y complejidad de recursos lo convierten de hecho en el más fuerte pilar de la

atención médica del país, agrega así a su tradicional responsabilidad - sobre sectores desprotegidos y de bajos ingresos, la atención de una -- clientela teóricamente tributaria de los sistemas de obras sociales (6).

Es evidente que en este trasvasamiento de pacientes -en el que la población teóricamente cubierta por un sistema al que aporta, cae por rebalsamiento en el otro- el sistema oficial es el que lleva la peor parte.

Está claramente demostrado que los establecimientos pú- blicos "reciben una demanda creciente de patología de alta mortalidad", "son los receptores preferentes de la demanda de urgencia y de las en- fermedades ligadas a bajo nivel socioeconómico" (7). Estos requerimien- tos han sobrecargado al hospital público, poniendo a prueba su capaci- dad operativa que, aunque grande, se ha visto con frecuencia desbordada. Se acostumbre a medir la magnitud de la capacidad instalada en salud a través del número de camas existentes para internación, pero cabe recor- dar, que los recursos humanos y materiales que cada cama implica, son - los que realmente configuran la capacidad operativa del establecimiento o del sistema.

Ovviamente la cuantía y disponibilidad de estos recursos está en función del presupuesto y, por lo tanto, sufre sus oscilaciones. Tradicionalmente, los fondos públicos destinados al sector han resulta- do insuficientes para la tarea que éste debe enfrentar, escasez a la que se agrega la rigidez impuesta por las trabas administrativas que surgen de la ley de presupuesto.

Todo esto se tradujo con frecuencia en el deterioro de - la función, heterogeneidad en la calidad de las atenciones, desaliento de los pacientes y frustraciones del grupo profesional.

Esta situación confusa y desordenada, con gran derroche - y profusión de recursos, pero que no llega a satisfacer adecuadamente -- los requerimientos de la población ha obligado a la búsqueda de solucio- nes pragmáticas.

Esta intención -que ha animado la orientación política - del sector desde hace algunos años- se tradujo en una tendencia a la integración funcional de los recursos de los diferentes sistemas.

El acoplamiento del sistema oficial con el de obras sociales, al que el primero puede contribuir con su capacidad operativa - mientras que el segundo aporta el financiamiento, parece ser la solución más adecuada.

"El hecho de contar con una infraestructura -que si bien debe ser recuperada y apuntalada con inversiones para reequipamiento y - formación del personal auxiliar, permite disponer de recursos que cubren toda la extensión del país- y un gran número de profesionales, permite - asegurar, mediante una política adecuada, la disponibilidad de atención médica aún en pequeñas localidades rurales".

"Por otra parte, la amplia cobertura del sistema de obras sociales y mutuales implica la existencia de mecanismos de recaudación y administración de servicios de salud" que proporciona una sólida base para la integración de los sistemas (6).

La implementación de todo esto requerirá análisis y medida para evitar situaciones conflictivas.

La elaboración del presente trabajo tiene por objeto conocer la situación particular de la Provincia de Misiones y sus posibilidades de cambio en los aspectos ya descriptos. Se analizará la capacidad funcional de los sistemas de atención médica en Oberá, Leandro N. Alem y Bernardo de Irigoyen y las condiciones de la población con el ánimo de evaluar la situación existente y elaborar la solución más viable y satisfactoria.

II. Sistema de atención médica existente

II.1. Oberá y Leandro N. Alem

II.1.1. Recursos

- a) Sistema oficial
- b) Sistema privado

II.1.2. Cobertura

II.1.2.1. Cobertura de atención

II.1.2.2. Cobertura financiera

II.1.3. Evaluación

II.2. Bernardo de Irigoyen

II.2.1. Recursos

- a) Sistema oficial
- b) Sistema privado
- c) Sistema mutual

II.2.2. Cobertura

II.2.3. Evaluación

II. Sistema de atención médica existente.

Se reconocerá el sistema que actualmente sirve a la población con respecto a capacidad instalada, funcionamiento y cobertura.

II.1. Oberá y Leandro N. Alem.

II.1.1. Recursos.

a) Sistema oficial

Los hospitales de Oberá y Leandro N. Alem pertenecen a la red asistencial de la Zona Sanitaria II. El primero, con una dotación de 75 camas, se constituye en hospital cabecera por ser el de mayor complejidad -Nivel VI-, por lo que, teóricamente, debería ejercer funciones de administración, abastecimiento y control de todos los establecimientos del área.

Brinda asistencia ambulatoria e internación para las cuatro clínicas básicas; especialidades críticas -otorrinolaringología, oftalmología y traumatología- y fisiología. Con respecto a los servicios de apoyo cuenta con nanoterapia, anestesiología, radiología y laboratorio con un excelente equipamiento. Los dos últimos servicios están atendidos por profesionales.

El hospital de Leandro N. Alem es un establecimiento de nivel IV que depende teóricamente del hospital base.

Brinda atención ambulatoria e internación para las cuatro clínicas básicas con una dotación de 38 camas.

El equipamiento del hospital, tanto en servicios generales -lavadero, cocina- como en los intermedios -laboratorio, radiología, quirófano, sala de partos, etc.- es adecuado, aún cuando algunos servicios no funcionan por falta de personal técnico -radiología- o bien por

11

carecer de los materiales necesarios -consultorio de odontología-.

A partir de estos dos niveles se extiende una red asis--tencial integrada por 8 unidades sanitarias y 28 puestos de salud ubica--dos en pequeñas localidades.

El equipamiento y tipo de personal de cada uno de estos establecimientos se detallan en el Cuadro 11.1.

La capacidad operativa de este subsistema está asegurada tanto por la existencia de tres hospitales que actúan como centros de -referencia -los de Alem y San Javier (nivel IV) y el de Oberá (nivel VI)- como por la de un gran número de unidades de muy baja complejidad situa--dos en el medio rural.

El número de establecimientos con internación se ha incre--mentado en los últimos años con unidades sanitarias en cuatro localida--des -Alba Posse, Cerro Azul, 2 de Mayo y Campo Viera-.

La ampliación del número de camas trajo aparejado un au--mento de los egresos, que expresado en números índices demostró ser muy superior al de la capacidad instalada: mientras las camas aumentaron de 100 a 118, los egresos evolucionaron de 100 a 147.

El mismo hecho se pone de manifiesto en la evolución de -la relación egresos/camas que muestra un rendimiento creciente de los re--cursos de internación (Cuadro 11.2.)

Esta evolución de los recursos y su utilización por la po--blación, resulta más satisfactoria aún, por el hecho de que el aumento -de los servicios ha abarcado áreas rurales que carecían de cobertura.

b) Sistema privado

Como puede verse en el cuadro 11.3., las clínicas priva--das existentes en Oberá son de capacidad reducida -suman 50 camas entre

Cuadro II.1.

Establecimientos del Sector Público. Zona Sanitaria II. - Misiones

Establecimientos	PERSONAL						EQUIPAMIENTO						
	Nivel	Camas	Médicos	Odont.	Bloq. Parteras	Enfermeras	Otro Personal	Total	R _x	500 m A	si	si	Laborat. Hemo-terapia
Hosp. base Zona II. Oberá	VI	90	23	5	2	5	62	56	153	500 m A	si	si	-
" de Area L.N. Alem	IV	40	4	1	1	1	16	20	53	100 "	si	si	-
" de Area San Javier	IV	28	3	1	-	-	9	22	35	100 "	si	si	-
Unidad Sanit. Alba Posse	III	10	1	-	-	-	3	6	10	15 "	-	-	-
" Sanit. Dos de Mayo	III	10	2	-	-	-	4	5	11	-	-	-	-
" " Campo Viera	III	6	3	1	-	-	6	4	14	-	-	-	-
" " Cerro Azul	III	4	1	1	-	-	3	4	9	-	-	-	-
" " Aristób. del Valle	III	13	3	1	-	-	9	1	14	-	-	-	-
" " El Soberbio	II	-	1	-	-	-	2	1	4	-	-	-	-
" " Campo Grande	II	-	2	-	-	-	4	2	8	-	-	-	-
" " 25 de Mayo	II	-	1	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-
Fuente de Salud Dom. Savio	II	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
" de Salud Yapeyú Centro	II	-	1	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-
" " Colonia Aurora	II	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-
" " Salto Encantado	II	-	1	-	-	-	2	-	3	-	-	-	-
" " Los Galpones	II	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-
" " Los Helechos	II	-	1	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-
" " Campo Grande. Km 17)	II	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-
" " Panambi. Km 8	II	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-
" " Picada San Martín	II	-	1	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-
" " Colonia Guarani	II	-	1	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-
" " Panambi	II	-	1	-	-	-	1	1	3	-	-	-	-
" " Campo Ramón	II	-	1	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-
" " Itacuará	II	-	1	1	-	-	1	1	4	-	-	-	-
" " Caá-Yari	I	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-

Cuadro II.1.

(Continuación)

Establecimientos del Sector Público. Zona Sanitaria II. - Misiones

Establecimientos	P E R S O N A L					E Q U I P A M I E N T O				
	Nivel Camas	Médicos	Odont.	Bioq.	Parteras Enfermeras	Otro Personal	Total	R _x	Laborat.	Hemoterapia
Puesto de Salud Km 25	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" de Salud 1° de Julio	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " Pueblo Salto	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " Almafuerte	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " Colonia Alberdi	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
" " Puerto Rosario	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " Arroyo del Medio	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " Pindaytí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
" " Florentino Ameghino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
" " NO	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " Gral. Alvear	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " O.V. Andrade	-	-	1	-	-	1	2	-	-	-
" " Gubern. López	-	-	1	-	-	1	2	-	-	-
" " Dos Arroyos	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " Mojón Grande	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Consultorio Ext. Periferico "Villa Blanca"	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-

Fuente: Departamento de Atención Médica - Servicio Provincial de Salud - Provincia de Misiones, 1977. -

Cuadro 11.2.Egresos, camas de dotación y relación Egresos/Cama del sistema oficial.Cifras absolutas y números índices - Zona II; Años 1972 a 1976.

Indicadoras	1972	1973	1974	1975	1976
Egresos (Nros. absolutos)	5422	6458	7719	8093	7970
Egresos (Nros. Índices)	100	119	142	149	147
Camas de dotación (Nros. absolutos)	158	172	194	184	187
Camas de dotación (Nros. Índices)	100	109	123	116	118
Relación Egresos/Camas	34,3	37,5	39,8	44,0	42,6

Fuente: estadísticas Hospitalarias (indicadores) 1972; 1973; 1974; 1975; 1976.
Servicio Provincial de Salud - Provincia de Misiones.

cuatro establecimientos- y en cuanto al equipamiento propio no es muy grande. Sólo dos de ellas cuentan con equipo radiológico y una con laboratorio propio, aún cuando existen independientemente 2 clínicas de radiología y dos laboratorios de análisis clínicos que pueden dar apoyo a los sanatorios existentes.

Los profesionales son los mismos que actúan en el hospital, con el agregado de algunos especialistas -neurólogo y psiquiatra- residentes en Posadas, que concurren periódicamente.

En el ámbito privado existe en Leandro N. Alem una pequeña clínica de 8 camas y tres laboratorios, además de un sanatorio de características peculiares: se trata del Sanatorio Adventista del Noreste Argentino (S.A.N.A.), integrado en un subsistema particular con entidades similares de otras zonas del país que dependen desde el punto de vista organizativo y financiero de la Iglesia Adventista.

Todos los profesionales y auxiliares que trabajan en esta clínica son profesantes activos de la religión adventista, trabajan con dedicación exclusiva, viven en casas cercanas al sanatorio y no se integran con la población local.

Esta clínica, de aproximadamente 60 camas, cuenta con un buen equipo radiológico atendido por técnico auxiliar y un laboratorio bien equipado a cargo de un bioquímico.

Se brinda asistencia en las cuatro clínicas básicas, ortopedia y otorrinolaringología.

Cuando la patología supera las posibilidades de atención del S.A.N.A. los pacientes son derivados a otro Sanatorio Adventista en Paraná o en Buenos Aires.

La asistencia en este establecimiento está abierta a toda la población. Se asisten pacientes que financian su tratamiento, los que están afiliados a obras sociales y los indigentes, estos últimos en forma gratuita.

Cuadro 11.3.

Recursos existentes en el sistema privado - Oberá - 1977

Sanatorios	Nº camas	Nº médicos	Especialistas	Servicios de apoyo Laborat. Radiolog. Anestes.		
Clinica del Norte	11	5	Clinicas Básicas ORL. Urología	-	si	si
Sanatorio Derna	16	4	-	-	-	si
Hospital Privado	15	9	Clinicas Básicas ORL. Oftalmología Cardiología	si	si	si
Sanatorio Bertoldi	8	3	-	-	-	-
Total	50	21	-	-	-	-

Fuente: Información relevada en los establecimientos.

No desarrolla programa de captación de población; se atiende la demanda espontánea, que alcanza aproximadamente a 10.000 consultas y 1.600 egresos anuales.

11.1.2. Cobertura.

Por lo que se expresara en el capítulo I, la cobertura presenta dos aspectos a considerar.

a) El primero se refiere a la que muestra la población realmente atendida; para su análisis se debe hacer referencia exclusivamente a los sistemas oficial y privado, ya que son los que cuentan con recursos para brindar asistencia.

b) En segundo término se considera la cobertura de financiamiento de la atención médica que se brinda a través del sistema de obras sociales.

11.1.2.1. Cobertura de atención.

La determinación de la población asistida por cada sistema no es fácil de hacer y obliga a la búsqueda de un indicador. (Ver nota en el Anexo).

La prestación sanitaria más frecuente en internación es la relacionada con la asistencia del parto. Por otra parte, el nacimiento se registra sistemáticamente por lugar de ocurrencia y tipo de atención. Si bien el número de "partos" no es igual al de "nacimientos vivos" una estimación basada en la equiparación de estos hechos, puede considerarse aceptable. Elaborando los datos de estadísticas vitales y hospitalarias pueden determinarse los valores absolutos y porcentuales de los partos-nacimientos asistidos en los sistemas público y privado.

Por tratarse de un hecho vital que se produce con una frecuencia determinada en la población, su distribución porcentual en los sistemas considerados puede tomarse como la distribución de la población con respecto a todas las atenciones de salud.

Observando el cuadro 11.4. se pone de manifiesto que del total de nacimientos ocurridos en el departamento de Oberá en 1975 y 76, considerando el promedio de los 2 años, el 44,5% tuvo lugar en el hospital público; el 21,3% fueron asistidos en el subsector privado, quedando sin atención profesional el 34,2%.

La elaboración de los datos correspondientes a Alem muestra valores muy similares. (Cuadro 11.5.).

Tomando estos datos como indicadores de cobertura puede decirse que en los departamentos de Oberá y Alem el hospital público -- brinda asistencia al 45% de la población; cerca del 25% acuden al subsector privado; el resto de la población --alrededor de 30%-- no se asiste regularmente en el sistema de atención médica.

11.1.2.2. Cobertura financiera.

a) teórica.

Como se dijera oportunamente, los trabajadores en relación de dependencia tienen cubierta, por lo menos teóricamente, su atención médica en virtud de la aplicación de la Ley N° 18610 que obliga a empleadores y asalariados a realizar aportes con esa finalidad. De ello se desprende que la condición de "trabajador dependiente" equivale a tener asegurada la asistencia médica.

Los datos de "población asalariada" de 10 y más años que surgen del último censo, arrojan para Misiones la suma de 90650 trabajadores. Para la misma provincia en 1977, el Registro Nacional de Obras Sociales acusa una población de 40721 afiliados, que representa el 44,9% de -- los asalariados. Es claro que la condición legal de trabajo --y, por ende, de afiliación-- comprende los individuos de 14 y más años, y por lo tanto el número de postulos afiliados es algo más bajo que el del total de los trabajadores censados, pero aún así, es evidente que existe un porcentaje alto de trabajadores sin afiliar.

Puede verse en el cuadro 11.6. que los porcentajes de afi-

Cuadro 11.4.

Nacimientos según sistema de atención - Oberá, 1975/76; cifras porcentuales

N A C I M I E N T O S					
Años	Con atención profesional			Sin atención profesional	TOTAL
	Asistidos en Hospital Público	Asistidos con Atención Privada	Total		
1975	40,6	24,6	65,2	34,8	100 %
1976	48,1	18,3	66,4	33,6	100 %
Promedio 1975/76	44,5	21,3	65,8	34,2	100 %

Fuente: . Tabla N° 35 del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Depto. de Estadísticas de Salud. SESP. Información inédita.

. Estadísticas Hospitalarias. Servicio Provincial de Salud. Depto. de Estadísticas

Cuadro 11.5.

Nacimientos según sistema de atención - Leando N. Alem; 1975/76; cifras porcentuales

N A C I M I E N T O S					
Años	Con atención profesional			Sin atención Profesional	TOTAL
	Asistidos en Hospital Público	Asistidos con Atención Privada	Total		
1975	48,6	23,6	72,2	27,8	100 %
1976	43,1	31,6	74,7	25,3	100 %
Promedio 1975/76	45,7	27,8	73,5	26,5	100 %

Fuente: Idem Cuadro 11.4.

Cuadro 11.6.

Relación entre población asalariada de 10 y más años y población afiliada a Obras Sociales según rama de actividad económica, Provincia de Misiones -

Rama de Actividad	Asalariados	Afiliados	%
a) Agricultura y explotación de minas y canteras.	31.250	140	0,4
b) Industria manuf. y Electric., Gas, Agua y Servicios Sanitarios	13.050	10.138	77,7
c) Construcción	6.100	5.564	91,2
d) Comercio al por mayor y al por menor y restaurantes, hoteles y Establ. financieros. Seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas	8.150	2.137	26,2
e) Transportes, almacenamiento y comunicaciones	3.400	911	26,8
f) Servicios comunales, sociales y personales	22.650	21.831	96,4
g) Actividades no bien especificadas	6.050	-	0
TOTAL	90.650	40.721	44,9

Fuente: Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970 - INDEC -
- Registro Nacional de Obras Sociales - INOS -

Dados en cada rama de actividad muestran que los grupos más protegidos son los de los que se desempeñan en el sector Servicios -96,4%- y en la Construcción -91,2%- . Algo menor, aunque satisfactoria, es la cobertura de los trabajadores Industriales -77,7%- y muy baja la del personal ocupado en Comercio y Transportes.

Los trabajadores agrícolas están supuestamente protegidos a través de ISSARA, aunque en esta institución se declara no conocer el número real de afiliados, estimando una evasión del 90% sobre el total - de los trabajadores rurales.

b) Cobertura real.

Como ya se dijera, las obras sociales contratan las atenciones de sus afiliados en el sector privado, tramitación que se realiza a través de los colegios médicos.

La información de los rentos pagados por las obras sociales al Colegio Médico de la Zona Centro de la provincia -que comprende los Departamentos de Oberá, Alem, Calquías, Guaraní, 25 de Mayo y San Javier- como remuneración por atenciones realizadas por el grupo profesional privado, agrupados según rama de actividad de los usuarios, muestra que el consumo más importante en materia de salud corresponde a los trabajadores de Servicios -42,3% del total de lo pagado en 1977 en concepto de honorarios médicos- destacándose dentro del sector, la obra social de los empleados provinciales a quien le corresponde algo más de la mitad del gasto.

Los trabajadores del sector primario consumieron el 17,0% del gasto, el 15,7% los de Comercio y el 9,3% los Industriales. (Cuadro N° 11.7.).

Si se comparan estos porcentajes con los que corresponde a la distribución de la población asalariada por rama de actividad en la provincia de Misiones según datos censales, puede verse que se destacan diferencias notables en dos de los grupos considerados. El sector - Servicios, con 25,0% de la población asalariada, consume el 42,3% del -

Cuadro 11.7.

Gasto en Salud financiado por Obras Sociales según rama de actividad de los usuarios - Años 1976 y 1977. Cifras porcentuales.

	1976	1977
AGRICULTURA, SILVICULTURA, CAZA Y PESCA	15,0	17,9
S.U.O.R.	4,8	5,3
I.S.S.A.R.A.	10,2	12,6
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	9,0	9,3
Aserreros	1,4	2,0
Tabacaleros	4,7	4,3
Madereros	0,9	0,7
U.O.M.	1,5	1,5
S.M.A.T.A.	0,5	0,8
CONSTRUCCION	1,7	0,04
U.Q.C.R.A.	1,7	0,04
ELECTRICIDAD, GAS, AGUA Y SERVICIOS SANITARIOS	1,7	1,7
Luz y Fuerza	1,7	1,7
COMERCIO	16,1	15,7
Bancarios	2,5	2,5
Comercio	11,5	10,5
I.F.S.	0,2	0,2
Seguros Colmena	1,9	2,5
Seguros La Agrícola	0,04	0,03
TRANSPORTE, ALMACENAJE Y COMUNICACIONES	3,8	3,5
Camioneros	0,8	0,8
U.T.A.	1,2	1,2
E.N.Tel.	0,7	0,6
Correos	1,1	0,9
SERVICIOS	41,7	42,3
Educación	10,7	9,9
I.O.S. Ejército	4,3	3,8
Provincia	23,6	23,6
Salud Pública	0,3	0,2
Hacienda	0,2	0,2
Agricultura	0,3	0,2
Arquitectura	0,1	0,1
Vialidad Nacional	1,3	0,9
I.A.N.I.P. (Círculo Médico de Posadas)	0,8	3,3
Gastronómicos	0,1	0,1
SIN ESPECIFICAR	11,0	9,7
A.M.O. (Asociación Mutual Oberá)	1,4	1,5
A.P.S. (Asociación Personal Superior de Empresas)	7,6	6,6
Otros	2,0	1,6
TOTAL	100 %	100 %

Fuente: Círculo Médico Zona Centro - Provincia de Misiones -

Cuadro 11.8.

Distribución porcentual de la población asalariada y del gasto en salud según rama de actividad de los usuarios.

Rama de actividad	Población asalariada - %	Honorarios médicos pagados por Obras Sociales - %
Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca.	34,5	17,9
Industrias manufactureras y Electricidad, Gas, Agua y Serv. Sanitarios	14,4	11,0
Construcción	6,7	0,04
Comercio	9,0	15,7
Transportes	3,8	3,5
Servicios	25,0	42,3
Actividades no bien especificadas	6,7	9,7

Fuente: Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas, 1970 - INDEC - Cuadro 11.7.

gasto en salud; mientras que los trabajadores del sector primario, que representan el 34,5% de la población activa, participan en el consumo de prestaciones con el 17,9% del gasto. Cuadro 11.3.

11.1.3. Evaluación.

En Oberá el sistema privado cuenta con una escasa capacidad de camas, superada con mucho por el sector oficial. El nivel de atención puede considerarse similar en ambos casos -VI según la escala nacional- aún cuando el equipamiento del hospital provincial ofrece teóricamente posibilidades de mejor asistencia que las clínicas privadas. Esta situación se ve desvirtuada por el hecho de que el grupo profesional que actúa en ambos sistemas es el mismo, por lo que surge una situación de competencia que disminuye claramente las ventajas de la asistencia en el hospital público.

En el hospital oficial de Leandro N. Alem la asistencia es de nivel IV incompleta, a raíz de los problemas de funcionamiento de algunos sectores; la dedicación de los profesionales se limita, en el mejor de los casos, a tres horas diarias de atención.

A nivel privado existe el sanatorio más importante y de mejor capacidad de la zona en cuanto a número de camas y a sectores de diagnóstico y tratamiento. El personal es de dedicación completa y considera la eficiencia en el desempeño de sus tareas como un deber inherente a su religión.

Independientemente de la diferencia de atención y tamaño de los servicios de ambos sistemas ubicados en los centros urbanos, debe destacarse la penetración del sistema oficial en las áreas rurales mediante un gran número de centros asistenciales.

La asistencia de la población del área Oberá-Alem está

cubierta en gran medida -45%- por el sistema público. El porcentaje de población que carece de asistencia regular, alcanza proporciones alarmantes -30%-.

El sistema de obras sociales proporciona cobertura aproximadamente a la mitad de los asalariados, siendo los trabajadores rurales los más desprotegidos.

11.2. Bernardo de Irigoyen.

11.2.1. Recursos.

a) Sistema oficial: El establecimiento de jurisdicción provincial existente en Bernardo de Irigoyen es una Unidad Sanitaria de tres camas atendida por dos médicos. Carece de laboratorio y si bien cuenta con equipo radiológico y odontológico, no dispone de técnicos ni material para utilizarlos. Tampoco existen sectores generales, por lo que no se les suministra alimentos a los pacientes internados.

A pesar de la precariedad de estas condiciones, se asisten entre 6 y 10 partos mensuales, lo que implica una población cubierta de aproximadamente 2.000 habitantes. Se desarrollan algunas tareas de prevención, tales como vacunación y suministro de leche a niños y embarazadas, aunque ambas acciones dependen del aprovisionamiento, que suele ser irregular. Se realiza detección de cáncer de cuello uterino y de sífilis.

b) Sistema privado: Existe una clínica de seis camas asistida por un médico general. Carece de sectores de apoyo. Concurren fundamentalmente pacientes con cobertura de obra social predominando los trabajadores del sector servicios (empleados de la administración pública provincial y maestros).

c) Sistema mutual: Debe mencionarse entre los recursos radicados en Bernardo de Irigoyen la existencia de un pequeño establecimiento que depende del Instituto Nacional de Acción Mutual (I.N.A.M.) organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, cuyo objetivo consiste en desarrollar iniciativas comunitarias tendientes al mantenimiento de servicios sociales, poniendo particular acento en las zonas de fronteras

La clínica creada y equipada por el I.N.A.M. es un establecimiento de cuatro camas, asistida por dos médicos y que cuenta con un aparato portátil de radiología.

Ofrece atención médica a la población que se asocia mediante un sistema de prepago, al que se incorpora mediante el pago de cuotas mensuales de \$ 500.- por grupo familiar.

Los recursos financieros se integran con un subsidio del I.N.A.M., la mencionada cuota de prepago y el producto de las atenciones realizadas a los asociados, que se cobran según los aranceles fijados en el nomenclador nacional de prestaciones médicas.

El I.N.A.M. ejerce el control administrativo de la Clínica Mutual, que desempeña sus tareas asistenciales sin ninguna supervisión técnica,

La cifra de pacientes asistidos en el año 1976 según datos del I.N.A.M. son las siguientes: 1855 consultas, 96 egresos y 17 partos.

Teniendo en cuenta que la población afiliada está constituida por 314 familias y en base a lo observado en la encuesta que se detalla en el capítulo III, se estima un tamaño promedio de 6 personas por familia. La población cubierta por este sistema alcanza aproximadamente a 1884 habitantes. La relación entre las prestaciones realizadas y la población teóricamente cubierta arroja tasas de atención de 1,0 consultas por habitante/año y 5,2 egresos cada 100 habitantes/año, que pueden considerarse satisfactorias para una población rural. En cambio, si se tiene en cuenta el número de partos asistidos y considerando

la tasa de natalidad del departamento -5,4% (9), la población que cubre el sistema es de 315 habitantes, lo que representa un porcentaje realmente pequeño de la cobertura teórica.

11.2.2. Cobertura

No es fácil determinar la cobertura que brinda cada uno de los sistemas intervinientes, pero sí puede conocerse con bastante claridad la del sistema de salud en su conjunto a través de la atención de los partos.

Observando la tabla 11.9. puede verse que la asistencia de los nacimientos ocurridos en el Departamento General Belgrano durante una serie de años, pone de manifiesto que durante los primeros cuatro años -- (desde 1971 a 1975) entre el 64,4% y el 57,0% de los nacimientos carecían de atención profesional. Esta situación cambia bruscamente en 1976, año en que el porcentaje de partos adecuadamente asistidos es 42,7%.

Utilizando este dato como indicador de cobertura de atención médica, puede decirse que el Departamento General Belgrano tuvo una cobertura muy pobre, casi nula, hasta hace pocos años, pero que esta situación ha cambiado.

Actualmente los servicios de salud pública brindan atención a alrededor del 40% de los habitantes, cobertura que puede considerarse satisfactoria si se tiene en cuenta que se trata de un área con 100% de población rural. Se estima, en base al dato de partos asistidos en la Unidad Sanitaria provincial, que la mitad de la población cubierta corresponde al sector público.

Cuadro 11.9.

Nacimientos según tipo de atención del parto en los años 1971 a 1976 - Departamento General Belgrano - Provincia de Misiones

Años	Nacimientos según atención		Total de nacimientos
	Profesional	No profesional	
1971	40	15,6	266
			84,4
			315
1972	42	9,9	381
			30,1
			423
1973	45	13,3	250
			86,2
			325
1974	5	1,8	271
			98,2
			276
1975	3	3,0	292
			97,0
			301
1976	198	42,7	266
			57,3
			464

Fuente: Tabla N° 35 del Programa Nacional de Estadísticas de Salud - SESP.

11.2.3. Evaluación

La cantidad de recursos no puede decirse que sea escasa si se la compara con la existente en otros medios rurales: hay 3,3 camas por 1.000 habitantes y un médico por cada 1.309, considerando toda la población del municipio Bernardo de Irigoyen -3.928 habitantes-.

La existencia, en una localidad que no alcanza a nuclear 1.000 habitantes, de tres unidades asistenciales dependientes de tres - diferentes jurisdicciones con una capacidad total de 13 camas, asistidas por tres médicos, pone de manifiesto una vez más la anómala organización de los recursos para atención de la salud.

Tanto en el ámbito oficial como en el privado, los recursos no alcanzan el Nivel III de la escala nacional.

El análisis de la tarea asistencial muestra que la clínica mutual se limita a la demanda espontánea y que no estimula la adecuada atención del parto. Si se tiene en cuenta la tasa de mortalidad materna de la provincia, así como la participación que el tétanos del recién nacido y la sífilis congénita tienen en la morbimortalidad del niño (10) y que esta patología puede controlarse mediante la atención del embarazo y del parto, resulta claro que este establecimiento deja de lado la tarea preventiva más importante que se pueda ejercer desde un centro asistencial.

Debo destacarse, en cambio, la silenciosa labor de prevención que realiza la Unidad Sanitaria, así como el hecho de que brinde cobertura a un número de habitantes que duplica la población nucleada en Bernardo de Irigoyen.

Por último, cabe recordar que esta pequeña población en la frontera con Brasil, se encuentra enfrentada a dos núcleos urbanos - del vecino país -Dionísio Cerqueira y Barraçao- de 16.055 y 20.770 habitantes respectivamente, (11) que cuentan con una importante infraestructura de servicios.

III. Caracterización de la población

III.1. Según datos censales

III.1.1. Caracterización económica

III.1.2. Población

III.1.3. Ingresos

- a) productores agrícolas
- b) trabajadores rurales
- c) obreros industriales

III.2. Según encuesta

III.2.1. Resultados de la encuesta

III. Caracterización de la población

III.1. Según datos censales

III.1.1. Caracterización económica

La economía de la provincia de Misiones se asienta en la explotación agropecuaria, la que origina más de la tercera parte de su producto bruto interno. Esta producción se basa fundamentalmente en la explotación de yerba mate, té, tung y tabaco, que en 1975 representaron el 73% del producto agrícola.

Los departamentos de Oberú y Leandro N. Alem son importantes productores de los tres primeros cultivos, mientras que la riqueza principal del departamento General M. Delgrano está dada por la explotación forestal.

La actividad agrícola en la provincia está sujeta a crisis periódicas y recurrentes ligadas a las condiciones del mercado interno, en el caso de la yerba mate, y a los precios internacionales en el caso del tung y el té, ya que estos productos se destinan en gran medida a la exportación.

En este momento se puede hablar de una recuperación económica de la producción yerbatera, generada por la difusión del consumo y por una sensible mejoría en los precios. Sin embargo, hasta hace dos años la situación de los productores era francamente mala.

El tung es una producción típicamente misionera (99,6% del total del país) y actualmente es el segundo cultivo en importancia en la provincia. Esta oleagínea está ligada a la evolución de los mercados internacionales y ha mejorado su posición en los últimos tiempos a raíz de la crisis del petróleo, que encareció los productos sintéticos que lo sustituyen en la elaboración de pinturas y barnices. En este momento funcionan en la provincia seis fábricas elaboradoras de aceite de tung.

La producción de té, que en el último período enfrentó

serias dificultades, se convirtió desde hace dos años en uno de los cultivos que alcanzó mayor crecimiento en la provincia, influenciado por el aumento en la demanda debida a los altos precios del café.

Sin embargo, este año se ha producido una crisis de gran magnitud, ya que los precios han disminuido a la tercera parte de los obtenidos en la campaña anterior. Esta situación afecta particularmente a Oberí y Leandro N. Alem, principal zona productora de la provincia.

Es frecuente encontrar estas producciones en explotaciones de entre 10 y 25 has. (según datos del Censo Agropecuario de 1960, abarcan las dos terceras partes de las explotaciones en el departamento de Oberí) que no se especializan en un solo producto sino que cultivan los otros productos destinados al mercado y otros tantos para el consumo familiar. En el departamento General Manuel Belgrano las superficies cultivadas más comunes se extienden entre 0 y 5 has., con una parte dedicada a la explotación forestal y el resto al cultivo de productos de consumo familiar.

III.1.2. Población

III.1.2.1. Distribución de la población

Las últimas cifras de población existentes para la provincia de Misiones son las correspondientes al Censo Nacional de Población de 1970. En ese momento la provincia registra una población total de 495.000 hab., con una tasa de crecimiento del 20,3 por mil en el decenio. Esta tasa es inferior a la registrada en períodos anteriores.

En el cuadro III.1. podemos observar la distribución de la población a nivel departamental, con sus correspondientes tasas de crecimiento discriminadas para la población urbana y rural. Estas tasas no son estrictamente comparables entre sí, ya que en el período intercensal los departamentos de Caluquí, Libertador General San Martín, Montecarlo y 25 de Mayo han modificado sus fronteras, dificultando la comparación con las cifras de 1960. De todos modos, analizando los to-

Cuadro III.1.

Población y Tasa de Crecimiento Intercensal urbana y rural, por Departamento.

Provincia de Misiones -

Departamento	Población (1970)		Tasa de crecimiento (1960-1970)		
	Nº	%	Total	Urbana	Rural
Apóstoles	10323	4.1	0.76	-8.6	9.5
Cainguás (*)	35.232	8.0	53.6	-	53.6
Candelaria	10.498	2.4	-17.9	-28.3	-12.3
Capital	104.091	23.5	28.9	31.9	-7.6
Concepción	7.397	1.7	-7.5	6.0	-13.6
Eldorado	30.683	6.9	19.5	27.5	14.9
Gral.M.Belgrano	7.455	1.7	33.8	-	33.8
Guaraní (*)	14.402	3.3	118.5	-	118.5
Iguazú	17.093	3.9	31.0	16.4	34.4
L. N. Alem	27.583	6.2	6.1	50.3	-5.6
Lib.G.S.Martín (*)	23.100	5.2	34.4	51.5	11.1
Montecarlo (*)	19.829	4.5	-4.2	35.3	-13.8
Oberá	58.033	13.1	12.0	31.3	5.0
San Ignacio	29.027	6.6	-7.2	10.2	- 8.6
San Javier	14.704	3.3	15.7	34.9	11.3
San Pedro	8.646	2.0	56.1	-	56.1
25 de Mayo (*)	16.874	3.8	20.6	-	20.6
Total	443.020	100.0	20.3	27.7	16.3

(*) Los límites departamentales han variado en el período intercensal.

Fuente: Atlas de la población de Misiones - Dirección General de Estadísticas y Censos - Misiones - 1976.

tales se advierte un proceso migratorio de las zonas rurales a las ciudades, ya que la tasa de crecimiento urbana (27,7 por mil) es sensiblemente superior a la tasa de crecimiento rural (16,3 por mil).

En la participación porcentual de cada uno de los departamentos respecto a la población total, se observa una marcada concentración en los departamentos Capital y Oberá que en conjunto representan algo más de la tercera parte del total (34,6%).

Los tres departamentos objeto de este estudio tienen una participación relativa bien diferenciada: Oberá es el segundo departamento de la provincia con 53.000 hab. (13,1% del total); Leandro N. Alem -- con 27.500 habitantes representa el 6,2% y General Manuel Belgrano con apenas 7.455 habitantes alcanza a solo el 1,7% del total. (Cuadro III.2.).

Tomando en cuenta el tipo de actividad económica que se realiza en cada uno de los departamentos y la distribución de la población en urbana y rural, podemos diferenciar a Oberá y Leandro N. Alem de General Manuel Belgrano.

Los primeros presentan una estructura económica más diversificada, con una mayor producción y variedad de cultivos industriales y asociado a esto un mayor desarrollo del sector secundario, poseyendo 953 establecimientos manufactureros sobre un total de 3.420 censados en 1974, mientras que General Manuel Belgrano cuenta con solo 19 establecimientos industriales, 14 de ellos en la actividad maderera. (12).

Por otra parte, aunque con distinta cantidad de habitantes, (Leandro N. Alem tiene la mitad de población que Oberá), ambos departamentos presentan la cuarta parte de la población en centros urbanos, en tanto que el departamento de General Manuel Belgrano --con sus características marginales de zona de frontera-- no posee ciudades de más de 1.000 habitantes. Bernardo de Irigoyen, la población más importante del departamento, tiene 700 habitantes.

III.1.2.2. Población económicamente activa.

El grueso de la población económicamente activa está in-

Cuadro III.2.

Distribución porcentual de la población urbana y rural según departamento -
Misiones - 1970.

Departamento	Total		Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total Provincial	443.020	100.0	160.067	100.0	292.953	100.0
Capital	104.091	23.5	97.514	60.9	6.577	2.2
Oberá	58.033	13.1	15.047	9.4	42.986	14.7
L.N. Alem	27.583	6.2	7.037	4.4	20.546	7.0
Gral. Belgrano	7.455	1.7	-	-	7.455	2.5

Fuente: Idem Cuadro III.1.

tegrado por trabajadores en relación de dependencia que constituyen el 58% del total y se ocupan en su mayor parte en tareas agrícolas como trabajadores rurales, o en el sector terciario como comerciantes o empleados públicos. (Cuadro III.3.)

La distribución por categoría ocupacional varía al efectuar el análisis a nivel de sectores, diferenciándose el sector primario del resto.

En el sector agrícola encontramos la distribución típica de las explotaciones de carácter familiar, asociada generalmente al minifundio. En este sector si bien los trabajadores rurales ocupan un porcentaje importante del total (43,4%), los propietarios que no emplean personal sumados a los trabajadores familiares que no perciben remuneraciones constituyen la fuerza de trabajo principal (53%).

En los sectores secundario y terciario, en cambio, el estrato más significativo es el de los asalariados, que representan casi el 80% del total.

En la industria solo un 16% son trabajadores por cuenta propia, de los cuales más de la mitad poseen pequeños talleres de características casi artesanales, o son talleres mecánicos.

En el sector terciario los rubros que agrupan a mayor número de personas son el comercio y los servicios, ya sean públicos o privados.

En lo que respecta a la actividad comercial, según los datos del censo económico de 1974, la misma se caracteriza por el reducido tamaño de los establecimientos, que en general son atendidos por los dueños en forma personal o con la ayuda de un familiar o un único empleado.

Más de la mitad de la población que se desempeña en servicios se dedica a tareas de seguridad, educación o empleos de gobierno.

Cuadro III.3.

Población económicamente activa - Por categoría ocupacional, según rama de actividad - Misiones 1970

Cat. Ocupacional	Nº	Total		Sector Primario		Sector Secundario		Sector Terciario		Sin Especificar	
		%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Total	155.750	100.0	72.200	100.0	24.450	100.0	44.600	100.0	14.500	100.0	
Asalariados	90.650	58.2	31.250	43.3	19.150	78.3	34.200	76.7	6.050	41.7	
Trab.Fam.s/remun. fija	18.550	11.9	14.400	19.9	350	1.4	850	1.9	2.950	20.3	
Cuenta propia	36.650	23.5	24.000	33.2	4.000	16.4	7.550	16.9	1.100	7.6	
Patrón o socio	5.400	3.5	2.400	3.3	900	3.7	1.850	4.1	250	1.7	
Sin especificar	4.500	2.9	150	0.2	50	0.2	150	0.3	4.150	28.6	

Fuente: Censo Nacional de Población, Familia y Vivienda - Misiones - 1970.

III.1.3. Ingresos

III.1.3.1. Ingresos estimados de los productores agrícolas

Se tomó para el cálculo una explotación de 25 has., ya que los establecimientos que poseen entre 10 y 25 has. representan el 63% de la superficie cultivada en el departamento de Oberá y son igualmente significativos a nivel provincial.

Considerando los cultivos industriales típicos de la zona y la producción para el consumo familiar y conociendo los rendimientos históricos de cada uno de los productos, se puede determinar la producción total por establecimiento. Valorizando esta producción por los precios medios obtenidos de la consulta con autoridades oficiales, cooperativas y productores, y deducidos los costos de producción, se obtiene el ingreso disponible anual de los productores, que en este caso es de aproximadamente \$ 1.800.000, o sea \$ 150.000.- mensuales. (Cuadro III.4.).

Cabe hacer notar que este valor no es un reflejo fiel de los ingresos de cada uno de los productores, sino simplemente una estimación que dará un marco a los resultados obtenidos en la encuesta realizada en los hospitales de Oberá, Leandro N. Alem y Bernardo de Irigoyen.

Este cálculo está básicamente realizado para el departamento de Oberá. En Leandro N. Alem el cultivo del té reviste una mayor importancia, con lo que la situación de los productores es aún más difícil, debido a los bajos precios del producto.

En el departamento de General M. Belgrano, la explotación agrícola se realiza en una gran proporción en tierras fiscales y en extensiones mucho menores (1-5 has.) y los cultivos fundamentales están destinados al autoconsumo.

Cuadro III.4.

Estimación del ingreso disponible en una chacra de 25 has. - (Obserá) -

Productos	Superficie (has.)	Rendimientos (Kg. / has.)	Producción (Kgs.)	Precio Medio (\$ / Kg)	Vdor. de Produc. (\$)	Ingreso disponib. anual (\$)
Monte natural	5	-	-	-	-	-
Yerba Mate	9	1.800	16.200	200	3.240.000	1.296.000
Té	6	3.600	21.600	40	864.000	516.400
Maíz (1)	1	950	950	-	-	-
Mandioca (1)	0,5	12.000	6.000	-	-	-
Totales	21,5				4.104.000	1.814.400

El resto de la superficie se destina a vivienda, pastoreo y otros cultivos de consumo familiar -
(1) Cultivos para autoconsumo - No se comercializan -

Fuente: elaboración a partir de datos de:

- Secretaría de Estado de Agricultura y Ganadería
- Comisión Reguladora de la Yerba Mate - 1977
- Federación de Cooperativas Agrarias Misioneras - 1977

III.1.3.2. Ingresos estimados de los trabajadores rurales

Según hemos visto anteriormente, los trabajadores rurales representan más del 40% de la mano de obra empleada en el sector primario y las remuneraciones que deben percibir son fijadas por el Ministerio de Trabajo a través de las resoluciones sobre actualizaciones salariales en las distintas actividades: explotación forestal, recolección de la yerba mate, recolección del fruto del tung, etc.

Este tipo de trabajadores no goza de estabilidad en el empleo y su actividad tiene características estacionales, al mismo tiempo que se complementa con la explotación de pequeñas parcelas de su propiedad. Estos hechos hacen variar enormemente los ingresos en el tiempo y de trabajador a trabajador, aunque a los efectos de este estudio, se puede considerar a los salarios de convenio fijados por el Ministerio de Trabajo, como indicativos de la situación real de los trabajadores rurales, ya que en este sector los desajustes salariales no son tan frecuentes ni de tanta magnitud como en algunas industrias.

Los salarios que se consignan en el cuadro III.5. corresponden a los mayores dentro de cada una de las categorías, ya que por ejemplo en el caso del personal jerarquizado, para el mes de julio de 1977 las remuneraciones oscilan entre \$ 30.400 y \$ 40.400. Para los trabajadores especializados el salario mayor corresponde a los mecánicos tractoristas con \$ 34.450 y el mínimo a los ayudantes con \$ 26.100.

La evolución histórica de los salarios ha seguido la misma tendencia que las remuneraciones de los peones industriales, que crecieron entre junio de 1977 y agosto de 1977 un 2.52%. Los salarios de los peones rurales hasta julio de 1977 habían aumentado un

Cuadro III.5.

Evolución del salario del peón rural en la Provincia de Misiones - (Salarios según convenio, - en pesos por mes)

	Jerarquizado	Especial	Peón general
Promedio 1975	4.164,60	3.855,40	3.350
Promedio 1976	13.225,70	11.417,30	10.038,30
Marzo 1976	10.800	9.360	8.400
Junio - 1976	13.284	11.512,80	10.332
Septiembre 1976	14.878	12.894,34	11.571,84
Noviembre 1976	19.350	16.500	13.500
Enero 1977	23.220	19.800	16.200
Marzo 1977	34.830	29.700	20.250
Julio 1977	40.400	34.450	23.490

Fuente: Ministerio de Trabajo

2.34%. Estos porcentajes son notoriamente inferiores a la evolución del costo de la vida en el mismo período, verificándose el mismo proceso de deterioro del poder adquisitivo de la población - que se ha sufrido a nivel nacional.

III.1.3.3. Ingresos estimados de los obreros Industriales

Los datos más recientes y desagregados que se tienen del sector Industrial en la provincia de Misiones corresponden al Censo Nacional Económico de 1974 y se consignan a continuación.

En lo concerniente al número de establecimientos vemos que, tanto en Oberá como en Leandro N. Alem, la mayor concentración se observa en los secaderos de yerba mate y té, y en la industria de la madera (aserraderos, carpinterías y fábricas de muebles).

En Oberá, el 43% de los establecimientos Industriales instalados son secaderos, en tanto que el 30% industrializa la madera. En síntesis estos dos sectores económicos representan más del 70% de la capacidad instalada Industrial. (Cuadro III.6.).

En Leandro N. Alem, los mismos sectores representan el 30% y el 37% respectivamente, concentrando más de las dos terceras partes de la actividad industrial departamental, (Cuadro III.7.).

En General M. Belgrano, la estructura Industrial es aún más reducida, ya que a fines de 1974 poseía solamente 19 establecimientos Industriales, de los cuales 14 estaban dedicados a la elaboración de la madera (aserraderos y fábricas de laminados y terciados). (Cuadro III.8.).

Si hacemos este mismo análisis desde el punto de vista del personal ocupado los resultados no se modifican sustancialmen

Cuadro III.6.

Número de establecimientos, personal ocupado e ingreso medio anual de los trabajadores industriales en el departamento de Oberá - Provincia de Misiones -

Tipo de Industria	Datos al 30-9-74		Datos año 1973	
	Nº establec.	Personal ocupado	Remuneración al trabajo en miles de \$ por año	Ingreso medio anual en \$
Aguas carbonatadas y bebidas gaseosas	3	23	544	23.652.-
Fábrica de ladrillos	57	153	272	1.778.-
Secadero de yerba mate	239	1.504	5.298	3.523.-
Secadero de té	69	603	11.363	18.844.-
Fábrica de maq. y equipo para la agricultura	34	109	1.332	12.220.-
Molino de yerba mate	9	253	902	3.565.-
Aserradero	145	330	1.037	2.659.-
Carpintería y fábrica de muebles	68	137	521	3.803.-
Fábrica de pan y pastas	16	41	435	10.610.-
Elaboración aceite de tung	1	57	1.442	25.298.-
Desmotadora de algodón	1	12	17	1.417
Otras Industrias	68	161	481	2.988.-
TOTAL	710	3.443	23.644	6.867.-

Fuente: Censo Nacional Económico - 1974 -
INDEC - 1974

Cuadro III.7.

Número de establecimientos, personal ocupado e Ingreso medio anual de los trabajadores Industriales en el departamanto de Leandro N. Alem - Provincia de Misiones

Tipo de Industria	Datos al 30-9-74		Datos año 1973	
	Nº de establecimientos	Personal ocupado	Remunerac. al trabajo en miles de \$/año	Ingreso medio anual en \$
Fábrica de ladrillos	30	77	129	1.675
Secadero de yerba mate	62	385	1.771	4.600
Secadero de té	10	63	2.238	35.524
Industria del tabaco	4	769	6.416	8.343
Laminados y fábrica de terciados	1	47	982	20.894
Fábrica de máq. y equipos para la agricultura	1	2	20	10.000
Molino de yerba	2	19	452	23.789
Aserradero	47	85	191	2.247
Carpinterías y fábrica de muebles	45	73	191	2.616
Fábrica de pan y pastas	10	25	129	5.160
Elaboración de aceite de tung	1	53	141	2.660
Desmotadora de algodón	1	13	154	11.846
Otras Industrias	29	88	757	8.602
TOTAL	243	1.699	13.571	7.988

Fuente: Idem Cuadro III.6.

Cuadro III.8.

Número de establecimientos, personal ocupado e Ingreso medio anual de los trabajadores industriales en el departamento de Gral. Belgrano - Provincia de Misiones -

Tipo de Industria	Datos al 30-9-74		Datos año 1973	
	Nº de establecimientos	Personal ocupado	Remuneración al trabajo en miles de \$ por año	Ingreso medio anual en \$
Fábrica de ladrillos	2	5	120	24.000
Laminados y fábrica de terciados	3	38	30	789
Aserraderos	11	117	121	1.034
Fábrica de pan y pastas	2	9	-	-
Otras Industrias	1	12	-	-
TOTAL	19	181	271	1.694

Fuente: Idem cuadro III.6.

te, pero encontramos algunas pequeñas diferencias en la distribución a nivel de Industrias y por departamentos.

En Oberá, el personal ocupado en los secaderos alcanza el 61% del total, mientras que en la industria de la madera representa el 15%. Si bien la suma de ambas actividades tiene una participación en el total similar a la observada en cuanto a número de establecimientos, los secaderos cuadruplican en personal ocupado a la industria de la madera, evidenciándose como una actividad que requiere mano de obra intensiva y como la principal fuente de trabajo industrial del departamento.

En Leandro N. Alem, esta relación entre número de establecimientos y personal ocupado no es tan homogénea. La actividad de los secaderos ocupa el 26% de la mano de obra industrial, mientras que la elaboración de la madera -que abarca casi el 40% de los establecimientos industriales del departamento- emplea el 3% del personal total. La suma de ambas actividades comprende entonces el 35% con lo que la industria del tabaco, que nuclea el 45% del personal ocupado en la industria, resulta la principal fuente de trabajo del sector.

En el departamento General Manuel Belgrano, este lugar lo ocupa holgadamente la industria maderera, ya que absorba el 56% del total del personal ocupado. (Cuadro III.8.).

La información censal recoge el monto de sueldos y salarios pagados durante 1973. Si se divide esta cantidad por el personal ocupado en cada una de las industrias, se tendrá la estimación del ingreso medio percibido en la actividad industrial para ese año. Aunque las cifras así obtenidas varían mucho de una industria a otra, el ingreso medio en el total del sector secundario es representativo de los ingresos medios de las ramas más importantes, tanto en número de establecimientos como en personal ocupado.

Actualizando estos Ingresos medios al mes de agosto de 1977, -de acuerdo a la evolución del Índice de los salarios del peón industrial- se obtienen valores estimativos para los salarios del sector Industrial. Estos oscilan entre \$ 3.600 y 17.000 mensuales - para los departamentos de Gral. M. Belgrano y Leandro N. Alem respectivamente, siendo en Oberá de aproximadamente \$ 15.000 mensuales.

Resulta notoria la diferencia existente entre los resultados obtenidos en Gral. Belgrano y el resto de los departamentos, aunque en todos ellos, el promedio resulta inferior al salario mínimo vigente a la fecha. Si bien estas cifras son sólo extrapolaciones de la situación de 1973, no existen indicios de que la misma se haya modificado sustancialmente en lo que respecta al sector industrial.

III.1.3.4. Ingreso de los trabajadores de servicios

Los salarios de los trabajadores de servicios -que se ajustan a las normas dictadas por el Ministerio de Economía en el mes de agosto de 1977- alcanzaban los montos que se observan en el cuadro III.9. y cuyo promedio es \$ 55.633,4.

III.2. Caracterización de la población según encuesta

Con el objeto de conocer la situación socioeconómica de la población que acude a los hospitales públicos se realizó una encuesta en la que se recabó información acerca de la actividad económica, categoría ocupacional, nivel de escolaridad, condición de afiliación y nivel de Ingresos del jefe de la familia.

Cuadro III.9.

Número de cargos y remuneración mensual promedio del sector público -
Provincia de Misiones - 1977 -

Repartición	Número de cargos	Remuneración promedio mensual en \$
Seguridad (Agente)	2.644	\$ 68.713.-
Justicia (Oficial)	782	\$ 82.782.-
Educación (Maestros)	3.687	\$ 50.913.-
Vialidad (Categoría 12)	692	\$ 71.329
Otras (Personal administrativo)	7.269	\$ 48.333.-
TOTAL	15.074	\$ 55.633.-

Fuente: Datos de la Dirección Nacional de Presupuestos Comerciales - Secretaría de Estado de Hacienda -

En los hospitales de Oberá y Alem se encuestó a los pacientes internados y a los concurrentes al consultorio externo. En Bernardo de Irigoyen la encuesta se realizó a los habitantes de la localidad y del entorno en un radio de 15 kilómetros.

III.2.1. Resultados de la encuesta

a) Rama de actividad y categoría ocupacional

En Oberá, los porcentajes más elevados corresponden a los que trabajan en tareas agrícolas -57,5%-; los que corresponden a industria y servicios aparecen en 2do. y 3er. orden -26,8% y 11,8%- respectivamente. La actividad comercial carece de relevancia.

En Leandro N. Alem, la situación es similar, aún cuando muestra un peso mayor que Oberá en el sector primario -72,0%- y menor en la actividad industrial. (Cuadro III.10.).

En cuanto a la categoría ocupacional, los valores más elevados corresponden a "peón y obrero no calificado" que alcanza porcentajes muy similares para ambas localidades -54,3% y 52,0%- . En segundo término, los que trabajan "por su cuenta, sin personal, con local o tierras" agrupan al 28,3% en Oberá y al 24,0% en Alem. (Cuadro III.11.).

En Bernardo de Irigoyen, la actividad agrícola, -59,5% de los encuestados- y servicios -31%- son las formas de trabajo más relevantes.

Con respecto a la categoría ocupacional, los que trabajan "por su cuenta, sin personal ni local o tierras" representan el porcentaje más importante -52,4%- que está integrado en su mayoría por agricultores que cultivan tierras fiscales. Le sigue en im

Cuadro III.10Encuestados según rama de actividad del jefe de la familia - Cifras porcentuales

Rama de actividad	Localidad		
	Oberá	Alem	B. de Irigoyen
Agricultura	57,5	72,0	59,5
Industria	26,8	12,0	2,4
Comercio	3,9	4,0	7,1
Servicios	11,8	12,0	31,0
Total	100	100	100

Fuente: Cuadro N° 7 - Anexo

Cuadro III.11.Porcentaje de encuestados según categoría ocupacional del jefe de familia1977

Categoría ocupacional	Localidad		
	Oberá	Alem	B. de Irigoyen
Por su cuenta s/personal ni local o tierras	7,1	14,0	52,4
Por su cuenta s/personal con local o tierras	28,3	24,0	2,4
Por su cuenta c/personal c/ local e tierras	2,4	4,0	7,1
Obrero o empleado cali- ficado	7,9	6,0	9,5
Peón u obrero no cali- ficado	54,3	52,0	28,6
Total	100	100	100

Fuente: Cuadro N.º 3 Anexo

portancia el grupo "peón y obrero no calificado" -28,6%-.

b) Condición de alfabetización

Se declararon analfabetos en las tres localidades consideradas entre el 17,1% y el 29,5% de los encuestados; pero si se agregan los que son analfabetos potenciales -por haber cursado menos de 4 años de escolaridad- se alcanzan porcentajes que duplican los anteriores -54,3% en Oberá; 58,9% en Alem y 63,6% en Bernardo de Irigoyen. (Cuadro III.12.).

Si se analiza la condición de alfabetización por rama de actividad, se encuentra en todas ellas valores muy altos de "analfabetos y analfabetos potenciales", que oscilan entre 36,6% para los trabajadores industriales y 64,9% para los agricultores. (Cuadro III.13.).

c) Condición de afiliación

Afirmaron pertenecer a algún sistema de afiliación el 19,7% de los encuestados en Oberá y el 18,0% en Alem. En Bernardo de Irigoyen es donde es mayor el porcentaje de población afiliada -25,6%- (Cuadro III.14.). Cabe recordar que mientras en las dos primeras localidades se encuestó a la población hospitalaria, en la última la investigación se llevó a cabo en la población general; por otra parte, en Bernardo de Irigoyen no sólo aparece la afiliación de los trabajadores agrupados sino la de los asociados a la entidad mutual, que como ya se comentará, brinda atenciones de salud.

La desagregación de esta variable en cada una de las -

Cuadro III.12.

Encuestados según condición de alfabetización y localidad. Cifras porcentuales

Localidad	Nivel educacional	Se declaran anal- fabetos	Se declaran alfabetos		Total
			Cursaron me- nos de 4 a- ños	Cursaron más de 4 años	
Oberá		17,1	37,2	45,7	100%
L. N. Alem		27,5	31,4	41,2	100%
B. de Irigoyen		29,5	34,1	36,4	100%

Fuente: Cuadro 9 Anexo

Cuadro III.13.Alfabetos y analfabetos según rama de actividad. Oberá, Alem y
Bernardo de Irigoyen

Rama de actividad	Condición de alfabetización	Analfabetos *	Alfabetos	Total
Agricultura		64,9	35,1	100.0%
Industria		36,6	63,4	100.0%
Comercio		55,6	44,4	100.0%
Servicios		42,9	57,1	100.0%
Total		55,7	44,3	100.0%

* Los que se declaran analfabetos y los analfabetos potenciales

Fuente: Cuadro N.º 10 Anéxo

Cuadro III.14.Condición de afiliación de la población encuestada

Condición de afiliación	Localidad	Oberá	Alem	B.de Irigoyen
Afiliados		15,7	18,0	28,6
No afiliados		84,3	82,0	71,4
TOTAL		100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuadro N° 11 Anexo

ramas de actividad pone de manifiesto que los trabajadores industriales y los que se desempeñan en el sector servicios tienen los porcentajes más altos de cobertura -34,1% y 37,1% respectivamente-. (Cuadro III.15.).

d) Nivel de ingresos

Por lo menos dos tercios de las familias se agrupa en los tramos más bajos de ingresos. En diciembre de 1977 contaban con ingresos menores a 70.000 pesos mensuales. el 68,2% de los encuestados en Oberá, el 66,7% en Alem y el 77,3% en Bernardo de Irigoyen. (Cuadro III.16.).

En Alem se observa un alto porcentaje de encuestados en la categoría "no sabe, no contesta".

Ninguna familia alcanzó ingresos de 200.000 pesos mensuales.

e) Número de hijos

El número promedio de hijos por familia es 4,1 en Oberá, 3,3 en Leandro N. Alem y 4,6 en Bernardo de Irigoyen.

La encuesta realizada muestra que la población tributaria del hospital público trabaja preferentemente en tareas agrícolas, en calidad de peones o como propietarios de pequeñas explotaciones que no contratan personal (Oberá y Alem) y como ocupantes de tierras fiscales (Bernardo de Irigoyen).

Cuadro III.15.

Condición de afiliación según rama de actividad - Oberá - Alem - B.de Irigoyen.

Rama de actividad	CONDICION DE AFILIACION	
	Afiliado	No afiliado
Agricultura	10,4	89,6
Industria	34,1	65,9
Comercio	-	100,0
Servicios	37,1	62,9
TOTAL	10,7	81,3

Fuente: Cuadro N° 12 Anexo

Cuadro 111.16.

Nivel de Ingreso mensual por localidad - Cifras porcentuales -

Ingreso mensual	Localidad	Oberá	L.H.Alem	B.de Irigoyen
no sab./no contesta		17,1	27,5	6,8
Menos de \$ 30.000		24,8	41,2	43,2
de \$ 30.000 a menos de \$ 50.000		27,9	19,6	27,3
" \$ 50.000 " " " \$70.000		15,5	5,9	6,8
" \$70.000 " " " \$100.000		7,8	2,0	4,5
" \$100.000 " " " \$150.000		3,9	-	2,3
" \$150.000 " " " \$200.000		3,1	3,9	9,1
Más de \$ 200.000		-	-	-
TOTAL		100%	100%	100%

Fuente: Cuadro n° 13 Anexo

La mayor parte de los encuestados son analfabetos o a nalfabetos potenciales.

Los afiliados a obras sociales, con la consiguiente co bertura de atención, alcanzaron al 16% de los encuestados en Oberá y Alem, donde los trabajadores Industriales fueron los que con más fre cuencia presentaron esta condición. En Bernardo de Irigoyen fue algo mayor y estaba referido a trabajadores del sector servicios.

El nivel de Ingresos no superaba los \$ 70.000 mensua- les (diciembre de 1977) en las dos terceras partes de los casos.

Caba destacar que las características de la población encuestada no difieren de lo observado en otros estudios sobre la - población misionera, realizados con respecto a educación, tenencia de la tierra y situación de trabajo. (13) (14) (15) (16).

En cuanto a la condición de afiliación, los porcenta- jes encontrados en los departamentos en estudio son más bajos que - los hallados en encuestas realizadas en otras áreas, hecho que pue- de ser originado en la escasa proporción de población afiliada so- bre el total de asalariados de la provincia que se puso de manifiest to en el punto 11.1.2.2.

IV. Análisis de experiencias anteriores. SAMIC. Eldorado

IV.1. Descripción del sistema

IV.2. Evaluación

IV.2.1. Nivel de atención médica

IV.2.2. Cobertura

IV.2.3. Análisis de la demanda

IV.2.4. Recursos financieros y su utilización

IV.3. Conclusiones

IV. Análisis de experiencias anteriores.

SAMIC. Eldorado

Un antecedente de importancia con respecto a una forma de financiación similar puede encontrarse en la misma provincia, en los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC), de los cuales el que ofrece más posibilidades de análisis es el que se estableció en el hospital de Eldorado, por lo que conviene conocer la situación en los inicios de esta experiencia y la evolución del trabajo realizado durante una serie de años.

IV.1. Descripción del sistema

a) La Ley 394/68 (17) en virtud de la cual fue creado el sistema, determinó el funcionamiento de una estructura financiero-administrativa con facultad de incorporar fuentes de recursos no utilizados hasta entonces en los hospitales públicos, provenientes de los fondos de las obras sociales o de particulares, y cuyo manejo descentralizado permitiría una ágil organización administrativa.

Con respecto a la atención de la población, el sistema pretendía lograr "una mejor asistencia médica que tome todos los sectores de la población" brindando atención igualitaria a todas las personas, e integrar a la comunidad en la conducción y financiamiento.

b) La Ley de creación del SAMIC coincidió con la apertura en Eldorado de un nuevo hospital de 130 camas, modernamente equipado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, cuyo presupuesto de funcionamiento debía integrarse con aportes de la Nación, la Pro

vincia y la comunidad.

c) El Gobierno del establecimiento fue puesto en manos de un consejo de administración con facultades para elaborar y administrar su presupuesto, nombrar y remover su personal, y programar y evaluar las condiciones de las prestaciones. Asimismo, el consejo debía establecer el régimen de retribución de las prestaciones, desde el momento en que la ley autoriza el cobro de los servicios, aún cuando puntualiza que se debe prestar igual atención a los pobladores carantes de recursos y no protegidos; con lo cual se intentó mantener la condición de "servicio abierto a toda la población" que ha caracterizado desde siempre la política imperante en el subsector público.

d) El nivel de asistencia se aseguró mediante la contratación de profesionales de reciente graduación que hubiesen completado tres años de residencia en servicios de competencia reconocida; a los que se les ofreció trabajo "a tiempo completo" a cambio de una remuneración mensual fija, a lo que se le agrega un porcentaje de los aranceles cobrados por prestación.

IV.2. Evaluación

La evaluación del sistema se hará sopesando el grado de cumplimiento de los términos de la ley en cuanto a:

- a) mejorar el nivel de atención médica
- b) dar cobertura a toda la población
- c) ofrecer igualdad de atención

d) la utilidad de incorporar recursos de las obras sociales, o bien de los particulares, y de su forma de administración.

IV.2.1. Nivel de atención.

Para conocer en que medida se mejoró la atención --brindada, es menester analizar la situación de Eldorado antes de la aplicación de la ley y después de la misma.

IV.2.1.1.

La primera puede deducirse de algunos párrafos del - estudio previo a la Implantación del SAMIC que se transcriben a con- tinuación: (18)

Tanto en el ámbito privado como en el público, las - "camas existentes no tienen un equipamiento adecuado, careciendo " "la mayoría de ellas de apoyo en cuanto a servicios complementa--" "rios"; "el recurso humano está constituido por médicos generales," "alguno de los cuales posee cierto grado de especialización, y so" "lo uno de ellos practica su especialidad con exclusividad"; "en " "cuanto a personal de enfermería" y al resto del personal técnico, no existen personas con curso de capacitación.

Estos fragmentos forman parte de un análisis exhaus - tivo de la asistencia médica en Eldorado en 1970, de cuya lectura - se desprende que el tipo de asistencia brindada llegaba escasamente al nivel IV. Los dos establecimientos estatales -33 camas en total- funcionaban en edificios cuya planta física se califica en el mismo

estudio como "totalmente deteriorada e inadecuada para los fines", dotada de "equipamiento precario", "todo lo cual hace que se atiendan a los enfermos en condiciones absolutamente inaceptables".

IV.2.1.2. Servicio de atención médica integrada para la comunidad

El Hospital de Eldorado, Base de Zona III, donde empezó la implementación del SAHIC desde 1971, es un establecimiento de 150 camas con buena planta física y excelente equipamiento. Se asisten pacientes en las cuatro clínicas básicas y en especialidades críticas -Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología-. Cuenta con servicio de Terapia Intensiva. Los servicios de apoyo -Laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica, Anestesiología- están atendidos por profesionales especializados.

Se adiestran médicos residentes en medicina rural y se dictan cursos para auxiliares de enfermería y laboratorio. En su conjunto alcanza satisfactoriamente el Nivel VI.

IV.2.2. Cobertura

Para determinar la población cubierta por el Hospital de Eldorado, se utiliza como indicador el porcentaje de partos asistidos en el establecimiento. En el cuadro N.º IV.1. se muestra la evolución de los valores relativos de partos con atención profesional -asistidos en el ámbito privado y en el público- y los nacimientos carentes de atención profesional. Resulta evidente que la cobertura de atención se ha incrementado durante los años observados -de 40,9% en 1971 a 65,4% en 1976- a expensas de la asistencia realizada en el hospital, donde el porcentual de partos atendidos sobre el total de nacimientos ascendió de 31,4% en 1971 a 44,5% en --

Cuadro IV.1.

Incidentes ocurridos en Eldorado según sistema de atención - Cifras porcentuales

Años	Con atención profesional			Sin atención profesional
	Asistidos en el hospital Eldorado	con atención privada	Total	
1971	31,4	18,6	49,9	50,1
1972	35,1	17,1	52,2	47,8
1973	43,7	14,6	58,3	41,7
1974	43,0	16,6	59,6	40,4
1975	45,8	17,4	63,2	36,8
1976	44,5	20,9	65,4	34,6

Fuente: Tabla 35 del Programa Nacional de Estadísticas de Salud - SESP.

Departamento de Estadística - Hospital de Eldorado.

1976, mientras que el subsistema de atención privada mantuvo su participación durante esos mismos años alrededor de 18,1% del total de nacimientos.

IV.2.3. Análisis de la demanda

El análisis de la demanda se hará teniendo en cuenta el tipo y especialidad de la prestación y las posibilidades financieras que tenía la población.

Como se dijo anteriormente la ley autorizaba al hospital a cobrar sus servicios, ya sea que fueran pagados por el usuario, o bien por una obra social cuando el paciente estaba afiliado. A los fines de determinar la posibilidad de los pacientes de financiar la asistencia recibida, fueron clasificados en cuatro categorías: I) "indigentes", a los que se les brinda atención en forma gratuita; II) "semi-indigentes", que deben pagar un porcentaje de los aranceles fijados en el nomenclador nacional de prestaciones médicas; III) "afiliados", a obras sociales a cuyo cargo queda la atención del asociado; IV) "pudientes", que pagan por su asistencia los aranceles fijados por nomenclador.

Esta clasificación fue realizada mediante la aplicación de criterios nunca bien explicitados y que sufrieron variaciones a través del tiempo, motivadas con más frecuencia por la necesidad de recursos que por verdaderos cambios en la condición socioeconómica de los pacientes.

IV.2.3.1. Evolución de los egresos

IV.2.3.1.1. Egresos según categoría

La evolución del promedio mensual de egresos en una serie de años muestra una tendencia ligeramente ascendente -de 94 en 1971 a 139 en 1977-. La desdramatización de estos datos según la categoría de los pacientes, muestra que los enfermos de categoría I tuvieron una tendencia creciente hasta 1975, para caer bruscamente en los últimos dos años. Los enfermos de categoría II y IV muestran una tendencia decreciente, mientras que los de categoría III incrementan su número año a año. (Cuadro IV.2.) (Gráfico 1).

IV.2.3.1.2. Participación porcentual

La evolución de la participación porcentual de cada categoría puede verse en el cuadro IV.3. Donde una vez más se pone de manifiesto el decrecimiento sistemático de los pacientes clasificados como semi-indigentes -que constituía el grupo más importante en 1971-1972- y al que se le agrega en los últimos dos años -la disminución de los indigentes. La categoría III que en 1971 tenía la participación porcentual más pequeña, se incrementa hasta llegar a tener en 1977 el mismo peso relativo que los enfermos de categoría I, con la diferencia de que estos últimos llegan a esos valores descendiendo. El grupo IV, integrado por pacientes "pudientes" siempre tuvo una participación porcentual pequeña en el total de egresos, participación que fue disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar el 3,9% de las internaciones en 1977.

IV.2.3.1.3. Según categoría de los pacientes y especialidad

La observación de la distribución porcentual de los -

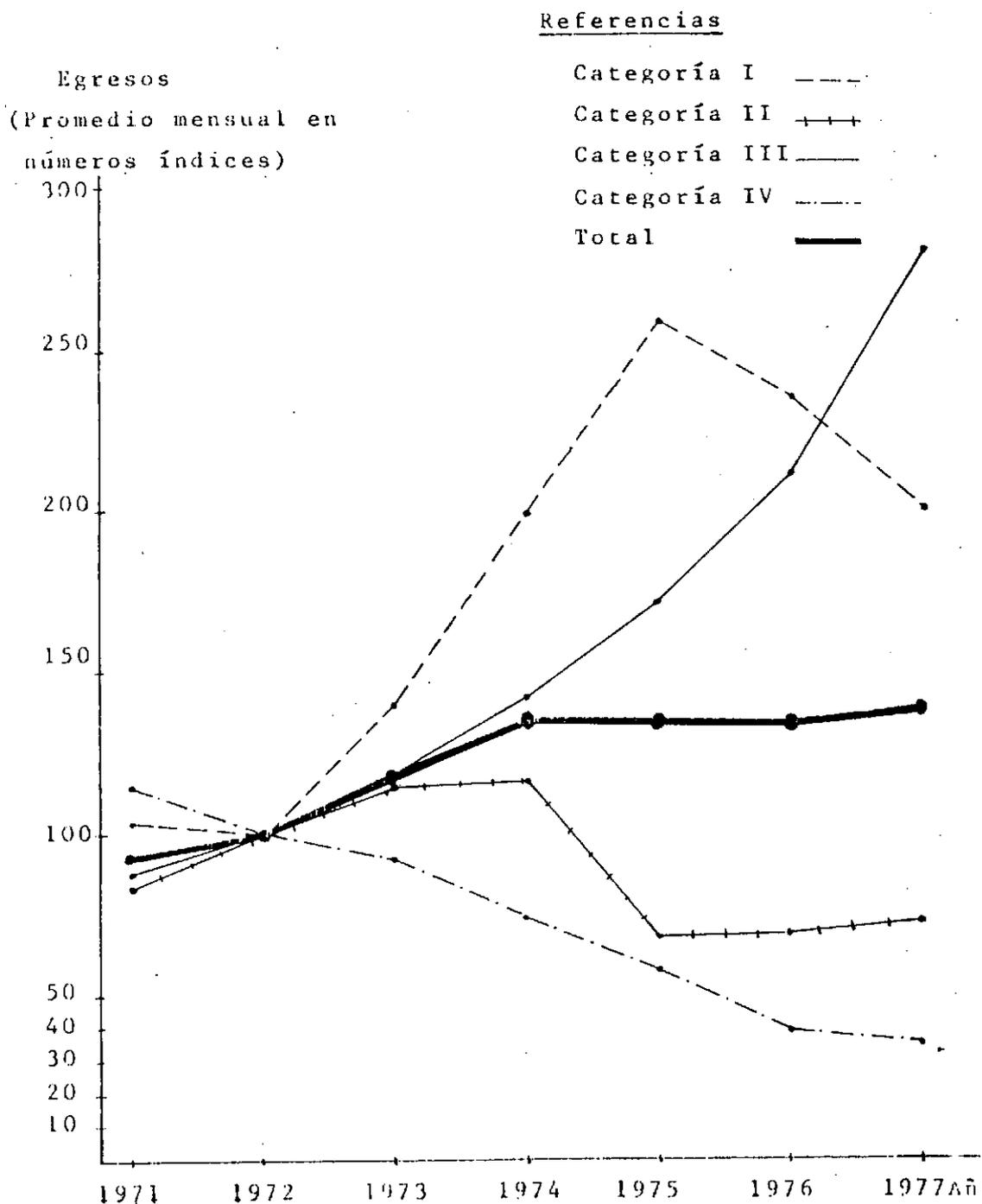
Cuadro IV.2.

Promedio mensual de egresos por todas las causas según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1971 a 1977 - Números Índices. (Base 1972 = 100) -

Año	CLASIFICACION DE LOS PACIENTES				
	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV	TOTAL
1971	103	84	87	114	94
1972	100	100	100	100	100
1973	140	115	118	92	119
1974	197	117	142	75	136
1975	259	68	171	58	135
1976	255	69	211	39	134
1977	200	73	280	36	139

Fuente: Cuadro n.º 1/ - Anexo

Gráfico N° 1: Evolución del promedio mensual de egresos según categoría en los años 1971 a 1977. Hospital de Eldorado. Números índices. (Base 1972=100)



Cuadro IV.3.

Egresos según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1971 a 1977
Cifras porcentuales

Años	CLASIFICACION DE LOS PACIENTES				
	Categoría I	Categ. II	Categ. III	Categ. IV	Total
1971	28,6	36,3	17,2	17,9	100%
1972	25,9	43,7	18,7	14,7	100%
1973	30,5	39,5	18,5	11,5	100%
1974	37,4	35,1	19,5	8,0	100%
1975	49,8	20,3	23,4	6,5	100%
1976	45,7	20,9	29,2	4,3	100%
1977	37,4	21,3	37,4	3,9	100%

Fuente: Cuadro N.º 16 Anexo

egresos clasificados según categoría de los pacientes y especialidad de atención muestra también una disminución constante de los enfermos de la categoría I en todas las especialidades, siendo llamativo en Pediatría, ya que la morbilidad infantil es particularmente frecuente y severa en las clases sociales más bajas.

Al mismo tiempo se produce un incremento sistemático de los de la categoría III en todas las especialidades. (Cuadro N° IV.4.).

La categoría IV muestra un comportamiento que varía según la especialidad, incrementando su participación en Terapia Intensiva y Clínica Quirúrgica y disminuyendo en las otras especialidades.

IV.2.3.2. Evolución de las consultas

La evolución de todas las consultas muestra una tendencia decreciente. Si se discrimina por categoría, solo se incrementan las correspondientes a pacientes de la Categoría III. (Gráfico N° 2 y Cuadro IV.5.).

IV.2.4. Recursos financieros y su utilización

IV.2.4.1. Fuentes de recursos

En el cuadro N° IV.6. puede verse la participación de las fuentes intervinientes en los años 1973, 1974 y 1975, El a

Cuadro IV.4.

Egresos según categoría y especialidad del Hospital de Eldorado 1975/77 - Cifras porcentuales.

Especialidad	Año	C L A S I F I C A C I O N DE LOS P A C I E N T E S				
		Categ. I	Categ. II	Categ. III	Categ. IV.	TOTAL
Pediatría	1975	57,3	15,4	22,3	5,1	100
	1976	53,6	17,4	25,4	3,6	100
	1977	45,6	21,1	30,7	2,6	100
Terapia Intensiva	1975	57,9	14,5	21,1	6,6	100
	1976	50,0	15,5	25,9	8,6	100
	1977	47,6	16,7	26,2	9,5	100
Clínica médica	1975	52,0	16,5	25,6	6,0	100
	1976	46,6	17,1	31,3	5,1	100
	1977	43,2	15,4	36,3	5,1	100
Clínica Quirúrgica	1975	40,3	21,7	29,5	8,5	100
	1976	30,7	20,7	41,4	7,2	100
	1977	21,0	19,5	50,2	9,3	100
Ginecología	1975	53,2	25,6	16,7	4,5	100
	1976	49,8	27,7	20,3	2,2	100
	1977	37,9	29,6	29,6	3,0	100
Traumatología	1975	30,0	15,6	44,9	9,5	100
	1976	21,5	17,7	49,8	10,9	100
	1977	16,8	16,1	62,2	4,9	100

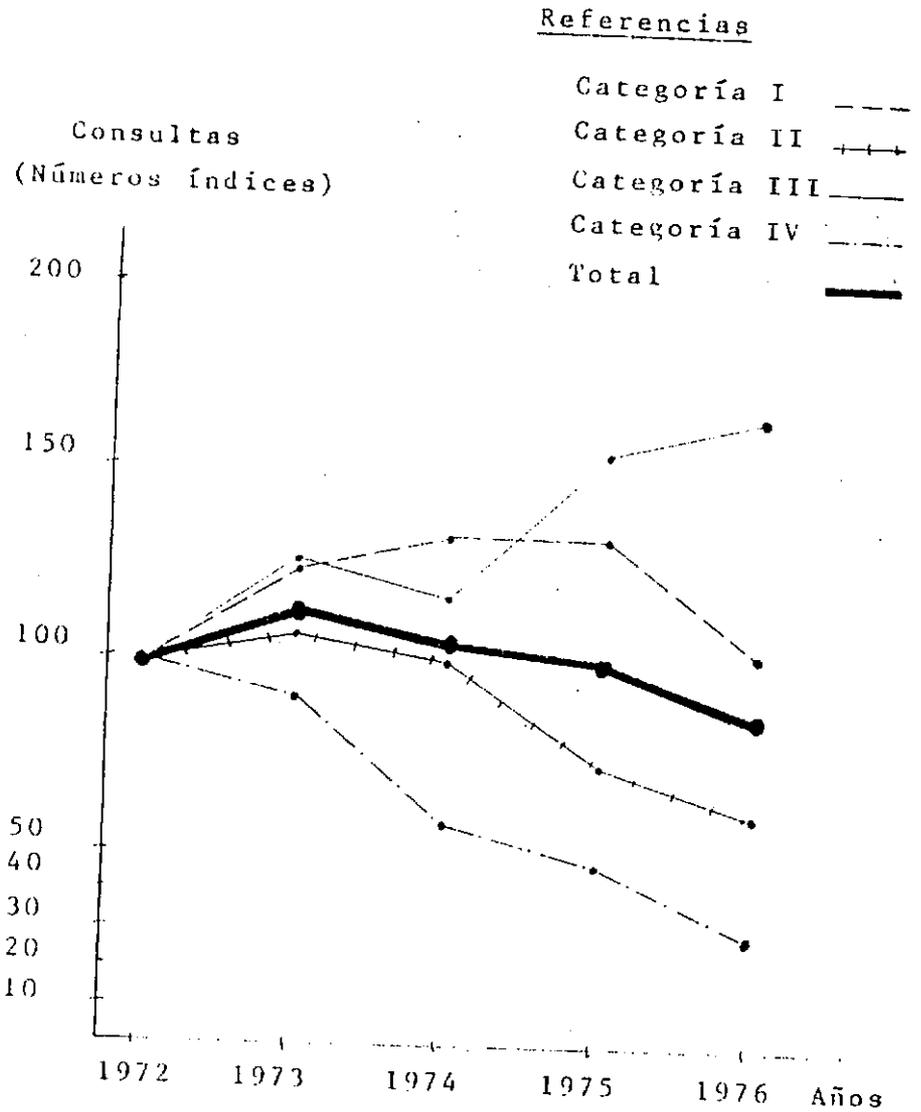
Cuadro IV.5.

Consultas según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1972 a 1976
Números índices (Base 1972 = 100)

Año	CLASIFICACION DE LOS PACIENTES				
	Categoría I	Categ. II	Categ. III	Categ. IV	Total
1972	100	100	100	100	100
1973	128,0	107,6	127,5	91,4	113,9
1974	133,5	100,4	117,7	58,7	106,6
1975	135,1	75,0	155,2	45,6	101,8
1976	104,1	61,2	166,0	29,9	87,7

Fuente: Cuadro N.º 19 Anexo

Gráfico N° 2: Evolución de las consultas según categoría en los años 1972 a 1976. Números índices. (Base 1972=100)



Fuente: Cuadro IV.5.

porte provincial se mantuvo estable -entre 30,2% y 36,4%- mientras que la recaudación por prestaciones en el hospital, que figura como "recursos propios", experimenta notables variaciones -16,2% a 35,8%. La participación de la Secretaría de Estado de Salud Pública se incrementó en ese período de 30,3% a 46,7%.

IV.2.4.2. Distribución del gasto

La distribución del gasto según los rubros habituales en los años 74 y 76 muestra un porcentaje similar en ambos años de gastos en "personal" una participación muy variable de --- "bienes de consumo" y "servicios"; y "erogaciones de capital" --- prácticamente inexistentes. (Cuadro N.º IV.7).

La comparación con los presupuestos de otros hospitales públicos resulta dificultada en este caso, por la modalidad de contratación de concesionarios para la prestación de algunos servicios técnicos y generales -odontología y alimentación- además del pago de honorarios a profesionales por prestaciones realizadas.

IV.2.4.3. Administración

El alto grado de ejecución del presupuesto muestra la gran movilidad de que goza el sistema, ya que los porcentajes alcanzados no son habituales.

Esta mayor agilidad para el manejo del presupuesto se contrapuso la creación de una compleja estructura administrativa encargada de encuestar a los pacientes, registrar las prestaciones según obra social del usuario, médico tratante y tipo de atención, clasificarlas posteriormente según nomenclador y valorar--

Cuadro IV.6.

Recursos financieros según fuente de procedencia - Hospital de Eldorado. - 1973 - 1974 - 1975 -

Fuente	1973		1974		1975	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recursos propios	2.310.647	35,0	2.002.008	18,2	7.346.937	23,1
Provincia	2.100.000	31,8	4.000.100	36,4	9.600.000	30,2
Nación	2.000.000	30,3	5.000.000	45,5	14.817.515	46,7
Otros	189.664	2,9	-	-	-	-
TOTAL	6.600.311	100%	11.002.108	100%	31.764.452	100%

Fuente: Memoria y Balance anual. - Hospital de Eldorado - 1973 - 1974 - 1975 -

77

Cuadro IV.7.

Distribución del gasto

Rubro del gasto	1974	1975	1976	
	\$	\$	\$	%
Erogaciones Corrientes				
Personal	6.957.301		64.199.379	65,5
Bienes de consumo	2.339.844		7.921.086	8,1
Servicios	798.984	Sin información	16.558.261	16,9
Honorarios profesionales			9.306.647	9,5
Erogaciones de capital				
Inversiones	8.322		95.859	0,1
TOTAL	10.104.451	100	98.081.235	100

Fuente: Memoria y Balance anual. - Hospital Eldorado 1974 - 1976 -

zarlas; además de la elaboración necesaria para determinar los honorarios de los profesionales y la facturación a las obras sociales.

IV.3. Conclusiones

De los datos expuestos surgen las siguientes conclusiones:

a) El nivel de atención médica y la capacidad operativa del hospital se ampliaron notablemente. Este aumento de las posibilidades de atención se tradujo en un incremento de la cobertura.

b) Desde el punto de vista financiero, la incorporación de los aportes producto del pago de las prestaciones, si bien con grandes variaciones, significó una contribución apreciable.

c) Desde el punto de vista administrativo se logró una mayor agilidad presupuestaria, pero en forma paralela, se creó un pesado engranaje para recaudación de aranceles y pago de honorarios.

d) Con respecto a la demanda, cabe recordar que ésta no solo depende de la necesidad de la población, sino también de las actitudes desarrolladas por el personal del hospital tendientes a fomentar o desalentar determinadas atenciones.

El análisis de lo observado permite suponer que existe una aparente política de estímulo de la demanda de la población con cobertura, al tiempo que se desalienta la solicitud de atención de los pacientes con menos recursos.

e) El aporte de la comunidad fue limitado y las contribuciones de la misma se hicieron fundamentalmente bajo la forma de pago de prestaciones individuales.

f) De lo que antecede se desprende que la aplicación del sistema permitió una forma de financiamiento más fluida en su utilización; pero por otra parte hubo una disminución de la demanda de los grupos sociales más necesitados; con lo que puede afirmarse que no se ha satisfecho el espíritu de la ley en virtud de la cual se creó el sistema.

V. Análisis y recomendaciones

V.1. Oberá y Leandro N. Alem

V.1.1. Recursos existentes

V.1.2. Características de la población

V.1.3. Sistema administrativo y financiero

V.1.4. Recomendaciones

V.2. Bernardo de Irigoyen

V. Análisis y recomendaciones

V.1. Oberá y Leandro N. Alem

V.1.1. Los recursos existentes

La capacidad instalada de los hospitales públicos, -
dado su nivel de atención y sus posibilidades de operación, confi--
gura sin lugar a dudas la infraestructura más adecuada para cons--
tituir el centro de un sistema de atención médica. Por otra parte -
mientras los recursos del sistema privado se limitan a los núcleos
de población más importantes, los que pertenecen al sistema oficial
constituyen una red que desde los centros urbanos se irradia pro--
fusamente en el medio rural.

V.1.2. Características de la población

V.1.2.1. Posibilidades económicas

En el capítulo III se puso de manifiesto que la acti-
vidad más importante en Oberá y Alem es la relacionada con tareas -
agrícolas, los trabajadores son asalariados o bien propietarios de
pequeñas explotaciones donde se utiliza la mano de obra familiar. -
Las posibilidades económicas de los peones rurales a juzgar por --
sus salarios se caracterizan por alcanzar apenas el nivel de subsis-
tencia, situación que se empeora por la inestabilidad en la ocupa--

ción.

Las condiciones económicas de los productores son apenas mejores que las de los asalariados.

V.1.2.2. Situación de cobertura financiera

La población cubierta comprende a los que cuentan con un sistema de afiliación, que constituye un porcentaje muy variable de trabajadores según la actividad; alcanza a casi la totalidad del sector servicios y un buen porcentaje de los que se dedican a tareas industriales. La condición de afiliación permite a esta población el acceso a la atención en clínicas y consultorios privados mediante el pago de un moderador, aún cuando una buena parte de los trabajadores afiliados no pueden pagar el coseguro y concurren al hospital público para su atención.

La población no cubierta comprende dos grupos:

a) los que carecen de cobertura de atención médica, pero tienen derecho a ella, que configuran aproximadamente el 50% de la población asalariada (está integrada preferentemente por trabajadores rurales en relación de dependencia).

b) los que carecen de cobertura por ser trabajadores independientes, en su mayor parte pequeños productores.

V.1.2.3. Población según canal de atención

En suma pueden definirse tres grupos de población:

- a) una población predominantemente analfabeta, sin cobertura, dedicada a tareas rurales, poco proclives a solicitar asistencia médica, que recurre, cuando lo hace, al hospital público,
- b) la población tributaria del sistema privado pertenece al sector -servicios, tiene en su mayoría cobertura y requiere más atenciones de lo necesario.
- c) una población que no accede regularmente a ningún sistema de atención y que si bien es desconocida, puede suponerse en gran medida analfabeta y residente en el medio rural.

A pesar de esta situación aparentemente estructurada, existen grupos de población que pueden ser captados por el sistema. Están constituidos, fundamentalmente por los afiliados que no reciben atención en el sistema privado -preferentemente trabajadores industriales- y por aquellos a los que legalmente corresponde cobertura pero que no gozando sus beneficios.

V.1.3. El sistema administrativo y financiero

La experiencia observada en el SAMIC Eldorado puso de manifiesto aciertos y desaciertos en la implementación del sistema; entre los aciertos el más importante es la agilidad del manejo presupuestario con que se administró el establecimiento a raíz de su actuación como ente descentralizado; entre los errores - cabe mencionar la incorporación dentro del establecimiento de un sistema de cobro de aranceles y de clasificación de demandantes - que contribuyó a trastornar la relación médico-paciente, ya de por sí compleja- y que se tradujo en un rechazo de la población más necesitada.

V.1.4. Recomendaciones

a) La organización de los recursos es relativamente independiente del financiamiento de los servicios, su puesta a punto y adecuación resulta indispensable cualquiera fuese el sistema elegido para solventar la atención.

Los planteles de personal auxiliar deben completarse y posibilitar su capacitación en servicio.

b) El sistema debe detectar la población asalariada carente de cobertura y regularizar su situación, incorporando a este grupo, que constituye el 50% de los asalariados, a la categoría de población protegida.

También es responsabilidad del sector público lograr una atención adecuada de toda la población, por lo que deberá ponerse énfasis en captar a los que hasta ahora no se asisten en forma regular.

c) El financiamiento del sistema es un medio y no un fin en sí mismo. Su concreción debe realizarse en función de un único objetivo: posibilitar la atención médica de la población.

La administración de los servicios debe realizarse en forma descentralizada, lo que requiere dotar de personal administrativo eficiente y asegurar su capacitación permanente.

La utilización de los recursos debe efectuarse en --

forma conjunta teniendo como base la capacidad instalada del sistema público, con financiamiento proveniente del Estado y las obras sociales.

Las presentes recomendaciones surgen del análisis de la situación observada y son válidas cualquiera sea el sistema que se adopte.

En el capítulo VI. se detallarán las premisas y lineamientos generales del sistema de atención que se propone para la zona Oberá - Alem,

V.2. Bernardo de Irigoyen

Con respecto a los servicios de atención médica, en el momento actual no existen instalaciones adecuadas para la asistencia de pacientes internados ni suficiente población para contribuir a su financiamiento. Esta situación -que es la habitual en el medio rural- no sería motivo de preocupación si no se tratara de una población fronteriza en el límite con Brasil.

Las soluciones para la situación de salud deben ser precedidas de un enfoque mucho más amplio -vinculado a la particular situación geográfica de Misiones y avalado por la política de fronteras- que consiste en posibilitar el asentamiento permanente de la población mediante la creación de fuentes de trabajo estables y proveerla de vías de comunicación y servicios, entre los cuales el suministro de agua potable, es a todas luces, prioritario.

Con respecto a los servicios de atención médica para Bernardo de Irigoyen caben las siguientes recomendaciones:

- el estado debe asumir la asistencia de la población sin restric-

ciones de ningún tipo.

-para ello se requiere la creación de instalaciones sanitarias de nivel III completo, que permita la internación adecuada de los pacientes.

- elaborar un régimen especial de remuneración, que permita la dedicación completa de todo el personal.

- desarrollar programas preventivos que contemplen la asistencia de la mujer durante el embarazo parto y lactancia y del niño menor de cinco años, así como la profilaxis de las enfermedades Infecciosas.

VI. Sistema de atención propuesto

VI.1. Premisas básicas

VI.2. Sistema de atención médica

VI.2.1. Servicios de salud

VI.2.2. Organismo financiero

VI. Sistema de atención propuesto.

VI.1. Premisas básicas.

a) El objetivo fundamental del sistema es la adecuada asistencia de la población, por lo que el proyecto debe garantizar la posibilidad de acceso a todos los sectores sociales.

b) La integración de los recursos del sector oficial con los provenientes de las obras sociales aseguran la existencia de una importante capacidad instalada con gran extensión geográfica y un financiamiento más fluido que el que proviene del sector público.

c) El gobierno provincial no puede ni debe delegar su responsabilidad normativa y financiera. En el aspecto técnico corresponde mantener una supervisión comprensiva pero firme y realizar evaluaciones periódicas. En el aspecto económico es menester tener en claro que los fondos provenientes de las obras sociales ya mencionados contribuyen sólo en parte al financiamiento de los servicios, quedando en manos del estado la función de equilibrar la economía del sistema.

d) Debe establecerse una clara diferenciación entre el organismo destinado a prestar servicios de salud y el que debe financiarlos; aún cuando ambos responden al mismo objetivo final, siendo menester determinar las funciones específicas de cada uno.

e) En los establecimientos sanitarios deberá adoptarse el régimen de "medicación exclusiva" para el personal profesional, esta es una condición ineludible para garantizar una atención adecuada.

VI.2. Sistema de asistencia médica

VI.2.1. Servicios de salud

Básicamente, los servicios destinados a brindar atención médica son los que integran la red de establecimientos oficiales que fuera descripta en el capítulo II- aún cuando no todos se incorporan al sistema en forma simultánea. Resulta atinada la decisión de las autoridades provinciales de comenzar esta experiencia con los establecimientos de mayor complejidad de la zona.

VI.2.1.1. Funciones

Si bien la función que desempeñan los hospitales es muy clara, coincidente con el objetivo del sistema, conviene remarcar que no debe ser distorsionada por la incorporación de actividades ajenas a la atención de la población, tales como control de afiliación, recaudación de fondos, registro de afiliados, etc., que deben quedar en manos del organismo destinado a tal fin.

La asistencia de la población deberá contemplar acciones curativas y preventivas facilitando el acceso al sistema de todos los sectores sociales.

Con respecto a las acciones de medicina reparadora, se asistirá en una primera etapa la demanda espontánea, aún cuando corresponde elaborar programas de detección para alguna patología infecciosa.

cabe llevar a cabo programas especiales de capta--

ción de población rural, desarrollando actividades de tipo preventivo, entre las cuales tiene especial importancia la atención de la mujer en situación de embarazo, parto y lactancia y la de los niños menores de cinco años.

VI.2.1.2. Régimen administrativo

Debe permitir un ágil manejo del presupuesto y del personal a través de un régimen descentralizado que posibilite decidir y ejecutar rápidamente. Sin este requisito la administración del hospital se torna, en la práctica, un freno permanente para la atención del paciente.

VI.2.1.3. Remuneración al personal

Al establecer como premisa la de implantar un régimen de "dedicación exclusiva" resulta obvio que, en forma paralela, debe pensarse en niveles de remuneración acordes con la responsabilidad y eficiencia que requiere el ejercicio de la profesión. Esto es válido no sólo para el médico y demás profesionales sino que debe extenderse a todos los integrantes del equipo de salud -auxiliares, personal de enfermería y paramédico, etc.- que tradicionalmente han sido social y económicamente postergados.

VI.2.1.4. Selección y capacitación del personal

a) Profesional

La elevada concentración de médicos que existe en el

país paraite integrar un plantel satisfactorio. Cabe seleccionar - profesionales jóvenes, egresados de universidades reconocidas por su nivel técnico y que hayan completado su residencia en hospitales de alta complejidad. Conviene destacar que estos profesionales van a actuar en establecimientos que son centros de referencia para toda la zona y que por lo tanto asumen de hecho la función de capacitar al personal médico y auxiliar que asiste en los servicios de menor nivel.

Por otra parte cabe recordar que uno de los saldos positivos que dejó la experiencia de S.A.M.I.C. Eldorado es la de haber aumentado notablemente el nivel de atención de la localidad, con la incorporación de profesionales especializados.

b) Personal auxiliar

Es menester completar los planteles existentes y asegurar la capacitación permanente de este tipo de personal ya sea mediante adiestramiento en servicio o bien a través de cursos en escuelas especializadas.

A la inversa de lo que sucede con el grupo profesional, este tipo de personal es muy escaso en todo el país, por lo que conviene definir líneas de acción para su formación y utilización en el sistema.

VI.2.2. Organismo financiero

El organismo destinado a obtener el financiamiento

necesario para los servicios de salud puede ser creado especialmente o, lo que parece más lógico, asignar esa tarea al Instituto Provincial del Seguro que constituye la obra social de los empleados del gobierno provincial. De esta manera se convierte en el ente -- centralizador y coordinador de las relaciones entre las obras sociales y los afiliados por una parte y el grupo prestador de servicios por la otra.

VI.2.2.1. Relaciones del I.P.S. con las obras sociales y el sector público.

Las obras sociales, hasta ahora, contratan los servicios que requieren sus afiliados con el grupo profesional privado, pagando cada una de las atenciones realizadas según los aranceles fijados en el nomenclador nacional, pero como ya se dijo en el capítulo I, un porcentaje importante de la población afiliada no utiliza su cobertura porque no puede afrontar el pago del co seguro, y se vuelca al hospital público. Parece razonable, por lo tanto que las obras sociales asuman el pago de este servicio que sus afiliados reclaman en el sector oficial.

Es aquí donde desempeñará su papel el I.P.S. quien mediante convenios con las obras sociales puede garantizar la asistencia de un porcentaje de la población afiliada en el hospital público, al mismo tiempo que recauda los fondos con que la obra social retribuye el servicio.

VI.2.2.1.1. Forma de retribución

La asistencia debe ser convenida mediante "pago por

población cubierta" en base a los porcentajes de trabajadores afiliados que habitualmente se asisten en los hospitales. Esta forma de pago, sin lugar a dudas es la más adecuada por ser de más fácil manejo administrativo que la compleja tramitación que conlleva -- la retribución por acto médico sin mencionar la tendencia a la sobreprestación que engendra esta última modalidad.

VI.2.2.1.2. Control de afiliación

Otra de las funciones asignadas al I.P.S. es la de establecer y normatizar las medidas adecuadas para lograr una cobertura total con respecto a la afiliación de la población ocupada, ya que resulta notorio en algunos grupos, la existencia de un alto porcentaje de trabajadores que cumplen sus tareas en condiciones ilegales en cuanto a registro y afiliación y que por consiguiente quedan fuera del sistema proteccional. Esta situación, tanto más frecuente cuanto más bajos son los salarios y más inestable la continuidad del empleo, aparece con elevada frecuencia entre los -- trabajadores agrícolas, grupo que constituye la mano de obra más im-
portante de la zona que nos ocupa.

NOTAS

- (1) Brian Abel - Smith. An International study of health expenditure. WHO. Geneve 1976
- (2) O.I.T. El costo de la seguridad social - Ginebra 1969 - 1972
- (3) Estado de salud de la población de Gran Mendoza - Estudio sobre salud y educación médica - Serie 6 N° 3 - SESP. O.P.S. - 1970
- (4) Estado de salud de la población del Gran Córdoba - Estudio sobre salud y educación médica - Serie 6 N° 4 - SESP. OPS. 1971.
- (5) Estado de salud de la población del Area Metropolitana - Estudio sobre salud y educación médica. Serie 6 N° 1 - SESP. OPS.
- (6) SESP. Documento de Trabajo del Departamento de Economía Sanitaria - 1974.
- (7) Fontau, Inés; Crespo, E; Nakamarsu, Guillermo. Tasa de letalidad de los hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires, Cuadernos de Salud Pública, N° 9 - Espuba - 1972.
- (8) Plachner, Isabel; Fontau, Inés, La atención médica y su financiamiento en la República Argentina. SESP - 1969.
- (9) Atlas de la población de Misiones. Dirección General de Estadística y Censos. Provincia de Misiones 1976.
- (10) Fontau, Inés; Diehl, Ricardo, Guerri, Iris; Villaggi, J. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Región Noreste. C.F.I., 1977
- (11) Anuario Estadístico do Brasil
- (12) Censo Nacional económico. Resultados provisionales. INDEC - 1974.

(13) Spektor, Susana; Kuncher, Adela; Guerzi, Iris. Posibilidades educativas de la población nacional - C.F.I. - 1977.

(14) Cafferata, Agustín; De Santos, Carlos; Tesoriero, Gustavo; - Formación y desarrollo de las estructuras agrarias regionales. CFI. 1975.

(15) Slutzky, Daniel. Tenencia y distribución de la tierra en la región NEA - C.F.I. - 1975

(16) Flood, Carlos Alberto. Estudio de la mano de obra transitoria de la Provincia de Misiones - Secretaría del Consejo Provincial de Desarrollo - Misiones - 1972.

(17) Boletín oficial de la provincia de Misiones - Año XII N° 2280 - Marzo - 1968.

(18) ASTEC. Estudio de factibilidad sobre el financiamiento del Hospital de Eldorado - 1970.

A N E X O

Fundamentos para un indicador de cobertura de atención médica

El estudio sobre salud y educación médica realizado por SESP y la Oficina Sanitaria Panamericana en 1970 comprende una serie de trabajos realizados en varias áreas del país en los que se investigan diferentes aspectos sobre la salud de la población.

Entre los datos referentes a utilización de los recursos en áreas urbanas, se encuentran los egresos clasificados según causa de internación y financiamiento de la atención que aparecen en las tablas que se transcriben.

Area Metropolitana

Egresos según sistema de financiación y causa de internación

Causas	Público	Sistema de financiación			Total
		Obra Social	Privado c/ cobertura	Privado s/ cobertura	
Todas las causas	118	60	39	78	295
Causas generales	75	42	29	49	195
Partos	43	18	10	29	100

Fuente: SESP - OPS. Estado de Salud de la Población del Area Metropolitana - Estudio sobre Salud y Educación Médica - Serie 6 N.º 1 - 1970.

Gran Mendoza

Número de egresos según sistema de financiación y causa de internación

Causas	Sistema de financiación				Total
	Público	Obra Social	Privado c/ cobertura	Privado s/ cobertura	
Todas las causas	212	208	104	83	607
Causas generales	167	161	80	62	470
Partos	45	47	24	21	137

Fuente: SESP-OPS. Estado de Salud de la Población de Gran Mendoza - Estudio sobre Salud y Educación médica - Serie 6 - N° 3 - 1970 -

Gran Córdoba

Egresos según sistema de financiación y causas de internación

Causas	Sistema de financiación				Total
	Público	Obra Social	Privado c/ cobertura	Privado s/ cobertura	
Todas las causas	222	152	63	60	507
Causas generales	144	124	46	38	352
Partos	78	38	17	22	155

Fuente: SESP-OPS. Estado de Salud de la Población del Gran Córdoba. Estudio sobre Salud y Educación Médica - Serie 6 N° 4 - 1970 -

El análisis estadístico de estos datos pone de manifiesto que la distribución de las internaciones por parto según fuente de financiamiento no muestra diferencias significativas con las correspondientes a la internación por el resto de las causas en las tres áreas consideradas - Área Metropolitana, Gran Mendoza y Gran Córdoba-.

Dado que la forma de financiamiento define, hasta ahora, el canal de atención, puede concluirse que en base a lo observado en otras áreas del país, la elección del sistema de asistencia del parto de una población puede generalizarse como lugar de atención médica para todas las causas, y -por lo tanto- la cobertura de la asistencia de los partos puede interpretarse como cobertura de la totalidad de la atención.

Por otra parte, el Programa Nacional de Estadística de Salud contempla, en la Serie Estadísticas Vitales, el registro de los nacimientos según lugar de ocurrencia y tipo de atención por departamento; en tanto que la Serie Estadísticas Hospitalarias registra los partos ocurridos en los hospitales del sector público. De la elaboración de estos datos surge el número de partos asistidos en el sistema privado.

De la conjunción de estas fuentes de información surge lo siguiente:

- a) Según las encuestas de población realizadas en diferentes áreas del país, el canal de atención del parto que utiliza la población es el mismo al que recurre para todas las demás causas.
- b) En base a los datos provenientes de Estadísticas Vitales y de Estadísticas hospitalarias en el mismo período, puede discriminarse los partos asistidos en los sistemas público y privado por departamento de ocurrencia.
- c) Basándose en la premisa explicitada en a) y en los datos que surgen del análisis que se especifica en b) se toma como indicador de cobertura de atención médica el peso relativo de los partos asistidos en los sistemas público y privado.

Indice de Cuadros del Anexo

Págs.

Cuadro N° 1	: Egresos del sistema oficial, Zona II - Años 1972/76	103
Cuadro N° 2	: Nacimientos según sistema de atención - Oberá - Años 1975/76	104
Cuadro N° 3	: Nacimientos según sistema de atención - Leandro N. Alem - Años 1975-1976 -	105
Cuadro N° 4	: Nacidos vivos según tipo de atención y local de ocurrencia - Oberá - Años 1971 a 1976	106
Cuadro N° 5	: Nacidos vivos según tipo de atención y local de ocurrencia - Leandro N. Alem - Años 1971 a 1976	107
Cuadro N° 6	: Nacidos vivos según tipo de atención y local de ocurrencia - General Belgrano - Años 1971 a 1976	108
Cuadro N° 7	: Encuestados según rama de actividad del jefe de la familia - 1977	109
Cuadro N° 8	: Encuestados según categoría ocupacional del jefe de la familia - 1977	110
Cuadro N° 9	: Encuestados según condición de alfabetización por localidad - Cifras absolutas, 1977	111
Cuadro N° 10	: Encuestados según condición de alfabetización y rama de actividad - 1977	112
Cuadro N° 11	: Condición de afiliación, por localidad - 1977	113

Cuadro N° 12 : Condición de afiliación según rama de actividad - 1977 - 114

Cuadro N° 13 : Nivel de ingreso mensual por localidad - 1977 - 115

Cuadro N° 14 : Nacimientos ocurridos en Eldorado - según sistema de atención - Años 1971 a 1976 - 116

Cuadro N° 15 : Nacidos vivos en Eldorado según tipo de atención y local de ocurrencia - Años 1971 a 1976 117

Cuadro N° 16 : Egresos según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1971 a 1976 - Cifras absolutas 118

Cuadro N° 17 : Promedio mensual de egresos por todas las causas según categoría del Hospital de Eldorado - Años 1971 a 1976 - 119

Cuadro N° 18 : Egresos según categoría y especialidad del Hospital de Eldorado - Años 1975 a 1977 120

Cuadro N° 19 : Consultas según categoría del hospital de Eldorado en los años 1972 a 1976 - Cifras absolutas 121

Cuadro N° 1 - Anexo

Egresos del sistema oficial - Zona II - Años 1972 a 1976

Establecimiento	Año 1972	1973	1974	1975	1976
Hospital Base Oberá	3319	3470	3983	4318	3955
Hospital Area L.H. Alem	1101	1642	1804	1583	1477
" Area San Javier	635	781	866	950	1307
Unid. Sanit. A. del Valle	367	453	609	471	402
" " Alba Posse	-	112	377	374	246
" " Cerro Azul	-	-	-	139	187
" " 2 de Mayo	-	-	-	258	278
" " Campo Viera	-	-	-	-	118
Total	5422	6458	7719	8093	7970

Fuente: Estadísticas Hospitalarias (Indicadores) 1972; 1973; 1974; 1975; 1976 -
Servicio Provincial de Salud - Provincia de Misiones -

Cuadro N.º 2 - Anexo

Nacimientos según sistema de atención. Oberá, 1975/76

N A C I M I E N T O S					
Años	Con atención profesional			Sin atención Profesional	TOTAL
	Asisti- dos en hospital público	Asisti- dos con atención privada	Total		
1975	934	565	1499	802	2301
1976	1222	465	1687	856	2543
Promedio 1975/76	1078	515	1593	829	2422

Fuente: . Tabla N.º 35 del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Depto. de Estadísticas de Salud. SESP. Información inédita.
 . Estadísticas Hospitalarias. Servicio Provincial de Salud. Depto de Estadísticas.

Cuadro N° 3 - Anexo

Nacimientos según sistema de atención. Leandro N. Alem, 1975/76

N A C I M I E N T O S					
Años	Con atención profesional			Sin atención	TOTAL
	Asisti- dos en hospital público	Asisti- dos con atención privada	Total	Profesional	
1975	475	231	706	272	978
1976	441	323	764	259	1023
Promedio 1975 /76	458	277	735	265	1000

Fuente: Idem Cuadro N° 2 - Anexo

Cuadro N.º 4 - Anexo

Nacidos vivos según tipo de atención en el parto y local de ocurrencia.

Depto. Oberá - Años 1971 a 1976.

Año	Tipo de aten. Local de ocurr.	Tipo de aten.					TOTAL
		Médico	Partera	Comadre	S/aten.	Ignorado	
1971	Establec. asistencial	275	567	4	6	2	854
	Domicilio particular	33	31	518	230	68	880
	Otros	24	-	3	10	2	39
	Ignorado	1	-	7	7	35	50
	Total	333	598	532	253	107	1823
1972	Establec. asistencial	350	636	7	2	1	1026
	Domicilio particular	23	25	593	199	56	896
	Otros	32	1	1	4	-	38
	Ignorado	-	-	-	7	29	36
	Total	435	662	601	212	66	1936
1973	Establec. asistencial	460	602	2	1	1	1066
	Domicilio particular	17	25	449	234	27	752
	Otros	44	1	5	9	-	59
	Ignorado	-	-	3	-	35	38
	Total	521	628	459	244	63	1915
1974	Establec. asistencial	571	791	-	1	1	1364
	Domicilio particular	11	31	408	311	65	826
	Otros	42	-	1	10	-	53
	Ignorado	1	-	-	2	67	70
	Total	625	822	409	324	133	2313
1975	Establec. asistencial	628	806	2	1	-	1437
	Domicilio particular	7	13	412	343	11	786
	Otros	44	1	-	2	3	50
	Ignorado	-	-	1	-	27	28
	Total	679	820	415	346	41	2301
1976	Establec. asistencial	601	818	2	1	-	1622
	Domicilio particular	20	19	366	415	51	871
	Otros	26	3	1	1	2	33
	Ignorado	-	-	-	1	16	17
	Total	647	840	369	418	69	2543

Fuente: Tabla N.º 35 del Programa Nacional de Estadísticas de Salud - Depto. de Estadísticas de Salud - SESP. Información inédita -

Cuadro N° 5 - Anexo

Nacidos vivos según tipo de atención en el parto y local de ocurrencia.

Depto. Leandro N. Alem - Años 1971 a 1976

Año	Local de ocurr.	Tipo de aten.	Médico	Partera	Comadre	S/atenc.	Ignorado	TOTAL
1971	Establec. asistencial		52	233	-	10	2	297
	Domicilio particular		9	52	114	180	36	391
	Otros		23	-	1	2	-	26
	Ignorado		-	-	-	1	1	2
	Total		84	285	115	193	39	716
1972	Establec. asistencial		70	257	-	-	-	327
	Domicilio particular		14	65	98	184	15	376
	Otros		22	-	1	4	-	27
	Ignorado		-	-	-	-	5	5
	Total		106	322	99	188	20	735
1973	Establec. asistencial		100	284	2	3	-	389
	Domicilio particular		15	58	132	151	6	362
	Otros		17	-	-	1	-	18
	Ignorado		-	1	-	-	1	2
	Total		132	343	134	155	7	771
1974	Establec. asistencial		155	366	1	-	1	523
	Domicilio particular		11	47	184	125	4	371
	Otros		16	-	-	1	-	17
	Ignorado		-	-	-	1	6	7
	Total		182	413	185	127	11	918
1975	Establec. asistencial		200	419	-	-	1	620
	Domicilio particular		11	48	161	104	5	329
	Otros		28	-	-	-	-	28
	Ignorado		-	-	-	-	1	1
	Total		239	467	161	104	7	778
1976	Establec. asistencial		376	330	-	-	-	706
	Domicilio particular		7	24	124	124	6	285
	Otros		24	3	1	1	-	29
	Ignorado		-	-	1	-	2	3
	Total		407	357	126	125	8	1023

Fuente: Idem Cuadro N° 4 - Anexo

Cuadro N° 6 - Anexo

Nacidos vivos según tipo de atención en el parto y local de ocurrencia.

Depto. Gral. M. Belgrano - Años 1971 a 1976.

Año	Tipo de aten. Loc. de ocurr.	Tipo de aten.					TOTAL
		Médico	Partera	Comadre	S/aten.	Ignorado	
1971	Establec. asistencial	30	5	1	-	-	36
	Domicilio particular	10	4	214	32	16	276
	Otros	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	-	-	-	-	3	3
	Total	40	9	215	32	19	315
1972	Establec. asistencial	26	-	4	1	-	31
	Domicilio particular	12	4	334	26	3	379
	Otros	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	-	-	9	-	4	13
	Total	38	4	347	27	7	423
1973	Establec. asistencial	25	7	2	1	-	35
	Domicilio particular	12	1	226	41	5	285
	Otros	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	-	-	-	-	5	5
	Total	37	8	228	42	10	325
1974	Establec. asistencial	3	-	-	-	-	3
	Domicilio particular	1	1	67	5	-	74
	Otros	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	-	-	-	-	199	199
	Total	4	1	67	5	199	276
1975	Establec. asistencial	6	1	-	-	-	7
	Domicilio particular	-	2	98	5	1	106
	Otros	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	-	-	-	-	188	188
	Total	6	3	98	5	189	301
1976	Establec. asistencial	158	11	-	-	1	170
	Domicilio particular	23	3	181	77	2	286
	Otros	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	2	1	-	-	5	8
	Total	183	15	181	77	8	464

Fuente: Tabla N° 35 del Programa Nacional de Estadísticas de salud.
Depto. de Estadísticas de Salud. SESP. Información inédita.

Cuadro N° 7 - Anexo

Encuestados según rama de actividad del jefe de la familia - 1977

Rama de actividad	Oberá	L.N.Alem	B.de Irigoyen
Agricultura	73	36	25
Industria	34	6	1
Comercio	5	2	3
Servicios	15	6	13
TOTAL	127	50	42

Fuente: Datos recogidos por encuesta efectuada en diciembre de 1977.

Cuadro N.º 8 - Anexo

Encuestados según categoría ocupacional del jefe de la familia-1977

Localidad	Oberá	L.N.Alem	B.de Irigoyen
Categoría ocupacional del Jefe de la familia.			
Por su cuenta, sin personal, ni local o tierras.	9	7	22
Por su cuenta, sin personal, con local o tierras	36	12	1
Por su cuenta, con personal, con local o tierras.	3	2	3
Obrero o empleado calificado	10	3	4
Peón u obrero no calificado	69	26	12
TOTAL	127	50	42

Fuente: Idem cuadro N.º 7 - Anexo

111

Cuadro N° 9 - Anexo

Encuestados, según condición de alfabetización por localidad - Cifras absolutas -

Localidad	Condición de alfabetización	Analfabetos	Analfabetos Potenciales *	Alfabetos	TOTAL
Oberá		22	48	59	129
Leandro N. Alem		14	16	21	51
Bernardo de Irigoyen		13	15	16	44

* Analfabetos potenciales: Los que se declaran alfabetos pero han cursado menos de cuatro años de estudios.

Fuente: Idem Cuadro N° 7 Anexo.

Cuadro N.º 10 - Anexo

Encuestados según condición de alfabetización y rama de actividad - Oberá, Leandro N. Alem y Bernardo de Irigoyen

Actividad	Condición de alfabetización	Analfabetos *	Alfabetos	TOTAL
Agricultura		87	47	134
Industria		15	26	41
Comercio		5	4	9
Servicios		15	20	35
TOTAL		122	97	219

* Analfabetos y Analfabetos potenciales -

Fuente: Idem Cuadro N.º 7 - Anexo

Cuadro N.º 11 - Anexo

Condición de afiliación de la población encuestada, por localidad -

Condición de afiliación	Localidad		
	Oberá	L.N.Alem	B. de Irigoyen
Afiliados	20	9	12
No afiliados	107	41	30
TOTAL	127	50	42

Fuente: Ídem Cuadro N.º 7 - Anexo

114

Cuadro N.º 12 - Anexo

Condición de afiliación según rama de actividad - Oberá, L.N.Alem y B. de Irigoyen -

Actividad	Condición de afiliación	Afiliados	No afiliados	TOTAL
Agricultura		14	120	134
Industria		14	27	41
Comercio		-	9	9
Servicios		13	22	35
TOTAL		41	178	219

Fuente: Idem cuadro N.º 7 - Anexo.

115

Cuadro N° 13 - Anexo

Nivel de Ingreso mensual por localidad

Ingresos	Oberá	L.N.Atem	B. de Irigoyen
No sabe/No contesta	22	14	3
Menos de \$ 30.000	32	21	19
De \$30.000 a menos de \$50.000	36	10	12
De \$50.000 a " " \$70.000	20	3	3
De \$70.000 " " " \$100.000	10	1	2
" \$100.000 " " " \$150.000	5	-	1
" \$150.000 " " " \$200.000	4	2	4
Más de \$ 200.000	-	-	-
TOTAL	129	51	44

Fuente: Idem Cuadro N° 7 - Anexo -

Cuadro N° 14 - AnexoNacimientos ocurridos en Eldorado según sistema de Atención - Años 1971 a 1976 -

N A C I M I E N T O S

Años	Atención Profesional		Sin Atención Profesional	TOTAL
	Asistidos en Hospital de Eldorado	Con atención Privada		
1971	265	157	423	845
1972	370	180	504	1054
1973	495	165	472	1132
1974	535	206	503	1244
1975	672	256	540	1468
1976	675	319	527	1524

Fuente: . Tabla N° 35 del Programa Nacional de Estadísticas de Salud - SESP -
 . Hospital de Eldorado -

117

Cuadro N° 15 - Anexo

Nacidos vivos según tipo de atención en el parto y local de ocurrencia.

Depto. Eldorado - Años 1971 a 1976

Año	Local de ocurr.	tipo de aten.				S/aten.	Ignorado	TOTAL
		Médico	Partera	Comadre	S/aten.			
1971	Establec. asistencial	251	111	6	6	1	375	
	Domicilio particular	20	38	240	64	82	444	
	Otros	1	1	2	1	1	6	
	Ignorado	-	-	1	2	17	20	
	Total	272	150	249	73	101	845	
1972	Establec. asistencial	280	225	2	-	1	508	
	Domicilio particular	13	31	197	111	169	521	
	Otros	-	1	4	-	-	5	
	Ignorado	-	-	2	1	17	20	
	Total	293	257	205	112	187	1054	
1973	Establec. asistencial	379	211	3	-	1	594	
	Domicilio particular	27	42	222	90	134	515	
	Otros	1	-	-	3	-	4	
	Ignorado	-	-	-	-	19	19	
	Total	407	253	225	93	154	1132	
1974	Establec. asistencial	531	163	1	2	-	697	
	Domicilio particular	10	36	329	63	77	515	
	Otros	-	1	1	1	-	3	
	Ignorado	-	-	-	-	29	29	
	Total	541	200	331	66	106	1244	
1975	Establecimiento asisten.	719	144	3	-	2	868	
	Domicilio particular	19	42	321	110	31	523	
	Otros	3	1	9	3	-	16	
	Ignorado	-	-	-	-	61	61	
	Total	741	187	333	113	94	1468	
1976	Establec. asistencial	787	171	1	1	1	961	
	Domicilio particular	9	29	335	127	24	524	
	Otros	-	1	4	-	-	5	
	Ignorado	-	-	-	-	34	34	
	Total	796	201	340	128	59	1524	

Fuente: Idem Cuadro N° 4 - Anexo

Cuadro N.º 16 - Anexo

Egresos según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1971 a 1977 * - Cifras absolutas -

Año	Categoría	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categor. IV.	TOTAL
1971		522	664	314	328	1828
1972		754	1195	544	428	2911
1973		1854	1367	641	399	3461
1974		1484	1390	771	319	3964
1975		1952	800	922	254	3935
1976		1780	814	1137	167	3898
1977		754	430	756	79	2019

* Años 1972 - 1976: Meses de enero a diciembre - Año 1971: Meses de mayo a diciembre - Año 1977: Meses de enero a junio -

Fuente: Hospital de Eldorado -

Cuadro N° 17 - Anexo

Promedio mensual de egresos por todas las causas según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1971 a 1977 *

Año	Categoría				TOTAL
	Categoría I	Categoría II	Categor. III	Categ. IV	
1971	65	83	39	41	229
1972	63	99	45	36	243
1973	88	114	53	33	288
1974	124	116	64	27	330
1975	163	67	77	21	328
1976	148	68	95	14	325
1977	126	72	126	13	337

* Años 1972-1976: Meses de enero a diciembre - Año 1971: Meses de mayo a diciembre - Año 1977: Meses de enero a junio -

Fuente: Hospital de Eldorado -

Cuadro N° 18 - Anexo

Egresos según categoría y especialidad del Hospital de Eldorado - Años 1975 a 1977 - Cifras absolutas -

Especialidad	Año	Categ. I	Categ. II	Categ. III	Categ. IV	TOTAL
Pediatria	1975	552	148	215	49	964
	1976	640	203	334	43	1195
	1977	266	123	179	15	583
Terapia Intensiva	1975	44	11	16	5	76
	1976	58	18	30	10	116
	1977	20	7	11	4	42
Clínica Médica	1975	252	60	124	29	465
	1976	295	108	198	32	633
	1977	126	45	106	15	292
Clínica Quirúrgica	1975	204	110	149	43	506
	1976	179	121	242	42	584
	1977	43	40	103	19	205
Inocriología	1975	475	229	149	40	893
	1976	551	306	225	24	1106
	1977	164	128	128	13	433
Traumatología	1975	65	44	127	27	263
	1976	57	47	132	29	265
	1977	24	23	89	7	143

Cuadro N.º 19 - Anexo

Consultas según categoría del Hospital de Eldorado en los años 1972 a 1976 -
Cifras absolutas -

	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categ. IV	TOTAL
1972	10.299	15.022	6.968	5.459	37.748
1973	12.975	16.158	8.885	4.991	43.009
1974	13.755	15.083	8.204	3.203	40.245
1975	13.712	11.260	10.811	2.654	38.437
1976	10.719	9.198	11.567	1.634	33.118

Fuente: Hospital de Eldorado