

Situación de Salud Argentina 2000



Ministerio de Salud



OPS



OMS



Introducción

En las últimas décadas los indicadores de salud de la Argentina han presentado importantes mejorías. Sin embargo, la tendencia hacia una mejor situación de salud no ha sido equilibrada. En algunos grupos poblacionales con mejor situación socioeconómica los cambios hacia una situación más favorable han sido mayores que en otros con condiciones de vida más deficitarias. Como resultado de este proceso, se han establecido nuevos patrones epidemiológicos en los que la falta de equidad es un factor importante.

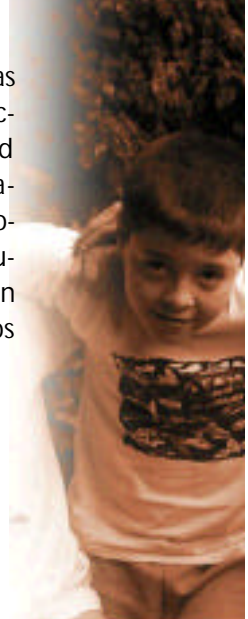
El análisis y la interpretación de la información vinculada a la situación de salud es un punto clave para el diseño, ejecución y evaluación de las políticas de Estado y las políticas de salud destinadas a lograr condiciones de salud mejores y más justas. En esta línea, el Informe sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud¹ de este año ha sido dedicado al desarrollo de una nueva metodología para evaluar los Sistemas de Salud, lo que permitirá en un futuro considerar otras dimensiones y herramientas de análisis de la situación de salud.

La Organización Panamericana de la Salud colabora activamente en el desarrollo de sistemas de vigilancia y en el análisis de información, apoyando y fortaleciendo los sistemas de información en salud de los países miembros como parte de sus actividades de cooperación técnica.²

En esta línea, la Representación de OPS/OMS en la Argentina ha publicado en los últimos años una serie de informes y documentos en los que se presentan series de indicadores básicos y diferentes tipos de análisis de situación en salud. Para ampliar la diseminación de estos documentos, se los ha incorporado en la página de Internet de la Representación, que puede ser consultada en la dirección: <http://www.ops.org.ar/Situación de Salud, Argentina 2000> es una publicación sintética, preparada por el Ministerio de Salud y la Representación de OPS-OMS en Argentina, en la que se ha tratado de eliminar el lenguaje técnico propio de este tipo de análisis para facilitar su acceso a un público general. En ella se ha tratado de analizar los datos básicos de salud, incorporando algunos conceptos de relativa reciente movilización como el de equidad en salud, y otros de continua preocupación como el de gasto en salud.



Dada la limitada información sobre el número de personas afectadas por las diferentes enfermedades, discapacidades y la exposición a factores de riesgo en las diferentes regiones del país, la situación de salud debe en general ser analizada a través de su daño más grave, la mortalidad. Sin embargo, crecientes esfuerzos para obtener información sobre los aspectos antes mencionados permiten anticipar que en un futuro no muy lejano el análisis de situación de la salud de la población pueda ser realizado por aspectos menos negativos o aún por aspectos positivos de la salud.



Condiciones de vida y condiciones de salud

La relación entre niveles económicos y niveles de salud de las poblaciones es un hecho bien conocido. Muchos ejemplos pueden presentarse, pero quizás el más categórico es la correlación entre ingresos per capita y expectativa de vida al nacer de la población. Países como Canadá, Japón e Islandia, con más de 22.000 U\$S per capita de Producto Bruto Interno (PBI) en 1997, tenían una expectativa de vida al nacer de más de 79 años, en tanto los pobladores de Sierra Leona, con solo 410 U\$S de PBI per capita tuvieron una expectativa de vida menor a la mitad (de 37,2 años).

Estas diferencias en los ingresos generan desigualdades en las

condiciones de vida, lo que origina inequidades en las condiciones de salud. Entendiendo inequidad en salud como aquellas diferencias injustas y evitables.

Es conocido también el hecho de que la inequidad de ingresos dentro de los países parece tener un efecto mayor sobre la inequidad en salud que el que generan las diferencias entre los países. Por ejemplo, la población de Costa Rica, con notorios menores ingresos per capita que la de Estados Unidos, pero con menores diferencias entre los ingresos de los más pobres y los más ricos, ha alcanzado una esperanza de vida al nacer mayor que la de este último país. La relación entre ingresos per capi-



ta y expectativa de vida en las provincias de la Argentina muestra una curva similar a la de otras re-

gresos, un incremento de éstos solo origina ligeros incrementos en la expectativa de vida.

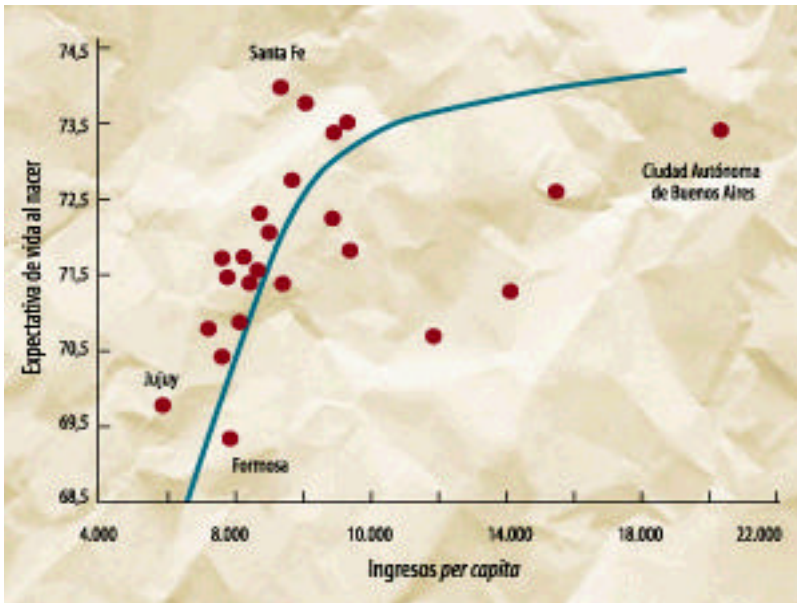


giones y países del mundo. En las poblaciones con menores ingresos, pequeñas mejoras en los ingresos resultan en notorios incrementos en

El gráfico a continuación, presenta en forma de puntos, la posición de las 24 provincias argentinas según sus ingresos per capita y su expectativa de vida al nacer. La línea en forma de curva marca la relación antes mencionada y se han señalado las provincias con mayor y menor ingreso (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Jujuy) y las provincias con mayor y menor expectativa de vida (Santa Fe y Formosa).

la expectativa de vida, en tanto en las poblaciones con mayores in-

Relación entre ingresos provinciales per capita y expectativa de vida



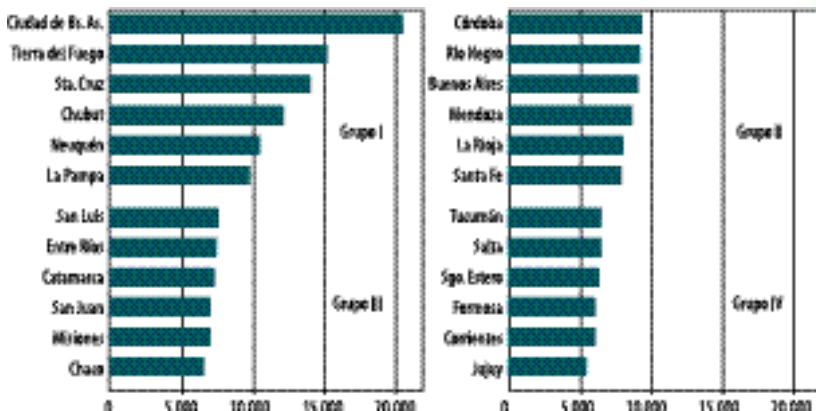
Fuente: Perfil de País 1997, Naciones Unidas, Argentina.³
Informe sobre Desarrollo Humano 1999, PNUD.⁴

Estratificación por regiones geográficas y por ingresos

En la edición anterior de esta publicación, la estratificación o agrupamiento de las provincias por regiones geográficas evidenció la existencia de patrones más o menos definidos para las provincias que integraban cada región. Las provincias del Noroeste y del Noreste presentaron mayores tasas de mortalidad infantil y materna, mayor proporción de muertes por infecciones, mayor proporción de defunciones cuyas causas fueron mal definidas y menor proporción de partos realizados en establecimientos asistenciales. En el otro extremo, la región del Centro

y la Patagonia presentaron las menores tasas de mortalidad infantil y materna, menor proporción de partos domiciliarios y otros indicadores que evidencian una situación de salud más favorable. Otra forma de agrupamiento de las provincias que permite analizar las condiciones de vida y salud según los ingresos es la clasificación según estos ingresos. El gráfico a continuación presenta las provincias divididas en cuatro grupos. Esta clasificación mantiene una cierta correspondencia con la regiones geográficas. El grupo I está integrado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Estratificación de las provincias según ingresos per capita



Fuente: Perfil de País 1997, Naciones Unidas, Argentina

y cinco provincias patagónicas. En el grupo II se encuentran la restante provincia patagónica, tres provincias del centro y dos de la región de

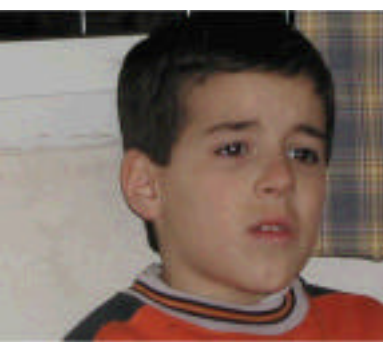
Cuyo. En tanto los grupos III y IV agrupan a todas las provincias de las regiones del Norte del país, más San Luis, San Juan y Entre Ríos.



Características demográficas y condiciones de vida

La Tasa Global de Fecundidad (TGF), la Tasa de Natalidad (TN), el porcentaje de población menor de 15 años (% < 15), el porcentaje de población de 65 o más años (% > 64) y la expectativa de vida al nacer (evn), son elementos que permiten caracterizar los aspectos

demográficos de las poblaciones. Estos indicadores presentan, en la Argentina, una estrecha correlación con los grupos de provincias según sus ingresos. La Tasa Global de Fecundidad, la Tasa de Natalidad y la proporción de niños muestran cifras cada vez menores para los grupos de mayor ingreso, en tanto la proporción de personas de 65 o más años aumenta hasta duplicarse y la expectativa de vida crece en más de 2 años.



Indicadores demográficos por grupos de ingreso per capita

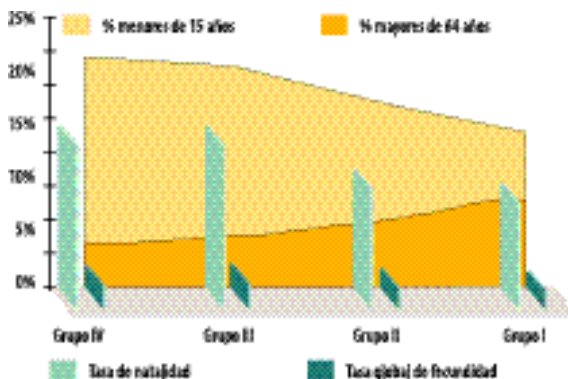
	TGF	TN	% < 15	% >64	evn
Grupo IV	3,17	23,81	33,83	6,44	70,87
Grupo III	3,15	23,79	32,97	7,16	71,26
Grupo II	2,53	17,49	27,16	10,03	73,22
Grupo I	2,06	15,33	22,68	13,04	73,05

Fuente: TGF (Proyecciones 1995 - 2000) INDEC-CELADE N° 7/96

TN Ministerio Salud, Serie 5 N° 42/99,

% <15 y % >64 años Indicadores básicos 1999 MS-OPS/ARG⁵.

evn Informe sobre Desarrollo Humano 1999 PNUD



La tasa de analfabetismo, el porcentaje de niños nacidos de partos no institucionales y el de madres menores de 20 años son otros elementos que caracterizan las condiciones de vida de la población. Como en el caso de los indicadores demográficos, estos presentan una evidente relación con los grupos de ingresos. El grupo de provincias incluidas en el grupo IV, de menores ingresos, presenta los valores más altos de estos indicadores negativos, los que disminuyen progresivamente hacia los grupos de

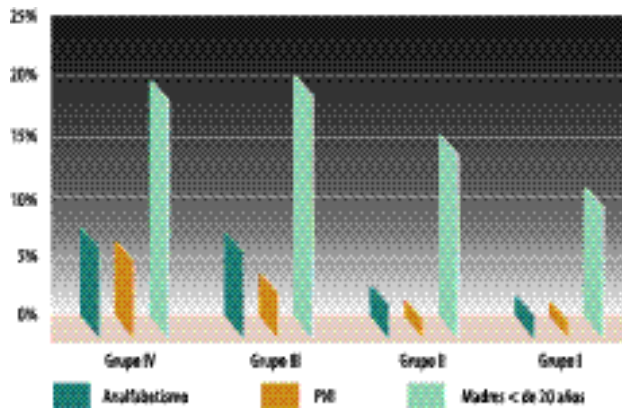
mayores ingresos. El porcentaje de partos que no son asistidos en establecimientos asistenciales está en relación directa con los niveles de accesibilidad a los servicios de salud, por lo que mayores porcentajes de partos domiciliarios en las provincias "pobres" evidencian que la población de estas provincias tiene menos acceso a los servicios de salud.



Analfabetismo, porcentajes de partos no institucionales y madres menores de 20 años, distribución por grupos de ingreso per cápita

	Analfabetismo	PNI	Madres < de 20 años
Grupo IV	7,29 %	5,97 %	19,34 %
Grupo III	6,89 %	3,65 %	20,03 %
Grupo II	2,68 %	1,39 %	14,56 %
Grupo I	1,66 %	0,94 %	10,50 %

Fuente: Perfil de País 1997, Naciones Unidas, Argentina, Ministerio de Salud, 1998. Serie 5 N° 42/99



Otros indicadores que permiten evaluar la oferta de servicios y la utilización de los servicios de salud son el promedio de camas por 1.000 habitantes, el número de consultas médicas e internaciones con relación a la población, el porcentaje de población con cobertura de obras sociales y el gasto total en salud. Con valores superiores a 4 camas por cada 1.000 habitantes, casi 4 o más consultas anuales por habitante y un mínimo de 13 internaciones cada 100 habitantes, los valores registrados por los grupos muestran la existencia de un “piso” de oferta y de producción de los servicios de salud que debe ser considerado como importante. Como puede observarse en la tabla, esta oferta de servicios se mantiene de forma relativamente pareja para los tres grupos de provincias de menor ingreso, incrementándose en consultas y en internaciones en el caso de las provincias del grupo I. La

distribución de camas entre las distintas provincias parece ser más pareja. Se debe considerar en este análisis que las provincias de mayores ingresos deben disponer de camas de nivel más complejo, principalmente, en el caso de la Provincia y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La cobertura por obra social en un rango de 50 a 75% se incrementa hacia los grupos de provincias de mayor ingreso per capita. El gasto per capita en salud para la población no cubierta por obras sociales es de alrededor de 15\$ para todos los grupos a excepción del grupo I, donde este gasto es 6 veces superior. Eso puede deberse a que algunas provincias, como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, concentran servicios complejos (y costosos), que en muchas circunstancias son ofrecidos a habitantes de otras provincias, y en ocasiones, de otros países.

Camas, consultas, internaciones, porcentaje de población con cobertura de obra social y gasto en salud mensual del sector público, distribución por grupos de ingresos per capita

	Camas 1.000 hab.	Consultas hab.	Internaciones 100 hab.	Cobertura con O.S.	Gasto en en salud
Grupo IV	4,4	3,8	15,9	52,7 %	13,6 \$
Grupo III	4,6	4,4	18,3	55,0 %	16,9 \$
Grupo II	4,1	5,0	13,0	62,9 %	13,8 \$
Grupo I	6,6	11,3	28,0	74,6 %	76,3 \$

Fuente: Financiamiento del sistema de cuidados de la salud en Argentina, PRESS-PROS⁶



Perfil de la mortalidad

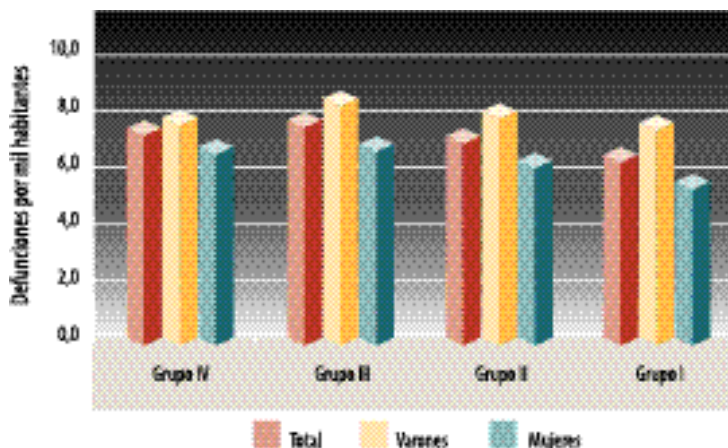
MORTALIDAD GENERAL Y POR GRUPOS DE CAUSAS

En 1998 se registró un total de 280.180 defunciones en la Argentina. Esto representó 7,8 muertes por cada 1.000 habitantes. Este valor varió notablemente entre las provincias con valores extremos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde fallecieron 11,7 personas por cada 1.000 habitantes y en Tierra del Fuego donde solo hubo 2,8 por cada mil. La principal causa de estas amplias diferencias es la variación en la proporción de jóvenes y personas mayores en la población. Por esta razón, el análisis de la mortalidad requiere el uso de tasas ajustadas por edad que corrigen las divergencias generadas por las di-

ferencias en la estructura etárea de las poblaciones. Una vez realizado el ajuste en base a la edad de la población, Neuquén fue quién presentó la tasa de mortalidad más baja (6,44 por mil), y Chaco la más alta (9,27 por mil). Considerando los valores de estas tasas por grupos de ingresos es evidente la asociación entre estos factores (ingresos y mortalidad), en especial en las mujeres, estimándose un exceso de muertes del 12,5% entre las mujeres del grupo II, y de alrededor del 20% en los grupos III y IV.



Mortalidad general, por grupos de ingresos per capita, 1998



Fuente: Elaboración sobre la base de datos del MSAS y del INDEC del año 1998.

Otra forma de analizar el impacto social de la mortalidad es considerar los años de vida potencial que se pierden en razón de las defunciones en personas de

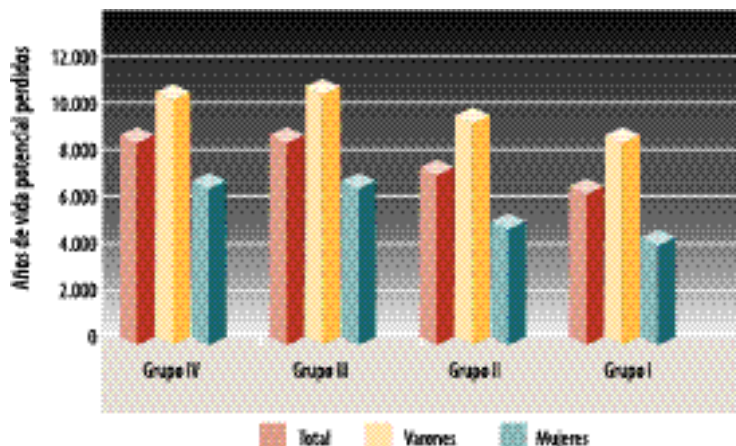
menos de 70 años. Así, por ejemplo, por cada muerte en un niño menor de 1 año se estarán perdiendo 70 años de vida potencial, con una muerte en un joven de 20 años se perderán 50 años, en tanto con la muerte de un adulto

de 65 años solo se estarán perdiendo 5 años. En 1998 se perdieron en la Argentina un total de 7.792 años de vida potencial perdidos (AVPP) por cada 1.000 habitantes. La pérdida de años de vida

potencial fue mucho mayor en los varones (10.128 AVPP por mil hab.) que entre las mujeres (5.718 AVPP por mil habitantes). Como en el caso de la mortalidad general, Neuquén, con 6.088 AVPP por cada 1.000 habitantes resultó ser la provincia con menor carga de muerte prematura, en tanto Chaco fue la que presentó el valor más alto (11.096 AVPP por mil hab.). Como en el caso de la mortalidad general, el análisis por grupos de ingresos mostró una importante relación entre niveles de ingreso y mortalidad prematura, que resultó más marcada en las mujeres, con un exceso de años de vida potencial perdidos en los grupos III y IV de alrededor del 22% en los varones y de más del doble en las mujeres (58%).



Años de vida potencial perdidos por grupos de ingreso per capita



Fuente: Elaboración sobre la base de datos del MSAS y del INDEC del año 1998.

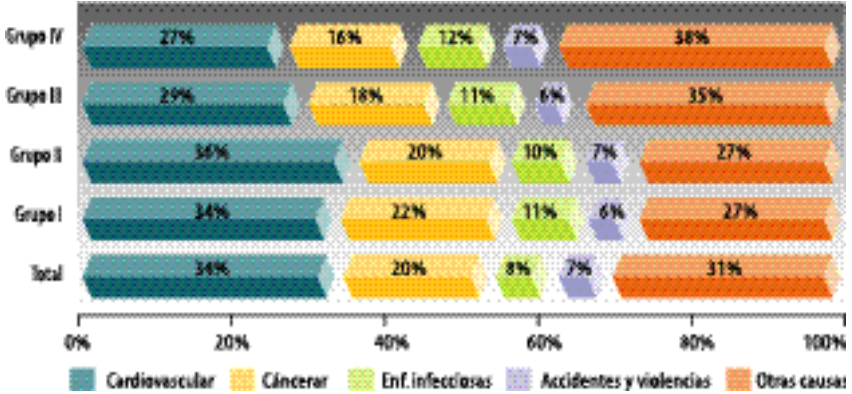
CAUSAS DE MUERTE

Las enfermedades cardiovasculares, con 265,7 defunciones por cada 100.000 habitantes, fueron en 1998 la principal causa de muerte en Argentina. El mayor número de muertes por esta causa, en relación a los habitantes, se presentó en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Formosa, mientras que los valores más bajos se presentaron en Catamarca, Río Negro, Santiago del Estero y Jujuy. La relación entre muertes por causas cardiovasculares y grupos de ingresos no fue notoria; sin embargo, al considerar el porcentaje de muertes en relación a otras causas, en los grupos con menores ingresos este fue menor como consecuencia de un mayor número de muertes por otras causas.

Las enfermedades tumorales ocuparon el segundo lugar en las causas de muertes. La tasa para el total del país fue de 151,8 por 100.000 habitantes, con valores extremos en Santa Cruz (193,2) y La Pampa (187,8), ambas del grupo I, y en Santa Fe (109,4) y Jujuy (112,6). La relación con los grupos de ingresos fue notoria, y aún mayor en el caso de las muertes causadas por enfermedades infecciosas y las generadas por accidentes y violencias (accidentes, suicidios y homicidios), donde los grupos de menores ingresos presentaron tasas crecientes de mortalidad por estas causas. Este análisis permite estimar que los grupos III y IV presentaron un exceso de mortalidad por enfermedades infecciosas cer-



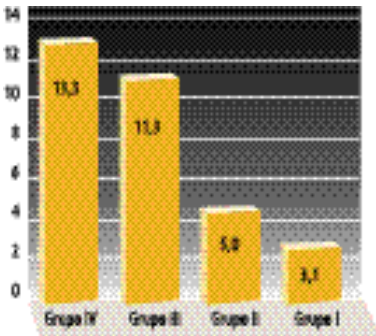
Proporción de las principales causas de defunción por grupos de ingresos per capita



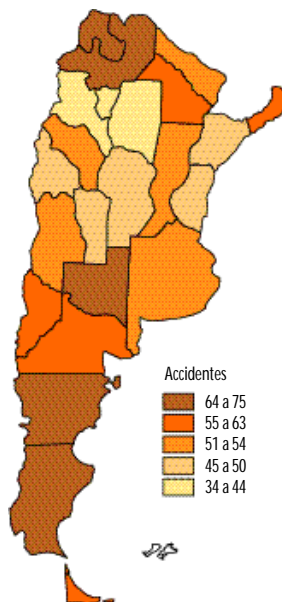
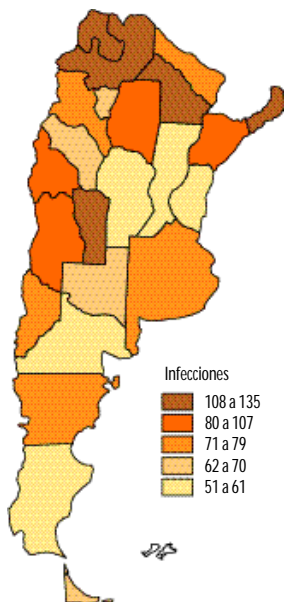
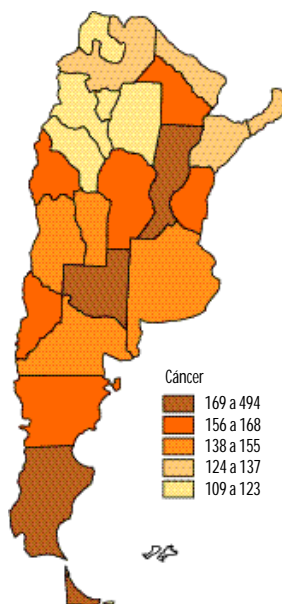
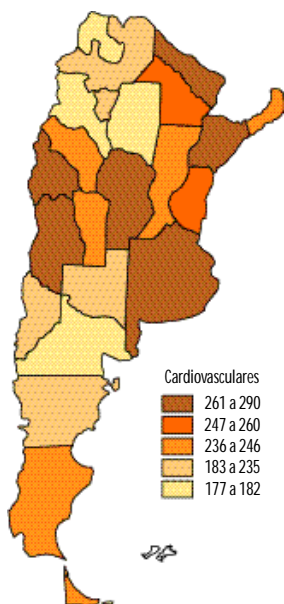
cano a un 28% y de un 15% para los accidentes y violencias. El análisis del número de defunciones en relación a la población por las principales causas de muertes muestra, en los mapas, estas diferencias entre las provincias. Las provincias con mayores tasas de enfermedades cardiovasculares fueron Buenos Aires, Mendoza, San Juan, Córdoba, Corrientes y For-

mosa. Las más altas tasas de mortalidad por cáncer se presentaron en La Pampa, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego. Las muertes por enfermedades infecciosas fueron más frecuentes en Salta, Jujuy, Chaco, Misiones y San Luis. En tanto las provincias de Salta, Jujuy, Chubut, Santa Cruz y La Pampa fueron las que presentaron las mayores tasas de defunciones por accidentes y otras muertes violentas. Dentro de la clasificación utilizada, como "otras causas" están incluidas las muertes por causas mal definidas. La proporción de defunciones mal clasificadas o mal definidas fue muy superior en las provincias de los grupos con menores ingresos. Estas muertes con diagnósticos mal definidos son un indicador directo de la calidad de los registros y puede considerarse un indicador indirecto del acceso y calidad de los servicios de salud.

Proporción de defunciones mal definidas por grupos de ingresos per capita



Mapas de distribución de defunciones por enfermedades cardiovasculares, cáncer, infecciones y accidentes y violencias



Tasas por 100.000 habitantes.

MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

La mortalidad materna, la mortalidad infantil y la mortalidad en niños de 1 a 4 años son los indicadores de la salud materno in-

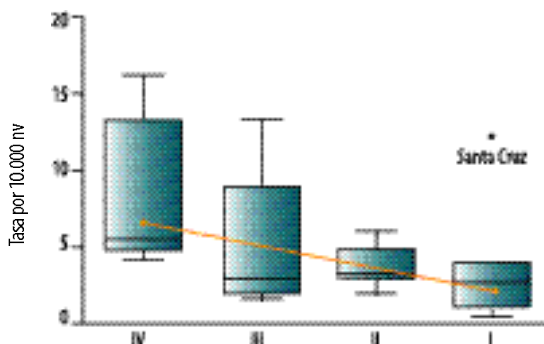


fantil de mayor relevancia. Ellos traducen la calidad, la oferta y la accesibilidad a los servicios de salud, pero también están directamente relacionados a las condiciones de vida de la población.

La mortalidad materna para el total del país en 1998 fue de 3,8 por 10.000 nacidos vivos. Esta es una tasa que se mantiene desde hace

años en valores más altos a los esperados en relación a otros indicadores de salud e indicadores socioeconómicos del país. Mientras provincias como Tierra del Fuego, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Pampa, La Rioja, Entre Ríos y Misiones registraron menos de 2 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos, provincias como Chaco, Jujuy y Formosa presentaron tasas de más de 13 defunciones maternas por cada 10.000 nacimientos. Estas tasas mantuvieron una notoria relación con los grupos de ingresos, con valores que fueron de 1,88 por 10.000 en el grupo de provincias con mejores ingresos a 6,85 por 10.000 en el grupo de las provincias "pobres", estimándose un exceso de 111% de defunciones maternas en el grupo II, de 271% en el grupo III y de 399% en el grupo IV.

Mortalidad materna
distribución por grupos de ingresos per capita, 1998



Mortalidad materna, infantil e infantil de 1 a 4 años, por grupos de ingresos per capita, 1998

	Mortalidad materna por 10.000	Mortalidad infantil por 1.000	Mortalidad de 1-4 años por 1.000
Grupo IV	6,85	21,89	1,19
Grupo III	5,09	22,89	1,05
Grupo II	2,90	18,13	0,69
Grupo I	1,88	14,41	0,58

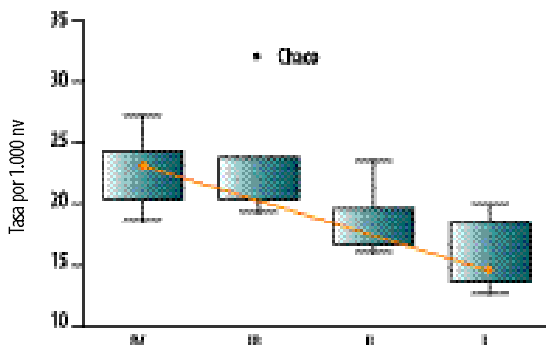
Fuente: Ministerio de Salud, 1998. Serie 5 N° 42/99.

El análisis de la mortalidad infantil y de la mortalidad de 1 a 4 años muestra patrones similares a los de mortalidad materna. Importantes diferencias entre las provincias con una alta relación entre los grupos de ingresos y los valores de estas tasas. Esta correlación permite estimar un exceso de mortalidad infantil del 50 al 60% en los grupos III y IV y mayor al

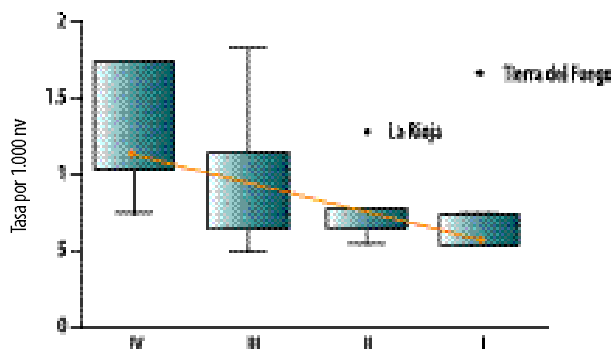
100% para la mortalidad de 1 a 4 años, en relación a los niveles del grupo I. Estos son aspectos de mucha importancia por la posibilidad de implementar programas de promoción, prevención y control con un gran impacto potencial.



Mortalidad infantil, distribución por grupos de ingresos per capita, 1998



Mortalidad infantil de 1 a 4 años distribución por grupos de ingresos per capita, 1998



Principales características de los servicios de salud en la Argentina

La Argentina realiza una fuerte inversión en salud, con más de 800 dólares por habitante y por año y un 9% del PBI es el país con el mayor gasto en salud de América Latina. El país cuenta además con abundantes y calificados recursos humanos y con un adecuado sistema de oferta educativa tanto de grado como de postgrado. La capacidad instalada es también muy importante en cuanto a establecimientos y número de camas. Sin embargo, a pesar de contar con estos valiosos recursos los resultados del Sistema de salud no

son satisfactorios y ni acordes con los mismos. Por otra parte estos resultados presentan notables diferencias entre provincias señalando la existencia de importantes inequidades. En comparación con otros países con menores ingresos, como Chile, Uruguay, Cuba y Costa Rica la Argentina presenta indicadores sanitarios desfavorables resultando así evidente la necesidad de introducir cambios que den al Sistema de Salud una mayor equidad y eficacia, sin la necesidad implícita de una mayor inversión.

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, de la OMS ha ubicado a la Argentina en el lugar 39 entre 191 países en cuanto a nivel de salud alcanzado, considerando la expectativa de vida ajustada en función de la discapacidad. Al considerar la respuesta global de los sistemas de salud el informe ubica a la Argentina en el puesto 40, y en un lugar entre 89 y el 95 en el nivel de justicia en la financiación del gasto en salud. Finalmente al analizar la eficacia del gasto en relación al nivel de salud alcanzado el informe posiciona a la Argentina en el lugar 75, lo que reafirma que con la inversión realizada se debería lograr mejores niveles de salud. El hecho de que el Sistema de Salud ha seguido un modelo de atención medicalizado en el que se ha privilegiado el desarrollo de la alta tecnología y la alta complejidad en detrimento de los programas de promoción, prevención y el desarrollo de la atención primaria, constituye una de las principales causas de la situación actual.

La superposición de roles y funciones y la falta de complementariedad entre los prestadores de salud demuestran la necesidad de mejorar la coordinación y regulación del sistema. Pese al fuerte gasto en salud, existen paradójicamente, problemas de financiamiento en algunas áreas y sectores, producto de situaciones de inequidad en la distribución de recursos

Como resultado de estos problemas, el Sistema de Salud en la Argentina es inequitativo y poco solidario, donde las posibilidades de acceso y el uso de los recursos varían notoriamente según el sector social o la región del país de que se trate. La ineficiencia se manifiesta en todos los subsectores del fragmentado sistema, con importantes diferencias regionales. El nivel de gasto de bolsillo de las familias representa alrededor del 45% del gasto total de salud, y hay una brecha creciente de acceso al sistema entre los sectores de altos y bajos ingresos.



Al analizar los cambios esperados en el Sistema de Salud la prioridad debería estar dirigida a mejorar la equidad del sistema y a la búsqueda de una cobertura universal. El acceso al sistema debería basarse solo en la necesidad de la utilización de los servicios, en tanto el financiamiento debería estar sustentado por un concepto solidario en el que los aportes estén relacio-

nados con la capacidad de pago de cada uno. Cambios como estos permitirán que no solo mejore el nivel promedio de salud de la población, sino también su distribución dentro de la sociedad, reduciendo lo mas posible las diferencias evitables e injustas en las condiciones de salud.

La importancia creciente de las enfermedades no transmisibles y la influencia cada vez mayor del envejecimiento de la población hace cada vez más necesario el desarrollo de estrategias de promoción de la salud orientadas a estos problemas. La promoción de la gestión local, con iniciativas como municipios saludables, escuelas promotoras de salud, CARMEN, fronteras saludables, etc. y la participación de las organizaciones no gubernamentales tendrán en adelante un rol cada vez más importante en el desarrollo de hábitos y condiciones de vida "saludables".

De forma similar será necesario fortalecer la capacidad institucional para la gestión y operación de

programas de prevención y control de problemas y factores de riesgo a la salud, haciendo especial énfasis en el abordaje a través de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. La formulación de lineamientos básicos para el desarrollo de los programas de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la elaboración normas de diagnóstico y tratamiento podrán contribuir a alcanzar un uso racional de los recursos y una mayor equidad en su oferta.

REFERENCIAS

- ¹ Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, OMS.
- ² Informe Anual del Director 2000, OPS.
- ³ Perfil de País 1997, Naciones Unidas, Argentina.
- ⁴ Informe sobre Desarrollo Humano 1999, PNUD.
- ⁵ Indicadores básicos 1999 MS-OPS/ARG.
- ⁶ Financiamiento del Sistema de Cuidados de la Salud en Argentina, PRESS-PROS.