

**Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud
Facultad de Ciencias Económicas UNLP**

Tesis de Graduación

Maternidad Chorote: un seguro de salud para cuidados prenatales



Autora: Cra. Lucrecia Brunatti

Directora: Dra. Marta Graciela Mendez

Codirector: Cr. Umberto Mucelli

La Plata, noviembre 2020

Índice de contenido

I. INTRODUCCIÓN	3
Ordenamiento del documento.....	3
II. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA A ABORDAR	4
ANTECEDENTES	4
Los Chorote: una sociedad de pequeña escala con economía de subsistencia.....	5
Programas de Salud Rural y antecedentes de los servicios de salud en la Provincia de Salta.....	13
JUSTIFICACIÓN	16
El derecho a la salud de la mujer en nuestra legislación	16
El derecho a la salud en pueblos originarios	19
El derecho de la salud en la Constitución Provincial de 1998.....	27
Los Objetivos de Desarrollo Sostenible agenda 2030.....	27
III. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
IV. MARCO TEÓRICO	29
La coexistencia de sistemas de salud en Argentina.....	29
ESPECÍFICO DEL SEGURO	33
La protección social a través del seguro de asistencia sanitaria.....	33
Fallas de mercado y el seguro de salud.....	35
Teoría del seguro ideal.....	38
Las fallas del Estado en sanidad.....	40
Dimensiones de un modelo de seguro de salud.....	40

ESPECÍFICO DEL ABORDAJE DE LA POBLACIÓN	47
Teoría de la historia de vida.....	47
Equilibrios fundamentales que afectan la fertilidad.....	49
Estrategias reproductivas de mujeres de sociedades tradicionales de pequeña escala...50	
V. PROCESOS METODOLÓGICOS	51
Tipo de Tesis	51
Análisis de estadísticas población Chorote.....	51
Metodología del cálculo del costo de cobertura.....	52
VI. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	54
Situación epidemiológica de América Latina.....	54
1. Modelo Analítico de la Población Chorote.....	55
2. Modelo Prestacional y Asistencial del Seguro de Salud.....	63
3. Modelo Financiador.....	66
4. Modelo Prestador.....	69
5. Modelo de Gestión.....	71
6. Modelo de Control de Gestión.....	72
VII. CONCLUSIONES EMERGENTES Y DESAFÍOS PENDIENTES	73
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	76

I. Introducción

El tema de la tesis aborda el diseño de un seguro de salud para brindar cobertura de cuidados prenatales a mujeres embarazadas de la comunidad Chorote de las misiones de La Curvita, La Gracia y La Merced, en el departamento Rivadavia de la Provincia de Salta, el mismo fue desarrollado en base a estudios antropológicos de salud reproductiva y características poblacionales de esta comunidad.

Ordenamiento del documento

El presente trabajo se organiza en distintos capítulos, en el de “Caracterización del Problema a abordar” se relevaron los principales antecedentes sobre el cuidado de la salud materna pronunciados por organismo internacionales y los programas de salud aplicados en la región que habita la comunidad Chorote bajo estudio. También se abordó la justificación legal de la atención del problema del derecho a la salud de la mujer, de los pueblos originarios en la provincia de Salta y los compromisos asumidos para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible.

En el capítulo “Propósitos y Objetivos Específicos” se establece la finalidad perseguida con esta tesis y las principales hipótesis de trabajo.

En el “Marco Teórico” se exponen las principales teorías tomadas en cuenta en el diseño del seguro, donde existe una revisión de teorías de sistema de salud y de comportamiento de sociedad de pequeña escala.

En el acápite de “Procesos Metodológicos” se describe el tipo de tesis y la metodología aplicada para el análisis de los datos poblacionales y el cálculo de las coberturas y el premio, así como la fuente de los datos utilizados.

En el anteúltimo capítulo denominado “Análisis de la Información”, se desarrolla el seguro de cuidados prenatales en función del marco teórico con las distintas dimensiones a tener en cuenta: análisis de la población, diseño de coberturas, costo y determinación de primas, fuentes de financiación, condiciones de prestación, premisas para gestión y control, y desarrollo de indicadores de diverso alcance y perspectivas.

En el último capítulo se exponen las “Conclusiones y Desafíos Pendientes”, donde se describen las conclusiones con relación a la tesis planteada y los nuevos retos a explorar.

II. Caracterización del problema a abordar

El disparador de este trabajo han sido los siguientes interrogantes ¿será posible evitar muertes maternas en la comunidad Chorote que se encuentra en disminución poblacional con la cobertura de cuidados prenatales? ¿Es posible lograrlo con profesionales y prestaciones de calidad respetando la cosmovisión Chorote y generando incentivos a los profesionales de la salud, para que se asienten en la zona de influencia del hospital de Santa Victoria Este reforzando el sistema público sin depender del financiamiento del Estado Provincial?

Se desarrolla una propuesta de seguro de salud a partir de las características poblacionales arrojadas por los estudios antropológicos de salud reproductiva de la comunidad Chorote y sus concepciones.

En el análisis del diseño de dicho seguro, se explorará si es factible coordinar una financiación basada en la justicia restaurativa, creando así un producto dentro del mercado asegurador con la regulación de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Antecedentes

Desde su fundación, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifestó su preocupación por la situación de la mujer, lo cual se reflejó en la formación, en 1946, de una comisión relacionada con el estatus de la mujer. Sin embargo, recién en 1973 se pusieron en marcha una serie de medidas dirigidas a ellas ante la necesidad de integrar a quienes vivían en países en vías de desarrollo. Se destaca la creación de un fondo específico: Unifem (1976) que ha sido utilizado en beneficio de las mujeres pobres de áreas rurales de países subdesarrollados.

Es así que la ONU designó la “década de la mujer” (1976-1985) y durante estos años se adoptaron diversas medidas, entre ellas la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Con este orden de ideas se integraron una serie de declaraciones que, si bien habían sido formuladas en épocas anteriores, cobraron notoriedad tal como la protección a la maternidad (originalmente de 1955). Específicamente esta Convención contempla los derechos en el área de la salud reproductiva en los artículos 4, 5, 11, 12 y 16, que incluyen el derecho a la maternidad sin discriminación laboral, la

protección de la salud de la mujer embarazada y el acceso a una atención médica gratuita y de calidad.

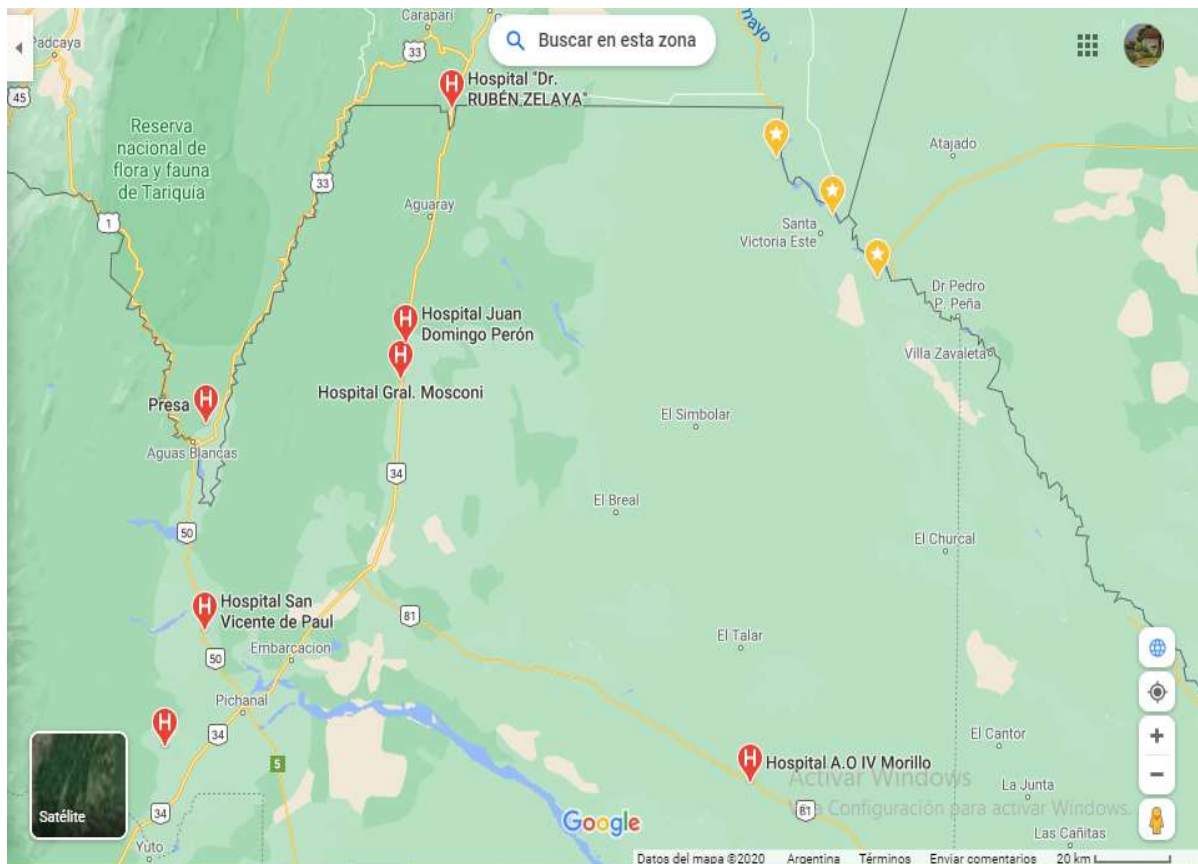
En tanto, en las Conferencias Internacionales de Población, iniciadas en 1974, se emitieron recomendaciones en torno a la disminución de la mortalidad materna e infantil, promoción de la lactancia materna y mejoramiento de los niveles educativos de la mujer. Se destacó la necesidad de desarrollar una política familiar sensible a las necesidades de las madres y de los niños pequeños. Los gobiernos debían hacer accesibles las estadísticas por sexo y dar prioridad a la investigación de aspectos reproductivos y de aquellos relacionados con los servicios y su funcionamiento. En 1987 surgió la iniciativa por una Maternidad sin Riesgo a escala mundial, como una preocupación del sistema de Naciones Unidas y de organismos no gubernamentales que habían descubierto en el inicio de los ochenta, un alto número de muertes femeninas por embarazo, parto, puerperio y aborto. Esto mostró el fracaso de los programas maternos e infantiles y de las iniciativas de atención primaria. Aunque se habían abatido otros indicadores tales como el de la mortalidad infantil, el problema de la mortalidad materna persistía lo cual no era justificable ya que la muerte materna se daba por causas que podían ser resueltas con medidas relativamente sencillas y al alcance de los avances científicos de la medicina (Freyermuth Enciso, 2003). Esto dio pie para que se lanzaran iniciativas para la Maternidad sin Riesgos, un llamado a la acción en 1987 en Nairobi, Kenia, cuyo principal propósito era reducir las muertes a la mitad para el año 2000 (Starrs, 1987).

En 1994, en el marco de la Tercera Conferencia de Población en El Cairo, Egipto, se incluyó en la agenda la calidad de los servicios de salud reproductiva y la participación de sociedad civil y la participación en colaboración entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Los Chorote: una sociedad de pequeña escala con economía de subsistencia

Se trata de un etnogrupo, entre los pueblos originarios de la región chaqueña, cuyo idioma pertenece a la familia lingüística Mataco- Mataguaya. Según la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (INDEC 2004-2005) son 2.147 individuos en Argentina, aunque otro relevamiento reciente arroja un número de 1.511 individuos (Leake et al., 2008). Habitan entre los 21°y 22°50´L.S. y 62° y 63° 30´L.O. un área en la zona de conjunción de las fronteras de Argentina, Paraguay y Bolivia (Ministerio del Interior, 1968; Leake et al., 2008).

Mapa de ubicación de las misiones La Curvita, La Gracia y La Merced (Nueva y Vieja)



Breve historia. En 1736, al tiempo de su primer contacto con los blancos, vivían justo al norte del río Pilcomayo superior, cercano a lo que en la actualidad es el extremo sudoeste del Paraguay, a menos de 100km. de su concentración actual (Kersten, 1968 [1905]). En los primeros años del siglo XX, fueron avistados viviendo próximos al río. En esa época, nomadeaban libremente en su territorio y algunos grupos comenzaban a acercarse a los ingenios azucareros para trabajar como jornaleros (Nordenskiöld, 1912). Este acicate económico determinó migraciones temporarias y parciales que se intensificaron con el tiempo. La guerra del Chaco, producida entre los años 1932 y 1935 entre Bolivia y Paraguay, determinó el desplazamiento masivo a territorio argentino en el cual se establecieron sobre la margen derecha del río Pilcomayo. Habitan aldeas estables pero su vida diaria mantiene aún alguna semejanza con la de sus antepasados. En algunos de los asentamientos conviven con Chulupés (Ashluslay) y con Wichi, sus enemigos mortales de otras épocas, con los cuales disputaban el aprovechamiento del río Pilcomayo (Siffredi, 1977). En tiempos anteriores, la vida del grupo se organizaba en torno a las variaciones estacionales.

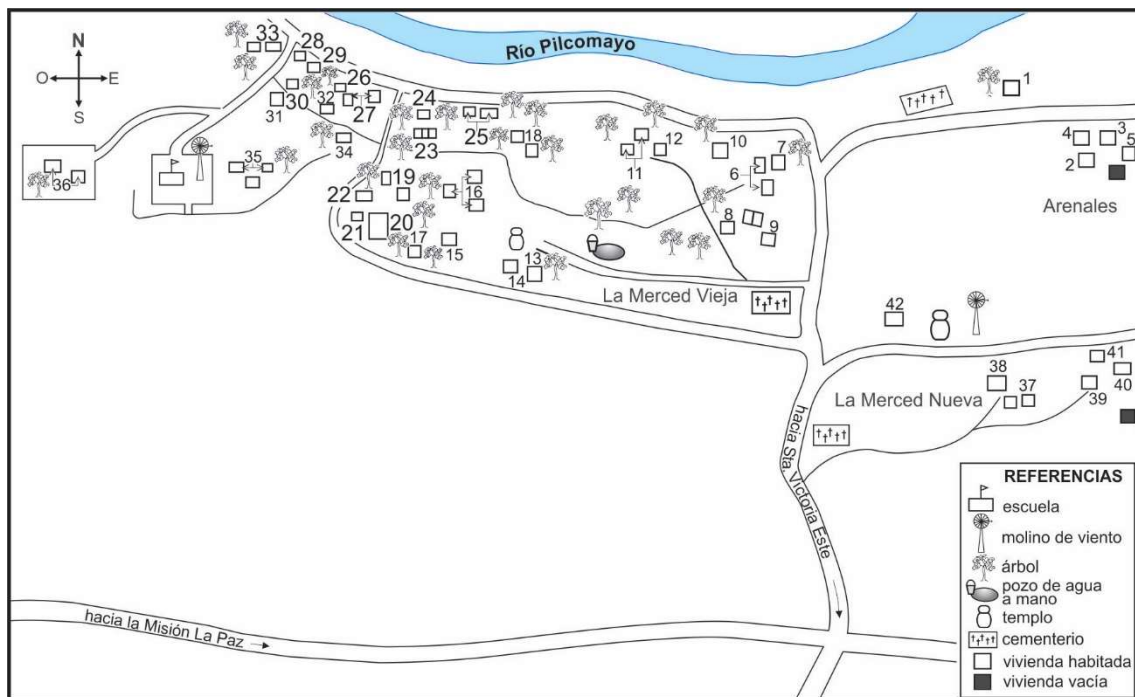
Rasgos notables de su modo de vida. Los Chorote han sido tradicionalmente cazadores, recolectores y pescadores con nomadismo estacional. En la actualidad conservan

en parte su modo de subsistencia ancestral, a pesar de haberse incorporado al trabajo rural como peones asalariados hace ya más de seis décadas. Subsiste entre ellos la división sexual del trabajo con las mujeres dedicadas a la recolección de vegetales en el monte y a las tareas hogareñas y con los hombres entregados a la caza, la pesca y a trabajos ocasionales como obreros rurales.



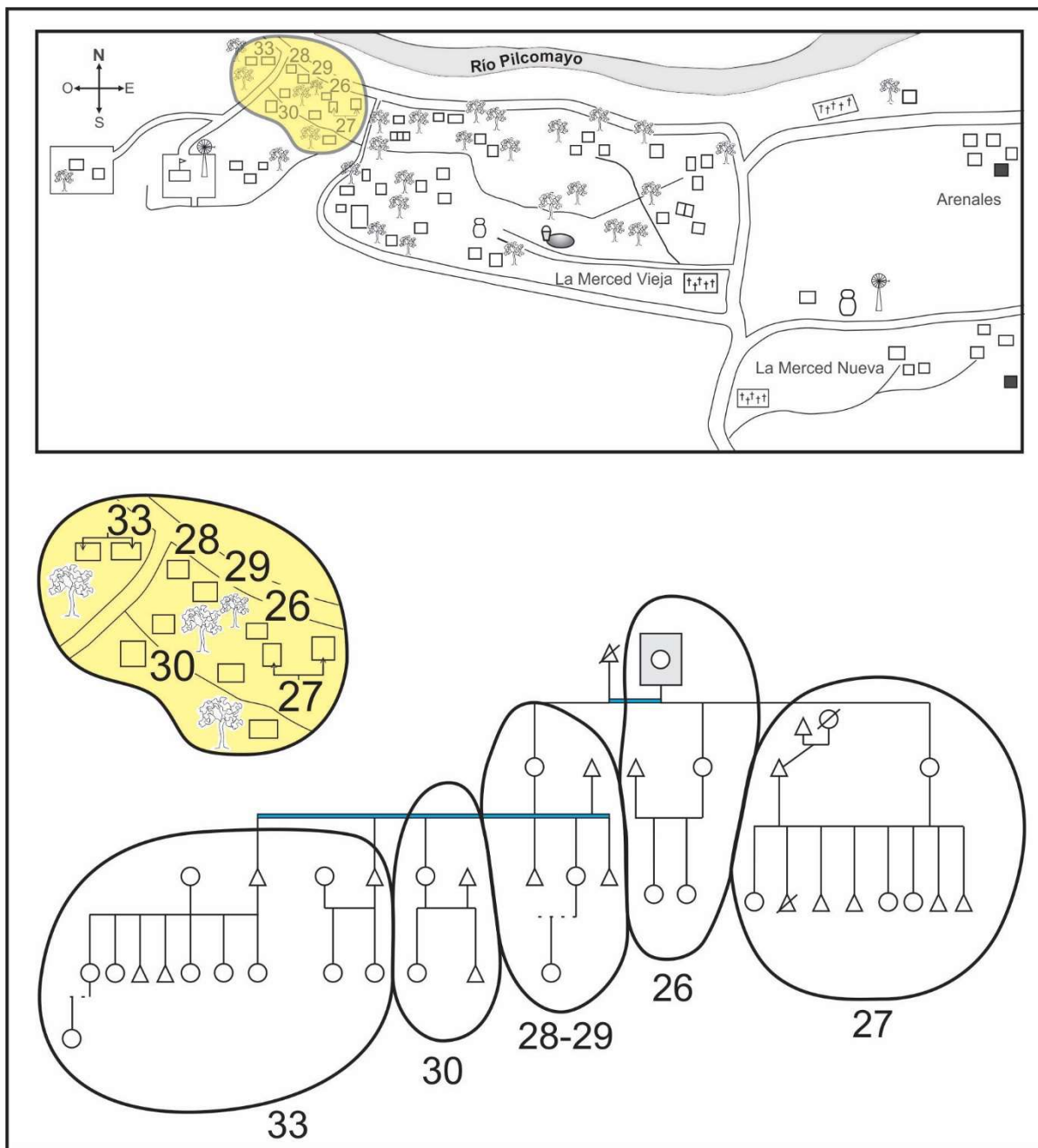
La unidad básica de organización social fue la banda, grupo local de familias extensas constituidas sobre las bases del parentesco y la afinidad. En la actualidad habitan aldeas semi-estables donde prevalece la residencia uxori-local, conservan el patrón de asentamiento arcaico circular.

Mapa de las Misiones La Merced Nueva y Vieja



Las familias emparentadas habitan en viviendas contiguas lo que asegura un esquema de convite y reciprocidad de bienes alimentarios bajo un esquema matrilocal: una pareja, sus hijas y yernos y los hijos de estos. Cierta nomadismo estacional subsiste bajo las apariencias de visitas a familias emparentadas que residen en otros asentamientos, con acceso a recursos diferentes. Entre los Chorote el matrimonio es una pauta universal y la norma es la monogamia. Cada grupo doméstico está formado por una pareja, sus hijas y yernos y la prole de éstos. Es la mujer la que elige a su pareja en función de concebir al hombre como un productor de alimentos. Así, se asegura a través del marido la posibilidad de evitar el hambre al insertarse en el intercambio de bienes. También es la mujer la que distribuye los productos obtenidos por el marido y quien recibe los bienes que provienen de otro hombre a través de su esposa.

Ejemplo de organización familiar en la Merced Vieja



En la crianza de los niños la lactancia a demanda es la práctica social prescrita y las mujeres emplean una manta a manera de cabestrillo para acarrear a los niños y facilitar este proceso. La abuela materna tiene a su cuidado los niños pequeños y una vez alcanzada la autonomía los niños pescan y cazan junto a sus abuelos y las niñas son iniciadas en las tareas domésticas por sus abuelas (Siffredi, 1977; Méndez y Ferrarini, 2009, 2011; Ferrarini y Méndez, 2009, 2011).

Como se dijo, hoy dependen todavía en gran parte de la pesca, la caza y la recolección, complementadas con la cría de animales de granja y cultivo de maíz, zapallo y porotos, además de trabajar como peones o jornaleros para la población criolla. Su vida está estructurada en un ciclo anual observando las contingencias ecológicas de la provisión

estacional de alimentos. Es así que, durante los meses de abril a julio, en los que abunda la pesca, los hombres dedican su actividad casi exclusivamente a la misma, practicando ocasionalmente la caza.



Cuando la pesca disminuye, se incrementa la búsqueda de empleos ocasionales y la recolección de frutos en el monte comienza a tener gran importancia como medio de sustentación. Durante los meses de octubre y noviembre se recolectan los frutos de chañar y algarrobo y comienza un período de fiestas y visitas intergrupales. Es el momento de las alianzas matrimoniales y de los bailes.



Durante los meses correspondientes al verano se agregan a la dieta los productos de la agricultura. La caza está perdiendo importancia debido a la progresiva desaparición de la fauna autóctona. La recolección y consumo de miel es, como en todos los grupos del Chaco, de gran importancia.

Stock ancestral El Chaco Salteño ha sido tradicionalmente el hábitat de una importante cantidad de pueblos originarios que en el pasado subsistieron principalmente de la caza, pesca y recolección y que en la actualidad viven en condiciones de marginalidad, tanto en su situación material como las perspectivas de conservar y desarrollar identidades culturales.

Las configuraciones actuales del clima y de la biota no fueron estables en el pasado, las evidencias geológicas y climatológicas muestran que han existido variaciones periódicas y estacionales lo que puede haber influido en el número de habitantes. El interrogante es ¿podrían haber subsistido en el ambiente comunidades tales como las que describió von Rosen en su viaje en 1901-2? La respuesta es afirmativa bajo condición de que no fueran numerosas y que sus energías productivas y reproductivas se adecuaran a los ciclos climáticos cambiantes. Una síntesis descriptivo- interpretativa sobre un conjunto de sistemas serológicos en aborígenes sudamericanos realizada por Salzano y Callegari- Jacques (1988) estima el porcentual de mezcla en 0,02% para la etnia Chorote, es decir muy baja. A través de análisis moleculares más recientes, la escasa variabilidad de los marcadores autosómicos y del Cromosoma X no generaron desvíos importantes para el equilibrio Hardy-Weinberg dando cuenta que procesos de deriva no estarían ocurriendo en el presente (Catanesi, 2001, Catanesi y col., 2009). A su vez analizados desde los microsatélites del cromosoma Y

presentan evidencia de ser portadores de haplotipos “fundadores” para el continente americano, lo cual da vestigios de su ancestralidad (Catanesi, 2009). El trabajo pionero de von Rosen aporta información sobre las características genético-poblacionales de los Chorote, al momento de su contacto señala que no tienen muchos hijos y es raro que excedan de cuatro. En caso de nacimientos de niños deformados o muy enfermos, se supone que han sido poseídos por un espíritu perverso y se los mata. Las muchachas procuran abortar si el embarazo es producto de relaciones libres e irrestrictas anteriores a la elección de su pareja definitiva. Para el segmento final de la vida, cuando a los padres llegan a una edad avanzada como para constituir una carga no es extraño que sus hijos los maten (von Rosen, 1904). Todos los casos mencionados provocaron la reducción del efectivo poblacional y eran comunes antes de la evangelización (Mendez et. al., 2003).

Así, un stock ancestral, homogéneo y con número bajo de integrantes persistió con sus rasgos biológicos y culturales sin posibilidades de contacto por un tiempo imposible de estimar hoy. Wilbert y Simoneau (1985) refieren que los esfuerzos científicos de contactarse amistosamente con los indios del Pilcomayo superior fueron más malos que buenos. La expedición científica en 1882 del naturalista Jules N. Crevaux resultó en calamidad después “...las tribus Chorote y Toba tuvieron contacto amistoso y pacífico hasta que sin una señal previa ellos tomaron sus mazas y comenzaron la masacre que terminó con la aniquilación de la expedición”. Una segunda exploración del territorio Chorote se realizó un año después dirigida por Campos-Thouar. El también fracasó en el intento de contactarse amistosamente y en cambio vio matar a sus dos guías indígenas por haberlo llevado a él a sus tierras. Von Rosen (1904) informa que muy poco se ha conocido de su forma de vida antes de este momento por soldados, misioneros o estudiosos.

El primer contacto ocurrió recién durante la primera mitad del siglo XX, después que los Chorote y otros grupos indígenas del Pilcomayo asumieron un modo de vida más permanente con el pasaje de la frontera. Los hombres jóvenes de la tribu comenzaron un patrón estacional de trabajo asalariado como peones en los ranchos o trabajadores en plantaciones de azúcar, cuando ellos volvían a sus aldeas con bienes y costumbres del mundo exterior dispararon o impulsaron un proceso de aculturación progresiva. Los estudiosos que aprovecharon la relación mejorada fueron von Rosen (1904), Nordenskiöld (1912) y Karsten (1932) quienes produjeron descripciones etnográficas y lingüísticas.

Según las mediciones oficiales dan cuenta de una población estable entre 1968 y 1984; el aumento discreto comienza en años sucesivos. Las pirámides poblacionales ponen de manifiesto poblaciones jóvenes de tipo expansivo, con fuerte natalidad y fuerte mortalidad. Del inter juego de natalidad, mortalidad y migración resulta una población estable, joven con proporción sexual desviada hacia las mujeres, notable en la primera etapa del ciclo vital, y con fecundidad elevada.

La proporción sexual poblacional presenta un desvío constante hacia el sexo femenino con tendencia suave a equilibrarse en las últimas dos décadas. En todos los casos los segmentos 0-9 años presentan mayor proporción sexual femenina, aunque más pronunciada en 1968. Esta tendencia en general se mantiene hasta la cohorte de 40-49. A partir de ésta, la proporción se revierte a favor de los hombres, en forma sostenida y pronunciada.

Una vez desglosados los cambios en los grandes grupos de edad se tiene que, a pesar de las diferencias numéricas en las distintas etapas vitales, las proporciones se mantienen para los segmentos más jóvenes y un decaimiento se registra en la última etapa. Las mujeres en edad reproductora se mantienen en su proporción en todas las mediciones y son más numerosas que los hombres. No obstante, un dato no puede explicarse con la información de medición directa realizada. La fecundidad que se mide como elevada no genera al cabo de las décadas analizadas un aumento de la población derivada en valores congruentes con ella. Sin embargo, la intervención del estado provincial a través del sistema de atención primaria de la salud, al poner su foco en las embarazadas, los partos y en la evolución de los neonatos ha mejorado la salud y la supervivencia de las madres y los niños. Esto explica el aumento registrado en las últimas décadas. Los datos Chorote proveen una visión empírica de los cambios demográficos en una sociedad de pequeña escala que se está adaptando a los primeros estadios de aculturación. Tales cambios no son detectables en los índices nacionales, aunque ellos iluminan los efectos que las iniciativas de desarrollo y los estadios de la aculturación económica tienen sobre las sociedades pre transicionales.

Programas de Salud Rural y antecedentes de los servicios de salud en la Provincia de Salta

En el año 1978, el programa de salud rural que luego se convertiría en el programa de atención primaria, comienza a trabajar con acciones básicas de salud y extensión de coberturas en zonas rurales, para hacerlo posteriormente en zonas operativas, donde se persigue cubrir a la población más pobre y dispersa geográficamente, y por lo tanto de mayor vulnerabilidad.

En la década del 80, el Gobierno de Roberto Romero (1983 a 1987) se caracteriza por plasmar claramente una idea de Estado provincial intervencionista, de bienestar, donde se priorizan los derechos sociales de educación, salud y vivienda. El gasto público en salud destinó importantes partidas presupuestarias para la contratación de personal de salud, médicos y enfermeros en los distintos niveles de atención, algunos hasta con el bloqueo de título para ejercer una actividad privada.

El Gobierno de Hernán Cornejo de 1987 a 1991, comienza un proceso de ajuste fiscal, que se tradujo en la ley 6583 de reforma administrativa y emergencia económica, dónde se produjo la reducción del recurso humano y salarial, iniciándose un proceso de desmantelamiento del Estado benefactor de la provincia.

Con el Gobierno de Ulloa de 1991 a 1995, se profundiza el ajuste con la disminución de planta de recursos humanos a través de cesantías y retiros voluntarios.

En 1995 asume como gobernador Juan Carlos Romero, promulga el decreto 53 de necesidad de urgencia que establece nuevas relaciones estado- sociedad civil, donde afirma la necesidad de abandonar el modelo del Estado de Bienestar. El papel del sector público se reduce a velar por la protección de estos sectores sociales y propiciar el desarrollo de mecanismos de solidaridad en la sociedad civil. Este proceso de transformación se realiza mediante la regionalización, descentralización, programación local y autogestión. Es decir, según Sacchi, Hausberger y Pereyra (2013), consiste en abandonar “los viejos hospitales de beneficencia para transformarlos en modernas instituciones que brindan servicios ordenados, eficientes y con plena satisfacción de la población a la que asisten”. Así, el 12 de diciembre de 1995, se fijan objetivos y estrategias del plan provincial de salud mediante el decreto de necesidad y urgencia 68, transformado luego en ley de la provincia N° 6841. En ésta se contempla el seguro provincial de salud, en el cual las prestaciones establecidas en el marco normativo serán consideradas mínimas y estarán basadas en la estrategia de atención primaria de la salud y el derecho de las personas a la libre elección profesional.

Recién en el año 2004, comienza a hacerse un relevamiento en algunas localidades con el propósito de identificar aquellas personas que deberían ser beneficiarios del seguro; un largo conflicto gremial donde los profesionales de la salud reclamaban un aumento salarial, el nombramiento de profesionales que no estaban en planta, así como el reconocimiento de la bonificación por antigüedad, lo que produjo renuncias y paralización de las actividades en algunos hospitales. Como consecuencia de ello, el Gobierno anuncia el lanzamiento del seguro provincial de salud previsto originariamente para principios de 2005, como mecanismo para morigerar el reclamo gremial, ya que la forma de pago a los profesionales se basará en un estímulo que aún no tiene muchas precisiones. El Ministerio de Salud contempla entre sus funciones la de intervenir en la elaboración del plan de salud provincial concebido a través del seguro de salud, que financia la atención de salud realizada por los servicios públicos y privados, y cuenta con una Secretaría del servicio de salud bajo dependencia de un organismo denominado Coordinación del seguro provincial de salud. En la actualidad continúa en relevamiento del censo poblacional que se realiza para empadronar a los ciudadanos beneficiarios de esta cobertura.

El decreto 68, desarrolla en sus cuatro capítulos los fundamentos de las normativas del plan de salud provincial, que se apoya en dos pilares fundamentales, la reestructuración del Instituto Provincial del Seguro y de los Hospitales Públicos que “deberán asegurar la plena eficaz y eficiente utilización de servicios y capacidad instalada, basadas en la estrategia de atención primaria de la salud y el derecho del habitante a la libre elección profesional con las limitaciones propias del manejo eficiente de los recursos.”

El Instituto Provincial del Seguro conservará su condición de autárquico de la administración provincial, pudiendo gestionar un seguro de salud obligatorio para toda la población. Estará administrado por un órgano conformado por representantes públicos y privados, de las obras sociales de la jurisdicción nacional, que abarcan la mayor cantidad de habitantes de la provincia, por un representante de los municipios y por los asegurados.

El sistema de seguro de salud “estará a cargo de prestadores privados y prestadores públicos”, estableciendo bases para que el Hospital Público de Autogestión sea uno de los prestadores, pudiendo generar flujos de financiamiento. El mismo no se encuentra en funcionamiento en todo el territorio provincial, habiendo sido una experiencia puntual en algunas localidades, brindando atención sanitaria de la población sin cobertura social, mediante el pago de una cápita por habitante sin protección formal.

El propósito de la reforma de los Hospitales Públicos de Autogestión, busca reducir el gasto en salud. El artículo 21 señala “el hospital público de autogestión continuará recibiendo ingresos presupuestarios que le asigne la pertinente ley para el funcionamiento del mismo, de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población a la que asiste, tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de subsidio a la oferta” por el “subsidio a la demanda”. En esta medida, la demanda que existe es oculta dado que los sectores de bajos recursos no accede a la prestación de servicio. Los únicos hospitales en esta condición en Salta, son el de la Capital, el hospital San Bernardo, el hospital Dr. Arturo Oñativia y el nuevo hospital El Milagro.

Por otra parte, el Plan Nacer, según el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (2011), se implementa en un contexto social apremiante donde la mortalidad infantil alcanzaba al 17 por mil nacidos vivos en 2003. La provincia es una de las jurisdicciones argentinas que muestra las peores situaciones en relación a este indicador. La mortalidad infantil cayó al 14 por mil nacidos vivos en 2009, este descenso sigue siendo inferior al registrado en la región y en el total del país.

En términos institucionales, es implementado por la Unidad de Gestión Provincial, bajo la órbita de la Secretaría de Servicios de Salud del Ministerio de Salud provincial, y contaba en el momento de la implementación, con un programa cuya población objetivo y cuyos

objetivos generales eran similares al del Plan Nacer: el programa de maternidad e infancia. Si bien el programa de maternidad e infancia se concentra prioritariamente en anticoncepción, entrega de leche y prevención del cáncer de mama, cuenta con un sistema informático de datos muy completo que se vincula con el del Plan Nacer (sobre todo respecto a indicadores de mortalidad infantil). Esta coordinación se ha vuelto más difícil con la reasignación institucional promovida por el nuevo Ministro de Salud, en funciones desde febrero de 2010. El Programa de maternidad e infancia se encuentra, ahora, bajo la órbita de la Dirección de Medicina Social de la Subsecretaría de Gestión de Salud del Ministerio. El presupuesto programado para el Plan Nacer en la Provincia de Salta, osciló entre los \$6.400.000 y los \$7.500.000 aproximadamente entre el 2007 y el 2010. A noviembre del 2009, la población beneficiaria contaba un total de 5.573 madres embarazadas y 51.105 niños. Los compromisos con el Ministerio Nacional mencionan un total de 100.000 niños sin obra social, lo que recae en una baja tasa de cobertura para la provincia. Efectivamente, la tasa de cobertura fue del 54,62%, frente a un promedio nacional de 75,4%. Esto se tradujo en la reducción de los recursos disponibles, monto que se encuentra, en parte, atado a los resultados efectivamente alcanzados por la gestión. En la provincia de Salta, en 2003, el 48% de los habitantes no contaban con una cobertura de obra social o plan médico privado. Con la aplicación del Plan Nacer, este indicador mejora en la provincia al 39%.

Justificación

Se revisarán a través de esta sección los distintos imperativos legales y los compromisos asumidos por la provincia de Salta para alcanzar en 2030 metas las propuestas por Naciones Unidas, que hacen atendible encontrar una solución al derecho a la salud de las mujeres embarazadas y en particular las mujeres Chorote.

El derecho a la salud de la mujer en nuestra legislación

Además de los instrumentos jurídicos internacionales, nuestra Constitución en el artículo 33 de manera implícita, otorga el derecho a la salud de la persona humana, y de manera explícita lo hace en el artículo 75 inciso 22, donde otorga jerarquía constitucional a los derechos internacionales. En el inciso 23 del mismo artículo, se establece en el primer párrafo:

“legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre los derechos humanos en particular respecto de los niños las mujeres los ancianos y las personas con discapacidad”

En el segundo párrafo establece lo siguiente:

“dictar un régimen de Seguridad Social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo desde el embarazo hasta la finalización del periodo de enseñanza elemental y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia”.

En cuanto a las leyes de fondo, se encuentra la ley 25929 (2004) Derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto. Al sancionar esta ley, el legislador cumple con la obligación del Estado de legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades de trato y de pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución Nacional en el artículo 75 inciso 23.

En el Artículo 1 de la citada ley, se establece la aplicación en todo el territorio de la Nación, en el ámbito público y privado, de la atención de la salud; y en cuanto a la aplicación personal de esta ley, son la mujer gestante en las etapas de parto y postparto, la persona recién nacida, y los padres de la persona recién nacida en situación de riesgo. Las personas obligadas según la ley de marras, son las obras sociales regidas por leyes nacionales, las entidades de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales del ámbito público de la seguridad social y privados, los profesionales del equipo de salud que atiendan a la mujer gestante en las fases de parto y postparto y en la atención que depara el niño recién nacido y en consideración de los derechos de los padres del recién nacido en situación de riesgo y las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales.

En cuanto a los derechos de la mujer en el parto y el postparto, el artículo 2 de la ley 25929 establece que *“Toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto y el parto y posparto, tiene los siguientes derechos:*

1) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante esos procesos de manera que puedan optar libremente cuando tienen diferentes alternativas”.

La norma trata sobre el derecho a la información, consentimiento informado, y el derecho a la información sanitaria (también se relaciona con el artículo 2 y 3 de la ley 26529 sobre derechos de los pacientes), y en relación a las circunstancias del parto y posparto que atraviesa la mujer, tiene derecho a que se le informe de manera clara, suficiente y adecuada, a su capacidad de comprensión, sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener

lugar durante los procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas con la información en su poder. La mujer libremente puede prestar su consentimiento o su rechazo informado a la terapia propuesta.

2) *“A ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y se tengan consideración sus pautas culturales.”*

En este caso es aplicable lo normado en el artículo 2 inciso B de la ley 26529 de los derechos de los pacientes *“Trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que los agentes del sistema de salud interviniente le otorguen un trato digno con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socio culturales de género de pudor y a su intimidad cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensiva a los familiares o acompañantes.”*

3) *“Ser considerada en su situación respecto al proceso de nacimiento como una persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.”*

El respeto a la dignidad de la persona de la mujer gestante implica el derecho de ésta a participar y protagonizar como un ser libre y digno de su propio parto.

4) *“Al parto natural respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.”*

La norma se ocupa de destacar que, conforme al bienestar de la mujer, el parto natural respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos de las gestantes; y se oponen a las prácticas médicas como la cesárea o los medicamentos que inducen el nacimiento de la persona, que son ajustadas a las necesidades del profesional o de la institución sanatorial y no fundadas en el estado de salud de la parturienta o la persona por nacer.

5) *“A ser informada sobre la evolución de su parto el estado de su hijo o hija y en general de que se haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales”.*

Esta es una norma que se nutre del espíritu de la bioética. La persona goza del derecho de la autonomía artículo 2 del inciso E de la ley 26529 y con fundamento en ella tiene derecho a ser informada sobre el progreso de su parto, sobre el estado de salud de su hijo y a involucrarse participando activamente en lo que refiere a los actos médicos relacionados con su salud y su cuerpo, como con los relacionados con su hijo/a.

6) *“A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea la investigación, salvo consentimiento y manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.”*

Las normas nacionales e internacionales sobre investigación en salud requieren de modo previo a toda participación del sujeto en cualquier estudio, examen o investigación en salud, su consentimiento libre e informado. La norma requiere que éste sea manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

7) *“Normal a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto y postparto.”*

Este es un derecho que las parturientas podían ejercer en algunas instituciones sanatoriales y en otras les era negado arbitrariamente, ahora el derecho de mentas les es reconocido por la ley escrita.

8) *“Aprender a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanatorio siempre que el recién nacido no requiera cuidados especiales.”*

Desde el mismo momento de dar a luz a su hijo y a posteriori de los controles y cuidados normales de la persona recién nacida, la mujer que ha gestado tiene derecho a tener consigo, a su lado, al hijo que ha parido y durante toda la permanencia en el sanatorio siempre y cuando éste o ésta no requieran de cuidados especiales en neonatología.

9) *“A ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.”*

Los incisos I), J) y K) del artículo 2 de la ley 25929 tienen un neto corte educativo, la norma busca educar e informar a la mujer sobre los beneficios de la lactancia materna, a fin de que ésta priorice amantar a su hijo por sobre su estética u otra circunstancia esencial, lo cual redundará en un mejor desarrollo de su hijo en los primeros años de su vida.

10) *“A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña”*

11) *“A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas prohibidas.”*

El derecho a la salud en pueblos originarios

El derecho a la salud de los pueblos originarios conjuga el universalismo y particularismo para tener presente su cosmovisión e identidad cultural, preservando el principio de igualdad y no discriminación en el diseño de políticas sociales.

La adopción del enfoque de derechos humanos implica obligaciones y responsabilidades de los Estados, que deben incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas sin ningún tipo de discriminación hagan uso de su derecho a la salud, lo cual incluye la especificidad en la consideración de los pueblos originarios en el respeto de sus derechos, creencias e identidad.

En el campo de la salud, se ha definido como derecho el acceso a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos, que incluye la atención de salud dando respuesta a prioridades nacionales y locales, logrando la elaboración de un plan integral y no un conjunto de prácticas vinculadas con numerosas intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.

El principio de igualdad es el horizonte interpretado como no discriminación, pero es preciso analizarlo desde dos dimensiones, una relacionada con la oferta del servicio de salud, y la segunda vinculada al respecto que amerita una concepción disímil de la salud y la medicina que ameritan marco referencial valorativo diferente.

En cuanto a la primera dimensión, el Estado tiene la obligación de brindar servicios de salud de carácter universal, siendo que la condición del sujeto no debe influir para poder gozarlo. El Estado debe generar condiciones de hábitat saludable además del acceso al sistema de salud. La segunda dimensión, interpela al Estado a otro tipo de prácticas sanitarias, vuelve imprescindible respetar lo que estos pueblos consideran valioso y necesario para la salud física de un miembro de su comunidad donde se expresa su emancipación. El derecho a la salud en un marco de implementación transversal dota de especificidad al conjunto de obligaciones y responsabilidades inherentes a este derecho.

La no discriminación implica según Pautassi y Ramirez (2013) los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

✚ Disponibilidad: cada estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.

✚ Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesible a todas las personas sin discriminación alguna. La accesibilidad se presenta en cuatro dimensiones: 1) no discriminación, 2) accesibilidad física, 3) accesibilidad económica y 4) acceso a la información.

✚ Calidad: los establecimientos bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.

✚ Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, deberán ser respetuosos de la ética médica culturalmente apropiada.

El informe de Naciones Unidas sobre los derechos indígenas James Anaya (2012) documenta lo siguiente:

“La situación de pobreza de los pueblos indígenas, especialmente en las áreas rurales del norte del país, es uno de los factores que más contribuyen a sus problemas de salud según el Ministerio de salud. Las limitaciones que enfrentan las comunidades indígenas en Argentina respecto al acceso a las tierras y recursos naturales, contribuyen a la falta de acceso a los servicios básicos. Por ejemplo, según la información recibida, la comunidad Potae Napocna Navogoh (La Primavera) en Formosa tiene prohibido sacar agua limpia de los lagos en el Parque Nacional Pilcomayo, los cuales se encuentran ubicados en tierras que son consideradas por ellos como tierras tradicionales, situación que ha contribuido a una severa deshidratación de los miembros de la comunidad” (...) *“Existe también discriminación contra personas indígenas, especialmente mujeres indígenas, y particularmente en las ciudades, cuando acceden a los servicios médicos en los centros de salud, siendo a veces que las personas indígenas son atendidas después de las personas no indígenas. Las personas indígenas que mantienen su idioma enfrentan discriminación y barreras de comunicación con las funciones del sistema de salud...”*

Según Giacometti (2010), la escasa disponibilidad de datos estadísticos oficiales sobre los pueblos indígenas en Argentina, solo permite establecer algunas aproximaciones sobre la población indígena respecto de los valores vinculados a la fecundidad. En este sentido, se deben tender puentes entre las perspectivas de derecho y la renovación de las formas de implementación de las garantías de salud, no sólo en la asistencial sino también en los ámbitos que posibiliten el efectivo cumplimiento de los derechos humanos.

Según Pautassi y Ramirez (2013) *“La interculturalidad obliga necesariamente a respetar los métodos propios de sanación, a tener presente las condiciones en las que habitan, su calidad de vida y a generar condiciones que les posibiliten acceso al agua, alimentación adecuada, entre otros requisitos indispensables y necesarios para garantizar la calidad de vida; y entre ellos claramente se encuentra el acceso a los centros de salud sin ningún tipo de discriminación”*.

La adopción del convenio 169 de la OIT Organización Internacional del Trabajo en los países de latinoamérica, prevé en el artículo 7 inciso dos el mejoramiento de las condiciones de vida, de trabajo y del nivel de educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación. Ello deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.

El mencionado convenio indica también en su artículo 25 lo siguiente:

1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados, servicios de salud adecuados, y proporcionar a dichos pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad de control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local, y centrarse en los cuidados prioritarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se toman en el país.

Por su parte, la declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas suscripta en el año 2007 establece lo siguiente:

artículo 21:

“1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la Seguridad Social.”

“2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidades indígenas.”

artículo 23:

“Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente de la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, administrar esos programas mediante sus propias instituciones.”

artículo 24:

“1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho al acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.”

“2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del más nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.”

artículo 29:

“1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos. Los Estados deberán establecer y ejecutar programas de asistencia a los pueblos indígenas para asegurar esa conservación y protección, sin discriminación alguna.”

“2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para garantizar que no se almacenen y eliminen materiales peligrosos en las tierras o territorios de los pueblos indígenas sin su consentimiento libre, previo e informado.”

“3. Los Estados también adoptarán medidas eficaces para garantizar, según sea necesario, que se apliquen debidamente programas de control, mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pueblos indígenas afectados por esos materiales, programas que serán elaborados y ejecutados por esos pueblos.”

artículo 31:

“1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.”

“2. Conjuntamente con los pueblos indígenas, los Estados adoptarán medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos.”

En la legislación argentina, la ley 23302 de 1985 habla específicamente de los planes de salud, y se refiere tanto al plano preventivo como a la recuperación de la salud psíquica y física de los miembros de las comunidades indígenas, a través de determinadas políticas

públicas. Estas disposiciones deben ser interpretadas de acuerdo con el derecho internacional sobre los derechos humanos.

Una segunda dimensión es la relativa a la medicina tradicional. El Comité de Derechos económicos, sociales y culturales con respecto al derecho a la salud, remarca que la implementación de los Derechos Humanos sigue seis principios: a) el principio de la observancia del *mínimum core obligation*; b) el principio de la aplicación progresiva y de la prohibición del retroceso social; c) el principio de la utilización del máximo de los recursos disponibles; d) el principio de la inversión de la carga de la prueba; e) el principio de la participación, transparencia y accountability; y f) el principio de cooperación internacional. Se establecen medidas específicas que permiten mejorar el acceso a los sistemas de salud y las autorizaciones y servicios. Desde el punto de vista cultural, tiene en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.

Por otro lado, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos establece que los Estados deben observar las siguientes reglas para garantizar el acceso a la información en materia reproductiva:

1. El consentimiento debe ser informado
2. Debe protegerse la confidencialidad
3. Debe brindarse información oportuna, accesible, fidedigna y oficiosa
4. Debe brindarse acceso a la historia médica
5. Deben producirse estadísticas confiables

En atención a las necesidades específicas de asesoramiento que poseen las mujeres indígenas, los Estados deben garantizar que la información se brinde en su lengua originaria y respetando sus características técnicas, así como tener en cuenta su cultura, usos y costumbres. Asimismo, debe existir una amplia gama de programas de prevención que tengan en cuenta las circunstancias, normas éticas y los valores culturales locales que incluyan las actividades información educación y comunicación en idiomas que mejor comprenden las comunidades en las que se respeten las subculturas, con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable.

En la guía para la medición y aplicación de indicadores de Derechos Humanos (2012) de Naciones Unidas, brinda un modelo de indicadores estructurales, de proceso y de resultado para vigilar el cumplimiento del derecho a la salud en atributos esenciales: salud reproductiva, mortalidad infantil y atención de la salud, ambiente natural y de trabajo, prevención, tratamiento y control de las enfermedades, accesibilidad de los centros de salud y los medicamentos esenciales.

Los indicadores sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25) son:

Cuadro 1. Indicadores sobre el derecho a la salud física y mental

	Salud sexual y reproductiva	Mortalidad infantil y atención sanitaria	Entorno natural y ocupacional	Prevención, tratamiento y control de las enfermedades	Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales
Estructurales	<ul style="list-style-type: none"> • Tratados internacionales de derechos humanos pertinentes para el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (derecho a la salud) ratificados por el Estado • Fecha de entrada en vigor y cobertura del derecho a la salud en la constitución u otras formas de legislación superior • Fecha de entrada en vigor y cobertura de las leyes nacionales para hacer efectivo el derecho a la salud, incluida una ley que prohíba la mutilación genital femenina • Número de ONG registradas o activas (por 100.000 personas) que participan en la promoción y protección del derecho a la salud • Proporción estimada de nacimientos, defunciones y matrimonios inscritos en los sistemas de registro de estadísticas vitales 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Plazo y cobertura de la política nacional sobre salud sexual y reproductiva • Plazo y cobertura de la política nacional sobre aborto y determinación del sexo del feto 	<ul style="list-style-type: none"> • Plazo y cobertura de la política nacional sobre salud infantil y nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Plazo y cobertura de la política nacional sobre salud física y mental • Plazo y cobertura de la política nacional sobre personas con discapacidad • Plazo y cobertura de la política nacional sobre medicamentos, incluida la lista de medicamentos esenciales, medidas para la sustitución por genéricos 		
De proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de denuncias recibidas sobre el derecho a la salud investigadas y adjudicadas por la institución nacional de derechos humanos, el ombudsman de derechos humanos u otros mecanismos y proporción de ellos a los que ha dado respuesta efectiva el gobierno • Cifra neta de asistencia oficial al desarrollo para la promoción del sector sanitario o proporcionada como proporción del gasto público en salud o el ingreso nacional 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado* • Cobertura de la atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas)* • Aumento de la proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan, o cuya pareja utiliza, métodos anticonceptivos* • Demanda insatisfecha de planificación familiar* • Interrupciones médicas del embarazo como proporción de nacidos vivos • Proporción de casos notificados de mutilación genital, violación y otros actos violentos que restrinjan la libertad sexual y reproductiva de la mujer a los que el gobierno ha dado respuesta efectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de escolares que han recibido educación sobre cuestiones de salud y nutrición • Proporción de niños cubiertos por el programa de revisión médica periódica en el período de referencia • Proporción de lactantes alimentados exclusivamente por leche materna pecho durante los seis primeros meses • Proporción de niños cubiertos por programas públicos de administración de suplementos nutricionales • Proporción de niños inmunizados contra enfermedades prevenibles mediante vacunas (por ejemplo, sarampión*) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de la población destinataria a la que se amplió el acceso a una fuente mejorada de agua potable* • Proporción de la población destinataria a la que se dio acceso a un saneamiento mejorado* • Emisiones de CO2 per capita* • Número de casos de deterioro de fuentes de agua llevados a los tribunales • Proporción de la población u hogares que viven o trabajan en o cerca de condiciones peligrosas que han sido rehabilitados • Número de casos bajo la legislación nacional sobre entorno natural u ocupacional • Proporción de permisos de conducir retirados por infracciones del código de tráfico 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de la población cubierta por programas de concienciación sobre la transmisión de enfermedades (por ejemplo, VIH/SIDA*) • Proporción de la población (mayor de un año) inmunizada contra enfermedades prevenibles mediante vacunas • Proporción de la población que aplica medidas preventivas eficaces contra las enfermedades (por ejemplo, VIH/SIDA, paludismo*) • Proporción de casos de enfermedades detectados y curados (por ejemplo, tuberculosis*) • Proporción de la población que abusa de sustancias, como drogas, sustancias químicas y psicoactivas, que se ha sometido a tratamiento especializado • Proporción de establecimientos de salud mental inspeccionados en el período de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto público per capita en atención primaria de la salud y medicamentos • (Mejora de) Densidad de personal médico y paramédico, camas hospitalarias y otros establecimientos de atención primaria • Proporción de la población a la que se dio acceso a una atención de salud asequible, incluidos medicamentos esenciales*, de forma sostenible • Disponibilidad media y mediana del cociente del precio al consumidor de 30 medicamentos esenciales seleccionados en establecimientos sanitarios públicos y privados • Proporción de personas cubiertas por un seguro de salud • Tasa de rechazo de consultas médicas, por grupo destinatario (encuestas de prueba de la discriminación) • Proporción de personas con discapacidad que tienen acceso a dispositivos auxiliares • Proporción del gasto público en salud a la promoción y protección del derecho a la salud
De Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de nacidos vivos con bajo peso • Tasa de mortalidad perinatal • Tasa de mortalidad materna* 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas de mortalidad de lactantes y menores de cinco años* • Proporción de niños menores de cinco años con bajo peso* 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de muertes, lesiones, enfermedades y discapacidades provocadas por un entorno natural y ocupacional inseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de defunción y prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles (por ejemplo, VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis*) • Proporción de personas que abusan de sustancias nocivas • Esperanza de vida al nacer o al año de edad y esperanza de vida ajustada en función de la salud • Tasas de suicidio 	

Fuente: ONU

El derecho de la salud en la Constitución Provincial de 1998

La Constitución Provincial de Salta en su artículo 32 describe ...*“la madre goza especial protección y las condiciones laborales deben permitirle cumplimiento de sus esencial función familiar”*; en el artículo 33 *“El estado asegura la protección de la infancia cubriendo sus necesidades afectivas, ambientales, de educación, salud, alimentación y recreación”*; en el artículo 34 *“El estado promueve el desarrollo integral de los jóvenes posibilita su perfeccionamiento y su aporte creativo”*; en el artículo 41 expresa *“La salud es un derecho inherente a la vida y su preservación es un deber de cada persona, es un bien social y compete al estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades”*; el artículo 42 prevé *“El estado elabora el Plan de Salud Provincial con la participación de los sectores socialmente interesados, contemplando la promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud, estableciendo las prioridades con un criterio de justicia social y utilización racional de los recursos. Coordina con la nación y otras provincias, las políticas pertinentes, propendiendo a la integración regional en el aspecto asistencial, en la investigación y en el control de patologías que les son comunes. El sistema de salud asegura el principio de libre elección profesional.”*

Si bien la provincia de Salta cuenta con un marco legal que considera la salud como un derecho humano básico y como un bien público, comprometiéndose a prestar servicios para garantizar su cuidado, aún el acceso a la salud por la dispersión geográfica o por una gran diversidad cultural continúa siendo una barrera por superar.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible agenda 2030

El Fondo de Población de Naciones Unidas busca, gracias a su experiencia de trabajo y su capacidad para avanzar, los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos, los cuales espera alcanzar en la agenda 2030. Si bien es cierto que el mandato del UNFPA apoya los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Fondo está alineado de manera más directa con los siguientes:

- Objetivo 3: Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas las personas en todas las edades.

- Objetivo 5: Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.

- Objetivo 10: Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.

- Objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

- Objetivo 17: Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

Todos estos Objetivos contribuyen directamente al Objetivo 1, poner fin a la pobreza. Los Objetivos 10, 16 y 17 son condiciones favorables para ayudar a alcanzar los Objetivos 3 y 5. En este contexto, los tres resultados transformadores reflejan la priorización y el compromiso del UNFPA para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5. Más específicamente, los tres resultados transformadores están alineados con las siguientes metas:

- Meta 3.1: Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos

- Meta 3.7: Para 2030, garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

La Provincia de Salta ha suscripto al cumplimiento de los ODS en agosto del 2016 mediante convenio con el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. En la página web <http://ods.salta.gob.ar/> aún no se han publicado resultados de las metas.

III. Propósitos y Objetivos Específicos

A continuación, se cita el propósito principal y los objetivos asociados del trabajo tesis, en relación con el problema planteado y acorde al marco teórico expuesto.

Objetivo general

- Desarrollar un modelo de asistencia sanitaria bajo la forma del seguro de salud que contribuya a la “maternidad sin riesgos” en los pueblos originarios.

Objetivos Específicos

- Realizar un modelo de gestión que apoye el diseño de un seguro de asistencia sanitaria para cubrir las etapas de la maternidad-embarazo entre los aborígenes Chorote.
- Determinar la cobertura y calcular la prima neta asociada del seguro diseñado.
- Determinar fuentes de financiamiento fuera del presupuesto provincial

Principales hipótesis de trabajo

- El Estado no aumentará su presupuesto en salud, por el contrario, ha ido disminuyendo, como se observa en el presupuesto por objeto del gasto de la provincia de Salta.
- Los profesionales de la salud no tienen intenciones de establecerse en zonas rurales por el escaso nivel de consultas particulares para complementar el salario en relación de dependencia del sector público.
- Las mujeres Chorote no tienen acceso a centros de salud a realizar los controles prenatales.

IV. Marco teórico

La coexistencia de sistemas de salud en Argentina

En Argentina es sabido que coexisten tres sistemas de salud: el estatal (con hospitales públicos), el privado y las obras sociales, pesar de la alta presión tributaria y de los aportes al sistema, no se encuentra garantizada la eficiente prestación del servicio. La existencia de ciudadanos desprotegidos en materia de salud, dio origen a la ley n° 23661 en 1989, la cual en su artículo 1 establece “...***un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una***

concepción integradora del sector salud, donde la autoridad afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.”

En su artículo 3 indica que *“El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.*

*Dichas políticas estarán encaminadas a **articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada** que responda a la organización federal de nuestro país. Se orientarán también a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud.”*

Los beneficiarios se enuncian en el artículo 5: *“Quedan incluidos en el seguro:*

a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.

b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fija la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.

*c) Las **personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.”***

Esta ley ha desarrollado un sistema de administración donde el ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) es entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

La ANSSAL lleva un Registro Nacional de agentes del Seguro, en el que se encuentran:

a) A las obras sociales comprendidas en la Ley de Obras Sociales;

b) A las asociaciones de obras sociales;

c) A otras obras sociales que adhieran el régimen de la presente ley;

d) A las entidades mutuales inscriptas en las condiciones del artículo anterior.

Este seguro nacional de salud se financia con aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del seguro, determine el Presupuesto General de la Nación y las sumas que ingresen al Fondo Solidario de Redistribución.

El objeto de las prestaciones son planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro, entre ellos: el PMO (programa médico obligatorio) y administración de programas especiales en órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud (decreto 366/2012)

Existen a su vez en nuestro país, el sistema de medicina prepaga, regulado en la ley 26682. Está constituido por instituciones médicas del ámbito privado, que brindan servicios médicos a través de servicios propios o de terceros, mediante el pago de una cuota periódica, que puede ser la única prestación o estar acompañada de tasas adicionales conforme a las reglas de la economía de mercado: libertad de competencia, de elección, fin de lucro y onerosidad del vínculo entidad prepaga/asociado. Estas empresas realizan estrictos cálculos actuariales y estadísticos para fijar el valor de la cuota. Las prestaciones no tienen un límite máximo, pero sí uno mínimo que es el PMO (programa médico obligatorio - artículo 7 ley 26682). El vínculo se patentiza a través de un contrato (contrato de medicina prepaga), en el cual la empresa toma el desembolso como un pago anticipado de una futura prestación incierta. Las formas de contratación y vinculación con las empresas de medicina prepaga son: individual y directa, corporativa empresarial e indirecta (la empresa empleadora costea el precio por encima del aporte a la obra social) y corporativa obra social e indirecto (la obra social contrata con la medicina prepaga para que brinde prestaciones a sus afiliados).

Cuadro 2. Comparativo entre sistemas de salud argentinos

	Obras Sociales	Prepagas	Seguros Comerciales
Modalidades de aseguramiento de la salud	Contratos sinalagmáticos, onerosos, aleatorios y de tracto sucesivo	Contratos sinalagmáticos, onerosos, aleatorios y de tracto sucesivo	Contratos sinalagmáticos, onerosos, aleatorios y de tracto sucesivo
Regulados por Ley de defensa de la competencia	sí	sí	sí
Reguladas por Ley de defensa del consumidor y lealtad comercial	Se aplican indirectamente por remisión de normas de la Salud	Se aplican	Se aplican

Naturaleza Jurídica	Entes de derecho privado o público sin fines de lucro registrados	Entes de derecho privado con fines de lucro	Entes con o sin fines de lucro registrados
Programa Médico Obligatorio	Deben cumplirlo	Deben cumplirlo	-----
Información del ingresante sobre el estado de salud	Deben producirla	Deben producirla	Deben producirla
Principios en los que se asientan	Solidaridad, equidad, integridad y universalidad	Libre mercado, libertad de elección, consumo y competencia	Del seguro
Régimen Legal	Ley 23660 y 23661	Ley 26682	Leyes de seguros
Órgano de control y fiscalización estatal	Superintendencia de servicios de salud	Ministerio de Salud – SSSalud Subsecretaría de defensa de la competencia	Superintendencia de seguros de la Nación
Financiamiento	Aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores, copagos y coseguros	Aporte de capital de sus fundadores, cuotas sociales, coseguros, y copagos de usuarios	Primas
Vínculos con los beneficiarios	Obligatorio (por imperativo legal)	Voluntario en base a un contrato	Obligatorio o voluntario, según el seguro
Prestaciones	En especie: prestaciones médicas	En especie (planes cerrados) o en dinero (planes abiertos)	En dinero o prestacional
Restricciones de cobertura	No pueden oponerlas a los beneficiarios	No pueden oponerlas a los asociados	-----

Fuente: Garay tomo IV (adaptación propia)

El contrato de seguro se define en la ley 17418 artículo 1: *“Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto.”* Según Lorenzetti (1997) hay elementos análogos entre un contrato de seguro comercial y uno de medicina prepaga. El contrato de seguro “busca la seguridad económica frente a los acontecimientos futuros e inciertos; opera mediante una empresa que capta el ahorro en forma masiva en base a una relación técnica establecida entre la prima y el riesgo. Hay un riesgo asegurable, hay un pago, hay una prima, hay interés. Se trata de un contrato sinalagmático, oneroso, aleatorio, de tracto sucesivo”

Sin embargo, el contrato de medicina prepaga al ser regulado por ley es un contrato típico con regulación legal. Existe una diferencia en la prestación a que se obliga la empresa de seguro y la entidad prepaga; la primera (el asegurador) se obliga a mantener indemne al asegurado frente al riesgo (el siniestro: es decir, la enfermedad), y ocurrido éste, no brinda la asistencia médica correspondiente, sino que provee la suma de dinero necesaria para afrontar los gastos que son ocasionados por las prestaciones de salud, con el límite fijado en la póliza. En el caso prepago, la obligación asumida por la entidad de medicina prepaga es la efectiva asistencia médica, ya sea que la misma revista carácter preventivo o de atención directa de la enfermedad.

ESPECÍFICO DEL SEGURO

La protección social a través del seguro de asistencia sanitaria

El seguro de asistencia sanitaria es una prestación de servicios a través del cual el asegurador asume la asistencia del servicio de salud o indemnización del asegurado. La elección de este tipo de asistencia para la Maternidad en Riesgo se cree conveniente para atender las contingencias de estas sociedades para financiar la prestación de un servicio por una aseguradora ya sea pública o privada, bajo el marco de una actividad regulada por el Estado, como es el seguro. Mediante esta figura, se brinda a personas de bajos recursos la posibilidad de acceder a prestaciones que bajo otra forma sería difícil o no posible, que puede ser financiada no sólo por privados o el Estado, sino por los organismos internacionales interesados en la problemática como se expresó precedentemente bajo una modalidad más familiar a estas últimas instituciones. Otro beneficio, se establece al trasladar una porción del gasto público en salud a compañías aseguradoras, a fin de mejorar la calidad de vida en poblaciones con pautas culturales y características singulares, compensando desigualdades; concurrentemente evita las discontinuidades de los programas de salud materna.

La principal ventaja en la aplicación de esta forma de asistencia aplicada a sociedades de pequeña escala radica en la reducción de las asimetrías de la información ya que, con relevamientos pormenorizados y realizados por especialistas en multiculturalidad, se facilita ampliamente y certeramente la interpretación de los riesgos asociados al servicio, y así traducir el modelo en un producto eficiente para las partes involucradas. Cobra sentido la frase de Comte “saber prever para poder proveer” (Mecca, 2010).

Uno de los primeros estudios presentados sobre los mercados de seguros con información incompleta es el trabajo de Rothschild y Stiglitz (1976). Los autores desarrollan un modelo de seguros resaltando el problema de la información: las firmas vendedoras de seguros desconocen el potencial de riesgo de los individuos que los compran. Debido a este problema de diversidad de riesgos de los individuos, los aseguradores se ven en la necesidad de inferir de alguna manera las características ocultas de los individuos. Si tal preocupación no existiera, quebrará debido a los altos costos que representan los individuos de alto riesgo. La condición para la existencia de un equilibrio es que exista un número pequeño de individuos al alto riesgo, siendo menos costosos para los individuos de bajo riesgo. Spence (1978) desarrolla un modelo para los mercados de seguros donde se toman en cuenta consideraciones tanto cuantitativas como cualitativas en la demanda por seguros, trabajando con productos diferenciados. Al igual que en Rothschild y Stiglitz, analiza los problemas de información imperfecta y cómo los contratos de salud deben ser compatibles en incentivos. El problema de “cream skinning” ocurre cuando el sistema de ajuste por riesgo es inefectivo y existen personas que reciben el mismo ajuste por riesgo, sin embargo, en realidad tienen costos esperados distintos. Dado este problema de ajuste inexacto, las aseguradoras tienen fuertes incentivos a eliminar a los individuos de alto riesgo. Una de las soluciones sugeridas es la de mejorar el sistema de ajuste por riesgo, haciéndolo más preciso. En otra línea de análisis Cutler y Gruber (1996) analizan el problema de los seguros de salud desde otra perspectiva: se refieren concretamente al caso del seguro público de los Estados Unidos (el Medicaid) y al problema de la no aseguración de un porcentaje importante de los norteamericanos. Afirman que el aumento de la cobertura del Medicaid con el fin de que los no asegurados aseguren ha tenido fuerte un efecto de “crowding out” sobre los asegurados en el sector privado. En el caso de los Estados Unidos, Cutler y Gruber (1997) reportan que en los últimos años se ha producido lo que ellos llaman la “hipótesis de sustitución” entre el seguro privado y el público (Medicaid). Según esta teoría, aquellas personas que son elegibles por el Medicaid abandonan el seguro privado en favor del seguro público. Aseguran que esta hipótesis es plausible debido a que los gastos “fuera de bolsillo” o copagos (out of pocket) son altos en el seguro privado. Destacan que en los últimos años se ha producido un incremento

notable en la cobertura del Medicaid a niños y mujeres en edad fértil, produciéndose similares reducciones, pero con signo contrario en el sector privado.

En el mercado de seguros de salud, la coexistencia de los sistemas público y privado con reglas de juego distintas genera distorsiones en el mercado, las cuales se expresan con una baja proporción de individuos de alto riesgo y bajos ingresos atendidos en el sistema privado, ocurriendo lo contrario en el seguro público. Es importante resaltar que, pese a que el seguro público ofrece cobertura ilimitada, ésta en la práctica no se cumple totalmente, sino sólo en forma parcial. Por ello muchas personas –especialmente aquellas de mayores ingresos–, están dispuestas a pagar más en los seguros privados con el fin de recibir una mejor atención y pese a no recibir cobertura total en dicho sistema.

En Argentina la rama seguro de salud es ofrecida como una cobertura en sí misma, distinguiéndose el seguro de enfermedades críticas, el seguro de gastos de hospitalización, quirúrgicos y atención de la salud, beneficios por maternidad, etc.

Fallas de mercado y el seguro de salud

El mercado persigue dos funciones, conseguir la eficiencia social y conciliar el interés individual con el interés colectivo. Sin embargo, existen fallas de tipos normativo dado que el mercado garantiza la eficiencia, trata de no perder recursos en la producción o de administrarlos de forma dosificada en el tiempo, producir al menor costo, producir tipo y cantidades de productos que los individuos valoran pero no persigue la equidad. Según Ortún Rubio (1996) la equidad es lo que la sociedad piensa como la justicia, y expresa en una elección imperfecta en las elecciones políticas. Otra de estas fallas, es la existencia de bienes tutelares o preferentes, que son aquellos bienes o servicios que son tan importantes para su consumo que deben ser protegidos y la mejor forma de proteger el consumo de este tipo de bienes es hacer que no dependa de la capacidad adquisitiva individual de las personas, por tanto, deberá ser financiado públicamente mediante impuestos o contribuciones obligatorias.

A su vez, existen fallas de mercado en la sanidad de tipo positivo: la incertidumbre que equivale a la falta de información en la distribución de la enfermedad. La respuesta institucional es la existencia de seguros de salud cuyos efectos se explicarán más adelante con detalle, el riesgo moral, selección adversa y la difícil objetivación del daño por las partes implicadas. La incertidumbre en el tratamiento médico y de los resultados de ese tratamiento,

de los costos del tratamiento médico y en la calidad de vida, se resuelve institucionalmente con la regulación del ejercicio profesional y la aplicación de protocolos.

Otra falla es la asimetría de la información entre el médico o profesional (el agente cuenta con la mayor información sobre la enfermedad y tratamiento) y el paciente o principal. Se establecen contratos formales o informales donde el principal delega en el agente la toma de sus decisiones y los efectos de esta relación de agencia son la existencia de una demanda inducida, la ausencia de mercado y la soberanía del consumidor negada.

Otras fallas positivas son las externalidades y los bienes públicos, las primeras son interacciones por fuera de mercado positivas, como la inmunidad de las vacunas en una población, o negativas, como el caso de enfermedades contagiosas cuya respuesta institucional debería ser la asignación de derecho de propiedad (Coase); pero no es tan fácil de ejecutar, dado que tiene elevados de costos de transacción o inviabilidad política o legal. Los bienes públicos, que son aquellos que no presentan rivalidad ni posibilidad de exclusión en su consumo, hacen que no existan incentivos para los privados, por lo que la financiación pública y su provisión suele ser más eficiente.

Otras fallas positivas son: la insuficiencia de racionalidad individual, los rendimientos crecientes que justifican la existencia de monopolios en la provisión de salud para zonas de baja densidad y los mercados incompletos por la incertidumbre planteada.

En el campo de la economía de la salud, las fallas de mercado tienen diversas manifestaciones. Arrow (1981) describe los problemas específicos de los servicios médicos, servicios a los que describe como “la compra de información bajo la forma de cuidados especializados”. Uno de los problemas de esto es la incertidumbre tanto de la incidencia de las enfermedades como la eficacia de su tratamiento. Los cuidados médicos son solo uno entre los muchos factores que influyen en la salud, en particular en los niveles de renta bajos hay otros bienes como la nutrición, la vivienda, el vestido y la higiene, que son mucho más significativos sobre el efecto en la salud. Es imposible construir una póliza de seguro que discrimine entre diferentes riesgos adecuadamente, sobre todo cuando al observar los resultados, no se pueden distribuir entre riesgos evitables e inevitables, lo que contribuye a diluir los incentivos para evitar la ocurrencia del siniestro. El riesgo y la incertidumbre son ingredientes significativos en la realidad de la prestación de cuidados médicos, esto tiene dos efectos, un menor bienestar para los que desean transferir sus riesgos a otros y la existencia de mercado que permita desplazar riesgos. Dicho esto, la idea dominante, explícita o implícitamente es que el Estado, al menos en sus actividades económicas, opera como una institución encargada de remediar las disfuncionalidades del mercado; a lo que se refiere Arrow, es al Estado que trata de rellenar la brecha de ineficiencia generada por el mercado y

la industria de servicios médicos con toda variedad de instituciones, antiguas y modernas, que constituyen un ejemplo de esta tendencia.

Dentro de las características de las actividades, las prestaciones médicas se distinguen de los bienes ordinarios en:

1. La naturaleza de la demanda: esta demanda tiene su origen en una condición no estable, dejando de lado los servicios preventivos. En caso de advenimiento en la enfermedad confieren satisfacción. Una enfermedad que representa ruptura del curso normal de las cosas es un riesgo costoso al que cualquier sujeto debe poder acceder independientemente de su nivel de renta.
2. El comportamiento esperado del médico: La sociedad no espera del médico un comportamiento típico como vendedor de servicios médicos similar al de los hombres de negocio. A diferencia de otros bienes, el cliente no puede probar el producto antes de consumirlo. Aparece un elemento de confianza en la relación, se sobrentiende que el consejo médico está en la conveniencia sobre un tratamiento, no está condicionado por el interés material del médico, sino por las necesidades objetivas del caso y tampoco las limitaciones financieras; a su vez se confía en el médico como un experto para certificar la existencia de enfermedades y lesiones a efectos legales u otro orden. Entre los médicos está virtualmente eliminada la competencia abierta tanto de precios como de publicidad. Existe un comportamiento orientado hacia la colectividad que trasciende la relación monetaria; lo menos que un paciente espera, es que normalmente lo trate el mismo médico. En ocasiones sucesivas esta expectativa está profundamente arraigada, incluso en países de la ex Unión Soviética, dónde están separados los criterios de mercado.
3. Incertidumbre respecto al producto: La incertidumbre en cuanto a la calidad del producto es quizás más intensa en este campo que en cualquier otro bien. A esto hay que añadir que la magnitud de la incertidumbre medida en términos de variabilidad de la utilidad, es con toda seguridad mayor en los casos de enfermedades graves que en la adquisición de bienes comunes. El médico posee en cuanto a los efectos y las posibilidades de un tratamiento, mucha mayor información que el paciente, y ambos son conscientes de esta desigualdad.
4. Condiciones de la oferta: Además del elevado costo de educación en la formación médica, existe una barrera de entrada que es la matrícula profesional necesaria para ejercer la medicina. Además, algunas universidades, presentan restricciones al ingreso a la carrera universitaria del médico. No son permitidos

sustitutos imperfectos como profesiones que tienen incumbencias parciales como las obstetras, enfermeras, kinesiólogos, etc. Los médicos tienen los ingresos más altos de todas las profesiones, influida en parte por estas restricciones mencionadas.

5. Política de precios: No es frecuente la competencia de rebajas de precio entre profesionales, sino que generalmente existe una discriminación de precios según la renta del paciente, generalmente el precio u honorario, es doble para los ricos que para los pobres. En la tesis de Kessel, según Arrow (1981) “La discriminación de precios en medicina tiene como objetivo la maximización de beneficios según el esquema clásico del monopolista discriminador. La única razón explicativa de la oposición del estamento médico a los planes de pago anticipado, ha sido proteger los altos beneficios que la discriminación hace posible”.
6. Rendimientos crecientes: La existencia de estos rendimientos crecientes tiene importancia en la asignación de recursos en medicina especialmente en zonas de escasa densidad de población o rentas muy bajas.

Teoría del seguro ideal

Se presentan en los servicios médicos dos clases de riesgos: el riesgo de caer enfermo y el riesgo de la recuperación total, parcial o muerte en contexto de incertidumbre. Ello hace que los costos frente a estos riesgos son los que deberían asegurarse, la inexistencia de pólizas de seguro para cualquiera de estos riesgos implica una pérdida de bienestar.

Cada individuo trata de maximizar su valor esperado o utilidad sobre los costos generados por los cuidados médicos, los individuos son normalmente adversos al riesgo.

Una compañía de seguros o el estado estarían dispuestos a vender seguros que cubren los gastos médicos sobre una base actual justa. Si los costos de cuidado médico son una variable aleatoria relativamente controlada, la compañía cargará con una prima e indemnizará al tomador de todos los costos médicos. En estas condiciones, adquirir una póliza producirá un incremento del bienestar del asegurado y este incremento individual también será una ganancia social al mismo tiempo, dado que el asegurador no sufre ninguna pérdida. Sin embargo, la acumulación de riesgos muchas veces no llega a límites admisibles, como en

el caso de las epidemias, donde una prima superior al nivel actuarial incluso una que fuese sólo ligeramente superior, podría ser suficiente para neutralizar dicha pérdida de bienestar.

La prima de seguro no sólo se recarga por la aversión al riesgo por parte de los aseguradores, sino también por los costos administrativos, la irregularidad en los pagos y un costo positivo derivado del capital afectado a la cobertura de los siniestros.

Los problemas del seguro: el riesgo moral, dado que la teoría del bienestar asegura justificaciones sobre la existencia del seguro, y en subsidio debería cubrir el Estado aquellos riesgos que no haya podido cubrir el mercado.

Las pólizas de seguro médico no cubren completamente el costo de los servicios médicos por la enfermedad, sino que depende de factores como la elección del médico y la disposición a utilizar estos servicios. Ante estos eventos, aparecen en las pólizas de seguro médico las cláusulas de coseguro, para enfrentarse a estas contingencias y así cubrir la aversión al riesgo de las compañías aseguradoras, y limitar también el riesgo moral de los beneficiarios y la colusión entre médico y paciente.

Otro problema son los métodos alternativos de pago del seguro, existen 3 métodos:

- 1- Planes de pago anticipado, dónde se paga en especie el siniestro, es decir directamente con los servicios médicos.
- 2- Pago al beneficiario o por reintegro.
- 3- El asegurado paga todos los costos ocasionados con las limitaciones impuestas por las cláusulas de deducibilidad y coseguro.

Si bien en un mundo perfecto las tres formas deberían ser equivalentes, un esquema de pago anticipado que cubra todos los costos de los tratamientos médicos es un seguro contra una doble contingencia al riesgo de tener que adquirir servicios médicos y el riesgo de la variación de los precios de dichos servicios.

En el esquema de pago anticipado existen mayores incentivos de minimización de costos médicos, dónde el problema del riesgo moral derivado del control médico sobre la aplicación de determinado tratamiento hace necesaria la existencia de un control por parte de terceros o auditor, lo que elimina incentivos para encontrar servicios quirúrgicos y hospitalarios más baratos.

Un aspecto importante es la predictibilidad, en el seguro, cuanto mayor incertidumbre existente del riesgo contra el que se asegura, mayor valor tendrá la póliza. En este sentido es relevante observar la variabilidad del costo medio que seguramente es mucho menor en los gastos médicos corrientes, pues se requiere una mayor discriminación de riesgos posibles.

Los que estuviesen en grupos con mayores incidencias de enfermedad, deberían pagar tarifas más elevadas. Existe una tendencia a igualar tarifa, y ésta produce una redistribución de la renta en detrimento de los que tienen una baja propensión a las enfermedades y en favor de los que tienen una alta propensión. Cabe mencionar que existen grupos como los desempleados o ancianos desprovisto de cobertura o con 1/5 o 1/4 del total del gasto médico.

Las fallas del Estado en sanidad

El Estado también falla como mecanismo de asignación de recursos en sanidad, hay fallas derivadas de la falta de incentivos organizativos y fallas derivadas de falta de los incentivos individuales. La primera falla es la falta de relación entre los ingresos y los gastos, además de la llamada internalidad, que consiste en definir como objetivo social un objetivo que es individual.

En cuanto a la segunda falla, normalmente causada por la estabilidad en el empleo estatal, genera que una persona no pueda ser despedida cuando hay un cambio de Gobierno, pero posiblemente tampoco por la calidad de su trabajo, que es el indicador más relevante que debería establecerse.

Dimensiones de un modelo de seguro de salud

Las dimensiones para considerar en un seguro de salud son:

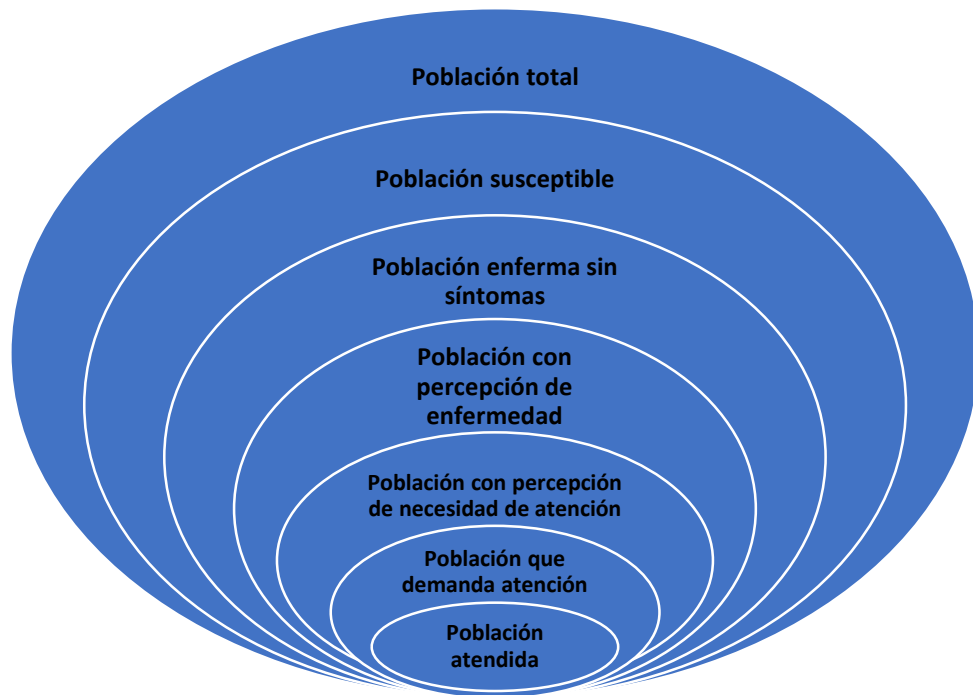
1. el modelo analítico de la población
2. el modelo prestacional y asistencial
3. el modelo financiador
4. el modelo prestador
5. el modelo de gestión
6. el modelo de control de gestión

La combinación de todas estas dimensiones define la prestación a cubrir. La que se detallará a continuación respetando el orden expuesto dado que constituye una secuencia metodológica de aplicación:

1. El modelo analítico de la población: En este acápite se estudia a la población en base a dos instrumentos, la epidemiología y la demografía. Epidemiología tiene como

objetivos prácticos: 1) optimizar la práctica clínica diaria y sus decisiones inherentes, 2) organizar, estructurar y racionalizar la mejor investigación clínica en su orientación hacia el proceso de toma de decisiones y 3) comprender mejor la cualidad, validez y la relevancia de la experiencia médica compartiéndola a través de sus publicaciones médicas, artículos, mesas redondas y otros medios. A su vez, la epidemiología contribuye a facilitar la planificación y programación de acciones de salud, proporcionar información necesaria para tomar decisiones, medir el impacto de los servicios de salud y de las intervenciones, así como de la eficiencia y eficacia de las decisiones adoptadas, identificar opciones tecnológicas efectivas y seguras para que se adapten a la realidad de nuestro país. En síntesis, la epidemiología tiene como objetivo el análisis de una población determinada, en un lugar determinado y en un tiempo determinado. La comprensión de la triada población-lugar-tiempo es fundamental para encarar cualquier estudio. La incidencia de alguna enfermedad como para diseñar un programa de atención médica y las técnicas epidemiológicas, permiten conocer la ocurrencia y distribución del evento estudiado, identificar e investigar los problemas de salud para tomar medidas correctivas, identificar grupos humanos prioritarios con sus necesidades y tendencias en la utilización de servicios de salud, analizar los niveles y tendencias a la exposición de factores biológicos, sociales, económicos, culturales, políticos, ambientales, etcétera, pudiendo cuantificar los riesgos.

Por otra parte, la demografía contribuye a conocer la población objetivo, en cuanto a su composición y distribución y a partir de ello, a la demanda potencial que representan según sexo, edad, raza, distribución geográfica y dinámica poblacional. El estudio demográfico y epidemiológico permiten evaluar y conocer las verdaderas necesidades de esa población, con el fin de diseñar programas de atención médica adecuados a dichas necesidades, lo que conlleva una óptima utilización de recursos evitando la asignación de áreas innecesarias y no prioritarias



Fuente: Daccordi

Los instrumentos que se utilizan en la evaluación de la demanda consisten en indicadores de utilización para la planificación de la cantidad de servicios a suministrar, recursos involucrados e indicadores de análisis de la demanda que se utilizan para la clasificación del nivel de riesgo absoluto, relativo o atribuible a un determinado factor.

2. El modelo prestacional: corresponde al programa médico que articula las prestaciones y servicios de atención de la salud de las personas y está definido por cinco consignas: 1. catálogo técnico de la totalidad de prestaciones disponibles, 2. definición de la cobertura prestacional real denominada tabla de beneficios y servicios que no es otra cosa que el catálogo técnico que se desprende de las prestaciones disponibles, 3. la forma de cobertura de dichas prestaciones, si existirán copagos, límites al uso, topes por períodos, criterios para la autorización de prestaciones, etc. 4. la red de prestadores ofertada y la extensión del sistema, 5. la existencia de una canasta básica de prestaciones obligatorias definidas por los programas estatales y alcance universal. En definitiva, lo que adquiere mayor relevancia en este punto es la tabla de beneficios que deberá estructurarse en forma matricial, articulando las prestaciones según la complejidad y el modelo preventivo necesario.

3. El modelo financiador: en este punto el modelo de seguro toma relevancia dado que implica métodos de financiamiento diferentes:

a) Franquicia: consiste en la fijación de gastos médicos menores a cargo del beneficiario, es decir este asume el riesgo de eventos poco costosos.

b) Coseguro: en este sistema el asegurador no cubre el 100% de los gastos, sino una fracción menor y la diferencia queda a cargo del individuo. Este coseguro presenta dos

formas: una de un monto fijo por prestación codificada o la otra es una proporción sobre el costo total de dicha prestación. Este mecanismo eleva el precio de la atención médica demandada y conduce a un menor consumo, con disminución del riesgo moral.

c) Límites máximos o topes: consiste en la definición de límites máximos a los gastos individuales por unidad de tiempo que quedan justificados por su control del riesgo moral, implican al mismo tiempo que el asegurado asume el riesgo de contraer enfermedades y ello significa incurrir en gastos superiores al límite establecido.

d) Reintegros: se definen los montos máximos de indemnización de acuerdo con el tipo de enfermedad, días de internación, prestaciones utilizadas. El sistema de reintegros está considerado como uno de los seguros con menor distorsión.

e) Sistemas de panel cerrado: límites máximos y sistemas de reintegro están asociados comúnmente con elegir libremente el prestador del servicio. Existen modalidades en las que no se establecen topes o se flexibiliza el límite máximo. En estos casos la cobertura queda condicionada en la utilización de un conjunto predefinido de prestadores y proveedores de cartilla, dado que el pago de estos prestadores lo realiza el financiador y están sujetos según el tipo de auditoría, para evitar indicaciones superfluo o injustificadas. El control de gastos no se efectúa sobre la demanda, sino que involucra la oferta.

4. Modelo prestador: conjuga los siguientes aspectos:

✚ Libertad de elección: tanto en la elección del prestador como el agente de seguro.

✚ Condiciones de accesibilidad: es un elemento crítico que define la satisfacción o calidad percibida por el usuario. Los obstáculos para acceder a los servicios de salud pueden ser geográficos, temporales, económicos y administrativos.

Dentro de los geográficos no sólo es la distancia, sino el tiempo real de acceso al sistema, y se relaciona con la oferta de prestadores regionales, su cantidad y su distribución.

Dentro de los temporales se incluye el tiempo de arribo, la disponibilidad de turnos, la demora en la atención, tiempo de espera para intervenciones o prácticas y demás demoras.

Dentro de los económicos se incluye el lucro cesante por los obstáculos temporales o geográficos, costo de bonos, o copago.

Dentro de los administrativos se encuentran todo tipo de formularios requeridos, prescripciones, modelos de historia clínica, que observen las formas exigidas (tinta, sellos, etc).

🚧 Ordenamiento del acceso: puede ser de dos tipos: acceso espontáneo (anárquico) o acceso ordenado (dirigido) por un médico de cabecera o equipo básico de atención primaria.

🚧 Participación económica del afiliado y otras limitaciones: la demanda en salud tiene una elasticidad ingreso positiva, la aplicación de copagos puede reducir el consumo en salud salvo en urgencia donde la demanda se torna inelástica.

🚧 Normatización de la actividad asistencial: las normas vinculadas a calidad tienen por finalidad controlar el tipo y cantidad de asistencia que se brinda. Otras normativas operan sobre el número y calidad del personal auxiliar, equipos y utilización de innovaciones tecnológicas que están estrechamente relacionadas con la conducta profesional.

🚧 Tasa de utilización de servicios: la frecuencia con que el beneficiario concurre al prestador, la frecuencia con que el prestador indica o prescribe una prestación y la frecuencia con que las prestaciones vuelven al beneficiario como servicio, determina una razón denominada tasa de utilización.

🚧 Cuantificación y distribución de la oferta, consiste en georreferenciar la oferta y estimar la potencial capacidad de asistencia de cada centro de salud.

🚧 Pago a los profesionales: en relación a este punto existe una variedad de formas de pagos:


Pago por acto médico: el pago a este profesional puede efectivizarse por un honorario fijado libremente por el profesional o un arancel prefijado por el financiador, la distorsión de esta modalidad es la sobrestimación o gastos superfluos.


Pago por capitación: el médico cobra por cantidad de pacientes que tiene a su cargo, independientemente de sus consultas, por lo que transfiere el financiador parte del riesgo al profesional. Bajo ésta modalidad tiende el profesional a disminuir su actividad, lo que puede llevar a una disminución de la calidad de atención.


Pago de sueldo en establecimientos, supone que el profesional se encuentra en relación de dependencia y debe cumplir con su jornada de trabajo.


5. Modelo de Gestión: en general los centros de salud son, según Mintzberg, burocracias profesionales, es decir organizaciones cuyo núcleo operativo se compone de profesionales cuyas habilidades o destrezas se encuentran coordinadas por sus incumbencias profesionales. Esta cuestión no es menor, dado que la mayoría de las decisiones sobre los pacientes pasan por los profesionales. La gestión clínica debe apoyarse en un sistema de información de unidades clínicas o CMDB que permita objetivar y demostrar los resultados de su actividad, donde las historias clínicas de los pacientes sean el eje de compilación de la información. La gestión debe alcanzar los resultados prefijados, para ello debe: establecer objetivos, estimar la demanda, asignar y organizar los recursos, controlar el funcionamiento y calidad y evaluar el desempeño.

Actualmente la gestión debe considerar las siguientes herramientas o instrumentos según Giraldo:

 **Conjunto mínimo de datos básicos CMDDB**, para identificar al paciente: Es un registro de un conjunto homogéneo de datos base de la información médica, con el objetivo de realizar comparaciones y orientar al gerente comercial sobre las características de su demanda. Estos son un conjunto de catorce a quince datos que se refieren a: nro. de historia clínica, edad, sexo, lugar de origen, fecha de ingreso del paciente, forma de ingreso, financiador, fecha de alta, diagnóstico de egreso diferenciando diagnóstico principal y secundarios, procedimientos clínicos o quirúrgicos realizados y el servicio que da el alta y el médico responsable, utilizando como base la clasificación internacional de enfermedades CIE-9 MC. Los CMDDB son la etapa previa a la agrupación de los casos según grupos relacionados por el diagnóstico.

 **Grupos relacionados por el diagnóstico GRD**: Se utilizan para definir el producto hospitalario. La unidad de medida egreso son los pacientes tratados, y esta dará una idea del tamaño que puede tener la institución de salud. Estos egresos se agrupan en setenta u ochenta grupos de características homogéneas con fundamentos provenientes de la investigación clínica sobre casuística hospitalaria o case-mix. La información que brinda el GRD es sobre composición de la casuística y datos sobre filiación de los pacientes, características generales de la internación, enfermedades y tratamientos realizados y la complejidad de los mismos. Los GRD unidos a datos presupuestarios permiten ver la incidencia presupuestaria de cada grupo (sector público), y los GRD unidos a datos de gastos son indicadores de valor para fijar precios en el sector privado

 **Compromisos de gestión**: Estos se establecen entre áreas médicas y económicas, por los cuales se estimará la actividad clínica a realizar, la cantidad de recursos necesarios para lograrlo y se establecerá un acuerdo de mutuo cumplimiento anual. Este instrumento permite regular la programación, financiación y provisión de servicios que se suscriben con las autoridades del hospital, en función de la actividad, complejidad y calidad de la atención hospitalaria que se va a proveer a la población.



 **Tablero de gestión**: Resume los principales indicadores de naturaleza clínica, económica y financiera, integrando la información que permite el control de la gestión y facilita la toma de decisiones. Tiene por propósito integrar información clínica con económico financiera y mostrarla en plazos menores a un año, mostrando un nro. reducido de variables que puedan ser comparables con períodos anteriores y permitan evaluar los resultados obtenidos, desviaciones y sus posibles causas, y la adopción de medidas correctivas. Podemos tener dos niveles de agregación, uno destinado a la dirección del hospital y otro destinado a los responsables de los servicios clínicos.

Para iniciar este modelo, las acciones son la evaluación de la organización, rediseño de circuitos operativos (estratégicos y de soporte), rediseño de circuitos centrales relativos a la organización general y al modelo prestacional, trabajo específico del área económico financiera, cálculo de costos unitarios y totales por servicio y prestación, desarrollo de la contabilidad analítica, codificación del CMDB con CIE-9 (también se utiliza el CIE-10), agrupación de los GRD, elaboración de tablero de gestión, diseño de convenios tipo para disminuir el proceso individual de cubrir, procedimientos y valores, monitoreo de contratos con proveedores y clientes, elaboración de encuestas de mercado, en particular para el área de comercialización. El plan de salud corporativo a ofrecer debe permitir el control del costo médico basado en la prevención y el gerenciamiento de casos severos, conformar un grupo dedicado a la valuación de negocios para evaluar la factibilidad de nuevos negocios y ampliación de mercados y otro grupo para el estudio comparativo de distintas opciones de mercado, sus ventajas y desventajas, desarrollando un esquema de evaluación de precios y una completa evaluación externa y análisis de consumo.








6. Modelo de control de Gestión: debe ajustarse a las normas de procedimiento administrativo y las que regulan el comportamiento de los prestadores, para ello se utilizan instrumentos como: las normas de atención médica y las historias clínicas.

Se deben considerar las siguientes variables:




Análisis de la Estructura Prestacional

-  Mecanismos de certificación de los profesionales
-  Categorización y habilitación de establecimientos

Control del Proceso de Atención

-  Tasas de utilización ajustadas según población
-  Grado de adhesión a las normas de práctica clínica (calidad normativa)
-  Grado de satisfacción del beneficiario (calidad percibida)
-  Optimización del uso de los recursos
-  Disponibilidad de información codificada para gestión y desarrollo
-  Indicadores de arrastre
-  Profiling de prestadores

Análisis de Resultado

-  Evaluación del impacto sanitario
-  Evaluación del rendimiento económico
-  Satisfacción con el servicio (calidad percibida por el usuario)

En suma, la problemática a abordar es la siguiente: acercar asistencia sanitaria a una comunidad con características singulares en una etapa vital de alta vulnerabilidad, que desafía su perdurabilidad, es de interés público a escala mundial e impostergable. La herramienta

propuesta intenta resolver con eficiencia y eficacia las deficiencias y contingencias del sistema público de salud.

ESPECÍFICO DEL ABORDAJE DE LA POBLACIÓN

Teoría de la historia de vida

En cuanto a los datos que modelan la conducta humana de los Chorotes, se ha adaptado el criterio de la antropología evolutiva moderna, conocido como Teoría de la Historia de Vida, cuyo fundamento es el manejo de limitados recursos disponibles, siendo el éxito reproductivo diferencial el significado corriente de la adaptación. La lógica es simple: el esfuerzo reproductivo estará determinado por la disponibilidad de recursos finitos, principalmente tiempo y energía, en equilibrio con las demandas competitivas de la subsistencia o supervivencia. El curso vital de un individuo es el producto de un conjunto integrado de estrategias para la asignación de recursos, de los cuales la reproducción y su traducción en eficacia biológica son un rasgo central. La distribución de recursos involucra el despliegue de energía y tiempo a través de la ubicación espaciotemporal, modelado por la entropía que contiene una vida. La energía total capturada por un organismo es distribuida en tres dominios: mantenimiento, crecimiento y reproducción.

Mantenimiento incluye:

- 1) El costo metabólico de estar vivo;
- 2) Los materiales y la energía requerida para el mantenimiento continuo y el reemplazo;
- 3) La cura de daños o usos inusuales y
- 4) La defensa contra, y remoción de, y cohabitación con micropredadores (parásitos y patógenos), así como la detección y evasión de predadores (no específicos y específicos). Así, el mantenimiento involucra todas las inversiones que apaciguan o alivian las causas de mortalidad, intrínsecas o extrínsecas. La extensión y calidad de tales extensiones en mantenimiento determina el perfil de mortalidad, o las probabilidades edad-específica y las causas de muerte.

Crecimiento comprende incrementos en el tamaño del cuerpo en altura, peso y masa total. El almacenamiento de energía en forma de tejido adiposo constituye una estrategia central para sobrellevar los riesgos de mortalidad en la infancia. Son varias las experiencias con riesgo vital que se presentan:

- 1) La interrupción nutricional entre el nacimiento y la lactancia y en el destete;
- 2) En el pasaje de la protección materna a la endógena;
- 3) Reproducción.

Reproducción involucra la producción de descendencia viable que se reproduce exitosamente. La estrategia vital para completar o lograr esto puede variar en muchas dimensiones, incluyendo el momento de la primera reproducción; el tamaño del adulto y el tamaño proporcional de la descendencia en el momento del nacimiento; el número de descendientes por evento reproductivo y el espaciamiento entre eventos, tipos cantidades y duración del cuidado postnatal de la descendencia (esfuerzo parental); determinación sexual y contribución relativa de hombres y mujeres a la reproducción; y la declinación del valor reproductivo con la edad. El análisis evolutivo se ha centrado, virtualmente desde su comienzo, sobre el esfuerzo reproductivo necesario (Darwin, 1871; Trivers, 1972; Maynard Smith, 1978; Williams, 1985) el cual tiene diferentes costos (Borgerhoff Mulder, 1992) que incluyen básicamente

- 1) El costo biológico de producir una nueva vida (gametos, gestación, partos)
- 2) El costo de sustentar una nueva vida (cuidado parental, incluida la lactancia, el aprovisionamiento, la defensa y la solicitud de seguridad física y emocional)
- 3) El “esfuerzo de apareamiento” encontrar y mantener una pareja: los grupos humanos muestran estrategias de apareamiento ampliamente diferentes
- 4) El costo de la aptitud global tal como cualquier forma de altruismo (beneficiar a otros a expensas de uno mismo), tanto como aspectos de conducta social y modificación ambiental, la cultura es empleada como principal estrategia adaptativa
- 5) Los costos de socialización: la socialización de los jóvenes incluye nutrirlos atendiendo necesidades cognitivas- emocionales como materiales, instruirlos o guiar participación en actividades adultas mientras se les tolera su ineptitud juvenil; proveerle oportunidades para obtener y practicar conocimientos, actitudes, conductas y habilidades requeridas como requisitos de viabilidad social para sobrevivir y reproducirse; y aun mejorar activamente el prospecto social (Blurton Jones y col. 1989,1992).

Como la energía es un recurso finito que debe ser repartido entre los mismos tres dominios que para los recursos materiales y para la reproducción, particularmente entre los subdominios descritos más arriba (mantenimiento, crecimiento y reproducción). El tiempo invertido en cualquier evento reproductivo, ponderado contra la expectativa de vida, determina el valor o potencial reproductivo. La intersección de la energía y el tiempo conduce a diferentes arbitrios en las demandas y utilización de los recursos, es decir al corazón de la energética. El balance energético puede ser ajustado a través de la modulación de las tasas del esfuerzo

completado. Más demanda reproductiva por unidad de tiempo que una reproducción temprana y frecuente. Un esfuerzo completado más bajo relaja, entonces los constreñimientos de la disponibilidad de recursos, pero acarrea el riesgo de morir antes de completar la reproducción (Allal et al. 2004). Una regla esencial subyace a la ubicuidad de los equilibrios: la regla de la asignación. Con relación a las nociones termodinámicas de conservación de energía, la regla de la asignación afirma que los recursos consumibles utilizados para un propósito no pueden ser utilizados para otro.

Equilibrios fundamentales que afectan la fertilidad

Existen dos equilibrios fundamentales que afectan la selección natural sobre la fertilidad. El primero es el equilibrio entre la reproducción presente y la futura. Un individuo puede incrementar sus tasas de energía capturadas para crecer y así incrementar su futura fertilidad. Por esta razón, existe una fase juvenil, en la cual la fertilidad es cero, hasta que alcanzan un desarrollo en el incremento en la eficacia a través de la asignación energética para la reproducción más que para el crecimiento. Los humanos por estar comprometidos en turnos repetidos de reproducción desvían, durante la fase reproductiva, alguna energía de la reproducción y la dirigen a mantenerse, así pueden vivir para reproducirse nuevamente. De acuerdo con la teoría evolutiva debería esperarse que la selección natural sobre la edad de la primera reproducción y la tasa reproductiva del adulto tiendan a maximizar la asignación total de energía a la reproducción a lo largo del curso de la vida.

El segundo equilibrio se establece entre la cantidad y la calidad de la descendencia, donde la calidad está en función de la inversión parental en la descendencia y refleja su habilidad para sobrevivir y reproducirse. Debería esperarse que la selección natural sobre el número de descendientes y la inversión por descendientes tienda a maximizar la producción de descendientes a largo plazo; esto puede ser estimado por el número de descendientes que sobrevive para reproducirse ellos mismos durante el tiempo vital de un individuo (Smith y Fretwell, 1974) o si la fertilidad afecta la producción y supervivencia de los nietos, a través de efectos más distantes (Gillespie et al. 2007).

La biología evolutiva ha mostrado que la reproducción sexual se desarrolla como un medio de incrementar la variabilidad entre la descendencia a través del intercambio entre los padres de material genético. De hecho, un producto casi universal de la reproducción sexual es la evolución divergente de los dos sexos. El sexo es definido por el tamaño del gameto y el sexo con los gametos más grandes es denominado femenino. Los gametos más grandes

representan una inversión energética inicial más grande en la descendencia. Con el incremento en la inversión, más allá de la energía en gametos, la divergencia entre los dos sexos es a menudo exagerada, pero puede equilibrarse o revertirse (Clutton-Brock y Parker, 1992). En la medida en que un sexo invierte más en la viabilidad de la descendencia que el otro, aquel que hace mayor inversión sexual está en déficit de provisión; esto conduce a diferencias en la sex ratio y a la competencia entre miembros del sexo que hace la menor inversión. Este problema genera el tercer gran equilibrio: aquel que se da entre el esfuerzo de apareamiento y el esfuerzo parental o de crianza. La reproducción sexual involucra dos componentes: 1) encontrar una pareja y lograr un apareamiento por un lado, y por otro, 2) una inversión en la descendencia resultante para incrementar su viabilidad. Por extensión hay ganancias en la especialización en los dos componentes. Trivers (1972) reconoció que estas diferencias en la inversión parental relativa afectan la estructura del mercado de apareamiento y las características de los sexos que intervienen más o menos. Debería esperarse que la selección natural actúe sobre el apareamiento y el esfuerzo parental en hombre y en mujeres de tal forma que la eficacia individual tiende a maximizarse en un equilibrio competitivo.

Estrategias reproductivas de mujeres de sociedades tradicionales de pequeña escala.

Desde el punto de vista evolutivo, la *edad al primer nacimiento* es uno de los eventos que modelan las estrategias vitales de los grupos humanos, dado que la energía y el tiempo son recursos finitos que deben ser administrados para el crecimiento, el mantenimiento y la reproducción. En las mujeres el embarazo, parto y amamantamiento requieren importantes inversiones de tiempo como de energía. Después de la menarca deberá establecerse un equilibrio entre la reproducción presente y la futura, es decir inversiones en el propio capital corpóreo versus inversiones inmediatas en reproducción (Kaplan y Lancaster, 2003).

En las sociedades cazadoras- recolectoras donde los recursos son limitados, y aún escasos en algunas épocas del año como sucede entre los Chorote, estas negociaciones son críticas en términos de la supervivencia tanto de las madres como de sus descendientes y de ahí surge la importancia de este indicador. Las mujeres pobremente nutridas durante el embarazo retiran reservas acumuladas en la niñez y la adolescencia, así, aumentan la probabilidad de la supervivencia propia y la de sus hijos postergando la edad del comienzo de la reproducción (Allal et al. 2004).

Otro indicador de importancia es *el período de tiempo entre dos nacimientos sucesivos* es un determinante importante de los niveles de fecundidad y en especial en las poblaciones

de fertilidad natural, dado que se ha demostrado que la fecundidad está inversamente relacionada con el intervalo cerrado promedio entre nacimientos. Además, el intervalo entre nacimientos es una medida de la inversión parental en un hijo. Un intervalo largo mejora el desarrollo del hijo ya nacido y toma tiempo del intervalo fecundo durante el cual la madre podría tener más hijos. Se ha demostrado en muchos estudios que los intervalos cortos generan mayor morbilidad y mortalidad infantil.

V. Procesos Metodológicos

Este apartado contiene el relato de aquellas cuestiones vinculadas al abordaje metodológico elegido para el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Tipo de Tesis

El diseño de la tesis se encuadra principalmente en un tipo de investigación aplicada en base empírica, donde se elabora una propuesta de idea en respuesta a una problemática práctica. Dicha propuesta ofrece un modelo que en teoría es aplicable inmediatamente en el contexto de estudio de la investigación. En tal sentido, metodológicamente se apoyó en el análisis documental y bibliográfico, aplicación de modelo de costo, cálculo de costos de cobertura, prima y premio de seguro, análisis de estadísticas poblacionales y de casos judiciales.

Análisis de estadísticas de la población Chorote

Sobre los datos tomados de la población Chorote, la metodología de registro consistió en el relevamiento de las historias reproductoras de mujeres Chorote con al menos un hijo. Se registraron las historias de nacimientos, edades de las madres y sexo de los hijos. Se calcularon los estadísticos descriptivos de la edad de la madre al primer nacimiento, las edades en los distintos órdenes de paridad y las longitudes de los intervalos entre nacimientos. Se examinó la distribución de las frecuencias por clases de intervalo. La información se desglosó para cada orden de paridad.

Para indagar la inversión parental en algún sexo se compararon las longitudes de los intervalos según el sexo del hijo consecutivo, el del que abre y el que cierra el intervalo. Se calcularon las tasas específicas de fecundidad f y se analizaron los patrones de fecundidad con las respectivas probabilidades en todas las edades y grupos de edad. A su vez, se estimaron las contribuciones de cada grupo de edad al valor final de la tasa de fecundidad y, consecuentemente, el tamaño medio de la descendencia que una mujer teóricamente tendría. Sobre una submuestra de mujeres que ya completaron su período fecundo se estudiaron las distribuciones de la edad a la última maternidad y de la longitud del intervalo fecundo, se compararon las longitudes del intervalo fecundo y de los intervalos entre nacimientos y el número medio de hijos nacidos vivos con las longitudes de los períodos entre nacimientos.

No se ha tomado el censo 2010 Población indígena o descendientes de pueblos indígenas u originarios dado que como establece el propio INDEC *“los datos que aquí se publican surgen del cuestionario ampliado, que se aplicó a una parte de la población. Los valores obtenidos son estimaciones de una muestra y por tanto contemplan el llamado “error muestral”*”. Por lo que los datos de los trabajos de Mendez y Ferrarini son de características censales en las misiones sobre las que se estudió y cuyos resultados han sido publicados por CONICET.

La información recabada viene a perfilar la estrategia reproductiva de las mujeres Chorote: cuantos hijos tener, edad del comienzo, frecuencia de nacimiento y en general las decisiones reproductivas en función del sexo de los descendientes.

Metodología del cálculo del costo de cobertura

La metodología aplicada al cálculo del costo de la prestación del seguro de salud prenatal Chorote, se basó en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (1994 y 1999) costo de “Mother-Baby Package interventions” con la adaptación a las enfermedades locales prevalentes. Las definiciones de intervenciones prenatales: consultas, drogas, vacunas, prácticas de laboratorio, ecográficas corresponden a embarazos sin complicaciones y fueron usadas como hojas de trabajo propuestas por el organismo de costos directos y aplicadas a esta población bajo estudio. Asimismo, se utilizaron las hojas de trabajo de intervenciones tratadas de manera ambulatoria (no las de prácticas hospitalarias). La primera hoja de trabajo se relaciona con los costos de los cuidados prenatales *“Antenatal Care”* y comprende suplementos preventivos de anemia, vacunación, diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, pero los costos de estas serán tratados en particular en otros cuadros en caso de ser diagnosticadas. Los costos contenidos son directos por paciente a tratar, y la tasa de uso de estas ha sido la sugerida por el modelo *Mother-Baby Package interventions* constituyéndose un costo estándar directo.

Los mencionados costos fueron obtenidos de las publicaciones de los colegios profesionales respectivos en la provincia de Salta; en el caso de las obstétricas se tomó como base el de la provincia de Buenos Aires dado que recientemente se ha creado el Colegio de Obstétricas de la provincia de Salta. En cuanto a los costos de las vacunas y medicamentos, la publicación de sus precios por los laboratorios es información pública en la web. Los viáticos de movilidad se estimaron por paciente dado que constituye un costo a distribuir y se estima que el profesional con un viático atiende 4 pacientes como mínimo, y se supuso que la distancia promedio del profesional es de 130km, dado que los hospitales de influencia se encuentran a esa distancia promedio en relación con las tres localidades a cubrir, en un radio de 20 km desde Santa Victoria Este.

Según el modelo *Mother-Baby Package interventions* la prevalencia para las complicaciones prenatales con su mortalidad asociada son:

Table 1: Estimated global incidence and mortality from the main obstetric complications worldwide (1993)¹

Obstetric complications	Incidence %	Number of cases (000s)	Number of deaths (000s)	% of all maternal deaths
Haemorrhage	10	14 000	127	25
Sepsis	8	12 000	76	15
Hypertensive disorders of pregnancy	4.5	6 400	22	4
Eclampsia	0.5	700	43	8
Obstructed labour	5	7 000	38	8
Unsafe abortion	*	20 000	67	13
Other direct causes	3	4 000	39	8
Indirect causes	9	13 500	100	20
Total		**77 600	510	100

(Note: This table is a global estimate and may vary in different settings. Figures may not add to totals due to rounding.)

Fuente: OMS 1994

A estas prevalencias se suma que el 25% de la población rural de la zona presenta índices de infección humana por *T. cruzi* (chagas) de más del 25% en personas adultas de ambos sexos según la Organización Panamericana de la Salud (2012). Se reemplaza la malaria del modelo *Mother-Baby Package interventions* por chagas dada la alta incidencia de la enfermedad.

Se han calculado en el análisis de la información en modelo analítico de la población Chorote 75 embarazadas anuales, sobre un promedio poblacional en las tres localidades (La Curvita, La Gracia y La Merced nueva y vieja) de 980 personas y un 54% de éstas 529 personas son mujeres, de las cuales 264 se encuentran en edad reproductiva, como se observará en las pirámides poblacionales (2004).

VI. Análisis de la información

Situación epidemiológica de América Latina

Estudios recientes han calculado que el 80% de las muertes maternas se pueden evitar con acceso a servicios esenciales de maternidad y de atención básica de salud. En efecto, las cinco complicaciones que causan más del 70% de las muertes maternas, son hemorragias (25%), infecciones (15%), abortos peligrosos (13%), eclampsia (12%), y parto obstruido (8%); todas controlables con una adecuada atención médica. Estas defunciones dejan a un millón de niños huérfanos anualmente, los que tienen 10 veces más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás menores (UNICEF, 2009).

Si bien el **parto es un acontecimiento vital normal, es también un momento de máxima vulnerabilidad para las madres y el recién nacido**. Se ha estimado que alrededor de un 70% de todas las muertes maternas ocurren durante el alumbramiento o en el post parto inmediato y que, por cada mujer que fallece en ese período, al menos 20 presentan enfermedades o quedan con secuelas. Por ello, es imperativo contar con la presencia de personal calificado para mejorar la supervivencia materna y neonatal (UNICEF, 2009).

El caso extremo es Ecuador, donde un 38,6% de las madres indígenas no tuvo controles de este tipo; seguido por Nicaragua (27,2%), Estado Plurinacional de Bolivia (25,9%) y Perú (21,7%). Entre las que no tuvieron control, la diferencia relativa es sistemáticamente más alta para las indígenas. Del mismo modo, las mujeres indígenas tuvieron menor número de controles que las mujeres no indígenas. Por ejemplo, la proporción de mujeres indígenas que tuvieron cuatro o más controles es menor que las no indígenas en Paraguay, Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua. Respecto del trimestre de inicio del mismo, éste comienza más tarde en las mujeres indígenas. Por una parte, el porcentaje que lo inicia en el primer trimestre es más bajo que el resto; y, por otra, la proporción de las que lo inician tardíamente, es decir en el tercer trimestre de embarazo, es más alta entre las mujeres indígenas (CEPAL, 2009).

La información disponible para cuatro países permite apreciar que entre un 20% y un 30% de las mujeres de Guatemala, México, Estado Plurinacional de Bolivia y Perú presentan anemia. **Las mujeres indígenas de los cuatro países se ven proporcionalmente más afectadas por la anemia** que las no indígenas, con brechas relativas que oscilan entre un 40% en Perú a un 20% más en Estado Plurinacional de Bolivia y en México (CEPAL, 2009).

Como se describió en el marco teórico, se desarrollará el modelo de seguro de salud para cuidados prenatales caracterizado en seis dimensiones aplicado a las comunidades Chorotes:

1. Modelo Analítico de la Población Chorote

En este apartado se analiza la evolución demográfica, la fecundidad general, el tamaño de la prole, edad de la madre al primer nacimiento, sex ratio y conclusiones del perfil reproductivo Chorote. Este análisis es realizado en base a los estudios antropológicos y es determinante para las siguientes dimensiones que se describen en este seguro.

Evolución demográfica: análisis censal

En agosto 1965 por decreto 3998/65 el estado nacional emprendió la tarea de cuantificar y caracterizar la población indígena de nuestro país.

En 1984 se realizó un estudio intensivo del Ministerio de Bienestar Social de la provincia de Salta: Primer Censo Aborigen Provincial (Funes, 1984).

Las últimas dos décadas estudiadas fueron abordadas con información recogida a través de sucesivas campañas en el terreno de las investigadoras Mendez y Ferrarini.

Tabla 2. Población Chorote en 1968, 1984 y 2004 de La Merced

Año	Varones	Mujeres	Total
1968	113	136	249
1984	117	129	246
2004	171	193	364

Fuente Mendez y Ferrarini

El crecimiento entre 1968 y 1984 fue discretamente negativo. Entre 1984 y 2004 fue discretamente positiva según Mendez y Ferrarini no han aumentado significativamente en relación a otros del mismo bagaje cultural como los Wichí y los Tobas en este sentido la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas realizada por el INDEC 2006 arroja una población Chorote total de 2147 individuos mientras que los Wichí 36135 y Tobas 47591.

Las pirámides poblacionales

Las pirámides ponen de manifiesto poblaciones jóvenes de tipo expansivo, con fuerte natalidad y mortalidad. Con un sesgo hacia las mujeres desde 0 a 9 años hasta los 40 a 49 años donde se revierte la proporción sexual. Como se expone en las figuras 1,2 y 3

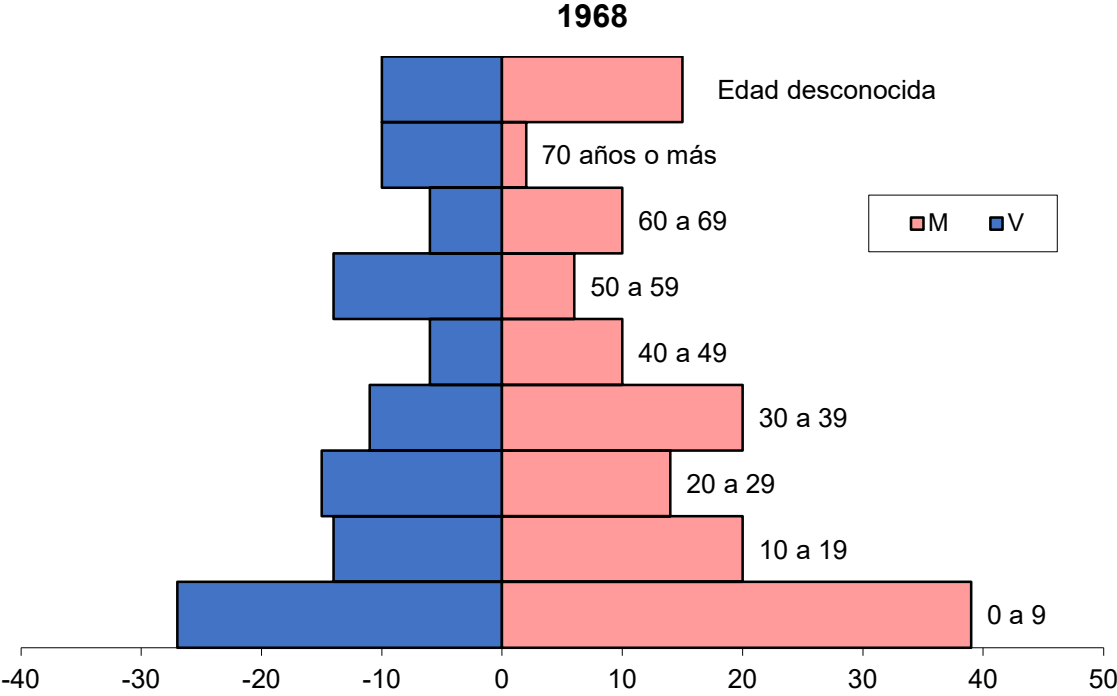


Figura 1. Pirámide poblacional 1968 La Merced

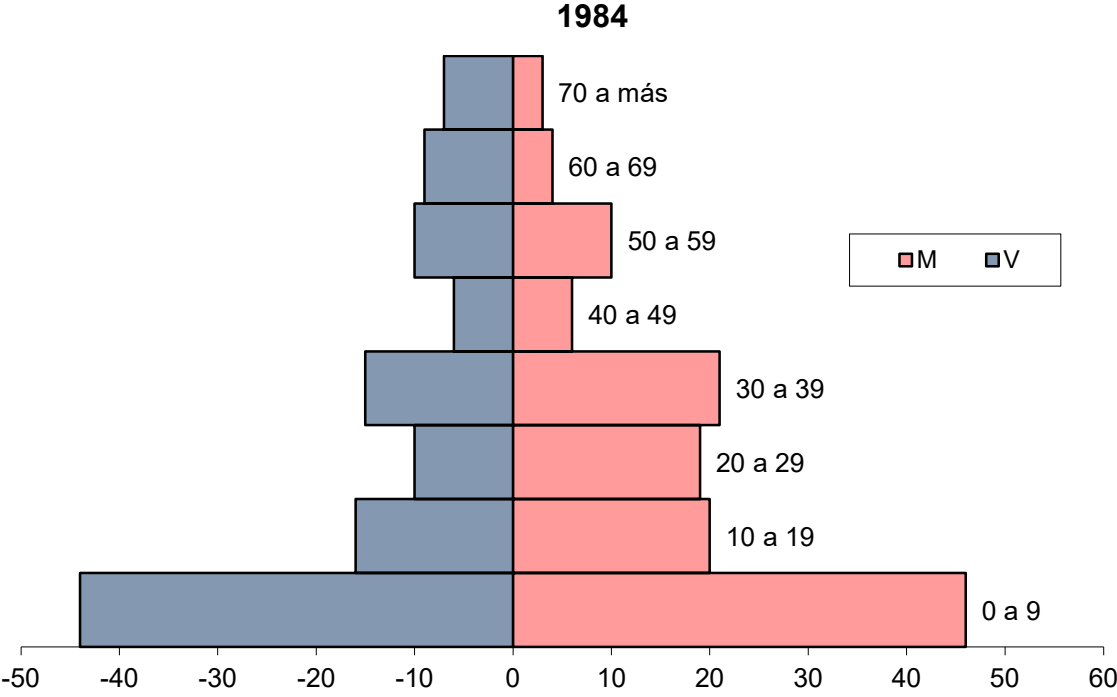


Figura 2. Pirámide poblacional 1984 La Merced

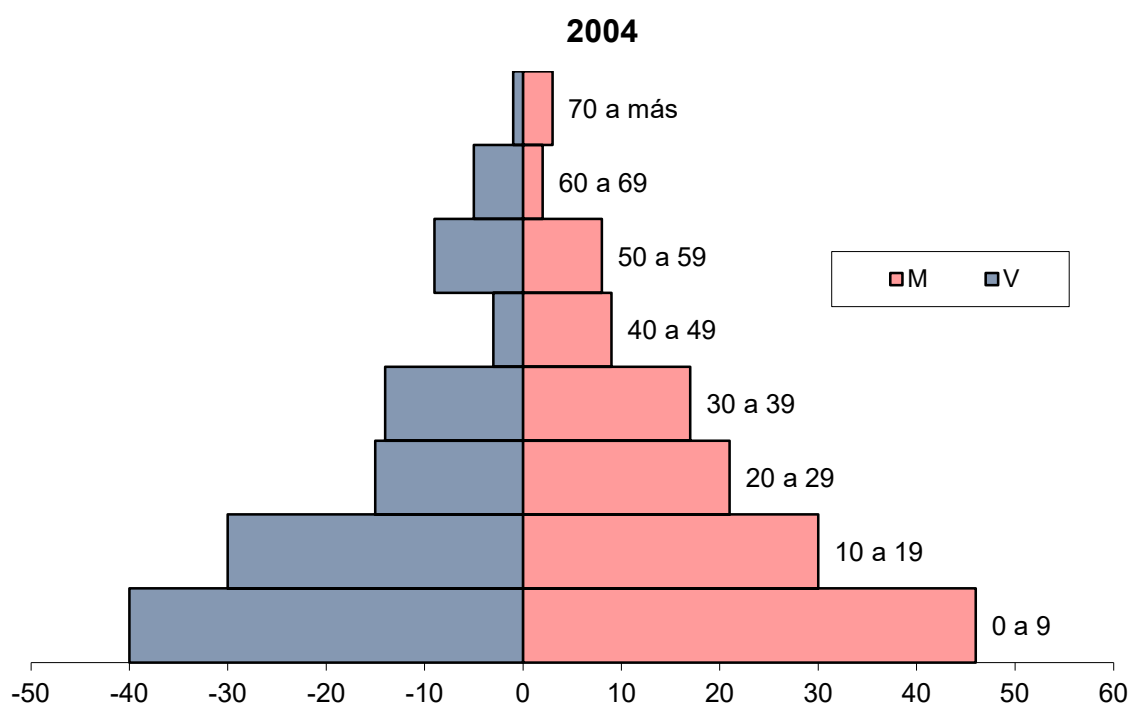


Figura 3 Pirámide poblacional 2004 La Merced

Tabla 3. Proporción sexual en 1968, 1984 y 2004 La Merced

Censo	% varones	% mujeres	Proporción sexual
1968	45,4	54,6	0,83
1984	47,6	52,4	0,9
2004	47	53	0,89

Estos valores no son comunes en aborígenes chaqueños, ya que la mayoría muestra equilibrio o valores superiores a uno, como se observa en la siguiente tabla de proporción sexual, cuya fuente es el INDEC, 2006.

Tabla 4. Proporción sexual por etnia

Etnia	Proporción Sexual
Ava Guaraní	107,1
Chané	101,6
Chorote	99,4
Chulupí	79,6
Mocoví	112,6
Pilagá	108,8
Toba	108,5

Wichi	107,4
--------------	-------

Fuente: INDEC – ECPI 2004-2006

La fecundidad de las mujeres Chorote

La fecundidad puede ser explicada por determinantes próximos como prácticas de lactancia materna, la anticoncepción y la edad a la primera maternidad y distantes como factores ambientales, socioambientales.

Para analizar este eje se utilizará la tasa bruta de natalidad y la tasa de fecundidad general.

La tasa bruta de natalidad

Esta tasa no puede calcularse con la información de censos gubernamentales, para ello se recurrió a cuatro rondas de seguimiento del año 2001 del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta, relevados por los agentes sanitarios y reportados al hospital zonal y autoridad sanitaria, el valor para ese año arroja 39,7‰. Dicho valor se considera elevado cuando supera 30‰ y bajo cuando es inferior a 20‰. Como se puede observar los Chorote presentan una potencialidad de crecimiento para el caso que la mortalidad no ocurriera en los periodos pre y reproductivo de los nacidos vivos.

La tasa de fecundidad general (f)

Es más informativa que la tasa de natalidad bruta de natalidad, porque en ella el número de nacimientos vivos anuales se refiere a mujeres de edad reproductora (15 a 49 años) que son las más expuestas a tener descendencia. Expresa el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductora de la población. Esta tasa arrojó para el año 2004 un valor de 241,7‰, la cual es elevada como la tasa bruta de natalidad.

El tamaño de la progenie o descendencia final

En biodemografía, este parámetro fue obtenido en estudios longitudinales en mujeres con fertilidad completada, dicha medida arrojó en el relevamiento 2004 de Mendez 6,6 hijos por madre. Si se compara con otras poblaciones contemporáneas:

Tabla 5. Comparación de tamaño de la progenie entre poblaciones

Población	Hijos nacidos vivos	Autores
Tierra del Fuego (Chile)	3,32	Pascual, 2004
La Cabrera, León, España (1880-1976)	3,86	Otero et al., 2000
La Alpujarra, España (1900-1975)	3,9	Luna, 1981

Indígenas de Norteamérica (1910-1949)	5,3	North et al., 2000
Indígenas Aymara, Bolivia	5,4	Crognier, 2003
Chorote	6,6	Mendez y Ferrarini, 2003
Pioneros franceses, Canadá (sigo XVII)	7,2	Charbonneau et al. 1987
Bereberes de Marrakesh (1930-1980)	7,42	Crognier, 2003
Amish de Geauga Country, USA (1908-1967)	7,7	Greksa, 2002
Goessel mennonitas (nacidas 1870-1879)	8,4	Stevenson et al., 1989
Mennonitas, México (1867-1967)	9,51	Felt et al., 1990

Fuente: Mendez

Hijos nacidos vivos por madre

Todas las mujeres tuvieron más de un hijo, aunque el aspecto más destacable es que las mujeres con más de 7 hijos representan 44,5% del conjunto de madres, es decir que las madres al menos tuvieron dos hijos necesario para garantizar el reemplazo poblacional y casi el 50% tuvo un elevado número de hijos nacidos vivos. En las entrevistas a la población tiene valoración positiva presentada como un orgullo tener elevada descendencia.

La sex ratio a favor del sexo femenino

Del análisis del censo 2004 y en comparación con 1968 el cálculo de la proporción sexual, la situación inicial da cuenta de una mayor proporción de mujeres 18,2% más mujeres. Las razones sanitarias o de morbilidad afectan por igual a ambos sexos por lo que no una de las explicaciones es la inversión parental, es decir lo que hacen los padres a favor de los hijos con un costo potencial para los padres (Trivers, 1972). Las poblaciones que presentan mayor proporción de mujeres son infrecuentes. Fisher (1930) observó que las especies con reproducción sexual, la selección favorece a los padres que invierten igualmente en ambos sexos. Si los hijos y las hijas tienen el mismo costo de producción, entonces se debería esperar igual número de hijas que de hijos. Pero si el costo de ambos sexos es diferente la selección favorecerá con mayor producción al sexo menos costoso. En las sociedades con fundamento subsistencial cazador-recolector los recursos humanos disponibles para la obtención de alimentos se convierte en patrimonios valiosos el sexo que ayuda a sus padres o hermanos atrayendo parejas o recursos, por lo que disminuye los costos de crianza y la selección natural favorecerá al menos costoso y más colaborador. En este caso las mujeres aseguran dos hechos socialmente valorados: la probabilidad de tener certeza sobre la paternidad (persistencia del linaje de sangre) y la integración de hombres a la familia que proporcione beneficios adicionales a la subsistencia (Braunstein, 1983).

En este caso la familia extensa y matrilocal, entonces aparece claro que cuando más hijas mujeres haya, más serán los hombres añadidos a la familia que prestarán sus fuerzas para la subsistencia.

Edad de la madre al primer nacimiento

La edad del primer alumbramiento abre el período fecundo de la mujer es un indicador importante para establecer la inversión que la mujer ha dedicado al crecimiento, dado que si es muy temprano pone en riesgo a la madre y a su hijo. En el caso Chorote al igual que los Mapuches, la edad media según los estudios de Mendez es de 20,2 años en otras poblaciones para establecer como referencia son: los Esquimales, los Aché y los Toba 17,5 años, Aymara de Bolivia 24,1 años.

Descripción de la edad de la madre en los distintos órdenes de nacimiento de la descendencia se observa en tabla 6.

Tabla 6. Edad de las madres en las distintas paridades

Paridad	Media	Mediana	Desvío estándar	Rango	CV	N
1	20,2	19	4,4	14-35	21,7	70
2	23,3	22	4,4	17-38	18,9	51
3	26,3	25	5	20-44	19,1	39
4	29	29	4,7	21-41	16,1	31
5	30,6	30,5	4,7	25-40	15,4	22
6	32,4	33	3,8	28-41	11,6	15
7	36,3	36,5	3,8	31-45	10,6	12
8	38,2	38	3,1	33-43	8,2	9
9	39,3	39	3,2	35-43	8,2	5
10	40,6	39,5	5,1	36-48	12,6	4
≥ 11	50	50	4,2	47-53	-	2

Fuente: Mendez

Se observa que las mujeres continúan teniendo hijos hasta la finalización de sus períodos fecundos y que el número de los mismos es alto, una manifestación clara de ausencia de contracepción.

Bongaarts y Potter (1983) han descrito la edad materna al primer nacimiento como uno de los determinantes de la longitud de los intervalos entre nacimientos. En las poblaciones para las que se calcularon relaciones de correlación entre ambos parámetros se encontró que

era positiva, indicando que las mujeres que tienen su primer hijo a edades más avanzadas tienden a tener intervalos más largos. En los Chorote, el cálculo del coeficiente de correlación para las mujeres que han completado su reproducción arroja un valor negativo (-0,054), lo cual indica que la relación es inversa. Es decir, cuanto más elevada es la edad al primer nacimiento la tendencia es tener hijos a intervalos más cortos.

La longitud de los intervalos que siguen al nacimiento de una niña son más largos que los que siguen al de un niño como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Longitud del intervalo entre nacimientos según el sexo del hijo consecutivo y las diferentes paridades (en años)

	Mujer-Mujer	Mujer-Varón	Varón-Varón	Varón-Mujer
Intervalo 1-2	3,7	4,1	2,9	2,5
Intervalo 2-3	4,2	4,2	3,3	2,8
Intervalo 3-4	5	3,8	2,6	2,5
Intervalo 4-5	5	2,7	1,7	2,8
Intervalo 5-6	2,9	2,5	3	2,7
Intervalo 6-7	2,7	2,6	2	2
Intervalo 7-8	-	2,5	2	2,7
Intervalo 8-9	2	2	-	2
Intervalo 9-10	1	5	2	-
Intervalo 10-11	-	7	-	-

Fuente: Mendez

La longitud de los intervalos que siguen al nacimiento de una niña son más largos que los que siguen al de un niño, de manera que la inversión parental se muestra a favor del sexo femenino.

La tasa F de fecundidad a edad específica

El tamaño medio de la progenie entre las mujeres que completaron su intervalo fecundo es de 6,6 hijos nacidos vivos. En el conjunto de las madres la tasa F de fecundidad a edad específica es de 5,5. Esta medida de la fecundidad pura, no influenciada ni por la estructura de la población ni por la mortalidad y puede esperarse en términos de la reproducción esperada individual, permite un análisis más detallado, ya que la probabilidad de tener un hijo no es la misma en todas las edades (Livi- Bacci, 2011). De la sumatoria de las tasas específicas de fecundidad se obtiene una estimación del número de descendientes del grupo de mujeres de la muestra, si todas ellas sobrevivieran hasta el final del período reproductor y estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad específicas para cada edad (Campell y Wood, 1998). Para una comparación con otra etnia chaqueña, al final de sus carreras reproductivas las madres Wichí tienen una tasa de fecundidad de 7,5 hijos (Mendez y Ferrarini, 2011).

Tabla 8. Tasas de fecundidad a edad específica según paridad (x1000)

Edad	Paridad									Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	+9	
14	14,1	0	0	0	0	0	0	0	0	14,1
15	28,2	0	0	0	0	0	0	0	0	28,2
16	112,7	0	0	0	0	0	0	0	0	112,7
17	112,7	14,1	0	0	0	0	0	0	0	126,8
18	114,3	57,1	0	0	0	0	0	0	0	171,4
19	173,9	29	0	0	0	0	0	0	0	202,9
20	119,4	89,6	14,9	0	0	0	0	0	0	223,9
21	44,8	119,4	14,9	0	0	0	0	0	0	179,1
22	78,1	109,4	78,1	15,6	0	0	0	0	0	281,2
23	47,6	31,7	47,6	0	0	0	0	0	0	126,9
24	32,2	96,8	64,5	32,2	0	0	0	0	0	225,7
25	16,4	49,2	65,6	82	32,8	0	0	0	0	246
26	69	34,5	34,5	34,5	34,5	0	0	0	0	207
27	0	53,6	107,1	35,7	89,3	0	0	0	0	285,7
28	19,3	38,5	57,7	19,2	19,2	19,2	0	0	0	173,7
29	0	0	0	62,5	0	104,2	0	0	0	166,7
30	0	0	21,7	21,7	86,9	21,7	0	0	0	152
31	22,7	0	45,4	68,2	90,9	0	22,7	0	0	249,9
32	24,7	48,8	48,8	24,4	0	24,4	48,8	0	0	219,6
33	0	0	0	27	0	81,1	0	27	0	135,1
34	31,2	0	0	0	31,2	0	0	0	0	62,4
35	32,2	32,2	32,2	32,2	64,5	64,5	64,5	32,2	32,2	386,7
36	0	0	0	69	0	34,5	34,5	34,5	34,5	207
37	0	0	0	35,7	71,4	35,7	71,4	0	0	214,2
38	0	37	0	0	0	0	37	74	37	185
39	0	0	40	0	40	0	80	0	80	240
40	0	0	0	0	41,7	0	0	83,3	41,7	166,7
41	0	0	0	41,7	0	41,7	0	41,7	0	125,1
42	0	0	0	0	0	0	0	0	45,4	45,4
43	0	0	0	0	0	0	0	45,4	45,4	90,8
44	0	0	47,6	0	0	0	0	0	0	47,6
45	0	0	0	0	0	0	47,6	0	0	47,6
46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	0	0	0	0	0	0	0	0	52,6	52,6
48	0	0	0	0	0	0	0	0	62,5	62,5
49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	0	0	0	83,3	83,3
Total	1093,2	840,9	686,1	601,6	602,4	427	406,5	338,1	514,6	5545,5




Fuente: Mendez

Perfil reproductivo Chorote

Las etnias chaqueñas siguen esquemas reproductivos propios. En algunos casos el resultado de la aplicación de estos esquemas conduce a poblaciones de mayor tamaño, con un efectivo numérico importante. En otras se registra una estabilidad a través del tiempo que abre interrogantes acerca de su futuro. Los Chorote constituyen un ejemplo de esta última premisa y merecen ser analizados en todas las variables involucradas en su historia de vida. La iniciación de la reproducción muestra una tendencia a prolongar la etapa de crecimiento y mejorar las condiciones de salud y nutrición para enfrentar sucesivos embarazos esto se evidencia en el comienzo de la maternidad sucede en comienzo a los 20,2 años. Según Helle (2008) encuentra que cada año de postergación de la primera maternidad las jóvenes finlandesas contemporáneas aumentan 0.20 cm en su estatura adulta, sin embargo, resulta irrelevante en términos del desempeño reproductivo. La longitud media de los intervalos intergenésicos es 3,2 años y se acorta a medida que las mujeres avanzan en su intervalo fecundo. Se manifestó una tendencia a espaciamientos más cortos en mujeres con inicio rezagado de la maternidad. La tasa de fecundidad f_x es de 5,5 de comienzo temprano y finalización tardía. La edad media a las distintas paridades concuerda con el de poblaciones de fertilidad natural con un tamaño final de la progenie moderado en relación con otros grupos cazadores-recolectores. La longitud del intervalo intergenésico es significativa en relación con el sexo del hijo que lo abre, favoreciendo a las hijas. Esto se interpreta como una toma de decisión reproductiva sesgada por la matrilocalidad y con fundamento evolutivo. Estos números y las pautas seguidas para lograrlos ponen en evidencia que las estrategias asumidas por los Chorote para su reproducción son expresivas, y también explicativas, de la situación demográfica en que las poblaciones se encuentran hoy.

2. Modelo Prestacional y Asistencial del Seguro de Salud.

El seguro de cuidados prenatales para la maternidad Chorote cubre actividades de control previas al parto de forma domiciliaria, con el fin de incrementar la asistencia a actividades de promoción y prevención en el mayor número de maternas, evitando así las barreras de acceso. Comprende las siguientes prestaciones:

-  Control con médico ginecológico.
-  Toma de muestras de laboratorio, prácticas ecográficas y citología
-  Búsqueda activa de maternas no inscriptas (demanda inducida).

🚦 Actividades educativas para la administración de fármacos, situaciones de alerta, promoción de las pautas de higiene y prevención a través de la inmunización.

🚦 Atención en salud en conjunto con parteras: plantea la participación de forma activa de las parteras en algunas atenciones del control prenatal.

🚦 Cobertura de medicamentos para patologías ambulatorias y prevalentes en zonas rurales como Chagas.

En vista a las coberturas mencionadas y lo descrito en los procesos metodológicos, el costo de las prestaciones de cuidados prenatales sin complicaciones a valores de septiembre 2020 es el siguiente:

Consultas	Frecuencia	Costo unitario	Costo total
Médicas	3	1200	3600
Obstétricas	6	750	4500
viáticos x 12 130km de 4 pacientes 63\$/l nafta super RP 54	9	2047,5	18427,5
Prácticas			
Ecográficas obstétricas	3	1500	4500
Medicación y vacunas de profilaxis			
Fumarato Ferroso 330,00 mg; Cianocobalamina (Vit. B12) 1,00 mg; Ácido Fólico 7,50 mg; Ácido Ascórbico (Vit. C) 100,00 mg (Animedox Ferrum, Elea)	1	3870	3870
Vacunación triple acelular (dTpa) (Bustrix, Glaxo)	1	3056	3056
Vacunación Antigripal	1	615	615
Laboratorio			
Grupo Sanguíneo y Factor RH	1	249,6	249,6
Determinar hemograma (incluid Hb), glucemia, uremia, orina completa	3	975	2925
Detección del Streptococo b Hemolítico	1	780	780
VDRL, Chagas, Toxoplasmosis, Rubeola, Citomegalovirus, HIV	3	1730	5190
Detección de Hepatitis B HAVG, HAVM, HBSAG HBCG, HCV	2	1895	3790
Costo Total sin complicaciones			\$51503,1

Fuente: elaboración propia

Los costos de medicamentos a cubrir por complicaciones ambulatorias son los siguientes:

Medicina	Costo unitario
----------	----------------

Hipertensión	
Metildopa 500mg x 100 comprimidos (Aldomet, Aspen Argentina)	2640,73
Antibióticos	
Cefalexina 500mg x 24 comprimidos (cefalexina Argentia, Nova Argentia)	607,92
Amoxicilina 750mg x 16 comprimidos (Aximen 750, Bernabo)	466,04
Analgésicos	
Paracetamol 500mg x 20 comprimidos (Paracetamol Lazar, Lazar)	125,87
Ibuprofeno 400mg x 20 capusulas blandas (Fabogesic 400 rapida acción, Savant Consumer)	134
Antichagásicos	
Benznidazol 100mg x 100 comprimidos (Abarax, Elea Phoenix)	3650,16
Nifurtimox 120 mgx 100 comprimidos (Furtimox, Gabor)	3164,73

El promedio ponderado según las prevalencias enunciadas en el acápite procesos metodológicos, arroja **\$2.477,60**, suma que debe adicionarse a los **\$51.503,10** que corresponden al costo sin complicaciones, siendo el costo total de los cuidados prenatales con las complicaciones previstas: **\$53980,70**.

Cálculos de las primas y premios

Tomando en cuenta el costo de la cobertura, se procede a calcular la prima, que es el costo de la probabilidad media teórica de que suceda un siniestro de una determinada clase.

Cálculo de la prima anual = \$53980,70 costo total x 75 mujeres embarazadas = \$4048552,50

Prima anual per cápita= 4048552,50/264 =15335,42

Prima mensual per cápita (o prima pura) = 15335,42/12=**\$1277,95**

Paso siguiente, se calculará el premio en base a los porcentajes usuales de mercado asegurador del ramo, siendo el premio el costo final del seguro:

Prima pura (o costo puro)	\$1277,95
gastos administrativos %17	\$217,25
margen utilidad 8%	\$102,24
gastos adquisición %17	\$217,25

Premio mensual per cápita(costo final mensual por persona)	\$1814,69
---	------------------

Fuente: elaboración propia

La Ley N° 20.091 de entidades aseguradoras en el artículo 30 establece Capital mínimo requerido para operar en el ramo salud, este monto se encuentra determinado por Resolución 38.708/2014 de la Superintendencia de Seguros de la Nación:

“30.1.1.1. Capital a Acreditar por Ramas I. Para operar en cualquiera de los siguientes ramos de Seguros de Personas: PESOS DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS (\$ 19.868.400): Seguros de Vida (Individual y Colectivo) cuyos planes no prevean la constitución de Reservas Matemáticas; Sepelio; Accidentes Personales; Salud.”

La compañía de seguro debe contar con este capital mínimo (\$ 19.868.400) para poder operar en el mercado de seguros de salud.

Las reservas técnicas a constituir cuando se devenguen las primas del seguro, se afectarán según lo establecido por la Superintendencia de Seguros de la Nación para todas las compañías aseguradoras.

En cuanto a los pronósticos de las tasas de uso de las prestaciones, luego de identificar a la población bajo cobertura se podrá estimar el comportamiento aplicando como factores de ajuste el intervalo genésico de la tabla 7 en función del sexo de la descendencia y estimar el tamaño de la progeñe según tabla 8 tasas de fecundidad a edad específica según paridad.

3. Modelo Financiador

En cuanto a la financiación del seguro, el costo anual será de \$1814,69 x 264 personas. Siendo el costo final de la cobertura x 12 meses=\$5.748.937,92. Ello representa el costo de muertes evitables a causa de falta de cuidados prenatales.

Fuentes de financiación propuestas en orden de excusión, es decir se presenta una regla de prioridad en el financiamiento que agotada esa fuente continua con la diferencia la otra fuente en el orden que se presenta:

1. La probation o suspensión de juicio a prueba cuando se cumplan los siguientes requisitos: a) Condenado a una pena privativa de libertad no superior a 3 años. b) Si el delito está previsto también con pena de multa, deberá abonarse el mínimo correspondiente. c)

Debe contar con el consentimiento del funcionario público. El ofrecimiento suele consistir en una suma dineraria cuyo monto acostumbra a fijarse mediante una consideración armónica y objetiva de las condiciones económico-sociales de la persona imputada y el daño sufrido por la/s víctima/s. En aquellos casos en los que la/s víctima/s no ha sido identificada o como también en los que la administración pública fue la destinataria del delito (ej. Resistencia a la autoridad), la reparación suele consistir en la donación a una entidad de bien público de la localidad en la que la persona imputada reside. Es el juez quien determina y homologa razonabilidad de la oferta (Estos parámetros de procedencia surgen de la interpretación armónica de los artículos 76 bis, cuarto párrafo, 76 ter, 26 y 27 del Código Penal). Si bien el monto dependerá de la duración de la probation se estima que como mínimo es el monto anual de un seguro.

Según el informe anual del año 2018 del Sistema Nacional de Estadísticas de Ejecución de la Pena, en la Provincia de Salta por infracción a la Ley N° 23.737 por tenencia de drogas hubo 255 casos y sobre estupefacientes 174 casos, ambos delitos además de prisión requieren el cumplimiento de multas. A nivel país, los casos en la justicia federal incluidos los enunciados en igual año sobre tenencia ascienden a 1641, por estupefacientes 8203, Comercialización 2558, tráfico 1174 y otros 465.

Estos delitos se encuentran tipificados en el artículo 5 de la ley 23737 *“Será reprimido con prisión de cuatro (4) a quince (15) años y multa de cuarenta y cinco (45) a novecientas (900) unidades fijas el que sin autorización o con destino ilegítimo:*

a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas, precursores químicos o cualquier otra materia prima para producir o fabricar estupefacientes, o elementos destinados a tales fines;

b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes;

c) Comercie con estupefacientes, precursores químicos o cualquier otra materia prima para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;

d) Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;

e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otros estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará prisión de tres (3) a doce (12) años y multa de quince (15) a trescientas (300) unidades fijas.

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco (5) a quince (15) años.

En el caso del inciso a), cuando por la escasa cantidad sembrada o cultivada y demás circunstancias, surja inequívocamente que ella está destinada a obtener estupefacientes para

consumo personal, la pena será de un (1) mes a dos (2) años de prisión y serán aplicables los artículos 17, 18 y 21.

En el caso del inciso e) del presente artículo, cuando la entrega, suministro o facilitación fuere ocasional y a título gratuito y por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que es para uso personal de quien lo recepta, la pena será de seis (6) meses a tres (3) años de prisión y, si correspondiere, serán aplicables los artículos 17, 18 y 21. (Artículo sustituido por art. 1° de la Ley N° 27.302 B.O. 8/11/2016)”

El artículo 9 de la Ley 27.302 establece que el monto de la unidad fija es determinado por el valor del formulario de inscripción del Registro Nacional de Precursores Químicos, dependiente del Ministerio de Seguridad de la Nación cuyo valor es de \$5400 desde 01/02/2020.

Se puede concluir con estos datos, que con el producido de estos casos se puede cubrir la prima del seguro.

Los casos de otros delitos a nivel nacional son: contra la administración pública 1109, contra poderes públicos 36, contra el orden público 648, contravenciones 22.

En cuanto a la justicia ordinaria Salteña, existe la Secretaria de Suspensión del Juicio a Prueba, que fue creada por la Acordada 8528, dependiente orgánicamente de la Secretaría de Derechos Humanos de la Corte de Justicia, a los fines de la dirección y supervisión del régimen de seguimiento de las reglas de conducta impuestas a los beneficiarios del régimen de suspensión del juicio a prueba, en el Distrito Judicial del Centro. Las estadísticas del año 2018 publicadas por el Poder Judicial de la provincia de Salta, arrojan 382 contravenciones y 488 juicios abreviados.

2. Otra fuente será por donaciones deducibles del impuesto a las ganancias. Los montos de dinero y donaciones en especie cedidos pueden deducirse de la base imponible del impuesto a las ganancias, con límites y requisitos de la ley. Lo que se declara, queda sujeto al control por parte de la AFIP, que recibe información de lo que recauda la aseguradora a través de declaraciones juradas informativas. Si bien las aseguradoras no son personas jurídicas exentas del impuesto a las ganancias, se puede asociar con una entidad exenta de modo de recaudar los fondos. Las personas físicas y jurídicas podrán deducir sus donaciones en especie y en dinero hasta un 5% de la Ganancia neta del ejercicio previa a su cómputo (el excedente no podrá deducirse en próximos ejercicios). El costo anual per cápita del seguro es \$21776, si tomamos el 5% de una ganancia anual neta de \$435320 en concepto de donación, entonces estaríamos cubriendo el costo anual de la cobertura para una persona. Es necesario promover acciones de financiamiento directo hacia las compañías aseguradoras en relación a este tipo de seguros que atiende necesidades prioritarias, y fijar desgravaciones directas a este, por lo que se propone modificar las leyes impositivas en este sentido. Esto

permite profundizar Programas de Responsabilidad Social Empresaria, que constituyan una contribución activa y sostenida para el mejoramiento social comprobable a través de los indicadores de control de gestión propuestos para este seguro.

3. Aporte de organismos internacionales (como por ejemplo el Fondo Población Naciones Unidas) como ocurre en otros países como Panamá o Nicaragua. Estos países se han enfocado en la población indígena; en Argentina se observa que el destino ha sido en los últimos años el embarazo adolescente, es importante destinar un porcentaje a esta causa.

4. Reservar una partida en el presupuesto provincial en caso de no ser cubierto por las mencionadas fuentes de financiamiento dado que es un derecho prioritario e impostergable del Estado como declama la Constitución Provincial y Nacional.

5. Modelo Prestador

Se enumeran las siguientes premisas para tener en cuenta en las condiciones de la prestación:

1. La condición de acceso a las prestaciones serán domiciliarias, por lo que la demandante no tendrá esfuerzo en el acceso, sólo deberá permanecer las fechas pautadas, acorde con lo planteado en las hipótesis de trabajo. La frecuencia de utilización estará determinada por los profesionales de la salud dada las características de las prestaciones y la distancia geográfica existente. La estrategia consiste en la creación de un sistema de asistencia prenatal indígena, la atención en conjunto con parteras y la realización de actividades del control prenatal dentro de los resguardos indígenas.
2. La identificación de momentos críticos con principales líneas de atención ambulatoria: anemia aguda, hipertensión, diabetes, hemorragia del 1er trimestre, infecciones de las vías genitourinarias y chagas.
3. La creación de capacidades comunitarias a través de la formación de los multiplicadores: Se trata de personas capacitadas para orientar, educar e informar a sus familiares y vecinos, sobre bases voluntarias, acerca de diversos temas de salud y sus derechos a la salud, principalmente, sobre salud materna y salud sexual y reproductiva. A través de un proceso de concertación, legitimidad y compromiso con las comunidades, se seleccionarán las personas voluntarias, quienes responderían al perfil consensuado con la comunidad y asumirán la responsabilidad de alertar o colaborar con el traslado de pacientes, mediante la firma de un Acta de Compromiso.

4. Grupos de voluntarios de articulación comunitaria: Como resultado del enfoque participativo y el empoderamiento de la comunidad y como iniciativa de los multiplicadores; se estimula el surgimiento de los centros de referencia territorial (CRT) para la resolución de emergencias, especialmente relacionadas con la salud de las embarazadas, la atención del parto y la atención de los recién nacidos en los centros de salud de influencia, de modo que la compañía de seguros con la autorización de la paciente pueda informar la historia clínica.
5. La adecuación y la sensibilización intercultural: debe ser uno de los elementos claves y abarca desde la investigación sobre la cosmovisión indígena y la capacitación del personal y del profesional, hasta el respeto de sus costumbres y prácticas v.g. participación de los cónyuges en el control prenatal y la recuperación de los saberes tradicionales.
6. Uso de las bolsas semáforo que, utilizando la simbología y significados culturales de los colores, resultan estimulantes para el seguimiento de los cuidados prenatales y administración de fármacos. Los multiplicadores podrán realizar seguimiento del cumplimiento en la ingesta de fármacos dado que en la comunidad no existe en todos los habitantes la misma idea de tiempo que existe en nuestra cultura occidental.
7. La creación de nuevas alianzas que contribuyan a atender problemas específicos: una red de organizaciones relacionadas con el tema de la Salud Sexual y Reproductiva y soluciones tecnológicas con Universidades.
8. Actualización de información en Sistemas de Información: la preocupación por los sistemas de información surge de varias deficiencias detectadas. En primer lugar, hay escape de registros de aquellas mujeres que mueren en sus lugares de residencia y son enterradas sin ninguna notificación a las autoridades. Por lo tanto, no es de extrañar, observando la tendencia, que la cifra sea mayor a la reportada. Algo parecido ocurre durante el puerperio en el que puede morir la madre o el niño y en ambos casos la vinculación al parto es bastante directa, según los especialistas. Otra fuga de información ocurre en las mismas instalaciones de salud, fuera del área de cobertura, cuando los registros no recogen la información de la etnia o cuando se registran otras causas de muerte y no se vinculan al parto. Es evidente que requerirá de un monitoreo muy estrecho de la evolución, participación y aporte institucional en cada una de esas áreas.
9. Fortalecer el hospital de Santa Victoria Este: Surge de la preocupación expresada por el personal asistencial y las maternas indígenas sobre la distancia a los hospitales de influencia en alrededor de 150km del hospital de Santa Victoria Este y este último se encuentra en una distancia promedio de las tres comunidades Chorote de 20 km, por lo que su ubicación es estratégica. Se plantea como un proyecto para funcionar con

personal asistencial capacitado y sensibilizado en las características socioculturales y respetuoso por la cosmovisión del pueblo Chorote. Se plantea que sea de primer nivel de atención externa y de urgencias, con personal profesional estable, señalética intercultural y material educativo con pertinencia cultural indígena Chorote. Tendría las siguientes características:

- Infraestructura multicultural.
- Señalización intercultural.
- Personal asistencial capacitado y sensibilizado en la cultura Chorote.
- Aplicación de modelos de atención, promoción y prevención propios, adaptados a la cosmovisión Chorote.

5. Modelo de Gestión

La compañía de seguros realizará el manual de producto donde se detallarán las condiciones generales y particulares de cobertura, así como exclusiones.

El pago a los profesionales y prácticas se realizará por acto médico de acuerdo a honorarios fijados por las organizaciones profesionales intervinientes, más viáticos de traslado a las misiones cuyos valores se expresaron en el cálculo de las prestaciones. La compañía proveerá a los profesionales los medicamentos estipulados en la cobertura.

La compañía de seguros llevará registros electrónicos de los datos mínimos de las pacientes, consentimiento informado y las historias clínicas actualizadas con las visitas de los profesionales, diagnósticos, prácticas y resultados de las mismas; y podrá ser compartida con las instituciones de salud pública de la provincia con la debida autorización del paciente en caso de derivaciones y el registro de las actas de compromiso con los multiplicadores de la comunidad.

La compañía conformará un comité de ética que observará el cumplimiento de las leyes y coberturas, así como el monitoreo del control de gestión con los indicadores propuestos en el acápite próximo para tal fin.

Por otra parte, se podrá ajustar la utilización e incidencia de las prácticas y prestaciones y mejorar el cálculo de la prima, utilizando el ajuste por sexo de la primera paridad y siguientes para mejorar los intervalos estimados en el primer acápite de este modelo. El sistema de gestión de las compañías aseguradoras en general emplea un modelo

de costo por órdenes (por paciente). Por otro lado, evaluar nuevas prestaciones con el estudio de grupos relacionados por diagnóstico y su incidencia.

6. Control de Gestión

Las variables por evaluar se presentarán en los siguientes ejes:

Análisis de la estructura prestacional:

- Certificación de los profesionales y disponibilidad.
- Evaluación de la tecnología utilizada por el profesional.

Control del proceso de atención: en base a la información mensual por misión de los siguientes indicadores:

- Tasa de utilización ajustada según población.
- Grado de satisfacción del beneficiario: número de reclamos sobre total de beneficiarios, tiempo de respuesta, sugerencias.
- Optimización del uso de los recursos: análisis de utilización de fármacos, pacientes atendidas por viaje, cantidad de ecografías realizadas por paciente, cantidad de prácticas de laboratorio por paciente. Prácticas efectuadas por año sobre beneficiarios bajo cobertura desagregada por misión, determinaciones de laboratorio efectuadas por año sobre beneficiarios bajo cobertura desagregada por misión, total de medicamentos al año sobre beneficiarios bajo cobertura desagregada por misión.
- Productividad del profesional: relación entre horas disponibles y horas ocupadas por el profesional, duración media de la visita, número de visitas, rotación de profesionales prestadores.

Análisis del resultado por misión: en función de las historias clínicas, la información contable asociada, y las entrevistas realizadas a las pacientes se evaluará:

- Evaluación del impacto sanitario: cobertura de la atención prenatal (indicador requerido por art 25 Declaración Universal de Derechos Humanos en la guía), número de consultas por paciente, practicas por paciente, número de pacientes que presentan patologías sobre el total de pacientes atendidas, tasa de mortalidad, proporción peso nacidos vivos, Proporción de embarazadas inmunizadas por vacunas cubiertas.

- Evaluación del rendimiento económico: resultado económico= primas emitidas cobradas – costo prestaciones pagadas, costo real de prestaciones per cápita, egreso de un período sobre beneficiarios bajo cobertura desagregada por misión, proporción de egresos por GRD.
- Satisfacción con el servicio, se realizarán entrevistas con las pacientes aseguradas sobre la percepción del servicio.

Además de los ejes propuestos, la compañía de seguros deberá informar a la Superintendencia de Seguros de la Nación, que supervisará los aspectos técnicos y financieros de la actividad.

Según Marracino y otros (2000) con los indicadores de producción podrán analizarse: variación estacional, mapeo de patologías y cumplimiento de coberturas. En cuanto a la facturación: monitorear variaciones de aranceles, nuevos prestadores, cambios tecnológicos.

Conclusiones

Según el anuario 2018- avance 2019 de la provincia de Salta:

“El indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) para los hogares en la provincia de Salta, refleja, una situación de mejoría ya que en 2001 fue de 27,5 % y 19,4 % en 2010. La situación más desfavorable se presenta en el departamento de Rivadavia con el 49,1 % de hogares con NBI, según datos definitivos del Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2010. El 3,1% de la población de 10 años y más es analfabeta, porcentaje que descendió con respecto a la cifra de 2001 que fue de 4,7 %. Los valores extremos se presentan en el departamento Capital con el menor porcentaje de 1,3 % de analfabetos y el mayor en el departamento de Santa Victoria en 14,5 %.”

Partiendo de este estado de situación y en función de todo lo investigado y expuesto, se presentan a las siguientes conclusiones:

1. Se deja establecido un modelo de aplicación para desarrollar un seguro de salud que contempla los cuidados prenatales aplicable a sociedades de pequeña escala y rurales de Argentina.
2. Se demuestra que el modelo de aplicación cumple con el principio de igualdad en el derecho a la salud, dado que se garantiza el acceso a los cuidados prenatales

como lo exige artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos e incorpora indicadores de control de gestión (cf cuadro 1 para monitorear su cumplimiento). A su vez, atiende los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad con relación a la no discriminación (cf. Pág.20).

3. La implementación del modelo de aplicación observa el principio del *mínimum core obligation* y de participación, transparencia y *accoutability* del Comité de Derechos económicos, sociales y culturales respecto al derecho a la salud.
4. Determina el tipo de cobertura y calcula la prima neta asociada del seguro estipulado, pronostica los ajustes por riesgo como sexo de la descendencia y la fecundad f y especifica un modelo de gestión.
5. El desarrollo analítico proyectado procura poner fin a las muertes maternas evitables dado que posibilita el acceso a un subconjunto básico de intervenciones de salud materna de alta calidad con un total de recursos necesario estimado anualmente en \$5.748.937,92.
6. Presenta un desafío novedoso consistente en la adaptación de los servicios sanitarios actuales a las costumbres y modalidades de las comunidades Chorote que en la actualidad no reciben los suficientes servicios de atención sanitaria.
7. Establece el diseño de un conjunto de políticas de salud reproductiva para población indígena con los determinantes básicos de estudios antropológicos que evidencian las estrategias reproductivas y cosmovisiones para comprender las causas y pronosticar el comportamiento poblacional.
8. Queda plasmado que los indicadores de control de gestión ponen de manifiesto aspectos relevantes sobre la calidad del servicio, eficiencia, inmunidad de la población cubierta, atención de enfermedades prevalentes en zonas rurales como chagas, tasas de fecundidad y mortalidad materna.
9. Permite asegurar la cobertura de prestaciones prenatales mediante el pago de primas anticipadas, y elevar la calidad de atención con el pago por caso a los profesionales.
10. Pone en valor a la justicia restaurativa como una factible fuente de financiación del seguro de cuidados prenatales incorporando incentivos para que los profesionales de la salud puedan a su vez fortalecer el sistema de salud pública.
11. Contribuye a la coordinación de dos instrumentos: el seguro de salud y la justicia restaurativa. La coordinación y la interrelación entre ambos ofrece una contribución para detener el proceso de disminución poblacional, y fortalecer el sistema público de salud.
12. Aporta una modalidad segura y una regla de excusión en el financiamiento, para remediar las disfuncionalidades del Estado y trata de rellenar una brecha existente

por la posición geográfica de las comunidades. A su vez contribuye a cumplir con la sentencia de Arrow quién expone que las ineficiencias deben abordarse con distintas herramientas para llegar a ser eficientes.

El desafío pendiente es brindar cobertura con el seguro de salud a las necesidades prioritarias de otras comunidades indígenas, tales como Wichi, Toba o Tapieté, que habitan la misma región, con la misma premisa de base en los estudios antropológicos de cada comunidad.



En suma, la problemática abordada: acerca asistencia sanitaria a una comunidad con características singulares en una etapa vital de alta vulnerabilidad, que desafía su perdurabilidad, es de interés público a escala mundial e impostergable. La herramienta propuesta intenta resolver con eficiencia y eficacia las deficiencias y contingencias del sistema público de salud.



Bibliografía

Anaya, J. (2012) Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas A/68/317 13-42713. En Clérico y otros, (2013) Tratado de Derecho a la Salud. Tomo I. Abeledo Perrot, Argentina.

Allal, N.R.; y otros (2004) An evolutionary model of stature, age at first birth and reproductive success in Gambian women. *Proceeding of The Royal Society: B* 271: pp 465-470.

Arrow, K. J. (1981) La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. *Información Comercial Española* n°574, Madrid, España.

Asenjo, M. A. (2002) *Las Claves de la Gestión Hospitalaria*. Ediciones Gestión 2000 SA, Barcelona, España.

Blurton Jones N.G.; y otros (1989) Studying Costs of Children in Two Foraging Societies: implications for Schedules of Reproduction: pp 365-390. En *Comparative Socioecology of Mammals and Man*. V. Standon and R. Foleys eds. London Blackwell. Reino Unido.

Blurton Jones N.G.; y otros (1992) Demography of the Hazda, an Increasing and High-density Population of Savanna Foragers. *American Journal of Physical Anthropology*. 89: pp 159-181.

Borgerhoff Mulder M. (1992) Reproductive Decisions. En *Evolutionary Ecology and Human Behavior*. E.A. Smith and B. Winterhalder eds. New York. Aldine de Gruyter. Estados Unidos de Norteamérica.

Catanesi, C.I. (2001) Variación genética de una población Chorote. En Mendez M. G. (comp.) Terra Incognita: Estudios antropológicos en el Chaco Meridional: pp 99-110. Editorial Universitaria de La Plata. Argentina.

Catanesi, C.I. y otros; (2009) Variación de un marcador de cromosoma Y en poblaciones del Gran Chaco. En Mendez M. G. (comp.) Terra Incognita: Estudios antropológicos en el Chaco Meridional: pp 135-144. Editorial Universitaria de La Plata. Argentina.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010) Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos, pertenece al volumen 7 de la serie "Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadísticas de salud". Chile.

Clérico, L y otros (2013) Tratado de Derecho a la Salud. Tomo I a III. Abeledo Perrot, Argentina.

Cutler, D.; Gruber J. (1996) Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance? Quarterly Journal of Economics, vol. 111, N° 2, pp. 391-430.

Cutler, D.M.; Gruber J. (1997) Medicaid and Private Insurance: Evidence and Implications. Health Affairs. vol. 16, N° 1 (Jan-Feb 1997), pp. 194-200.

Clutton Brock T.H.; Parker G.A. (1992) Potential Reproductive Rates and the Operation of Sexual Selection. Quarterly Review of Biology 67. Pp 437-456.

Daccordi H. A.; Dalmazzo R. A. (2004) Manual de gerenciamiento en empresas de salud. editorial Proa XXI, Argentina.

Darwin, C. (1871) Descent of Man, and Selection in Relation to Sex. John Murray. London. Reino Unido.

Díaz Langou, G.; Fernandez, J. P. y Forteza, P. (2011) "Los principales programas de protección social en la provincia de Salta". Este documento fue elaborado como parte del proyecto "La incidencia de las variables político- institucionales en la gestión, pertinencia y alcance de los programas de combate a la pobreza: Un análisis de los principales programas en la Argentina desde el año 2002 hasta la actualidad", dirigido por Fabián Repetto [Proyecto de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica de la Nación, PICT No 10/2206, convocatoria 2007]. Documento de trabajo N° 64 junio 2011. CIPPEC, Buenos Aires, Argentina.

Estadísticas 2018. (2019) Poder Judicial de Salta. Argentina.

Ferrarini, S.O.; Mendez, M.G. (2011) Historia reproductora y análisis de la fecundidad en mujeres Chorote, Argentina. Convención Internacional de Antropología. ANTHROPOS 2011. Pp. 2941-2958. ISBN 978-959-7091-77-6. Cuba.

Ferrarini, S.O.; Mendez, M.G. (2009) Inversión reproductiva: número, sexo y supervivencia en Chorote y Ayoreo. En: Terra Incognita: Estudios Antropológicos en el Chaco Meridional. Mendez, Marta G. compiladora. ISBN 987-05-0966, pp 56-74. Argentina.

Freyermuth Enciso, G. (2003) Las Mujeres de Humo. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

Funes, L.P.; (1984) (coordinadora) Primer Censo Aborigen. Ministerio de Bienestar Social. Gobierno de la Provincia de Salta. Argentina.

Garay, O.E. (2012) Tratado Práctico de la Legislación Sanitaria. Tomo I. Editorial La Ley pp 313-323. Argentina.

Garay, O.E. (2012) Tratado Práctico de la Legislación Sanitaria. Tomo IV. Editorial La Ley pp 881-1015. Argentina.

Giacometti, C. (2010) Diagnóstico de la situación educativa de las mujeres en América Latina y el Caribe hispano "Más allá de las metas del Milenio". El caso argentino. Buenos Aires, CLADEM (mineo). Argentina.

Gillespie D.O. S.; y otros (2008) When fecundity does not equal fitness: evidence of an offspring quantity versus quality trade-off in pre-industrial humans. *Proceedings of The Royal Society. B* 275: pp 713-722.

Kaplan H.; y otros (2003) An Evolutionary and Ecological Analysis of Human Fertility Mating Patterns and Parental Investment. En *Offspring: Human Fertility Behavior in Biodemographic Perspective*. K.W. Wachter and R.A. Bulatoeds. Washington National Academic Press. Estados Unidos de Norteamérica.

Karsten, R.;(1993 [1932]) *Los indios Tobas del Gran Chaco Boliviano*. CEIC, Universidad Nacional de Jujuy. Argentina.

Katz, I. (2003) *La Fórmula Sanitaria*. Editorial Eudeba. Argentina.

Kersten, L (1968) [1905] *Las tribus indígenas del Gran Chaco hasta fines del siglo XVIII. Una contribución a la Etnografía Histórica de Sudamérica*. Traducción Jorge von Hauenschild, Universidad Nacional del Nordeste, Resistencia, Argentina.

Leake, A. (coordinador) (2008) *Los pueblos indígenas cazadores-recolectores del Chaco salteño. Población, Economía y Tierras*. Fundación Asociana, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Universidad Nacional de Salta. 1a ed. Salta. Argentina.

Marracino, C.; Abadie, J.P.; Vera Figueroa, M. (2000) *Indicadores para el monitoreo de sistemas de atención médica*, Fundación Donabedian e Instituto Universitario CEMIC. Argentina.

Maynard Smith, J. (1978). *The Evolution of Sex*. Cambridge University Press. Cambridge. Reino Unido.

Mecca, R. (2010) *Manual del Profesional del Seguro*. Editorial Roberto Mecca SRL. Argentina.

Mendez M.G.; y otros (2003) *Bioantropología Choroti: desde Eric von Rosen hasta hoy*. PACARINA. *Revista de Arqueología y Etnografía Americana* N°3, pp 219-224. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy. Argentina.

Mendez M.G.; Ferrarini, S.O. (2009) *Rasgos fenotípicos y desempeño reproductivo en hombres y mujeres Chorote*. En: *Terra Incognita: Estudios Antropológicos en el Chaco Meridional*. Méndez, Marta G. compiladora. ISBN 987-05-0966, pp 35-55. Argentina.

Mendez, M.G.; Ferrarini, S.O. (2009) *La estatura en etnogrupos chaqueños: Variación y cambios temporales*. En: *Terra Incognita: Estudios Antropológicos en el Chaco Meridional*. Mendez, Marta G. compiladora. ISBN 987-05-0966, pp 5-34. Argentina.

Mendez, M.G.; Ferrarini, S.O. (2011) *Intervalos entre nacimientos e inversión parental en aborígenes Chorote de Argentina*. *Convención Internacional de Antropología. ANTHROPOS 2011*. Pp. 2959-2976. ISBN 978-959-7091-77-6. Cuba.

Ministerio del Interior (1968) *Censo Indígena Nacional*. Provincias de Chaco, Formosa Jujuy, Misiones, Salta y Santa Fe. Argentina.

Montes Castro y otros (2017) *Planteamiento de estrategias de atención prenatal diferencial dirigida a indígenas Zenúes del departamento de Córdoba*. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13428>

- Ortún Rubio, V (1996) La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones Escola Universitaria de Treball Social, editorial La Llar del libre. Barcelona. España.
- Pautassi, L. ; Ramirez, S. (2013) Derecho a la Salud en contextos de discriminación: el caso de los pueblos originarios en Tratado de Derecho a la Salud. Tomo I. Pp 603-625 Abeledo Perrot. Argentina.
- Nordenskiöld, E. (1912) La vie des Indiens dans le Chaco. Revue de Géographie Annuelle. Tome VI, fascicule III: 1-278. París. Francia.
- Rojas, L. (2019) Anuario Estadístico de la Provincia de Salta: anuario estadístico 2018: avance 2019 / compilado por Lorena Rojas. 1a ed adaptada. Salta : Ministerio de Economía de la Provincia de Salta. Dirección General de Estadísticas; Salta Capital : Dirección General de Estadísticas de Salta, Argentina.
- Rothschild, M.; J.E. Stiglitz. (1976) Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. Quarterly Journal of Economics, vol. 90, pp. 629-649.
- Sacchi, Hausberger y Pereyra (2013) Derecho a la Salud en la provincia de Salta: Los cambios en las políticas de salud y la accesibilidad al sistema sanitario en Tratado de Derecho a la Salud. Tomo III. Pp 1923-1944. Abeledo Perrot. Argentina.
- Salzano, F.M.; Callegari- Jacques, S.M. (1988) Souths American Indians: a case study in evolution. Oxford. Claredon Press. Reino Unido.
- Siffredi, S. (1977) La vida social de los Chorote. Informe preliminar. Cuadernos Franciscanos. N. 41: 75-99. Salta, Argentina.
- Smith C.C.; Fretwell S.D. (1974) The Optimal Balance between Size and Number of Offspring. American Naturalist. 108: pp 499-506.
- Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena. Informe Anual 2018. (2019) Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal Subsecretaría de Política Criminal Secretaría de Justicia Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Argentina.
- Spence, M. (1978) Product Differentiation and Performance in insurance markets. Journal of Public Economics. vol. 10, pp. 427-447.
- Starrs, A. (1987) La prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población. Nairobi, Kenia.
- Trivers, R.L.; (1972) Parental Investment and sexual seletion. En sexual seletion and the descent of man. Campbel B. (ed.), pp 136-179. Aldine Chicago. Estados Unidos de Norteamerica.
- UNICEF (2009), Estado mundial de la infancia. Salud materna y neonatal. UNICEF's flagship publication: The state of the world's children 2009: Child Survival. www.unicef.org/spanish/sowc09/
- Von Rosen, E.; (1904) The Chorotes Indians in the Bolivian Chaco. XIVth. International Congress of Americanits. Stuttgart: pp 3-14. Alemania.
- Wilbert, J. ; Simoneau, K.; (1985) Folk literatura of the Chorote indians. UCLA Latin American Center Publications. Los Angeles. Estados Unidos de Norteamerica.
- Williams G.C. (1985) Sex and Evolution. N. J. Princenton University Press. Princenton. Reino Unido.

World Health Organization; (1994) Mother-Baby Package: implementing safe motherhood in countries. Practical Guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Division of Family Health World Health Organization. Geneva. Hallado en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_11/mother_baby_package_safe_motherhood.pdf

World Health Organization (1999) Mother-Baby Package Costing Spreadsheet Version 1.01.