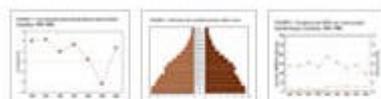




## Argentina

<b>Nombre Oficial:</b>	República de Argentina
<b>Ciudad Capital:</b>	Buenos Aires
<b>Idioma Oficial:</b>	Español
<b>Superficie:</b>	2'781,207 km 2
<b>Subregión OPS:</b>	Cono Sur
<b>Código ONU de 2 dígitos:</b>	AR
<b>Código ONU de 3 dígitos:</b>	ARG
<b>Código ONU de País:</b>	32



 gráficas de país



### [Base de Datos de Indicadores Básicos en Salud de la OPS](#)

Contiene una herramienta de consultas multidimensionales que ofrece una colección de 108 indicadores desde 1995 a 2005. El sistema presenta datos e indicadores sobre:

- demografía
- socioeconomía
- mortalidad por causa
- morbilidad y factores de riesgo
- acceso, recursos y cobertura de servicios de salud.

Los indicadores se presentan desagregados por grupos de edad, por sexo y/o por región urbana/rural. Las tablas generadas pueden imprimirse y exportarse.

Los datos son actualizados anualmente con la información más reciente disponible del país.

## • RESUMEN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD

[SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS](#) | [PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD](#) | [RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD](#)

### • SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

#### Contexto General:

La Argentina atraviesa actualmente por una crisis global generada por diversos factores de índole económicos, sociales y culturales potenciados entre sí. La creciente polarización, pobreza y desigualdad social se han acrecentado desde finales de la pasada década debido a una importante recesión económica. La mitad de las familias argentinas no disponen de ingresos seguros para acceder a una canasta básica de bienes y servicios como consecuencia del desempleo y la disminución de ingresos. No obstante, desde finales de 2003 y con mayor énfasis en el primer trimestre de 2004, la economía argentina presenta indicios de recuperación. En estos últimos años la falta de financiamiento de la Seguridad Social, eje principal del sistema de salud, llevó al colapso a todas las instituciones de salud.

El país enfrenta dos fuertes desafíos en salud: superar la emergencia sanitaria y cerrar las brechas que esconden los promedios estadísticos y que delimitan márgenes de iniquidad entre los sectores más ricos y los más desprotegidos.

#### SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Demografía: Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado a fines del año 2001, la población Argentina se eleva a 37.944.014 habitantes, con una tasa anual media de

crecimiento del 10,1 0/00. El país tiene una extensión territorial de 3.761.274 Kms<sup>2</sup> y tiene fronteras con cinco países: Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay; está conformada por 23 Provincias y la Capital Federal. El 89,4% del total de la población es urbana (Censo 2001-INDEC), existiendo rangos que van desde 100% como en Ciudad de Buenos Aires (3.053.030 total de habitantes) hasta 66,1% en Santiago del Estero (735.936 total de habitantes).

Cómo se está reflejando la crisis económica en la situación de salud de los grupos más vulnerables? Acceso a la atención médica, medicamentos, promoción y prevención.

El índice de masculinidad es de 95 hombres por cada 100 mujeres, manteniéndose la tendencia al descenso. La proporción de población de 65 y más años es de 9,9 %, en tanto la de menores de 15 es de 28,3%. Para el período 2000-2005, la tasa global de fecundidad es de 2,44; la esperanza de vida al nacer en años, para ambos sexos es 71,93; en hombres 68,4 y 75,5 en mujeres para el período 1990-1992.

**Economía:** La Argentina en los últimos 30 años tiene una larga historia de crisis económicas recurrentes, las más notables la de los años 1981-82, la de los años 1988-1990 y, finalmente, la recesión que se inició a mediados de 1998 y que tuvo como consecuencia la caída del régimen de la convertibilidad. Durante los años noventa, el país consiguió superar el problema crónico de la inflación. Un régimen de convertibilidad de moneda ancló la paridad cambiaria en la relación 1 peso = 1 dólar, y el Estado Nacional privatizó un muy importante sector de su estructura. Sin embargo, estos cambios económicos no se tradujeron en una mejor calidad de vida. Ninguna de las reformas realizadas en la administración concluyó con reducciones significativas del gasto público ni tampoco se consiguió mejorar la eficiencia de su impacto social o como motor del crecimiento.

Desde 1998, la economía se encontraba en una situación de profundo estancamiento y recesión, y las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse. En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, la situación derivó en una aguda crisis política, institucional y socioeconómica considerada sin precedentes en la historia del país, acumulando una deuda externa estimada al 2004 en 181.200 millones de dólares. Como resultado de este proceso, se ha registrado una formidable caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza. A ún cuando los índices de empleo y pobreza muestran algunos índices de mejoría, continúan siendo muy elevados constituyendo una preocupación central del gobierno.

La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 26% al 47,8% desde octubre de 1998 a octubre de 2003. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del 6,9% de la población en octubre de 1998 al 27,7% en Octubre de 2003. Si observamos el problema por regiones, la región del Noreste presenta las tasas más altas de pobreza e indigencia y las provincias de Corrientes y Chaco son las que presentan los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5% respectivamente). De este modo, 17 de las 24 provincias argentinas presentan tasas de pobreza superiores al promedio nacional. Como existe una relación directa entre estas circunstancias y la salud de la población, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es contundente.

Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas. La distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa y de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental. Dicho de otro modo: no es lo mismo satisfacer las necesidades de la población en situación de pobreza de Tucumán o Jujuy, que las de los pobres de la provincia de Buenos Aires.

**Desocupación:** La tasa de actividad para el total de aglomerados urbanos en el segundo trimestre de 2004 es de 46,2. En el mismo período, la tasa de empleo en el total de aglomerados es de 39,4, mientras que la de desocupación alcanzó el 14,8, considerada a ún muy elevada, tomando en cuenta que en la tasa de empleo se habría incorporado la población que recibe subsidios del estado y el trabajo de remuneración a tiempo parcial. Si se compara con igual trimestre del año anterior, la variación de la actividad fue de 0,6, el empleo creció 2,0 y la desocupación decreció 3,0.

**Movimientos migratorios:** Argentina es un país con una larga historia migratoria: además de su condición de receptor de inmigración europea, tradicionalmente corrientes provenientes de los países fronterizos: Bolivia, Paraguay, Chile y Uruguay. A una débil densidad demográfica en el territorio, se agregó el haber experimentado tempranamente el proceso de transición demográfica y reducida a lo

largo del siglo el ritmo de crecimiento de la población. Un rasgo dominante de la emigración argentina, comparada con el conjunto de la emigración latinoamericana, es el estar integrada por individuos con nivel educativo alto y una elevada presencia de profesionales y técnicos.

**Mortalidad:** La tasa bruta de mortalidad general de la Argentina mantiene, desde 1986, valores cercanos a 8 por mil. Las enfermedades del sistema circulatorio son responsables del mayor número de muertes en la población total del país, con una tasa de 249,46 por 100.000 habitantes en 2002. La tasa de mortalidad por neoplasias para el total del país fue en ese mismo año de 147,5 por 100.000 habitantes. Las enfermedades transmisibles fueron la tercera causa de muerte, con una tasa de 67,9 por 100.000 habitantes, representando 8,9% del total de las muertes. Las muertes por causas externas de traumatismos y envenenamientos representaron la cuarta causa de defunciones (6,7% del total de las defunciones), la tasa para todo el país fue de 51,55 por 100.000 habitantes. Un 2,1% de los fallecimientos fueron causados por afecciones originadas en el período perinatal.

## PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

### Análisis por grupo de población

**Los niños (0-4 años):** La mortalidad infantil mantiene una sostenida tendencia al descenso, de una tasa de 26,9 por mil nacidos vivos (nv) en 1986 a 16,8 por mil nv en 2002. Esta tasa varía a lo largo del país entre 9,1 y 26,7 por mil nv, con un coeficiente de Gini de 0.13. Las afecciones originadas en el período perinatal representan 52,1% de estas defunciones. Durante 2002, los niños de 1 a 4 años presentaron una tasa de mortalidad específica de 0,70 por mil. Las causas externas fueron la principal causa de muerte.

**Los escolares (5-9 años):** En el grupo de niños de 5 a 9 años la tasa específica de defunciones fue de 0,25 por mil en 2002. Las causas externas continúan siendo la principal causa de muerte, representando 35% de todas esas defunciones, y correspondiendo 66% a los hombres. Los accidentes de transporte son la causa más importante.

**Situación del trabajo infantil.** Dada la recesión de más de tres años que experimenta el país, junto a la precaria situación del mercado de trabajo, la magnitud del trabajo infantil se ha incrementado en una proporción muy elevada. Considerando la definición más restringida del trabajo infantil que considera a los niños que tienen entre 5 y 14 años, en áreas rurales y urbanas, que trabajan fuera o ganan propinas o ayudan habitualmente en el trabajo a familiares o vecinos, se tienen datos que indican que de un registro de 252.000 niños en 1995 se pasó a 482.803 en el 2000, por tanto ha habido una tasa de crecimiento en el período del orden del 91,6%. Si consideramos la actividad "atender la casa cuando los mayores no están" como trabajo infantil, los niños que se considerarían trabajando, casi que multiplican por tres el resultado hallado para la definición restringida. En efecto, si consideramos esa actividad como trabajo infantil, los niños entre 5 y 14 años incluidos la definición amplia, ascienden a 1.503.925.

**Los adolescentes (10-14 y 15-19 años):** En 2002, la población estimada de adolescentes (10 a 19 años) en la Argentina representaba un 18,0% de la población total, con tasas específicas de mortalidad de 0,30 y 0,77 por 1.000 entre los adolescentes de 10 -14 años y de 15-19 años, respectivamente. Los accidentes y la violencia generaron 61% de las muertes en adolescentes con tasas específicas de 6,0 por 100.000 para accidentes de transporte, 5,2 por 100.000 para los suicidios y 12,8 por 100.000 para los homicidios y eventos violentos de intención no determinada. Las neoplasias malignas fueron la segunda causa de muerte en ese grupo de edad (8,1%).

**Los adultos (20-59 años):** La tasa de mortalidad materna en 2002 fue de 4,6 por 100.000 nacidos vivos. Si bien la tasa experimentó un ligero aumento, cabe señalar que el subregistro disminuyó en forma importante. Esta causa de mortalidad evitable presenta además una fuerte desigualdad entre las provincias, con un coeficiente de Gini en 2002 de 0.30.

**Los adultos mayores (60 años y mayor):** Los adultos mayores en 2002 representaron 13,3% de la población total del país, un crecimiento de 24,6% desde 1970. Después de la edad de 79 años, el número de mujeres es dos veces mayor que de los hombres. Las enfermedades cardíacas (27,2%), las neoplasias malignas (18,2%) y las enfermedades cerebrovasculares (8,5%) son las principales causas de muerte de esta población.

**Los trabajadores:** En el año 2002 se reportaron 51,7 personas damnificadas por accidentes de

trabajo y enfermedades profesionales con uno o más días de baja laboral, por cada 1.000 trabajadores expuestos. La Construcción, la Agricultura, las Industrias manufactureras, y el Transporte denotan los índices más elevados, 108,4, 101,8, 86,8 y 67,4 trabajadores siniestrados aproximadamente por cada 1.000 expuestos respectivamente, la Minería y el Comercio (51,9 y 56,6 respectivamente) con valores cercanos al promedio, mientras que el resto de los sectores de la economía se ubicaron con índices inferiores a 48,2 siniestros por cada 1.000 expuestos. Con relación a la gravedad de los siniestros, la duración media de las bajas indica que se perdieron 21 días por cada accidente de trabajo o enfermedad profesional con uno o más días de baja laboral.

**Los indígenas:** Según el Instituto de Asuntos Indígenas la población de indígenas estimada para 1999 era de 372.996 (1,1% de la población total) y los grupos mayoritarios eran Collas (98.000), Mapuches (60.000), Diaguitas (50.000) Matacos (40.000), Tobas (39.000) y Quichuas y Aymarás (38.500). En las estadísticas de salud no existe información discriminada por grupos étnicos.

### **Análisis por tipo de enfermedad o daño** **Enfermedades de transmisión vectorial:**

**Chagas:** Desde el año 1991 y en el marco de la Iniciativa de los países del INCOSUR/CHAGAS (Argentina, Bolivia, Brasil, Uruguay, Chile y Paraguay), cuyo objetivo principal es la Interrupción de la Transmisión Transfusional y Vectorial de Chagas, el impacto del Programa se encuentra representado por la disminución de los siguientes indicadores de infección en humanos:

1. Prevalencia de infección por T. cruzi, en niños menores de 14 años de áreas rurales endémicas, habiéndose estudiado 569.033 niños, disminuyó de 6,3% en 1992, a 1,82% en 2001.
  2. Prevalencia de infección en embarazadas, disminuyó del 11,84% en 1994, a 5,7% en 2001.
- En la actualidad el Programa Nacional de Sangre del Ministerio de Salud de la Nación controla 100% (811.709 donantes) de los dadores de sangre. La seroprevalencia de infección en este grupo disminuyó de 9,21% en 1987 a 4,5% en 2001.

En agosto de 2001, la Comisión Evaluadora Internacional del INCOSUR, Certificó ad-referendum de la XIa Reunión del INCOSUR-Marzo 2002-, la Interrupción de la Transmisión Vectorial del T. cruzi por T. infestans, en las provincias de Jujuy, La Pampa, Río Negro y Neuquén. Esta situación significa que de continuar las acciones de vigilancia en forma continua, contigua y sostenida, no habrá en estas provincias nuevos casos de Chagas por transmisión vectorial.

Existen provincias que aún mantienen áreas con transmisión vectorial activa, como son: Formosa, Chaco, Santiago del Estero, La Rioja, San Juan y Córdoba; y otras provincias en donde el programa de control a realizado importantes avances en el control de la enfermedad de Chagas pero se deben consolidar y optimizar las acciones de vigilancia a fin de tener 100% de cobertura de las áreas endémicas y respuesta rápida y efectiva ante la denuncia de una vivienda positiva.

**Dengue:** El Dengue reemerge en Salta en 1998 con una epidemia de Dengue clásico por serotipo 2. Entre marzo y abril de 2002 se produjo un brote epidémico de Dengue serotipo 1 en cuatro localidades del departamento de San Martín, que ya habían sufrido el brote anterior de DEN2. Entre los meses de marzo y abril de 2003 se registró un brote con 79 casos de Dengue a serotipos 1 y 2 en Salta, en el cual la localidad de Salvador Mazza (frontera con Bolivia) concentró la mayor cantidad de casos (43 casos) y la localidad que le siguió en importancia fue Colonia Santa Rosa (27 casos) a serotipo 3. A mediados de noviembre de 2003 comienza un brote de Dengue a DEN3 en Salta que se ha extendido hasta la julio de 2004. La presencia del Aedes aegypti ha sido confirmada en 17 de las 24 provincias de Argentina.

**Malaria:** El área endémica se encuentra reducida a Salta, a los departamentos de Orán y San Martín. Se producen casos esporádicos de transmisiones autóctonas e importadas en la provincia de Jujuy, Misiones y Corrientes. Los casos importados constituyen entre 50% y 70% del total de notificaciones y están ligados a movimientos migratorios en la zona de fronteras. En el NOA, se presentaron en forma ocasional algunos episodios epidémicos, como el ocurrido en 1996 en las provincias de Salta y Jujuy. A partir de ese año se presenta una reducción de la tendencia de su notificación: durante el 2000 se notificaron a nivel país 440 casos, 438 de ellos correspondieron al NOA. En el 2001, se notificaron 215 casos, y 206; en el 2002, 125 casos, y 92; en 2003, se notificaron 124 casos, y 122 a nivel país y al NOA, respectivamente. El agente aislado fue Plasmodium vivax.

**Fiebre amarilla:** En junio de 2001, se registró una epizootia en monos Macacos producida por virus de la Fiebre Amarilla en Rio Grande do Sul en zona fronteriza con Misiones y Corrientes. Algunas ciudades del país fueron consideradas como potencialmente expuestas al riesgo de transmisión urbana (bajas coberturas de vacuna antiamarilla; altos índices de A aegypti; proximidad a foco enzootico y transporte fluido), a ún cuando no se hayan registrado en ellas casos de esta enfermedad: Buenos Aires, Santa Fé, Entre Rios, Corrientes, Misiones, Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Córdoba, Mendoza, Catamarca, La Rioja, Tucuman, Salta y Jujuy. Durante los últimos años se aplicó vacunación a viajeros a zonas endémicas y a población con residencia en zona de frontera.

**Enfermedades prevenibles por vacunas:** El último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje registrado en la Argentina fue en 1984. El 80% de los casos de Parálisis Fláccida Aguda del 2003 fueron investigados dentro de 48 horas. En el mismo año la cobertura con tres dosis de Sabin fue del 96,7%. En 1993 la Argentina decide incorporarse al Programa de Eliminación del Sarampión en las Américas. En 1993, se realizó una campaña de vacunación antisarampionosa masiva de menores de 15 años, alcanzando una cobertura promedio del país mayor del 95%.

Se comienza con la vigilancia intensificada de los casos sospechosos de sarampión con confirmación por laboratorio. Durante la epidemia de los años 1991 a 1992, se notificaron más de 60.000 casos confirmados clínicamente. En 1996, por primera vez no se notificaron casos confirmados desde la implementación del Programa. En 1997 posterior a la epidemia de San Pablo, Brasil, comenzó la epidemia 1997-1999, que totalizó 10.663 casos confirmados por laboratorio y nexos epidemiológicos, con el mayor número de casos entre las semanas epidemiológicas del 24 y 44 de 1998. Durante 1999 se notificaron 1.341 casos sospechosos de sarampión, confirmándose 313 casos. Durante esta epidemia circuló en el país el genotipo D6, similar al de Brasil. En el 2000 se notificaron 937 casos sospechosos. Se confirmó un brote esporádico en Córdoba con un total de seis casos. Durante el trienio 2001 a 2003 se notificaron 456 casos sospechosos de sarampión y no se confirmó ningún caso. Los indicadores de cobertura con vacuna antisarampionosa muestran que la misma es mayor del 90%, desde 1990. En 1998 se realizó una Campaña Nacional de Seguimiento con una cobertura de 98%. A partir de 1998, la vacuna contra el sarampión es administrada de forma combinada (triple viral) y es incorporada al Calendario Nacional de Inmunizaciones.

Los casos notificados de difteria disminuyeron drásticamente desde 1991 hasta 1996, año en que no se registraron casos. Esta notificación negativa se mantuvo durante 1997. En 1998 se notificaron 2 casos, y a partir de 1999 se volvió a la notificación negativa durante cuatro años hasta que se notificó 1 caso en 2003. A partir de 1995 la cobertura de DPT ha sido superior al 80%.

En 1998 se notificaron 806 casos de tosferina (2,2 por 100.000) y las tasas más altas se produjeron en la región del NOA (3,6 por 100.000). Durante 1999 se notificaron 665 casos (1,8 por 100.000) en 22 de las 24 provincias, y las tasas más altas ocurrieron en las regiones NOA y SUR (3,5 y 3,6 por 100.000 respectivamente). En el 2000 se notificaron 576 casos (1,6 por 100.000) ocurriendo las tasas más altas en la región SUR (6,2 por 100.000). El número de notificaciones de tétanos neonatal pasó de cuatro casos en 1997 a cero en 1998. Luego se notificaron dos casos en 1999, cero casos en el 2000, dos casos en el 2001 y cero casos en el 2003.

Con respecto a tétanos para todas las edades, la notificación bajó de 220 casos a 19 en el período 1980 a 1999. En el 2000 se notificaron 13 casos; en el 2001, 12 casos; en el 2002 18 casos y 19 en el 2003.

**Enfermedades infecciosas intestinales:** La última epidemia de cólera en la Argentina se inició en 1992, y finalizó en 1999. Se notificaron un total de 4.834 casos, el último de ellos en la provincia de Santa Fe. El comportamiento fue estacional y epidémico, coincidiendo los incrementos con los meses estivales. La mayoría de los casos ocurrieron en la región noroeste. Entre 2000 y 2003 no se registraron casos de esta enfermedad, y la investigación de casos sospechosos se mantiene en todo el país.

**Enfermedades transmitidas por alimentos:** El SINAVE informó 58 brotes durante el año 2002 y casi un millón de casos de diarrea, a la vez que reportó aumentos significativos en la incidencia de casos de salmonelosis y triquinelosis principalmente. Para el país, la inocuidad de los alimentos resulta de suma importancia, dado que hasta 58% de las exportaciones, según datos del primer semestre de 2003, corresponden a alimentos frescos y procesados y por el aumento en el flujo del turismo desde 2002.

**Enfermedades transmisibles crónicas:** En 2003 se notificaron un total de 12.258 casos nuevos de tuberculosis, siendo la Provincia de Buenos Aires donde se concentró en mayor número de casos. Sin embargo, las mayores tasas de incidencia se presentaron en el norte del país. Durante el año 2003, 16 provincias del país notificaron un total de 446 casos de lepra. (Tasa de 0,12 casos por 10.000). La tasa de la región del NEA (0,72 por 10.000) es seis veces la tasa nacional y la provincia de Formosa (2,12 casos por 10.000) es 17 veces más alta. La zona endémica para esta enfermedad involucra a 12 provincias del NOA, NEA y Centro.

**Infecciones respiratorias agudas:** Representan 37 % de las patologías notificadas en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y son causa importante de mortalidad entre menores de 5 años. Durante la temporada de influenza de 2004, predominaron los virus A (H3N2) con menor circulación de influenza B. Sus características fueron las esperadas para una temporada de circulación de influenza A (H3N2). Los virus fueron caracterizados como similares a la cepa vacunal A/Fujian/411/02. Se detectó tempranamente influenza A en el norte del país y, al igual que en 2003, se produjo el pico de circulación viral en mayo en ciudad de Buenos Aires y conurbano. No se detectaron virus A (H1N1). Se demostró cocirculación de influenza B pertenecientes a los 2 linajes de circulación mundial actual.

**Zoonosis:** La rabia animal transmitida por perro se halla prácticamente controlada en todo el país, excepto en algunas localidades cercanas a la frontera norte del país. La rabia silvestre está presente en casi todo el territorio nacional, siendo el principal hospedero el murciélago, tanto en las variantes insectívoras, como hematófagas. Estas últimas son responsables de pérdidas económicas al afectar al ganado bovino. Al respecto, las provincias de Formosa, Chaco y Tucumán han notificado un total de 11 casos en bovinos y equinos. En el 2004, se ha visto afectada la Ciudad de San Salvador de Jujuy que a la fecha notificó 22 casos en perros. En el resto del país se notificaron 9 murciélagos insectívoros capturados en las ciudades capitales de Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

El diagnóstico de los primeros casos de síndrome pulmonar por hantavirus ocurrió en 1995. En 2002 y 2003, se notificaron un total de 88 y 70 casos. Los casos ocurrieron en las regiones Centro, NOA y SUR.

**VIH/SIDA y Enfermedades de transmisión sexual:** La epidemia acumuló hasta el 2000, 18.925 casos de SIDA. Sin embargo, debido al retraso en la notificación en ese momento se estimaba que el número ascendería a 22.500. La distribución de los casos según sexo, históricamente afectaba en mayor medida a los hombres que a las mujeres. En efecto, en 1989, presentó una relación de 12 a 1, mientras que en el 2002 fue de 3 a 1 (es similar al 2000). En el 2002, el número de casos notificados de SIDA fue de 1.339 que representó una tasa de 29,13 por millón de habitantes, esto significó un descenso de aproximadamente 60% con relación al 2002. La tasa de mortalidad por SIDA en el 2002 fue de 4,03. Para el 2003, la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas fue de 0,35%.

Entre las enfermedades de transmisión sexual, la tendencia en la notificación de casos de sífilis y a la infección gonocócica y supuraciones se ha mantenido estable en los últimos siete años. La notificación de casos en el año 2003 fue de 5.076 (tasa de notificación 14 por 100.000 habitantes). Situación similar se observa con las notificaciones de supuración genital gonocócica y sin especificar. Por su parte, la sífilis congénita, ha tenido un aumento sostenido en los últimos siete años, que pasa de 207 casos.

**Enfermedades del sistema circulatorio:** Son responsables de más de un tercio de las defunciones y tienen un alto peso en la morbilidad y discapacidad de la población. Para el 2002, a nivel nacional, la tasa de mortalidad para la enfermedad cardiovascular, fue de 262,59 y 234,88 por 100.000 habitantes, para hombres y mujeres respectivamente.

**Neoplasias malignas:** En 2002, el cáncer de mama fue la primera causa de defunción por neoplasias malignas en las mujeres (20,4% del total de defunciones por cáncer). En los varones el cáncer de pulmón generó 22,0% de las muertes por tumores malignos.

**Meningoencefalitis:** La tasa de notificación descendió en el período 1998 a 2003, de 9,3 por 100.000 (3.371 casos) a 7,1 por 100.000 (2565 casos). De las meningoencefalitis identificadas, 61% fueron bacterianas, 30% virales y 9% sin especificar germen.

**Hepatitis virales:** La notificación de Hepatitis A y sin especificar, se duplicó en el período 1998 a 2003, pasando de una tasa de 70,2 por 100.000 a 139 por 100.000. Respecto de la Hepatitis B, la tasa de notificación se mantuvo en relativamente estables y con una tendencia descendente en el período 1998 a 2003, pasando de una tasa de 3 por 100.000 a 2,5 por 100.000. En el 2003 se notificaron 732 casos de Hepatitis C en 16 jurisdicciones. En el 2000 el Ministerio de Salud incorporó la vacuna para la hepatitis B al calendario nacional de vacunación para los niños recién nacidos.

## RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

**Políticas sanitarias nacionales y planes:** El Plan Federal de Salud 2004-2007 plantea como ejes fundamentales para los nuevos roles y responsabilidades de los distintos actores del sector, los siguientes:

- Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría.
- Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.
- Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.
- Protección del financiamiento de los programas establecidos.
- Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

**Sistema de salud:** El Sistema de Salud Argentino presenta dos importantes aspectos. Por un lado es muy descentralizado hacia el nivel provincial. Otro aspecto importante es el rol histórico del movimiento obrero en el país, que resultó en que a mediados del siglo XX la principal herramienta de financiamiento de la atención a la salud se quedara a cargo de las entidades sindicales constituidas en las denominadas 'Obras Sociales'. Todavía hoy en día estas representan más de 300 entidades con sus correspondientes planes de salud de efectividad muy dispareja. El Ministerio de Salud emite normas básicas sobre la prestación de servicios de salud y las condiciones de funcionamiento de los servicios.

**Prevención y control de enfermedades:** El Programa de Atención de la Salud Materno Infantil da cobertura a la población de mujeres y niños con mayores riesgos con énfasis en el control prenatal, la atención del parto y el control de salud y desarrollo de los niños. La cobertura de vacunación se incrementó progresivamente durante el período 1980-2002. Desde 1990 éstas son superiores a 80% en todas las provincias y desde 1995 superiores al 85%. En el año 2002 las cifras nacionales fueron del 93,8% para Sabin (3° dosis), 92,5% en DPT (3° dosis) y 95% para antisarampionosa.

El programa de lucha contra los retrovirus humanos y SIDA, proveer en forma gratuita medicamentos antiretrovirales, apoya los estudios de carga viral para la población sin cobertura, y realiza actividades de difusión de información dirigida a la población general, con focalización en grupos con riesgo aumentados.

**Análisis de salud:** El Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) provee estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, suministrando datos sobre hechos vitales (nupcialidad, natalidad y mortalidad), morbilidad, rendimientos hospitalarios, y disponibilidad y utilización de los recursos de salud para el proceso de gestión en sus diferentes niveles. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) es responsable de llevar el registro de las "Notificaciones Médicas Obligatorias". El sistema consolida semanalmente la información de enfermedades de notificación obligatoria y datos de laboratorio.

Agua potable y alcantarillado: Los servicios de agua potable y/o saneamiento de todo el país (urbano y rural) son operados por un total de 1.548 empresas u organismos, de los cuales un 68% son entes privados y el restante 30% son organismos estatales. La cobertura de agua potable total del país era, en 2001, de 77%, pero la distribución de estos servicios presenta grandes desigualdades.

**Protección de alimentos:** El desarrollo de sistemas locales y provinciales de protección de alimentos, es actualmente prioridad dentro de la política del sector salud, como estrategia para fortalecer la capacidad de gestionar de manera eficaz los riesgos con la utilización de enfoques

preventivos basados en la aplicación de buenas prácticas de manufactura y el análisis de peligros y control de puntos críticos. También, se han fortalecido la comunicación de riesgos, con el desarrollo de campañas educativas por medios masivos, programas de educación en escuelas y con el desarrollo de materiales educativos para uso en diferentes ámbitos. Argentina coordina el Comité del Codex Alimentarius para América Latina y el Caribe y las redes de vigilancia de Salmonella y Pulse Net para la región.

**Servicios de salud individual:** La totalidad de las provincias tienen redes organizadas de servicios hospitalarios y ambulatorios, algunas de ellas bastante avanzadas. Muchos otros tienen servicios de atención primaria no siempre bien integrados con las redes provinciales, que tienen coberturas y capacidad de respuesta más amplia. Algunas Provincias han pasado la asistencia primaria de la salud integralmente a los niveles municipales. Los servicios de apoyo diagnóstico, en el sector público se encuentran integrados a la red hospitalaria, en el sector privado también se ubican, en su gran mayoría, en los establecimientos asistenciales, pero en las ciudades más grandes suelen existir unidades de apoyo diagnóstico autónomas que contratan servicios con los planes de salud.

**Insumos de salud:** En el mercado de medicamentos prácticamente la totalidad de los productos finales son elaborados en el país. Sin embargo, en el caso de los demás insumos para la salud, aquellos de origen nacional representan 25%. Aún cuando no existe un relevamiento actualizado sobre la dimensión y estructura de la industria de inmunobiológicos en la Argentina, se estima que 85% de los consumidos son importados y 15 % son productos locales que han logrado los estándares de calidad necesarios.

En las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, se ratifica el alcance de la Política Nacional de Medicamentos (PNM), incorporada en 2002, a través de la cual se establece un nuevo marco regulatorio con reglas fijas y claras que benefician al sistema sanitario en su conjunto. Esa política se definió inicialmente en el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/2002 que estableció la Emergencia Sanitaria en el Territorio Nacional, y fue ratificada a través de la Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (N° 25.649). La prioridad absoluta asumida por la PNM consiste en promover el acceso de la población a los medicamentos. De acuerdo a la experiencia internacional al respecto, se han definido como estrategias principales la regulación del mercado de fármacos y la provisión directa de medicamentos para aquellos que no disponen de medios para adquirir los medicamentos en las farmacias. Para el 2004 hasta el 2007 el Gobierno Nacional garantiza la provisión, a través del Programa REMEDIAR, de medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios a 5300 Centros de Atención Primaria de la Salud en todas las localidades del país que permiten dar respuesta al 80% de los motivos de consulta en esos centros.

**Recursos humanos:** Los resultados obtenidos de la Red Nacional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Argentina indican que en 1998 existía un total de 440.100 trabajadores en el sector salud, lo que representaba un 3% de la población económicamente activa. De ellos, un 24,7% eran médicos, 6,6% odontólogos, en tanto 19,6% eran enfermeros y auxiliares de enfermería.

**Investigación en salud y tecnología:** El sistema de financiamiento de la investigación en el país es bastante peculiar y se traduce en la concesión de cargos y becas de doctorado otorgados por la Secretaría de Ciencia y Técnica a través del CONICET a investigadores científicos y tecnológicos de distintos niveles que van a trabajar en las más variadas instituciones, la gran mayoría públicas y académicas. Las universidades nacionales y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a través de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud también contribuyen a este financiamiento con becas de investigación.

**Gasto del sector de la salud y financiamiento:** Para el 2003, 54% del gasto en salud era público y 46 % privado. Del gasto público, 55% era financiado a partir de la seguridad social y 45% directamente desde los impuestos. Para 2002, el total de gasto en salud en el País fue estimado en US\$ 23,6 mil millones lo que correspondió a un per capita de aproximadamente 745 US\$.

**Cooperación técnica y financiamiento externo:** Los mayores aportes financieros externos provienen de los créditos para proyectos que realiza el Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) y el Banco Mundial.

[Atrás](#) [Arriba](#)  
[Comentarios/¿Preguntas?](#)

